

Dear reader,

This is an author-produced version of an article published in Heimbach-Steins, Marianne, Schüller, Thomas, Wolf, Judith (eds.), *Katholische Krankenhäuser – Herausgeforderte Identität*. It agrees with the manuscript submitted by the author for publication but does not include the final publisher's layout or pagination.

Original publication:

Bobbert, Monika

Ethikprofil katholischer Krankenhäuser: christlich motiviert, vernünftig begründet, in der Praxis umgesetzt

in: Heimbach-Steins, Marianne, Schüller, Thomas, Wolf, Judith (eds.), *Katholische Krankenhäuser – Herausgeforderte Identität*, pp. 247–290

Paderborn: Ferdinand Schöningh 2017

[https://doi.org/10.30965/9783657784141\\_011](https://doi.org/10.30965/9783657784141_011)

Access to the published version may require subscription.

Published in accordance with the policy of Ferdinand Schöningh:

<https://www.schoeningh.de/page/open-access>

Your IxTheo team

---

Liebe\*r Leser\*in,

dies ist eine von dem/der Autor\*in zur Verfügung gestellte Manuskriptversion eines Aufsatzes, der in Heimbach-Steins, Marianne, Schüller, Thomas, Wolf, Judith (Hrsg.), *Katholische Krankenhäuser – Herausgeforderte Identität* erschienen ist. Der Text stimmt mit dem Manuskript überein, das der/die Autor\*in zur Veröffentlichung eingereicht hat, enthält jedoch *nicht* das Layout des Verlags oder die endgültige Seitenzählung.

Originalpublikation:

Bobbert, Monika

Ethikprofil katholischer Krankenhäuser: christlich motiviert, vernünftig begründet, in der Praxis umgesetzt

in: Heimbach-Steins, Marianne, Schüller, Thomas, Wolf, Judith (Hrsg.), *Katholische Krankenhäuser – Herausgeforderte Identität*, S. 247–290

Paderborn: Ferdinand Schöningh 2017

[https://doi.org/10.30965/9783657784141\\_011](https://doi.org/10.30965/9783657784141_011)

Die Verlagsversion ist möglicherweise nur gegen Bezahlung zugänglich.

Diese Manuskriptversion wird im Einklang mit der Policy des Verlags Ferdinand Schöningh publiziert: <https://www.schoeningh.de/page/open-access>

Ihr IxTheo-Team

EBERHARD KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN



UNIVERSITÄTSBIBLIOTHEK

Bobbert, Monika, Ethikprofil katholischer Krankenhäuser: christlich motiviert, vernünftig begründet, in der Praxis umgesetzt, in: Heimbach-Steins, Marianne, Schüller, Thomas, Wolf, Judith (Hg.), Katholische Krankenhäuser – Herausgeforderte Identität, Paderborn: Schöningh 2017, 247–290.

Monika Bobbert

## **Zum Ethikprofil katholischer Krankenhäuser: christlich motiviert, vernünftig begründet, in der Praxis umgesetzt**

### **1 Einleitung**

Wenn katholische Krankenhäuser ihr Profil schärfen wollen, indem sie über ihr *Proprium* – das Eigene, Besondere – Auskunft geben oder sich im Wettbewerb der Krankenversorger gegenüber anderen Anbietern profilieren möchten: <sup>1</sup> Müssen sie dann als moralisches Projekt anders sein? Oder nehmen in katholischen Krankenhäusern vor allem Spiritualität und Seelsorge einen besonderen Stellenwert? Und was bedeutet es, unter den heutigen (kirchen)rechtlichen, sozialpolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen den christlichen Auftrag des Dienstes am kranken und schwachen Menschen wahrzunehmen?

Mit einem Krankenhaus in kirchlicher Trägerschaft wird meist ein besonderer moralischer Anspruch verbunden. Dabei wird auf das Doppelgebot der Gottes- und Nächstenliebe, auf die Zuwendung Jesu zum Kranken und die christliche Tradition der Krankenfürsorge verwiesen. Caritas bzw. Diakonie als Sorge um den kranken oder benachteiligten Menschen gehört zu den zentralen Aufgaben christlicher Glaubenspraxis. Beim Dienst am Kranken geht es, so viele Leitbilder christlicher Krankenhäuser, nicht nur um die Heilung einer körperlichen Störung und die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit des Menschen, sondern um die Achtung des Kranken in seinem Leiden und um eine ganzheitliche Sorge.

Ein Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft steht vergleichsweise auch unter dem Anspruch, eine Krankenversorgung zu gewährleisten, in der sich jeder Kranke der Achtung anderer und der ganzheitlichen Versorgung, die sich nicht in medizinisch-technischen Maßnahmen erschöpft, gewiss sein kann<sup>2</sup> – zumal der Sozialstaat eine professionelle und gerechte Krankenversorgung mit öffentlichen Geldern sicherstellt.

Die Frage nach dem Besonderen im Anspruch an ein katholisches Krankenhaus ist also praktisch profiliert und nicht exklusiv ethisch zu beantworten. Die theologische Ethik ist eine Teildisziplin der Theologie, die zentrale Inhalte der christlichen Botschaft erschließt. Wenn sich daraus für die theologische Ethik materiale Forderungen wie *Mitleiden* oder *Nächstenliebe* ergeben, müssen diese nicht allein für Christen gelten, wohl aber dem Kerngehalt des christlichen Glaubens entsprechen.

Laut Selbstauskünften stehen Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft dafür, ihre Versorgung am Patienten auszurichten, Spitzenmedizin zu bieten, die innovativ und modern ist, solide zu wirtschaften und in die Qualität der Versorgung zu investieren (vgl. Prognos 2009, 3). Sie

---

<sup>1</sup> Für umsichtige Literaturrecherchen danke ich Anna Kohlwey, für Hinweise Yvonne Zelter.

<sup>2</sup> Vgl. etwa die Stellungnahme des Nationalen Ethikrats (2016), die auf das Patientenwohl als ethischen Maßstab für das Krankenhaus fokussiert. Vgl. auch die multidisziplinären Beiträge zur solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung in Weilert (2016).

beanspruchen weiterhin, attraktive Partner in der Vernetzung zu sein, ein würdiges Sterben zu ermöglichen, die regionale Versorgung zu sichern und Versorgungslücken zu schließen, sich in der Ausbildung zu engagieren, den Wettbewerb zu bereichern und Wahlmöglichkeiten zu sichern sowie erfolgreich ehrenamtliches Engagement in die Patientenversorgung einzubinden. Baumann und Eurich, die sich auf diese Studie beziehen, machen zu Recht darauf aufmerksam, dass diese *Mehrwerte* aus der christlich motivierten Verwirklichung des Prinzips der Freien Wohlfahrt im sozialstaatlichen Gefüge Deutschlands stammen (vgl. Baumann/Eurich 2013: 18f). Damit hänge auch zusammen, dass Gelder der Sozial- und Krankenversicherung in Überschussituationen nicht in private Renditen abfließen dürften, wie dies bei privaten Trägern der Fall sei, sondern stets zweckgebunden gemeinwohlorientiert reinvestiert werden müssten.

Dass die genannten *Mehrwerte* sozialstaatliches Gemeingut geworden und inzwischen rechtlich abgesichert sind, hat historisch gesehen sicherlich mehrere Ursachen. Diese Strukturen und Zielsetzungen werden jedoch bis heute sowohl rechtlich als auch sozioethisch gerechtfertigt, sind also offensichtlich aus vernünftig nachvollziehbaren Gründen wünschenswert bzw. sogar moralisch erforderlich.

Was nun damit gemeint ist, dass ein Krankenhaus dem christlichen Grundauftrag gerecht werden will, und wie sich dies in der Praxis umsetzen lässt, wird im Folgenden dargelegt.

## **2 Zum moralischen Anspruch katholischer Krankenhäuser**

Nach christlicher Überzeugung ist jeder Mensch Ebenbild Gottes und hat eine unbedingte, unverlierbare Würde. Die Würde jedes Menschen unabhängig von Krankheit und Behinderung zu achten, auf die Bedürfnisse und Nöte des Kranken einzugehen und seine Beschwerden nach Möglichkeit zu heilen oder zu lindern: Diese Kernanliegen sollen das Profil christlicher Krankenhäuser prägen. Doch ist dieser moralische Anspruch nicht spezifisch für Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft. Auch ethische Ansätze in kantischer Tradition, die von mehr als 200 Staaten der Welt unterzeichnete Menschenrechtsdeklaration der Vereinten Nationen und viele Rechtssysteme, insbesondere in Europa, gehen von der Würde jedes Menschen aus und fordern die Unterstützung kranker, hochbetagter oder behinderter Menschen. Denn um einzusehen, dass ein kranker Mensch in seiner Würde zu achten ist und daher Anspruch auf Hilfe hat, bedarf es nicht unmittelbar der Voraussetzung des christlichen Glaubens.

### ***Vernunft und Offenbarung***

Theologische Ethik versteht sich als autonome Moral im christlichen Kontext, d. h. sie begründet ihre moralischen Normen mit philosophischen Mitteln. Ihre Normen und ethischen Urteile beanspruchen, für alle Menschen zu gelten und vernünftig nachvollziehbar zu sein. Wenn jedoch Vernunft und Offenbarung zu wenig aufeinander bezogen werden, entsteht eine erkenntnistheoretisch problematische Opposition, die die Wissenschaftlichkeit der theologischen Ethik in Frage stellt. Man würde von einer theonomen Moral sprechen, wenn hermeneutisch-historisch-kritische Methoden übergangen und moralische Urteile nur vom Glauben her begründet werden – z. B. in Form eines Biblizismus oder Lehrpositivismus. Eine unmittelbare Ableitung moralischer Normen und Urteile aus den Quellen des Glaubens brächte es unter anderem mit sich, dass christliche Moral als eine Form religiöser Moral *gleich gültig* neben anderen stehen und in einer pluralen Gesellschaft nur noch als eine Stimme unter vielen Gehör finden könnte. Denn solche Urteile ließen sich schwerlich in eine Gesellschaft vermitteln, die nicht mehr durchgängig christlich geprägt ist, oder an Gläubige, die an einzelnen moralischen Geboten der Amtskirche zweifeln.

Übertragen auf die Frage nach dem moralischen Profil eines katholischen Krankenhauses wäre die Konsequenz einer theonomen Moral, für unterschiedliche Religionen ein je eigenes Krankenhaus einzurichten – wie beispielsweise in den USA, um Kranke im Sinne einer moralischen Vertragsidee bzw. individuellen Zustimmung zu versorgen.<sup>3</sup>

### ***Theologische Ethik als allgemein einsichtige Moral im christlichen Kontext***

Eine auf das Krankenhaus bezogene theologische Ethik als allgemein einsichtige Moral im christlichen Kontext fragt im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit nach dem moralisch richtigen und guten Handeln von Menschen und nach richtigen Institutionen der Gesundheitsversorgung. Als Bereichsethiken sind die Medizin-, Pflege- und Seelsorgeethik Teil der philosophischen Ethik. Diese versucht dort, wo überkommene Handlungsweisen und Institutionen ihre selbstverständliche Geltung verlieren, über Wege philosophischer Argumentation – ohne Berufung auf politische, religiöse oder berufliche Autoritäten – allgemein gültige Aussagen über das gute und richtige Handeln von Personen und über die Regeln von Institutionen zu treffen. Die theologische Ethik geht von einer weitgehenden Parallelität zwischen Philosophie und Theologie in Bezug auf die Ethik aus – und trägt damit theologischen Optionen für den Zusammenhang von Glaube und Vernunft Rechnung. Zudem muss eine theologische Ethik Erkenntnisse aus der Theologie sowie aus den Natur-, Geistes- und Sozialwissenschaften aufnehmen, um ethische Fragen des menschlichen Lebens und Handelns zu reflektieren und auch, um konkrete Urteile zu bilden. Eine christliche Ethik ist damit keine exklusive, sondern eine offene Ethik. Ihr Eigenes kann sie nur in der Weise formulieren, wie es sich einer vernünftigen Befragung stellt.

Der Ansatz einer autonomen Moral im christlichen Kontext, der sich in den 1960er- bis 1980er-Jahren herausgebildet hat (vgl. u. a. Auer 2016), wird heute innerhalb der deutschsprachigen theologischen Ethik mehrheitlich vertreten – wenngleich die Verhältnisbestimmung von Glaube und Vernunft variiert (vgl. dazu ausführlicher Bobbert/Mieth 2015). Der damalige Streit um die Autonomie der Moral im Kontext des christlichen Glaubens und die so genannte Glaubensethik ist heute weitgehend beigelegt. Man ist sich einig darin, dass die Begründung ethischer Urteile mit philosophischen Mitteln erfolgen muss, dass also kein Sonderweg gesucht wird, sondern die Kommunikabilität und Konvergenz mit dem philosophischen Argument. Denn Moral ist von der Freiheit, Verantwortlichkeit und Vernunftfähigkeit des Menschen her zu denken: In der Realisierung seiner Freiheit entdeckt der Mensch, was seine moralische Pflicht ist. Dabei ist die Vernunft der Maßstab. Wenn also aus dem moralischen Gut des christlichen Glaubens heraus ethische Fragen der Krankenversorgung erschlossen werden, dann müssen diese moralischen Urteile einer vernunftgemäßen Begründung zugänglich sein.

Nochmals zurück zur Idee eines besonderen moralischen Profils christlicher Krankenhäuser: Es ist naheliegend, moralische Vorstellungen und Normen, die sich dem Alten und Neuen Testament entnehmen lassen, zu nennen und auf die Krankenversorgung zu beziehen. Doch stellen sich hier rasch grundlegende Fragen ein: Warum werden gerade diese und nicht andere moralischen Normen herangezogen? Welche moralischen Normen sind die richtigen und warum? Wie ist im Handlungsfeld Krankenhaus bzw. Gesundheitswesen das allgemeine Gebot der Nächstenliebe umzusetzen, d. h.

---

<sup>3</sup> Der Prozessentwicklung mit einer *German Catholic Identity Matrix* (CIM) zur Profilierung katholischer Gesundheits- und Sozialeinrichtungen durch „christliche Wertprinzipien“ (vgl. Günther 2013) liegt m. E. eine solche Auffassung zu Grunde, da sie von gesetzten katholischen Normen ausgeht.

wozu sind wir unseren nahen und fernen Mitmenschen gegenüber verpflichtet, und was gehört eher zum Bereich einer Hilfe, die über moralische Verpflichtungen hinausgeht.

### ***Strittige ethische Fragen***

Dem Anspruch vernünftiger Nachvollziehbarkeit unterliegt nicht nur die Begründung allgemeiner Normen, sondern jedes moralische Urteil. Warum in einem konkreten Fall eine Norm einschlägig ist, mit Hilfe welcher Zusatzargumente sie auf eine konkrete Handlungskonstellation angewandt wird, muss jeweils ausgewiesen werden.

Wenn etwa Gleichheit und soziale Gerechtigkeit im Sinne von Verteilungsgerechtigkeit als zentrale Normen gelten dürfen, sind diese auf die Arbeitsbedingungen und die Lohnstruktur der Krankenhausmitarbeiter anzuwenden. Auch die Lösung von Konflikten bedarf ethischer Reflexion im engeren Sinn: In der Transplantationsmedizin bereitet die Organknappheit Probleme: Wer soll zuerst eines der wenigen Organe erhalten? Im Bereich der medizinischen Forschung ist offen, welche Risiken und Beeinträchtigungen man Versuchspersonen zumuten darf, um Wissen und Therapie zu verbessern. Im Fall eines bewusstlosen Patienten, der an einer unheilbaren, fortschreitenden Krankheit im Endstadium leidet, ist zu bedenken: Welche medizinischen Mittel sollen noch eingesetzt, welche vielleicht beendet werden? Generell ist zu klären, welche Mittel und Wege zur Konkretisierung der Nächstenliebe gut und richtig sind. So ist im Gesundheitswesen nach wie vor umstritten, ob und wenn ja, welche medizinischen, pflegerischen, psychologischen, sozialen oder spirituellen Unterstützungsmaßnahmen primär, optional oder sogar verzichtbar sind.

Wenn Nächstenliebe im Krankenhaus umgesetzt werden soll, fragt man sich, was einem Patienten aus moralischer Sicht zusteht und welche Patientenwünsche vielleicht nicht erfüllt werden müssen. Im Sinne der Nächstenliebe liegt es auch nahe, auf die Familienangehörigen mit ihren Bedürfnissen und Nöten einzugehen – doch auf welche Bedürfnisse und auf welche Art und Weise? Auch bei der christlichen Option für die Armen ist die Frage zu beantworten, wer aus welchem Grund *arm* ist und was ihm oder ihr auf jeden Fall zusteht. Und trotz aller Fokussierung auf eine gute Patientenversorgung sollte nicht übersehen werden, dass auch die beruflichen Helferinnen und Helfer, ja, das gesamte Krankenhauspersonal, moralische Ansprüche auf Achtung, Fürsorge und Gerechtigkeit haben.

Generell, aber insbesondere bei ethisch problematischen Fragen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Reproduktionsmedizin oder ethischen Anfragen bezüglich des Umgangs mit geschiedenen oder homosexuellen Mitarbeitenden sind verschiedenste Ebenen zu unterscheiden: die Diskussionsebene (Hinterfragbarkeit der Gründe), die Rezeptionsebene (breiter oder schmaler theologischer Konsens?), die Begründungsebene (welche guten Gründe?), die Anwendungsebene (Einschlägigkeit der Normen und mittlere Regeln), die Kontextebene (Berücksichtigung und Bewertung von Kontextbedingungen) und die Abwägungsebene (Gewichtung moralisch relevanter Interessen und Normen).<sup>4</sup>

### ***Zum Proprium christlicher Ethik***

Was ist nun das Eigene, also das *Proprium* der theologischen Ethik und des moralischen Gehalts der christlichen Botschaft mit ihrem Doppelgebot der Gottes- und Nächstenliebe? Aus dem Glauben

---

<sup>4</sup> Vgl. dazu auch Auer (1984) zur Unterscheidung von originärer und subsidiärer Funktion von Kirche und Theologie, 187ff und Mieth (1995).

heraus sind Christinnen und Christen in der Nachfolge Jesu zu karitativem Engagement aufgerufen.<sup>5</sup> Die christliche Botschaft trägt zur Entdeckung ethischer Probleme und zur Motivation bei, verantwortlich zu handeln, da das Vertrauen in Gottes Zuwendung dazu bewegt, dem Anspruch christlicher Nächstenliebe und Barmherzigkeit auch tatsächlich nachzukommen. Die befreiende Kraft des Glaubens wirkt sich also auf die Bereitschaft aus, das moralisch Richtige zu erkennen, zu praktizieren und auch Haltungen einzuüben, die dabei helfen, der moralischen Verantwortung gerecht zu werden.

Die *Berufung zur Freiheit*, ein Hauptmotiv in der Theologie des Paulus, zeigt, dass Beweggrund und Beweisgrund miteinander verschränkt sind.<sup>6</sup> Das Motiv *Freiheit* ist ein Beweisgrund für das moralisch richtige Woraus (Beweggrund) und zugleich für das Woraufhin des Handelns. So verhilft Autonomie als freie Selbstverpflichtung dazu, frei zu bleiben, anderen ebenfalls Freiheit zuzugestehen – und sie gegebenenfalls in ihrem Bestreben nach Freiheit zu unterstützen. Freiheit als Motiv und als Ziel widerspricht auch nicht einer frei übernommenen Abhängigkeit eines Menschen von anderen, da eine solche Bindung als Quelle der Steigerung von Handlungsfähigkeit und Selbststand erfahren werden kann.

### ***Christliche Identität der religiösen Person***

Die Wahrheit des christlichen Glaubens zeigt sich durch konkrete Menschen: im Zeugnis Jesu Christi, der Glaubensbildung in der Gemeinde und durch Frauen und Männer in der Kirche. Christliche Zeugenschaft in der Nachfolge Christi entsteht geschichtlich-narrativ, kommunikativ, praktisch und antizipatorisch. Weil die persönliche Erfahrung und Identität biografisch und geschichtlich partikular ist, bedarf sie reflexiver Selbstaufklärung, d. h. sie muss an Vernunft und Diskurs zurückgebunden werden. Weil sich in der christlichen Identität einer Person Glaubensüberzeugung, Gewissen und Handeln verbinden, ist die christliche Ethik eng mit der Spiritualität verbunden.

### ***Wem kann ich Nächster werden?***

Geht es im christlichen Kontext um den Dienst am Nächsten, wird meist das Gleichnis vom Barmherzigen Samariter (Lk 10, 25–37) herangezogen. Aus der Vielfalt der ethisch-theologischen Auslegungen soll an dieser Stelle der Gehalt des Gleichnisses in Bezug auf die christliche Identität hervorgehoben werden:<sup>7</sup> Jesus hinterfragt in diesem Gleichnis ein Bewusstsein, dem es vor allem um die Kenntnis der richtigen und umfassenden Norm geht. Für ihn steht eine Nächstenliebe im Vordergrund, die das moralische Wissen erst wirksam macht. Somit steht im Gleichnis weder eine universale Norm der Nächstenlieben im Vordergrund noch die Überlegung, wer für eine Hilfspflicht in welcher Reihenfolge in Frage kommt. Vielmehr zeigt Jesus mit seinen Fragen auf, dass jeder die Gelegenheiten und Möglichkeiten, die sich ihm oder ihr bieten, zur Nächstenliebe nutzen sollte. Weniger die Frage „Wer ist mein Nächster?“ als die Frage „Wem kann ich Nächster werden?“ charakterisiert die Interventionen Jesu im Gespräch mit dem Gesetzeslehrer. „Wer ist auf mich angewiesen, wem kann ich mit meinen Möglichkeiten helfen, wie kann ich nachhaltig auf eine

---

<sup>5</sup> Im Konfliktfall hat die Aufforderung zur Nächstenliebe sogar Vorrang – vgl. das Gleichnis vom Barmherzigen Samariter (Lk 10, 25–37). Weiterhin hat z. B. auch Augustinus in seiner *De disciplina christiana* (Von der christlichen Lebensweise, 40) darauf hingewiesen, dass, wenn Gottesliebe und Nächstenliebe in Konflikt geraten sollten, die Nächstenliebe Vorrang habe. Denn damit löse sich die Konkurrenz im Sinne Gottes auf: Er sei der Gebende in der Liebe, der das eigene Herz des zum Handeln Aufgeforderten liebesfähig mache, so dass der Mensch *aus* Gott heraus lieben könne.

<sup>6</sup> Vgl. weiterführend zur Verschränkung von Beweggrund und Beweisgrund Mieth (2015), 141ff.

<sup>7</sup> Vgl. zu dieser Deutung Mieth (2016).

notwendige Hilfe einwirken?“ In diesem Sinne ist das Gleichnis vom Barmherzigen Samariter ein Motiv der religiösen Identität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines christlichen Krankenhauses.

## Beweggründe

Der Beweggrund einer individuellen oder von einer Gruppe geteilten moralischen Überzeugung kann nicht die Begründung des Guten und Richtigen, also nicht der Beweisgrund sein. Im Christentum als einer *communio*, aber auch in anderen religiösen oder kulturellen Gemeinschaften, gibt es vielfach gemeinsame, moralisch relevante Kontrast- oder Motivationserfahrungen. So stehen negativen Erfahrungen im Zusammenhang mit Folter, Ausbeutung oder Manipulation positive Erfahrungen von sozialpolitischem Engagement, Mitleiden oder vorbehaltloser Hinwendung zum Nächsten gegenüber. Durch Erzählen lassen sich solche Erfahrungen und Beweggründe erschließen und verstehen, doch können sie prinzipiell nicht als Beweisgrund dienen. Außerdem wird eine moralische Überzeugung nicht durch faktische Mehrheit zufriedenstellend begründet. In der Philosophie spricht man in Anlehnung an Hume<sup>8</sup> daher von einem motivationalen oder emotionalen Fehlschluss, wenn ein Motiv oder eine Emotion als Begründung für ein moralisches Urteil herangezogen wird (vgl. Follesdal 2008: 139f.). Gleichwohl bewegen uns unsere eigenen Erfahrungen und die durch Erzählen und Erinnern geteilten Erfahrungen und Überzeugungen.

## Unterscheidung durch Ununterschiedenheit

Für die Abweichungen des Christentums von der frei machenden Wahrheit des Glaubens und der Freiheit des Menschen im Fühlen, Denken und Handeln gibt es ein spezifisch christliches Kriterium, das Dietmar Mieth in Anlehnung an Meister Eckart entfaltet: Die Kontingenz und Fehlbarkeit des Menschen, die sich auch in den Grenzen menschlicher Einsicht und Vernunft zeigt, lässt sich durch die „Unterscheidung durch Ununterschiedenheit“ verringern. Das Menschliche dient als Kriterium des Christlichen: „Das Proprium Christianum besteht in der Ununterschiedenheit des Humanum und des Christlichen im Kampf gegen jede Aufspaltung des Humanum.“ (Mieth 2015: 148) Geht es also um das aus ethischer Sicht Gute und Richtige, muss der christliche Glaube offen für die Vernunft sein.

## Urteilen und Handeln, Sollen und Können

Die Medizin-, Pflege- und Seelsorgeethik, die mittels Vernunft nachvollziehbare Begründungen dafür geben, warum ein bestimmtes ärztliche Handeln richtig oder falsch, also gesollt, erlaubt oder verboten ist, richtet sich zunächst auf das Denken und Argumentieren. Welchen Ertrag zeitigt ethisches Reflektieren nun für das konkrete Handeln des Behandlungsteams im Klinikalltag, für das gesamte Krankenhaus und für die Strukturen des Gesundheitswesens?

Nicht immer hat die Einsicht in richtiges Urteilen auch das entsprechende Handeln zur Folge. Vielleicht ist das individuelle Wollen des Richtigen und Guten nicht gegeben, vielleicht reicht die Motivation nicht weit genug, vielleicht fehlen den Einzelnen bestimmte Kompetenzen. Manchmal stehen Rahmenbedingungen entgegen, etwa, weil der Zeit- und Entscheidungsdruck sehr hoch ist. Dennoch hat das moralische Urteilen Einfluss auf das Handeln und stellt – wenn auch keine hinreichende, so doch eine notwendige – Bedingung für richtiges Handeln dar. Denn Einsicht in die Richtigkeit eines moralischen Urteils ist der erste Schritt auf dem Weg zu einer verbesserten Praxis.

---

<sup>8</sup> Üblicherweise wird Hume in Bezug auf den so genannten naturalistischen Fehlschluss (vom Sein auf das Sollen) als Referenz genannt. Er zieht aus diesen Problemen allerdings non-kognitivistische Konsequenzen in Bezug auf die Frage der Begründbarkeit von Normen.

Davon zu unterscheiden sind moralische Gewohnheiten, Intuitionen und Motivationen, die, obwohl vielleicht von tiefer Überzeugung getragen oder weit verbreitet, falsch und unter Umständen schädlich für andere sein können. Aus ethischer Sicht nachvollziehbare Begründungen für das eigene Handeln geben zu können, ist zudem notwendiger Bestandteil der Verantwortung der professionellen Helfer und anderer Akteure des Gesundheitswesens.

In Bezug auf verantwortliches Handeln gilt zudem die Regel *Kein Sollen ohne Können*. Wer durch institutionelle Rahmenbedingungen oder andere Menschen zu stark in seinem moralischen Bemühen gehindert wird oder wem innere Kompetenzen wie Durchsetzungsvermögen oder eine gewisse Eloquenz fehlen, der wird unter Umständen das als moralisch richtig Erkannte nicht oder nur ansatzhaft in die Praxis umsetzen können. Auch Panik oder Überforderung können ein gezieltes Vorgehen vereiteln. Daher sind jeweils der individuelle, institutionelle und gesellschaftliche Kontext mit zu berücksichtigen. Häufig müssen der Einsicht in das Richtige und Gute Strukturveränderungen folgen. Im Krankenhaus kann es beispielsweise darum gehen, Freiheit für moralisch verantwortliches Handeln zu sichern oder zu verbreitern.

Sowohl ethische Reflexion als auch moralische Motivation lassen sich einüben und verfeinern. Moralische Sensibilität und Sicherheit im moralischen Urteilen sowie das zuverlässige Umsetzen des als richtig Erkannten sind anzustreben. Insofern ist die normative Ethik auf die so genannte Ethik des guten Lebens bzw. Strebensethik verwiesen: Tugenden oder Haltungen, die eingeübt werden, wirken sich auf das situative Handeln im Alltag und die Gestaltung institutioneller Strukturen aus. Auf individueller Ebene sollten sich alle Beteiligten aber auch um Gewissensbildung und um Haltungen bemühen, die moralische Sensibilität, ethisches Reflektieren und verantwortungsvolles Handeln fördern und sicherer machen. Für das Einüben von Praxis durch Wiederholung sind auf institutioneller Ebene Strukturen der Unterstützung unverzichtbar.

### ***Sozialethik und Individualethik***

Ethische Fragen der Menschen im Krankenhaus und des Krankenhauses als sozialer Institution lassen sich sowohl aus individualethischer als auch sozialethischer Perspektive betrachten: Bei einer individualethischen Perspektive stehen einzelne Menschen und Gruppen mit ihrem Handeln und ihren Lebensplänen im Vordergrund. Die Individualethik klärt über moralisch richtiges Handeln oder über Vorstellungen vom *guten Leben* auf, d. h. zum einen darüber, welche Rechte einzelnen zukommen und von den anderen zu respektieren sind und zum anderen darüber, was eine gute Lebensführung oder ein gutes Miteinander ausmacht.

Die Sozialethik richtet sich auf Institutionen mit ihren Strukturen und Regeln, in denen das Handeln und Leben von Individuen stattfindet. Die institutionellen Rahmenbedingungen bestimmen und gestalten das individuelle und gesellschaftliche Leben und Handeln. Diesbezüglich stehen neben Fragen der Gerechtigkeit solche nach den Bedingungen, die für ein gutes Zusammenleben förderlich sind, im Vordergrund.

### ***Individuelethik und Sozialethik als doppelte Perspektive***

In der christlichen Botschaft geht es um beide Perspektiven: Zum einen geht es um die Liebe Gottes zu jedem Menschen und seine Gerechtigkeit als Rettung des in der Sünde Gescheiterten. Zum anderen geht es bei der Gerechtigkeit Gottes um eine neue Gesellschaft, das *Reich Gottes* mit institutionellen Aspekten – und diese christliche Heilsverständnis kann in sozialen Strukturen und gesellschaftlicher Gerechtigkeit sichtbar werden (vgl. Mieth 2015: 143, 253). Aber auch auf der Ebene

der gelebten Moral, d. h. der Herausbildung eines Ethos' mit moralischen Fähigkeiten und Haltungen bedarf es neben dem individuellen Bemühen institutioneller Unterstützungsstrukturen.

### ***Vorrang der Sozialethik vor der Individualethik***

Bei ethischen Reflexionen in Bezug auf das Krankenhaus liegt es nahe, mit Überlegungen zu einer guten und richtigen Versorgung des Kranken zu beginnen und aus Kontrasterfahrungen oder auch Erfahrungen des Gelingens heraus moralische Problemanzeigen und moralische Urteile zu entwickeln. Allerdings birgt der Fokus auf die unmittelbar Betroffenen die Gefahr der Problemverkürzung. Weil die institutionellen Rahmenbedingungen, insbesondere sozialpolitische Vorgaben und verfügbare Ressourcen das Handeln aller Akteure im Krankenhaus prägen, sollten bei einer Ethik im Krankenhaus und einer Ethik des Krankenhauses sozialethische Reflexionen Vorrang haben – selbstredend in Anerkennung der Tatsache, dass Institutionen mit Leben gefüllt werden müssen und es dazu verantwortungsvoller, moralisch engagierter Personen bedarf.

Ein gewisser Vorrang der Sozialethik, d. h. der kritischen Reflexion institutioneller und gesellschaftlicher Strukturen liegt darin begründet, dass moralisch verantwortungsbewusste Individuen in ungerechten oder u. U. sogar korrupten Strukturen oft scheitern – indem sie sich einerseits permanent zu heldenhaftem, exzeptionellem moralischem Engagement herausgefordert sehen und andererseits als Außenseiter oder bereits Ausgegrenzte kaum auf Veränderungen hinwirken können. Man denke etwa im Zusammenhang mit den jüngeren Finanzkrisen an den Ruf der Bevölkerung nach *besseren Bankern*. Diese können aber ohne Strukturveränderungen und rechtliche Vorgaben nur wenig ausrichten und scheitern letztlich an den *Eigengesetzlichkeiten* der Institution. Der Vorrang der Sozialethik in der Krankenversorgung ist z. B. auch im Bereich der Transplantationsmedizin, die lebensnotwendige, aber knappe Organe und damit Überleben zuteilt, rasch plausibel: Unregelmäßigkeiten, die sich häufen, lassen sich u. U. damit erklären, dass Ärztinnen und Ärzte Sinn und Zweck der Verteilungsregeln nicht verstehen oder dass Ärztekollektive ungeachtet von Ethik und Recht nach selbst gesetzten Regeln verfahren.

Aus systemtheoretischer bzw. organisationspsychologischer Sicht ist es evident, dass Einzelpersonen Systemdefizite, die es im Krankenhauswesen gibt, nicht permanent kompensieren können und sollen (vgl. Baumann 2014b: 650f.). Zudem müsse Christlichkeit, so der Caritaswissenschaftler Klaus Baumann, für das ganze System kirchlicher Krankenhäuser realisiert werden, also für die unterschiedlichen Systeme und Ebenen sowie die Interaktionsmuster zwischen den Ebenen und Systemen. Vielerorts werde es irrtümlicherweise als Lösung betrachtet, die persönliche Motivation von Mitarbeitern zu stärken und Gewissensbildung voranzutreiben.

### **3 Ethik im katholischen Krankenhaus: materiale moralische Ansprüche**

Der Auftrag eines katholischen Krankenhauses in Deutschland bestimmt sich zunächst einmal durch den gesetzlich vorgegebenen Rahmen. Ein kranker Mensch, der auf Grund seines Leidens oder seiner Lebensbedrohung Alltag und Zuhause verlässt, erwartet zu Recht eine fachlich kompetente und effiziente Versorgung im Krankenhaus. Auch ein Gesundheitssystem, das solidarisch finanziert ist, und ein Sozialstaat, der auf juristischen Rechten und Pflichten in Bezug auf Schutz und Wiederherstellung von Leben und Gesundheit beruht, setzen eine fachlich kompetente und effiziente Versorgung voraus. Diese ist von den Trägern in hoher Qualität und Zuverlässigkeit zu garantieren. Neben den rechtlichen Regelungen zur Gesundheitsversorgung stellen u. a. arbeits-, zivil- und kirchenrechtliche Vorgaben relevante Eckdaten für die ethische Reflexion dar, auch wenn rechtliche Regelungen durchaus kritisiert und Änderungen gefordert werden können.

Philosophische Argumentationsrichtungen, die mit den materialen christlichen Normen und den Theologoumena der Gottebenbildlichkeit und Kontingenz des Menschen korrespondieren, heben die Würde und die Schutzbedürftigkeit des Menschen hervor. Sie begründen individuelle moralische Rechte (vgl. Gewirth 1978) oder ein normatives Konzept von Anerkennung (vgl. Honneth 1994) und verfolgen das Anliegen, Menschen vor schwerwiegenden Instrumentalisierungen zu bewahren. Ansätze politischer Ethik zeigen die Bedeutung gesellschaftlicher Institutionen für eine gerechte Gesellschaft und für die darin lebenden Individuen auf (vgl. Rawls 1975). Angesichts moralischer Individualrechte und den daraus resultierenden moralischen Ansprüchen an Institutionen lassen sich aus ethischer Sicht folgende prinzipiellen Überlegungen und Problemanzeigen für christliche Krankenhäuser anstellen.

## *Zwischenmenschliche Beziehungsqualität*

### *Moralische Rechte und Pflichten einer solidarischen Krankenversorgung*

Im Rahmen einer solidarisch finanzierten Krankenversorgung, aber auch auf Grund der guten Gründe für moralische Rechte und entsprechende Hilfspflichten darf angesichts einer Erkrankung, die die Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit des Menschen beeinträchtigt,<sup>9</sup> von folgenden moralischen bzw. juristischen Normen ausgegangen werden: vom Recht auf physische und psychische Integrität, auf Selbstbestimmung, auf Schutz von Leben und Gesundheit und vom Recht auf kompetente medizinische und pflegerische Versorgung. In erster Linie soll im Krankenhaus die Gesundheit erhalten oder wiederhergestellt oder die mit Krankheit verbundenen Einschränkungen und Belastungen gelindert werden. Das Wiedererlangen oder Erhalten der allgemein notwendigen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit, aber auch Wohlbefinden und Begleitung in Krankheit oder Sterben sind Aufgabe der Medizin und Pflege im Krankenhaus.

### *Ganzheitliche Unterstützung des kranken Menschen*

Viele Bereiche der Gesundheitsversorgung in Deutschland sind primär medizinisch ausgerichtet. Das moderne bio-funktionale Krankheitsverständnis der Medizin hat immer wieder kritische Ergänzung gefunden, da sich der Mensch als Leib-Seele-Einheit nicht aufteilen lässt.<sup>10</sup> Er leidet in allen Dimensionen seines Menschseins und bedarf daher neben medizinischer und pflegerischer auch sozialer, psychischer und spiritueller Formen der Unterstützung. Nicht immer ist es erforderlich, dass professionelle Helfer im Hinblick auf alle Dimensionen tätig werden, doch muss jeder Kranken zur Feststellung seines individuellen Hilfebedarfs *in Gänze* betrachtet werden.

Naturwissenschaftliche Verständnisse von Krankheit greifen also zu kurz. Wenn lediglich der Körper des Kranken behandelt wird, ist sein Wohlbefinden möglicherweise noch nicht gebessert und die Ursachen der Erkrankung lassen sich unter Umständen nur partiell finden. Ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis leitet dazu an, die Lebensumstände des Patienten in die Suche nach den Krankheitsursachen einzubeziehen und bei der Wahl der Behandlungsformen die verbliebenen Potentiale zu berücksichtigen. Eine philosophische oder theologische Anthropologie kann aufzeigen, dass Verletzbarkeit, Krankheit und Endlichkeit Existenzweisen des Menschseins sind, die zum Leben

---

<sup>9</sup> Vgl. ausführlicher zum Zusammenhang zwischen Krankheitsverständnis und moralisch-normativen Forderungen Bobbert (2000).

<sup>10</sup> Vgl. die Übersicht zu Krankheitsbegriffen, die Gesundheit gegenübergestellt werden, Bobbert (2000), vgl. ausführlicher für die Ausführungen zu Krankheit, Heilung und Heil Schockenhoff (2001).

jedes Menschen gehören. Im kranken Menschen wird diese Grundsignatur der menschlichen Existenz durch das Angewiesensein auf fremde Hilfe und die körperliche Schwäche besonders deutlich.

Angesichts einer Erkrankung können Religion und Glaube zur Einordnung und Sinnfindung und zu einem umfassenden Heilungsprozess beitragen. Materielles Wohlergehen oder körperliche Gesundheit sind bedeutsam für ein gedeihliches Leben, doch auch relativ. Gesundheit ist weder das höchste Gut und Sinn des Lebens noch ist Krankheit äußerste Bedrohung, die alles zerstört. Zugleich darf Krankheit jedoch auch nicht mystifiziert werden, indem ihr eigenständiger Erlösungswert zugeschrieben wird.

Die Texte des Alten und Neuen Testaments erzählen vielfältig von der Situation des Krankseins und ihrer Überwindung durch Dämonenaustreibungen, Heilungen und Wunder. Im Mittelpunkt stehen die körperliche und die seelische Not des Kranken, wobei die Grenze zu allgemeiner Not fließend ist. Schilderungen äußerer Krankheitssymptome gehen häufiger über in die Klage über anderes Leid, das Menschen durch Missachtung oder Verfolgung ertragen müssen. Krankheit und Kranksein wie Heilung und Heilwerden sind aus Sicht der Bibel selbstredend nicht primär medizinische Phänomene, sondern Metaphern für menschliche Grunderfahrungen von Leid, Elend und Not. Nach biblischem Glauben besteht das Heil in der Gemeinschaft mit Gott und in der Überwindung menschlicher Beziehungslosigkeit. Der Gegensatz von Gesundheit und Krankheit wird im Licht der bedingungslosen Annahme des Menschen durch Gott relativiert, Beziehung und Liebe können auch in Leid und Krankheit gelebt werden. Der individuelle Kranke, der in den Schriften der Bibel Heilung erfährt, ist eine Identifikationsfigur, um auch die Gesunden zur Umkehr und zum Glauben einzuladen. Hinter der biblischen Deutung, die das Kranksein als Teilnahme am Leiden Christi versteht, wird eine Würde des kranken Menschen sichtbar (vgl. Schockenhoff 2001). Im Unterschied zu Gesundheitsideal und Leistungsorientierung der Gegenwart werden im Kranksein häufig auch passive Lebensvollzüge wie Warten, Geduld und Kontemplation als komplementäre Bewegungsrichtungen sichtbar.

Mitarbeitende eines Krankenhauses sollten bei sich und ihren Patienten alle Dimensionen des Menschseins im Blick haben. Trotz einer arbeitsteiligen Versorgung wäre es nicht gut, das eigene Handeln am Kranken zu stark auf nur eine Dimension des Menschseins zu konzentrieren. Ein christliches Krankenhaus sollte seine Mitarbeitenden in diesem Sinne umfassend schulen, d. h. Mitgliedern aller Berufsgruppen auch psychische, soziale und spirituelle Fortbildungen anbieten.

## **Verletzbarkeit des Menschen – Anerkennung und Anteilnahme**

Häufig sind kranke Menschen besonders verletzlich, weil die Anfälligkeit des Menschen für Störungen und Verletzungen konkret geworden ist.<sup>11</sup> Eine Erkrankung bringt Schwäche und mehrdimensionale Beeinträchtigungen und Schmerzen mit sich. Ein *Patient* ist im wahrsten Sinne des Wortes passiv, d. h. ohnmächtiger und abhängiger als in gesunden Tagen. Er ist den Unwägbarkeiten seiner Erkrankung ausgesetzt und versteht im Kontext des Gesundheitswesens die medizinisch und pflegerisch relevanten Sachverhalte oft trotz fachlicher Informationen nicht hinreichend, so dass eine gewisse somatisch-existentielle *Desorientierung* besteht. Er verliert sein Gleichgewicht, sein Wohlbefinden und einen Teil der Kontrolle über Leib und Leben.

Vom Aufenthalt im Krankenhaus erhoffen sich Patienten Linderung oder Heilung. Sie sind dort aber dem Handeln anderer stärker ausgeliefert als zu Hause oder im Arbeitsleben. Handlungen, die Achtung vermissen lassen, die beschämend oder entmündigend sind, sind Ausdruck der moralischen

---

<sup>11</sup> Vgl. zu Verletzlichkeit als anthropologischer und moralischer Kategorie ausführlich Haker (2015).

Dimension der besonderen Verletzlichkeit von Patienten im Krankenhaus. Insgesamt sind in den Beziehungen zwischen Patient und professionellen Helferinnen und Helfern Asymmetrien und Abhängigkeiten konstitutiv und bedürfen daher aus ethischer Sicht besonderer Aufmerksamkeit.

Die Moralthologin Hille Haker hat die Verletzbarkeit des Menschen und insbesondere die des Kranken ausgelotet (Haker 2015): Angesichts seines Leidens und seiner Erfahrung, dem Leiden schutzlos ausgeliefert zu sein, bittet jeder Kranke implizit um Zuwendung und Anteilnahme oder forderte sogar dazu auf, weil er Trost als Antwort auf seine Verletzlichkeit sucht. Trost ist etwas anderes als Hilfe: Trost lässt das Leiden bestehen, hebt aber das Leiden am Leiden auf (Blumenberg 2006: 626ff.). Haker bezieht sich bei diesem Aspekt auf den Philosophen Hans Blumenberg: Der kranke Mensch überantwortet sich in seinem Leiden dem anderen. Und dies könne Anteilnahme in Gang setzen, sodass der Leidende seinen Schmerz abgeben und Trost erfahren könne. Für die anderen sei die Anteilnahme die Anerkennung der eigenen Verletzlichkeit. „Anteilnahme ist damit nicht (nur) die emotionale Reaktion auf die Ähnlichkeit (die Empfindung der eigenen Verletzlichkeit) in der Differenz (dem Wissen, dass es der andere ist, der leidet, und nicht man selbst), sondern zugleich auch aktives Handeln, die Übernahme einer Funktion, die der andere selbst nicht übernehmen kann.“ (Haker 2015: 214f.) Der Appell zur Anteilnahme ist „einerseits als Bitte zu verstehen, die eigene Trostfähigkeit dem Anderen gegenüber zu realisieren, andererseits aber basiert der Appell auf einem normativen Anspruch, dem Anderen als Anderen zu begegnen: nämlich mit Respekt vor seiner Würde im Zustand des Ausgeliefertseins bzw. der spezifischen, moralischen Verletzlichkeit gegenüber dem Handeln anderer.“ (Haker 2015: 215.)

In der Theologie korrespondieren die bisherigen Überlegungen etwa mit dem Ansatz des Fundamentaltheologen Johann Baptist Metz. Wohl setzt Metz primär politisch-strukturell an – anders als die bisherigen anthropologischen Ausführungen mit ihrem eher individualethischen Ausgangspunkt. In seinem gegen Ende der 1990er Jahre formulierten „Weltprogramm des Christentums“ (Metz 2000) hebt er hervor, dass das Christentum als eine Erinnerungs- und Erzählgemeinschaft in der Nachfolge Jesu steht, dessen erster Blick dem fremden Leid gegolten habe. Die Empfindlichkeit für das Leid der anderen kennzeichne die „neue Art zu leben“<sup>12</sup>. Die universelle Verantwortung gelte dem Leid der anderen, Sünde hingegen sei die Verweigerung der Teilnahme am Leid der anderen. Für Metz gehören die Rede von Gott, die Frage nach dem Leiden und des Erinnern des Leids untrennbar zusammen. *Compassion* als Mitleid und mitfühlende Empathie gründen in der barmherzigen Zuwendung Gottes zum Menschen wie des Menschen zum Menschen. Das Konzept der *compassion* beruht auf seiner politischen Theologie der 1960er und 70er Jahren, in denen die Theologie der Befreiung das Verhältnis von Glaube und Praxis auf neue Weise bestimmte.

Aus philosophischer wie aus theologischer Sicht lässt sich folglich verstehen, warum die Aufgabe professioneller Hilfe sich nicht in technisch-pragmatischer Medizin und Pflege erschöpfen kann, vielmehr der Kranke besonderer Aufmerksamkeit und Fürsorge bedarf. Die professionellen Helfer sollten dem kranken Menschen mit Zuwendung, Aufmerksamkeit und aktiver Rezeptivität, d. h. aktivem Zuhören begegnen. Der Respekt vor der Würde des kranken Menschen im Krankenhaus kann sich über die Anerkennung von Gleichheit und Differenz zeigen, wie Haker unter Verweis auf Nussbaum und Blumenberg ausführt (2015: 221): Weder die Ähnlichkeit („ich kann dich verstehen“) noch die Differenz („Ich erlebe nicht, was du gerade erlebst“) dürfe geleugnet werden. Es gehe

---

<sup>12</sup> Vgl. für die Diskussion der Reichweite des *compassion*-Konzepts aus ethisch-theologischer Sicht Bobbert (2015), 55–63.

vielmehr darum, die Spannung zwischen Untröstlichkeit, Trostbedürfnis und Trostfähigkeit auszuhalten. Dementsprechend sind medizinisch und arbeitstechnisch erforderliche Standardisierungen unter Umständen etwas zurückzunehmen oder auszudifferenzieren. Weil das Bedürfnis nach Kommunikation, der Wunsch nach Beteiligung oder Rückzug u. a. bei jedem Patienten unterschiedlich ausgeprägt sind, erfordert der Respekt vor der Würde eines individuellen Menschen Sensibilität und Flexibilität in der Krankenversorgung.

### *Sorge und Caritas als Förderung von Selbständigkeit*

Der Caritaswissenschaftler Klaus Baumann hebt in Bezug auf die Soziale Arbeit darauf ab, dass durch karitative Hilfe die Freiheit des Empfangenden zu stärken und zu fördern sei (vgl. Baumann 2014: 106f.) Er verweist dabei auf einen Abschnitt des Dekrets über das Laienapostolat (AA) des Zweiten Vatikanums: „Zuerst muss man den Forderungen der Gerechtigkeit Genüge tun, und man darf nicht als Liebesgabe anbieten, was schon aus Gerechtigkeit geschuldet ist. Man muß die Ursachen der Übel beseitigen, nicht nur die Wirkungen. Die Hilfeleistung sollte so geordnet sein, daß sich die Empfänger, allmählich von äußerer Abhängigkeit befreit, auf die Dauer selbst helfen können.“ (AA 1965: 8.6.) In der sozialen Arbeit sei unter allen Umständen die Manipulation der Selbstbestimmung oder das Ausnutzen von Schwäche zu vermeiden. Die Hilfe solle dazu befähigen, dass die Hilfe-Empfangenden ihre Potenziale weiter entwickeln und sich möglichst selbst helfen könnten. Befähigung zu Selbsthilfe und Freiheit und die Realisierung von Gerechtigkeit seien geschuldet. Das „Mehr“ des christlichen Helfers bestehe in der „Zuwendung des Herzens“ (Baumann 2014: 106), also einer Haltung, die begleitet von kritischen Analysen und Handlungen, die auf die Achtung der Freiheit und individueller Rechte des Kranken ausgerichtet sind.

Auch für Patienten im Krankenhaus lassen sich die Hilfe zur Selbsthilfe und die Unterstützung der Selbstbestimmung als wichtiges moralisches Ziel hervorheben (vgl. auch Nationaler Ethikrat 2016). Sie sind durch ihre Erkrankung, durch die Abhängigkeit von professioneller Hilfe und die Versorgung in einer Institution in ihrer Freiheit gefährdet. Überträgt man Baumanns Caritas-Überlegungen auf das Krankenhaus, bedeutet dies zum einen, dass jedwede Maßnahme, sei sie medizinisch, pflegerisch, sozial oder seelsorgerlich, einzusetzen ist, wenn dies dem inneren und äußeren Freiheitsgewinn des Kranken dient. Zum anderen bedeutet es, dass personenbezogenes Informieren und das Einholen einer auf Verstehen und Konsens basierenden Zustimmung moralisch gefordert ist – und zwar nicht nur zu medizinischen, sondern unter anderem auch zu pflegerischen und seelsorgerlichen Maßnahmen und Angeboten.<sup>13</sup>

Pflegende im Krankenhaus leisten nicht nur Behandlungs- und Funktionspflege. Vielmehr ist die Pflege der Grundstein einer am individuellen Patienten orientierten Versorgung (vgl. Klother 2016). Denn Pflegende beobachten in ihren direkten und kontinuierlichen Interaktionen mit dem Patienten Symptome und Befinden nicht nur auf der somatischen, sondern auch auf der psychischen oder spirituellen Ebene. Auch vermitteln sie zwischen Patient, Angehörigen und Ärzten. Pflegende sorgen nicht nur für das Wohlbefinden des Patienten, sondern sie setzen professionelle Mittel und Wege der Aktivierung und Rehabilitation ein, um dem Patienten wieder zu möglichst großer Selbständigkeit zu verhelfen.

Schließlich umfasst ein Wiedergewinnen oder Befähigen zur Freiheit auch, nicht nur Einzelentscheidungen zu flankieren, sondern die Handlungs- und Deutungsspielräume eines

---

<sup>13</sup> Vgl. z. B. ausführlicher zu Information und Zustimmung in der Pflege u. a. Bobbert (2001).

Menschen zu erweitern, der durch Unfall oder Krankheit unter Umständen in eine Existenzkrise geraten ist – etwa durch psychologische oder seelsorgerliche Gespräche, durch spirituelle Angebote oder durch konkrete sozial- und ergotherapeutische Maßnahmen.

### ***Anerkennung und Fürsorge gegenüber den professionellen Helfern***

Aufmerksamkeit, Sensibilität und Respekt sind Patienten im Krankenhaus aufgrund ihrer besonderen Verletzbarkeit geschuldet. Doch auch die professionellen Helfer sind verletzbar, auf Anerkennung und Fürsorge angewiesen. Sie haben gleichermaßen Anspruch auf Achtung und Schutz ihrer Person und ihrer individuellen Rechte, u. a. auf physische und psychische Integrität, Schutz der Gesundheit, auf Selbst- bzw. Mitbestimmung und Gerechtigkeit in Bezug auf Lohn und Arbeitsbedingungen. Der Anspruch einer möglichst personenorientierten, empathischen Krankenversorgung, die zugleich fachlichen Ansprüchen im Sinne des *state of the art* genügen soll, stellt hohe Anforderungen an die professionellen Helfer. Um diesen Ansprüchen gerecht werden zu können, bedarf es kognitiver, emotionaler, volitiver und spiritueller Ressourcen sowie Kommunikations- und Handlungskompetenzen. Für ihre Einlösung sind institutionelle Strukturen entscheidend.

Theologische Ethiker nennen vielfach als Aspekte, die den für das kirchliche Selbstverständnis konstitutiven Vorstellungen des christlichen Menschenbilds sowie der Dienstgemeinschaft der Mitarbeitenden Ausdruck verleihen (vgl. Jähnichen 2005; Ernst 2009): Ein wertschätzendes und von durchlässigen Kommunikationsstrukturen geprägtes Betriebsklima, Familie und Freizeit berücksichtigende Arbeitszeitsysteme, ein angemessener Personalschlüssel und für die jeweiligen Arbeits- und Verantwortungsbereich gut qualifiziertes Personal, Strukturen der psychologischen Supervision, der ethischen Reflexion und spirituellen Begleitung, ein partizipativer und kooperativer Führungsstil sowie eine Personalentwicklung, die die individuellen Stärken und Schwächen der Mitarbeitenden erfasst und gemeinsam mit ihnen Möglichkeiten der Entfaltung und Förderung erarbeitet. Diese Aspekte sind auch aus philosophisch-ethischer Sicht nicht optional, sondern im Sinne eines humanen und wertschätzenden Klimas am Arbeitsplatz unerlässlich, um das Personal nicht nur als Mittel zum Zweck zu behandeln.

Jähnichen legt in seinen Ausführungen den Finger in die Wunde, wenn er darauf hinweist, dass einige Konfliktfelder in christlichen Häusern ausgeblendet werden: Konflikte zwischen dem eigenen Anspruch und den durch Finanzierungszwänge angewandten Strategien zur Reduzierung der Personalkosten entstehen z. B. durch *Outsourcing*, Abkoppelung von Tarifsystemen oder bei Fragen der kollektiven Interessenvertretung der Mitarbeitenden (vgl. Jähnichen 2005). Für übliche Stellenschlüssel, Qualifikationen und Qualitätssicherungsmaßnahmen spricht sich Baumann aus, wenn er für soziale (personennahe) Dienste in katholischen Häusern festhält: „Christlichkeit kann Defizite nicht kompensieren und darf Standards nicht unterlaufen.“ (Baumann 2014b: 650)

Die für Krankenhäuser wirkmächtigen Rahmenbedingungen – hoher ökonomischer Druck durch steigende Versorgungskosten, eine Reduzierung öffentlicher Refinanzierungen, eine Reduzierung von Bettenzahlen und Verweiltagen bei gleichzeitigem Personalabbau sowie eine Umschichtung der Versorgung von stationär zu ambulant mit den entsprechenden Koordinations- und Schnittstellenproblemen – schaffen für alle Berufsgruppen im Krankenhaus Belastungen und Zwänge. In die Analyse und Lösungsentwicklung sind diese Rahmenbedingungen, die letztlich gesundheits- und sozialpolitisch verantwortet werden, kritisch einzubeziehen.

## *Orte ethischer Reflexion im Krankenhaus*

Liebe und Mitleid sind keine hinreichenden Prinzipien der Moral, eine gute Gesinnung ersetzt noch keine ethische Reflexion im Sinne einer Problemanalyse, Urteilsbildung und -begründung. Aus Mitleid oder falsch verstandener Fürsorge heraus wird nicht selten das in sachlicher und/oder ethischer Hinsicht Falsche getan. Doch moralische Verantwortung lässt sich nicht allein dadurch wahrnehmen, dass jemand über moralische Sensibilität verfügt, seinen Intuitionen folgt oder sich an faktische Gruppenkonsense anlehnt. Räume für Reflexion und kritische Diskussion, etwa im Rahmen von Besprechungen, Fortbildungen zu ethischen Fragen der Medizin, Pflege und Seelsorge sowie Strukturen der Ethikberatung, etwa ein klinisches Ethikkomitee, unterstützen die Mitarbeitenden in ihrer moralischen Verantwortung.

Ein mit Vertretern aus den verschiedenen Berufsgruppen besetztes Ethikkomitee, das eine gewisse Unparteilichkeit und Diskursivität leisten und Patienten umfassend betrachten will, ist eine mittlerweile in vielen Krankenhäusern existierende Struktur der Ethikberatung (vgl. Dörries/Neitzke (Hg.) 2010; Steinkamp/Gordijn 2009; Frewer u. a. (Hg.) 2012; Baumann-Hölzle/Arn (Hg.) 2009). Richtungsweisend im konfessionellen Bereich war 1997 die gemeinsame *Empfehlung des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbands Deutschlands e.V. und des Katholischen Krankenhausverbands Deutschland e.V.* Seit den 1990er Jahren begannen Zertifizierungen von Krankenhäusern, die auch auf Ethikstrukturen Wert legten. Im Jahr 2006 sprach sich auch die Bundesärztekammer explizit für die Bildung von Ethikkomitees und andere Formen klinischer Ethikberatung zur Verbesserung der Patientenversorgung aus (vgl. Bundesärztekammer 2006).

Klinischer Ethikberatung, meist in Form eines Ethikkomitees, werden unterschiedliche Zwecke zugeschrieben. Klaus Klother etwa sieht die Aufgabe eines Komitees im prozess- und verfahrensorientierten Beitrag zur Lösungsfindung in Konfliktsituationen, ohne den normativen Anspruch von Ethik zu ignorieren (vgl. Klother 2015: 318, 320f.). Zudem ermöglichen Ethikangebote in einem hektischen System, wie es das Krankenhaus sei, Innehalten, Austausch und Reflexion. Interne Kommunikation werde dadurch gefördert, dass sich Mitarbeitende aus verschiedenen Professionen und Abteilungen jenseits der üblichen Hierarchien austauschten. Außerdem werde die individuelle Arbeit durch ein strukturiertes Umgehen mit ethischen Konflikten erleichtert. Auch könne Ethikberatung zur Verbesserung der Pflegequalität beitragen, d. h. der Pflege- und Betreuungsprozess lasse sich so positiv beeinflussen (vgl. Walther 2015).

Ein Ethikkomitee könne auch, so Stephan Ernst, dazu beitragen, dass Entscheidungsroutrinen nicht unhinterfragt durch Effizienzbestrebungen oder durch die Wettbewerbssituation bestimmt würden (vgl. Ernst 2009). Allerdings werden in Ethikkomitees häufig vor allem konflikthafte Einzelfälle und weniger patienten- und stationsübergreifende, d. h. strukturelle Fragen behandelt (vgl. Bobbert 2009: 200f.). Dadurch besteht die Tendenz zur Individualisierung struktureller Probleme.

Neben so genannten Ethikkomitees gibt es – allerdings seltener – andere Strukturen ethischer Reflexion, so etwa die explizite Diskussion ethischer Fragen in regulären Dienstbesprechungen oder einen *Ethikbeirat* auf Leitungsebene. Ethikstrukturen können dazu beitragen, Verantwortungsbereiche in einer stark arbeitsteilig organisierten Krankenversorgung explizit zu klären und abzusprechen, so dass die Beteiligten um ihre individuelle Verantwortung wissen.<sup>14</sup> So können Mitarbeitende ihren Anteil an Verantwortung wahrnehmen und müssen nicht erst *durch*

---

<sup>14</sup> Vgl. zu Verantwortungszuschreibung und Schuld bei Fehlern in der arbeitsteilig organisierten Krankenversorgung ausführlicher Bobbert (2016).

*Fehler klug werden* oder durch retrospektive Verantwortungszuschreibungen erfahren, was von ihnen erwartet worden wäre. Regelmäßige Diskussionen schwieriger Fallkonstellationen oder struktureller Missstände im Krankenhaus, die auf eine umsichtige Problemanalyse und begründete Urteile abzielen, können die moralische Urteilsfähigkeit der Mitarbeitenden und Behandlungsteams im Klinikalltag schulen, indem z. B. ungerechtfertigte Vorurteile oder argumentative Fehlschlüsse erkannt oder konfligierende Normen angemessen abgewogen werden.

Ein unternehmensethisches Konzept, das so genannte *Ethik-Controlling*, dessen Kommission durch internes Personal mit ethischer Kompetenz gebildet wird, stellte Alfred Jäger vor (2005). Zusätzlich zu dieser Art von Ethikstrukturen führt er die Idee eines professionellen *Ethik-Controlling*, das eng an die Geschäftsführung angebunden ist und vorausschauend ethisch-normative Orientierung für das Unternehmen entwickelt. In aus ethischer Sicht heiklen oder krisenhaften Situationen könne die Ethik-Kommission eine Assistenzfunktion übernehmen, aber auch in Problem- oder gar Dunkelzonen des eigenen Unternehmens hineinleuchten.

Flankiert werden sollten die Ethikstrukturen darüber hinaus durch ein professionelles Qualitätsmanagement, das ethische Fragen explizit macht und in die Zieldefinitionen integriert. Insbesondere das Erheben und Analysieren von *Beinahe-Fehlern* kann zur Veränderung von Abläufen und Strukturen führen, und die Mitarbeitenden so vor Fehlern schützen. Innerbetrieblich sollte auf aus Arbeits- und Betriebspsychologie bekannte Anzeichen individueller oder struktureller Über- oder Unterforderung des Personals, etwa signifikant erhöhte Krankmeldungen oder Stellenfluktuationen, mit Personalentwicklungsmaßnahmen reagiert werden.

Insgesamt sollte ein Krankenhaus eine an den Sachproblemen und Wertungsfragen orientierte, offene und kritische Diskussionskultur fördern. Somit sollten trotz einer arbeitsteiligen und auf Verantwortungsfragen und Kompetenz bezogenen institutionellen Hierarchie Sachargumente vor Autoritätsargumenten Vorrang haben. Umsichtige Kommunikation, reflektierte Toleranz und problembezogene Argumentation sollten an die Stelle von Repression oder *Autoritäts-Argumenten* treten. Klinische Ethikberatung ist kein Alleinstellungsmerkmal christlicher Häuser, und Strukturen der Ethikberatung sind keine Garantie für ein christliches Profil, zudem geht das christliche Profil auch nicht in der Ethikberatung auf.

Transparenz hinsichtlich der innerbetrieblichen Kommunikationswege, der Prioritätensetzungen bei Ressourcenfragen und anderen Leitungsentscheidungen ist nach Möglichkeit zu gewährleisten, auch wenn Transparenz als solche kein Wert sein kann – man denke etwa an Personalentscheidungen, vertrauliche Informationen über Patienten oder Wettbewerb auf dem freien Markt relevante Informationen.

Einen Prozess der Profilentwicklung für katholische Gesundheits- und Sozialeinrichtungen stellt die *Catholic Identity Matrix* (CIM) dar, die für Mitarbeitende aller Hierarchieebenen und Funktionsfelder eine Selbstbewertung des christlichen Profils der Organisation bietet, um auf Grundlage der Selbsteinschätzung „christliche Wertprinzipien“ weiterzuentwickeln und zu implementieren (Günther 2013). Die Einbeziehung vieler Ebenen und Akteure, also u. a. der Nutzer von Dienstleistungen, der Mitarbeiterschaft und der Verwaltung kann sicherlich eine Verbesserung der internen Kommunikationskultur und eine moralische Sensibilisierung bewirken. Fragen nach den handlungsleitenden moralischen Normen, ihrem präzisen materialen Gehalt und ihren Operationalisierungen bzw. Konkretisierungen bleiben jedoch offen, etwa bei den in den Matrizen der CIM aufgeführten Prinzipien „Solidarität“, „ganzheitliche Sorge“, „Respekt vor Würde des

menschlichen Lebens“, „Tötungsverbot“, „Dienstgemeinschaft in Teilhabe und Respekt“, „ressourcenorientiertes Management“ und „Handeln in kirchlicher Gemeinschaft“. Auch entbehren die Prinzipien einer Begründung, was den materialen Gehalt und ihre Auswahl anbelangt. So fällt beispielsweise auf, dass ein Recht auf Selbstbestimmung und ein Gerechtigkeitsprinzip, das auf Gleichheit und Verteilungsgerechtigkeit abstellt, nicht enthalten sind. Weiterhin fällt auf, dass das „Handeln in Gemeinschaft mit der Kirche“ verlangt, „die ethischen und religiösen Vorgaben der Römisch-Katholischen Kirche“ zu beachten (vgl. Günther 2013: 112.). Das CIM-Konzept beruht offenbar auf einem so genannten glaubensethischen Verständnis (vgl. weiter oben 2.1) und fordert eher Gehorsam als Einsicht in Bezug auf moralische Urteile. Hier stehen nicht nur Freiheit und Gewissen des Einzelnen in Frage, sondern die Frage nach dem Proprium des christlichen Krankenhauses wird anders beantwortet als die Autorin des vorliegenden Beitrags es weiter oben darlegt.

### **Ethik und Ökonomie im Krankenhaus**

Vielfach wird beklagt, das Selbstverständnis christlicher Krankenhäuser werde durch die Ökonomisierung der vergangenen Dekaden in Frage gestellt, weil die Einführung marktwirtschaftlicher Größen wie Effizienz und Produktivität die Werteorientierungen zu verdrängen drohten (vgl. Eurich 2005). In diesem Zusammenhang wird häufig impliziert, dass eine ethische oder ökonomische Sichtweise zwangsläufig zu unterschiedlichen Ergebnissen führt. Dies muss jedoch nicht so sein, vielmehr können Ethik und Ökonomie durchaus auch konform gehen. Allerdings ist es erforderlich, das Verhältnis von Ökonomie und Ethik genauer zu bestimmen:<sup>15</sup>

Aufgabe des Gesundheitswesens ist es, Menschen im Fall von Krankheit zu helfen. Angesichts dieser moralisch relevanten Zielsetzung zeigt sich, dass Ethik nicht nur integraler Bestandteil jeder Institution des Gesundheitswesens, sondern oberster Maßstab ist. Die Ökonomie kommt ins Spiel, wenn es darum geht, wie sich Ethik bzw. moralisch gut begründete Ziele effizient und nachhaltig erreichen lassen. Effizienzüberlegungen sollen sicherstellen, dass begrenzte Ressourcen so eingesetzt werden, dass moralisch richtige Ziele so weit als möglich erreicht werden. Außerdem soll sichergestellt werden, dass die heutige Finanzierung des Gesundheitssystems die Handlungsfähigkeit zukünftiger Generationen nicht unzumutbar einschränkt. Effizienz ist also kein Selbstzweck, sondern gewissermaßen ein *Mittel* bzw. eine Forderung, die auf ein gesetztes Ziel bezogen ist. Das Setzen von Prioritäten im Gesundheitswesen muss jedoch nach ethischen Kriterien im engeren Sinne erfolgen.

Weil die Ressourcen meist knapp sind, kann Effizienz mittelbar eine moralische Forderung darstellen. Gleichwohl kann es auch Ziele geben – etwa eine fürsorgliche, individuell gestaltete Versorgung oder gar einen kreativen Prozess der Selbstentfaltung, die sich weniger durch übliche Effizienzbemühungen als durch Muße und Konzentration erreichen lassen.<sup>16</sup> Der zugeordnete Status von Effizienz beinhaltet auch, dass z. B. ökonomische Effizienzforderungen ihre Grenzen an grundlegenden ethischen Rechten und Pflichten gegenwärtiger und zukünftiger Akteure finden: Sobald effiziente Vorgehensweisen individuelle moralische Rechte und Pflichten zu verletzen drohen, müssen die Vorgänge verändert werden.

---

<sup>15</sup> Ingrid Bolliger danke ich für die Mitarbeit an diesem Abschnitt.

<sup>16</sup> Der Frage, was unter *Effizienz* im engeren oder auch weiteren Sinne zu verstehen ist, kann in diesem Beitrag nicht weiter nachgegangen werden. An dieser Stelle geht es vor allem um die Einordnung des Wertes *Effizienz* in ethische Überlegungen.

Dass Ökonomie und Ethik nicht per se in Konkurrenz stehen und nicht zwangsläufig zu unterschiedlichen Urteilen führen, lässt sich noch an folgendem Beispiel mit Aspekten der Effizienz, der Effektivität bzw. des Risikos verdeutlichen: Im Zusammenhang mit den diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) in Deutschland wird z. B. die Vermutung geäußert, dass auch bei geringer diagnostischer Notwendigkeit Herzkatheter-Untersuchungen vorgenommen werden, weil ein Krankenhaus für diese Maßnahme einen hohen DRG-Wert veranschlagen kann. Aus ethischer Sicht ist dies problematisch, da die Untersuchung den Patienten potentiell schädigt, ohne dass ein entsprechender Nutzen für ihn zu erwarten ist. Aus ökonomischer Sicht stellt dies eine unnötige Belastung der Kostenträger dar. Hier läge also sowohl aus ethischer als auch aus gesamtökonomischer Sicht ein Fehlanreiz vor, der zu beseitigen wäre.

Wenn neue Maßnahmen der Rationalisierung und Effizienzsteigerung eingeführt werden, wird eine ethische und ökonomische Analyse der Effekte notwendig. Hinweise auf problematische Fehlanreize können folgende Fragen geben: Gibt es Phänomene der Unterversorgung oder der risikoreichen Versorgung? Hier wären der Schutz von Leben und Gesundheit sowie die Aufgabe einer guten Gesundheitsversorgung u. U. nicht angemessen umgesetzt. Gibt es Überversorgungsphänomene aufgrund der Gewinnmaximierung eines einzelnen Kostenträgers – etwa durch verzögerte Entlassungen oder das Aufteilen der Behandlung in mehrere Aufenthalte, obwohl ein Aufenthalt ausreichend wäre (*case splitting*)? Hier wäre eine gerechte, d. h. an den Grundbedürfnissen von Patient(inn)en ausgerichtete Gesundheitsversorgung in Frage gestellt, weil an anderen, wichtigeren Stellen Mittel fehlen würden.

Unterversorgung oder risikoreiche Versorgung liegt z. B. vor, wenn aus Kostengründen nützliche medizinische Anwendungen nicht angewendet oder durch günstigere, weniger effektive ersetzt oder wenn Patienten unnötigen oder höheren Risiken ausgesetzt werden. Eine Versorgung ist verbesserungsbedürftig, wenn Patienten nicht mit der angemessenen Sorgfalt behandelt werden, wenn sie abgewiesen werden, weil sie ein finanzielles Risiko darstellen, oder wenn sie zu früh entlassen werden.

Kritik am Pflegemanagement ist angebracht, wenn die Pflege professionellen Standards nicht entspricht oder wenn der Bereich der Pflege personell schlecht ausgestattet ist und daher unter Zeitdruck Patienten versorgen muss, so dass unter anderem die Achtung der Patientenautonomie und die Unterstützung aller erforderlichen „Aktivitäten des täglichen Lebens“ zu kurz kommen (vgl. Bobbert 2002).

Inwiefern Ökonomie und Ethik in der Gesundheitsversorgung vereinbar sind, hängt offensichtlich davon ab, welche Effekte neue Praktiken, Organisationsabläufe oder Abrechnungssysteme mit sich bringen. Die Effekte sind in Bezug auf die moralischen Rechte von Patienten und auf die entsprechenden Pflichten gegenüber kranken Menschen zu bewerten. Effizienz und Kostenerwägungen sind dabei kein Selbstzweck, sondern erforderliche Mittel und Wege einer gerechten Gesundheitsversorgung. Sollen Sinn und Zweck der Gesundheitsversorgung nicht verfehlt werden, muss der ethischen Beurteilung bei allen Ziel- und Mitteldiskussionen klare Priorität eingeräumt werden. Kriterium für die Existenz eines Krankenhauses kann nur eine im moralischen und effizienten Sinn gute und richtige Krankenversorgung sein und nicht der Selbsterhalt im Sinne einer Besitzstandswahrung oder das Ziel der Gewinnmaximierung also solcher.

Im Interesse der Kranken und im Interesse der solidarischen Finanzierung sollte u. a. dem Phänomen der Über-, Unter- oder Fehlversorgung von Patienten, das u. a. durch betriebsinterne Gewinn- oder

Amortisierungsinteressen oder durch ein Fortbildungsdefizit der Berufsgruppen zustande kommt, aus ethischer Sicht durch strukturelle Vorgaben und Kontrollen sowie regelmäßige Mitarbeiterfortbildungen entgegengetreten werden. Insgesamt sollten für verantwortliche Prioritätensetzungen und Risiko-Nutzen-Abwägungen (z. B. in Bezug auf Epidemiologie und Hygiene) entsprechende Prozesse und Institutionen etabliert werden.

## ***Sozialethische Forderungen in Bezug die Institution Krankenhaus***

### **Schutz des Personals vor moralischer Überforderung**

Die o. g. strukturellen Forderungen in Bezug auf Personal und Unternehmensziele sind, obwohl sie utopisch anmuten, kein *plus ultra* sondern *conditio sine qua non*. Derzeit stellen moralisch bzw. christlich motivierte Mitarbeitende eine Art individuelle, gewissermaßen *subversive* Gegenbewegung zur *seelenlosen* Institution Krankenhaus dar, in der man, so ist oft zu hören, als Patient „seine Persönlichkeit an der Pforte abgibt“. Verantwortungsbewusste Mitarbeitende unterstellen sich selbst oder durch Forderungen des Trägers moralischen Ansprüchen, denen sie – trotz der Geschuldetheit gegenüber Patienten – nicht nachkommen können. Das individuelle Ungenügen bzw. moralische Scheitern ist angesichts hinderlicher Strukturen wie Personalmangel, Zeitdruck und Überstunden in vielen Arbeitsbereichen des Krankenhauses bereits vorprogrammiert – eine unzumutbare Situation. Jedes Krankenhaus, das seine Mitarbeitenden nicht chronisch überfordern und psychisch und physisch gefährden will, müsste intensiv auf die Veränderung hinderlicher Strukturen hinarbeiten.

So sind z. B. viele Krankmeldungen, Personalfuktuation und Personalmangel sowie Burn-out oder geringe Arbeitszufriedenheit deutliche Indikatoren für überfordernde institutionelle Rahmenbedingungen. Moralisch-normative (bzw. juristische) Ansprüche in Bezug auf Würde, Gleichheit und Gerechtigkeit drücken sich nicht zuletzt in Fragen des Lohnniveaus und der Lohnunterschiede, Arbeitszeitregelungen und anderen ethisch relevanten Arbeitsbedingungen aus, die immer wieder abgewogen und austariert werden müssen.

### **„Ethisch-existentielle Anerkennung“ für Mitarbeitende**

Johannes Eurich und Alexander Brink zeigen in einem Beitrag zur Unternehmensethik auf, dass in der Arbeitswelt neben juristisch-politischen Anerkennungsstrukturen, die sich in Fragen des gerechten Lohns und der Absicherung gegen Krankheit und Arbeitslosigkeit konkretisierten, mehr „ethisch-existentielle“ Anerkennung erfolgen sollte (vgl. Eurich/Brink 2005). Als Ausdruck sozialer Wertschätzung und zur Ausbildung von Selbstachtung seien Maßnahmen des Einschlusses von Menschen in den Arbeitsmarkt anzustreben. Am Arbeitsplatz selbst gebe es zahlreiche Mechanismen unternehmerischer Exklusion, die aus sozialethischer Sicht zu vermeiden seien, da sie Anerkennung verweigerten (vgl. Eurich/Brink 2005: 146ff.): Kulturexklusion, etwa durch dominante oder geringgeschätzte Subkulturen im Krankenhaus, Kommunikationsexklusion, etwa in Form von Mobbing, Whistleblowing und Diskriminierung, Entscheidungsexklusion, etwa die fehlende Einbindung in Managementprozesse, Erfolgsexklusion, etwa keine variable Entlohnung oder Chancenexklusion, beispielsweise mangelnde Fortbildungsmöglichkeiten, Karriereplanung und Personalentwicklung. Hinzu komme, dass sich diese Phänomene auch ökonomisch auswirkten, da Burn-Out, innere Kündigung, Antriebsschwäche und fehlende Identifikation mit den Unternehmen den Erfolg schmälerten. Eurich und Brink wollen Gerechtigkeit als Achtung individueller moralischer Rechte und Pflichten folglich ergänzt sehen durch die Wertschätzung der Fähigkeiten und Eigenschaften des jeweils anderen für die gemeinsame Praxis. Dazu beziehen sie sich sowohl auf

soziale Gerechtigkeit nach Jürgen Habermas oder Rainer Forst als auch auf umfassende existentielle Anerkennung nach Charles Taylor oder Axel Honneth (vgl. Eurich/Brink 2005: 141f.).

### **Gerechter Lohn**

In weiten Zügen übertragbar ist sicherlich Wolf-Gero Reicherts Problemanalyse zur Frage des gerechten Lohns in der Altenhilfe auf die Berufsgruppe der Pflegenden im Krankenhaus (vgl. Reichert 2009). Als Gefahren, denen entgegen zu wirken sei, nennt er in Bezug auf die Pflege: Pflegefachkräftemangel durch geringe Attraktivität des Pflegeberufs, geringe Wertschätzung des Pflegeberufs, vergleichsweise hoher Personalabbau und Aushebelung der Tariflöhne. Aus sozialetischer Sicht attestiert er dem Pflegebereich ungerechte Lohn- und Arbeitsverhältnisse. Pflege wird in Deutschland im Unterschied zur Medizin gering geschätzt und gering bezahlt, obwohl gerade Pflegenden die Lebensqualität und das Selbstverständnis eines Kranken stark positiv oder aber negativ beeinflussen.

### **Vermittlung unterschiedlicher Rationalitäten**

Die Vermittlung unterschiedlicher Rationalitäten im Bereich gesundheitsbezogener und sozialer Dienstleistungen stellt kirchliche Trägerorganisationen, Dach- und Spitzenverbände bleibend vor Herausforderungen. Kirchliche Träger müssen sich, so Hildemann, entsprechend sozial- und marktwirtschaftlicher Veränderungen wandeln (vgl. 2005). Ein Spagat bestehe darin, einerseits der Regelmäßigkeit des öffentlichen Dienstes verpflichtet zu sein, z. B. bei der Bezahlung der Mitarbeitenden, sich jedoch andererseits mit den Hilfsangeboten auf dem Markt der Sozialanbieter behaupten zu müssen.

Es verwundert etwas, dass Hildemann angesichts dieser sozialetischen Problemanzeige vor allem „Führungsverhalten als Sicherung des diakonischen Unternehmens“ (Hildemann 2005: 165) diskutiert. Die Führungsperson auf der mittleren Ebene müsse es neben der Aufgabenorientierung und Strukturierung des Unternehmens leisten, dass die Mitarbeitenden Anerkennung und emotionale Nähe erfahren. Hinzutreten müsse eine partizipative und konstruktive Unternehmenskultur, die über Gruppenprozesse auf den verschiedenen Ebenen die Problemanalysen und Lösungsvorschläge erarbeiteteten und umsetzten. Dass dies jedoch nur ein Baustein der Gestaltung eines christlichen Krankenhauses sein kann, liegt nahe, will man strukturelle Probleme nicht allein über Personen bzw. eine nicht angemessene Individualisierung lösen. Daher geht Smend z. B. auf die wichtige Präventiv- und Kontrollfunktion eines Aufsichtsrats ein (vgl. 2013).

### **Leitbild der Dienstgemeinschaft**

Auf der Meso-Ebene werden aber noch andere Fragen diskutiert, etwa der arbeitsrechtliche Sonderweg in kirchlichen Einrichtungen und das Leitbild der „Dienstgemeinschaft“ (vgl. Jähnichen 2005). Durch die Einführung von Budgets und Fallpauschalen Anfang der 2000er Jahre wurde das wirtschaftliche Risiko stärker auf die Leistungsanbieter übertragen und der Wettbewerb wurde härter, wodurch das Personal als größter Kostenfaktor unter Druck geriet.

Gerechtigkeitsfragen in Bezug auf die Lohnstruktur für Mitarbeitende im Krankenhaus, aber auch im gesamten Gesundheits- und Altenversorgungssektor sind bislang sicherlich nicht zufriedenstellend gelöst. Wettbewerbsbedingte, arbeitsrechtliche Fragen und berufspolitische Interessen spielen hier ineinander, was die Umsetzung sozialetischer Ansprüche erschwert. Die Gesellschaft sollte die Versorgung finanzieren, die Kranke und Pflegebedürftige benötigen. Jähnichen wies schon 2005 darauf hin, dass sich kirchliche Arbeitsgeber, Gewerkschaften und andere Mitarbeiterverbände doch eigentlich in der Forderung einig seien, dass die Qualität sozialer Dienstleistungen in angemessenen

Gehaltsstrukturen Entsprechung finden müsse, und sich diese Forderung dann auch mit Nachdruck gemeinsam in der Öffentlichkeit vertreten lasse (vgl. Jähnichen 2005: 280f.).

### Nächsten- und Selbstliebe

Ein Krankenhaus in kirchlicher, öffentlicher oder privater Trägerschaft wird seinen moralischen Ansprüchen nicht gerecht, wenn es ganzheitliche, personenorientierte Krankenversorgung von seinem Mitarbeitenden fordert, diese jedoch unter Geringschätzung ihrer Person für den guten Zweck einer humanen Krankenversorgung instrumentalisiert. Aus christlicher Sicht sind Gottes- und Nächstenliebe ineinander verschränkt, die Nächstenliebe umfasst auch die eigene Person. Rechte Eigenliebe ist zudem die Voraussetzung für die Nächstenliebe.<sup>17</sup> Christliche Häuser tendieren häufiger dazu, die Selbstliebe zu vernachlässigen bzw. als Egoismus zu kennzeichnen. Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass für jeden einzelnen Mitarbeiter ebenso wie für die Leitungsebene und entsprechend die institutionellen Regeln und Organisationsabläufe Selbstachtung, Selbstwert und Selbstschutz der professionellen Helfer wichtige Ziele des gemeinsamen Auftrags sind. Wenn ein christliches Krankenhaus Gesundheit und Wohlbefinden seiner Mitarbeitenden ernst nimmt, kann dies nicht nur zum Vorteil im Wettbewerb um gut qualifiziertes Personal sein, sondern auch als wichtiger institutioneller Aspekt der Krankenversorgung rezipiert werden.

### Sozialpolitische Problembearbeitung

Insofern Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft innerhalb der sozialstaatlichen Finanzierungs- und Rechtsbedingungen agieren, müssen sie angesichts der derzeitigen Rahmenbedingungen der stationären Krankenversorgung sozialpolitisch tätig werden. Um Veränderungen bewirken zu können, bedarf die Wahl der Ebenen und Strategien eigener Kompetenzen. Das persönliche Wissen und Wollen allein reicht auch auf Leitungsebene nicht aus, sondern eine systemische bzw. politische Betrachtung der Probleme und der Lösungsmöglichkeiten ist unabdingbar (vgl. Baumann 2014; Eurich 2005).

Dem gesundheitspolitischen Bestreben, unter Beibehaltung eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems durch mehr Wettbewerb eine höhere Effizienz zu erzielen, wird mit diesen Überlegungen jedoch keine komplette Absage erteilt. Krankenhäuser sind ein sehr kostenintensiver Bereich der Gesundheitsversorgung. Mehr Transparenz in der Kostenstruktur und beispielsweise *runde Tische*, die nicht interessengeleitet, sondern wirklich effizienzorientiert nach Einsparmöglichkeiten suchen, aber auch offen Prioritätensetzungen aus ethischer Sicht diskutieren, sind nach wie vor im Gesundheitswesen ein Desiderat, sollten aber um der Sache willen etabliert und eingeübt werden.

Faktisch unterliegen derzeit nahezu alle Krankenhäuser in Deutschland großem finanziellen Druck, sind sogar häufig in ihrer Existenz bedroht. Finanzielle Engpässe der Einrichtungen lassen sich vermutlich nur teilweise durch interne Umstrukturierungen überwinden. Kirchlicher Träger und Dachverbände müssen sozialpolitisch tätig werden, um Missständen und Kürzungen, die der Würde und den moralischen bzw. juristischen Rechte Kranker in der Krankenversorgung zuwider laufen, entgegenzutreten. Jedoch sind für die Sozialpolitik die ganze Gesellschaft und nicht nur einige Akteure zuständig (vgl. ausführlicher Heimbach-Steins 2007, bes. 14ff). Es muss gesellschaftlich

---

<sup>17</sup> Vgl. neben Mt 22, 39 z. B. den Kirchenvater Augustinus (Die christliche Lebensweise – De disciplina christiana, 38-40.) über den Vorrang der Nächstenliebe und über ihr psychologisches Format: Gottesliebe – *genitivus subjectivus* – heilt die Selbstliebe und macht sie zur Nächstenliebe – wie dich selbst – fähig. Zudem reicht im Konfliktfall die Nächstenliebe, um das Gesetz zu erfüllen. (Vgl. ebd.: 40).

entschieden und demokratisch legitimiert werden, auf welche Weise und wie umfassend sich die verfassungsrechtlichen Garantien in der Kranken- und Altenversorgung umsetzen lassen. Sozialpolitische Innovationen sollten auf mehreren Ebenen kompetent entwickelt und durchgesetzt werden – etwa die in Deutschland schon lange eingeforderte bessere Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung, die Vermeidung unnötiger Mehrfachuntersuchungen oder das Phänomen der Überbehandlung.

### ***Methodisches Zwischenfazit: christlich motiviert, offen reflektiert***

Die aufgeführten normativen Prinzipien und Problemanzeigen aus individual- und sozialetischer Sicht zielen auf das Humanum: eine für die Betroffenen und Helfer richtige und gute Versorgung der Kranken. Die Diskussion der verschiedenen Problemanzeigen im Einzelnen würde den Rahmen des vorliegenden Beitrags sprengen, ist jedoch unverzichtbar. Dieser Diskurs muss offen und kritisch geführt werden. Einem christliche Krankenhaus, das seinem moralischem Auftrag gerecht werden will, muss daran liegen, ethische Fragen nicht nur zu erkennen, sondern Strukturen und Diskussionsräume bereit halten, die sich durch moralische Sensibilität, wissenschaftsethische Kompetenz und eine konstruktive Streitkultur auszeichnen.

Bei den ethischen Diskussionen ist zudem zu berücksichtigen, dass ein Krankenhaus in Deutschland in der Regel in einem sozialstaatlichen Kontext steht, d. h. es muss einem Versorgungsauftrag nachkommen und arbeits-, kirchenrechtliche und sozialrechtlichen Regelungen und Finanzierungsvorgaben beachten. Insofern stehen ethische Fragen zunächst einmal innerhalb eines bestehenden rechtlichen Rahmens zur Debatte, der jedoch nicht in Stein gemeißelt, sondern veränderbar und anpassungsfähig ist. Insofern kann die ethische Reflexion auf die Rechtspolitik Einfluss nehmen und so dem Umstand Rechnung tragen, dass der freiheitliche, säkularisierte Staat von Voraussetzungen lebt, die er selbst nicht garantieren kann (vgl. Böckenförde 1976: 60; 2015).

## **4 Spiritualität als zentrales Merkmal kirchlicher Krankenhäuser**

Die spirituelle Dimension, d. h. das Bemühen des Menschen um Selbstverständnis, Sinn und Ziel seiner Existenz und des Universums prägen das Leben. So könnte man in erster Näherung den Begriff *Spiritualität* umreißen. Doch ist der Spiritualitätsbegriff vieldeutig und kann im Rahmen dieses Beitrags nur cursorisch und im Hinblick auf das in Frage stehende Erkenntnisinteresse behandelt werden:<sup>18</sup> Ausgehend von Ethik als Reflexion der Moral und der Problemstellung dieses Beitrags wird vor allem nach der Verbindung von Ethik und Spiritualität im Handlungsfeld Krankenhaus gefragt. In der Literatur finden sich hierzu unterschiedliche Verhältnisbestimmungen, die sich durch unterschiedliche Ethikverständnisse und theologische Akzentsetzungen erklären.

### **Vertiefung von Ethik durch Ethos und Spiritualität**

Ein Verständnis von Spiritualität, das für eine theologische Ethik als allgemein einsichtiger Moral im christlichen Kontext gut anschlussfähig ist, entfaltet der theologische Ethiker Dietmar Mieth (2015). Er geht von einem weiten christlichen Spiritualitätsbegriff aus, der für philosophisch-existentielle Überlegungen offen ist, und verortet diesen systematisch: Für eine christliche Ethik sei es ein zentrales Charakteristikum, dass sich Ethik und Praxis nicht trennen ließen, dass es also gerade nicht eine reine Reflexionsebene und eine davon relativ unabhängige Handlungsebene gebe (vgl. Mieth 2015: 128). Spiritualität des Handelns umfasse Gotteserfahrung und Weltverantwortung.<sup>19</sup> Ethik

---

<sup>18</sup> Vgl. umfassender zum Begriff der Spiritualität die Beiträge in Frick/Roser (2009), in Baumann/Eurich/Wolkenhauer (2013), sowie Eurich (2005), Roser (2007).

<sup>19</sup> Vgl. weiterführend zu Spiritualität in diesem Sinne Mieth (2004; 1982).

müsse – sei sie humanistisch-philosophisch, sei sie christlich motiviert – durch das gelebte Ethos, damit verbundene Haltungen und durch Spiritualität vertieft werden. Zwar ließen sich die Reflexionsebene und die Handlungsebene analytisch unterscheiden, doch unterliege die christliche Ethik in besonderer Weise dem Anspruch der Transparenz und der glaubwürdigen Übereinstimmung. „Ethik und Praxis fallen in einem Feld zusammen, das man ‚Spiritualität‘ nennt. Die moralische Identität im Christentum ist spirituell unterbaut [...],“ (Mieth 2015: 128). Ein religiös vertieftes Ethos suche nach einer Balance zwischen freier Selbstverpflichtung auf moralische Normen und persönlicher Hingabe an den konkreten benachteiligten Menschen über die Normen hinaus. Ein solches Ethos lasse sich nicht verrechtlichen, es bedürfe jedoch, wie bereits weiter oben erwähnt, der Förderung durch institutionelle Strukturen. Die christliche Ethik ist also geprägt von der Verbindung zwischen religiöser Erfahrung und religiös motivierter Praxis.

In einem frühen Werk *Die neuen Tugenden* von 1984 und in jüngeren Werken, die von einem umfassenden christlichen Spiritualitätsbegriff unter Bezugnahme auf Meister Eckart (vgl. Mieth 2004: 2015) ausgehen, zeigt Mieth auf, wie die Verbundenheit von Ethik und Spiritualität gedacht und gelebt werden kann: Mit Blick auf die Ethik lassen sich für den Bereich der Medizin und Pflege so genannte *therapeutische Haltungen* benennen, die sich – aus christlicher Sicht naheliegend – philosophisch-anthropologisch reformulieren lassen:<sup>20</sup> Unter dem Gesichtspunkt der technischen Effizienz in Medizin und Pflege sind zum einen als vormoralische Fähigkeiten Objektivität, Genauigkeit und Sicherheit gefordert. Personale moralische Grundhaltungen sind die Ehrfurcht vor dem Leben, der Respekt vor der Menschenwürde, die sich auch an der Art des Umgangs mit dem Patienten zeigt, die Haltung der Gerechtigkeit mit der Anerkennung des anderen als gleich und zugleich in seinem Anderssein, die Haltung der Selbstbegrenzung mit der Einsicht in die Fehlerfähigkeit des Menschen, die Haltung der Klugheit als Kunst der Abwägung unterschiedlicher Gesichtspunkte und Interessen und die Kunst der Interpretationen und die Tugend der Tapferkeit, um unter schwierigen Umständen zum eigenen Urteil stehen zu können.

### **Spezifische Elemente einer Spiritualität der Medizin und Pflege**

Ein zwischen Phänomenbeschreibung und theologischer Deutung angesiedeltes Verständnis von Spiritualität legt Ulrich H. Körtner, Ethiker in der evangelischen Theologie, dar.

Zum einen weist er darauf hin, dass im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit oft religiöse Fragen wie die nach dem Zusammenhang von Krankheit und Schuld bzw. Krankheit und Sünde und die Frage nach der möglichen Verbindung von Heilung und Heil gestellt werden (Körtner 2009: 31). Davon abgesehen sei für viele Menschen Spiritualität nicht an eine Religion oder Kirche gebunden. Es gebe auch ein gänzlich ausgegrenztes Transzendenz aus der Sinnfrage, also ein materialistisch-positivistisches Weltbild.

Zum anderen skizziert Körtner spezifische Elemente einer Spiritualität der Medizin und Pflege: Erstens gehöre zur Spiritualität die Frage, aus welcher Haltung heraus, ja aus welchem göttlichen Geist heraus man eine Arbeit ausführe. So sollten Empathie, Nächstenliebe, Fürsorglichkeit und Barmherzigkeit als professionelle Grundhaltungen Ärztinnen und Pflegenden prägen. Zweitens wisse Spiritualität um den Geschenkcharakter von Leben und Gesundheit, um Unverfügbarkeit und Kontingenz. Gnade, Demut und Dankbarkeit prägten daher das Gelingen therapeutischer Prozesse im Sinne von: „*Medicus curat, natura sanat, Deus salvat.*“ (Körtner 2009: 31) Da Heilung aber nicht allein

---

<sup>20</sup> Vgl. Mieth (1989) zu Tugenden im Bereich des therapeutischen Handelns, bes. 187–196.

in Menschenhand liege und Spiritualität in der Medizin bedeute, die eigene Endlichkeit sowie die Endlichkeit der Heilkunst zu akzeptieren und die Heilkunst nicht zur Heilslehre zu überhöhen, bestehe die professionelle Haltung darin, sich von übertriebenen Erwartungen zu entlasten und mit Misserfolgen und Scheitern akzeptierend umzugehen. Zur professionellen Haltung gehöre drittens auch die Einsicht, dass Medizin und Pflege nicht nur Technik, sondern auch Kunst seien; Kunst bedürfe auch der Inspiration und des Kairos, also der Fügung und des rechten Augenblicks. Viertens habe Spiritualität in Medizin und Pflege mit Vertrauen zu tun. Ärzte und Pflegenden benötigten Selbstvertrauen und Vertrauen in ihre Fähigkeiten, Patienten in die Heil- und Pflegekunst der professionellen Helfer. Vertrauen als akzeptierte Abhängigkeit weise auf das Bewusstsein schlechthinniger Abhängigkeit – nach Friedrich Schleiermacher das Wesen der Religion – hin. Der Glaube an Gott als Tiefendimension des Daseins sei der Grund allen Vertrauens. „Zur Spiritualität gehört es, diese Tiefendimension menschlichen Vertrauens und Hoffens freizulegen, nach Quellen des Vertrauens zu suchen. Zur Spiritualität gehört ebenso, sich den vielfältigen Ängsten, den eigenen wie den fremden, zu stellen, statt die Angst, die Lebensangst, die doch immer auch Todesangst ist, zu tabuisieren [...]“ (Körtner 2009: 32) Spiritualität bedeute fünftens Kommunikation zwischen Mensch und Gott und zwischen Menschen untereinander. Der Geist stifte und eröffne Kommunikation – und wirke zwischen Arzt und Patient. Sechstens schließlich sei Spiritualität auch für die Organisation als ganze relevant. Nicht nur die Haltung und Einstellung von Individuen, sondern auch die Kultur einer Einrichtung verweise auf den Geist Gottes. Die Atmosphäre eines Hauses werde durch Strukturen, also Arbeits- und Lebensbedingungen des Krankenhauses oder Pflegeheims geprägt. Konkret sollten beispielsweise Seelsorgeangebote, aber auch entsprechende Fort- und Weiterbildungen für alle Berufsgruppen zur Verfügung stehen.

### ***Diakonische Spiritualität***

Da Spiritualität in einem kirchlichen Krankenhaus nicht beliebig, sondern vom christlichen Glauben bestimmt ist,<sup>21</sup> speist sich der Gehalt der Spiritualität aus der Reaktion des Menschen auf Gottes Heilshandeln in Christus. Diakonische Spiritualität bzw. (der ältere Begriff der) Frömmigkeit, so der evangelische Theologe Eurich (2005), sei durch den Glauben an Gott inhaltlich bestimmt. Die von Gott geschenkte Freiheit bedürfe aber immer wieder der Vergewisserung und Einübung – in vielfältigen Formen des Gottesdienstes, aber auch in professionellen Formen der Weltverantwortung, etwa im Handeln der Sozialarbeit, Pflege und Medizin. Für Eurich äußert sich Spiritualität hier in einer Haltung der Wachsamkeit für alle menschlichen Dimensionen des Patienten. „Diakonische Spiritualität nimmt den Nächsten wahr, achtet auf seine Lebenszeichen, durchbricht seine Antipathie.“ (Eurich 2005: 265) Sie widerspreche der einseitigen Orientierung an Leitbildern des Erfolgs, der Schönheit und der Stärke, weil diese Leitbilder schwache Menschen ins Abseits stellten. Diakonische Spiritualität nehme diese Wachsamkeit auch in gesellschaftlicher Verantwortung wahr. Generell entfalte sich Spiritualität zwischen Alltagsroutinen und *Gottes Augenblicken*, d. h. sie sei nicht erzwingbar, entwickle sich von selbst und entziehe sich immer wieder gezielter Beeinflussung. Zudem trage diakonische Spiritualität dazu dabei, das eigene Leben neu zu entdecken.

### ***Spiritualität als seelsorgerliche Zuwendung zum Kranken***

Der Moraltheologe Stephan Ernst erachtet angesichts der existentiellen Bedrohtheit und Angst die Zuwendung zum Kranken in der täglichen Arbeit und im seelsorgerlichen Beistand als konkreten Ausdruck des christlichen Glaubens im Krankenhaus (vgl. Ernst 2008: 4f.). Es gehe darum, den

---

<sup>21</sup> Vgl. dazu die Beiträge in Frick/Roser (2009), Teil B und die Beiträge von Fischer und Giebel in Baumann/Eurich/Wolkenhauer (2013).

Kranken in seinen Ängsten zu begleiten und ihn spüren zu lassen, dass er gehalten sei. „Es gilt, den Kranken in den Situationen aufzusuchen, in denen sich vor allem Ängste entwickeln [...], und es gilt, in diesen Situationen einfach dabei zu sein, die Hand zu halten, Gespräche zu führen, die Klage auszuhalten.“ (Ernst 2008: 4) So könne die Zuwendung Gottes weitergegeben und erfahrbar gemacht werden. Viele Mitarbeitende im Krankenhaus seien im eigentlichen Sinn seelsorgerlich tätig, indem sie dem Kranken Zuwendung in ihrer alltäglichen Arbeit schenken. In schwierigen Situationen am Krankenbett oder mit den Angehörigen sollten die Helfer nicht verstummen, sondern die Situation durch einfache rituelle Formen auffangen und gestalten. So verstanden sei Seelsorge nicht auf die Person des Krankenhauseelsorgers und auf die Spendung der Sakramente beschränkt. „Es wäre für ein christliches Krankenhaus wünschenswert, den Mitarbeiter/innen eine Möglichkeit anzubieten, solche ‚seelsorgerliche‘ Tätigkeit bewusster auszuüben. Dazu sollte eine Fortbildung zu grundlegenden rituellen Handlungen angeboten werden.“ (Ernst 2008: 4)

### ***Systemische Auswirkungen der Seelsorge***

Spirituelle Begleitung lässt sich als vierte Säule einer somatisch, psychisch und sozial ausgerichteten ganzheitlichen Therapie begreifen. Es ist Aufgabe der Krankenhauseelsorge, spirituelle Bedürfnisse von Patienten wahrzunehmen, zu erheben und ebenso die spirituellen Ressourcen des Patienten zu erschließen. Der praktische Theologe Traugott Roser aus der Evangelischen Theologie sieht die Aufgabe von *Spiritual Care*, wenn sie durch christliche Seelsorge wahrgenommen wird, aber auch „in einem Offenhalten von Unverrechenbarem im sozialen System, das in theologischer Anthropologie durch Offenheit und Fragmentarität, durch Kreuzestheologie und die Rechtfertigung des Gottlosen christologisch und schließlich eschatologisch gekennzeichnet ist.“ (Roser 2007, 280) Er arbeitet heraus, dass in der Organisation Krankenhaus die Seelsorge ein Funktionssystem darstellt, das in eine überwiegend empirisch-naturwissenschaftlich ausgerichtete Krankenversorgung andere Systemaspekte einbringt: Person und Tätigwerden des Seelsorgers bzw. der Seelsorgerin bringen den Patienten als ganzen Menschen, aber auch die personalen Anteile aller Akteure in Erinnerung. Zudem ermöglichen explizit religiöse Kommunikationsformen wie Gottesdienst, Gebet und Riten allen Beteiligten, Distanz einzunehmen und zweckrationale naturwissenschaftliche Semantiken zu relativieren. Innerhalb des Krankenhauses als sozialem System habe die Seelsorge daher entlastende und stabilisierende Funktion. Zugleich machten die psychologischen und pastoralen Interaktionen und der Blick des Nicht-Fachkundigen auf verdrängte und ausgegrenzte Dimensionen des Menschseins aufmerksam. Die Seelsorge nehme also neben einer Kommunikations- auch eine Vermittlungsfunktion wahr.

### ***Weitere Verhältnisbestimmungen von Ethik und Spiritualität***

Auch der evangelische Krankenhauseelsorger Erhard Weiher spricht von einer Spiritualität der Alltagspraxis, mit der alle Berufsgruppen im Krankenhaus befasst sind (vgl. Weiher 2014). Allerdings wird in Weiher's Ausführungen ein ausgesprochen weites Spiritualitäts- und Seelsorgeverständnis deutlich: Er setzt Spiritualität und Gewissen in Beziehung und spricht von einem „spirituellen Raum“ der Begegnung, in dem man sich auf die Motive und Ressourcen des Patienten einlassen könne.

Michael Fischer geht von der Person und vom Handeln Jesu aus und zeigt, was Nachfolge Jesu für heilende und helfende Berufe bedeutet. Zum einen müsse professionelles Handeln den jeweiligen beruflichen Standards genügen, um ein hohes Maß an beruflicher Qualität zu gewährleisten. „Zudem verrichtet jeder Mensch seine Tätigkeiten mit einer inneren Haltung, die sein professionelles Handeln prägt.“ (Fischer 2013: 36.) Dieser Geist, der einen Mensch in seinem Handeln bestimme und eine Organisation als ganze auszeichne, sei keine vernachlässigbare Beigabe, eher eine Grundlage.

Professionalität und Spiritualität seien daher nicht zu trennen, sondern wirkten ineinander. Das Zusammenspiel dieser beiden Dimensionen mache berufliches Handeln aus. (Vgl. Fischer 2013: 32) Der Grundauftrag der kirchlichen Krankenhäuser bestehe darin, dass Reich-Gottes-Praxis geschehe. „Aus dieser Wesensbestimmung heraus entwickeln sich Aufgaben und Prioritäten (Profil), die andere vielleicht auch oder auch nicht oder mit anderer Dringlichkeit versehen.“ (Fischer 2013: 36) Die Identität eines kirchlichen Krankenhauses sei nicht auf Kosten anderer und im Kontrast zu anderen Einrichtungen zu suchen, denn es gehe nicht um eine Differenz zwischen Kirche und Welt. „Wer Gott nur für sich selbst reklamiert, leugnet das Wirken Gottes in der Welt.“ (Fischer 2013: 36) Fischer legt also kein spezifisches Ethikprofil für christliche Krankenhäuser dar.

### ***Spiritualität: Vielfalt, Freiheit und Toleranz in religiösen Ausdrucksformen***

Christliche Spiritualität ist durch den Glauben begründete und unter konkreten Lebensbedingungen geformte geistliche Ausrichtung und Lebenspraxis. Neben Haltungen und Handlungen im Sinne von Caritas bzw. Diakonie findet personale Spiritualität Ausdruck und Weiterentwicklung in liturgischen Formen mit festen Orten, Zeiten und Ritualen, etwa in Form von Gottesdienst, Gebet oder Meditation. Neben traditionellen liturgischen Formen könnten in katholischen Krankenhäusern auch andere Formen spiritueller Praxis entwickelt und angeboten werden, um Mitarbeitende, Kranke und Angehörige anzusprechen. Auch interkonfessionelle oder interreligiöse Formen der Liturgie sind denkbar.

Für Patientinnen und Patienten anderer Religionen und Konfessionen sollten auf Grund von Religionsfreiheit und Toleranz und auf Grund des eigenen christlichen Anspruchs spirituelle Angebote im Krankenhaus gemacht werden.<sup>22</sup> Auch sollten Kontakte zu Religionsvertretern vermittelt und individuelle religiöse Ausdrucksformen andersgläubiger Patienten unterstützt werden. Gebetsräume und ausgebildete Seelsorger für verschiedene Religionen in Krankenhäusern gibt es bislang nur selten. Für eine Anreicherung spiritueller Angebote im christlichen Krankenhaus lassen sich bereits vorhandene Erfahrungen interreligiöser Seelsorge und Konzepte fruchtbar machen.<sup>23</sup> Christliche Krankenhäuser könnten in dieser Hinsicht eine Vorbild- und Vorreiterfunktion übernehmen.

Das Verständnis christlicher Spiritualität ist theologisch sowie ethisch, was seine Konkretisierungen in Form von Haltungen und religiösen Praktiken anbelangt, vielfältig. Zudem überschneiden sich die Konzepte von Spiritualität mit Konzepten von Seelsorge. Neben Reflexionen zur Spiritualität aller professionellen Helfer sind Krankenseelsorgerinnen und -seelsorger intensiver und spezieller mit Fähigkeiten und Ausdrucksformen christlicher Spiritualität und Seelsorge befasst. Auf wissenschaftliche Reflexionen über die Aufgaben und Ziele der Seelsorge, d. h. die Vielfalt an Seelsorgekonzepten und dementsprechend unterschiedliche Verhältnisbestimmungen zwischen Ethik und Seelsorge kann im Rahmen dieses Beitrags nur verwiesen werden.<sup>24</sup> Angesichts der Ausführungen weiter oben ist es jedoch plausibel, Spiritualität und Seelsorge als integralen Bestandteil der Krankenversorgung zu begreifen.

---

<sup>22</sup> Mit der Anerkennung der Gewissens- und Religionsfreiheit (vgl. Vat.II, DH) vollzog die Katholische Kirche eine grundlegende Neupositionierung. Um kranken Menschen anderer Religionen und Konfessionen die Ausübung ihrer Religion nicht zu verwehren, muss es entsprechende spirituelle Angebote im christlichen Krankenhaus geben.

<sup>23</sup> Vgl. vielfältige Beiträge und Praxisreflexionen in Haker u. a. (2014).

<sup>24</sup> Vgl. Bentele (2009), Haker (2009); vgl. Beiträge zur neuen Rolle von Klinikseelsorgern und anderen geistlichen Begleitern in Haker/Bentele u. a. (2009), vgl. zahlreiche Beiträge zum Verhältnis von Ethik und Seelsorge ebenso in Haker/Bentele u. a. (2009) und in Bobbert (2015).

Angesichts der Verschränktheit von Gottes- und Nächstenliebe und einer Gottesliebe, die die Selbstliebe heilt und zur Nächstenliebe fähig macht, ist eine christliche Ethik auf Spiritualität verwiesen.<sup>25</sup> Weil jedoch sowohl Moralität als auch Spiritualität Freiheit als Voraussetzung haben – man also niemanden zum moralisch verantwortlichen Handeln oder zu personaler Spiritualität zwingen kann und darf –, sollte ein Krankenhaus zwar Möglichkeiten anbieten, um moralisches Handeln und Spiritualität einzuüben. Gleichzeitig sollte ein christliches Krankenhaus die Freiwilligkeit und Selbstverantwortlichkeit der Mitarbeitenden und Patienten sehr hoch ansetzen, um jede Art von Kontrolle oder Druck zu vermeiden.

Ein christliches Krankenhaus sollte für Patienten und Mitarbeitende unterschiedliche Formen des Innehaltens und des Gottesdienstes anbieten, um durch institutionelle Strukturen die Weiterentwicklung christlicher Identität zu ermöglichen. Denn idealerweise sollten alle Mitarbeitenden eines christlichen Krankenhauses über Kernkompetenzen im Umgang mit existentiellen Fragen verfügen. Durch Fortbildungsangebote könnte die religiöse Sprachfähigkeit von Mitarbeitenden aller Berufsgruppen angeregt werden. Jedoch muss aus ethischen und theologischen Gründen den Einzelnen große Freiheit gelassen werden, was Teilnahme und religiöses Selbstverständnis anbelangt. Um der Religionsfreiheit und der moralischen Autonomie willen dürfen Leitende weder ihre Mitarbeitenden noch die Patienten auf Spiritualität oder moralische Tugenden verpflichten. Spiritualität muss stets auf Freiwilligkeit beruhen. Sie kann nicht verordnet werden, wohl aber können fördernde institutionelle Bedingungen geschaffen werden.

## 5 Schluss: Das christliche Krankenhaus der Zukunft

Wie soll nun das christliche Krankenhaus der Zukunft aussehen? Wenn ein Krankenhaus eine gute Patientenversorgung gewährleisten will, müssen seine Strukturen und die Leitungspersonen offen für Kritik sein. Außerdem gilt es, den Möglichkeitssinn aller Beschäftigten anzuregen, eine konstruktive Streitkultur zu etablieren und Alternativen erproben zu wollen.

Zentrale Fragen wie die künftige Ausgestaltung und Entlohnung von Medizin, Pflege und Seelsorge in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens werden katholische Krankenhäuser ebenso wie öffentliche Einrichtungen stark herausfordern. Im Kern wird es um die Bedeutung und gesellschaftliche Würdigung sozialer Humanleistungen in einer Gesellschaft gehen, die zunehmend mehr aus alten Menschen, in der Mehrheit übrigens Frauen, bestehen wird. Für diese alternde Gesellschaft sind vielfältige Modelle der Versorgung und Unterstützung noch zu entwickeln. Dabei sind Fragen der Ressourcenallokation und Prioritätensetzung in erster Linie als Fragen sozialer Gerechtigkeit zu diskutieren und zu entscheiden. Die sozialetische Perspektive sollte, wie oben erörtert, bei der Analyse ethischer Probleme und Suche nach vertretbaren Lösungen eine gewisse Vorreiterrolle übernehmen, um Engführungen bei der Problembeschreibung und eine moralische Überforderung von Individuen zu vermeiden.

Das *Movens* christlicher Häuser und die Umsetzung grundlegender moralischer Rechte und Pflichten sowie moralischer Haltungen könnte im Sinne einer *Nivellierung nach oben* auf andere Krankenhäuser Einfluss nehmen. Christliche Krankenhäuser können beispielsweise deutlich machen, dass eine Krankenversorgung unter Ausblendung der psychischen und spirituellen Dimension zu kurz greift. Wenn ein christliches Krankenhaus Gesundheit und Wohlbefinden seiner Mitarbeitenden

---

<sup>25</sup> Vgl. weiter oben zum Verhältnis von Gottes- und Nächstenliebe und zum Verhältnis von *Nächsten- und Selbstliebe* Fußnote 7.

ernst nimmt und in wirksame Maßnahmen umsetzt, kann dies auch im gesamten Bereich der Krankenversorgungsinstitutionen Schule machen.

Umgekehrt könnten sich christliche Häuser auch von umfassenden Überlegungen zum Patientenwohl als ethischem Maßstab der Krankenversorgung (vgl. z.B. Deutscher Ethikrat 2016) anregen lassen. Alle Seiten, d. h. die Betroffenen und die beruflichen Helfer, beklagen implizit oder explizit die Technisierung und Bürokratisierung der medizinischen Versorgung. Damit wird aber weniger der hohe Standard der Medizin kritisiert als die mangelnde Berücksichtigung der psychischen, sozialen und spirituelle Dimension des Menschen. Mehr Zeit für Kommunikation<sup>26</sup> würde den Helfern aus Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Psychologie, Seelsorge und aus den Heilhilfsberufen erlauben, ihre professionellen Unterstützungsmaßnahmen nicht nur *technisch-pragmatisch* zu applizieren, sondern in Rahmen einer zwischenmenschlichen Interaktion. So kämen die beruflichen Helfer ihrer ursprünglichen Berufsmotivation, Menschen helfen zu wollen, wieder näher. Ein Behandlungsteam könnte dann auch rasch den individuellen Hilfebedarf eines Patienten ermitteln, um auf die teils unterschiedlichen und nicht nur medizinisch-somatischen Bedürfnisse eines kranken Menschen entweder hochspezialisiert oder im Rahmen der Behandlung durch das übliche Team unspezifischer einzugehen. Diesbezüglich lassen sich Modelle und Erfahrungen aus der Palliativmedizin, der psychosomatischen Medizin, der Psychiatrie und Gerontologie fruchtbar machen. Auf Veränderungen, die mehr Zeit und damit mehr Ressourcen für Kommunikation bzw. für die nicht-somatischen Dimensionen des kranken Menschen einräumen, sollten die Verantwortlichen der Krankenhausleitung, der Gesundheitsverwaltung und Gesundheitspolitik dringend hinwirken.

## Literatur

Auer, Alfons (2016): Autonome Moral und christlicher Glaube. Mit einem Nachtrag zur Rezeption der Autonomievorstellung in der katholisch-theologischen Ethik. Darmstadt: WBG.

Augustinus Aurelius (1961): Der Christliche Kampf und Die christliche Lebensweise: Übertr. von Andreas Habitzki, eingel. von Adolar Zumkeller. Würzburg: Fränkische Gesellschaftsdruckerei.

Baumann-Hölzle, Ruth/Arn, Christof (Hg.) (2009): Ethiktransfer in Organisationen. Basel: Schwabe und EMH.

Baumann, Klaus/Eurich, Johannes/Wolkenhauer, Karsten (Hg.) (2013): Konfessionelle Krankenhäuser. Strategien, Profile, Potenziale. Stuttgart: Kohlhammer.

Baumann, Klaus (2014a): Caritas – mehr als Sozialarbeit. In: Dal Toso, Giampietro; Schallenberg, Peter (Hg.): Nächstenliebe oder Gerechtigkeit? Zum Verhältnis von Caritastheologie und christlicher Sozialethik. Paderborn: Schöningh, 103–118.

Baumann, Klaus (2014b): Kirchliche Einrichtungen und persönliches Gewissen. Systemische und ethische Überlegungen am Beispiel kirchlicher Häuser. In: Bormann, Franz-Josef/Wetzstein, Verena (Hg.): Gewissen. Dimensionen eines Grundbegriffs medizinischer Ethik. Berlin: De Gruyter, 643–652.

---

<sup>26</sup> Vgl. für Ausführungen zu dieser Kernforderung die Stellungnahme des Nationalen Ethikrats (2016).

Bentele, Katrin (2009): Seelsorgekonzepte und Medizinethik. In: Haker, Hille u. a. (Hg.): Perspektiven der Medizinethik in der Klinikseelsorge. Berlin: LIT, 137–166.

Blumenberg, Hans (2006): Beschreibung des Menschen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Bobbert, Monika (2000): Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-normativen Krankheitsbegriffs im Anschluß an die Moralphilosophie von Alan Gewirth. In: *Ethica*, 8 (2000), 405–440.

Bobbert, Monika (2002): Achtung des Autonomierechts von Patient(-inn)en durch Vorgaben des Pflegemanagements. In: Bartmann, Peter/Hübner, Ingolf (Hg.): Patientenselbstbestimmung – (Heraus-) Forderung im Gesundheitswesen. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag, 158–185.

Bobbert, Monika (2009): Klinische Ethikberatung – Ein hermeneutisch-normatives Modell. In: Baumann-Hölzle, Ruth/Arn, Christof (Hg.): Ethiktransfer in Organisationen. Basel: Schwabe und EMH, 187–202.

Bobbert, Monika (2012): Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken. Geschichte – Theorie – Ethik. Münster: Mentis.

Bobbert, Monika (2015): Zum Proprium der christlichen Moral: systematische Überlegungen angesichts neuerer Ansätze theologischer Ethik. In: Bobbert, Monika/Mieth, Dietmar: Das Proprium der christlichen Ethik. Zur moralischen Perspektive der Religion. Luzern: Exodus, 15–108.

Bobbert, Monika (Hg.) (2015): Zwischen Parteilichkeit und Gerechtigkeit. Schnittstellen von Klinikseelsorge und Medizinethik. Berlin: LIT.

Bobbert, Monika (2016): Verantwortung, Fehler und Schuld in Medizin und Pflege. In: Mathwig, Frank u. a.: Fehlerfreundlichkeit und Nichtschadensprinzip. Vom Umgang mit einem Dilemma in Medizin und Pflege. Zürich: TGV.

Böckenförde, Ernst-Wolfgang (1976): Staat, Gesellschaft, Freiheit. Studien zur Staatstheorie und zum Verfassungsrecht. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Böckenförde, Ernst-Wolfgang (2015): Der säkularisierte Staat. Sein Charakter, seine Rechtfertigung und seine Probleme im 21. Jahrhundert. 2. Auflage. München: Carl Friedrich von Siemens Stiftung, 2. Aufl. (1. Aufl. 2007)

Bundesärztekammer (2006): Ethikberatung in der klinischen Medizin. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten. In: *Dt. Ärzteblatt* 103 (2006), A 1703–1707.

Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme. Berlin.

Dörries, Andrea/Neitzke, Gerald (Hg.) (2010): Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Ernst, Stephan (2008): Ethische Herausforderungen für ein christliches Krankenhaus. In: *Heilung und Heil* 1 (2008), 2–5.

Eurich, Johannes (Hg.) (2005): Diakonisches Handeln im Horizont gegenwärtiger Herausforderungen. Heidelberg: DWI-Info 38 (2005), 59–70.

Eurich, Johannes (2005): Nächstenliebe als berechenbare Dienstleistung. Zur Situation der Diakonie zwischen Ökonomisierung, theologischem Selbstverständnis und Restrukturierung. In: Z f Evang Ethik 49 (2005), 58–70.

Eurich, Johannes/Brink, Alexander (2005): Sozialphilosophische und unternehmensethische Aspekte von Führung. In: Eurich, Johannes u. a. (Hg.): Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral. Wiesbaden: VS, 139–160.

Fischer, Michael (2013): Spiritualität – ein Alleinstellungsmerkmal kirchlicher Krankenhäuser. In: Baumann, Klaus/Eurich, Johannes/Wolkenhauer, Karsten (Hg.): Konfessionelle Krankenhäuser. Strategien, Profile, Potenziale. Stuttgart: Kohlhammer, 25–37.

Follesdal, Dagfinn (2008): The potentiality argument and stem cell research. In: Ostnor, Lars (Hg.), Stem cells, human embryos and ethics. interdisciplinary perspectives. Oslo: Springer, 137–148.

Frewer, Andreas; Bruns, Florian; May, Arnd T. (Hg.) (2012): Ethikberatung in der Medizin. Berlin: Springer.

Frick, Eckhard/Roser, Traugott (Hg.) (2009): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Stuttgart: Kohlhammer.

Gewirth, Alan (1978): Reason and Morality. Chicago: University Press.

Giebel, Astrid (2013): Christliche Spiritualität als Markenkern kirchlicher Krankenhäuser. In: Baumann, Klaus/Eurich, Johannes/Wolkenhauer, Karsten (Hg.): Konfessionelle Krankenhäuser. Strategien, Profile, Potenziale. Stuttgart: Kohlhammer, 38–46.

Günther, Thomas (2013): German Catholic Identity Matrix. Profilentwicklung in katholischen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. In: Z f Med Ethik 59 (2013), 107–116.

Haker, Hille u. a. (Hg.) (2009): Perspektiven der Medizinethik in der Klinikseelsorge. Berlin: LIT.

Haker, Hille/Wanderer, Gwendolin/Bentele, Katrin (Hg.) (2014): Religiöser Pluralismus in der Klinikseelsorge. Theoretische Grundlagen, interreligiöse Perspektiven, Praxisreflexionen. Berlin: LIT.

Haker, Hille (2009): Narrative Ethik in der Klinikseelsorge. In: Haker, Hille u. a. (Hg.) (2009): Perspektiven der Medizinethik in der Klinikseelsorge. Berlin: LIT, 167–208.

Haker, Hille (2015): Vom Umgang mit der Verletzlichkeit des Menschen. In: Bobbert, Monika (Hg.): Zwischen Parteilichkeit und Gerechtigkeit. Schnittstellen von Klinikseelsorge und Medizinethik. Berlin: LIT, 195–226.

Heimbach-Steins, Marianne (2007): Wohlfahrtsverantwortung. Ansätze zu einer sozialetischen Kriteriologie für die Verhältnisbestimmung von Sozialstaat und freier Wohlfahrtspflege. In: Dabrowski, Martin/Wolf, Judith (Hg.): Aufgaben und Grenzen des Sozialstaates. Paderborn: Schöningh, 9–42.

Hildemann, Klaus (2005): Diakonische Unternehmensführung. In: Eurich, Johannes u. a. (Hg.): Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 161–171.

Honneth, Axel (1994): Kampf um Anerkennung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Hume, David (2000): A Treatise of Human Nature, Book 3: Of Morals. In: Norton, David F./Norton Mary J. (Hg.), Oxford Philosophical Texts. Oxford: OUP.

Jäger, Alfred (2005): Funktion der Ethik-Kommission in sozialen Unternehmen. In: Eurich, Johannes u. a. (Hg.): Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral. Wiesbaden: VS, 173–186.

Jähnichen, Traugott (2005): Im Spagat zwischen theologischem Anspruch und ökonomischen Zwängen. Die ‚Dienstgemeinschaft‘ und der arbeitsrechtliche Sonderweg kirchlicher Krankenhäuser vor der Bewährungsprobe. In: Eurich, Johannes u. a. (Hg.): Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral. Wiesbaden: VS, 265–282.

Klothner, Klaus (2015): Klinische Ethikberatung – Baustein der Profilbildung christlicher Krankenhäuser. In: Hellmann, Georg (Hg.): Markenzeichen Ethik! Führung durch Ethik und Identität. Ethikmanagement und Ethikführung in konfessionell geführten Krankenhäusern. Heidelberg: medhochzwei, 305–324.

Körtner, Ulrich H. (2007): Kultur und Religion. Fragestellungen interkultureller Medizin- und Pflegeethik. In: Wiener Med Wochenschr 157 (2007), 183–189.

Körtner, Ulrich H. (2009): Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff: eine interdisziplinäre Perspektive. In: Frick, Eckhard/Roser, Traugott (Hg.): Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Stuttgart: Kohlhammer, 26–34.

Metz, Johann Baptist (2000): Compassion. Zu einem Weltprogramm des Christentums im Zeitalter des Pluralismus der Religionen und Kulturen. In: Metz, Johann B./Kuld, Lothar/Weisbrod, Adolf (Hg.): Compassion, Weltprogramm des Christentums. Freiburg i. Br.: Herder, 9–20.

Mieth, Dietmar (1984): die Neuen Tugenden. Ein ethischer Entwurf. Düsseldorf: Patmos.

Mieth, Dietmar (1987): Erfahrung als Quelle einer Tugendethik – bezogen auf das ärztlich-therapeutische Handeln. In: Eid, Volker/Elsässer, Antonellus/Hunold, Gerfried (Hg.): Moraltheologisches Jahrbuch 1. Bioethische Probleme. Mainz: Grünewald, 175–201.

Mieth, Dietmar (Hg.) (1995): Moraltheologie im Abseits? Antwort auf die Enzyklika „Veritatis Splendor“. Freiburg i. Br.: Herder.

Mieth, Dietmar (2004): Meister Eckart. Mystik und Lebenskunst. Düsseldorf: Patmos.

Mieth, Dietmar (2015): Ethik, Moral und Religion. In: Bobbert, Monika/Mieth, Dietmar: Das Proprium der christlichen Ethik. Zur moralischen Perspektive der Religion. Luzern: Exodus, 109–270.

Mieth, Dietmar (2016): Der barmherzige Samariter oder die narrative Ethik Jesu (Lk 10, 25–37). Ein Essay über die Grundidee der Nächstenliebe, ihre Missverständnisse und ihre politische Bedeutung. In: Chittilappilly, Chummar-Paul (Hg.): Horizonte gegenwärtiger Ethik. Freiburg i. Br.: Herder, 229–238.

Prognos AG (2009) im Auftrag des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e.V. (DEKV) und des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschland (KKVD), Kirchliche Krankenhäuser – werteorientiert, innovativ, wettbewerbsstark. Studie zu Beitrag und Bedeutung kirchliche Krankenhäuser im Gesundheitswesen in Deutschland.

Rawls, John (1975): Eine Theorie der Gerechtigkeit. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Reichert, Wolf-Gero (2009): Gerechter Lohn in der Altenhilfe, Expertise des von Nell-Breuning-Instituts für den Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. Frankfurt a. M.

Roser, Traugott (2007): Spiritual Care. Stuttgart: Kohlhammer.

Schockenhoff, Eberhard (2007): Theologie der Freiheit. Freiburg i. Br.: Herder.

Schockenhoff, Eberhard (2001): Krankheit – Gesundheit – Heilung. Wege zum Heil aus biblischer Sicht. Regensburg: Pustet.

Smend, Axel (2013): Der Aufsichtsrat im konfessionellen Krankenhaus. In: Baumann, Klaus/Eurich, Johannes/Wolkenhauer, Karsten (Hg.): Konfessionelle Krankenhäuser. Strategien, Profile, Potenziale. Stuttgart: Kohlhammer, 120–121.

Steinkamp, Norbert/Gordijn, Bert (2009): Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Neuwied: Luchterhand.

Tabbara, Tarik (2009): Rechtsfragen der Einführung einer muslimischen Krankenhauseelsorge, In: ZAR (2009), 254–259.

Walther, Anika (2015): Ethikberatung – ein innovativer Baustein für mehr Pflegequalität. In: Hellmann, Georg (Hg.): Markenzeichen Ethik! Führung durch Ethik und Identität. Ethikmanagement und Ethikführung in konfessionell geführten Krankenhäusern. Heidelberg: medhochzwei, 325–348.

Weiherr, Erhard (2014): Die Bedeutung der Spiritualität bei Gewissensentscheidungen. In: Bormann, Franz-Josef/Wetzstein Verena (Hg.): Gewissen. Dimensionen eines Grundbegriffs medizinischer Ethik. Berlin: de Gruyter, 617–631.

Weilert, A. Katharina (2015): Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat. Baden-Baden: Nomos.