

Hans Kramer

Zur Ethik des Krankenhauses

Eine stets neue Besinnung auf die Ethik des Krankenhauses ist nötig. Denn es steht zwischen Helfer und Krankem nicht so glatt, wie mancher unbesehen glauben möchte. Die Beziehungen zwischen Arzt, Krankenpflegekräften und Assistenzpersonal auf der einen Seite und dem Patienten auf der anderen Seite sind von Natur aus kompliziert. Helfer-Sein und Patient-Sein sind hoch anspruchsvolle Lebensformen, die nicht so leicht gelingen, wie manche feiernde Rede unterstellt. Nur die klärende Reflexion führt immer wieder zu neuem Ernst und neuer Übernahme von Verantwortung.

Die Angst der Gesunden

Den Kranken wirklich zu würdigen, in seiner Personwürde und in seinem besonderen Status des Menschseins, ist schwierig. Da gibt es keine hilfreichen angeborenen Auslösemechanismen für den Gesunden, wie zum Beispiel das „Kindchenschema“ das Verhalten des Erwachsenen dem hilflosen Neugeborenen gegenüber programmieren kann. Der Kranke macht jedem Angst. Denn jeder hält sich selbst in seinem Unbewußten für irdisch unsterblich. Dieser tiefen Überzeugung aber widerspricht der Kranke durch seine Existenz, die auf den Tod weist, existentiell. Die negativsten der Möglichkeiten werden dem Gesunden sichtbar. Die dunkelste Seite, der „Schatten“, wie ihn C. G. Jung benannt hat, ist angesprochen. Nicht einfach der „dunkle Bruder“, das nicht Ausgelebte, das Unterdrückte, das zwanghaft Gezähmte, weil als minderwertig Erklärte, wird angerührt, wie die Aggression, die sexuelle Triebhaftigkeit oder der Stolz. Es geschieht viel mehr: Die nicht gewollte Vergänglichkeit, die Auslöschung des eigenen Ich im Tod wird im Real-Bild des hinfälligen Menschen angesprochen. Diese Begegnung wird von jedem Menschen als Bedrohung erlebt. Der begegnende Kranke gilt für das Ich als der Minus-Wertige, trotz Bibel, Grundgesetz und christlicher Predigt.

Die Reaktion der Verneinung und Verweigerung, Blickabwendung und Flucht vor dem Kranken kann nur gebannt werden durch eine Ethik der heilenden Berufe und des Krankenhauses, die aus dem verantwortlichen Denken und aus dem Gewissen die Pflicht zur Hilfe und die Gefahren dabei benennt und bewußt hält. Jeder wache Arzt, Krankenpfleger, Helfer oder Seelsorger wird sich der immer

bleibenden Schwellenangst vor dem Krankenzimmer bewußt sein. Wenn nicht, dann geben die Statistiken über die langsamere Versorgung der schwerer Kranken zahlenmäßige Auskunft.

Die mit dem Kopf und dem Denken eingesehene Würde des Kranken auch emotional und existentiell zu bejahen, erweist sich damit als schwierig. Es deutet sich an, warum in der griechischen Welt die Affekte des Erbarmens und Mitleidens als Laster galten. Sie wurden der Trauer als einer verwerflichen Haltung zugerechnet. Und Trauer stand dem gelassenen Weisen schlecht an.

Die zwanghaften Helfer

Jedoch, man möchte sich wehren gegen diese Vorstellung, als sei der Kranke auch noch in der Gegenwart in Gefahr, in seinem Wert nicht gewürdigt zu werden. Man möchte hinweisen auf die echten Helferpersönlichkeiten, die es zweifellos gibt. Es gibt sie. Aber würdigen sie den Kranken wirklich? Problemlos? Wir wissen inzwischen, daß der vital von innen gedrängte Helfer – man darf ihn, ohne ihm Unrecht zu tun, den zwanghaften Helfer nennen – des kranken anderen notwendig bedarf, um sein schwaches Selbst zu stabilisieren. Man hat die innere Situation des zwanghaften Helfers provozierend so beschrieben: Er ist selber ein Bedürftiger, versteckt hinter einer prächtigen, starken Fassade¹.

So aggressiv die neueren psychoanalytischen und sozialpsychologischen Einsichten über den Helfer und die helfenden Berufe auch klingen mögen, sie sind ethisch und christlich von höchster Bedeutsamkeit. Sie können zeigen, wie das Ethos des Helfens verdorben werden kann und wie es geschieht, daß der Würde des Kranken nicht Rechnung getragen wird. Wird das aber sichtbar, dann können auch Wendepunkte markiert werden.

Das erste ist in der Biographie des zwanghaften Helfers, daß er sich als abgelehntes Kind erlebt, das seine Bedürfnisse nicht erfüllt bekommt. Um zu überleben, identifiziert sich der Mensch, der sich abgelehnt fühlt, im Gegenzug mit den ablehnenden Großen und Starken. Er hat sich nun deren Stärke geborgt. Die Bedürftigkeit, die nicht mehr offen gezeigt werden kann, besteht nur noch insgeheim und verdeckt weiter. Aus dieser Lebensgeschichte entwickelt sich die starre Helferhaltung²: einseitiges Gebenwollen statt Geben und Nehmen. Um mit seiner so gewordenen psychischen Konstitution überleben zu können, greift der Mensch zu einem der sogenannten helfenden Berufe. Das abgelehnte Kind, das seine Bedürfnisse nicht zeigen darf, etabliert sich als der wissende und kraftvolle Helfer. Er demonstriert, daß er keiner Zuwendung und Hilfe bedarf, vor allem dadurch, daß er selbst immer nichts als Zuwendung vergibt. Ein zwanghaft Gebender, der sich verausgabt.

Er ist nicht in der Lage, Wert und Würde des Kranken umfassend zu respektie-

ren, weil er ihn als einen Bedürftigen notwendig braucht und ihn geradezu benutzt. Er sorgt womöglich dafür, daß der bedürftige Kranke so bedürftig wie nötig bleibt, damit er dem Helfer guttun kann. Man fragt heute schon, ob nicht strukturelle Gewalt, die in Anstalten, Krankenhäusern oder Gesundheitssystemen vorkommen kann, etwa auch von hier aus erklärbar wird und Klagen über Inhumanität auf die angedeuteten psychischen Strukturen der Helfer zielen.

Die Personwürde des Kranken scheint vom zwanghaften Helfer nicht respektiert werden zu können. Andererseits gibt es den Kranken, der sich im Gegenzug seiner Würde begibt, um in einer Gegenübertragung so in Hilflosigkeit zu machen, wie es dem zwanghaften Helfer willkommen ist. Die für die Persönlichkeit beider und ihre Ethik so bedrohliche Kollusion ist perfekt³.

Der Kranke: Gefährdeter Kundschafter für sich und alle

Bei aller Klarsichtigkeit um die Gefahren in der Realität des kranken Menschen und neben allem analytischen Wissen ist dennoch festzuhalten: Grundsätzlich und speziell in unserer Gesellschaft ist der Kranke existentiell ein Kundschafter. Und zwar für sich selbst und die anderen. Wohl auch ist er gerade durch das, was seine Qualität ausmacht, besonders gefährdet.

Der abendländische Mensch gestaltet sich als Gesunder vor allem aktiv: in Wollen, Bewirken, Leisten und Ausgriff auf die Welt. Die aktivische Seite des Menschseins ist vorbetont. Zum ganzheitlichen Menschsein und zum umfassenden Weltverständnis gehört aber komplementär die passivische oder pathische Dimension der Existenz: das Vernehmen, Erfahren, Affiziert-Werden und Einsehen, indem man sich von Welt und Mensch betroffen läßt. Die tiefste Erfahrung der Wirklichkeit geschieht im Vernehmen, nicht im Unternehmen, in der meditativen Aneignung des Vernommenen und nicht in der Abreaktion.

Konkret stehen für den Kranken zu lernen und einzuüben an: das Sich-Lassen, das zu Gelassenheit führt, und darin eingeschlossen der kreatürliche Gehorsam. Christlich gesehen geht es im Hintergrund um die Einübung der Haltung des Sich-erlösen-Lassens. Diese neuen Chancen und Aufgaben des inneren Lernens machen die besondere Würde des Kranken in seinem Status aus. Er hat die Lernmöglichkeiten, zu neuem und weiter dimensioniertem Menschsein zu gelangen. Im Abendland der Aktivisten ist der Kranke darin nicht nur ein Lernender für sich, sondern auch Kundschafter für die anderen. Er lebt eine Pro-Existenz, für die anderen.

Der Kranke als Kundschafter ist indes gefährdet. Einmal dadurch, daß ihn die Gesunden, die dem Aktivismus Verschiedenen, nicht als Kundschafter anerkennen und ihm nicht die angemessene Hilfe bieten. An dieser Stelle können nur in Art einer Liste besonders die Nöte, Gefährdungen und die dadurch ausgelösten Ängste des Kranken benannt werden. Von großer Wichtigkeit sind sie deshalb, weil die

Angst, wenn sie groß wird, als verdunkelnder Affekt im Menschen die differenzierteren emotionalen Kräfte des Gewissens knebelt.

In Not gerät der Kranke, weil seine Grundbedürfnisse gefährdet sind: 1. seine physiologischen Bedürfnisse (physiological needs), 2. sein Bedürfnis nach Sicherheit (safety needs), 3. sein Bedürfnis nach Zugehörigkeit (belongingness and love needs), 4. sein Bedürfnis nach Achtung (needs for esteem) und 5. sein Bedürfnis nach Selbstentfaltung (need for self-actualisation)⁴. Die Nöte können zu Persönlichkeitskrisen führen, die sich unter besonderen Umständen bis zur Suizidgefährdung verschärfen.

Zum anderen gerät der Kranke in spezifische Angst, weil für bestimmte, meist frühere Lebensalter kennzeichnende ängstigende Situationen im Stadium seiner Krankheit erneut in ihm wach werden und kumulativ auftreten. Es geht um die großen Ängste vor Trennung, vor Liebesentzug, vor Strafe und vor Desintegration. Wenn die Ängste nicht in dieser Weise biographisch aufgeschlüsselt, sondern daseinsanalytisch gesehen werden, zeigen sie sich als Angst vor Selbsthingabe, vor Selbstwerdung, Wandlung und Notwendigkeit⁵. All diese Versuche der Systematisierung zeigen an, daß die Frage nach dem Gelingen und dem Sinn des Lebens erneut und radikal gestellt ist in der Krisensituation der Krankheit.

Letztlich lebt der Kranke – wenn er menschlich wach ist – die beanspruchte Existenz eines jeden von uns mit seinen Hoffnungen und Befürchtungen wie in einem Brennpunkt. Darum auch, eben als belastete und gefährdete Person wirkt der Kranke im psychischen Bereich auf den begegnenden anderen, auch den Pfleger, Helfer und Arzt, belastend und irrational gefährdend. Er wehrt oder panzert sich. Die spontanen Gegenreaktionen oder die aus dem Unterbewußtsein gespeisten Rationalisierungen abwehrenden Verhaltens können aus human wachem und aus christlich-biblischem Geist aufgefangen werden.

Abendländische Sinnziele leibhafter Existenz

All das, was hier aus dem Raum christlicher Geistigkeit entwickelt wurde, findet der Arzt nicht wieder in den alltäglichen Gesundheitserwartungen des Patienten, der oft mit maßlosen Erwartungen den Arzt wie einen Techniker angeht und glaubt, ihm für seinen, des Patienten, Leib Heilungsaufträge erteilen zu können analog zum Reparaturauftrag, den er für sein Kraftfahrzeug erteilt. Gesundheit wird blindlings und total als ein unreflektierter Letztwert vom Arzt eingefordert, der als Funktionär der Gesellschaft angesehen wird, die grundsätzlich alles aufzuwenden hat, was zur Reparatur, d. h. Wiederherstellung der Gesundheit erforderlich scheint⁶. Was hat diese Vermessenheit heraufgeführt und wie ist ihr korrigierend zu begegnen? Hatte nicht das gebildete Abendland schon tiefere Konzeptionen von Menschen? Besinnen wir uns in aller Kürze auf die Sinn-

Angebote, welche die abendländische Kulturtradition dem Menschen als leibhafte Existenz gemacht hat.

Die Griechen, von denen wir die Basis unserer Wirklichkeitssicht übernommen haben, sahen als das Ziel des erfüllten Menschenlebens die *Theorie*, die Schau. Sie wollten in Muße durchschauen und sehen, was es mit dem Ganzen von Welt und Mensch auf sich hat. Sie wollten das Gesamt der Welt verstehen, einsichtig machen und erklären können. Es geht ihnen, wie wir heute formulieren müssen, um Einsicht, Sinnsicht und Verstehen. Dazu ist der Mensch da, sagten sie.

Dem setzt das römische Lebensgefühl die *Praxis* entgegen, gefaßt in den Idealen der Virtus als der mannhaften Tüchtigkeit und des Officium als der Pflicht, dem Einsatz zur Gestaltung des gesellschaftlichen und politischen Lebens. Bei der Praxis der Römer wie bei der Theorie der Griechen ist immer eine auch religiös gestimmte Ehrfurcht mitgegeben, die den einzelnen sich einordnen läßt in den vorgegebenen Sinn und die Gesetze des Lebens.

Die christliche Botschaft wird durch Augustinus im Abendland kulturell fruchtbar, indem er von Christus und dem Neuen Testament her das Hochziel der *Liebe*⁷ für das menschliche Leben differenziert benennt als Amor, Dilectio und Caritas. Die kulturformende Kraft hieraus wird zunächst nicht so institutionell wirksam wie die der beiden vorhergehenden Weltansichten. Die Orden, besonders die Bettelorden achthundert Jahre später, wecken in ihrer Jesus-Nachfolge diesen Geist neu. Die Reformation mit ihrer notwendigen Neubetonung von Innerlichkeit, Gewissen und Individualität belebt diese Kulturkraft von neuem. Liebe auch als krankenpflegende Nächstenliebe wurde von Christen neu praktiziert als Antwort auf die sozialen Nöte, die im Gefolge der Industrialisierung aufkamen. Die katholische Kirche hat im Zweiten Vatikanischen Konzil die christlichen und europäischen Impulse der Reformation neu aufgenommen und die Aufträge der Christen zur Weltgestaltung aus und in Liebe akzentuiert ausgesprochen.

Benedikt, dem man wegen seiner Kulturbedeutung den Titel „Vater des Abendlandes“ gab, setzte seiner Ordensgemeinschaft das Lebensmotto „ora et labora“. Die griechische Theoria wird zum *Beten*. Sie wird darin übergeführt in die Offenheit für das Jenseits. Im Beten als Anbetung überschreitet der Mensch die nur innerweltlichen Möglichkeiten von Einsicht, Sinnsicht und Verstehen. Sein Blick erhält eine transzendente Verweisung. Er schaut und hört, Welt- und Menschen-schicksal neu verstehend, auf Gott als das Ziel der Welt. Er sieht den in Christus welthaft gewordenen Gott in seinem Lebenseinsatz für andere. Aber mit „labor“, der Forderung zur Arbeit, erweitert Benedikt das Spektrum der menschlichen Sinnziele. Aus dem römischen Willen zur Praxis wird die Forderung nach werkschaffender Arbeits-Leistung.

Die zentrierende Achse in diesem abendländischen Sinnfächer ist die Liebe. Insgesamt zeigt sich hier der europäische Hintergrund für sinnerfülltes Leben. Vor diesem Horizont standen Arzt und Patient. Der Gebildete wußte darum und

praktizierte das aus Einsicht. Aber auch der schlichte Mensch hatte eine entsprechende Kenntnis und Lebenshaltung, meist durch die Predigt vermittelt. Weder primitive noch maßlose Forderungen in Hinsicht auf Gesundheit und Leben wurden bei diesem Wissen und aus solcher Lebenshaltung an Arzt und Gesellschaft gestellt. Und auch der Arzt verstand sich in diesem Umfeld weder als Gesundheitstechniker noch als Halbgott.

Aber es gab einen Umschlag. Man muß sicher seit 1900 auch in der Schicht des Bürgertums, das bis dahin in der europäischen Kulturtradition gestanden hatte, eine Reduzierung der Sinnvorgaben für die Lebensgestaltung geschehen sehen. Kennzeichnend erscheint da das diagnostische Wort von Sigmund Freud, der auf die Frage, was nach seiner Ansicht ein gesunder Mensch gut können müsse, geantwortet haben soll: Lieben und Arbeiten. Hatte Freud als gebildeter Humanist vielleicht noch die Tradition seit Augustin mit dessen Stichwort Liebe verinnerlicht – sein Umgang mit seinen Patienten und mit dem eigenen Krebsleiden könnte ein Hinweis sein –, so hat die Vulgarisation der von ihm ausgesprochenen Ansicht in den Medien seit Jahren einen menschlichen Tiefstand erreicht. Vorgestellt werden dort als Lebensziele: Arbeitsleistung zur Prestige- und Einkommenmehrung und die Befähigung zu genitaler Erotik. Die leicht erkenntliche Voraussetzung für beide ist eine funktionierende Physis, eine Leib-Gesundheit. Sie nun wird unbedingt eingefordert vom Arzt und der Gesellschaft, in dem gleichen Maß, wie sie der Mensch der Gegenwart vor allem in der Arbeitsleistung und in betäubender Selbstvergiftung selbst fundamental zerstört. Der Arzt wird in dieser primitiven Konzeption als Magier oder Handwerker angegangen.

Aber sicher sind diese dunklen Diagnosen nicht die einzigen, die man kritisch stellen muß. Denn es gibt auch das andere. Für den weltverändernden Auftragscharakter im Christentum ist heute eine neue Sensibilität gewachsen. Der Mann Jesus weckt neues Interesse. Die Christen selbst und die, die gerne Christen sein möchten, halten intensivere Rückfragen nach ihm. So wissen die Christen und andere heute vielleicht drängender als je in der Geschichte vom Auftrag, den Lukas so formuliert (Lk 6,36): „Werdet barmherzig, wie euer Vater barmherzig ist.“ Weiterhin ist aus der Gleichniserzählung vom Samariter (Lk 10,25–37) bekannt, daß Liebe eine Initiativkraft quer zu allen gesellschaftlichen Tendenzen entwickeln muß und kann. Diese Liebe hat sich mit einer totalen Radikalität auf die Weltlichkeit einzulassen, wie es im Gerichtsgemälde bei Matthäus deutlich wird (Mt 25,31–46). „Ich war krank, und ihr habt mich besucht“, läßt Matthäus (25,36) Jesus als den Weltenrichter sagen: Wer da ganz innerweltlich den leidenden Patienten gesehen hat, ohne religiös einen Gott dahinter zu meinen und durch sein Tun anzuzielen, für den ist auch jenseitig sein Leben geglückt. Die christliche Liebe kann und muß so weltlich sein, weil der christliche Gott weltlich geworden ist: „Erschienen ist die Gnade Gottes, der allen Menschen Rettung bringen will“, so wird das knapp im Titusbrief (2,11) resümiert.

Aspekte einer Krankenhausethik

Es lassen sich, aus praktischem Interesse an der Ethik des Krankenhauses ohne den Willen zur Vollständigkeit, fünf Aspekte benennen, unter denen der Lebensraum des Patienten im Krankenhaus gestaltet werden muß, damit das Dasein des Patienten dort den humanen und christlichen Anforderungen der Gegenwart entsprechen kann⁸. Für den Patienten müssen geschaffen werden: 1. Angstfreiheit, 2. eine dialogische Situation, 3. psychische Hilfe, 4. religiöse Assistenz und letztlich 5. eine umfassende menschliche Gefährtschaft.

1. Angstfreiheit bewirken

Eine humane und christliche Erstforderung ist es, Angstfreiheit für den Patienten zu gewähren. Das Krankenhaus ist für den Patienten eine undurchschaubare Groß- und Spezialorganisation, in der Mächtige, die durch Wissen, Können und technische Einrichtungen Macht besitzen, sich abgesprochen haben. Ob man nun mit dem Kranken forsch oder sachlich oder formell oder väterlich oder mütterlich umgeht – jede Art der Umgangsweise kann eine offene oder versteckte Angstsituation herbeiführen. Denn dem Patienten sind durch seine Krankheit schon einige Stützen seiner Existenz und seines Selbstverständnisses gebrochen, und er befindet sich habituell im Zustand der Verängstigung.

Angst steigt aus dem vitalnahen Bereich der Affekte auf. Von daher verändert, stört, lähmt oder blockiert die Angst die personalen Fähigkeiten des Gefühls. Angst verhindert Einsicht. Wollen und Überlegen werden in merklichem Maß eingeschränkt⁹. Dem geängstigten Menschen steigen in der Phantasie keine beruhigenden oder heilenden Bilder auf. Das Gewissen, das Gewissensfeingefühl und der Gewissenstakt gehen dem durch die Institution Krankenhaus geängstigten Patienten verloren. Somit blockiert Angst die personalen Kernfähigkeiten.

Human und christlich gewertet, ist das Bedenklichste an der Angstsituation des Kranken, daß er wegen der Blockierung seiner personalen Grundfähigkeiten nicht in der Lage ist, sich in verantworteter Weise zu verhalten: weder zu seinen Mitmenschen noch zu sich selbst, auch nicht zu seiner Krankheit und letztlich auch nicht zu Gott. Diese Angst lehrt weder Menschsein noch Christsein, noch Beten.

Von der Institution des Krankenhauses her und von den einzelnen Akteuren im Krankenhaus ist dem Patienten ein angstfreier Lebensraum zu gestalten, damit der Kranke sich als ein Ich-Selbst mit Verantwortung und Gewissen verhalten kann.

2. Dialogische Situation schaffen

Wenn gefordert wird, für den Patienten sei im Krankenhaus eine dialogische Situation zu schaffen, so ist damit gemeint: ihm soll die Möglichkeit geboten werden und er soll dazu angeleitet werden, zu sprechen und sich zu artikulieren. Das Wissen darum, wie entscheidend das Sich-äußern-Können des Patienten für

die Findung der Diagnose und die Wahl der Therapieform ist, bleibt im Alltag des Krankenhauses oft noch Theorie¹⁰.

Jedem Menschen gelingt das Selbstwerden immer nur, indem er seine Gefühle im Wort ausdrückt. Wird es nun dem Patienten gestattet und wird er ermutigt zu sprechen, dann geschieht zweierlei. Der erste Effekt ist, daß der Patient aktiviert wird. Ein aktivierter Mensch befördert aber den Prozeß seiner Heilung. Vielleicht aber auch beginnt er, in neuer Weise seine Leiden zu bestehen. Denn wenn man den Kranken nicht als ein Behandlungsobjekt betrachtet und ihn damit in die Infantilisierung drängt, wird ihm Raum gegeben, zu denken und seine Situation in der Welt zu bedenken. Der zweite Effekt der dialogischen Situation ist, daß die Mitglieder des Krankenhausteams dem Patienten gegenüber aus ihrer Funktionärsrolle heraustreten. Sie werden damit zu individuellen Menschen und Persönlichkeiten.

3. Psychische Hilfe gewähren

In der Ethik und der Pädagogik weiß man seit langem, daß für eine christliche sittliche Lebensführung normalerweise die psychische Gesundheit eine Voraussetzung ist. In den Lebens- und Eheberatungsstellen wird dieses Wissen um die Konfliktträchtigkeit des Psychischen schon in die Praxis umgesetzt. Im Krankenhauswesen hat man noch gezögert. Unter humanen und christlichen Aspekten hat das christliche Krankenhaus in der Leistungsgesellschaft der Gegenwart wohl den Auftrag, avantgardistisch zu werden.

Die Bücher von Kübler-Ross „Interviews mit Sterbenden“ und von Bowers „Wie können wir Sterbenden beistehen“ und die dadurch ausgelöste Nachfolgeliteratur haben es mehr als deutlich gemacht, was an psychischer Hilfestellung vom Kranken und vom Sterbenden eingefordert wird. Vorläufig noch und angesichts der neuen Knappheit der Mittel werden Arzt und Krankenschwester im Gespräch die psychische Notsituation des Patienten auffangen müssen.

4. Religiöse Hilfe anbieten

Es ist allgemein bekannt, daß in vielen Kranken die Fragen nach dem Sinn des Lebens sich eindringlich stellen. Früher gehörte und halb vergessene religiöse Sinndeutungen des Lebens werden erinnert. Darum besteht das Bedürfnis nach einem qualifizierten Gesprächspartner. Dieser sollte als Seelsorger im christlichen Krankenhaus bereitstehen. Realistisch muß anerkannt werden, daß aus dem Bereich des Krankenhauswesens nach solchen Fachleuten intensiv gefragt wird. In vielen Diözesen Deutschlands bestehen aber in dieser Hinsicht noch bittere Planungsdefizite. Von der Qualität der Ausbildung und dem Einsatzwillen her stehen in den Diplomtheologen und -theologinnen vorbereitete Spezialisten zur Verfügung.

5. Menschliche Gefährtschaft bieten

Bei der Fülle der Probleme ist es wohl unmöglich, alle im Krankenhaus anstehenden humanen und christlichen Spezialaufgaben einzeln zu benennen. Auch läßt sich nicht programmieren, in welche Richtung Patienten fragen und fordern. Worin aber gerade die größte menschliche Bedürftigkeit dieses Patienten besteht, wird man im Krankenhaus entdecken, wenn man bereit ist, eine umfassende menschliche Gefährtschaft im Sinn der von J. Maritain so genannten „human fellowship“¹¹ zu verwirklichen. Die Realisierung dieser Gefährtschaft hat der einzelne am Krankenbett zu leisten. Die Möglichkeiten dazu müssen ihm aber institutionell gegeben sein; denn es geht nicht an, wie es heute fast allerorten noch ist, daß jemand, der sich für ein herzliches und sei es auch nur kurzes Gespräch am Krankenbett Zeit nimmt, als ein Nichtstuer und eine Planbremse abqualifiziert wird. Oft ist das nicht einmal böse gemeint. Die Gründe dafür sind meist institutioneller Art und in der personellen Ausstattung der Stationen zu suchen. Zeit für Gespräch ist bezeichnenderweise in der ärztlichen Gebührenordnung nicht vorgesehen.

Mit diesen grob aufgerissenen Anforderungen dessen, was über die direkte medizinische und pflegerische Versorgung für den Patienten hinaus zu leisten ist, ist der Brückenschlag zurück zu den großen europäischen Sinnzielen möglich. Auch ergibt sich, daß im christlichen Krankenhaus eine besondere Art von Mitarbeiterschaft tätig werden sollte. Ferner ist eine andere Art von Unternehmensplanung und Führung zu institutionalisieren, als sie anderwärts in Service-Betrieben praktiziert wird.

ANMERKUNGEN

¹ W. Schmidbauer, Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe (Reinbek 1977). Dort auch Verweise bes. auf englischsprachige soziologische Literatur. Wer den aggressiven Stil und die analytische Engführung in Kauf nimmt, wird mit Betroffenheit und Dank bittere Diagnosen zur Kenntnis nehmen.

² Fallbeispiele und Statistiken zum Helfersyndrom ebd. 9–23. Zu Gefährdungen und Hilfswegen: Krankendienst der Zukunft. Job oder menschlicher Einsatz, hrsg. v. H. Kramer (Düsseldorf 1974).

³ Zur Kollusion als dem Zusammenspiel zweier gegensätzlich bedürftiger Partner, in dem schwerwiegende humane und sittliche Gefährdungen gegeben sind, zunächst auf die Partnerschaft in der Ehe hin bedacht, in: H. v. Dicks, Marital Tensions. Clinical Studies Towards a Psychological Theory of Interaction (New York 1967); J. Willi, Die Zweierbeziehung (Reinbek 1975). ⁴ A. H. Maslow, Motivation and Personality (London 1954) 81–106.

⁵ Vgl. F. Riemann, Grundformen der Angst (München 10/1975) 7–19.

⁶ Zum Stichwort „Reparatur“ differenziert R. Kautzky, Die Antwort des Therapeuten, in: Vom Behandeln zum Heilen. Die vergessene Dimension im Krankenhaus, hrsg. v. J. Mayer-Scheu u. R. Kautzky (Göttingen 1980) 56–73; vgl. Arzt und Patient. Erwartungen und Wirklichkeit, hrsg. v. J. Zander (Düsseldorf 1976).

⁷ Augustinus, De Civitate Dei X, 5f.; In Ps 62, 13; 64, 6; H. Arendt, Der Liebesbegriff bei Augustin (Berlin 1929).

⁸ Vgl. Integrierte psychosomatische Medizin. Modelle in Klinik und Praxis, hrsg. v. Th. v. Uexküll (Stuttgart 1981); M. N. Magin, Ethos und Logos in der Medizin. Das anthropologische Verhältnis von Krankheitsbegriff und medizinischer Ethik (Freiburg 1981). ⁹ A. Vetter, Personale Anthropologie (Freiburg 1966) 93–132.

¹⁰ Das Gespräch während der ärztlichen Visite, hrsg. v. K. Köhle u. H. H. Raspe (Berlin 1982).

¹¹ Deutsch in: J. Maritain, Wahrheit und Toleranz (Heidelberg 1960).