

Praktische Theologie

Zeitschrift für Praxis
in Kirche, Gesellschaft
und Kultur

**Sensibel für die
Facetten von
Religiosität**

Forum:

- Spacing und Prozess:
Herstellung digitaler Räume
- Menschen mit Behinderung
in der gegenwärtigen
evangelischen Predigt



Religion im Krankenhaus

Die Grenze als Mitte des evangelischen Krankenhauses

Christoph Radbruch

Überblick

Evangelische Krankenhäuser stehen in besonderer Weise in der Herausforderung, im Rahmen der auch in säkularen Häusern geleisteten medizinischen und pflegerischen Tätigkeit ihr Profil darzustellen. Der Beitrag zeigt auf, wie in der aktuellen Situation an die Geschichte und Tradition evangelischer Krankenhäuser angeknüpft werden kann. Insbesondere die Grenze menschlichen Lebens wird dabei zum Ort religiöser Möglichkeiten. Demnach geht es darum, eine diakonische Identität für die gesamte Organisation Krankenhaus zu entwickeln. Konkret wird das an dem vom Deutschen Evangelischen Krankenhausverband entwickelten Zuwendungsindex als Verbindung zwischen Medizin und Religion aufgezeigt.

»Na gut, jetzt lieg ich richtig flach«, sagt der junge Mann zum Krankenhauseelsorger, der ihn auf der orthopädischen Station unseres Krankenhauses besucht. Der junge Mann bemüht sich um ein freundliches Lächeln. Aber die Schmerzen sind stärker. »Habe immer geklotzt. Tag und Nacht fast. Ich habe es zu was gebracht – echt«, erzählt er. Er muss schlucken und schaut aus dem Fenster. Dann fährt er fort: »Plattgelegen hab' ich noch nie. Jetzt hat mich der Rücken gefällt. Und möglicherweise das Herz auch. – Gott sei Dank sind die Kollegen klasse. Die sagen alle: »Piano, piano, jetzt bist Du erst mal dran.« Aber für mich selbst ist das grausam ...«.¹

Patienten:innen, die nach einem Unfall oder wegen einer Krankheit in ein Krankenhaus eingeliefert werden, in einem Pflegeheim leben oder Gast im Hospiz sind, erleben, machen Grenzerfahrungen. Plötzlich funktioniert der Körper nicht mehr so, wie er soll. Selbstverständlichkeiten werden in Frage gestellt und damit geht es auch um Grundsätzliches: Welchen Sinn hat mein Leben? Ist mit dem Tod alles zu Ende? Und auch wenn das Wort Gott gar nicht in den Mund genommen wird, ist hinter all diesen Fragen eine Sehnsucht zu spüren nach Glück, nach Aufgehoben-Sein oder Anerkennung, nach einem Raum, in dem wir etwas gelten.

Auf der anderen Seite sind auch dem Krankenhaus und seinen Mitarbeitenden Grenzen gesetzt. Ressourcen stehen nicht unbegrenzt zur Verfügung, so wie es schon im biblischen Bild der Vertreibung aus dem Paradies beschrieben wird. Deswegen gilt die Aussage von Wolfgang Huber zum Verhältnis von christlicher Moral und ökonomischer Vernunft auch für Krankenhäuser: »Sparsamkeit und das kalkulierte zielorientierte Einsetzen von Ressourcen gehören zur Verantwortung des Christen. Man könnte geradezu sagen, dass der – in diesem Sinne – wirtschaftliche Umgang mit Ressourcen aller Art ein Akt der Nächstenliebe ist; denn er ermöglicht es, dass auch andere an diesen Ressourcen Anteil haben können.«²

¹ Nach einem unveröffentlichten Bericht des Krankenhauseelsorgers Hans Bartosch. Siehe auch: *Hans Bartosch*: Was noch erzählt werden muss. Zeitgeschichte am Krankenbett, Frankfurt a. M. 2018.

² *Wolfgang Huber*: Christliche Moral und ökonomische Vernunft – ein Widerspruch? Vortrag vor der Industrie- und Handelskammer zu Düsseldorf, https://www.ekd.de/vortraege/050110_huber_ihk_duesseldorf.html (05.12.22). Huber spricht deswegen auch nicht von Ökonomisierung des Krankenhauses, sondern von Vermarktlichung. Der Begriff Ökonomisierung ist »nicht gegen das Missverständnis gefeilt, als sei zuvor im

Deswegen kann man, einen Ausdruck von Henning Luther aufnehmend, sagen, die Grenze ist die Mitte des Krankenhauses.³ Die Bibel und das Leben Jesu von Nazareth zeigen uns, dass an diesen Grenzen Gotteserfahrungen möglich sind. Die Antwort der Bibel auf unsere Grenzerfahrungen ist die Aufforderung, sich im Namen Gottes auf den Weg zu machen.⁴ Dieser Glaube der Tat hat die Gründergeneration der evangelischen Krankenhäuser im Deutschen Kaiserreich des 19. Jahrhundert geprägt. Sie kümmerten sich vor allem um die im Zuge der Industrialisierung entstandenen gesellschaftlichen Notlagen und verstanden ihr Tun, weil es durch die Kommunikation des Evangeliums gedeutet wurde, als ganzheitliche Verkündigung.

In vielen Satzungen der damals gegründeten Einrichtungen wird programmatisch festgestellt, dass die praktische Liebestätigkeit für Menschen, die der besonderen Hilfe, Förderung, Begleitung und Pflege bedürfen, als Erfüllung des Auftrages verstanden wird, Gottes Liebe zur Welt in Jesus Christus allen Menschen zu bezeugen. Dieses in der kirchlichen Sprache des 19. Jahrhunderts formulierte Ziel könnte man auch in die Begriffe der heutigen Unternehmenssprache übersetzen: Es ist Aufgabe der Stiftungen, Gottes- und Nächstenliebe in erfolgreiche Geschäftsmodelle umzusetzen. Vor dem Hintergrund des christlichen Heilungsauftrages⁵ versteht sich das evangelische Krankenhaus somit als eine mögliche Kontextualisierung des Evangeliums, denn es verkündigt das Evangelium in der Sozialform eines sozialen Unternehmens.

Gottes- und Nächstenliebe in Geschäftsmodellen

1. Evangelische Identität aufzeigen

Es wird immer wieder gefragt, was denn das besondere diakonische Profil des evangelischen Krankenhauses sei, was es von anderen Krankenhäusern unterscheidet. Dabei ist die Frage nach der Unterscheidung eigentlich eine Frage aus der Ökonomie und dem Marketing. Sie fragt nach dem Alleinstellungsmerkmal, um dadurch ein Leistungsmerkmal zu identifizieren, durch das sich ein Angebot deutlich vom Wettbewerber abhebt. Dem christlichen Glauben ist die Frage nach der Differenz wesensfremd. Hilfreicher ist es nach der Identität zu fragen: Was ist für ein christliches Sozialunternehmen grundlegend bestimmend?⁶

Die zunehmend multireligiös und säkular werdende Gesellschaft und der ansteigende Fachkräftemangel führen dazu, dass Mitarbeitende – oft auch dann, wenn sie noch Kirchenmitglieder sind – keine oder nur eine geringe religiöse Sozialisation mitbringen. Die Identität des diakonischen Unternehmens kann daher nicht mehr einfach durch die Kirch-

Gesundheitswesen auf ökonomische Faktoren nicht geachtet worden, und lädt dazu ein, in der Berücksichtigung der Profitabilität entweder ein Heilsgut oder ein Teufelswerk zu betrachten.« (*Ders.*: Vermarktlichung des Gesundheitswesens, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 58 (2014), 3-7.

³ Vgl. *Henning Luther*: Religion im Alltag. »Grenz« als Thema und Problem der Praktischen Theologie, Stuttgart 1992.

⁴ Vgl. <https://predigten.evangelisch.de/predigt/zdf-predigt-von-vorsteher-christoph-radbruch>. Lukas 17, 11-19. Jesu Antwort auf den Hilferuf der zehn Aussätzigen ist die Aufforderung, sich auf den Weg zu machen. (05. 12. 22)

⁵ Vgl. *Simon Peng-Keller*: Klinikseelsorge als spezialisierte Spiritual Care: Der christliche Heilungsauftrag im Horizont globaler Gesundheit, Göttingen 2021.

⁶ Vgl. *Ralph Charbonnier*: Kirchenmitgliedschaft als Anforderung an Mitarbeitende in Kirche und Diakonie als ein Element der Profilbildung evangelischer Dienststellen und Einrichtungen, ZevKR 65 (2020), 146-171.

lichkeit der Mitarbeitenden dargestellt werden, sondern muss als organisationale Identität beschrieben werden.⁷

Dabei geht es vor allem darum das Diakonische im fachlichen Handeln der Mitarbeitenden durch Deutung als diakonisch zu identifizieren. Es gilt, die lange Geschichte der Diakonie und der sie tragenden christlichen Tradition in die heutige Zeit zu übersetzen und so die christliche Deutung der Arbeit im Krankenhaus zur Sprache zu bringen. Dies geschieht unter anderem in Gottesdiensten, Andachten und Ritualen, durch religiöse Impulse bei Sitzungen oder der Gestaltung von Festen, Jubiläen und Einweihungen, durch diakonische Bildung und ethische Fallarbeit. Aber auch die Ausgestaltung von Räumen und der Umgang mit den Mitarbeitenden gehören zu diesem Interpretationsrahmen. Dabei muss betont werden, dass in all diesen Elementen Kirche erfahren werden kann, aber sie dem geglaubten Kirche-Sein des evangelischen Krankenhauses nichts hinzufügen.

Identifikation des Diakonischen

Beate Hofmann und ihr Team am Institut für Diakoniewissenschaft & Diakonienmanagement der Kirchlichen Hochschule Wuppertal/Bethel haben in einer qualitativen Studie gezeigt, »dass die Diakonizität in der organisationalen Identität diakonischer Einrichtungen durch eine diakonisch geprägte Unternehmenskultur auch in einer religiös pluraler werdenden Mitarbeiter:innenschaft wahrnehmbar ist«⁸. Voraussetzung ist, dass es Menschen gibt, die die christliche Deutung der Arbeit zur Sprache bringen können. »Wenn diese Ankerpersonen nicht (mehr) da sind, bricht häufig auch die geistliche Dimension in der Unternehmenskultur weg. Mitglieder diakonischer Gemeinschaften, die solche Ankerpersonen sein können, bewegen sich in diakonischen Unternehmen im 21. Jahrhundert in der Spannung zwischen Anker-Sein, aber nicht Alibi-Werden.«⁹

2. Einen Zuwendungsindex entwickeln als Verbindung zwischen Medizin und Religion

Im ausgehenden 19. Jahrhundert begann die Medizin sich von der Religion zu emanzipieren. Unter der Berufung auf ihr Expertenwissen forderten die Ärzte, sich »Handlungsspielräume gegenüber den geistlichen Vorständen und den wirtschafts- und Verwaltungsfachleuten zu erschließen«¹⁰. Konkret entstand die Auseinandersetzung an der Frage der ärztlichen Weisungsbefugnis gegenüber Diakonissen. Aktuell lebt diese Diskussion wieder in der Verhältnisbestimmung von Spiritual Care als Teil der ärztlich verantworteten medizinischen Behandlung und Krankenhausseelsorge als Angebot der Kirche auf.¹¹

⁷ Vgl. ebd.

⁸ Beate Hofmann/Heike Schneider/Carolin Brune/Tim Hagemann: Merkmale diakonischer Unternehmenskultur in einer pluralen Gesellschaft, http://www.diakoniewissenschaft-idm.de/2018/wp-content/uplo-ads/2019/01/2019_01_Forschungsbericht_END_online-Version.pdf (29. 11. 22), 14.

⁹ Ebd.

¹⁰ Hans-Werner Schmuhl: Evangelische Krankenhäuser und die Herausforderung der Moderne: 75 Jahre Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (1926 – 2001), Leipzig 2022, 40.

¹¹ Vgl. *Evangelische Kirche in Deutschland* (Hg.): Spiritual Care durch Seelsorge: Zum Beitrag der evangelischen Kirche im Gesundheitswesen. Eine Handreichung der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD, https://www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/spiritual_care_2020.pdf (29. 11. 22).

Generell ist heute die Organisation Krankenhaus an einer naturwissenschaftlich-technisch orientierten Medizin ausgerichtet. Als Steuerungsgrößen werden empirisch Wahrnehmbares und Messbares akzeptiert, während Aspekte wie Beziehungsqualitäten und subjektive, emotionale Wertungen ausgeblendet werden. Dies wird offensichtlich an den Grundlagenpapieren des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQTIG): Allein eine beweisgestützte Medizin ist Richtschnur für die Finanzierung im Gesundheitswesen.¹²

Das »Projekt Zuwendungsindex« des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes geht demgegenüber von dem Ansatz aus, die gesellschaftlichen Funktionssysteme Religion und Gesundheit zu verbinden. Es geht um die Wahrnehmung der seelischen Bedürfnisse der Patient:innen im Rahmen der körperlichen Behandlung. Zuwendung wird also nicht als Gegenpart zur naturwissenschaftlich-technischen Medizin verstanden, denn diese moderne Medizin ist ja durchaus auch eine Form der Zuwendung. Wer beispielsweise eine Behandlung auf einer Intensivmedizin erlebt hat, wird bestätigen, dass der technische und finanzielle Aufwand, der dort getrieben wird, als solidarische Zuwendung empfunden werden kann. Patient:innen entwickeln dafür oft eine tiefe Dankbarkeit. Gute Medizin in diesem Sinn ist: beste beweisgestützte Medizin gepaart mit Personen, die sich den Einzelnen in einer professionellen Beziehung zuwenden. Es wird also notwendig sein, ganzheitliche Zuwendung im Krankenhaus so zu beschreiben, dass sie in die evidenzbasierte Qualitätsdiskussion eingetragen werden kann. Das Konstrukt »Zuwendung im Krankenhaus« könnte ein Mix aus naturwissenschaftlich-technischer Medizin und emotionaler Unterstützung sein. Dabei wirken die Dimensionen Beziehungsqualität, Haltung und implizites Akteurs-Wissen auf die Zuwendung ein. Wünschenswert wäre, dass das IQTIG beauftragt wird, einen Zuwendungsindex für die stationäre Patientenversorgung zu entwickeln. Dieser sollte dann in die Qualitätsmessung der Krankenhausversorgung eingeführt und in den Qualitätsberichten veröffentlicht werden.

Zuwendung in Technik und Finanzierung

Christoph Radbruch ist Theologe und Vorsitzender des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes. Bereits seit vielen Jahren begleitet ihn beruflich die Frage nach dem diakonischen Profil von kirchlichen Krankenhäusern, zunächst als Pfarrer und Superintendent der evangelischen Kirche im Rheinland, bevor er als Vorstandsvorsitzender der Pfeifferschen Stiftungen in Magdeburg zwei Krankenhäuser leitete. E-Mail: radbruch@dekv.de

¹² Vgl. <https://www.iqwig.de/ueber-uns/methoden/methodenpapier/> (05. 12. 22).