

Zuviel des Guten?

Der 26. Workshop Medizinethik widmete sich dem Thema: „Ethik - eine Dimension der Überforderung im Krankenhaus?“

Die junge Ärztin kommt mit einiger Verspätung zum Treffen mit der Freundin. Sie ist direkt aus dem Krankenhaus ins Cafe geeilt. Nicht nur abgehetzt, sondern auch reichlich frustriert nimmt sie auf dem Bistrostuhl Platz. Was sie sich zuletzt anhören musste, war ja auch nicht ohne: „Ausgerechnet Sie als christliches Krankenhaus handeln so herzlos“, hatten die Angehörigen der alten Dame zu ihr gesagt. Sie wollten ihre Mutter nach der Gallenblasenoperation noch länger gut in der Klinik aufgehoben wissen, doch die Ärztin musste die Patientin, wie nach Einführung der Fallpauschalen üblich, wenige Tage nach dem Eingriff entlassen. Auf der einen Seite die nachvollziehbaren Wünsche der Familie nach umfassender Betreuung, auf der anderen die ebenso nachvollziehbaren Vorgaben eines straff organisierten modernen Krankenhausbetriebes. Das mache einen ganz mürbe, „wenn alles so an einem zoppelt“, klagt die junge Medizinerin der Freundin ihr Leid. „Manchmal würde man dann am liebsten ohne nachzudenken nur noch das machen, was das System von einem fordert.“

Die aus dem Leben gegriffene Szene, die der Arbeitskreis Ethische Anspielungen des St. Joseph Krankenhauses an diesem Samstag Vormittag auf die „Bühne“ der Katholischen Akademie in Berlin brachte, illustrierte vortrefflich, wovon anschließend für einige Stunden die Rede sein sollte: „Ethik - eine Dimension der Überforderung im Krankenhaus?“, so lautete das Thema des 26. Workshops Medizinethik, den die Katholische Akademie in Berlin und die Evangelische Akademie zu Berlin in Zusammenarbeit mit dem St. Joseph Krankenhaus veranstaltet hatten.

Ärzte haben nach wie vor das größte Ansehen unter allen Berufsgruppen, das hatte kurz zuvor wieder eine Umfrage des Allensbacher Instituts für Demoskopie ergeben. Auch Pflegekräfte erfahren oft große Bewunderung, wenn sie berichten, was sie beruflich machen. „Das könnte ich nicht“, ist die übliche Reaktion ihrer Umwelt. Doch es liegt der Verdacht nahe, dass genau das, was Mitarbeitern von Krankenhäusern so viel Achtung einbringt, auch am ehesten zu ihrer Überforderung beitragen könnte. „Zwar sind Krankenhaus-Ärzte ganz normale Arbeitnehmer. Doch sie sind nicht normal hinsichtlich der Menschen, mit denen sie es zu tun haben“, so brachte Dr. Günther Jonitz, Präsident der Berliner Ärztekammer, die Lage auf den Punkt: Im Krankenhaus suchen im Extremfall in Lebensgefahr schwebende, auf jeden Fall aber leidende und geschwächte Mitmenschen die Unterstützung professioneller Helfer.

Das macht die Beziehung zumindest teilweise asymmetrisch - und bringt schon deshalb moralisch-ethische Aspekte ins Spiel. Haben die Angehörigen der Heilberufe also nicht eher eine Berufung als nur einen einfachen Beruf, einen normalen Arbeitsplatz oder gar einen Job? Prof. Dr. Dietmar Mieth, Inhaber des Lehrstuhls für Theologische Ethik an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Tübingen, machte geltend, dass diejenigen, die sich für den täglichen nahen Umgang mit Schmerzen, Leib und Leben entscheiden, zunächst wohl für sich selbst einen „inneren Eignungstest“ durchlaufen. Ob sie in ihrem Alltag dann wirklich dem selbst gesetzten Anspruch genügen können, eine lebensförderliche „ars vivificandi“ zu praktizieren und ein „Konzept des Wohltuns“ zu verwirklichen, hängt allerdings nicht allein von ihnen selbst ab. „Die Verhältnisse, die sind nicht so“: Ein Satz, mit dem Bertolt Brecht heute vor allem unzähligen Ärzten und Pflegekräften angesichts ihres aufreibenden Berufs aus der Seele sprechen dürfte. Mieth stellte aber auch Habermas' Diktum dagegen, dass derjenige moralisch gut sei, der auch unter Stressbedingungen seine moralischen Maximen aufrecht halten könne. Was er wiederum im konkreten Fall nicht als Freibrief für Krankenhäuser verstanden wissen wollte, die körperlichen und psychischen Anforderungen der Mitarbeiter immer weiter zu steigern: „Die institutionellen Rahmenbedingungen enthalten auch eine Pflicht zur Unterlassung von Stresssteigerungen, sie sollten dem Stressabbau dienen.“

Zugleich plädierte Mieth aber auch für Nachsicht des einzelnen Mitarbeiters mit sich selbst. Und das auch aus christlicher Perspektive, im Sinn einer richtig verstandenen Nächstenliebe, der die Liebe einer Person zu sich selbst als Ausgangs- und Vergleichspunkt zur Verfügung steht. „Heute besteht die einzige Nachsicht oft darin, dass die Zeit vergeht und man dann nicht mehr am Pranger steht.“ Als Schutz gegen die Symptome von berufsbedingter Erschöpfung und Überforderung, die heute unter dem – unter Psychiatern umstrittenen – Begriff des „Burnout“ zusammengefasst werden, reicht diese Form der „Verjähmung“ offensichtlich nicht aus.

Auch die Frage nach dem Wohlbefinden der Menschen, die in einem Krankenhaus arbeiten, ist allerdings modern. Hätte man sich im christlichen Mittelalter überhaupt darum gekümmert, dann wohl eher im Sinne eines über das Diesseits hinausweisenden Seelenheils – für das die Chancen durch „Aufopferung“ stiegen. Medizin spielte im mittelalterlichen Spital auch für die dort Betreuten keine Rolle, es hatte keine Behandlungsfunktion. „Man versprach sich Heil und Heilung durch Gebet und Buße“, so erläuterte Prof. Dr. Volker Hess, Philosoph und Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Berliner Charité. „Deshalb ist das mittelalterliche Spital auch kein Vorläufer des modernen Krankenhauses, sondern ein Sozialasyl.“ Erst im frühen 18. Jahrhundert entstanden „frühmoderne“ Krankenhäuser wie die Charité, die sich zunächst als Einrichtungen der Armenfürsorge verstanden und zum Beispiel um ledige Schwangere kümmerten. Neu war die Vorstellung, diese bisher marginalisierten Gruppen wirklich „behandeln“ zu können. Mit der Einführung der Versicherungspflicht für arbeitende Männer begann – vor Bismarck, wie Hess en passant berichtete – der Einzug einer neuen Patientengruppe in die Kliniken: Es kamen nun Männer, deren Arbeitskraft wiederhergestellt werden sollte. „Das war das Ende des alten Asyls, denn die Patienten waren nun nicht mehr alt, siech und krank, sondern jung und akut erkrankt.“

Wurde das Krankenhaus damit zur echten Behandlungseinrichtung, so veränderte sich auch die häusliche Konsultation durch den Einsatz von instrumentellen Techniken wie Fiebermessen und Auskultieren. Zur guten medizinischen Behandlung gehören seitdem ganz selbstverständlich Rationalität und Beherrschung von Techniken, Professionalität und Qualifikation.

Das hohe Prestige der heilenden Berufe rührt aber wahrscheinlich nicht zuletzt daher, dass die Anforderungen sich nicht in dieser Art von Professionalität erschöpfen. Hess vermutet, dass der Aspekt der Fürsorge und der Aufopferung stark in der Mentalität von Medizinern und Pflegekräften verankert ist. Wirken hier alte Rollenmodelle nach, weil Mentalitäten zum „Nachhinken“ neigen und sich langsamer verändern als Strukturen? Das könnte auch eine Hoffnung sein: „Ein bisschen Florence Nightingale würde ich gern in unsere Zeit hinüber retten“, sagte jedenfalls Mieth. Der Moralthologe wünscht sich eine Balance zwischen den zwei Funktionen der Heilberufe. Und er fordert: „Die spontane Gefühlsethik muss professionalisiert werden.“

In diesem Sinne gehen Ärzte und Pflegekräfte heute „ganz normale Arbeitsverhältnisse auf dem Dienstleistungssektor“ ein, wie Dr. Rudolf Kösters, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, betonte. Der Volkswirt, der zugleich Vorstandsvorsitzender der St. Franziskus Stiftung in Münster ist, ergänzte allerdings sofort, es handle sich um „besonders schöne, sinnvolle Berufe“.

Rolf Möller, Diplom-Kaufmann und Mitarbeiter des Instituts für Personal- und Unternehmensberatung (ifp) in Köln, sucht nach Menschen, die diese schönen Berufe in christlichen Krankenhäusern in leitender Funktion ausüben möchten. Zum Profil des idealen Mitarbeiters gehören dort heute nicht allein Merkmale wie „verheiratet, am liebsten in erster Ehe, und reich an getauften Kindern“. Konfessionelle Häuser stellen inzwischen ein ganzes Bündel an fachlichen, charakterlichen und sozialen Anforderungen. „Das gewisse Etwas an persönlicher Fürsorge sollte sich auch beim Geschäftsführer finden. Je höher die Position, desto wichtiger werden diese Kriterien.“ In manchen Fällen sei der religiöse Hintergrund auch im engeren Sinn ausschlaggebend. So wurde in einem Haus das Angelus-Läuten genutzt, um den Bewerber einem „Gebets-Test“ zu unterziehen. Unter den Führungskräften sind allerdings heute nur knapp ein Drittel Kirchenmitglieder, „da spreche ich aus

Beratersicht schon von einem begrenzten Markt", meinte Möller. Die Nachfrage sei jedoch auch von Seiten derjenigen Mediziner groß, die selbst nicht kirchlich gebunden sind. „Viele bringen fast schon entschuldigend vor, dass sie nicht so gerne für private Träger arbeiten möchten.“ Es mache eben mehr Spaß, unter den Bedingungen der Gemeinnützigkeit zu arbeiten, gab später ein Teilnehmer aus dem Publikum zu bedenken. Der ökonomische Umgang mit knappen Ressourcen ist wohl unter diesen Umständen leichter als das zu begreifen, was er auch ist: Nämlich ein Gebot der Ethik.

Als Einzelkämpfer sind Ärzte und Pflegekräfte trotzdem vor allem im Umgang mit der knappen Ressource Zeit oft überfordert. Die Organisationsstrukturen müssen ihnen dabei zu Hilfe kommen. „Aus meiner Erfahrung sind Probleme, die als „ethisch“ oder „moralisch“ bezeichnet werden, in Wirklichkeit oft eher institutioneller Art und müssen pragmatisch auf der Handlungsebene gelöst werden“, meinte Hess.

Ein Gedanke, der geeignet ist, den Bogen zur Theater-Szene vom Beginn der Veranstaltung zu schließen: Ambulante pflegerische Unterstützung für die ältere Dame nach der Gallenblasenoperation könnte eine solche pragmatische Lösung sein, die die Familie entlastet. Dass es das Angebot gibt, kann der jungen Ärztin das schlechte Gewissen wegen der frühen Entlassung nehmen. Sie hat wahrscheinlich einen Beruf, der mehr an ihr „zoppelt“ als andere. Sie hat entspannte Cappuccino-Pausen nötig.

Adelheid Müller-Lissner