

## Das Krankenhaus als karitative Institution und Dienstleistungsunternehmen

Heinrich A. Schmidt-Wilcke

Bis zum Jahre 2000 hatte ich die Position eines Chefarztes einer Klinik für Innere Medizin-Gastroenterologie am St. Franziskus-Hospital Münster inne und war bis zum Jahre 2004 Ärztlicher Direktor erst ehren- dann hauptamtlich. Seit dieser Zeit und nach einem zweijährigen Studium der Angewandten Ethik an der Westfälischen Wilhelms- Universität Münster bin ich als Ethikbeauftragter innerhalb des Krankenhauses tätig.

Seit Beginn meiner ärztlichen Tätigkeit wurde ich in erster Linie geprägt von dem zeitgleichen gültigen Berufsethos, das durch das jeweilige ärztliche Umfeld vermittelt wurde. Durch eine strenge Rangordnung, die besonders an Universitätskliniken in Deutschland selbstverständlich war und gepflegt wurde, war auch ein bestimmtes moralisches Handeln im Umgang mit den Kranken innerhalb des Klinikalltages vorgegeben. Die ärztliche Fürsorge für den Patienten zu seinem vermeintlichen Nutzen wurde geprägt durch eine paternalistische/ maternalistische Entscheidungskultur. Diese hatte ihre Basis vorwiegend im exemplarischen Wirken einer stringenten Hierarchie. Das medizinethische Handeln blieb letztendlich unreflektiert, Begründungen für moralische Entscheidungen wurden nicht angeboten und auch nicht eingefordert. Die Ausbildungsjahre waren getragen von einer vermeintlich unantastbaren Welt gültiger sittlicher Normen innerhalb der Medizin.

Mit der Übernahme der Aufgaben des Ärztlichen Direktors eines konfessionellen Krankenhauses wurde mein Verantwortungsbereich deutlich erweitert. Das Krankenhaus als Ganzes präsentierte sich nicht mehr nur als eine *Karitative Institution*, sondern auch als ein *Dienstleistungsunternehmen*, das nicht nur den Ansprüchen des anhaltenden medizinischen Fortschrittes genügen, sondern durch eine effiziente Ökonomie den bestehenden Leistungsstand erhalten bzw. kontinuierlich verbessern musste. Es kam eine Zeit, in der das Management sowie der Träger des Krankenhauses infolge der diversen gesetzgeberischen Vorgaben innerhalb des Gesundheitswesens (z.B. Einführung des DRG-Systems) mit einem rigiden Sparkurs reagieren mussten. Die notwendige *Rationalisierung* der verschiedenen Vorgänge innerhalb des Krankenhauses ließ sich durch eine professionelle, konsequente und fachgerechte Ökonomie bewältigen. Dabei wurden zusätzlich unternehmerische Ziele entwickelt im Sinne einer Leistungssteigerung des Gesamtkrankenhauses durch Erhöhung der Zahl der jährlich behandelten Patienten mit gleichzeitiger Reduzierung des zeitlichen stationären Aufenthaltes. Mit der Rationalisierung war in diesem Prozess eine mehr oder weniger deutlich wahrnehmbare *Rationierung* des medizinischen Handelns verknüpft. Dazu gehörte allerdings nicht, dass dem einzelnen Kranken die notwendige medizinische Behandlung vorenthalten wurde, sondern dass zum Beispiel durch Verminderung oder nicht vollzogene Aufstockung der notwendigen Zahl an Ärzten und Pflegenden das, was als Fürsorge, Zuwendung, Empathie umschrieben wird, reduziert wurde. Andere Formen einer verdeckten Rationierung waren zeitliche Verschiebungen von notwendigen operativen Eingriffen (z.B. Hüftgelenkersatz) oder die Begrenzung der Dauer eines Krankenhausaufenthaltes mit der Folge einer vorübergehenden erschwerten häuslichen Versorgung. Im Rahmen eines solchen Spannungsfeldes galt es immer wieder die Gültigkeit medizin- und auch unternehmensethischer Prinzipien (z. B. Schutz des einzelnen Mitarbeiters vor anhaltender körperlicher Überforderung) zur Geltung zu bringen.

Auf Initiative des Trägers des St. Franziskus- Hospitals Münster wurde im Jahre 2004 ein *Klinisches Ethikkomitee* (KEK) etabliert, dessen Vorsitz mir übertragen wurde. Solche Einrichtungen werden in der Regel mit viel Enthusiasmus gestartet, Ethik im Krankenhaus war zeitweilig *in*. Die eigentliche Tragfähigkeit des Konzeptes *Ethikkomitee* auf Dauer als übergeordnetes Gremium mit verschiedensten Aufgaben, das möglichst viele Mitarbeiter insbesondere aber Ärzte und Pflegenden aller Abteilungen eines Krankenhauses ansprechen soll, beginnt erst, wenn die gängigen ethischen Problemfelder strukturiert und im Krankenhausalltag akzeptiert sind. Dann laufen die Fragestellungen nicht mehr von unten nach oben, sondern von oben nach unten. Das Ethikkomitee wird zu einer Einrichtung, die ethische Fragestellungen aktiv aufgreifen und einer Bearbeitung zuführen sollte. So wurden auf Initiative des KEK beispielweise Themen aufgegriffen wie *Die*

*glücklose Schwangerschaft; Perioperative Betreuung geriatrischer Patienten; Beschwerdemanagement; Wie wird in Krankenhausambulanzen das Prinzip der Fürsorge umgesetzt? oder Der Kaiserschnitt als Wahleingriff.* Eine weitere Aufgabe des KEK bestand in der Organisation von Fortbildungsveranstaltungen mit dem Hintergrund, Mitarbeiter für medizinethische Probleme (z.B. *Krankenhaushygiene als humanitärer Anspruch; Rationierung im Krankenhaus; Ästhetische Chirurgie, ein moralisches Konfliktfeld?; Frühgeborene an der Grenze zur Lebensfähigkeit – medizinische und moralische Probleme; Bewahrung und Verletzung der Intim- und Privatsphäre eines Patienten aus ethischer Sicht*) zu informieren und zu sensibilisieren. Dabei kam es darauf an, Referenten zusammen zu führen, die einerseits praktische Erfahrungen mit der vorgegebenen Problematik hatten und andererseits den medizinethischen Aspekt theoretisch beleuchten konnten. Eine weitere Aufgabe bestand darin, die sogenannte *Ethische Fallbesprechung* einzuführen und zu kultivieren. Dabei handelt es sich um eine Methode, mit deren Hilfe über alle hierarchischen Ebenen hinweg in einem Diskurs bei konkreten medizin- und medizinethischen Konfliktsituation von den Beteiligten zusätzliche Einsichten zum weiteren moralisch gerechtfertigten Handeln gewonnen werden sollen. Dabei hat sich bewährt, dass die Ethische Fallbesprechung auch unabhängig von den Aktivitäten des KEK ablaufen kann (sog. Zweilagmodell). Die ethische Fallbesprechung wurde als Methode zwar durchgehend als sinnvoll und bei bestimmten Gegebenheiten auch als notwendig anerkannt, dennoch wurde davon de facto aber trotz entsprechender Unterstützung und Aufklärung seitens des KEK noch relativ wenig Gebrauch gemacht. Mit Hilfe des *Qualitätsmanagements* des Hospitals wurde ein organisatorisches Gerüst geschaffen, sodass zurzeit auch in akuten medizinethischen Konfliktsituationen eine Fallbesprechung stattfinden kann. Die Prinzipien einer derzeit gültigen Medizinethik in den Kontext einer institutionellen Einrichtung einzubringen, die auf eine lange Tradition effizienten fürsorglichen Handelns gegenüber Patienten zurück blicken konnte, war von meiner persönlichen Überzeugung getragen. Die Tatsache, dass ein Krankenhaus als Ganzes sich der Dimension seines moralischen Wirkens bewusst wird, faszinierte mich in besonderem Maße. Die Beantwortung der Frage *Warum Medizinethik?* ergibt sich aus der Feststellung, dass medizinisches Handeln mit all seinen Facetten auch von der Dynamik eines kontinuierlichen Fortschrittes mit den konkreten Möglichkeiten von Fehlentwicklungen und Irrwegen getragen wird. Dieser Prozess bedarf der systematischen Reflexion, wodurch die ethische Frage nach der Richtigkeit und Gültigkeit des medizinischen Agierens anhaltend aktuell bleibt und auch immer wieder seitens eines Krankenhauses mit seiner dualen Struktur als *karitative Institution* und *Dienstleistungsunternehmen* hinterfragt werden sollte.

*Prof. Dr. med. Heinrich A. Schmidt-Wilcke arbeitet im St. Franziskus-Hospital Münster als Ethikbeauftragter und Vorsitzender des Klinischen Ethikkomitees.*