

Das Krankenhaus als moralisches Subjekt

Gonzalo Herranz / Hans Thomas

in Athanasius BURRE & Bernd KETTERN (Hg.), *Katholisches Krankenhaus heute? Zur Zukunft der Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft*, Paderborn, Bonifatius, 1994, 58-80.

Ist das Krankenhaus ein Organismus mit eigener Moralität? Und wenn ja, wie weit reicht der Selbststand des moralischen Subjekts Krankenhaus?

Für die einen ist das Krankenhaus ein Gebäude aus Beton und Glas, das besondere Ausstattungen für technische und administrative Dienstleistungen beherbergt, das aber als solches mit so etwas wie einem eigenen moralischen Bewußtsein nicht das mindeste zu tun hat. Für andere ist das Krankenhaus viel mehr, nämlich vor allem ein Netzwerk menschlicher Beziehungen, deren unausweichliche ethische Dimension dem Krankenhaus seine spezifisch moralische Identität verleiht.

Die Vorstellungen darüber, was in ethischer Hinsicht ein Krankenhaus ist, bewegen sich auf unterschiedlichsten Ebenen. Entsprechend unterschiedlich fällt die Behandlung des Themas in den Berufsordnungen und Verhaltenscodices nationaler Ärzteschaften aus. Nach ärztlichem Standesrecht in Deutschland, Großbritannien, Belgien, Frankreich ist nur der einzelne Arzt bestimmten ethischen Pflichten unterworfen. Das Krankenhaus als solches kommt nicht vor, weil ihm gar kein Status eines eigenen Moralwesens zuerkannt wird, oder weil man eine besondere moralische Regelung der Beziehungen und Verhältnisse im Krankenhaus für überflüssig hält¹.

Andere Berufsordnungen widmen dem Ethos des Krankenhauses eine nur beiläufige Aufmerksamkeit. In Spanien regelt das ärztliche Berufsrecht mindestens in Umrissen die institutionelle Einbindung des Arztes im Krankenhaus². Ähnliches gilt für die Richtlinien des American College of Physicians³. In einigen wenigen Regelwerken finden die menschlichen und beruflichen Beziehungen im Krankenhaus mehr Raum. Die American Medical Association⁴ und besonders die Charte des Medecins Hospitaliers der Europäischen Gemeinschaft⁵ behandeln auch das Krankenhaus als eigenes ethisches Kollektivsubjekt.

Eine weitere Quelle der Information über unterschiedliche Einstellungen zum Krankenhaus als moralischer Anstalt ist der Arbeitsmarkt für Ärzte. Die Stellenangebote von Krankenhäusern in den einschlägigen Fach- und Berufszeitschriften, etwa im Deutschen Ärzteblatt, spiegeln das ganze Spektrum des Selbstverständnisses von Kliniken, was ihre moralische Identität angeht. Solche Stellenangebote liefern immer ein Stück Selbstdarstellung des Krankenhauses. Da gibt es Anzeigen, die neben Zahlenangaben über die eigene Einrichtung nur die gewünschte fachliche Qualifikation und erforderlichen Titel der Kandidaten nennen und technische Funktionen beschreiben, die zu erfüllen sind. Solche Krankenhäuser schätzen sich selbst als bloße Verwaltungsapparate ein. Sie halten die technischen Möglichkeiten und die finanzielle Leistungsfähigkeit für das Entscheidende und schweigen sich über ihre ethischen Zielvorstellungen und über die öffentlich allenthalben beschworenen sozialen Verpflichtungen der Krankenhaustätigkeit aus. Gelegentlich ist jenseits technischer Angaben der einzige Hinweis auf etwas Menschliches ein Satz über die Lage und Umgebung des

¹ In den meisten Berufsordnungen herrscht ein individualistisches Modell medizinischer Praxis vor: in Deutschland (Bundesärztekammer, *Berufsordnung für die deutschen Ärzte*, in: Deutsches Ärzteblatt 1994; 91: C38-C43), in Großbritannien (British Medical Association, *The Handbook of Medical Ethics*, London 1984), in Belgien (Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Code de Deontologie Medicale*, Brüssel 1992), in Frankreich (Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Décret n° 79-506*, Paris 1979). Auch in weiteren berufsethischen Codices der Ärzteschaft findet sich kein Hinweis auf ein spezifisches Ethos des Krankenhausarztes.

² Consejo General de Colegios Medicos, *Código de Ética y Deontología Médica*, Madrid 1990.

³ American College of Physicians, *Ethics Manual*, 3. Aufl.; *Annals of Internal Medicine* 1992; 117, 947-960.

⁴ Ein eingehendes ethisches Regelwerk für die ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus und das Krankenhaus als eigenes ethisches Subjekt findet sich beispielsweise in: American Medical Association, *Council on Ethical and Judicial Affairs. Current Opinions*, Chicago (American Medical Association) 1989.

⁵ *La Charte des Médecins Hospitaliers*, in: Comité Permanent des Médecins de la Communauté Européenne, *Europe et Médecine* 1983-86, Paris (Masson) 1986, 95-98.

Krankenhauses.

In anderen Anzeigen bekennen sich Krankenhäuser geradeheraus zu bestimmten ethischen Grundsätzen und erwarten vom Kandidaten über die akademischen und technischen Anforderungen hinaus ein bestimmtes menschliches und moralisches Persönlichkeitsprofil. Bei konfessionellen Krankenhäusern überrascht die Erwartung nicht, daß der Kandidat sich mit dem caritativen Selbstverständnis des Hauses identifizieren oder mindestens eine hinreichende Aufgeschlossenheit und den Willen zur Zusammenarbeit im Geist der religiösen Zielsetzungen des Hauses mitbringen muß. Aber auch viele nichtkonfessionelle private und öffentliche Krankenhäuser stellen handfeste menschliche und moralische Anforderungen an den Kandidaten. Da ist von einer menschlich integren Persönlichkeit, von Sensibilität im Umgang mit Menschen, von Engagement oder Bereitschaft zu intensiver Zusammenarbeit die Rede, ein Anforderungsprofil, das oft keineswegs leicht zu gewährleisten ist: "Gesucht wird eine fachlich und persönlich hervorragend qualifizierte, kooperationsfreudige Persönlichkeit, die in der Lage ist, die gesamte Breite der Spezialität zu vertreten."

Die Menschen draußen wie die Mitarbeiter in einem Krankenhaus fragen sich nicht selten, was das Krankenhaus dazu berechtigt, in bestimmten ethischen Fragen bestimmte Haltungen einzunehmen, obwohl doch oft Ärzte und Patienten, Gesundheitsbehörden und Verwaltungen durchaus verschiedener Meinung darüber sind, was zu tun ist. Tatsächlich *vertreten* offenbar viele Krankenhäuser eigene institutionelle ethische Überzeugungen, während andere sich lieber institutionell in einer Sphäre ethischer Unverbindlichkeit bewegen.

1. Wird das Krankenhaus ein Opfer postmoderner Beliebigkeit?

Warum verhalten sich manche Krankenhäuser ethisch indifferent? Woher dieser körperschaftlich-ethische Pessimismus? Mit körperschaftlich-ethischem Pessimismus ist die Überzeugung gemeint, daß Institutionen, also auch das Krankenhaus, außermoralische Wesen sind, jedenfalls unfähig, sich eine verbindliche institutionelle Ethik zuzulegen. Wie es zu dieser Vorstellung kommen kann, hat H. T. Engelhardt jr.⁶, ausgehend von dem Gedanken, daß in ethisch pluralistischen Gesellschaften dezidierte ethische Überzeugungen im öffentlichen Leben zurückzutreten haben, aufgezeigt. Den Wert persönlicher ethischer Grundhaltungen im privaten und beruflichen Leben und in der Erziehung erkennt Engelhardt durchaus an. Ethik sei Privatsache und gesellschaftliche Institutionen könnten sich heute unmöglich noch mit einem kohärenten und rational schlüssigen ethischen Gewand bekleiden. Weder in der Religion noch außerhalb gebe es mehr moralische Gewißheiten, mit denen sich zwischen unterschiedlichsten Wertvorstellungen und in Konflikten noch vermitteln ließe. Die gegenwärtige historische Situation sei von einem Verlust jeder Hoffnung auf eine moralische Autorität gekennzeichnet, die verbindliche Antworten auf die großen ethischen Fragen geben könnte und als Schlichter des Streits um das Richtige und Humane infrage komme. Engelhardt benutzt den Begriff „postmodern“. Auf diesen postmodernen ethischen Pluralismus trifft die Metapher des Polytheismus zu: Es gibt keinen Gott mehr, an den alle glauben und den alle anbeten sollen, sondern nur noch allerhand mindere Gottheiten. Diese erlauben nicht mehr, eine für alle gültige säkulare institutionelle Ethik zu proklamieren. Ethische Überzeugungen treten den Rückzug ins Private, in die Intimsphäre des Gewissens an.

Eine ziemlich *verwandte* Position hält es mit dem sogenannten ethischen Minimalkonsens der bürgerlichen Gesellschaft. In der Präambel des spanischen Gesetzes zur künstlichen Befruchtung⁷ wird auf die Existenz unterschiedlicher ethischer Vorstellungen zu reproduktionsmedizinischen Techniken *verwiesen*, „...deren Annahme oder Ablehnung aufgrund zutreffender Sachinformation diskutiert werden und nicht durch bestimmte Interessen oder durch ideologischen, konfessionellen oder Parteien-Druck *motiviert* sein soll. Sie sollen sich ausschließlich stützen auf eine bürgerlich-zivile Ethik, die nicht absieht von pragmatischen Gegebenheiten. Die Gültigkeit einer solchen Ethik wurzelt in der Anerkennung der Realitäten und sie muß den Kriterien der Rationalität und der Zweckdienlichkeit für das allgemeine Interesse standhalten. Eine solche Ethik ist mehrheitsfähig, entspricht also der *verfassungsmäßigen* Ordnung, ist deshalb ohne soziale Spannungen anwendbar und dient dem Gesetzgeber als Grundlage für seine Stellungnahmen und Normvorgaben.“

⁶ ENGELHARDT H. T. jr., *Integrity, Humaneness, and Institutions in Secular Pluralistic Societies*, in: Bulger R. E., Reiser S. J., *Integrity in Health Care Institutions. Humane Environments for Teaching, Inquiry, and Healing*, Iowa City (University of Iowa Press) 1990, 33-43.

⁷ Jefatura del Estado, *Ley 35/1988 de Reproducción Asistida Humana*. Boletín Oficial dei Estado, 24.11.1988.

Statt jedem seine Gottheit zur Wahl zu stellen, wird ein geschlechtsloses und wertneutrales Vorzugsidol präsentiert, das lenkend über den sozialen Beziehungen schwebt. Nach diesem Modell soll die moralische Abrüstung in der pluralistischen Gesellschaft den ethischen Frieden garantieren. Eine vom Gesetzgeber *verwaltete* legalistische Ethik für alle wird dem eindimensionalen Menschen gerecht. Ethischer Pluralismus bedeutet nicht mehr, daß verschiedene Überzeugungen friedlich zusammenleben wie die Farben in einem Regenbogen, sondern daß sich alle dem Minimalkonsens der neuen Zivilethik unterwerfen, die alles Unterscheidende und jede Eigenart vorhandener ethischer Überzeugungen zum Mittelgrau eines Moralgefühls der Mehrheit verrührt.

Einen dritten Weg in die ethische Sprachlosigkeit der Institutionen beschreibt Toulmin⁸. Soziologisch betrachtet habe in der ethischen Atmosphäre der Körperschaften ein Prozeß der Luftverdünnung schließlich zur Zurückweisung ethischer Verpflichtungen von Institutionen geführt. Die Grundideen stammen von Emile Durkheim und Max Weber. Toulmin sieht den Mechanismus, der den Geist erstickt, der ein Krankenhaus beseelt, in der Zentralisierung der Verwaltung. Damit habe eine Entmoralisierung der im Krankenhaus arbeitenden Menschen, eine zunehmende Verarmung der ethischen Werte eingesetzt. Die großzügige und kreative Einsatzbereitschaft frei angenommener beruflicher Herausforderung weicht der Routine einer Jobbefüllung; ethische Ansprüche gehen unter in funktionellen Anforderungen; an die Stelle persönlicher Verantwortung tritt die ausweichende Haftung der Institution; das persönliche Geradestehen verschwindet in der kollektiven Rechtfertigung. Im Krankenhaus arbeiten nicht mehr leibhaftige Menschen, sondern menschliche Schatten.

2. Das Ethos des Krankenhauses

Dem Krankenhaus als ethischem Niemandsland steht das Krankenhaus als ethisches Subjekt gegenüber. Viele Krankenhäuser sind ganz offen und unbestritten in Fragen der Ethik keineswegs indifferent, pflegen vielmehr das Bewußtsein von einem institutionellen Auftrag, verlangen bestimmte Verhaltensweisen, sind wählerisch bei der Einstellung von Ärzten und Krankenschwestern, um bestimmte ethische Standards zu bewahren, einem bestimmten Ideal näherzukommen und abweichende Verhaltensmuster gar nicht erst aufkommen zu lassen. Worauf stützen sich nun private oder öffentliche Krankenhäuser, um ihr ethisches Credo zu legitimieren? Die theoretischen Grundlagen des kollektiven ethischen Selbstverständnisses eines Krankenhauses sind tatsächlich noch relativ wenig untersucht worden.

Pellegrino und Thomasma⁹ haben als erste die Behauptung aufgestellt, sowohl die Krankenhäuser als solche wie auch die Ärzteteams bedürften einer eigenen institutionellen Ethik. Ein Ethos des persönlichen Umgangs von Ärzten mit Patienten sowie der einzelnen Ärzte miteinander genügt nicht. Die Krankenhäuser als solche müssen ausdrücklich und spürbar als moralische Personen auftreten, als moralbewußte Kollektivsubjekte handeln, und sich so auch gegenüber der Gesellschaft darstellen. Aber die moralische Sprachlosigkeit nach außen wäre noch das geringste Risiko. Viel gravierender ist die Gefahr einer ethischen Sprachverwirrung im Inneren, unter der die humanitären Zwecke der Krankenhäuser zum Opfer innerer Spannungen (Machtkämpfe, übermäßiges Gewinnstreben) oder äußeren (wirtschaftlichen, politischen, rechtlichen) Drucks werden.

Solch öffentliche Bekenntnisse zu ethischen Gemeinschaftsüberzeugungen müssen einerseits einem legitimen ethischen Pluralismus der Einzelpersonen (Patienten, Ärzte, Krankenschwestern, Verwaltungsdirektoren und -angestellten) hinreichend Raum lassen, andererseits genügend deutlich und eindeutig sein, um die ethische Persönlichkeit des Krankenhauses herauszustellen. Ein WIR muß sichtbar werden, ein aktives, mit Moralbewußtsein ausgestattetes Kollektivsubjekt, das über das gesetzlich verlangte Minimum hinaus zu bestimmten Idealen der Menschlichkeit steht sich zu bestimmten Berufsbildern bekennt, die freiwillige Identifikation mit bestimmten Verantwortlichkeiten voraussetzt. Diese Identifikation liefert den Rahmen des institutionellen Selbstverständnisses und prägt die Identität des Hauses.

Ein atomistisches, handlungs- und verantwortungsteiliges Modell, nach dem die Krankenhaustätigkeit nur die arithmetische Summe isolierter Entscheidungen der einzelnen Mitarbeiter ist, paßt nach Pellegrino und Thomasma für das Krankenhaus nicht. Ein ethisch orientiertes Unternehmen bedarf

⁸ TOULMIN S., *Medical Institutions and their Moral Constraints*, in: Bulger R. E., Reiser S. J., *Integrity in Health Care Institutions. Humane Environments for Teaching, Inquiry, and Healing*, Iowa City (University of Iowa Press) 1990, 21-32.

⁹ PELLEGRINO E. D., THOMASMA D. C., *A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy and Ethics of the Healing Professions*, 11. Kapitel in: *Social Ethics of Institutions*, New York (Oxford University Press) 1981, 244-265.

eines Modells, das die Gesamttätigkeit nicht auf bloße Einzelentscheidungen reduziert, vielmehr das Handeln aller als Gruppentätigkeit versteht. Die Gruppe, das ganze Team, wird Träger einer Moralität. Eine solche Gemeinschaftsmoral erlaubt unterschiedliche Grade und Ebenen. Alle Ärzte, Krankenschwestern und Hilfskräfte, die mit einem Patienten befaßt sind, müssen als einheitliches moralisches Subjekt, als koordinierte Mannschaft handeln. Und ebenso müssen Krankenhausträger, Verwaltung und Ärzte in operativer Einheit handeln, wenn es um Entscheidungen über die Leistungsfähigkeit oder die Verhältnismäßigkeit und gerechte Verteilung der Mittel zur bestmöglichen Betreuung der Patienten geht. Denn da hängt jeder vom anderen ab.

Ein angemessenes ethisches Erscheinungsbild des Krankenhauses geht nach Pellegrino und Thomasma entscheidend von der Medizin aus. Im Kern ist sie die menschliche und ethische Antwort auf die Verletzlichkeit des kranken Menschen. Aber das Krankenhaus muß auf die Bedürfnisse der Patienten, weit über das gesetzlich Geforderte hinaus eingehen. Denn es handelt sich um menschliche Wesen, die durch ihre Krankheit bedrückt sind. Das verlangt eine abgewogene ethische Einfühlung. Und genau sie ist der Inhalt einer Pflichtenethik des Krankenhauses. Die Hilfsbedürftigkeit des Kranken erlegt dem Krankenhaus eine ethische Bindung, die Pflicht zu einem besonderen moralischen Verhalten auf. Um des Kranken willen muß es sich als ein lebendiger und einführender ethischer Organismus begreifen - und sich auch öffentlich dazu erklären.

Von einem mehr phänomenologischen Ansatz her analysiert De George¹⁰ die moralische Verantwortung des Krankenhauses. Nach ihm ist das Krankenhaus kein Hotel mit einer zusätzlichen Geräteausstattung, vielmehr eine Einheit bestehend aus all denen, die im Krankenhaus arbeiten und es vorwärtsbringen, den Patienten, die es aufsuchen, und den technischen Einrichtungen, die die einen wie die anderen benutzen. Die reichlich komplizierte Struktur und Organisation bewahrt ihre Identität in der Zeit unabhängig von den konkreten, zu einem bestimmten Zeitpunkt dort tätigen Personen. Ein Krankenhaus entwickelt und verändert sich. Rechtlich gesehen ist es eine juristische Person, aber seine Existenz hängt nicht an dieser legalen Einordnung, sondern reicht darüber hinaus. Das Spezifische des Krankenhauses ist gerade, daß es sich um eine Anstalt mit eigenem moralischem Leben handelt. Das verstehen auch die Leute unter einem Krankenhaus. Sie halten es für selbstverständlich, daß das Krankenhaus ein Organismus mit moralischem Gesicht ist. Das entspricht dem gesunden Menschenverstand.

Mit vollem Recht spricht man davon, daß ein Krankenhaus seine Sache gut macht, daß es gut funktioniert, daß es die Menschen gut behandelt; und ebenso sagt man von einem Krankenhaus, es hat vielerorts vor den wirtschaftlichen Zwängen den Rückzug angetreten sei überschuldet oder es sei eine Schmerzfabrik. Man sucht sich ein bestimmtes Krankenhaus aus oder lehnt ein bestimmtes Krankenhaus ab, auch ohne die Namen von Ärzten zu kennen, die dort arbeiten. Gleichwohl weiß man, daß das ein gutes Krankenhaus ist, während das andere einen schlechten Ruf hat. Entsprechend geläufig sind Aussagen wie „ich möchte lieber in dieses Krankenhaus" oder „um nichts in der Welt würde ich mich in jener Klinik operieren lassen." Viel seltener hört man, jemand lege Wert darauf, von Herrn Dr. X operiert zu werden, oder es sei ihm eine schreckliche Vorstellung, nochmal von Dr. Y behandelt zu werden. Der Hinweis von De George, daß viele Leistungen des Verwaltungspersonals und der Ärzte gar nicht den einzelnen handelnden Personen, sondern dem Krankenhaus zugeschrieben werden, trifft durchaus die Sache. Auch verpflichtet der Verwaltungsangestellte das Krankenhaus, die Rechnung zu bezahlen, wenn er einen Lieferanten beauftragt. Und auch der Chirurg erfüllt eine Funktion des Krankenhauses, wenn er im Operationssaal des Krankenhauses operiert. Er nimmt nicht nur dessen Infrastruktur in Anspruch, sondern ist auf Gedeih und Verderb auf die Hilfe des Personals angewiesen, welches das Krankenhaus eingestellt hat. Dieses Personal arbeitet ihm zu, bevor, während und nachdem er den chirurgischen Eingriff vornimmt. Seine Leistung ist unauflösbar verflochten mit dem Gesamt der Krankenhausleistungen, mit denen des Küchen-, Reinigungs-, Instandhaltungs- und Verwaltungspersonals ebenso wie mit denen der Archivbediensteten und der Hilfskräfte im Operationssaal. Sie alle tragen ihren Teil der ethischen Verantwortung.

Hiller und Gorsky¹¹ machen bei ihren Studien zur ethischen Identität des Krankenhauses auf einen interessanten Aspekt aufmerksam, nämlich auf die Geschichte der inneren Auseinandersetzungen um die Zuständigkeit dafür, diese ethische Identität des Krankenhauses zu definieren und zu erklären.

¹⁰ DE GEORGE R. T., *The Moral Responsibility of the Hospital*. Journal of Medicine and Philosophy 1982; 7, 87-100.

¹¹ HILLER M. C., GORSKY R. D., *Shifting Priorities and Values: A Challenge to the Hospital's Mission*; in: Agich G. J., Begley C. E. (Hg.). *The Price of Health*, Dordrecht (Reidel Publishing Company) 1986, 245-261.

Diese Auseinandersetzungen fanden zwischen Ärzten und Krankenhausverwaltung statt. In der Geschichte des modernen Krankenhauses betrachtete sich zunächst jahrzehntlang die Verwaltung nur als verlängerter Arm des Arztes und daher als an dessen ethische Normen gebunden. In den Vereinigten Staaten existierte über lange Zeit ein für Verwaltung und Ärzte gleichermaßen verbindlicher ethischer Krankenhaukodex. Als dann finanzielle Probleme zu Spannungen führten zwischen dem berufsethisch geforderten uneingeschränkten ärztlichen Dienst am Patienten und einer ganz neuen verwaltungsethisch geforderten Kostendämpfung mit dem Ruf nach Optimierung des Kosten/Nutzenverhältnisses, war es um die alte Eintracht geschehen. Es kam zur ethischen Scheidung zwischen beiden Gremien: sowohl die Krankenhausärzteschaften wie die Krankenhausverwaltungsverbände plädierten für getrennte Berufsoder Geschäftsordnungen. Die Geschäftsordnung der Verwaltungen erkennt zwar an, daß der Hauptzweck der Krankenhausverwaltung die Krankenbehandlung und Gewährleistung einer guten Pflege ist. Gleichwohl ist die Verwaltungsethik zunehmend unter den Druck der wirtschaftlichen Zwänge geraten: Die verfügbaren Mittel begrenzen die Krankenhausleistungen und sollen möglichst sogar Gewinne zulassen. Die traditionell karitative Orientierung hat vielerorts vor den wirtschaftlichen Zwängen den Rückzug angetreten.

Dennoch wollen auch viele Krankenhausverwaltungen am Vorrang der institutionellen Philosophie und Ethik des Krankenhauses vor den wirtschaftlichen Zwängen festhalten. Deshalb plädiert Kurt Darr¹² dafür, daß jedes Krankenhaus seine Philosophie selbst formuliert. Anderenfalls sei es nicht möglich, das Krankenhaus einheitlich zu organisieren. Denn Auftragsverständnis, Werte und Prinzipien bildeten die Grundlage, auf der sich Handlungsvorgaben und Ziele erst bestimmen und Mittel erst benennen ließen. Körperschaftliche Kultur und institutionelle Persönlichkeit („corporate identity“) entstehen gerade erst aus dem gemeinsamen Bekenntnis zu Werten und Absichten. Sie geben der Institution ihr ethisches Gesicht, ohne das sie ihre körperschaftliche Leistungsfähigkeit nicht sicherstellen kann. Eine der bedeutendsten Konfliktquellen in Organisationen ist, wie Darr hervorhebt, die stille Ablehnung der gemeinsamen Ideale durch Mitglieder, die ihr Abweichertum nicht offen zeigen und sich lieber in kleinen internen Widerstandszirkeln formieren. So ist eben die Welt.

Im übrigen kommt ein Krankenhaus gar nicht erst darum herum, auch institutionell moralische Urteile zu fällen: Gelegentlich schafft im normalerweise friedlichen Gang des Krankenhauses ein Patient oder Mitarbeiter eine Situation, die andere aus ethischen Gründen für nicht tragbar halten. Die erste Reaktion dessen, der sich in seinen Vorstellungen verletzt sieht, wird dann sein, sich an diejenigen zu wenden, den er für seinen natürlichen Beschützer hält: an den Krankenhausdirektor. Dieser schlichte Vorgang zwingt das Krankenhaus als Institution, personifiziert im Krankenhausdirektor, sich als Moralwesen zu äußern. Gerade in der heutigen offenen und demokratischen Gesellschaft sind der ethische Konflikt und die normativen wie verfahrenstechnischen Bedingungen seiner Bewältigung ein wesentliches Element des Krankenhauses. Eine institutionell-moralische Abstinenz ist gar nicht möglich.

3. Inhalte der institutionellen Ethik

Auch wenn Krankenhäuser Moralwesen sind, sind sie deshalb nicht menschliche Wesen. Real wird die Tätigkeit des Krankenhauses durch das Handeln der einzelnen, die in ihm tätig sind. Die kollektive moralische Verantwortung des Krankenhauses verteilt sich auf viele und wird von diesen vielen wahrgenommen. Die kollektive Verantwortung ist eine heterogene und vielfältige, eine subsidiäre Verantwortung, die aber mit der Verantwortung jedes einzelnen – je nach seiner Stellung im Ganzen, seiner Funktion, Entscheidungsmacht, selbst wenn er nur als schlichter Bürger beteiligt ist – vereinbar ist.

Um kollektive moralische Verantwortung zu beschreiben, wahrzunehmen oder daran teilzuhaben, gibt es verschiedene Möglichkeiten: man kann sie einer, mehreren oder allen Personen gleichermaßen zuschreiben, je nach den unterschiedlichen Betriebsmodellen. In jedem Fall umfaßt sie aber bestimmte grundlegende Verpflichtungen. Sie umschreiben den Auftrag, den das Krankenhaus sich selbst gibt. Natürlich gibt es bestimmte gesetzliche Vorschriften, die einen qualifizierten klinischen und ärztlichen Dienst gewährleisten sollen. Es gibt auch eine Charta der Patientenrechte. Über all das hinaus muß aber ein Krankenhaus festlegen, mit welcher Intensität innerhalb seiner Mauern bestimmte Verhaltensweisen praktiziert werden, die nicht absolut geboten werden können, sondern

¹² DARR, K., *Philosophy and Mission*. 3. Kapitel in: *Ethics in Health Services Management*. 2. Aufl. Baltimore (Health Professional Press) 1991, 45-60.

freiwillig bejaht werden müssen. Das gilt beispielsweise für die Achtung des Patienten, wenn sie zur konkreten und zur moralischen Herausforderung wird, für den Umgang der Ärzte miteinander, für den Führungsstil, die Neueinstellungsverfahren, die Ausbildung von Medizinstudenten und Krankenschwestern, die ständige ärztliche Fortbildung, etwaige Forschungsarbeiten oder -vorhaben, die Sozialversicherung der Hausangestellten, schließlich für die Substanzerhaltung, Renovierung und Modernisierung von Gebäuden und der medizinischen Einrichtung.

So umfaßt die institutionelle Ethik eine Gesamtheit von Verpflichtungen, die die Einzelmeinungen der beteiligten Personen – Krankenhausträger, Ärzte, Krankenschwestern, Verwaltungs- und Unterhaltungspersonal, Förderer – übersteigt. Der Gemeinde, in der und für die eine ärztliche Dienstleistungsinstitution tätig ist, sollte deren selbst definiertes ethisches Credo bekannt sein. Die Leute sollten wissen, ob eine Klinik einem absoluten oder einem eingeschränkten ethischen Pluralismus huldigt; ob sie in diesem oder jenem ethischen Konflikt einer bestimmten Lösung – gestützt etwa auf ihre religiösen oder berufsethischen Bindungen – den Vorzug vor einer anderen gibt¹³. Gerade der ethische und berufsethische Pluralismus der demokratischen Gesellschaft erlegt den Institutionen auf, ihre moralischen Einstellungen selbst zu klären und so klar wie möglich öffentlich zu vermitteln.

Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft haben dies in aller Regel immer getan und zu bestimmten Eingriffen wie etwa Abtreibung, In-vitro-Fertilisation, womöglich Organtransplantation, verpflichtende ethische Direktiven formuliert. Aber auch die weltlichen Häuser sollten so etwas tun. Sie könnten Stellung beziehen zu den unterschiedlichen Spielarten der Alternativmedizin, zur Betreuung in der Endphase des Lebens. Sie könnten die Einstellungsbedingungen für Ärzte oder die Aufnahmebedingungen für Patienten und anderes mehr ausformulieren.

In einer demokratischen Gesellschaft sollte sich vernünftigerweise tendenziell ein Gleichgewicht herausbilden, in dem der ethische Pluralismus der Institutionen dem ethischen Pluralismus der Bürger entspricht. Ebendarum sollten die Krankenhäuser ihr spezifisch moralisches Gesicht so öffentlich zeigen wie die Fassaden ihrer Gebäude. Selbst wenn sich daraus kurzfristig und im Einzelfall Nachteile ergeben, würden sie auf die Dauer von den Vorteilen aufgewogen. Die Leute werden, so Pellegrino und Thomasma, sich ehrlicher behandelt fühlen, wenn die institutionellen Zielvorstellungen, selbst wenn sie nur unvollkommen verwirklicht werden, aufrichtig mitgeteilt werden, als wenn sie verschwiegen oder im Unklaren belassen werden, ob nun aus pragmatischen, schlicht finanziellen oder gar zynischen Gründen.

Es geht nicht darum, daß die ethischen Selbstverpflichtungen, die institutionellen Ideale des Krankenhauses in Marmor gemeißelt in der Eingangshalle hängen. Sie brauchen nicht einmal gedruckt zu sein. Es kommt darauf an, daß alle, die hier arbeiten oder behandelt werden, sie täglich vor Augen haben, daß das ethische Credo des Hauses das Verhalten aller prägt und sich in der besonderen Art, wie hier Medizin getrieben wird, materialisiert.

Nun sind hehre Grundsätze das eine, ein tatsächlicher Stil des Hauses, den sie inspirieren, etwas anderes. Ihn durch stetigen Nachdruck Wirklichkeit werden zu lassen, sollte eine der vornehmsten Pflichten der Klinikleiter sein. Nun sind nicht die spektakulären Vorfälle und ihre Bewältigung der eigentliche Gegenstand einer Krankenhausetik. Sie hat vielmehr die vielen unspektakulären Alltagsfragen im Fadenkreuz, die aber darüber entscheiden, ob das Krankenhaus ein menschlicher oder unmenschlicher Ort ist. Von einigen solcher Fragen soll im Folgenden die Rede sein.

4. Fehler zugeben und berichtigen

Ganz entscheidend für ein lebendiges Ethos des Krankenhauses ist die Verständigung darüber, wie mit Fehlern umgegangen wird. Daß täglich im Krankenhaus viele Fehler gemacht werden, ist unvermeidlich: unvorhergesehene Zwischenfälle, unbeabsichtigte Nachlässigkeiten, kleinere oder größere Schlapereien. In einem Krankenhaus, das seinen Betrieb mit einem aufrichtigen Ethos führt, werden die Mitarbeiter ihre eigenen Fehler nicht als etwas Negatives oder Ehrenrühriges verbergen. Sie werden vielmehr gerade umgekehrt – im eigenen Interesse und dem der anderen – auf ihre Stärken im Dienst am Ganzen bedacht sein. Und da hilft das Anerkennen und Zugeben von Schäden, Irrtümern und Nachlässigkeiten und die Auseinandersetzung damit nicht nur, sie in Zukunft

¹³ HERRANZ G., *Problèmes éthiques d'un directeur d'hôpital face à l'avortement, l'euthanasie et l'insémination artificielle*. Ziekenhuis Management Magazine 1991; 7, 23-28.

zu vermeiden, sondern auch ein Klima geschärfter Verantwortung bei der Arbeit und Vertrauen zu schaffen.

Eine Studie der Gruppe um T. A. Brennan und L. E. Hebert¹⁴ in den Vereinigten Staaten über sogenannte „adverse events“ wie Hospitalismus (im Krankenhaus erworbene Infektionen) und andere Behandlungsschäden zeigt, daß solche Schädigungen keineswegs schicksalhaft sind. Bestimmte Krankenhäuser weisen eine Rate schwerer Schädigungen, aber auch von Bagateltschäden auf, die zehn oder mehr mal höher ist als in anderen Krankenhäusern und auf nachlässiges Verhalten zurückzuführen sind. Eine solche Entdeckung spricht dafür, daß die Schadensquelle weniger beim einzelnen als im System zu suchen ist. Also muß nicht nur das Verhalten dieses oder jenes einzelnen, sondern das ganze System überprüft und reformiert werden. Es gibt in einigen Krankenhäusern eben institutionelle Defizite, die für eine mangelnde Aufmerksamkeit ursächlich sind. Solche Defizite wurden inzwischen auch ermittelt. Dazu gehören unter anderem ein anspruchsloses Selbstbild der Krankenhausgemeinschaft, mangelnde Kommunikation zwischen ihren Mitgliedern, Unklarheit der institutionellen Zielvorstellungen, chronische Probleme, die nie gelöst werden und sich zu Krisen steigern, die man dann schicksalhaft hinnimmt. Es gibt Krankenhäuser mit außerordentlich verwahrloster Moral.

Um solchen Schwächen zu begegnen, reichen technische Strukturen wie Ausschüsse zur Überwachung und Senkung der Sterblichkeitsrate oder zur Effizienzsteigerung nicht aus. Das Krankenhaus muß seine ethischen Reserven mobilisieren. In jedem Krankenhaus müßte es eine besondere Stelle geben, die die ethischen Ursachen von Zwischenfällen, Fehlern und Nachlässigkeiten aufspürt, vor allem solcher, die wiederholt auftreten, und dann Normen zur Verhinderung iatrogenen Schädens aufstellt und sie entschieden durchsetzt¹⁵. McIntyre und Popper bestehen auf der Notwendigkeit, daß Ärzte und Krankenhäuser mit Fehlern neu umzugehen lernen: nicht verbergen, sondern offenlegen; es nicht dabei bewenden lassen, sie zu verurteilen, sondern sie als didaktisches Mittel nutzen; über die Fehler sprechen, nicht zur Strafe derer, die sie begehen, sondern zur Hebung des Niveaus aller¹⁶. Ein solcher Einstellungswandel gehört zu den Grundlagen der institutionellen Ethik eines Krankenhauses.

5. Bessere Kommunikation drinnen wie nach draußen

Das dichte Netz menschlicher Beziehungen im Krankenhaus ist eine sprudelnde Kommunikationsquelle. Kommunikationsdefizite verwandeln ein Krankenhaus in eine Sonderwelt, in ein Labyrinth, in dem der Patient sich verliert. Eine gute Ausschilderung ist für Patienten und Besucher gleich wichtig. Jeder, der um Auskunft nachsucht, muß zufriedenstellend und sympathisch und nicht ungeduldig oder grob bedient werden. Kein Mitarbeiter des Krankenhauses darf, wenn ihn jemand anspricht, einen gelangweilten, verbitterten oder gar zynischen Eindruck machen¹⁷. Zwar wird kein Krankenhaus vor Gericht zitiert, weil es solch grundlegende Umgangsformen vernachlässigt, aber wer im Krankenhaus beschäftigt ist, sollte nie vergessen, daß jede abweisende und ungeduldige Geste für denjenigen, der an einem fremden Ort mit der Problemsituation seines Krankseins fertig werden muß, besonders verletzend ist.

1993 wurden von der sogenannten Audit Commission die Kommunikationsschwächen britischer Krankenhäuser ermittelt¹⁸. Die Kommission bemängelte die allgemeine Situation und zog den überraschenden, aber wohl treffenden Schluß, die Mängel ließen sich wohl nur abstellen, wenn die Chefarzte und sonstigen Verantwortlichen sich in die Lage der in ihrem Hause aufgenommenen Patienten zu versetzen imstande wären. Dazu müßten sie sich jedoch eingehender für die Erfahrungen und Beschwerden der Patienten interessieren und auch den Angehörigen mehr zuhören und den dann festgestellten Problemen ernsthaft nachgehen. Schlechter Kommunikationsstil im Krankenhaus ist Ursache manch unnötigen Leids. Die Verbesserung der Kommunikation muß ein kollektives ethisches Ziel sein.

¹⁴ BRENNAN T. A., HEBERT L. E., LAIRD N. M., LAWTHERS A., THORPE K. E., LEAPE L. L., et al., *Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care*. Journal of the American Medical Association 1991, 265; 3265-3269.

¹⁵ VINCENT C. A., *Research into medical accidents: a case of negligence?* British Medical Journal 1989, 299; 1150-1153.

¹⁶ MCINTYRE N., POPPER K., *The critical attitude in medicine: the need for a new ethics*. British Medical Journal 1983, 287; 1919-1923.

¹⁷ MACDONALD A., *In the hands of the trapeze artists*. British Medical Journal 1989, 299; 332-333.

¹⁸ Audit Commission, *What seems to be the matter: Communication between Hospitals and Patients*. National Health Service Report Nr. 12. London (HMSO), 1993.

Auch die Qualität der Kommunikation des Krankenhauses nach außen ist ein Feld der institutionellen Ethik. Das Krankenhaus darf sich nicht einkapseln und der umgebenden Ärzteschaft den Rücken zuwenden. Oft werden die niedergelassenen Ärzte ignoriert. Die Kommunikation zwischen Krankenhausärzten und den Ärzten draußen ist eine Schwach- und Hauptkonfliktquelle des gesamten modernen Gesundheitswesens¹⁹. Viele Beeinträchtigungen der Patienten haben hier ihren Ursprung. Und manch handfester Ärger bei den Ärzten draußen auch.

In der Berufsordnung für die deutschen Ärzte heißt es unter § 20,3: „Nach Entlassung aus stationärer Behandlung soll der Patient dem Arzt zurücküberwiesen werden, in dessen Behandlung er vor der Krankenhauseinweisung stand.“ Diese Regel verkommt zur bloßen Formalität und wird zum Etikettenschwindel, wenn der Krankenhausarzt nicht auch schnell dem weiterbehandelnden Kollegen einen Arztbrief zukommen läßt, der sowohl den gebotenen Bericht über den Krankenhausaufenthalt wie in echt kollegialem Geist das Angebot enthält, auch in Zukunft bei der Behandlung des Patienten zusammenzuarbeiten²⁰. Die fachliche und ethische Qualität eines Krankenhauses läßt sich an den Arztbriefen ablesen, die bei den Allgemeinärzten eingehen. Aus einem einfachen Grund: Die Krankenhausärzte sollen für die sonst in der Medizin Tätigen Vorbilder sein. Nicht von ungefähr wird die *lex artis*, die vorbildliche Art, den ärztlichen Beruf auszuüben, im Krankenhaus, besonders im Lehrkrankenhaus, herausgebildet, geprüft und bewährt. Und das bezieht sich nicht nur auf diagnostische und therapeutische Innovationen, sondern auch auf die ethische Dimension der ärztlichen Praxis. Das Verhalten des Krankenhausarztes hat im Guten wie im Schlechten eine ansteckende Wirkung auf die niedergelassenen Ärzte.

6. Aufmerksamkeit auf die kleinen Dinge

Es ist immer wieder erstaunlich, eine wie geringe Rolle der technologische Standard des Hauses, der wissenschaftliche Standard der Ärzte und etwaige spektakuläre Behandlungserfolge letztlich für das Urteil von Patienten und deren Angehörige über ein Krankenhaus spielen. Für deren Urteil haben bestimmte kleine Dinge, die geradezu belanglos erscheinen könnten, oft ein viel entscheidenderes Gewicht. Kranke und Angehörige messen ihnen große Bedeutung zu.

„Unbehagen oder Verärgerung vieler Patienten bei Klinikaufhalten“, schreibt Klaus Dietrich Bock, „entstehen bei den meisten nicht wegen der ärztlichen Behandlung, sondern aus der Summierung einer Fülle im Grunde unnötiger Unzuträglichkeiten: Lärm, Unruhe, Hektik, ständige Störungen durch das Personal (oder aber es kommt kein Helfer, wenn er dringend gebraucht wird), mangelhafte Organisation der Diagnostik mit stundenlangen Wartezeiten auf Fluren, womöglich nüchtern bis zur Untersuchung um 14.00 Uhr, kurz angebundene Ärzte, keine Erklärung, was und warum es geschieht, langes quälendes Warten auf Ergebnisse mit der Folge überflüssig langer Liegezeiten (kostenträchtig für Versicherung und Kranke, aber von den Krankenhausträgern wegen besserer Auslastung der Bettenkapazität und der Kostenersparnis durch Pflage tage, an denen sonst nichts geschieht, sehr geschätzt!); nicht funktionierende Warmwasserversorgung, verschmutzte Toiletten, Waschtische und Bäder, Telefonanschluß erst nach 3 Tagen, Verwechslung von Diäten, undichte Fenster, klemmende Sonnenrollos etc.“²¹

Zu dieser Art von Dingen, die im Grunde belanglos zu sein scheinen, gehört beispielsweise die Giegenheit und Sauberkeit des Hauses. Es liegt auf der Hand, daß ein Krankenhaus pflichtgemäß den Gebrauch von Antibiotika bestimmten Regeln unterwirft, über ein schnell wirksames Feuerschutzsystem verfügt, gefährliche Abfälle fachgerecht entsorgt und nicht aus Nachlässigkeit der Bildung und Verbreitung resistenter Bakterienstämme Vorschub leistet, daß es den Katastrophenschutz ernstnimmt und die Umgebung nicht mit Müll verschmutzt. Viel weniger deutlich ist, daß das Krankenhaus alles tun muß, um eine Zone der Sinnenökologie zu werden und unangenehme Geräusche, Gerüche und Berührungen zu vermeiden.

Die Ordnung in solch kleinen Dingen ist bedeutsam, weil sie ein untrügliches Zeichen der Echtheit und Wahrhaftigkeit der institutionellen Ethik, des Gemeinschaftsgeistes sind. Was ein Krankenhaus in

¹⁹ Select Committee of the Parliamentary Commissioner, *Reports of the Health Service Commissioner for 1987-88*. London (HMSO) [HC 433], 1989.

²⁰ PENNEY T. M., *How to do it. Didate and discharge summary*. British Medical Journal 1989, 298; 1084-1085.

²¹ BOCK, K. D., *Wissenschaftliche und alternative Medizin. ParadigmenPraxis - Perspektiven*. Berlin/ Heidelberg/New York 1993, 116.

Verruf bringt, ist nicht der Einzelfall eines großen Mißgeschicks, der gelegentliche Irrtum. Der kann jedem passieren. Er mindert nicht das ethische Klima. Oft ist gerade ein spektakulärer Schnitzer die Alarmglocke, die alles auf Vordermann bringt. Die moralische Dekadenz beginnt im Krankenhaus mit einem chronischen Schleifenlassen, mit einer schleichenden kollektiven Gleichgültigkeit gegenüber kleinen Dingen, die einer Korrektur bedürften, aber bei niemandem irgendeine Besorgnis auszulösen scheinen.

Das Krankenhaus muß einladen und ein Ort der Geborgenheit sein. Es würde nach und nach den Ast der Menschlichkeit, auf dem es sitzt, absägen, wenn es der Aggression auf die Sinne, die mit dem technologischen Fortschritt nun einmal verbunden zu sein scheint, keine Beachtung schenkte. Grumet²² hat eingehend die Lärmbelästigungen des modernen Krankenhauses beschrieben und spricht von einem wahrhaften Pandämonium. Überschreiten die Geräusche einen kritischen Pegel, werden sie zu einem pathogenen Keim. Sie vereiteln die Ruhe der Patienten, mindern die Aufmerksamkeit der Krankenschwestern und stressen die Ärzte. Vor allem verliert das Milieu seine Gepflegtheit. Lautsprecher wetteifern mit Piepsignalen und Alarmglocken, und die Gespräche und Anweisungen werden, um dagegen anzukommen, immer lauter. Schließlich erkennt man auch ferne Verrichtungen schon am Klappern der Geräte und Klirren des Geschirrs, begleitet vom Rhythmus der Stöckelschuhe, und das Personal verständigt sich durch Rufe über den Flur oder quer durch den Krankensaal. Es steht längst fest, daß das ohnehin vom Arbeitsdruck gestreßte Personal von einer unkontrollierten Belästigung der Sinne in Krankenzimmern und Fluren zusätzlich genervt wird. Folge sind völlig überflüssige Dispute, unbeantwortete Telefonanrufe, Verlust der guten Manieren. Und was schlimmer ist: es entsteht eine unpersönliche Atmosphäre, jeder geht jedem gegenüber auf Distanz, wird gleichgültig - eine schwer greifbare Auflösung der Verantwortung, ganz ähnlich dem Phänomen der Vereinsamung, wie es für die Bewohner lauter Großstädte beschrieben wurde²³.

Aus einem solchen sinnenökologischen Chaos fliehen viele Patienten in die noch geräuschvollere Welt des Fernsehens. Gegenwärtig sind die Fernsehapparate die Hauptgeräuschquelle in den Krankenzimmern. Die Patienten scheinen mit der Aufnahme ins Krankenhaus eine Art ungeschriebenes Grundrecht auf zeitlich unbegrenzten Fernsehkonsum zu erwerben. Für viele ist dieser Apparat zum treuen und gegen jede Ermüdung gefeierten Freund geworden, der sie in den Stunden des Alleinseins am Tag und während nächtlicher Schlaflosigkeit begleitet. Aber die Lust der einen ist die Last der anderen, zumal in Mehrbettzimmern. Patienten, die Ruhe haben oder schlafen wollen, stecken dann nicht selten den Kopf unter die Decke oder unter das Kissen, um sich dem Geflimmer und Lärm der tragbaren Geräte ihrer Bettnachbarn zu entziehen. Das Fernsehen als Ersatz für die abnehmende Zuwendung der Familien wäre eine eigene Studie wert.

Der Krieg gegen Geräusch-, Geruchs- und sonstige Belästigungen setzt, wie übrigens alles, was das Krankenhaus an wirklichen Verbesserungen erreichen will, eine gemeinsame Front voraus, in der jeder einzelne gefordert ist: ein ökologisches Programm für die Sinnenwelt als ethische Herausforderung.

Ein Hospital muß, wie der Name sagt, gastfreundlich sein. Also muß jeder, der dort arbeitet, gastfreundlich sein. Denn Mitarbeiter einer minderen Kategorie gibt es nicht mehr. In einem modernen Krankenhaus ist unter organisatorischen Gesichtspunkten die Arbeit des Küchen- und Reinigungspersonals, die Zubereitung des Essens, das Waschen der Wäsche, die Raumpflege nicht weniger wichtig als die Mannschaftsleistungen der Star-Ärzte an der vordersten Forschungsfront oder bei spektakulären diagnostischen und therapeutischen Eingriffen. Das gilt für das Krankenhausethos entsprechend: die Hebung des menschlichen Niveaus des Krankenhauses ist nur möglich, wenn motivierte Leute in allen Arbeitsbereichen und auf allen Ebenen dazu beitragen²⁴.

Daß das nicht immer leicht ist, beschreibt eindrucksvoll K. D. Bock: „Wer Tag für Tag viele Stunden lang Schwer- oder Todkranke versorgt, erträgt das nicht ohne eine gewisse innere ‚Abschirmung‘, eine partielle Verdrängung von Mitleid, Mitgefühl, er erträgt es um so weniger, je ausgeprägter seine spontane Empathie, seine Mitleidensfähigkeit ist. Es ist unmöglich, sich ständig in all das menschliche Elend, das da vor einem liegt, hineinzudenken und hineinzufühlen und gleichwohl rational zu handeln, Geräte zu überwachen, zu messen, Medikamente zu verabreichen und viele kleine, aber wohl zu überlegende Entscheidungen zu treffen. Dazu fallen zwangsläufig - wie auch in der Altenpflege -

²² GRUMET G. W., *Pandemonium in the modern hospital*. New England Journal of Medicine 1993, 328; 433-437.

²³ SALVAGE J., *The importance of hospital domestics*. British Medical Journal 1989, 298; 5-6.

²⁴ WILLIAMS E., *The market philosophy versus civilized standards*. British Medical Journal 1988, 296; 130-131.

ekelerregende Tätigkeiten an, die eine gewisse Überwindung erfordern; eine Gewöhnung ist hier nur begrenzt möglich. Folge von alledem ist u. a., daß der Umgangston auf derartigen Stationen oft rauh oder flapsig, die Sprache sogar zynisch werden kann. Wenn man dann aber sieht, wie sich manche dieser saloppen Sprücheklopfer(innen) unermüdlich und mit Hingabe ihrer Kranken annehmen, wird klar, daß es sich auch hier um einen Mechanismus der inneren Abschirmung handelt.

So unvermeidlich die Folgen solch innerer Verdrängungsmechanismen auch sein mögen, keinesfalls dürfen sie das ‚Klima‘ bestimmen, dem Patienten zu Gesicht oder zu Ohren kommen, etwa in Gesprächen des Pflegepersonals untereinander oder bei den Visiten.

Auch hier ist meist Gedankenlosigkeit die Ursache unmöglicher Situationen: Bei pflegerischen oder technischen Arbeiten am Krankenbett unterhalten sich die Schwestern über den letzten Abend in der Disco - statt gerade diese Gelegenheiten zu nutzen, sich dem Kranken persönlich zuzuwenden. Oder: Auf der Intensivstation steht eine kleine Gruppe von Pflegern und Ärzten zusammen und erzählt sich Witze, gefolgt von dröhnenden Lachsalven, die an jedes Bett dringen. Oder: Der laute Ruf vom Eingang der Wachstation zur Kollegin am anderen Ende: ‚Inge, ist der Sektionsbefund von Herrn Meier schon gekommen?‘

Der Dienst auf Intensiv- und Wachstationen und in der Altenpflege gehört zu den menschlich am meisten belastenden Tätigkeiten in unserer Gesellschaft. Heute verlassen unzählige Menschen nach intensiv-medizinischer Betreuung zu Fuß die Klinik, die noch vor 35-40 Jahren mit Sicherheit gestorben wären. Insoweit ist die häufig zu hörende Kritik an der Intensivmedizin unberechtigt.²⁵

Ein Krankenhaus muß ständig neue, hochentwickelte Technologien anschaffen. Aber es darf nicht vergessen, daß das meist gebrauchte medizinische Gerät das Bett ist. Hygienische Pflege und Bequemlichkeit des Bettes ist ein unmittelbarer Indikator für die humane Qualität des Krankenhauses und zwangsläufig ein Ausdruck der Achtung vor den Patienten. Die moderne Rede von der menschlichen Würde des Leibes bliebe eine Worthülse, wenn der Vorstellung, daß der Leib Träger der Person ist, nicht eine sorgfältige Pflege des Körpers und seiner unmittelbaren Umgebung folgte. Es gibt keinen erniedrigenderen Eindruck als den, sich auf einer Matratze wiederzufinden, die nicht hinreichend desinfiziert wurde und noch Spuren der Ausscheidungen des inkontinenten Patienten aufweist, der das Bett zuvor benutzt hat²⁶. Und nichts ist aufbauender für den Patienten als die Wohltat frisch gewechselter sauberer Bettwäsche. Das geht über die Annehmlichkeit einer gehobenen Berührungskultur hinaus. Es ergänzt das körperliche Wohlfühl mit einem Bewußtsein, als Person und Träger von Würde anerkannt zu werden.

7. Das ethische Gehirn des Krankenhauses

Ein lebendiges Ethos des Krankenhauses verlangt nach einem institutionellen Organ, das Probleme wahrnimmt, studiert und löst. Ein solch ethisches Organ kann unterschiedlich beschaffen sein. Es kann in einer formellen Struktur bestehen, in einem mehr oder minder kompliziert zusammengesetzten Komitee etwa. Das Organ kann auch eine Einzelperson mit Beraterstatus sein oder schlicht durch informelle Verständigung funktionieren. Hauptsache, es macht sich bemerkbar und es wird etwas bewegt.

Auf die Struktur kommt es hier nicht an. Es geht auch nicht um ein Organ mit der Funktion, verfahrenere Situationen zu klären oder in Grenz- und Ausnahmefällen außergewöhnliche ethische Urteile zu fällen. Solche Einzelfälle haben für gewöhnlich auf die Moral des alltäglichen Krankenhausbetriebs wenig Einfluß. Schaffung und Weitergabe eines "Stils des Hauses" ist viel wichtiger: ein Stil, der die Alltagsethik in Leben umsetzt, den loyalen und würdigen Umgang mit dem Patienten, die Bereitschaft, ihm zuzuhören, die Schnelligkeit der Reaktion, wenn er nach jemand ruft, und der Information, ehe er lange fragt; die Bereitschaft, seine nachvollziehbaren Wünsche zu erfüllen und die Bestimmtheit, mit der unvernünftige, irrationale Gelüste zurückzuweisen sind. Schließlich gehören zur "corporate identity" des Krankenhauses das loyale Verhalten der Ärzte gegenüber dem Krankenhaus, seinem Träger und seiner Verwaltung, gegenüber Kollegen und Untergebenen.

Alle diese unscheinbaren Dinge gehören auf die Tagesordnung des Ethikkomitees eines jeden Krankenhauses. Dessen Arbeit darf sich nicht auf Fälle mit rechtlichen Risiken und dramatische klini-

²⁵ BOCK, K. D., a.a.O. 114.

²⁶ CURTIN L. L., *Mirror, mirror on the Wall*. Nursing Management 1992, 23; 7-8.

sche Vorhaben beschränken, die uns heute eine von High-Tech starrende spezielle Bioethik der Transplantationschirurgie, der Reproduktionsmedizin, der Gentechnologie usw. beschert. Dauerthema müssen die Fragen bleiben, die das Alltagsethos des Krankenhauses stellt. So läßt sich Schritt für Schritt mit Beharrlichkeit der ethische Stil des Hauses vorwärtsbringen.

Im Krankenhaus sollte die medizinische Ethik ebenso Gesprächsthema sein, wie man über klinische Pharmakologie und neue Technologien spricht. Man soll ruhig sagen, daß bestimmte Dinge, an die man sich gewöhnt hat, ethisch problematisch sind; daß man die Sache studieren und in der Literatur nachschauen will, welche Lösungen andere für eine ähnliche Sache gefunden haben; daß man – in Zusammenarbeit mit allen, die dazu etwas beitragen möchten – entsprechende Orientierungen beschließen wird, die dem Krankenhausethos besser gerecht werden. Ebenso wie ein Krankenhaus, das fachlich vorn sein will, klinisch-pathologische Konsilien, Sitzungen über Leistungsangebote und Konferenzen über Sterbefälle abhält, muß es – abgesehen von Sitzungen zur Untersuchung besonderer Zwischenfälle – auch Beratungsgespräche über klinische Ethik geben. Irgendjemand muß hinreichend Zeit, den Kopf frei und die erforderlichen Mittel zur Verfügung haben, um die ethische Reflexion anzustoßen, einen Informationsfluß in Gang zu setzen, die Gewissen zu sensibilisieren, damit das Krankenhaus die Etappen seiner moralischen Entwicklung bewältigt, zu denen es herausgefordert ist – wie jede Institution –, die sich aus einer Phase außermoralischen Selbstverständnisses zu einer ethisch geprägten Körperschaft entwickeln will.

8. Schlußetrachtung

Ärzte und Patienten, Krankenhausträger und Verwaltung, Leitende und Angestellte, alle müssen – darauf kommt es an – davon beseelt sein, daß das Krankenhaus sich institutionellen ethischen Pflichten im Dienst am Leben und am Menschen unterwirft. Krankenhaus, Schule, Gericht und Kirche sind Brennpunkte der Menschlichkeit, privilegierte Orte, an denen die Menschen in ihrer Würde wachsen und wirklich menschlich werden sollen. Dem Krankenhaus fällt insofern eine Führungsrolle in der Gemeinde zu, die es nicht ausfüllt, wenn es ein moralisch seelenloses Haus bleiben will. Es kann und soll vielmehr ein offenes Heim für alle sein, in dem einige Frauen und Männer mit entschiedener gemeinschaftlicher und öffentlich erklärter fachlicher und ethischer Selbstverpflichtung ihrer beruflichen Berufung zum Dienst an den Kranken nachkommen.