

Ingo Proft

Epikie

Ein integratives Handlungsprinzip zur Verlebendigung
von Leitbildprozessen in konfessionellen Krankenhäusern

Matthias Grünewald Verlag

VERLAGSGRUPPE PATMOS

**PATMOS
ESCHBACH
GRUNEWALD
THORBECKE
SCHWABEN**

Die Verlagsgruppe
mit Sinn für das Leben

Für die Schwabenverlag AG ist Nachhaltigkeit ein wichtiger Maßstab ihres Handelns. Wir achten daher auf den Einsatz umweltschonender Ressourcen und Materialien.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten

© 2017 Matthias Grünewald Verlag der Schwabenverlag AG, Ostfildern
www.gruenewaldverlag.de

Umschlaggestaltung: Finken & Bumiller, Stuttgart

Umschlagabbildung: kirchensite.de

Druck: CPI – buchbücher.de, Birkach

Hergestellt in Deutschland

ISBN 978-3-7867-4007-0

Inhalt

Vorwort	11
Einleitung	13
1. Ethik als praktische Handlungswissenschaft im Kontext des konfessionellen Krankenhauses	31
1.1 Das konfessionelle Krankenhaus – Kontext und Gestalt	32
1.1.1 Das christliche Krankenhaus – eine historische Skizze	36
1.1.2 Vollzugsformen der Kirche im konfessionellen Krankenhaus	63
1.1.3 Der genuine Ort der Ethik im konfessionellen Krankenhaus	78
1.2 Ethik als praktische Handlungswissenschaft	92
1.2.1 Selbstverständnis und Aufgabe	92
1.2.2 Kontextueller Anspruch und Praxisbezug	105
1.2.3 Notwendigkeit ethischer Konkretion	135
1.3 Leitbildprozesse in konfessionellen Krankenhäusern – Wege ethischer Konkretion	141
1.3.1 Leitbild als Unternehmenskodex – Kennzeichen und Aufgaben	141
1.3.2 Leitbildentwicklung – eine personalisierte Unternehmensstrategie	147
1.3.3 Leitbildimplementierung – ein personales Vermittlungsgeschehen	150
1.3.4 Leitbildprozesse – Realisierungsgestalt personaler Verantwortung	152
2. Epikie – Prinzip personaler ethischer Entscheidung	157
2.1 Epikie – Instrument oder Anlage?	161
2.1.1 Die Sittlichkeit als natürliche Anlage	164
2.1.2 Die moralische Urteilsfähigkeit – Bedingung der Möglichkeit personaler Entscheidung	181
2.2 Personale Entscheidung im Dialog mit Norm und Anspruch – bedeutungsgeschichtliche Zugänge	190
2.2.1 Wurzeln der Epikie in der griechischen Rechtsphilosophie	196

2.2.2	Philosophenkönig oder Polisbürger? – Eine Frage der Entscheidungsbefugnis	199
2.2.3	Aequitas und Epikie – rechtsphilosophische und tugendethische Zugänge	218
2.2.4	Normobservanz und Naturrecht – Epikie zwischen Regulierung und Entgrenzung	248
2.2.5	Anspruch und Verantwortung – Wiederentdeckung eines tugendethischen Gerechtigkeitsverständnisses	263
2.3	Epikie – Tugend personaler Entschiedenheit	271
3.	Epikie – ein integratives Handlungsprinzip zwischen personaler Entscheidung und Verantwortung	279
3.1	Relationale und transformative Hermeneutik – eine Standortbestimmung	284
3.2	Realisierungsformen des integrativen Handlungsprinzips – eine methodische Entfaltung	292
3.2.1	Der methodische Vierschritt: Subjekt, Situation, System und Synthese	298
3.2.2	Prozessschritte und Leitfragen – eine inhaltliche Darstellung	300
3.3	Von der Methode zur Konkretion – Anforderungen des Leitbildes	310
3.3.1	Anschlussfähigkeit des integrativen Handlungsprinzips ...	323
3.3.2	Praktikabilität und Realisierungsgestalten des integrativen Handlungsprinzips	339
3.3.3	Leitbild und Identität – ein relationaler Entwicklungsprozess	345
3.4	Unternehmenskultur – eine lebendige Vollzugsform des Leitbildes	355
4.	Anspruch und Potenzial der Epikie als integratives Handlungsprinzip in konfessionellen Krankenhäusern	373
4.1	Möglichkeiten und Grenzen einer Institutionalisierung	378
4.2	Zur Umsetzung von Leitbildern – zwischen Selbstmächtigkeit und Verdanktheit	386
4.3	Verantwortung als ermöglichte und ermöglichende Realisierungsgestalt von Leitbildprozessen – ein Plädoyer	397

Literaturverzeichnis	403
Abkürzungen und Zitationshinweise	431
Personenregister	436
Sachregister	441

Meinen Eltern

Vorwort

Es sind die Erfahrungen, die wir in unserem Leben machen, die bestimmen, wer wir sind. Es ist die Art und Weise, wie wir gelernt haben mit uns selbst und anderen umzugehen – nicht zuletzt auch, wie wir mit Problemen und Herausforderungen umgehen, die sich uns immer wieder stellen.

Oft unterschwellig, manchmal aber auch ganz bewusst, begleitete die verschiedenen Stadien dieser Arbeit eine Gestalt meiner Kindheit, die in ihrer Einfachheit und Klarheit gleichsam leitmotivisch für den Umgang mit großen Herausforderungen und schwierigen Aufgaben steht. Es ist die Gestalt Beppo des Straßenfegers aus dem Roman „Momo“ von Michael Ende.

Beppo spricht von seiner eigenen Arbeit als lange Straße, vor der man erschrickt und glaubt, sie niemals zu schaffen. Wer sich davon einschüchtern lässt und sich eilt, sieht nicht, dass die Arbeit weniger wird. Er bekommt es mit der Angst zu tun, eilt sich nur noch mehr und muss schließlich erschöpft aufgeben – die lange Straße aber ist immer noch da.

Konzentriert man sich aber auf den nächsten Schritt, den nächsten Atemzug, den nächsten Besenstrich und denkt dann immer wieder nur an den nächsten, dann macht es Freude. Dann macht man seine Sache gut und am Ende merkt man, dass man die ganze Straße geschafft hat.¹ Was hier bildhaft und in kindlicher Sprache anklingt, verweist auf ein Verständnis, welches zugleich Grundhaltung und Handlungsprinzip gelingenden Lebens ist.

Es bedarf eines Gespürs für das, was man leisten kann, für den eigenen Rhythmus, die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten. Hinzu kommt ein Bewusstsein, mehr noch eine Erkenntnis dessen, was konkret, unmittelbar vor mir liegt, was zu tun ist und letztlich auch wie es zu tun ist. Schließlich bedarf es noch einer Perspektive, die das umgebende Ganze nicht als erdrückend oder gar lähmend erfährt, sondern die es ermöglicht, nach dem nächsten Schritt auch den übernächsten zu machen und ein Verständnis für die Umgebung und das Ganze zu entwickeln. Wo es gelingt, diese Inhalte integrativ miteinander zu verbinden, erwächst daraus eine Dynamik, der es bestimmt ist, auch entfernte Ziele zu erreichen.

Zweifelsohne ist eine lange Wegstrecke oftmals nicht ohne Wegbegleiter zu meistern, die Mut machen, wenn sich Erschöpfungen abzeichnen, die Orientierung geben, wenn man den Weg aus den Augen zu verlieren droht, oder die einfach nur ein Stück des Weges mitgehen.

¹ Vgl. Ende, Michael, Momo oder Die seltsame Geschichte von den Zeit-Dieben und von dem Kind, das den Menschen die gestohlene Zeit zurückbrachte, Stuttgart 1973, 37.

An erster Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. Johannes Brantl für die vertrauensvolle Begleitung dieser Arbeit danken, die mir viel Freiraum eröffnete und mich immer wieder dazu anregte, neue Facetten des gewählten Themas wahrzunehmen und zu deuten – für sein tiefes Verständnis meiner Anliegen und Ideen sowie den fachlichen und konstruktiven Diskurs von der ersten Projektskizze bis zum vorliegenden Werk. Damit verbinde ich ebenfalls ein besonders herzliches Danke an die Doktoranden des Oberseminars Moralthologie, welches sich über vier Jahre durch einen lebendigen innerdisziplinären Austausch immer wieder dieser Arbeit in ihren unterschiedlichen Entwicklungsstadien annahm und auch durch Impulse und Eindrücke anderer Projekte meinem Arbeiten vielfältige Anregungen mit auf den Weg gab. Das Miteinander und den offenen und freundschaftlichen Dialog habe ich als sehr wertvoll erfahren. Herrn Prof. Dr. Martin Lörtsch danke ich für die Erstellung des Zweitgutachtens und die ebenfalls sehr offene und herzliche Unterstützung. Des Weiteren möchte ich ein herzliches Danke meinem Doktorvater Prof. em. P. Dr. Heribert Niederschlag SAC sagen, der mich dazu ermutigte, meine wissenschaftliche Arbeit weiter fortzusetzen, und dem ich das Interesse am Thema Epikie verdanke. Herrn Prof. Dr. Dr. Holger Zaborowski für den kollegialen Austausch und das engagierte Interesse an meiner Arbeit, Frau Prof. Helen Kohlen für ermutigende Worte, immer dann, wenn ich ihrer am meisten bedurfte.

Ein besonderer Dank gebührt dem Erzbistum Hamburg, den Bistümern Münster, Regensburg und Trier sowie dem Kardinal Walter Kasper Institut für die großzügige Unterstützung der vorliegenden Publikation.

Nicht zuletzt möchte ich jenen Menschen danken, die meine berufliche Entwicklung überhaupt erst ermöglicht haben und mich von Anfang an in meinen Studien begleiteten – meiner Familie. Sie gaben mir jenen Raum und jene Zeit, die notwendig war, um aus einzelnen Füllerstrichen ein Buch entstehen zu lassen.

Ingo Proft

Einleitung

„Werte kann man nicht lehren, sondern nur vorleben.“
(Viktor E. Frankl)

Der Gesundheitsmarkt ist der Markt der Zukunft! Wer aber gestaltet diese Zukunft?²

Es ist bezeichnend, wenn soziale Dienste und solidarische Versorgungsleistungen im Falle von Krankheit und Gebrechen, Alter und persönlicher Hilfsbedürftigkeit immer weniger als eine gemeinschaftlich getragene Absicherung von Risiken, sondern immer stärker als volkswirtschaftliche und gesellschaftspolitische Faktoren einer umfassenden Gesundheitsökonomik verstanden werden. Versorgungsangebot und Beitragssatz unterliegen in wachsendem Maße Marktmechanismen.³ Ein zunehmend undurchdringlicher Dschungel von Versicherungstarifen, ein individuell gestaltetes Potpourri von Pflicht- und Individualleistungen sowie steigende Zusatzangebote mit dem Anreiz von Prävention und Wellnesscharakter zeugen von einem substanziellen Wandel in der deutschen Gesundheitsbranche – besonders im traditionsreichen Krankenhaussektor. Schon lange hat der Wettbewerbsdruck auch die Krankenhäuser erreicht und Themen wie Allokationsethik und Finanzierungskonzept eine Dauerpräsenz in den Medien beschert. In den vergangenen zehn Jahren ist die Zahl der Krankenhäuser im bundesdeutschen Raum um etwa ein Fünftel gesunken. Dem stehen wiederum kontinuierlich steigende Fallzahlen gegenüber.⁴ Diese Asymmetrie stellt erhebliche Herausforderungen an moderne Krankenhäuser, welche uns heute immer mehr als hochspezialisierte und -technisierte Zentren komplexer Gesundheitsversorgung begegnen. Zunehmend wandelt sich damit auch der Charakter von der klassischen Versorgungseinrichtung zum Anbieter vielfältiger individueller Gesundheitsleistungen (IGEL). Hierzu zählen erweiterte Vorsorgechecks, die die un-

² Zu diesem Thema fand am 17. Januar 2014 eine Tagung der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V. in Dresden statt, die sich der Frage widmete: Gesetzliche und/oder private Krankenversicherung. Wem gehört die Zukunft?, vgl. http://www.grpg.de/fileadmin/user_upload/PDF/Dokumente%20VA/14_1_17/Programm%20GRPG%20Symposium.pdf [zuletzt abgerufen am 02.01.2017].

³ Vgl. hierzu die Dynamik der Beitragssatzentwicklung in den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in den Jahren 1998 bis 2017, <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/162965/umfrage/entwicklung-der-beitragssaetze-in-der-gesetzlichen-krankenkasse/> [zuletzt abgerufen am 02.01.2017].

⁴ Vgl. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahreOhne100000.html> [zuletzt abgerufen am 02.01.2017].

mittelbare medizinische Notwendigkeit übersteigen, Wahlleistungen für Privatversicherte (Einzelzimmer, Chefarztstandard) oder auch „Optimierungsangebote“ – etwa im Bereich plastisch-ästhetischer Chirurgie. Daraus ergibt sich die Konsequenz, dass Krankenhäuser zunehmend von einem unternehmerischen Selbstverständnis geprägt werden, in dem Angebot und Nachfrage die Vorgänge maßgeblich bestimmen. Diese Entwicklung kommt besonders profitorientierten, zumeist privaten Anbietern auf dem Krankenhausmarkt entgegen. Solche stellen ganz dezidiert individuelle Gesundheitsleistungen zur Verfügung und richten ihre Unternehmensstruktur danach aus, dem Patienten als Kunden zu begegnen und möglichst personalisierte Produkte anbieten zu können.⁵

Für Non-Profit-Organisationen wie freigemeinnützige Krankenhäuser erwachsen daraus tiefgreifende Veränderungen, nicht nur für die Versorgungsstruktur, sondern gerade auch für das jeweilige Selbstverständnis. Trotz eines anhaltenden Privatisierungsprozesses⁶, der zu einem Verschwinden einzelner Krankenhäuser und einer Reduktion kleiner kommunaler Häuser zugunsten von Verbundkrankenhäusern und einer starken Fusion von Betriebsstätten führt, machen konfessionelle Krankenhäuser immer noch rund ein Drittel der gegenwärtigen Krankenhauslandschaft aus⁷. So verschieden christliche Trägerschaften und die ihnen zugehörigen konfessionellen Krankenhäuser in ihrer Geschichte und Unternehmensgestalt auch sind, es verbindet sie doch ein Grundverständnis christlicher Nächstenliebe und ganzheitlicher Sorge für kranke und pflegebedürftige Menschen. Immer noch wird damit aufopfernde Fürsorge und Hingabe assoziiert – eine Atmosphäre und eine Form der Begegnung, die den Anspruch trägt, den armen, alten, kranken oder schwachen Menschen nicht als Defizitgestalt zu sehen, sondern ihm als wert- und würdevollem Mitmenschen zu begegnen.⁸ Damit verbinden sich traditionell Dienstverständnis

⁵ Eine einführende Darstellung von Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen findet sich bei Dengler, Kathrin; Fangerau, Heiner, Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen: Grenzen und Alternativen. Eine Einführung mit medizinethischen und philosophischen Verortungen, Bielefeld 2013. Zu Aufbau und Funktionsweise des Gesundheitssystems in Deutschland vgl. Simon, Michael, Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Bern 42013.

⁶ http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI3_2b.pdf [zuletzt abgerufen am 02.01.2017].

⁷ Vgl. hierzu die Darstellungen der beiden christlichen Dachverbände KKVD und DEVK unter: <http://www.christliche-krankenhaeuser.de/#/wer-wir-sind> [zuletzt abgerufen am 02.01.2017].

⁸ Eine gelungene Darstellung von Anspruch und Selbstverständnis konfessioneller Krankenhäuser findet sich bei Fischer, Michael, Das konfessionelle Krankenhaus. Begründung und Gestaltung aus theologischer und unternehmerischer Perspektive (Leiten.Lenken.Gestalten Theologie und Ökonomie, Bd. 27), Berlin 2009.

und Sendungsbewusstsein konfessioneller Einrichtungen, welche sich in besonderer Weise gerade der Schwächsten und Hilfsbedürftigsten einer Gesellschaft annehmen wollen.

Nun stellt das soziale Versicherungswesen auch für konfessionelle Krankenhäuser eine Vergütung erbrachter Leistungen sicher und bildet damit die Grundlage heutiger Finanzierungsformen. Historisch steht dem eine hohe Eigenbeteiligung konfessioneller Krankenhäuser zur Seite. Über lange Zeit war die Arbeit als religiös motivierte Fürsorge auf ein fest gefügtes und breites personelles wie finanzielles Fundament in den konfessionellen Einrichtungen gestellt. Pflegeorden prägten das Erscheinungsbild der Einrichtungen, private und kirchliche Stiftungen bildeten die entsprechende wirtschaftliche Basis. Fragen nach einem Kostendeckungsprinzip spielten kaum eine Rolle. Doch nicht nur die Finanzierungs- und Personalsituation in den jeweiligen Trägerschaften wie auch im Versicherungswesen selbst – Stichwort „DRG“⁹ – haben sich in den letzten Jahrzehnten nachhaltig verändert, auch der Versorgungsbedarf ist heute ein anderer. Wenn Multimorbidität und demografischer Wandel vielbeschworene Herausforderungen nicht nur des zukünftigen, sondern bereits des gegenwärtigen Versorgungssystems Krankenhaus darstellen und sich eine fortschreitende Technisierung medizinischer und pflegerischer Angebote der Krankenhäuser immer stärker abzeichnet, so haben auch die Struktur und die Prozesse der Arbeit innerhalb der einzelnen Fachbereiche wie auch interdisziplinär einen grundlegenden Wandel erfahren. Dokumentationsverpflichtungen und Qualitätsmanagement greifen zum einen im Gegenüber zum klassischen Arzt-Patient-Verhältnis immer mehr Raum. Zum anderen entsteht durch die Intensivierung von medizinisch-pflegerischen Maßnahmen gerade im Bereich der Intensivmedizin – besonders zu Beginn und am Ende des Lebens – auch die Notwendigkeit eines intensiveren Austauschs der Fachdisziplinen im therapeutischen Team. Immer noch verbinden viele Menschen mit dem Krankenhaus feste Strukturen, in denen eine eingeschworene Gemeinschaft unterschiedlicher Berufsgruppen unermüdlich ihren Dienst am Menschen erbringt. Idealtypisch wird dieser Gedanke oft noch mit konfessionellen Einrichtungen in Bezug gesetzt, in denen Menschen, die sich

⁹ Diagnosis Related Groups (DRG) bilden ein Krankenhaus-Vergütungssystem mittels Fallpauschalen, abhängig von einer Patientenklassifikation ab. Einen Überblick zum Thema DRG bieten Braun, Bernard [u. a.], Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Bern 2009; Hilgers, Sina, DRG-Vergütung in Deutschen Krankenhäusern. Auswirkungen auf Verweildauer und Behandlungsqualität, Wiesbaden 2011; Zaiß, Albrecht, DRG: Verschlüsseln leicht gemacht: Deutsche Kodierrichtlinien mit Tipps, Hinweisen und Kommentierungen Stand 2014, Köln ¹²2014.

bewusst als Mitarbeiter und nicht als Angestellte verstehen, aus Nächstenliebe, sozialer Verantwortung und einem gewissen Maß an Selbstlosigkeit ihren Beruf in der Sorge um Arme, Kranke und Bedürftige ausüben. In der Praxis sieht sich dieses Ideal vielfach mit einem hohen Maß an Belastungen und Zugeständnissen an ökonomische Notwendigkeiten konfrontiert, die im Zuge eines fortschreitenden Leistungs- und Wettbewerbsdrucks nicht nur die technische Versorgungsqualität nachhaltig beeinflussen. „So sind auch im kirchlichen Bereich Schrumpfung, Reduktion auf das Wesentliche, Kooperationen, Fusionen und Vernetzung bereits an der Tagesordnung.“¹⁰ Dies fängt bei chronisch unterbesetzten Stationen – nicht nur in der Nachtschicht – an, erstreckt sich auf eine immer größere „Durchlaufzahl“ von Patienten, die sich ihrerseits auf immer neue Gesichter der in Schichten arbeitenden Ärzte und Pflegekräfte einstellen müssen, und endet keinesfalls bei Allokationsfragen, welche diagnostischen und therapeutischen Leistungen noch mit dem Budget des Krankenhauses zu vereinbaren sind.

Konfessionelle Krankenhäuser stehen diesen Entwicklungen allerdings nicht untätig gegenüber.¹¹ So wie die Sorge um kranke und bedürftige Menschen nicht nur Ausdruck des Selbstverständnisses der Organisation und der Mitarbeiter ist, sondern vielfach auf einer in Generationen gewachsenen Werte- und Unternehmenskultur gründet, so haben sich auch ganz eigene Formen im Umgang mit gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen entwickelt. Der Dienst an kranken und pflegebedürftigen Menschen bildet den Kern der Arbeit konfessioneller Krankenhäuser und hat neben dem persönlichen Engagement der Mitarbeiter auch in Form von modernen Strukturprozessen und systemischen Entwürfen des Krankenhauses als Zentrum der Gesundheitsversorgung Eingang gefunden. Vielfach begegnet in konfessionellen Einrichtungen eine gewachsene Gestalt christlicher Identität, die in der oft weit zurückreichenden Geschichte konfessioneller Krankenhäuser von charismatischen Persönlichkeiten begründet sowie von spirituellen Gemeinschaften oder auch von einer besonderen Form des Miteinanders aller im Krankenhaus arbeitender und lebender Personen geprägt wurde und in dieser Prägung

¹⁰ Budde, Burkhard, Christliches Management profilieren. Führungsstrukturen und Rahmenbedingungen konfessioneller Krankenhäuser in Deutschland (Leiten.Lenken.Gestalten Theologie und Ökonomie, Bd. 26), Berlin 2009, 1.

¹¹ Einen guten Überblick über Strategien und Maßnahmen konfessioneller Träger bieten Henkelmann, Andreas; Jähnichen, Traugott; Kaminsky, Uwe; Kunter, Katharina, Abschied von der konfessionellen Identität? Diakonie und Caritas in der Modernisierung des deutschen Sozialstaates seit den sechziger Jahren (Konfession und Gesellschaft. Beiträge zur Zeitgeschichte, Bd. 46), Stuttgart 2012; vgl. ebenso Schwegel, Philipp, Kirchliche Träger im deutschen Krankenhausmarkt. Eine theoretische und empirische Analyse (Schriften zum Gesundheitsmanagement, Bd. 12), Bayreuth 2011.

auch heute noch nachwirkt. Dabei zeigt sich, dass solange eine Gemeinschaft aus einer verbindenden „Sinnmitte“ lebt, ein Unternehmen eine Unternehmenskultur bewahrt und pflegt, eben diese Gemeinschaft oder dieses Unternehmen auch eine Anziehungskraft und eine Überzeugungsgestalt entfaltet, die eine Innen- und Außenwirkung ausprägt und damit auch eine Attraktivität für Patienten wie Mitarbeiter ausstrahlt. Ein konfessionelles Krankenhaus, das um die eigenen spirituellen Wurzeln weiß und diese lebendig hält, ist seinen Mitarbeitern nicht nur ein guter Dienstort, sondern auch ein Stück Heimat. Der Patient erfährt sich in einer solchen Systemumwelt nicht als Fremdkörper oder als Störfaktor alltäglicher Prozessroutine, sondern als wesentliche Zielgestalt aller Handlungen der Organisationsform Krankenhaus.

Heute lassen personelle Entwicklungen einen Traditionsabbruch konfessioneller Identität befürchten. Zu denken ist hierbei an die verschwindend geringe Zahl von Ordensberufungen, verbunden mit einem hohen Durchschnittsalter der noch „arbeitstätigen“ Ordensmitglieder, was auf Dauer zu einer abnehmenden Präsenz von Orden in der Krankenpflege führt. Ebenso müssen auch mögliche kulturelle Veränderungen im Selbstverständnis konfessioneller Trägerschaften berücksichtigt werden, wenn etwa der Anteil konfessioneller Mitarbeiter abnimmt. Hinzu kommen medizin-technische und systemische Entwicklungen, die eine Restituierung konfessioneller Krankenhäuser heute in besonderer Weise erforderlich machen. Das umfasst nicht nur betriebswirtschaftliche Inhalte oder die Rechtsstruktur des Unternehmens als äußere Faktoren, sondern auch Aspekte der Personalführung und die Partizipation der Mitarbeiter bei Entscheidungsprozessen als innere Gestaltungskriterien des konfessionellen Krankenhauses. Pflege- und Krankenorden sind in Folge von Überalterung und Mitgliederrückgang immer stärker gezwungen, ihre Aufgaben im Tätigkeitsfeld Krankenhaus auf besondere Schwerpunkte zu fokussieren und sich bisweilen aus dem aktiven Arbeitsfeld auf den Stationen eines Krankenhauses zurückzuziehen. Wird der weltanschauliche Hintergrund der Mitarbeiter in konfessionellen Einrichtungen pluraler, begleitet von zunehmend säkularisierten Persönlichkeitsprofilen, so bringt dies zweifelsohne besondere Herausforderungen für das gemeinsame Selbstverständnis und die gelebte Überzeugungsgestalt einer konfessionellen Einrichtung mit sich. Traditierte Ideale und Inhalte müssen neu vermittelt, eigene Werte überzeugend dargelegt und der Weg für einen „Kulturraum Krankenhaus“ neu geöffnet werden, der sich nicht ausschließlich durch vorgegebene Inhalte, sondern durch Mitgestaltung und Mitverantwortung aller Mitarbeiter auszeichnet.

Der Blick muss vor allem auch auf die veränderte „Systemumwelt Krankenhaus“ gerichtet werden, die den Patienten nicht mehr vorrangig als hilfsbedürftige und in seiner Entscheidungsfähigkeit und fachlichen Kundigkeit eingeschränkte Gestalt wahrnimmt. Einem breiten Wahlleistungsangebot heutiger Wettbewerbsentwicklungen folgend, erfährt sich der Patient, vielfach marktwirtschaftlich motiviert, zu einem mündigen Subjekt stilisiert, welches sich informiert und sich eigenverantwortlich und selektiv in einem „dynamischen Spannungsfeld von Ökonomie, Fachlichkeit, Humanität und Markt“¹² bewegt. Damit haben sich nicht nur die Aufgaben einzelner Professionen inhaltlich verändert, sondern wesentlich auch deren Zusammenspiel untereinander wie auch in der Beziehung zum Patienten. Interprofessioneller Austausch und therapeutische Teams stellen dazu Wege einer gemeinsamen Therapievereinbarung mit dem Patienten dar und prägen heute das Erscheinungsbild moderner Versorgungseinrichtungen.

Wer hierin einen Kulturwandel im Umgang mit kranken und pflegebedürftigen Menschen vermutet, liegt insofern richtig, als bisher selten die subjektiven Bedürfnisse des Patienten als Gegenüber von Angeboten und Dienstleistungen sowie eine individualisierte Form der Gesundheitsversorgung so stark und vor allem so systemrelevant Betonung fanden wie in der gegenwärtigen Gestalt des Gesundheitssystems.¹³ Jedoch muss der Kulturwandel im Krankenhaus, der mit bedeutungsschweren Begriffen wie „Autonomie“ oder „informed consent“ einhergeht, kritisch hinsichtlich des tatsächlichen Veränderungscharakters hinterfragt werden, will er nicht nur Kosmetik sein und dem Krankenhaus einen patientenfreundlichen „Anstrich“ geben. Ein gleichermaßen subjektorientierter und personalisierter Versorgungsansatz darf daher keinesfalls bei der Auswahl therapeutischer Angebote, medizinischer (Wahl-)Leistungen oder der gewählten Versicherungsform enden. Es bedarf eines nachhaltigen Perspektivwechsels, der sich entschieden von einem Versorgungsautomatismus und der Sicht auf den Patienten als „Defizitobjekt“ löst. Gerade für konfessionelle Krankenhäuser bietet sich hier die Chance für ein profiliertes Auftreten, für ein Mehr an Menschlichkeit und Lebensnähe im bewussten Gegenüber zur Dominanz von Fallpauschalen, Abrechnungsmodalitäten und Dokumentationsverpflichtungen. Was seine konkrete Gestalt im Arzt-Patient-Verhältnis, dem

¹² Budde, Burkhard, Christliches Management profilieren, 1.

¹³ Der Ansatz der systemrelevanten Qualität individualisierter Gesundheitsleistungen wird angesichts der Vielzahl privat finanzierter Zusatzversicherungen und Versorgungsangebote additiv zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen deutlich, vgl. hierzu die Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 4. Dezember 2014, 408/13, https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/12/PD13_408_525pdf.pdf?__blob=publicationFile [zuletzt abgerufen am 02.01.2017].

Miteinander der Stationsmitarbeiter und auch im öffentlichen Auftreten des Krankenhauses findet, etwa in der bewussten Entscheidung, bestimmte Wahlleistungen (z. B. Angebote im Bereich Enhancement oder plastisch-ästhetische Chirurgie) nicht anzubieten, das bedarf auch einer strukturellen Einbindung im Krankenhaus selbst.

Gerade konfessionelle Krankenhäuser haben immer wieder bewiesen, dass sie ihre Handlungsmaximen als Unternehmen bzw. Organisation, den Anspruch christlicher Fürsorge und die Handlungsverantwortung des jeweiligen Mitarbeiters zusammenführen können. Die Zukunft des konfessionellen Krankenhauses hängt daher davon ab, ob es gelingt, bewährte Prinzipien der Strukturierung und Lenkung eines Unternehmens aus betriebswirtschaftlicher Sicht mit der „Sinnmitte“¹⁴ christlicher Identität zu verbinden und den Anspruch als christliches Haus weder als bloße Werbetafel marktwirtschaftlicher Verteilungskämpfe um einen potenten Kundenstamm noch als Deckmantel für ein vermeintlich weniger modernes und professionalisiertes Versorgungsangebot zu verwenden. Eine – auch nach wirtschaftlichen Erfordernissen – solide Struktur bildet die notwendige Grundlage, aus der eine lebendige Kultur christlicher Nächstenliebe in der Sorge für kranke und pflegebedürftige Menschen entwickelt und langfristig gesichert werden kann.

An dieser Stelle dürfen konfessionelle Einrichtungen auf ihre eigene Tradition im Umgang und in der Begegnung mit kranken und pflegebedürftigen Menschen bauen. Der Dienst am Nächsten versteht sich aus christlicher Perspektive eingeordnet in die Beziehungsgestalt von Gottes-, Nächsten- und Selbstliebe (Mt 22,37–40). Darin zeichnet sich ein vielschichtiger, dynamischer Prozess ab, der sich von einer monodirektiven, d. h. einer einfachen, bloß wirkursächlichen Problemlösung distanziert. Gerade hier grenzen sich Selbstverständnis und Arbeitsweise konfessioneller Einrichtungen von jener weltanschaulich neutraler Institutionen ab. Auch wenn der Anspruch einer „ganzheitlichen Versorgung“ einen Gemeinplatz im Vokabular zahlreicher Anbieter von Gesundheitsleistungen bildet, erfährt dieser Anspruch in der Praxis nicht selten eine Verkürzung auf Wellnessangebote.

Es ist ein besonderes Kennzeichen einer New Economy, die auch den Krankenhausesektor seit den 1990er-Jahren prägt, Herausforderungen organisatorischer und systemischer Art – aber auch im individuellen Vollzug – mit selektiven Managementinstrumenten zu begegnen, die in erster Linie praktikabel und schnell erlernbar wie auch unmittelbar einsetzbar sind und zumindest kurzfristig eine Problemlösung anbieten. Die zeitgenössische

¹⁴ Budde, Burkhard, Christliches Management profilieren, 2.

Unternehmensberatung hat hierzu vielfältige Konzepte und Modelle entwickelt. Ein besonders prominentes Konzept in der Vernetzung von unternehmerischem Selbstverständnis und praktischen Vollzugsformen, in konfessionellen Einrichtungen genauso zu Hause wie in DAX notierten Unternehmen,¹⁵ ist das sogenannte „Leitbild“.

Ausgestattet mit einer Vielzahl von Kontroll- und Steuerungsvollzügen wird das Leitbild oftmals von wohlklingenden Begriffen wie „Vision“ und „Mission“ gerahmt und als treibende Kraft einer entwicklungs offenen und lernenden Organisation auf dem Weg zu einer betriebswirtschaftlich gesunden Gestalt verstanden.¹⁶ Hierin zeichnet sich ein erster – wenn auch vorrangig medial vermittelter – Zugang zu Leitbildern und Leitbildprozessen ab. Diese werden als geeignetes Instrument konkreter Reformansätze oder in Verbindung mit einer unternehmerischen Vision als Agenda einer zukünftigen Entwicklungsgestalt gesehen. Hier geht jedoch bereits das Leitbildverständnis konfessioneller Einrichtungen andere Wege. Das Leitbild eines konfessionellen Krankenhauses fungiert nicht nur als ethische Orientierung oder als Navigationshilfe gelingender Unternehmenskultur. Vielmehr kommt besonders im Leitbild konfessioneller Krankenhäuser ein historisch gewachsenes Selbstverständnis zum Ausdruck, welches eine Selbstverpflichtung für den Umgang mit Mitarbeitern und Patienten, für die interne Gestaltung der Organisation wie auch die externe Beziehungsgestalt zu Kooperationspartnern und Mitbewerbern auf dem Gesundheitsmarkt umfasst. Damit eröffnet sich allerdings ein so großer Wirkungsbereich und Anspruch, dem ein Leitbild, welches seiner Natur nach allein auf „Sprache“ gründet, keinesfalls allein aus sich selbst heraus gerecht werden kann. Ein Leitbild bedarf daher immer eines zweifachen Vermittlungsgeschehens. So muss sowohl der Inhalt für sich genommen überzeugen und einen Eindruck der zugrunde liegenden Werte und der angestrebten Ziele vermitteln, als auch die Umsetzung, besser die Übersetzung vom Postulat zur Praxis in Gestalt engagierter Mitarbeiter und lebendiger Vorbilder gelingen. Sofern sich der Leitbildanspruch konfessioneller Einrichtungen nicht in einer absatzorientierten Qualitätsoffensive erschöpft und auch nicht allein Ausdruck eines umfassenden, aber letztlich doch produktorientierten Quali-

¹⁵ Zum Leitbild des Automobilkonzerns BMW vgl. http://www.bmwgroup.com/d/0_0_www_bmwgroup_com/unternehmen/publikationen/publikation/aktuelles_lexikon/_pdf/ Wir_bei_BMW_A4.pdf [zuletzt abgerufen am 02.01.2017]. Zum Leitbild der Deutschen Bank vgl. <https://www.db.com/cr/de/strategie/leitbild.htm> [zuletzt abgerufen am 02.01.2017].

¹⁶ Zur Leitbild- und Konzeptentwicklung vgl. Graf, Pedro; Spengler, Maria, Leitbild- und Konzeptentwicklung, Augsburg ⁶2013; Bleicher, Knut, Das Konzept Integriertes Management: Visionen – Missionen – Programme, 8. aktualisierte und erweiterte Auflage, Frankfurt 2011.

tätsmanagements ist, verbinden sich im konfessionellen Leitbild Verantwortung und Zeugnis.

Verantwortung erstreckt sich unter anderem auf die fachlich kompetente und bedarfsorientierte Versorgung des Patienten und dessen Angehöriger, auf die Sorge um gute Arbeitsbedingungen aller im Krankenhausbetrieb tätigen Personen sowie die nachhaltige betriebswirtschaftliche Sicherung des Krankenhauses. Der Zeugnischarakter gründet im Bewusstsein der Nachfolge Jesu Christi und entfaltet sich in den Grundvollzügen der Kirche – begrifflich gefasst in Martyria, Liturgia, Diakonia und Koinonia.

Hierzu ist allerdings eine bloße Etikettierung des konfessionellen Krankenhauses als Einrichtung in christlicher Trägerschaft keinesfalls ausreichend; vielmehr muss sich das Zeugnis von Kirche und Christlichkeit immer auf die jeweilige konkrete Lebensgestaltung bzw. institutionelle Kultur auswirken. Konfessionelle Krankenhäuser müssen sich gegenwärtig wie zukünftig daran messen lassen, inwieweit sie selbst vertrauenswürdige Zeugen einer lebensfreundlichen Kultur gelebter mitmenschlicher Fürsorge¹⁷ sind, d. h. ob sie ihrem Selbstverständnis und den Menschen in ihrem Umfeld nicht nur dem Anspruch, sondern auch der Tat nach gerecht werden (vgl. Mt 7,16).

Für ein Krankenhaus in christlicher Trägerschaft stellt sich damit unweigerlich die Frage: Wie kann es gelingen, Anspruch und Inhalt eines Leitbildes lebensnah auszugestalten, in den konkreten Praxisvollzug umzusetzen und für alle erfahrbar zu machen?

Die vorliegende Arbeit greift diese Frage auf und möchte einen Beitrag zur Verlebendigung von Leitbildprozessen in konfessionellen Krankenhäusern leisten. Hierzu soll ein integratives Handlungsprinzip entwickelt werden, das der Übernahme von Verantwortung in Abwägung von situativem Anspruch und systemischen Vorgaben dient und somit dem Leitbild auf Basis der Epikie als Prinzip ethischer Entscheidung Ausdruck und handlungspraktische Konkretion verleiht.

Wenn auch nachfolgend Ausführungen zum konfessionellen Krankenhaus aus einer dezidiert katholischen Perspektive vorgebracht werden, wird in Begegnung mit gemeinsamen, grundlegenden Fragestellungen und Herausforderungen an Krankenhäuser in christlicher Trägerschaft für das Gros der Arbeit eine konfessionsübergreifende Betrachtungsweise eingenommen. Hierin liegt auch die Entscheidung begründet, dem Untertitel der

¹⁷ Wie umfassend und zugleich vielgestaltig diese Herausforderungen auch für konfessionelle Krankenhäuser sind, lässt die aktuelle Studie von George, Wolfgang; Dommer, Eckhard; Szymczak, Viktor R. (Hg.), *Sterben im Krankenhaus – Situationsbeschreibung, Zusammenhang, Empfehlungen*, Gießen 2013 erkennen.

Arbeit eine bewusste Ausrichtung auf das *konfessionelle* Krankenhaus zu geben.

Die inhaltliche Ausgestaltung der vorliegenden Arbeit setzt zunächst unmittelbar am Erfahrungsraum konfessioneller Krankenhäuser an.¹⁸ In deren Wirkbereich wird, angesichts zunehmend differenzierterer und komplizierterer Lebensumstände sowie veränderter Kontexte, die Spannung zwischen dem umfassenden Geltungs- und Gestaltungsanspruch normativer Vorgaben, etablierter Regelsysteme und Managementinstrumente und dem unmittelbaren und konkreten Anspruch vor Ort besonders deutlich. Hiermit verbindet sich die Forderung nach einem „tragfähigen Grundbestand an Humanität“¹⁹ mit dem Anliegen, weder normative Vorgaben situativen bzw. kontextuellen Ansprüchen noch Letztere einem erstarrten System von Vorgaben zu opfern. Es gibt daher wohl kaum einen Träger konfessioneller Einrichtungen, „der sich inzwischen nicht ernsthaft mit Fragen nach seiner Identität, seiner Unternehmensphilosophie und Unternehmenskultur, seinem Leitbild und der Bedeutung kirchlicher Unternehmensführung insgesamt beschäftigt.“²⁰ Darin manifestiert sich die Erkenntnis, dass ein rein prozessorientiertes theoretisches Wissen und ein Entwickeln von immer neuen Organisationskonzepten christlicher Unternehmensführung dort fehlgehen, wo nicht im gleichen Maße die „Fähigkeit zu entsprechender Praxis [...] entwickelt und gefördert“²¹ wird. Die „Fähigkeit zu entsprechender Praxis“ zeigt sich für den Prozess der Leitbildentwicklung, verbunden mit Implementierungsstrategien, als zentraler Anspruch der Unternehmensführung. Er entfaltet besonders dort seine Geltung, wo Vorgaben und normative Bestimmungen vorliegen, deren

¹⁸ Dem Autor der Arbeit war es im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit als Referent für Ethik und Moderator für Prozessentwicklung (Aufbau von Ethik-Komitees, ethischen Fortbildungen, Schulungen zur Unternehmenskultur) möglich, Prozesse der Entwicklung und Etablierung von Leitbildern als auch der Entwicklung ethischer Konzepte und Projekte zur Unternehmenskultur in konfessionellen Krankenhäusern zu begleiten und fachlich zu beraten. In die nachfolgenden Darstellung fließen daher sowohl Erfahrungen aus kleineren regionalen Verbänden (Franziskaner vom Hl. Kreuz/Hausen), mittleren bis großen Träger-schaften (BBT gGmbH, Marienhaus Unternehmensgruppe) wie auch bundesweit operierenden Verbänden (Deutscher Caritasverband e. V., Malteser Deutschland GmbH) ein. Ebenfalls konnten Einblicke in Fusionsprozesse konfessionsverbindender Verbundkrankenhäuser (Ökumenisches Verbundkrankenhaus Trier) und die damit verbundenen Auswirkungen auf Leitbildprozesse und Unternehmenskultur gewonnen werden.

¹⁹ Virt, Günter, Die vergessene Tugend der Epikie, in: Schneider, Theodor (Hg.), *Geschieden – wiederverheiratet – abgewiesen? Antworten der Theologie (QD 157)*, Freiburg i. Br., 267–283, hier: 267.

²⁰ Klostermann, Siegfried, *Management im kirchlichen Dienst. Über Sinn und Sorge kirchengemäßer Führungspraxis und Trägerschaft*, Paderborn 1997, 20.

²¹ Ebd., 21.

Einhaltung und Umsetzung rechtlich nicht verbindlich eingefordert werden können, sondern aus „innerer Bestimmung“ und „freier Wahl“ erfolgen.²²

Der Anspruch dieser Arbeit besteht daher nicht in der Begründung eines weiteren Konzeptes zur Entwicklung einer christlichen Unternehmenskultur. Stattdessen wird ein Ansatz vorgestellt, der dazu befähigt, bestehende Konzepte – hier konkretisiert an Leitbildern in konfessionellen Einrichtungen – zu verlebendigen und praktisch umzusetzen. Dieser Zielsetzung wird in vier Kapiteln wie folgt nachgegangen:

Das erste Kapitel eröffnet den thematischen Zugang, indem es die Ethik als praktische Handlungswissenschaft in einem konfessionellen Krankenhaus verortet. Damit wird das Fundament dieser Arbeit in der Verbindung von konfessionellem Krankenhaus und der Ethik als theologischer Disziplin als ein entwicklungsoffenes prozessuales Geschehen in der Gestaltung von Leitbildern grundgelegt. Bereits zu Beginn soll auf diesem Weg der Vorstellung des idealtypischen, normativ präfigurierten Krankenhauses entgegengetreten werden. Könnte ein solcher Ansatz allenfalls ein starres Strukturgeflecht allgemeiner Handlungsregeln bilden, so bedarf es gerade angesichts der kontextuell und in der Begegnung von Menschen immer wieder neu zu bestimmenden Handlungsoptionen und Vollzüge einer lebendigen, d. h. praktischen Handlungswissenschaft. Dabei trägt gerade das „konfessionelle Krankenhaus“ zu einer wichtigen inhaltlichen wie auch sprachlichen Präzisierung bei. Der Anspruch der Ethik als praktische Handlungswissenschaft erstet jedoch weder allein aus der Praxis noch lässt sich deren Zielsetzung allein darauf bestimmen. Weder ist „praktisch“ als methodisches Gegenüber zu „theoretisch“ in der Bestimmung von Handlungsvollzügen zu verstehen, noch ist die Praxis das schlichte Anwendungsfeld einer vorgelegerten Theorie. Für die Ethik als praktische Handlungswissenschaft kann die Praxis vielmehr nur jener Raum sein, von dem aus und auf den hin sich Handlungsvollzüge gestalten lassen, jedoch ohne dabei selbst Maßstab sittlicher Wertsetzung zu sein. Das konfessionelle Krankenhaus bietet daher ein Zweifaches. So ist es einerseits konkretes Anwendungsfeld ethischer Entscheidungen und Handlungsvollzüge, andererseits verweist es aber gerade auch über sich hinaus. Letzteres betrifft nicht nur den Charakter der Ethik als *Handlungswissenschaft*, sondern auch die eigene inhaltliche, mehr noch: werthafte Orientierung.

Dazu werden zunächst Kontext und Gestalt des konfessionellen Krankenhauses kurz vorgestellt (Kapitel 1.1).²³ Dies umfasst eine historische

²² Ebd., 25.

²³ Angesichts der vielfältigen und umfassenden Publikationen, die sich aktuell mit dem konfessionellen Krankenhaus, den Herausforderungen des modernen Gesundheitssystems für

Skizze der Entwicklung des konfessionellen Krankenhauses wie auch eine Konturierung der Vollzugsformen der Kirche im konfessionellen Krankenhaus. Daran anschließend wird dem genuinen Ort der Ethik im konfessionellen Krankenhaus nachgespürt. Hieran knüpft die eigentliche Darstellung der Ethik als praktische Handlungswissenschaft an (Kapitel 1.2). Zunächst soll dazu deren Selbstverständnis und Aufgabe dargelegt werden, um von hier aus auf die Vermittlung zwischen wissenschaftlicher Reflexion und Praxisbezug einzugehen. Dies geschieht in Form von drei Zugängen, die dem subjektethischen, dem situationsethischen und dem systemethischen Anspruch nachgehen. Der jeweilige sittliche Anspruch fungiert dabei gleichermaßen als Auslöser wie auch als Handlungsrahmen. Er bestimmt die Art, in der sich die Ethik als praktische Handlungswissenschaft zu bewähren hat und leistet somit den Überstieg von einer bloß theoretischen Problem- diskussion zur notwendigen handlungspraktischen Konkretion.

Damit ist das Feld für die eigentliche Zielsetzung dieser Arbeit, einen Beitrag zur Verlebendigung von Leitbildprozessen in konfessionellen Krankenhäusern zu leisten, bereitet. Leitbilder in konfessionellen Krankenhäusern sind weder schlicht als obligates Wertforum, welches der individuellen Umsetzung harrt, noch als Minimalkonsens ethischer Unternehmensführung oder als bloßes Regulativ menschlicher Interaktionsformen im Krankenhaus zu verstehen. Den eingeschlagenen Weg fortsetzend, bedarf es daher einer Einordnung von Leitbildprozessen in konfessionellen Krankenhäusern als Wege ethischer Konkretion (Kapitel 1.3). Hierbei werden die beiden vorausgegangenen Schritte noch einmal aufgegriffen und dem Leitbild als dynamisches Prozessgeschehen zugeführt. Auch hier findet bereits eine inhaltliche und sprachliche Präzisierung statt. Die Darlegung einzelner Inhalte, die sich mit dem Leitbild als Unternehmenskodex, der Leitbildentwicklung, dessen Implementierung sowie der grundlegenden Gestaltung von Leitbildprozessen beschäftigen, folgt keinem gestuften

private, kommunale und freigemeinnützige sowie kirchliche Trägerschaften befassen, sei dieses Feld lediglich cursorisch behandelt. An dieser Stelle soll auf folgende Übersichtsarbeiten verwiesen werden: Baumann, Klaus; Eurich, Johannes; Wolkenhauer, Karsten (Hg.), *Konfessionelle Krankenhäuser. Strategien – Profile – Potenziale*, Stuttgart [u. a.] 2013; Schell, Wolfgang, *Beziehungswirklichkeit im Personalmanagement des christlichen Krankenhauses – Proprium und strategischer Erfolgsfaktor* (Studien zur Theologie und Praxis der Caritas und Sozialen Pastoral, Bd. 27), Würzburg 2012; Horn, Jan-Christoph; Pompey, Heinrich (Hg.), „Die Liebe Christi drängt uns“ (2 Kor 5,14) – Caritaswissenschaftliche Forschung für caritativ-diakonisches Engagement, Bd. 2 Caritaspastoral und Pastoral der Caritas. Studien zur Caritas der Gemeinde und zur caritativen Haltung in der professionellen Wohlfahrts- pflege, Norderstedt 2006; Schwegel, Philipp, *Kirchliche Träger im deutschen Krankenhaus- markt. Eine theoretische und empirische Analyse* (Schriften zum Gesundheitsmanagement, Bd. 12), Bayreuth 2011.

Prozessgeschehen. Keine lineare Abfolge in sich geschlossener Teilschritte prägt die Entstehung und Umsetzung von Leitbildern im Umgang mit gegenwärtigen und zukünftigen ethischen Herausforderungen im konfessionellen Krankenhaus. Stattdessen konkretisiert sich in Leitbildern, die sich bleibend im Prozess der Fortschreibung, der Umsetzung und im kritischen Austausch mit der Praxis befinden, eine besondere Realisierungsgestalt personaler Verantwortung. Daraus ergeht die Herausforderung, normative Setzung und kontextuellen Anspruch zu verbinden. Leitbilder können darauf nicht mit einer möglichst kleinteiligen Vorwegnahme aller denkbaren Handlungskonstellationen reagieren – das würde sie unbeweglich und schnell handlungsunfähig machen. Ebenso wäre eine falsch verstandene Offenheit im Umgang mit Normsetzungen, die deren Einhaltung und Anwendung der individuellen Entscheidung überantwortet, zur Beliebigkeit und folglich zum Scheitern verurteilt. Gefordert ist ein handlungsleitendes Prinzip ethischer Entscheidungsfindung, welches normative Setzung und kontextuellen Anspruch zu verbinden und deren Spannung auszuhalten versteht.

Dieser Aufgabenstellung folgend, widmet sich das zweite Kapitel der sittlichen Urteilsfindung und wendet sich dabei der Epikie als Prinzip personaler ethischer Entscheidung zu. Den Einstieg bildet eine Begriffsbestimmung der Epikie (Kapitel 2.1). Dabei wird zu klären sein, ob und inwieweit von dieser als Instrument oder als Anlage zu sprechen ist. Im ersten Fall begegnet die Epikie als ein Konstrukt, das sich etwa durch ein besonderes methodisches Vorgehen, einen spezifischen Ansatz im Umgang mit Konfliktstellungen oder auch durch eine gelungene Bestimmung und Abwägung von Handlungsoptionen auszeichnet. Wäre die Epikie so zur Gänze bestimmbar, so ließe sich diese als weiterer Baustein der Logik von Entscheidungsprozessen einverleiben und damit auch der Gestaltung und Umsetzung von Leitbildprozessen unmittelbar als Teilschritt zuführen. Geht man jedoch verstärkt der Epikie im Kontext der natürlichen Anlage zur Sittlichkeit nach, so verweist diese über die punktuelle methodische Anwendung für ethische Konfliktfälle hinaus auf die Frage nach der grundlegenden moralischen Urteilsfähigkeit als Bedingung der Möglichkeit personaler Entscheidung. Damit wird eine deutlich umfassendere Entscheidungs- und Handlungskompetenz in den Blick gerückt. In den genannten Ansätzen sind die beiden Deutungsfelder benannt, zwischen denen die Epikie als Prinzip personaler ethischer Entscheidung im Dialog mit Norm und Anspruch aufgeschlossen werden soll (Kapitel 2.2). Hierfür wird ein bedeutungsgeschichtlicher Zugang gewählt, der die Entwicklung des Begriffs und der Wirkweise der Epikie anhand ausgewählter historischer Stationen skizziert. Dabei soll besonders darauf geachtet werden, unter welchen Be-

dingungen die Epikie in der Normgestaltung und -umsetzung Anwendung findet, und wie der jeweilige Anspruch in Entscheidungsprozesse einfließt. Begleitet wird diese Untersuchung von der Frage nach der Stellung der Person in der Spannung zwischen Normobservanz und Norm setzendem Voraus. Dabei werden sowohl Wurzeln der Epikie in der griechischen Rechtsphilosophie als auch Zugänge in der Antike aufzuzeigen sein, dargestellt an Einzelpersonen, die das Gestaltungspotenzial der Epikie für die ethische Entscheidung thematisieren. Zudem soll auf die entwicklungs-geschichtlich bedeutungsvolle und bis heute andauernde Verhältnisbestimmung zur Aequitas und zum Naturrecht eingegangen werden. Gerade dabei wird ein besonderes Augenmerk auf das Selbstverständnis der Epikie und den damit verbundenen Handlungsauftrag zu richten sein. So geht es um die grundlegende Entscheidung, ob die Epikie als bloße Hilfestellung für die konkrete Entscheidung sowie die Umsetzung von Normen respektive Gesetzen oder aber als Ausdruck von und Teilhabe an der personalen Sittlichkeit selbst bestimmt wird. Wo sich Anspruch und Verantwortung im Umgang mit Normen in der Wiederentdeckung eines tugendethischen Gerechtigkeitsverständnisses treffen, da vermag die angeklungene Diastase zwischen Instrument und sittlicher Anlage überwunden werden. An dieser Stelle sucht der letzte Abschnitt des zweiten Kapitels anzusetzen. Sittliche Entscheidungen lassen sich nicht als singuläre Ereignisse, allein bedingt durch Situation, Kontext und punktuelle Motivationslage bestimmen. Sie geben immer auch einen Einblick in das Gesamt einer sittlichen Grundhaltung sowie den zugrunde liegenden Wertekanon. Dies gilt auch für die Epikie, wo sie das konkret Einmalige der Situation in ihrer jeweiligen Anspruchsgestalt wahr- und ernst nimmt, zugleich aber in der bleibenden Verbundenheit mit den jeweils geltenden Normen die Situation nicht absolut setzt. Einzigartigkeit erfährt ihre Bestimmung ja gerade nicht aus der Isolation, sondern aus der gelebten Beziehung des Konkreten zum Gesamten. So kann auch die Epikie ihre Gestalt nicht allein als punktuelle Entscheidungshilfe, sondern letztlich nur im Kontext einer Tugend personaler Entschiedenheit vollumfänglich realisieren (Kapitel 2.3).

Die Kapitel eins und zwei bilden die Brückenköpfe, auf denen aufbauend sich das dritte Kapitel methodisch der Verlebendigung von Leitbildprozessen in konfessionellen Krankenhäusern zuwendet. Nimmt das erste Kapitel die Ethik als praktische Handlungswissenschaft im konfessionellen Krankenhaus in den Blick, so wird dort der Fokus besonders auf Leitbildprozesse als Wege ethischer Konkretion gerichtet. Das zweite Kapitel konzentriert sich hingegen, anknüpfend an die Frage nach der Realisierungsgestalt personaler Verantwortung, auf die Bestimmung der Epikie als Prinzip personaler Entscheidung und zielt dabei auf ein tugendethisches Verständnis.

Dies geschieht in bewusster Abgrenzung zu einem bloß instrumentellen anwendungs- bzw. auslegungsorientierten Geltungsrahmen der Epikie, der zwar punktuell Entscheidungs- bzw. Handlungskompetenz, jedoch kein grundlegendes Gestaltungspotenzial zu entwickeln vermag. Auf diesen Fundamenten stehend, macht es sich das dritte Kapitel zur Aufgabe, eine methodische Entfaltung der Epikie als Handlungsprinzip voranzutreiben, die besonders das integrative Potenzial der Epikie schließlich zur Geltung bringen will. Auch hier bedarf es einer begrifflichen wie inhaltlichen Konturierung.

Dazu wird zunächst eine Standortbestimmung vorgenommen, die die Epikie im Kontext hermeneutischer Kompetenz reflektiert (Kapitel 3.1). In diesem Zusammenhang soll eine Ausdrucksform erschlossen werden, die ein integratives Handlungsprinzip als relationale und transformative Größe zu verstehen hilft. Damit gilt es, gezielt dem Missverständnis vorzubeugen, „integrativ“ wirke einnehmend, hebe Vielgestaltigkeit auf oder nivelliere die gebotene Spannung zwischen Konkretem und Allgemeinem. Mehr noch, es wird damit gleichzeitig auch eine positive Bestimmung vorgenommen, die die Wirkung der Epikie als integratives Handlungsprinzip in der Vernetzung und Abwägung unterschiedlichster Ansprüche sowie einer Verhältnisbestimmung von Norm und situativer Geltung bzw. Umsetzung beleuchtet. Damit wird der Schritt vom Anspruch zur Antwort vollzogen, der die personale Verantwortung für die methodische Entfaltung der Epikie als integratives Handlungsprinzip erneut ins Bewusstsein ruft.

Im Bewusstsein, dass nur dann Passgenauigkeit und Relevanz, ja letztlich die Anwendbarkeit der Epikie als Handlungsprinzip überhaupt gesichert werden können, muss in der Bestimmung von Realisierungsformen (Kapitel 3.2) einer starren Methode gewehrt werden. Der integrative Ansatz wirkt selbst unmittelbar auf die methodische Entfaltung ein, die ihrerseits entwicklungs offen bleibt und sich darüber hinaus selbst fortzuschreiben vermag. Dies geschieht in Form eines methodischen Vierschritts, der die Zugänge zur Ethik als handlungspraktische Wissenschaft (Subjekt, Situation und System)²⁴ im konfessionellen Krankenhaus aus dem ersten Kapitel aufgreift und durch einen vierten Schritt (Synthese) erweitert. Begleitet wird dieser Vierschritt von Leitfragen, die die Methode um eine inhaltliche Darstellung der einzelnen Prozessschritte im Sinne eines Praxistransfers erweitern.

Im Überstieg von der Methode zur Konkretion (Kapitel 3.3) wird sich das Handlungsprinzip an den Anforderungen des jeweiligen Leitbildes

²⁴ Den zentralen Ansatzpunkt hierzu bildet Kapitel 1.2.2 in der Darlegung des subjektethischen, des situationsethischen und des systemethischen Anspruchs.

messen lassen müssen. Hierbei werden dessen Anschlussfähigkeit wie auch Praktikabilität und Realisierungsgestalt einer kritischen Reflexion unterzogen. Strukturen wie Unternehmensführung, die Einbindung von Mitarbeitern oder auch die Orientierung an Qualitätsstandards stellen wichtige Referenzgrößen dar, an denen sich die Wirkung des Handlungsprinzips auf die Gestaltung und Umsetzung von Leitbildern bestimmen lässt. Von Bedeutung ist zudem die jeweilige institutionelle Identität, die das Leitbild maßgeblich prägt, selbst jedoch auch von dieser mitgestaltet wird. Methodisch wird auch hier ein Beitrag geleistet, Wirkmechanismen offenzulegen und eine Entwicklung anzustoßen, die die Identität eines konfessionellen Krankenhauses als gestaltete wie gestaltbare Größe wahrnimmt – geleitet und begleitet von einem lebendigen Leitbild. Ausführungen zur Unternehmenskultur als lebendige Vollzugsform des Leitbildes (Kapitel 3.4) bilden den Abschluss des dritten Kapitels. Sie wollen, der Zielsetzung der Verlebendigung von Leitbildern folgend, ein Bewusstsein für deren Vielgestaltigkeit und die damit verbundenen Prozesse der Entwicklung, der Umsetzung und der Fortschreibung schaffen – letztlich eine Vielgestaltigkeit institutioneller und personaler Faktoren, die der Epikie als integratives Handlungsprinzip Herausforderung wie Begrenzung zugleich sind.

Daraus ergeht die Frage nach Anspruch und Potenzial des integrativen Handlungsprinzips, der sich das vierte Kapitel dieser Arbeit zuwendet. Die Kerninhalte der vorangegangenen Kapitel finden hier einen Anklang, indem die Verlebendigung von Leitbildprozessen in konfessionellen Krankenhäusern noch einmal gezielt gegen den Versuch der Vereinnahmung abgegrenzt wird. Weder sind Leitbilder schlicht Managementinstrumente noch dienen sie Marketingzwecken. Wer sie als Fremdkörper wahrnimmt, der verkennt ihre Bedeutung, integrativer Bestandteil des Krankenhauses als soziales Gebilde zu sein. Somit sind sie auch nicht als herstellbares Produkt, sondern immer nur als lebendiger Gestaltungsprozess individueller und gemeinschaftlicher, immer aber personaler Verantwortung im Umgang mit konkreten sittlichen Herausforderungen zu verstehen. Einer eigenen Betrachtung wird dabei die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen einer Institutionalisierung der Epikie im Rahmen von Leitbildprozessen in konfessionellen Krankenhäusern zugeführt (Kapitel 4.1). Dies schließt sowohl die kritische Reflexion von Leitbildern als Entscheidungshilfe im Alltag des konfessionellen Krankenhauses als auch grundlegende Überlegungen zur Institutionalisierung personaler Verantwortung ein. Neben der Darstellung von Möglichkeiten und Grenzen auf der Ebene der Institution bedarf es auch einer entsprechenden Behandlung unter personalen Gesichtspunkten. In der Verhältnisbestimmung zur Umsetzung von Leitbildern zwischen Selbstmächtigkeit und Verdanktheit (Kapitel 4.2), wird die Bedingtheit

sittlicher Handlungsvollzüge für den Kontext des konfessionellen Krankenhauses erschlossen. Christliche Nächstenliebe als Handlungsauftrag und persönliche Motivation bedingen auch in einem konfessionellen Krankenhaus nur zu einem Teil den Kulturraum, in dem sich Leitbilder entwickeln und zu einer lebendigen Gestalt gelangen. Veränderte wirtschaftliche Bedingungen, die Herausforderungen des Stationsalltags und variierende gesetzliche Handlungsoptionen gilt es in der Gestaltung und Umsetzung von Leitbildprozessen nicht nur möglichst im Voraus zu berücksichtigen, sondern im konkreten Vollzug vielfach auch auszuhalten. Neben stärker institutionellen Faktoren bestimmen auch individuelle Faktoren, körperliche und psychische Belastungen, die Erfahrung eigener Grenzen oder auch des Scheiterns die Art und den Umfang, wie Leitbilder gestaltet, aufgenommen und umgesetzt werden. Das eigene Engagement und die glückliche Umsetzung – Selbstmächtigkeit und Verdanktheit –, sie bleiben gerade in der Gestaltung und Umsetzung von Leitbildprozessen aufeinander verwiesen. Hierbei wird deutlich: So förderlich strukturelle Rahmenbedingungen und individuelle Partizipationsmöglichkeiten auch sein mögen, so bleibt der persönliche Einsatz für die Verlebendigung von Leitbildprozessen unaufhebbar.

Den Abschluss dieser Arbeit bildet daher ein Plädoyer für die Übernahme personaler Verantwortung. Sie ist die Höchstform, mit der sich Menschen für die Gestaltung und Umsetzung von Leitbildprozessen in konfessionellen Krankenhäusern einsetzen können. Zugleich ist sie aber auch Grundlage – mehr noch notwendiges Voraus –, denn Leitbilder können nur dort lebendig werden, wo sie nicht Ergebnis normativer Setzung, sondern Zeugnis gelebter Werte und Überzeugungen sind, in der Bereitschaft Verantwortung für den Nächsten zu übernehmen. In der personalen Verantwortung als ermöglichte und ermöglichende Realisierungsgestalt von Leitbildprozessen (Kapitel 4.3) manifestiert sich daher die Summe wie das reflexive Voraus der Epikie als integratives Handlungsprinzip.

Sie bildet letztlich jenes theologische Selbstverständnis, in dem diese Arbeit entwickelt wurde und auch gelesen werden muss.