

Franz Harnoncourt

Das Selbstverständnis des modernen Krankenhauses

1. Einleitung

Es gibt keinerlei Hinweise, dass jemals ein Krankenhaus existiert hat, in dem der Patient allein, ausschließlich, um seiner selbst Willen behandelt wurde. Immer ließen sich die Hospitalgründer von ihren eigenen Zielsetzungen leiten. Waren einst die römischen Latifundienbesitzer an der Arbeitskraft ihrer Sklaven interessiert, so sind es später der „Bien Commun“ und die Staatsraison gewesen. Heute steht dagegen die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Sozialversicherten im Vordergrund, sie ist als eine der tragenden Säulen des abendländischen Krankenhauswesens gesetzlich vorgegeben.

Die klerikalen Pflegegemeinschaften wirkten vielfach mit dem mehr oder weniger unbewussten Motiv, die Seelen ihrer Mitglieder, der Kranken und der Stifter zu retten, und natürlich sollten die Pflegenden diesbezüglich auch nicht zu kurz kommen. Gelehrten Ärzten ging und geht es um die Mehrung und Überprüfung medizinischen Wissens, Studenten benützen das Hospital vor allem zu ihrer fachlichen Ausbildung. So kann man die gültige Analyse des deutschen Historikers D. Jetter in seiner Antrittsvorlesung zur Geschichte des Hospitals 1967 zusammenfassen.¹

Ist das Selbstverständnis des Krankenhauses also ein bunter Selbstbedienungsladen der verschiedenen Wünsche, Notwendigkeiten und Bedürfnisse seiner Gründer, Mitarbeiter und – wie wir heute neudeutsch sagen würden – share holder geworden?

Es scheint einer der wesentlichsten Irrtümer des nahezu bedingungslos wissenschafts- und vernunftgläubigen aufgeklärten Abendlandes, Methoden und ihre Kenntnisse losgelöst von ethischen Grundsätzen und philosophisch theologischen Grundsätzen im weitesten Sinne betrachten zu wollen. Dies betrifft das Prinzip der Wirtschaft

ebenso wie die Wissenschaft und als einen Teil davon auch das Gesundheitswesen, die Medizin sowie das Krankenhaus im Speziellen.²

Zu glauben, dass das reine Prinzip der Marktwirtschaft losgelöst von Fragen der Moral oder der sozialen Verantwortung bestehen kann, erscheint absurd. Der Markt regelt nur ökonomische, aber keine gesellschaftspolitischen Fragen – nicht zuletzt deshalb, weil allzu selten die Frage gestellt wird, ob soziale Verantwortung als Marktmechanismus überhaupt existiert oder nicht viel eher der Rest einer fundamental religiösen Grundeinstellung ist. Mit dieser Frage hat sich in besonderer Weise der verstorbene Papst Johannes Paul II beschäftigt.

Nicht anders sieht es in den Naturwissenschaften aus. Der Glaube, dass eine keinem Wertekanon sich verantwortende Wissenschaft möglich oder gar erstrebenswert ist, erscheint absurd und gefährlich, seine Folgen können fast täglich diskutiert werden. Das fängt bei simplen physikalischen Technologiefragen an (z. B. Atomtechnologie) und endet bei der gerade in der Medizin zu recht aus ethischer Sicht diskutierten Gentechnologie und Molekularbiologie. Bei genauerer Analyse erscheint hinter der Betonung der Wertfreiheit der Wissenschaft viel eher das Ausweichen vor einer Auseinandersetzung mit den durch die Globalisierung der Welt zunehmend diversifizierten Wertvorstellungen, mit den vielen unterschiedlichen religiösen, philosophischen oder auch esoterischen Moralvorstellungen. Dies macht es zugegebenermaßen schwieriger bis unmöglich, von einem einheitlichen Wertekanon zu sprechen. Deswegen aber Wertfreiheit als oberste Maxime zu postulieren, scheint zu simpel.³

Wozu diese langen Allgemeinplätze, zu einem Thema, das doch so einfach scheint und vordergründig: das Selbstverständnis des modernen Krankenhauses?

Das Selbstverständnis von Krankenanstalten ist nur aus dem gesellschaftlichen und kulturellen Kontext heraus zu verstehen. So ist ein kurzer Blick auf das allgemein Gültige ebenso notwendig wie die Präzisierung der Fragestellung: Gibt es ein aktuelles Selbstverständnis des modernen Krankenhauses, worauf beruht es, und welche Entwicklungen haben zu diesem Selbstverständnis geführt? Daraus leitet sich die Frage ab, wohin sich dieses Selbstverständnis entwickeln wird und soll.

2. Geschichte

Um das Selbstverständnis des modernen Krankenhauses zu analysieren und zu verstehen, ist ein Blick in die Geschichte notwendig. Sonst ist uns die Gegenwart nicht verständlich und die Zukunft nicht gewinnbar.

Die Aufgaben eines Krankenhauses haben sich im Laufe der Zeit gewandelt. Ursprünglich war die Medizin eng mit der Religion, eigentlich noch enger mit den Religionsausübenden, den Priestern, die fast immer zugleich auch Heiler waren, verbunden. Dies zieht sich vom alten Ägypten über Persien und Südamerika bis in die Neuzeit zu den Schamanen der Naturreligionen.⁴ Schon die Tempel der alten Ägypter dienten, wie wir aus Bildern und Hieroglyphen wissen, der Behandlung von Kranken. In Indien und noch viel früher in Sri Lanka gibt es schon lange vor Christi Geburt die ersten Krankenhäuser. Das Selbstverständnis von Krankenanstalten als Orte der Ausbildung und der Lehre ist in Persien und dann über den ganzen arabischen Raum bereits früh nachweisbar und kulminiert in den Arbeiten des wohl bedeutendsten arabischen Arztes Ibn Sina (980 – 1037).⁵

In Europa waren es vor allem die Hospitäler, die von Mönchen oder Nonnen initiiert worden sind, wobei in diesen Kranke, Arme und Pilger fast als Synonym benutzt wurden. Kein Zufall, wenn man die etymologische Bedeutung des Wortes Hospital heranzieht, das sich ja vom lateinischen *hospes* (= Gast/Fremdling) ableitet.⁶

So ist z. B. das Hotel Dieu de Paris, das dem

Hl. Christopherus gewidmet ist und das im Jahr 651 n. Chr. vom Pariser Bischof Landericus gegründet wurde, nicht nur das älteste in der Stadt. Es blieb bis zur Renaissance auch das einzige Spital.

Das Hotel Dieu in Beaune, das im Jahr 1453 gegründet wurde, wurde bis in unsere Tage (1971) als Hospital benutzt. In Österreich war das erste Spital das im Jahr 1203 vom Deutschen Orden in Friesach gegründete Haus.

Eines der ersten modernen Krankenhäuser der wissenschaftlichen Medizin war wohl die 1710 von Friedrich I. in Berlin gegründete Charité, deren ursprüngliche Bedeutung in der Behandlung, vor allem aber in der Absonderung der Pestkranken lag. Mit dem Bau dieses Hauses war sozusagen die Geburtsstunde des modernen aufgeklärten Krankenhauswesens begründet.

Johann Georg Krünitz (1728 – 1796), ein universal gebildeter Arzt der Goethe-Zeit, verfasst in seiner ökonomischen Enzyklopädie eine für seine Zeit wohl symptomatische Definition zum Thema Krankenhaus: „Krankenhaus, das Haus worin jemand krank liegt, in engerer und gewöhnlicherer Bedeutung ein öffentliches Haus, ein besonderes Gebäude oder eine Anstalt, wo Kranke, insbesondere arme Kranke, gepflegt und kuriert werden. Ein Hospital oder Spital für Kranke, das Hospitalspital, das Krankenspital, das Lazarett, im Oberdeutschen das „Siechhaus“.⁷

Eine erstaunlich profane, sehr weltliche Definition des Krankenhauses, die praktisch nur das, was wir die Architektur bezeichnen, definiert. Hier äußert sich auch sprachlich, dass mit der beginnenden Aufklärung der Weg von den Hospizen und Hospitalern als Ausdruck „Der sieben Werke der Barmherzigkeit“ der Orden zu einem mechanistisch funktionalen Menschenbild und einer naturwissenschaftlich praktischen Entwicklung gegangen wurde. Diese Entwicklung hat sich sinnbildhaft in der Protoklinik des Michel Foucault umgesetzt, eine fundamentale Verräumlichung und Versprachlichung des Pathologischen – die Umsetzung des aufgeklärten Wissensdranges in ein archi-

tektonisches und funktionales Konzept,⁸ wie ja die Architektur überhaupt das Selbstverständnis der Krankenhäuser versinnbildlicht als eine in Stein gegossene Idee: von den mittelalterlichen Hospizen, über den berühmten, oft zitierten Narrenturm Josef II. – ein meist missverstandenes Sinnbild aufgeklärter Weiterentwicklung der Behandlungen von geisteskranken Patienten –, von den Pavillonbauten des beginnenden 20. Jahrhunderts bis zu den gigantomanischen Zentralbauten des 21. Jahrhunderts, die sich, wie Manfred Lütz meint, als die Kathedralen des 21. Jahrhundert in den Himmel schrauben.⁹ Alle haben zwar Entwicklung und Organisation des Krankenhauses beeinflusst, sind aber primär Ausdruck des Selbstverständnisses der damaligen Krankenhausphilosophie, der Krankenhausorganisation gewesen.

So lassen sich in der historischen Betrachtung des Krankenhauswesens zwei Grundprinzipien darstellen, die ihren Niederschlag in der Ausrichtung der Spitäler gefunden haben.

Eines ist das Prinzip der Nützlichkeit: Gesundheitswesen, Medizin, Krankenhäuser als Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. des Eigentums.

Es gab im alten Rom eigene Krankenhäuser für Sklaven, die sozusagen eine Restaurationsstelle des persönlichen Eigentums dargestellt haben und natürlich auch den Erhalt der Rasse, des Staatsgebildes, der Kultur, gewährleisten sollten. Die Konsequenz daraus ist die Absonderung der Kranken, die Tötung der Unnutzen. Die Spartaner haben, wie Plutarch beschreibt, Kranke und Behinderte in eine Schlucht geworfen, damit sie den Fortgang, die Wertfähigkeit der Kultur nicht stören. Selbst Platon empfahl bekanntlich, behinderte Kinder verhungern zu lassen.

Im europäischen Abendland ist mit dem Christentum der Grundsatz der Barmherzigkeit aufgetreten. Der Grundsatz also, Menschen um ihrer selbst Willen, darin sie Gott ebenbildlich sind, als Ziel und Mittelpunkt des Heilungsauftrages und damit auch des Heilungswerks zu sehen.¹⁰

Daher ist auch die abendländische, die euro-

päische Geschichte des Krankenhauswesens zu allererst und wesentlich eine Geschichte der Klosterspitäler, zumindest aber der klösterlichen, der geistlichen Stiftungen.

Eine Besonderheit – die auch auf uns heute noch ausstrahlt – ist, dass in diesen Krankenhäusern des Mittelalters (sie hießen zumeist Hospiz oder Hospitale) ein weit über den normalen Lebensstandard hinausgehender Luxus selbstverständlich und als Zeichen der besonderen Wertschätzung der Kranken üblich war – wohl in der Analogie, Christus im Kranken zu sehen, wie dies Elisabeth von Thüringen ja bildlich erlebt hatte.¹¹

Einen eigenen Löffel zum Essen, eine eigene Schale, ein eigenes Leintuch, ein eigenes Bett, auch wenn es, wie im Hotel Dieu in Beaune zeitweise geteilt wurde, waren ein Luxus, den sich der normale Mensch des Mittelalters eigentlich nicht leisten konnte.

Mit dem Aufkommen des Staatswesens gab es parallel dazu schrittweise ein öffentliches Gesundheitswesen, das aber eigentlich erst mit den Reformen des aufgeklärten Absolutismus, in Österreich z. B. mit den Reformen Josef II. in ein öffentliches Krankenanstaltenwesen mündete. Auch dort war das christliche Selbstverständnis grundlegend, nämlich in jedem – besonders aber in den Armen und Kranken – das Ebenbild Gottes zu sehen.

Private Krankenanstalten gab es neben den Ordensspitälern bis weit in das 19. Jahrhundert nur als Betriebskrankenanstalten, Krankenanstalten der Versicherungen, Stiftungen privater Gönner oder von Trägervereinen zur Betreuung besonderer Personengruppen (Beamte, Offiziere etc.). Eine der ältesten Privatkliniken ist die 1729 gegründete Konfraternität. Gewinnerorientierte Krankenanstalten gibt es erst, als die Marktwirtschaft Mitte des 20. Jahrhunderts auch das Gesundheitswesen zu durchdringen beginnt.

3. Das heutige Selbstverständnis

Auf Basis dieser geschichtlichen Grundlage stellt sich nun die Frage, worin sich das Selbst-

verständnis einer modernen Klinik am Beginn des 21. Jahrhunderts zeigt.

Im Wesentlichen gibt es vier Modelle, auf denen unser heutiges Krankenhauswesen basiert. Das erste Modell ist das gewinnorientierte, private, privatwirtschaftlich organisierte Krankenhaus bzw. die Krankenkette. Österreich ist aufgrund der derzeitigen Finanzierungslage noch auf Anstalten beschränkt, die nicht der Grundversorgung, sondern der Versorgung einer speziellen Patientengruppe, den Privatversicherten oder Privatzahlern dient.

Das zweite Modell ist das unmittelbar und mittelbar im Eigentum öffentlicher Institutionen stehende Krankenhaus, das einen Versorgungsauftrag zu erfüllen hat – beginnend bei den Krankenhäusern der allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, bis hin zu den städtischen Gemeinde- und Landeskrankenhäusern, deren Auftrag die Erfüllung eines (regionalen) Versorgungsauftrages ist.

Das dritte Modell wird von den gemeinnützigen Krankenanstalten vertreten, die zum überwiegenden Teil im Eigentum bzw. in mittelbarer oder unmittelbarer Trägerschaft von Konventen, Klöstern und Ordensgemeinschaften stehen.

Und schließlich gibt es viertens jene Krankenhäuser, die der Forschung und Lehre dienen, im Wesentlichen die Universitätskliniken, deren Grundidee die Vermittlung, die Weiterentwicklung von Wissen und Forschung um seiner selbst willen ist.¹²

Da die Frage des Auftrages von grundsätzlicher Bedeutung ist und in letzter Konsequenz Entscheidungen auf diesen Grundauftrag zurückzuführen sind, lohnt es sich einen genauen Diskurs zu führen, einen kritischen Blick auf dieses Grundverständnis zu werfen.

3.1. Das gewinnorientierte Krankenhaus

Ziel dieses Modells ist der betriebswirtschaftliche Erfolg: die Vermehrung von quantifizierbaren Gütern, die in letzter Konsequenz einen materiellen Wert darzustellen haben. Dies bedeutet nicht, dass das ökonomische Prinzip ein ethisches Handeln, soziale Verantwortung, qualitätssichernde

Maßnahmen oder Risikomanagement ausschließt. In letzter Konsequenz bedeuten diese Faktoren und medizinische Höchstleistung jedoch einen Wettbewerbsvorteil, eine Marktchance, einen Mehrwert bringenden Produktionsfaktor.

Das ist nicht wertend gemeint, muss aber klar ausgesprochen werden, um sich aktiv und bewusst für oder auch gegen dieses Prinzip entscheiden zu können.

Das ökonomische Prinzip kann ja nicht „ein bisschen ethisch“ sein. Es ist in letzter Konsequenz als ökonomisches Prinzip an sich nur dem Ethos des Mehrwerts der Gewinnoptimierung und -maximierung gewidmet.

Langfristig denkende Ökonomen wissen, dass Maximierung nicht zu jeder Zeit den aktuellen maximalen Gewinn, sondern über eine lange Zeit den größtmöglichen Gewinn bedeutet. Sie werden daher Grenzen und das Prinzip Nachhaltigkeit einbeziehen. Doch auch diese sind in letzter Konsequenz betriebswirtschaftlich bedingt.¹³

3.2. Die in öffentlicher Hand stehende Krankenanstalt

Dem gegenüber steht die staatlich geführte, bzw. in mehr oder weniger direkter Eigentümerschaft einer Gebietskörperschaft stehende Klinik, Krankenhausverbund etc. Dabei handelt es sich um ein Krankenhaus mit dem Grundverständnis, den Versorgungsauftrag in letzter Konsequenz um jeden Preis, also auch um den Preis ökonomischer Verluste, zu erfüllen. Dies bedeutet nicht unvernünftiges Handeln. Es bedeutet nur, dass die Erfüllung des Versorgungsauftrages den Fragen einer betriebswirtschaftlichen Kosten-/Nutzenrechnung vorangeht. Dies ist durchaus vergleichbar mit dem Willen und der Notwendigkeit, Infrastrukturleistungen in Regionen aus Prinzipien der staatlichen Gleichbehandlung trotz ihrer betriebswirtschaftlichen Negativbilanz zu erhalten. Als staatliches Grundprinzip scheint das per se nicht nur nicht unvernünftig, sondern sogar staatstragend und selbstverständlich zu sein.

Auch hier ist es natürlich dem einzelnen unbenommen, ethische Grundwerte zu vertreten und sie in das Klinikbild einzubringen. Die Verpflichtung oder das Selbstverständnis liegt aber in der Erfüllung des Auftrages der Gebietskörperschaft, des Staates bzw. der öffentlichen Hand, die genau so viel Zuwendung, Ethos, Empathie als Grundprinzip einfordert, wie es die Staatsraison und oftmals die Staatskasse verlangt.

In einer ökonomisierten Gesellschaft, die zudem dem Laizismus als Grundprinzip huldigt, auch dies sei hier wertfrei gesagt, ebenfalls ein ethisch entleertes Gebilde, das aber der reinen ökonomischen Nutzenmaximierung das Prinzip, das Primat der Erfüllung des Versorgungsauftrages entgegen setzt.¹⁴

3.3. Gemeinnützige Krankenhäuser

So bleibt als drittes Selbstverständnis einer Klinik das Prinzip der Gemeinnützigkeit, das irrational anmutende, für viele auch deswegen unbegreifliche und ungläubliche Prinzip, einen Auftrag ganz einfach um seiner selbst willen zu tun – absichtslos, dem Auftrag der Idee verpflichtet, daher aber auch den Regelmechanismen des Marktes und des Staates nur bedingt unterworfen und unterwerfbar.

Das Grundprinzip der Gemeinnützigkeit entzieht sich allerdings aufgrund seiner Stifterschaft zuweilen auch dem gesellschaftlichen Konsens, da der Auftrag ja aus einem (meist religiösen) Grundverständnis entstanden ist. Diese Problematik ist in einer sich verändernden, demokratisierten und pluralistischen Gesellschaft nicht zu vernachlässigen.

Gemeinnützigkeit ist aber, zu Ende gedacht, eine Idee, die ausschließlich auf religiöser, transzendentaler Basis beruhen kann. Denn keine andere Macht als die religiöse – nicht „kirchlich“ wohlgehemmt –, kann die Verpflichtung zum Ethos, die Verpflichtung zur übergeordneten Ordnung vorgeben.

Das auf Gemeinnützigkeit aufgebaute Krankenhaus verbindet in logischer Konsequenz die Verpflichtung zum Ethos, die Verpflichtung zur Wahrnehmung des Menschen als Person und die Verpflichtung, die dafür benötigten Ressourcen

bestmöglich, weil dem Gemeinwohl, der Gemeinnützigkeit, der übergeordneten Idee verpflichtet, einzusetzen.

Es stellt sozusagen die ideologische Quadratur des Kreises des Gesundheitswesens dar. Es ist kein Zufall, dass gemeinnützige Krankenanstalten über die Jahrhunderte sowohl in der Zuwendung zum Patienten, als auch in ihren ökonomischen Grunddaten beispielgebend für die Entwicklung des gesamten Krankenhauswesens waren und sind – wie ja nicht zuletzt die kürzlich veröffentlichte IHS-Studie dies auch wissenschaftlich belegt.¹⁵

Es ist kein Zufall, dass im Auftrag der Gemeinnützigkeit – sowie manch andere Fehlentwicklung im Auftrag einer übergeordneten Idee – Menschen auch bis an den Rand des Erträglichen, diesen Ideen untergeordnet, ja auch ausgebeutet und benützt wurden. Aber, und das macht die Idee gleichzeitig so brillant wie gefährlich: Es geschah um der Idee willen und nicht um der reinen Gewinnmaximierung wegen.

Gemeinnützigkeit ist der Primat der Idee über die reine ökonomische materielle Vernunft. So ist es auch nicht verwunderlich, dass die Idee des gemeinnützigen Trägers, im überwiegenden Maß in kirchlichen Institutionen zu finden ist. In besonderer Weise in den monotheistischen Religionen und auch hier besonders in den christlichen. Denn hier war und ist die Barmherzigkeit als Befassen mit der Ebenbildlichkeit Gottes an sich ein Wert, weshalb die Behandlung von Alten, Kranken, Missgebildeten, Aussätzigen, Besessenen, wie im biblischen Beispiel des öfteren erwähnt, geradezu Grundprinzip ist.

Neben den vorhin erwähnten Unterscheidungsmerkmalen erscheint noch ein Punkt wesentlich:

Gewinnorientierte Unternehmen sind fast immer in der Trägerschaft einer Kapitalgesellschaft. In dieser Gesellschaft ist der einzig einigende Wert der ökonomischen Erfolg, das einzig messbare und gemeinsame Ziel die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse, in der auch ein Verantwortungsträger im wahrsten Sinn des Wortes, nämlich jemand der die Verantwortung erträgt, nicht mehr

zu personifizieren ist.¹⁶

Die öffentliche Hand als solche, aber auch ihre Gebietskörperschaften, sind ein anonymer, zudem veränderbarer, demokratischen regulativen und daher Wechsel unterworfenen Rechtsträger. So ist also die nicht greifbare öffentliche Hand der Verantwortungsträger – ein Eigentümer, der als Person in den seltensten Fällen zu fassen ist, wenn aber, fast immer politischer Argumentation und politischer Agitation ausgesetzt ist.

Die gemeinnützigen Träger bzw. Krankenanstalten hingegen sind fast alle in der Hand eines fassbaren konkreten Trägers, der eine Person an seiner Spitze hat, die in persönlicher Verantwortung für dieses Werk steht und in dem die einigende Idee in seiner Ordenstradition oder Trägertradition festgeschrieben ist.

Natürlich birgt diese persönliche Verantwortlichkeit auch große Gefahren, wie wir sie ja in der Wirtschaft immer wieder beobachten können. Die auf einen Patriarchen, auf einen Träger zugeschnittenen Firmen, die auch das Verantwortungspotential dieses Trägers überschreiten, haben nicht selten Schwierigkeiten in ihrer Organisation und Nachhaltigkeit bekommen. Die Spannung zwischen persönlicher nachvollziehbarer Verantwortung und organisatorischer und betriebswirtschaftlicher Professionalität ist eine, in der sich die Träger gemeinnütziger Krankenanstalten aktuell und wohl auch in Zukunft stets befinden und für die stets neue Antworten in Verantwortung gegenüber dem Träger, den Mitarbeitern und den Patienten gefunden werden müssen.

3.4. Das Krankenhaus mit Forschung und Lehre

Neben den drei großen ideologischen Prinzipien, gewinnorientiert, öffentliche Aufgabe oder Gemeinnützigkeit, hat sich – insbesondere mit der Etablierung der Wissenschaft als zentraler Motor der Entwicklung des Abendlandes –, auch die Dimension einer Klinik als Anstalt der Forschung und Lehre, der Wissenschaft ergeben. Dies betrifft im wesentlichen die Universitätskliniken – aber so mancher Kli-

nikvorstand eines nicht universitären Krankenhauses würde natürlich gerne das Selbstverständnis der Forschung und Lehre als Grundlage seines Tuns in die Leitbilder seines Hauses eingeschrieben sehen, mit den daraus resultierenden Folgen für sein Haus, seine Organisation und seine Patienten.

Neben der unbestrittenen und unbestreitbaren Wichtigkeit dieses Themas für die Weiterentwicklung der Medizin (die der Lehre verschriebenen Krankenhäuser haben in gewisser Weise eine andere Form der Gemeinnützigkeit, nämlich die abstrakte Idee der Vermehrung des Wissens als Grundauftrag), besteht natürlich auch hier die große Gefahr der Verselbstständigung ihrer Aufgaben und Idee. Dann, wenn die Beachtung und Betrachtung von Patienten und ihrer Krankheiten ausschließlich nach dem Prinzip der Vermehrung und der Vertiefung des Wissens und des wissenschaftlichen Fortschrittes erfolgt, ist der Mensch nur noch Studien- und Forschungsobjekt.

Überall dort, wo dieses Selbstverständnis keinem Korrektiv unterworfen wird, hat es zu gefährlichen Auswüchsen und grundlegender Perversion dieses Systems geführt. Man denke hier nur an den Gipfelpunkt der nationalsozialistischen Medizin und deren erschütternde Weise in manchen Bereichen z. B. der Zwillingforschung, aber auch der hyperbaren Medizin, die trotz ihrer moralischen Verwerflichkeit und Inakzeptabilität zu bis heute gültigen wissenschaftlichen Erkenntnissen geführt hat.¹⁷

3.5. Zusammenfassung

Es gibt also vier Grundprinzipien und Grundaufträge für ein Krankenhaus, die bis heute und wohl auch für die Zukunft gültig sind und sein werden.

- Privatwirtschaftliches gewinnorientiertes Krankenhaus, effizient, effektiv, aber auch mit einem klaren Bekenntnis, die Not der Menschen zum Nutzen des ökonomischen Vorteils zu behandeln.
- Die staatliche oder im Besitz einer öffentlichen Körperschaft stehende Klinik, mit dem Vorteil des gesicherten Versorgungsauftrages und der

staatlichen Lenkungsmöglichkeit und damit dem im Gemeinwesen definierten größtmöglichen Nutzen und zugleich dem Nachteil, dass die Erfüllung den politischen Variabilitäten ausgesetzt ist und keinem ökonomischen Korrektiv unterworfen ist.

- Die Klinik auf Basis einer gemeinnützigen Stiftung mit dem Auftrag, privatwirtschaftliches Vorgehen mit dem Stiftungszweck und moralischer Absicherung als Grundprinzip zu vereinen, aber mit der ebenfalls nicht zu leugnenden Gefahr, sich auf den Stiftungszweck bzw. die Personen zu beschränken, die mit dem Stiftungszweck übereinstimmen.
- Die Klinik als Stätte der modernen Wissenschaft und Forschung, mit dem Vorteil, der unabhängig von Ansehen verfügbaren bestmöglichen Medizin und der Gefahr, in der großen Aufgabe, Wissenschaft und menschliche Zuwendung zu vereinen, der Wissenschaft eine klare Vorrangstellung zuzugestehen.

5. Organisatorische Grundsätze

Das Selbstverständnis des modernen Krankenhauses lässt sich auf Basis der vorher gesagten grundsätzlichen Ausführung noch in einer weiteren Dimension darstellen.

So ist nach dem österreichischen Krankenanstaltengesetz das Krankenhaus in die Sektoren Medizin, Pflege und Verwaltung aufgegliedert, die sich im Prinzip „Kollegiale Führung“ wieder findet. Diese Trennung ist mit einer Professionalisierung der Berufsgruppen mit all ihren Vor- und Nachteilen, nämlich der damit unabdingbaren Abgrenzung und gleichzeitig selbstverständlichen Vertiefung des Wissens behaftet.

Neben diesem 3-Säulenmodell führt uns die Entwicklung des Krankenhauswesens vom Prinzip der klassischen Methodenklinik, also der Gliederung eines Krankenhauses nach medizinischen Fachgebieten, hin zur Zentrumsmedizin. Diese stellen in Organ-, Tumor- oder methodischen Zentren, wie Endoskopiezentren etc., interdisziplinä-

res und zunehmend interprofessionelles Handeln in den Vordergrund.

Zielpunkt wird wohl eine anhand von Behandlungsabläufen prozessual gegliederte Klinik sein, die Leitlinien und evidenzbasierte klinische Pfade organisatorisch darstellt und prozessual abbildet; eine Klinik, die den Gang des Patienten als Kernprozess und zentrale Steuerungsfunktion in den Mittelpunkt stellt und alle anderen Leistungen darum herum gruppiert.¹⁸

Diese Entwicklung ist einfach und leicht verständlich an der Entwicklung des Qualitätsmanagements nachzuvollziehen. Sie findet sich auch in den Vorgaben der österreichischen Krankenanstaltenplanung wieder: Der Weg geht von der Strukturqualität, d. h. also dem Festschreiben, wie viele Waschbecken und Desinfektionsspender in einem OP aufgehängt werden sollen, hin zu den Prozessqualitätskriterien – zum Beispiel der Art und Weise die chirurgische Händewaschung festzuschreiben und einzufordern – bis hin zur Ergebnisqualität, nämlich festzuhalten, wie viele nosokomiale Infektionen durch fehlerhafte Händedesinfektion oder eben wie hohe Erfolgsquoten durch gute hygienische Maßnahmen erzielt wurden – eine Entwicklung, die logisch nachvollziehbar, in vielem aber durch strukturelle Barrieren sehr schwer umzusetzen ist. Gerade die Festlegung der Ergebnis-, der Outcome-Qualität ist einer berechtigten Diskussion über die Interpretation dieser Ergebnisse unterworfen.¹⁹

Das Selbstverständnis des modernen Krankenhauses kann und muss es sein, diesen Prozess der Entwicklung von Qualitätsmessung grundsätzlich zu bejahen und nachvollziehbare gesicherte Behandlungsqualität in den Mittelpunkt zu stellen (wobei diese unverzichtbar die personale Dimension inkludieren muss).

Eine kritische Diskussion über die Ergebnisbewertung dient dabei nicht dem Schutz von Eigeninteressen, insbesondere der Ärzteschaft, sondern der nachhaltigen Sicherung eines reproduzierbaren und inhaltlich vertretbaren Aussagewertes dieser Ergebnisse.

Die Frage, wie, wo und warum die organisatorische Entwicklung und die damit verbundene Entwicklung des Qualitätsanspruches vorangetrieben werden, lässt sich letztlich von dem Grundauftrag des Trägers nicht trennen. So wird ihre Gewichtung und Bedeutung innerhalb des Systems nur durch den Bezug zu seiner Basis, zu seinen Grundwerten erhalten.

Neben der zunehmenden Wandlung der Methodenkliniken in eine Zentrumsambulanz und in eine ergebnisorientierte Ablauffunktion entwickelt sich in Pflege und im therapeutisch-diagnostischen Bereich eine weitere grundsätzlich begrüßenswerte, (aber auch mit Gefahren verbundene) Differenzierung heraus. Das Grundprinzip der sogenannten abgestuften Versorgung, das in einer Art Modulsystem verschiedene Bereiche unterschiedlicher Betreuungsintensität unterscheidet und baulich, organisatorisch und personell umsetzt:

Die sogenannte „Low-Care-Station“ betreut nur geringfügig pflegebedürftige oder kurzzeitig stationär zu behandelnde, meist recht mobile Patienten: Low-Care also nicht im Sinne von wenig Pflege und Zuwendung, sondern als geringerer Pflegeaufwand!

Die Normalstation führt die uns allen geläufige, klassische Bettenstation in der Behandlung und Pflege von nicht intensivpflichtigen, bettlägerigen Patienten fort.

Die Überwachungsstation oder „Intermediate-Care“ hat ein erhöhtes Überwachungspotential, das nahe an eine Intensivmedizinische Abteilung geht, allerdings werden hier grundsätzlich keine beatmeten Patienten betreut.

Dies erfolgt auf der Intensivstation, der Intensive-Care, in der beatmungspflichtige Patienten einer voll technisierten und hochaufwendigen Betreuung bedürfen.²⁰

Diese Gliederung hat sowohl betriebswirtschaftliche als auch patientenorientierte Qualitätsaspekte. Betriebswirtschaftlich ist es natürlich vernünftig und sinnvoll, Patienten, die einer geringen Pflegeintensität bedürfen, nicht mit dem gleichen

Personalstand und technischen Aufwand zu betreiben, wie dies für Patienten mit hohem Pflegeaufwand nötig wäre. Aber auch für die Patienten selbst ist das Nebeneinander von mobilen, selbständigen, vielleicht nur vor einem kleinen Eingriff stehenden Patienten mit schwerkranken, bettlägerigen und hoch pflegebedürftigen Patienten durchaus problematisch und belastend. Für die Pflege und Ärzte ist eine Spezialisierung auf die entsprechenden Bereiche selbstverständlich mit einem entsprechenden Qualitätsanspruch verbunden. Andererseits geht durch die Spezialisierung auch das Verständnis für eine gesamtheitliche Sicht des Pflegeaufwandes und der ärztlichen Betreuung verloren. Wer nur noch einen Teil des Ganzen sieht, hält vielleicht das Ganze für nicht so bedeutend.

Auch hier folgt das *ceterum censeo*: Nur, wer seine Basis kennt, kann diese neuen Organisationsformen mit dem entsprechenden Gewicht und der entsprechenden Wertigkeit in die Zukunft führen und wirklich patientengerecht arbeiten.

Beide Zugänge, das Abwenden von der Methodenambulanz und der Wechsel zur abgestuften Versorgung, können auf Basis eines ganzheitlichen Menschenbildes eine positive Entwicklung bedeuten. Sie führen weg von der sogenannten Grundpflege hin zu den Prinzipien der Gruppenpflege und der individuellen Betreuung. Dies ist umso interessanter, als im medikamentösen Bereich und in Zukunft wohl auch in den interventionellen Bereichen, parallel dazu die Entwicklung zu einer zunehmend individualisierten Medizin erfolgt.

Die molekularbiologische Diagnostik, z. B. ebenfalls von onkologischen Erkrankungen, aber auch von der Verstoffwechslung von Medikamenten, führt zu einer zunehmend präziseren Auswahl an therapeutischen Mitteln, sodass wir neben der individuellen Betreuung durch Arzt und Pflege auch eine individuelle Therapie in der Medizin erwarten können. Dem gegenüber steht – und das ist die paradoxe Entwicklung, wie wir sie in der Gesellschaft ganz oft erleben –, die Tendenz, fast industriell standardisierte Abläufe zu produzieren, die zwar

Qualität garantieren, möglicherweise aber Individualität gefährden. Schlagworte wie klinische Pfade, evidenzbasierte Medizin müssen dafür genügen.

Parallel zu den Entwicklungen im Bereich der organisatorischen Struktur entwickelt sich auf Personalebene das Selbstverständnis, Medizin und medizinische Behandlung im Sinne einer gemeinsamen Aufgabe zu sehen. Teamwork als Grundprinzip im interdisziplinären, interprofessionellen und interhierarchischen Sinn. Das bedeutet nicht nur das Zusammenwirken der Ärzte verschiedener Abteilungen, sondern das zunehmend selbstverständliche Miteinander zwischen Ärzten und Pflege, aber genauso Physiotherapie, klinischer Psychologie, Diätologie etc.

Der moderne Zentrumsgedanke ohne eine Betreuung durch ein multiprofessionelles Team ist heute und vor allem in der Zukunft nicht vorstellbar. Dazu kommt das zunehmende Selbstverständnis, nicht hierarchische Grenzen, sondern Kompetenzniveaus als entscheidenden Faktor in der Zusammenarbeit und der Struktur zu sehen.

Die Entwicklung der Krankenhäuser der letzten Jahre hat außerdem die Frage nach der Spezialisierung gestellt. Das Prinzip erscheint aufgrund organisatorischer und medizinischer Erfordernisse durchaus logisch, dennoch steht ihm aber ein möglicherweise ganzheitliches Menschenbild entgegen. Auch hier gibt es keine einheitliche Meinungsbildung, da letztlich beide Prinzipien ihre Berechtigung haben und Abbild einer pluralistischen Weltsicht sind. Die Spezialklinik, die hoch frequent mit höchster Expertise, aber eben eingeeengt auf ihr Fachgebiet Leistungen erbringt, steht dem – vor allem vom Patienten oft geäußerten – Wunsch nach einem ganzheitlichen, umfassenden Behandlungskonzept zuweilen entgegen. Dies ist sicher in so mechanistischen Fächern wie der Chirurgie, aus der ich übrigens selber komme, weniger von Bedeutung. In fachübergreifenden Bereichen ist dies aber sehr wohl eine Herausforderung. Und so zeigt sich auch hier, dass einfache Rezepte letztlich nicht die Grundfrage nach der Ausrichtung einer Klinik

beantworten können. Der Mythos der großen Zahl, wohl gepusht durch das ökonomische Prinzip der „Ökonomie of scale“, lässt sich jedenfalls in der Medizin nicht bedingungslos nachweisen.

Wenn auch unwidersprochen Mindestfrequenzen als das Allheilmittel der Qualität gesehen werden dürfen, so gibt es doch eine erstaunlich große Zahl von Studien (IQWiG etc.), die zeigen, dass Qualität selbst²¹ bei standardisierten Operationen ab einer bestimmten Zahl auch wieder sinkt, weil Industrieprozesse für Akteur und Patient unmenschlich sind.²² Auch dies ist eine Entwicklung, die letztlich aus dem Grundverständnis einer Klinik heraus entwickelt und gelebt werden muss und deren Bedeutung nur durch Bezug auf dieses Grundverständnis verständlich ist.

Daneben hat sich noch zusätzlich die Aufgliederung in den Kernbereich, also Patientenbehandlung und Pflege, und die sogenannten Supportleistungen wie Facilitymanagement, Verwaltung, Infrastruktur etc. etabliert. Es ist weitgehender Konsens, dass in diesen Bereichen, „Neben- oder Hilfsbereichen“, die größtmögliche wirtschaftliche Professionalität Einzug halten muss, um für die einen den unmittelbaren Gewinn zu mehren, für die anderen, ihren Grundauftrag (öffentliche Versorgung, Forschung, Lehre oder Gemeinnützigkeit) noch effizienter umsetzen zu können. Aber auch hier muss die Fragestellung des Grundauftrages im Blick behalten werden:

Wie also fassen wir die Fragestellung zusammen?

Im organisatorischen Bereich ist ein einheitliches Selbstverständnis weder für das Heute festzuhalten noch für die Zukunft zu postulieren.

Die Vielfalt der Zugänge, die teils mythologische Diskussion über angeblich gesicherte Entwicklungen, lässt eigentlich nur einen Auftrag offen: die permanente Auseinandersetzung mit der bestmöglichen Erfüllung des Patientenwohls – der selbstverständliche Auftrag, all die organisatorischen Mittel, die sich bieten, zum Nutzen des Patienten einzusetzen.

Fazit

Basis für das Selbstverständnis einer modernen Klinik ist die eindeutige Definition des Auftrages, ist die Klarstellung, auf welcher ideologischen Basis wir Medizin betreiben wollen: als zu erfüllender Versorgungsauftrag des Staates, als betriebswirtschaftliche Herausforderung eines Gesundheitsunternehmens, um Forschung, Lehre und Wissenschaft zu betreiben oder als Erfüllung eines idealistischen Auftrages einer gemeinnützigen Vereinigung. Auf Basis dieser Grundsatzentscheidung ist der Umgang und die Akzeptanz moderner Entwicklungen wie Zentrumsmedizin, abgestufte Versorgung, individualisierte Medizin auf der einen Seite und vernetzte, dokumentierte, standardisierte, qualitätsgesicherte Medizin, in Spezial- oder allgemeinen Krankenhäusern zu erbringen.

Die Grundfrage der menschlichen Betreuung, der persönlichen Zuwendung wird ohne die Klärung des ideologischen Auftrages nicht möglich sein und mündet in die einzig wirkliche wichtige Frage: Wie und warum wollen wir unseren Patienten – also notleidenden, hilfeschuchenden Menschen – begegnen.

Referenzen

- 1 Jetter D., *Geschichte des Hospitals. Band 1: Westdeutschland von den Anfängen bis 1850*. Sudhoffs Archiv, Franz Steiner Verlag, Wiesbaden (1966)
- 2 Barth P., *Philosophie der Geschichte der Soziologie. 1. Teil: Grundlegungen und kritische Übersicht*, Georg Olms Verlag (1971)
- 3 Fischer E. P., *Die andere Bildung*, Ullstein Verlag, München (2001)
- 4 Eckart W. U., Jütte R., *Medizingeschichte. Eine Einführung*, UTB Verlag, Stuttgart (2007)
- 5 Strohmaier G., *Avicenna*, Beck Verlag, München (1999)
- 6 Schipperges H., *Die Kranken im Mittelalter*, C. H. Beck Verlag, München (1990)
- 7 Krünitz J. G., Floerken F. J., Flörke H. G., Korth J. W. D., Hoffmann C. O., Kossarski L., *Ökonomische Encyclopädie*, veröffentlicht von J. Pauli 1791
- 8 Labisch A., Spree R., Koppitz U., „*Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett*“. *Zur Sozialgeschichte des allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*, Campus Verlag, Frankfurt/Main (1996)
- 9 Lütz M., *Lebenslust*, Pattloch Verlag, München (2002)

- 10 Zulehner P. M., *Gott ist größer als unser Herz*, Schwabenverlag, Ostfildern (2006)
- 11 Renner M. (Hrsg.), *Die Vita der Hl. Elisabeth des Dietrich von Apolda*, Historische Kommission Hessen, Marburg (1993)
- 12 Rümmele M., *Kranke Geschäfte mit unserer Gesundheit*, V: NP-Buch Symptome, Diagnosen und Nebenwirkungen der Gesundheitsreform, NP Buchverlag, St. Pölten (2005)
- 13 Kotler P., *Marketing Management*, Prentice-Hall, New Jersey (1988)
- 14 Merz F., *Wachstumsmotor Gesundheit*, Hauser Wirtschaft, Berlin (2007)
- 15 Czypionka T., Röhring G., Kraus M., Schnabl A., Eichwalder S., *Fondspitäler in Österreich: ein Leistungs- und Finanzierungsvergleich*, Juni 2008
- 16 Sprengseis G., Lang G., *Vom Wissen zum Können - Forschung für NPO's im Gesundheits- und Sozialbereich*, facultas.wuv, Wien (2006)
- 17 Klophe C., *Medizin und Verbrechen*, Klemm & Oelschläger, Münster/Ulm (2001)
- 18 Salfeld R., Hehner S., Wickels R., *Modernes Krankenhausmanagement*, Springer Verlag, Berlin (2007)
- 19 Zollanz H.-D., *Grundlagen Qualitätsmanagement*, Oldenburg München (2006)
- 20 Mischöhellig M., Schütz-Pazzini P., *Primäre Pflege in Theorie und Praxis*, Huber Verlag, Bern (2007)
- 21 Schäder P., *Mindestmengen in der Knieendoprothetik*, Orthopädie (2005); 34: 198-209
- 22 IQWIG (Hrsg), *Erstellung von Evidenzberichten zum Verhältnis von Menge und erbrachter Leistung der Qualität bei PTCA*, IQWIG, Köln (2006)

Weiterführende Literatur

- Schlegel H., *Spiritual Coaching - Führen und Begleiten auf der Basis geistlicher Grundwerte*, Echter Verlag, Würzburg (2007)
- Malik F., *Führen Leisten Leben, Wirksames Management für eine neue Zeit*, Heyne Verlag, München (2000)
- Jäger R., *Kompetenz führen in Zeiten des Wandels - Führungsinstrumente für die tägliche Praxis*, Beltz Verlag, Weinheim (2004)
- Welch J., Welch S., *Winning. Das ist Management. Wissen was zu tun ist*, Campus Verlag, Frankfurt (2005)

Dr. Franz Harnoncourt, Ärztlicher Direktor
A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen Linz
Fadingerstraße 1, A-4010 Linz
Franz.Harnoncourt@elisabethinen.or.at