

Die Kosten steigen, und der Staat stiehlt sich mehr und aus seiner Verantwortung. Es ist zu befürchten, dass zahlreiche Krankenhäuser schließen müssen. Dennoch entstehen neue Kliniken, und man redet viel von „Prozessoptimierung“ bei der Behandlung und Versorgung der Patienten.

Vom Krankenhaus zum Gesundheitspark

Die veränderten Aufgaben für Architekten

Text: Insa Lüdtko

„Wenn man über die Zukunft des Krankenhauses im traditionellen Sinn spricht, hat es keine Zukunft“, sagt Markus Müschenich. Der Berliner Arzt gründete 2001 die Experten-Gruppe „Concepthospital“, ein Thinktank mit rund sechzig Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis. Den Namen gab man sich ganz offensichtlich in Anlehnung an das „ConceptCar“, das Automobilkonzerne für große Messen entwerfen. Meist sind es futuristisch anmutende Gebilde, die nur noch entfernt an ein Auto erinnern – mit fünf Rädern oder mit digitalem Cockpit ohne Lenkrad.

Ein Krankenhaus-Besuch im Jahr 2020 könnte nach den Experten so ablaufen: Per Touch Screen öffnet sich die Schiebetür zum lichtdurchfluteten Foyer, es duftet nach Vanille, und es ertönt Vogelgezitscher. Der Fingerabdruck wird digitalisiert und die elektronische Krankenakte geladen. An der Rezeption erhält der Patient sein Klinik-Handy überreicht, auf dem Display erscheint bereits der Untersuchungstermin: 10.03 Uhr in Modul 7b. Noch vor dem Arzttermin geht man durch eine „Röntgenschleuse“. Beim Betreten des Untersuchungszimmers, das in seiner Möblierung und Farbgebung eher an

eine Lounge erinnert, hat der Arzt neben allen anderen Daten die Röntgenbilder schon vor sich auf seinem Laptop.

Die künftige Gesundheitsversorgung ist für Müschenich gar nicht mehr zwingend an Mediziner und Krankenhäuser gebunden. Im Vordergrund soll vielmehr das „Personal Data Depot“ stehen, die digitale Lebensgesundheitsakte. Ein „On-health-Assistent“ wird permanent eine Verbindung zum PC des Nutzers herstellen und ihm rund um die Uhr gesundheitsrelevante Empfehlungen generieren. Der Zukunftsforscher geht davon aus, dass Erkrankungen schon bald online diagnostiziert werden können, der Inhalt des Einkaufswagens mit den persönlichen Cholesterinwerten abgeglichen wird und beim Autokauf die Daten der letzten Wirbelsäulen-Untersuchung Hinweise auf die beste Sitzform geben. „Wir leben in einer Informationsgesellschaft und sollten auch vor den gesundheitsrelevanten Daten eines Menschen nicht haltmachen“, erklärt der Arzt. Und er prognostiziert, dass künftig „die Bereitstellung und Sicherung von Speicherkapazität für diese Daten ein entscheidendes Marketinginstrument von Krankenhäusern sein wird“. Krankenhäuser der Zukunft sieht Müschenich



dabei als hoch spezialisierte Gebäudeeinheiten in einem dezentralen Gesundheitspark, umgeben von ambulanten Satelliten wie mobilen Pflegediensten, Physiotherapie-Praxen, medizinischen Versorgungszentren, Patientenhotels, Wellness- und Fitnessanlagen.

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich bereits seit vielen Jahren in einem gewaltigen Umstrukturierungsprozess. Sobald die eine Reform verabschiedet ist, arbeiten Experten schon an der nächsten Vorlage. Die Trennung der Gesundheitssektoren in ambulant, stationär und rehabilitativ hat ein überteuertes System mit Redundanzen und übermäßiger Abrechnungsbürokratie hervorgebracht. Gleichzeitig drängt die Zeit. Es müssen Investitionen in zweistelliger Milliardenhöhe durchgeführt werden, um den Bestand der Bauten zu modernisieren. Der Staat jedoch zieht sich mehr und mehr von seinen Aufgaben zurück. Für die Zukunft der Krankenhäuser bedeutet das erhebliche finanzielle Einbrüche. Zahlreichen Häusern droht sogar das Aus. Mit der schrittweisen Einführung der Fallpauschale DRG (Diagnose Related Groups) rechnen die Krankenkassen nicht mehr wie bisher pro Kran-

kenhaustag bzw. „Bett“ ab, sondern kalkulieren in Pauschalbeträgen für standardisierte Behandlungsvorgänge. Eine vor drei Jahren veröffentlichte Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung und der Unternehmensberatung Admed brachte das Problem ans Licht: Rund 26 Prozent aller Kliniken sind von massivem Bettenabbau oder sogar von Schließung bedroht (www.kliniksterben.de). Der Westen ist stärker bedroht als der Osten, da dort die Krankenhäuser in den letzten 15 Jahren modernisiert oder neu errichtet worden sind. Und: Private Kliniken wird es seltener treffen als öffentliche.

Wird nun bei dieser Entwicklung das klassische Krankenhaus als Bauaufgabe für Architekten verschwinden? Für die Münchner Architektin Christine Nickl-Weller, die seit 2004 das Fachgebiet für Entwerfen von Krankenhäusern und Bauten des Gesundheitswesens der TU Berlin leitet, ist dies bei Häusern mit einer herkömmlichen Struktur zu erwarten. Der Wandel von der Gesundheitsversorgung zur „Gesundheitswirtschaft“ bringe aber den gesamten Bereich – von der Apotheke bis zum Großklinikum – in Zugzwang und im besten

Sanierung und Umbau des 21-geschossigen Bettenhauses mit chirurgischem Zentrum, das 1977–82 auf dem alten Gelände der Charité in Berlin errichtet wurde.

Foto: Erik-Jan Ouwerkerk

Verschiedene Entwicklungen unserer Zeit haben die Bauten des Gesundheitswesens, vor allem ihre Rolle in der Gesellschaft und ihre Wahrnehmung in den Städten, deutlich beeinflusst. Der medizinische und medizintechnische Fortschritt, insbesondere in Bereichen wie der Radiologie, der Chirurgie und der Neurologie, hat altbekannte Betriebs- und Funktionsabläufe verändert oder sogar überflüssig gemacht. Darüber hinaus befinden wir uns in einer Epoche der Globalisierung, in der Europa mit großem Interesse US-amerikanische Modelle betrachtet.

Dieser beschriebene Wandel lässt vielfältige Aufgaben für Architekten entstehen. Die neuen Strukturen der Gesundheitsversorgung erfordern bauliche Eingriffe verschiedener Art und Weise. Die Erneuerung und der Ausbau zu Elitekliniken, an denen Kompetenzen konzentriert werden, sind Möglichkeiten, vorhandene Einrichtungen zu stärken und für die Zukunft zu rüsten. Ein Beispiel für eine solche Maßnahme ist das Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Seit dem Jahr 2001 läuft hier eine umfassende bauliche Neukonzipierung. Die Bauten werden entweder saniert oder abgerissen und neu errichtet. Hauptziel der Gesamtbaumaßnahme ist es, das Krankenhaus zu modernisieren, um mit seiner Struktur und seinem Erscheinungsbild der renommierten Hochleistungsmedizin Frankfurts gerecht zu werden und es an die heutigen

technischen Anforderungen anzupassen. Die Struktur des Gesamtkomplexes, wie er sich zum Main präsentieren wird, ist bereits zu erkennen, vor allem mit dem neuen Haupteingang. Die verglaste Halle wird die Schnittstelle zwischen Universitäts- und Klinikbetrieb bilden. Hier beginnt auch die Magistrale, an der sich die Untersuchungseinheiten wie kleine Kliniken aneinanderreihen werden. Neue Forschungseinrichtungen werden Inseln des Austauschs auf dem Campus bilden. Die Fassadensanierung der Hochhausscheibe ist eine Maßnahme zur Energieeinsparung, darüber hinaus wird das Klinikum dadurch ein neues Erscheinungsbild erhalten.

Die fortschreitende Spezialisierung innerhalb der Medizin ermöglicht die Entstehung von Kliniken, die eine oder mehrere Kompetenzen als Alleinstellungsmerkmal ausbauen und so Zukunftsperspektiven schaffen. Ein Beispiel ist hier das gerade eröffnete, europaweit einzigartige Ionenstrahl-Therapiezentrum „HIT“ am Heidelberger Universitätsklinikum. Es wird nicht nur vielen Menschen helfen, sondern auch wissenschaftliche Grundlagenforschung für neue Krebstherapien betreiben.

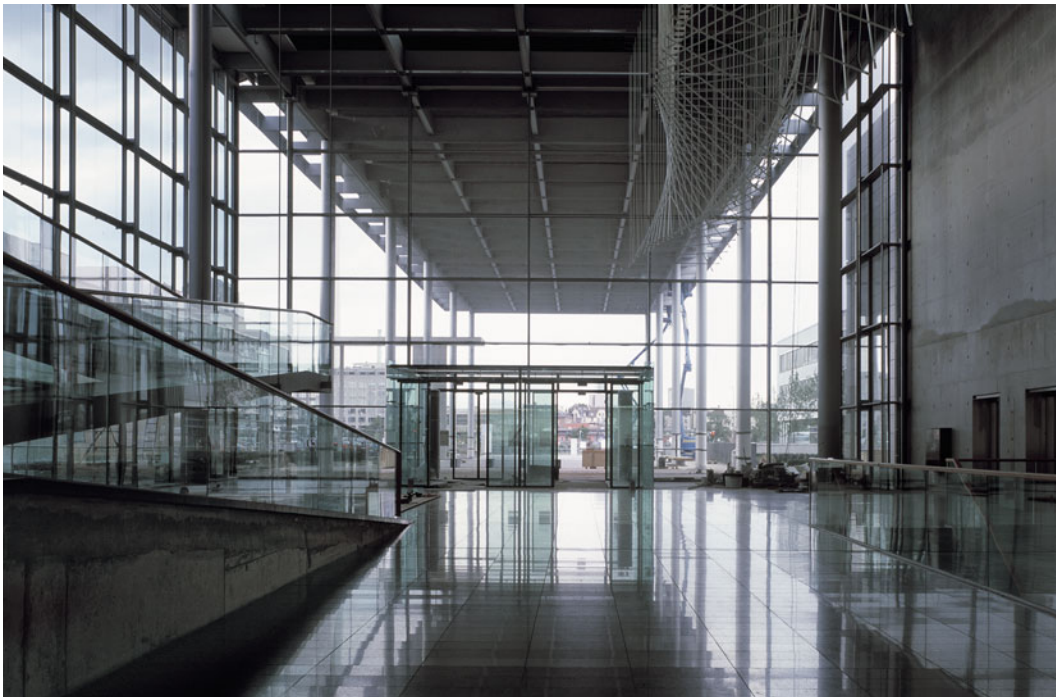
Im Allgemeinen wird für das gesamte Spektrum von Gesundheitsbauten, von Spezialkrankenhäusern bis hin zu Arztpraxen, vom beauftragten Architekten der sichere Umgang mit unterschiedlichen sehr komplexen Themen erwartet. Deshalb ist es für den Entwurfsprozess

von zukunftsfähigen Einrichtungen des Gesundheitswesens erforderlich, dass der Architekt über spezifische Kenntnisse von funktionalen, gestalterischen, konstruktiven, medizinischen, technologischen, ökonomischen und sozialen Aspekten im Gesamtkontext verfügt. Hierdurch gewinnt er die Freiheit, die er benötigt, um kreativ arbeiten zu können.

Am Fachgebiet „Entwerfen von Krankenhäusern und Bauten des Gesundheitswesens“ am Institut für Architektur der TU Berlin ist es unser Ziel, künftigen Architekten das Wissen über die Logik der Zusammenhänge zu vermitteln. Denn dieses Wissen ist die Voraussetzung, um Gesundheitsbauten planen zu können. Den Wandel wahrzunehmen und auf die veränderten Bedürfnisse mit architektonischen Konzepten angemessen zu reagieren ist eine große Herausforderung. Nur die intensive Beschäftigung mit neuen Entwicklungen und das daraus resultierende Verständnis komplexer Zusammenhänge können helfen, den Architekten wieder mehr zum Dirigenten zu machen.

Christine Nickl-Weller

Christine Nickl-Weller ist Leiterin des Fachgebiets Entwerfen von Krankenhäusern und Bauten des Gesundheitswesens an der TU Berlin.



Fall zum Handeln. Frau Nickl-Weller ist der Überzeugung, dass sich dadurch zahlreiche andere Bauaufgaben für Architekten ergeben werden. Weil sich scheinbar alles neu organisieren muss, sei die „Gesundheit“ schon längst bei vielen Investoren und Betreibern ein lukratives Geschäftsfeld. Experten schätzen das Marktvolumen für Dienstleistungen rund um die Gesundheit auf rund zehn Milliarden Euro. Nur rund 20 Prozent der kommunalen Kliniken arbeiten gewinnbringend, viele Häuser wurden deshalb schon privatisiert. Auch im ambulanten Bereich sind kostensparende Umstrukturierungen im Gange. Ärzte schließen sich immer öfter in Form von medizinischen Versorgungszentren zusammen.

Das Ende dieser Entwicklung ist noch nicht erreicht. Denn künftig wird der demografische Wandel die Mittel noch weiter verknappen. Das erfordert Konzentration und eine effektivere Verzahnung der Strukturen. Bei dieser Neuordnung sind innovative Gebäudetypologien mit hoher Wirtschaftlichkeit ein „Zukunftsmarkt“ für Architekten.

Der Internist Roland Mörmel ist Mitglied der Geschäftsführung der Hochtief Construction AG im Bereich Gesund-

heitsimmobilien. Er analysiert die Veränderungen der Arbeitsprozesse im Medizinbetrieb und bietet Betreibern komplexe Verbundlösungen aus einer Hand an. Der Patient von gestern wird für ihn morgen zum Kunden, der – gewichtiger und älter – immer häufiger an chronischen Krankheiten leidet. Bereits jetzt entwickeln sich über die kurativen Leistungen hinaus regionale Strukturen aus Prävention, Rehabilitation bis hin zu Wellness- und gesundheitsspezifischen Angeboten. Gudrun Erzgräber, die Geschäftsführerin der Berlin-Buch Management GmbH, prognostiziert, dass sich dabei immer mehr hoch spezialisierte Gesundheitszentren herausbilden werden, die miteinander in einen Wettbewerb treten. Buch, ein klassisches, in einer Parklandschaft eingebettetes Krankenhausquartier aus dem frühen 20. Jahrhundert, entspricht leider nicht mehr den Anforderungen moderner Versorgung. Der private Betreiber Helios hat daher in diesem Sommer nebenan einen kompakten Gebäudekomplex mit 200 Betten eröffnet, in die sanierten Bestände zogen Forschungsinstitute der Charité ein, neue Laborgebäude für private Firmen im Gesundheitsbereich ergänzen auf einem neuen Areal den Campus.

Das neue Entree und das Operative Zentrum des Klinikums der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main von Nickl & Partner. Zur Gesamtplanung gehören weitere Neubauten und die Sanierung des Bettenhauses.

Fotos: Werner Huthmacher

Einerseits verzeichnet Deutschland einen deutlichen Bevölkerungsrückgang und damit auch – in bestimmten Regionen – einen Patientenschwund. Andererseits soll aber eine flächendeckende Krankenversorgung gewährleistet werden. Dies bedeutet, dass künftige Krankenhausbauten in der Fläche ohne allzu große Probleme in Praxiskliniken umgewandelt werden können.

Bei den Behandlungsabläufen sind Veränderungen erkennbar. Während sie bisher von den Ärzten weitgehend bestimmt wurden, wird nun die Sichtweise des Patienten dominierend. Für den Arzt hat die Optimierung seiner Abteilung Priorität, für den Patienten die durchgängige Behandlung. Das bedeutet auch, dass Patienten in Zukunft nicht mehr auf Abteilungen liegen, sondern in einem Bettenzentrum. Die Zentren wiederum werden, abgestuft nach dem Pflegebedarf, unterschiedlich ausgestattet. Patienten, die mobil sind, erwarten heute mehr und mehr einen Hotelstandard.

In Deutschland werden im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern zu viele Patienten im Krankenhausbett behandelt. Da sich das

weniger auf die medizinische Notwendigkeit als auf das System der Krankenhausversorgung und -vergütung zurückführen lässt, könnten 30 bis 40 Prozent der Patienten auch ohne Krankenhausbett behandelt werden. Damit wäre auch eine vergleichbare Anzahl an Betten in den Krankenhäusern nicht mehr erforderlich.

Das Krankenhaus wird in Zukunft immer mehr als Gewährleister und nicht mehr als Leistungserbringer auftreten. Dies bedeutet, dass das Krankenhaus die Leistungen nicht mehr selbst erbringt, wohl aber die Leistung organisiert und gewährleistet. Der Gewährleister managt als Generalunternehmer. Schon heute sind die Krankenhäuser in weiten Bereichen als Gewährleister tätig, etwa dann, wenn sie die Küchenversorgung im Krankenhaus an Dritte abgegeben haben, die Reinigungsdienste oder auch die technischen Dienste nicht mehr selber durchführen, aber den Patienten gewährleisten, dass diese Leistungen zur Verfügung gestellt werden.

Im Bereich der Rehabilitation wird es auch erhebliche Umstrukturierungen geben.

Ein großer Teil der heute stationär erbrachten Leistungen wird in Zukunft ambulant und nahe am Wohnort des Patienten erbracht werden. Außerdem ist zu erwarten, dass ein dreiwöchiger Reha-Aufenthalt mit bestimmten Zeitabständen, aufgeteilt in drei Mal eine Woche, eine bessere Wirkung erzielt. In der Zwischenzeit könnte per Telematik eine Betreuung vorgenommen werden. Dies verlangt mehr Eigeninitiative vom Patienten, die für den Heilungsprozess wichtig ist.

Bei der Gesamtbetrachtung der Neustrukturierung im Krankenhausbereich ist von anderen Ländern zu lernen: von Schweden das Modell der Patientenhotels, von den USA das Modell der teilstationären Patientenbehandlung und zugeordneten Facharztzentren, von Frankreich die ambulante Behandlung im Krankenhaus. *Günter Neubauer*

Günter Neubauer ist Professor für Gesundheitsökonomik, Universität der Bundeswehr, München.



Auch die Uniklinik Köln muss sich derzeit als Krankenhaus der Maximalversorgung mit 1250 Betten neu konzipieren. Jährlich werden hier 50.000 Patienten stationär und über 150.000 ambulant versorgt. In 23 Kliniken und elf Instituten arbeiten mehr als 6000 Menschen. Ein Masterplan zielt auf eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit und des Services, die Straffung logistischer Abläufe mit Wegfall von Doppelvorhalten und die Reduzierung der zu bewirtschaftenden Flächen ab. Energetisch optimierte Gebäude sollen geschaffen werden. Außerdem sollen „Personalsynergien“ und neue „Personalmodelle“ entstehen. Weitere Ziele sind die Verlängerung der Betriebszeiten und die Gründung von Tochter- und Beteiligungsgesellschaften. Alle diese Maßnahmen sollen das Betriebsergebnis deutlich verbessern.

Der Masterplan soll die über den Campus der Uniklinik verstreuten Gebäude in einem „Zentralklinikum der kurzen Wege“ zusammenführen. Hierbei wird das 18-geschossige Bettenhaus saniert, und verschiedene Funktionsbereiche im Bestand werden neu strukturiert. In Bau befindet sich zurzeit ein Laborgebäude. Geplant sind ein Neubau für weitere Funk-



tionsbereiche mit Public-Private-Partnership-Finanzierung sowie ein Hotelneubau unter Beteiligung eines Investors. Ein medizinisches Versorgungszentrum ist bereits eröffnet. Als bisher wichtigster Neubau des Gesamtprojekts eröffnete in diesem Monat das Herzzentrum (Seite 22/23).

Für Martin Bleckmann, Projektleiter bei von Gerkan, Marg und Partner, die beim Herzzentrum den Auftrag erhielten, war es eine große planerische Herausforderung, eine Gebäudestruktur zu entwickeln, die die immer kürzer werden den Erneuerungs- bzw. Austauschzyklen der Medizintechnik aufnehmen kann, ohne die Konstruktion und die Versorgungsstränge in Frage zu stellen. Für Michael Dannenberg, Projektsteuerer bei Medfacilities, einem Tochterunternehmen der Uniklinik Köln, wäre es aus heutiger Sicht sogar von Vorteil, bei Neubauprojekten gleich zehn Prozent mehr Fläche vorzusehen – wie es bereits private Betreiber tun. Dannenberg nennt ein Beispiel, das die Komplexität der Planungen verdeutlicht: Kurz vor Eröffnung sollte im OP des Herzzentrums der Uniklinik ein „Hybridarbeitsplatz“ geschaffen werden. Dabei mussten die Planer die Anforderungen an eine Lüf-

tungsdecke im OP mit dem Schienensystem der Röntgenanlage in Einklang bringen. „Als Architekt muss man hier abseits aller gestalterischen Kriterien tief in die technischen Details einsteigen und in ständigem Austausch mit Hygienefachleuten, Betriebsplanern und Medizintechnikern stehen“, so Dannenberg. Man sei häufig nur noch Moderator. Bleckmann spricht beim Krankenhausbau von einer hoch komplizierten Uhrmacher-Arbeit. Trotzdem ist in Köln die Architektur nicht in den Hintergrund gerückt. Im Gegensatz zum klinischen Alltagsbetrieb gaben die Planer dem Bau Fassaden aus Muschelkalk, große Glaselemente und farbige Lamellen. Auch für die Innenräume wurde ein Farbkonzept entwickelt. Die Lichtreflexionen, die sich durch den sonnengelben Fußboden ergeben, tauchen die Räume in warmes Licht, dunkle Holzflächen setzen Akzente. Helle und fließende Vorhänge, hölzerne Wandbekleidungen an den Stirnseiten der Betten und Patientenschränke mit Holzoberflächen sorgen für eine wohnliche Atmosphäre. Im dritten Obergeschoss sind immer zwischen zwei Doppelzimmern Aufenthaltsräume mit Loggien eingefügt.

Im letzten Dezember eröffnete in Greifswald das Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Poliklinik) von Heinle, Wischer und Partner.

Fotos: Werner Huthmacher

Bei der Betrachtung der diversen Einflussfaktoren und der Unwägbarkeiten innerhalb von Klinikgebäuden und der Lebensdauer von medizintechnischen Geräten mit ihren Innovationszyklen von teilweise nicht einmal acht Jahren scheint ein Krankenhausbau für Architekten nicht mehr planbar zu sein. Es kann jedoch mit baulichen und organisatorischen Einrichtungen ein „Bausystem“ geschaffen werden. Dabei sind Flächen im Sinne von Plattformen zu planen, die problemlos erweiter- und reduzierbare Bereiche aufnehmen können. Es geht somit beim Entwurf nicht mehr darum, ein in Beton gegossenes Ideal zu entwickeln, sondern Raumstrukturen anzubieten für austauschbare Nutzungen. Über die generellen Prinzipien der Flexibilität und Erweiterbarkeit hinaus bedeutet dies den Aufbau von Entwicklungsplattformen für klinische Prototypen mit modularen Systemen.

Organisatorisch ist dafür die Umstellung einer reaktiven auf eine aktive Verwaltungsführung erforderlich. Voraussetzung hierfür ist die Kenntnis der wahren Sachstandslage. Eine Gesamtplanung beruht auf einer Gesamtkosten-

rechnung. Hierbei müssen die Kosten von Flächen besonders beachtet werden. Jeder Euro Investition generiert vor allem bei Klinikgebäuden ein Vielfaches an Folgekosten im Betrieb und Erhalt. Das Wegbrechen der finanziellen Grundlagen bei den Krankenhäusern und die damit verbundenen Ressourcendiskussionen erhöhen den Druck auf eine wirtschaftlich optimierte Klinikumsführung und die Ausschöpfung aller Möglichkeiten. Dies ist positiv zu sehen, da es den Aufbau von Klinik-Allianzen, Schwerpunktbildungen (regional, national, international) und eine Ausnutzung aller informationstechnischen Möglichkeiten fördert.

Der Zeitfaktor wird im Wettbewerb der einzelnen Universitätskliniken von entscheidender Rolle sein. Die bestehenden Verfahren der öffentlichen Investitionsfinanzierung erweisen sich hierbei als gänzlich ungeeignet, der Transformationsprozess beginnt sich erst schwerfällig in Bewegung zu setzen. Daher sind andere, flexible und schnelle Modelle gefragt, zum Beispiel Investoren- und Mietmodelle, Besitzgesellschaft, Public-Private-Partnership usw.

Bei der Entwicklung der Unikliniken sind weiterhin mehrere Dinge entscheidend: die Wirtschaftlichkeit, die medizinische Leistungsfähigkeit und damit verbunden die Attraktivität für Patienten, die leistungsfähige Forschung, deren Ergebnisse in Anwendungen weiterentwickelt werden können, und nicht zuletzt eine attraktive Lehre.

Die Konzentration auf das Wesentliche folgt der Entwicklung anderer Industrie- bzw. Dienstleistungsbereiche. Der Betrieb einer Immobilie gehört nicht zum Kerngeschäft eines Klinikbetreibers. Die Qualität der baulichen Anlagen und die Geräteausstattung wiederum beeinflussen maßgeblich den Erfolg. Die Überführung des Klinikums in eine Besitz- bzw. Betreibergesellschaft in Verbindung mit geeigneten Mietmöglichkeiten bietet eine flexible Reaktion auf sich wandelnde Einflüsse. In diesem Sinne sind Kliniken planbar.

Peter Heinen

Peter Heinen ist Geschäftsführer der Uniklinik Köln.



Ein wichtiger Aspekt im künftigen Konkurrenzkampf der Krankenhäuser ist die Servicequalität. Da die Standardleistungen in allen modernen Kliniken ähnlich sind, zählt die außermedizinische Dienstleistung, für die der Patient auch zahlen muss, zum Beispiel für die Internetnutzung. Der Patient soll Kunde sein, den es bei Laune zu halten gilt. Je nach Schweregrad der Erkrankung verschieben sich die Facetten. Ein Sportler, der sich nur die Sehne gerissen hat, hat ganz andere Bedürfnisse als jemand, der mit einer schweren Krankheit kommt, und gerade für Fälle wie dem erstgenannten werden jetzt auch in diesem Krankenhaus Entertainmentmöglichkeiten angeboten.

Das vierbändige Betriebshandbuch mit zurzeit gut 800 Seiten wird in der Abteilung „Zentralbereich Medizinische Synergien“ (ZMS) von einem Expertenteam stets aktualisiert. Sie optimieren damit die Arbeitsabläufe und schreiben sie als „effiziente Prozessketten“ verbindlich fest. Jedes Detail wird separat aufgeführt: sowohl das Prozedere bei der Patientenaufnahme als auch bei der Speisenversorgung, ja selbst das Schreiben von Arztbriefen. Die Wäschebereitstellung und die Ver-

sorgung mit Sterilgut im OP nehmen sie genauso unter die Lupe wie die Abläufe bei Untersuchungen und medizinischen Behandlungen. Auch der Faktor Wartezeit spielt eine wichtige Rolle. So sollen nach Möglichkeit mehrere Untersuchungen nacheinander im selben Raum stattfinden können. Die Einführung des Bereichs Intermediate Care (IMC) als Übergangspflege zur Normalstation nimmt aufgrund neuer und ökonomischerer Betriebsabläufe eine zentrale Stellung ein. Die Maßgabe lautet auch hier stets Kostenoptimierung.

Das Krankenhaus der Zukunft hat somit bald nur noch wenig gemein mit den alten Städtischen Kliniken. Die Universitätsklinik Frankfurt am Main arbeitet bereits mit dem benachbarten Luxushotel Intercontinental zusammen. Das Angebot: Operation im Krankenhaus plus Nachbehandlung in der Suite nebenan. Die Zielgruppe sind vermögende, meist arabische Patienten, die in den letzten Jahren verstärkt den Service deutscher Krankenhäuser schätzen gelernt haben. Eine rentable Einnahmequelle, da ein herzkranker Scheich rund 30.000 Euro für einen einwöchigen Aufenthalt auszugeben bereit ist, wie das hessische Wirtschaftsministerium ausgerech-

net hat. Aber selbst für die gesetzlichen Krankenkassen kann sich die Unterbringung eines Patienten, etwa nach der Operation des Sprunggelenks, im einfachen Zimmer eines an die Klinik angegliederten Patientenhotels rechnen. Die Pflegekraft auf der Station kostet deutlich mehr als das Service-Personal im Hotel.

Trotz eines zunehmenden Serviceangebots, steigenden Komforts und noch effizienterer High-Tech-Medizin scheint es jedoch dem Krankenhaus der Zukunft an einem zu fehlen: an der Zeit für das Gespräch mit den Patienten. Der Berliner Philosoph Wilhelm Schmid fährt jedes Jahr für zwei Wochen in eine Schweizer Klinik. Die Ärzte haben ihn eingeladen. Sein Auftrag besteht darin, zuzuhören: den Patienten, dem Pflegepersonal, den Ärzten. Jetzt weiß er, woran das System Krankenhaus wirklich krankt: „Schmerzen und Krankheit lassen sich nicht eliminieren. Sie sind grundlegende Bestandteile des Lebens. Dass man vollständig frei von allem Negativen sein soll, das überfordert den einzelnen Menschen, den Arzt und auch das Krankenhaus.“

Der H-förmige Neubau des Herzzentrums an der Uniklinik Köln von gmp Architekten. In der gläsernen, natürlich belüfteten Eingangshalle erinnert kaum etwas an ein Krankenhaus.

Fotos: Jürgen Schmidt