

AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE

Krankenhaus

Julia Rothenburg
ZWISCHEN GÖTTERN
UND GEISTERN

Thomas Gerlinger
KRANKENHÄUSER
IN DEUTSCHLAND.
STRUKTUREN – PROBLEME –
REFORMEN

Käthe von Bose
REINIGUNG
IM KRANKENHAUS

Fritz Dross
HEILENDE HÄUSER?

Sabine Schleiermacher
ZUR GESCHICHTE DER CHARITÉ
IM 20. JAHRHUNDERT

*Maximiliane Wilkesmann ·
Jonathan Falkenberg*
PROFESSIONS-
VORSTELLUNGEN
IN DER ÄRZTESCHAFT

APuZ

ZEITSCHRIFT DER BUNDESZENTRALE
FÜR POLITISCHE BILDUNG

Beilage zur Wochenzeitung Das **Parlament**

Krankenhaus

APuZ 30–31/2021

JULIA ROTHENBURG

ZWISCHEN GÖTTERN UND GEISTERN

Das Krankenhaus hat in unserer hochfunktionalen Gesellschaft den Zweck, die Welt der Kranken aus dem echten Leben auszuschließen. In der Fiktion, in Literatur, Film und Fernsehen, lässt sich diese Welt zur Selbstbefragung betreten – oder zur Unterhaltung.

Seite 04–08

THOMAS GERLINGER

KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND. STRUKTUREN – PROBLEME – REFORMEN

Krankenhäuser sind ein Eckpfeiler der Krankenversorgung. Die Krankenhauslandschaft in Deutschland ist vielfältig und steht vor großen Herausforderungen und Umbrüchen in den nächsten Jahren, um die Bevölkerung bedarfsgerecht zu versorgen.

Seite 09–16

KÄTHE VON BOSE

REINIGUNG IM KRANKENHAUS

Betrachtet man das Krankenhaus als Organisation, befinden sich die Reinigungskräfte in einer Randstellung. Durch die Corona-Pandemie wurde das Thema Hygiene und damit auch die Reinigung sichtbarer – geht dies mit Verbesserungen der Arbeitsbedingungen einher?

Seite 18–23

FRITZ DROSS

HEILENDE HÄUSER?

Die Durchsetzung eines neuen Typus von Krankenversorgung in eigens dazu errichteten Häusern hat eine lange Entwicklungsgeschichte. Die moderne Medizin wäre ohne die Entstehung des modernen Krankenhauses nicht denkbar – und umgekehrt.

Seite 24–31

SABINE SCHLEIERMACHER

ZUR GESCHICHTE DER CHARITÉ IM 20. JAHRHUNDERT

Die Charité ist das älteste Krankenhaus Berlins. Ihre Geschichte im 20. Jahrhundert ist eng mit den Umbrüchen von 1933, 1945 und 1990 verbunden. Nach der Wiedervereinigung wurde das Haus zu einer der größten und bekanntesten Universitätskliniken Europas.

Seite 32–38

MAXIMILIANE WILKESMANN ·

JONATHAN FALKENBERG

PROFESSIONSVORSTELLUNGEN IN DER ÄRZTESCHAFT

Ausgehend von einer soziologischen Einbettung wird in diesem Beitrag die Kontinuität und der Wandel von Professionsvorstellungen am Beispiel der Ärzteschaft im Krankenhaus gezeigt. Ökonomisierung und Digitalisierung spielen eine große Rolle.

Seite 39–46

EDITORIAL

Krankenhäuser im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“. Die moderne Medizin ist ohne die Entstehung des modernen Krankenhauses, in dem Krankheiten studiert und Behandlungen erprobt werden können, nicht denkbar. Im Laufe der Zeit sind Krankenhäuser in Gesundheitssystemen weltweit zu Eckpfeilern der Krankenversorgung geworden.

Wohl niemals zuvor hat es einen derart tiefen Einblick in Alltag und Ausnahmezustand in Krankenhäusern gegeben wie im Verlauf der Corona-Krise. Bilder und Berichte von erschöpften Ärztinnen und Krankenpflegern haben die Dramatik der Lage greifbar gemacht und ihre „Systemrelevanz“ verdeutlicht. Auch die für die Krankenhaushygiene so wichtige Arbeit der Reinigungskräfte wurde sichtbarer. Mit fortschreitender Impfkampagne wird die Kennzahl der freien Betten auf den Intensivstationen eine noch größere Rolle in der Bewertung der Pandemie spielen als zuvor.

„Freie Betten“ ist auch das Stichwort, das auf zwei zentrale Debatten um die Zukunft der Krankenhäuser in Deutschland verweist. Zum einen ist das jene um Bettendichte, Spezialisierungen und damit verbunden mögliche Schließungen; zum anderen jene um die Personalnot im Pflegebereich – Betten sind schließlich nur verfügbar, wenn die darin liegenden Patient:innen auch versorgt werden können. Eingebettet sind diese und andere Fragen in einen übergreifenden Diskurs um eine „Ökonomisierung“, die, befürwortend oder kritisch, mit der Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen und der Privatisierung von Krankenhäusern in Verbindung gebracht wird.

Anne Seibring

ESSAY

ZWISCHEN GÖTTERN UND GEISTERN

Julia Rothenburg

Bei meinem ersten Aufenthalt in einem Krankenhaus entpuppte ich mich als widerspenstige Patientin: Obwohl der Blasensprung meiner Mutter am Vorabend schon etliche Stunden zurücklag, wollte ich mich nicht bewegen. Im Krankenhaus aber sind die Abläufe streng vorgeschrieben, und wenn ein neuer Tag beginnt, beginnt er abrupt und ohne Wenn und Aber: Ein hingeworfenes Klopfen, dann geht die Tür auf und eine Pflegerin schiebt ein Wägelchen mit Tabletten, mit Spritzen, mit Fieberthermometer oder anderen Messgeräten herein.

Aber anders als andere Patient*innen wollte ich mich dem durchgetakteten Rhythmus nicht unterwerfen.

„Patient“ oder „Patientin“, das ist der Name, der eine Kranke oder einen Kranken im Krankenhaus bezeichnet. Nicht etwa „Klientin“ oder „Kunde“. „Patient“ kommt vom lateinischen Wort *pati*, was so viel wie „erdulden“ oder „leiden“ bedeutet. Die Regeln des Krankenhauses sind nicht danach ausgerichtet, sich dem Patienten oder der Patientin und ihrem individuellen Lebensrhythmus anzupassen.

Die Hebamme griff also zu rabiateren Methoden, schließlich musste sie bald zu einer Mitarbeiterbesprechung. Sie hielt meiner Mutter einen riesigen Metallwecker auf den Bauch und ließ ihn schellen. Doch auch diese anscheinend universell gültige Aufforderung zum Fahnenappell ließ mich kalt. Und so musste ich schließlich von einer Ärztin mit einer Saugglocke – eine Art Pömpel – aus dem Mutterleib gezogen werden, da war die Hebamme schon längst wieder in den Windungen des Krankenhauses verschwunden.

So wurde ich geboren und war bereits Patientin. Wie die Mehrheit der Deutschen, schließlich betreten wir fast alle diese Welt durch ein Krankenhaus. Ohne zu verstehen, was das für ein besonderes Tor ist, das wir da passiert haben.

*

Auch ich verließ das Krankenhaus nach fünf Tagen in einer Babyschale und wusste bis zu einem

gewissen Alter nicht, dass die Welt der Krankheit noch so viel weiter geht als bis zu meinem furcht-einflößenden weißkitteligen Kinderarzt, in dessen Wartezimmer es speckiges Plastikspielzeug gab und alles immer warm und stickig war, die Luft erfüllt vom Kinderhusten, nur einen Block von meinem Zuhause entfernt. Ich wusste nicht, dass es ganze Gebäude gibt, einen Komplex, der, wie kaum etwas anderes, eine scharfe Grenze zwischen zwei Welten markiert.

„Jeder, der geboren wird“, so schreibt Susan Sontag in ihrem einflussreichen Essay „Krankheit als Metapher“, „besitzt zwei Staatsbürgerschaften, eine im Reich der Gesunden und eine im Reich der Kranken“.⁰¹ Ich also hatte meine zwei Staatsbürgerschaften schon mit einem Schlag angetreten, als ich während der Geburt akribisch überwacht wurde und, kaum aus dem Körper meiner Mutter geholt, durch die endlosen Gänge des Krankenhauses davongetragen wurde. Und schon damals war auch ich den, wie Sontag schreibt, „nationale[n] Stereotypen“,⁰² die mit jener zweiten Staatsbürgerschaft einhergehen, unterworfen. Für Sontag sind das in ihrem Essay vor allem die „grauenhaften Metaphern“ der Krankheiten, mit denen die Landschaft jenes Krankenreiches „ausstaffiert worden ist“.⁰³ Aber neben den Vorannahmen, mit denen wir bei Krankheiten wie Krebs konfrontiert sind und die unsere Vorstellung vom Kranken und seinen „Geißeln“ prägen, sind es auch die Regeln, die Gesetzmäßigkeiten des Krankenhauses, denen wir uns als Patient*innen beugen müssen: Ich war damals als Neugeborene nicht krank, und doch wurde ich fortgebracht, fort zu merkwürdigen Apparaturen, mit denen fremde Menschen die Geheimnisse meines Körpers, die mir damals wie heute fremd sind, zu ergünden versuchten.

*

Was es wirklich bedeutet, diese zwei völlig konträren Staatsbürgerschaften zu besitzen, erfuhr

ich freilich erst, als ich das nächste Mal im Krankenhaus war.

Ich war 23 und saß auf einem Krankenbett, zu dem man mich gebracht hatte, nachdem ich an einem ersten Mai mit merkwürdigen Taubheits-symptomen in der Notfallpraxis der Uniklinik Freiburg vorgesprochen hatte. Ich war verwirrt, spürte meinen einen Arm kaum noch, hatte Angst und wartete dennoch darauf, dass ich gehen durfte. Ich war noch nie bewusst in einem Krankenhaus gewesen. Um mich herum war nur Kargheit, die Armlehnen des Bettes kurz vor grau, die Wandfarbe kurz vor pfirsich, der Boden kurz vor sand, alles kurz vor, nichts, was sich einbrennt, und in diesem Moment sorgte all das dafür, dass ich das Gefühl hatte, weder genau sagen zu können, wo ich war, noch, wie viel Uhr es war.

Man hatte mir noch immer nicht gesagt, welche Untersuchungen nötig sein würden und wann ich gehen durfte, als eine Pflegerin hereinkam. Ihr Wägelchen kam genau vor mir zum Stillstand. „Spritze“, erklärte sie nüchtern, und ließ schon, wie im Film, den ersten Tropfen aus der Nadelquellen. „Was für eine Spritze?“, fragte ich alarmiert. „Bauch oder Bein?“, fragte die Pflegerin nur zurück. „Die meisten nehmen Bauch“, fügte sie hinzu, als würde das irgendetwas erklären.

Das war der Moment, an dem mir klar wurde, dass ich an einem Ort in Freiburg gelandet war, der mitten in der Stadt, aber doch außerhalb ihrer Ordnung zu liegen schien. Ein Ort, an dem mein Körper nicht mehr mir allein gehörte, wo er mir, der Patientin, nicht mehr „als innerhalb einer individuellen Biographie, sondern quasi nur als räumliches Konstrukt einer Wissenschaft“⁰⁴ erschien. Wer die Schwelle des Krankenhauses übertritt, das verstand ich dort, lässt etwas zurück, seine Gewohnheiten, seine Selbstbestimmtheit, sein Umfeld. Und sein Wissen über sich und das, was geschieht.

Das Krankenhaus und die Geschichten, die sich darüber erzählen lassen, beeindruckten mich so stark, dass mich der „Deutschlandfunk“ zwei

Romane später sogar als „Krankenhaus-Autorin“⁰⁵ bezeichnen würde. Zunächst aber verarbeitete ich in meinem ersten Roman „Koslik ist krank“ (2017) vor allem die gerade geschilderte Erfahrung: In ihm findet sich Koslik, Anfang 40 und Volkshochschullehrer, ebenfalls plötzlich mit merkwürdigen Symptomen – ist es ein Schlaganfall? Oder doch etwas anderes? Es muss jedenfalls untersucht werden! – in den labyrinthischen Gängen des Krankenhauses wieder. Und verliert sich nach und nach in dieser fremden Welt. Die Diagnose, auf die er wartet, kommt ihm vor wie ein Urteil, das über ihn gesprochen wird.

*

Wer will das lesen? Die Frage stellte ich mir selbst nicht, die stellten mir andere. Als ich einmal eine Lesung in einem Krankenhaus gab, kamen hinterher einige Pflegerinnen zu mir und sagten, dass es genauso sei, wie ich schrieb. Aber ob man sich mit so etwas in seiner Freizeit beschäftigen wolle? Tatsächlich erhielt ich auf Lesungen immer wieder auch die Rückmeldung: „Vielen Dank für Ihre Lesung. Aber das ganze Buch zu lesen, traue ich mich nicht!“

Kein Wunder, das Krankenhaus hat in unserer hochfunktionalen Gesellschaft – genau wie ein Friedhof, der dem Tod einen Platz gibt, sodass wir ihn zwar in unserer Mitte, aber gut umzäunt vorfinden – den Zweck, die Welt der Kranken aus dem echten Leben auszuschließen. Es ist eben, wie Sontag sagt, eine andere Staatsbürgerschaft, die für uns erst relevant wird, wenn wir die Gefilde jenes anderen Reiches betreten.

Doch die Fiktion ist ein Ort, an dem wir die Regeln unseres Lebens außer Kraft setzen können. Auch mit ihr können wir Themen bearbeiten, die wir in unserem Leben vielleicht noch nicht bearbeitet haben, nicht bearbeiten wollen oder können. In der Fiktion leiden wir, wenn Liebende sich trennen, trauern mit Sterbenden und ihren Angehörigen oder gruseln uns, wenn Mörder oder Geister unter Betten, hinter Türen oder in Parkhäusern lauern. Und zwischen all dem wandeln wir in der Fiktion auch durch die Gänge eines Krankenhauses oder finden uns an piepsenden Apparaturen wieder.

⁰⁵ Vgl. die Programmübersicht des Deutschlandfunks, www.deutschlandfunkkultur.de/programmvorschau.282.de.html?drbm:date=19.3.2019.

⁰¹ Susan Sontag, *Krankheit als Metapher*, München–Wien 1978, S. 5.

⁰² Ebd.

⁰³ Ebd.

⁰⁴ Sigurd v. Ingersleben, *Foucaults Ansichten einer Leichen-zentrierten Medizin. Anmerkungen zu Michel Foucaults „Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks“*, in: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 7, Berlin 1981, S. 195–200, hier S. 191.

Das Krankenhaus kann dabei als Ort des Kontrollverlustes auftreten, wie in „Koslik ist krank“, oder auch ein Ort der Angst sein, wie zum Beispiel in Lars von Triers eindrücklicher Serie „Hospital der Geister“ (1994–97), in der ein ganzes Krankenhaus von widernatürlichen Phänomenen heimgesucht wird, während sich freilich auf der Chefarzdebene die üblichen Machtkämpfe abspielen. Auch der Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper thematisiert von Trier, wenn auch anders als in meinem Roman: In „Hospital der Geister“ durchlebt die Assistenzärztin Judith eine Schwangerschaft, an deren Ende das Kind zu einem monströsen Etwas herangewachsen ist – ein Erzählstrang, der die Unkontrollierbarkeit unserer körperlichen Erfahrung im Krankenhaus überzeichnet, indem er sie auf eine noch mystischere, unheimlichere Ebene hebt.

*

Doch das Krankenhaus findet sich nicht nur in solchen Fiktionen, die manchem vielleicht zu unheimlich sein mögen, sondern bietet weitere mannigfaltige Möglichkeiten der Thematisierungen. Ich würde sogar behaupten, dass es in bestimmten Formen, Szenen und Handlungssträngen in Film, Fernsehen und Literatur nahezu omnipräsent ist, schaut man einmal genauer hin. Etwa an einem gewöhnlichen Vorabend: Hier kommt man, schaltet man den Fernseher an, früher oder später kaum daran vorbei, auf eine rührselige Krankenhausszene zu stoßen. Wenn es im Finale am Sterbe- oder Unfallbett zu einer Aussprache kommt, wenn Geheimnisse aufgedeckt werden, Vaterschaften geklärt oder längst überfällige Liebeserklärungen nachgeholt werden, während im Hintergrund die Apparaturen piepsen. Das Krankenhaus ist in dieser wohl gängigsten Form der Thematisierung kein Ort der Angst, sondern ein Ort des Hoffens, der Umkehr, der Versöhnung. Ein Ort des filmischen Finales, herausgerissen aus dem Leben, dem Alltag – dem sonstigen Schauplatz der Handlung –, aber genau deswegen besonders gut für eine innige Zusammenkunft und die Klärung aller offenen Fragen geeignet.

Das Krankenhaus kann aber in der Fiktion auch am Anfang stehen, ein Ort der Selbstbefragung, der Umkehr oder der Heldenwerdung sein. Etwa wenn der Fotograf Romain in François Ozons Film „Die Zeit die bleibt“ (2005) mit der niederschmetternden Diagnose einer Krebs-

erkrankung konfrontiert wird, die gleichsam einen Wendepunkt darstellt: Wie soll die Zeit, die bleibt, genutzt werden?

Einen ähnlichen Moment der Selbstbefragung am Schauplatz Krankenhaus findet sich auch in der Literatur, nicht nur in fiktionalen Texten, sondern auch in der Autofiktion, der Mischform von autobiografischem und fiktivem Erzählen, wie wir sie zum Beispiel in Kathrin Schmidts „Du stirbst nicht“ (2009), David Wagners „Leben“ (2013) oder in Tabea Hertzogs „Wenn man den Himmel umdreht, ist er ein Meer“ (2019) lesen können.

Das Krankenhaus ist hier der Ort, der dem Übertritt in eine andere Welt eine Rahmung gibt, die Krankheit selbst aber ist es, die die Welt auseinanderreißt – und damit einen Prozess der biografischen Aufarbeitung anstößt. Die Krankheit ist schließlich eine Krise, und „Krisen dieses Ausmaßes treffen immer die *Substanz* unserer Biographie, weil sie eine rekonstruierbare und bereits antizipierte Kontinuität unseres ‚Selbstplans‘ gefährden“.⁰⁶ In der Selbstbefragung, die sich daran anschließt, kann entweder minutiös die Frage des „Warum ich?“ geklärt werden – mit diesem problematischen Aspekt und seinen Hintergründen beschäftigt sich auch Sontag in ihrem Essay über den Krebs⁰⁷ – oder aber die Krankheit als Weckruf, als Schlüsselerlebnis verstanden werden, das eine Neuordnung (oder auch *Neuerzählung*) des Lebens unabdinglich macht.

*

Aber das Krankenhaus in der Fiktion kann noch etwas anderes, gänzlich konträr Stehendes. Es eignet sich nämlich in besonderer Weise für etwas, an das wir möglicherweise – einmal abgesehen von den besagten rührseligen Szenen am Krankenbett in jeder Vorabendunterhaltung – sogar als erstes denken: Gossip und Eskapismus.

Zunächst einmal aus einem ganz banalen Grund: Neben seiner Funktion für die Gesellschaft und als Ort des Scheidepunktes ist das Krankenhaus nämlich auch noch eines: ein Unternehmen, ein *business*. Und als solches lässt sich

⁰⁶ Peter Alheit, *Alltagszeit und Lebenszeit. Über die Anstrengung, widersprüchliche Zeiterfahrungen „in Ordnung zu bringen“*, in: Rainer Zoll (Hrsg.), *Zerstörung und Wiederaneignung von Zeit*, Frankfurt/M. 1988, S. 371–386, hier S. 377.

⁰⁷ Vgl. Sontag (Anm. 1), S. 42.

herrlich von außen darauf schauen, über Korruption und innere Machtkämpfe berichten, wie etwa in der US-amerikanischen Krankenhausserie „The Resident“ (seit 2017), oder über interne Liebesreigen, Geheimnisse und dramatische Rettungsmanöver erzählen, wie in „Grey’s Anatomy“ (seit 2005) und zahlreichen anderen Krankenhausserien.

Was dabei hilft, ist, dass das Krankenhaus freilich nicht *irgendein* Unternehmen ist, sondern eines, das ein Themenfeld beackert, das für uns sowieso schon überaus faszinierend ist. Denn was könnte spannender sein als Geheimnisse? Und der Körper liefert mit seinen unsichtbaren Vorgängen, seinem verästelten Inneren, wahrlich genug Stoff für Geheimnisse, die die Medizin wiederum aufzudecken vermag. Welche mysteriöse Krankheit führt zu diesem Ausschlag, dem plötzlich auch das Krankenhauspersonal anheimfällt? Wie lässt sich die Blutung stoppen, die das Leben des alleinerziehenden Familienvaters bedroht, dessen drei kleine, herzerreißend niedliche Kinder mit ihren Teddys nebenan warten? Unsere mutigen Held*innen der Krankenhausserie werden es im Laufe der Folge sicherlich herausfinden und nebenbei noch mit einem attraktiven anderen Mitglied des Krankenhausstabs auf der Toilette, im Treppenhaus oder Bereitschaftsraum herumknutschen.

Die Geheimnisse des Körpers und die für uns Laien beinahe mythischen Methoden der Medizin, schon Verlorene geglaubte zu retten, sind auch der Grund dafür, warum Ärzt*innen, die nicht umsonst im Volksmund „Götter in Weiß“ genannt werden, die idealen Held*innen der Fiktion sind: Wenn zum Beispiel ein schmucker Assistenzarzt im Angesicht der krampfenden Patientin mit Fachbegriffen und Befehlen um sich wirft, die – eifertig vom Personal ausgeführt – natürlich zur heldenhaften Rettung der fast Toten beitragen, führt uns das nicht nur einmal mehr vor Augen, wie geheimnisvoll und folgenschwer doch die Vorgänge innerhalb unseres Körpers sind und befeuert unsere Faszination für all das, was wir nicht sehen. Es unterstreicht auch die Götterhaftigkeit unseres Helden, der eine wahre Heldentat vollbringt – nämlich eine, die nicht jede*r nachmachen könnte.

Diese Beobachtung bestätigt sich auch mit Blick auf historische Krankenhausfiktionen, wie wir sie in der „Charité“ – der von der ARD produzierten Serie (2017–21) wie den gleichnamigen

Bestsellern von Ulrike Schweikert (2018/19) – erleben können. Denn diese Fiktionen setzen genau in dem Moment der historischen Entwicklung ein, an dem das *character building* der „Götter in Weiß“ erst zur richtigen Form aufläuft: Vor 1850 nämlich war das Krankenhaus – in der christlichen Tradition ursprünglich eher eine Verwahranstalt für Arme – kein Ort, an den man sich, hatte man eine Wahl, freiwillig begeben hätte.⁰⁸ Zu groß war das Risiko, bei einer Operation nicht geheilt zu werden, sondern hinterher an Wundbrand zu sterben. In der ersten Staffel der „Charité“ allerdings erleben wir, wie Robert Koch und seine Kolleg*innen mit erstaunlichen Fortschritten in der Bakteriologie die Voraussetzungen dafür schufen, sich selbst zu Helden und das Krankenhaus zu dem zu machen, was es heute ist: ein Ort der Heilung, ein Ort des Hoffens.

*

Auch die Perspektive der Angehörigen, derjenigen also, die von außen auf das Krankenhaus blicken, dennoch aber von seinem Inneren betroffen sind, sei es durch Besuche oder Erzählungen ihrer Geliebten, die dort behandelt werden, lässt sich in der Fiktion gut verarbeiten. Ein Besuch im Krankenhaus kann, so zumindest habe ich es empfunden, schließlich mindestens genauso eindrücklich und verstörend sein wie die eigene Patientenwerdung.

Es gab eine Zeit in meinem Leben, da gehörten Krankenhausbesuche zu meinem Alltag. Und immer, wenn ich dort meinen Vater an medizinische Apparaturen angeschlossen, mit merkwürdigen Bett- und Leidensgenossen beschenkt oder um mir unverständliches Vokabular reicher vorfand, war ich tief beeindruckt von der Unterschiedlichkeit der Leben, die wir führten. Und beschämt von meiner Möglichkeit, als Besucherin zwischen beiden Welten zu changieren, während er gezwungen war, in der seinen zu bleiben. Er, der sich an die Regeln der fremden Welt zu halten hatte, seinen Status als Kranker nicht ablegen konnte. Ich, die ich gehen und kommen konnte, beinahe wie ich wollte.

Und die ich immer erst, wenn ich die Klinik verließ, das Gefühl hatte, wieder aufatmen

⁰⁸ Vgl. Johann Jürgen Rohde, *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*, Stuttgart 1974, S. 65, S. 80.

zu können. Verbunden mit der flauen Erkenntnis, dass der, der zurückbleibt und die, die gehen kann, getrennter nicht sein könnten. Das kann eine Bürde sein. Oder eine Befreiung.

In meinem zweiten Roman „hell/dunkel“ (2019) – der mir dann schließlich auch die ehrenvolle Bezeichnung als „Krankenhaus-Autorin“ einbrachte – muss die Mutter der ungleichen Geschwister Valerie und Robert wegen ihrer Krebserkrankung über einen längeren Zeitraum im Krankenhaus behandelt werden. Doch anstatt dass die 19-jährige Valerie sich von dieser Trennung verunsichern lässt, nimmt sie den Ausschluss der Mutter aus dem gemeinsamen, durch den Krebs ohnehin bedrückenden Leben, beinahe dankbar an. Für das Krankenhaus gilt in Valeries Gedanken das, was sie später, als die Mutter schließlich verlegt wird, fürs Hospiz zusammenfasst: „Aus dem Fenster sieht das Hospiz aus wie ein Schuhkarton, weit weg und so klar umrissen, wie mit Bleistift gemalt. Genau so leicht auch lässt es sich aus den Gedanken radieren.“

*

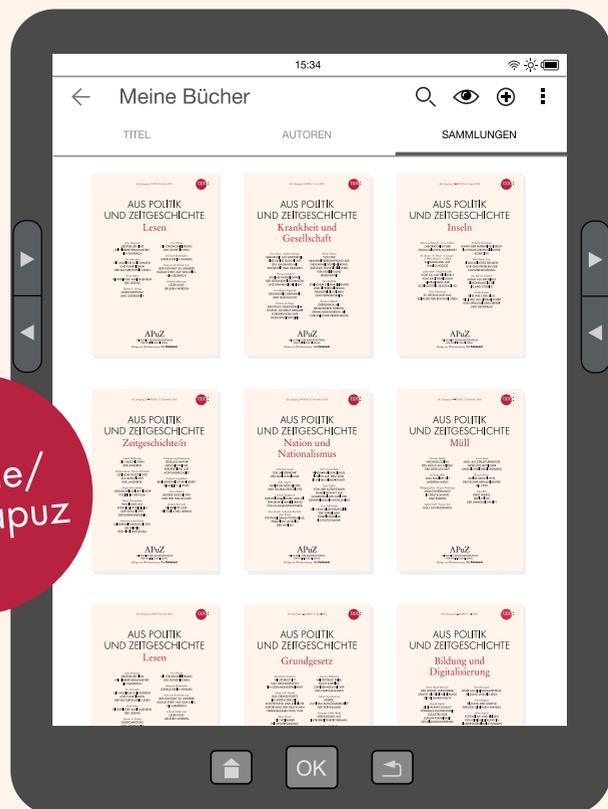
In gewisser Weise kann man kaum anders, als den Radiergummi anzusetzen, wenn man sich wieder im Reich der Gesunden befindet: Zu wenig lässt sich das, was man, ob nun als Angehöriger oder als Patientin, im Krankenhaus erlebt hat, in das tägliche Erleben integrieren. Es sei denn durch die Fiktion. Was wir schließlich machen können, ist, zum Beispiel einen Roman aufzuklappen. Und schon sind wir wieder da, in den langen weißen Gängen des Krankenhauses. Können mitleiden und mitfiebern oder uns in die lebensverändernden Konsequenzen einer Erkrankung hineindenken. Aber mit dem sicheren Gefühl des Papiers zwischen den Fingern.

JULIA ROTHENBURG

hat Soziologie und Politikwissenschaft in Freiburg und Berlin studiert. 2017 wurde ihr Debütroman „Koslik ist krank“ veröffentlicht; 2019 folgte „hell/dunkel“; im März 2021 erschien „Mond über Beton“. www.juliarothenburg.de

Unterwegs und überall.

APuZ als E-Book oder PDF herunterladen und in über 500 Ausgaben lesen, suchen, markieren ...



KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND

Strukturen – Probleme – Reformen

Thomas Gerlinger

Krankenhäuser sind heutzutage in wohl allen Gesundheitssystemen ein Eckpfeiler der Krankenversorgung.⁰¹ Gemeinsam ist ihnen, dass dort die stationäre Versorgung stattfindet, also jener Teil der Krankenversorgung, der es erfordert, dass die Patientinnen und Patienten in der Einrichtung übernachten und gepflegt werden. Darüber hinaus nehmen sie auch Aufgaben in der ambulanten Versorgung wahr. Die institutionellen Merkmale von Krankenhäusern, also etwa ihre Größe und Zahl oder die Art ihrer Träger, und ihre Versorgungsfunktionen können sich sowohl im internationalen Vergleich als auch in jedem einzelnen Gesundheitssystem erheblich unterscheiden.⁰²

STRUKTURMERKMALE UND BESONDERHEITEN

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland ist sehr vielfältig. Die lokale oder regionale Grundversorgung wird durch zumeist kleinere Häuser sichergestellt, die in der Regel über eine internistische, eine chirurgische und eine gynäkologische Fachabteilung verfügen. Demgegenüber ist das medizinische Leistungsspektrum von Häusern der Maximalversorgung sehr breit und umfasst in manchen Fällen sogar das gesamte Leistungsspektrum der modernen Medizin. Häuser der Zentral- oder Maximalversorgung haben eine auch überregionale Versorgungsfunktion und zählen häufig zu den größeren Krankenhäusern, manchmal mit mehr als 1000 Betten. Daneben haben Einrichtungen der Schwerpunktversorgung an Bedeutung gewonnen, also solche Häuser, die sich auf die Diagnose und Behandlung bestimmter Krankheiten spezialisiert haben, beispielsweise auf die Versorgung von Schlaganfall- oder Krebspatientinnen und -patienten.⁰³ Die fachliche Ausrichtung der Krankenhäuser in Deutschland unterliegt einem Prozess der Ausdifferenzierung, der sich in den kommenden Jahren fortsetzen dürfte.

Für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung sind die Länder verantwortlich. Sie haben zu diesem Zweck einen Landeskrankenhausplan aufzustellen und die Investitionen der Krankenhäuser zu finanzieren, kommen Letzterem aber nur unzureichend nach. Daher sind viele Krankenhäuser, sofern es ihre wirtschaftliche Situation erlaubt, dazu übergegangen, Investitionen aus ihren Überschüssen zu finanzieren. Die Krankenkassen tragen die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser.

Das Krankenhaus ist für das Versorgungssystem in Deutschland von ungemein großer Bedeutung. 2019 gab es in deutschen Krankenhäusern knapp 495 000 Betten, rund 19,4 Millionen stationäre Behandlungsfälle wurden registriert.⁰⁴ Statistisch betrachtet, wurde also beinahe jeder vierte Bürger pro Jahr im Krankenhaus versorgt, wobei zu berücksichtigen ist, dass sich darunter auch Personen befinden, die mehrmals stationär aufgenommen werden. Das gesamte Ausgabenvolumen für Krankenhäuser belief sich 2019 auf 100,8 Milliarden Euro, von denen allein 80,3 Milliarden Euro auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) entfielen. Dies entsprach einem Anteil von 24,5 Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben beziehungsweise von 31,8 Prozent der GKV-Ausgaben.⁰⁵ Zugleich ist das Krankenhaus ein bedeutender Beschäftigungssektor: Ende 2019 war es Arbeitsplatz für knapp 1,3 Millionen Menschen; dies entsprach rund 928 000 Vollkräften im Jahresdurchschnitt. Darunter waren knapp 168 000 Vollkräfte im ärztlichen Dienst und gut 760 000 im nicht-ärztlichen Dienst und von diesen wiederum gut 345 000 Vollkräfte im Pflegedienst, mehr als 80 Prozent von ihnen Frauen.⁰⁶

Im internationalen Vergleich weist das deutsche Krankenhaussystem eine Reihe von Besonderheiten auf. Dazu zählt *erstens* die Pluralität der Trägerstrukturen, also das Nebeneinander öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Träger. Sie

ist zwar kein Alleinstellungsmerkmal des deutschen Krankenhaussystems, aber in vielen Ländern befinden sich Krankenhäuser überwiegend in öffentlicher Trägerschaft.⁰⁷

Zweitens ist die Bettendichte im internationalen Vergleich sehr hoch, obwohl die Zahl der Betten bereits seit den 1970er Jahren drastisch reduziert worden ist. Deutschland verfügt über 60,2 Betten je 10 000 Einwohner (EU-27-Durchschnitt: 39,3). In der Europäischen Union ist dieser Wert nur in Bulgarien höher (62,4). Andere wohlhabende Länder wie Frankreich (30,4), die Niederlande (26,9) oder Schweden (19,7) kommen mit zum Teil deutlich weniger Krankenhausbetten aus.⁰⁸

Drittens weist Deutschland bei den Indikatoren zur Patientenbewegung im Krankenhaus überdurchschnittlich hohe Werte auf. Dies gilt sowohl für die Zahl der stationären Behandlungsfälle (Entlassungen stationärer Patienten aus dem Krankenhaus) je 100 000 Einwohner als auch für die stationäre Verweildauer. Mit rund 24 400 Entlassungen je 100 000 Einwohner und Jahr wurde Deutschland in der EU nur von Bulgarien (33 600) übertroffen. In den meisten EU-Mitgliedstaaten liegen die jeweiligen Werte zwischen 10 400

und 18 600 Entlassungen.⁰⁹ Bei der stationären Verweildauer belegt Deutschland mit 8,9 Tagen je Behandlungsfall in der EU hinter Ungarn (9,6 Tage) und Tschechien (9,4 Tage) den dritten Platz. Am unteren Ende rangieren hier die Niederlande (4,5 Tage) und Schweden (5,6 Tage).¹⁰ Die Gründe für diese Besonderheiten lassen sich nicht abschließend klären. Vermutlich spielen die starke Orientierung der Krankenversorgung an der ärztlichen Intervention sowie die hohe Zahl der vorgehaltenen Betten eine wichtige Rolle.

Viertens ist die ambulante Versorgung im Krankenhaus in Deutschland nur von marginaler Bedeutung. In wohl allen anderen Gesundheitssystemen der EU-Mitgliedstaaten spielt das Krankenhaus für die ambulante Versorgung eine deutlich stärkere Rolle. Insbesondere in staatlichen Gesundheitssystemen – aber auch nicht nur dort – ist die ambulante fachärztliche Versorgung überwiegend oder (fast) ausschließlich am Krankenhaus angesiedelt.¹¹ Der Erstzugang zum Versorgungssystem erfolgt hier in der Regel über den Hausarzt, der die Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall zur fachärztlichen Versorgung ins Krankenhaus überweist. In Deutschland existiert hingegen eine doppelte Facharztstruktur: Fachärztinnen und Fachärzte sind hier bekanntlich nicht nur am Krankenhaus, sondern auch in freier Niederlassung oder in ambulanten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätig. Diese sind per Gesetz grundsätzlich zuständig dafür, Kassenpatientinnen und -patienten ambulant zu versorgen. Letztere haben das Recht der freien Arztwahl, die auch Fachärztinnen und -ärzte einschließt. Krankenhäuser sind nur in eng definierten Ausnahmefällen zur ambulanten Behandlung von Kassenpatientinnen und -patienten berechtigt.¹² Dazu

01 Vgl. Thomas Gerlinger/Rolf Rosenbrock, *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*, Bern 2021 (i. V.).

02 Vgl. Martin Schölkopf/Simone Grimmeisen, *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik*, Berlin 2021⁴; Roosa Tikkanen et al. (Hrsg.), *International Profiles of Health Care Systems 2020*, www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-profiles.

03 Vgl. Gerlinger/Rosenbrock (Anm. 1).

04 Vgl. Statistisches Bundesamt, *Grunddaten der Krankenhäuser 2019*, Wiesbaden 2021, www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611197004.pdf.

05 Vgl. Statistisches Bundesamt, *Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen*, www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/einrichtungen.html; Bundesministerium für Gesundheit, *Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln. KF21 Bund*, Stand: März 2021, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2021Bund_Maerz_2021.pdf.

06 Vgl. Statistisches Bundesamt (Anm. 4), S. 10f., S. 29, S. 56.

07 Vgl. Schölkopf/Grimmeisen (Anm. 2); Tikkanen et al. (Anm. 2).

08 Vgl. Eurostat, *Krankenhausbetten für medizinische Behandlung*, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00168/default/table?lang=de>. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2018 (Deutschland: 2017).

09 Vgl. Eurostat, *Hospital Discharges and Length of Stay Statistics*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Hospital_discharges_and_length_of_stay_statistics#Hospital_discharges. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2018.

10 Vgl. Eurostat, *Durchschnittliche Krankenhausverweildauer stationärer Patienten (Tage)*, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_co_inpst/default/table?lang=de. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2018.

11 Vgl. Schölkopf/Grimmeisen (Anm. 2); Tikkanen et al. (Anm. 2).

12 Anders verhält es sich mit privat Krankenversicherten, denen grundsätzlich auch die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen im Krankenhaus offensteht. Auf die Unterschiede in der Versorgung von gesetzlich und privat Versicherten kann hier nicht eingegangen werden. Vgl. dazu Hartmut Reiners, *Privat oder Kasse? Politische Ökonomie des Gesundheitswesens*, Hamburg 2017.

zählen traditionell die Versorgung in Notfällen (§76 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, SGB V) sowie – in dem für Lehre und Forschung notwendigen Umfang – die Versorgung in Hochschulambulanzen (§117 SGB V). Zwar sind die Krankenhäuser seit den 1990er Jahren punktuell weiter für die ambulante Versorgung geöffnet worden. So dürfen Krankenhäuser ambulant operieren oder in bestimmten Fristen vor und nach einer stationären Behandlung Patientinnen und Patienten auch ambulant versorgen. Jedoch folgten diese punktuellen Öffnungen keinem übergreifenden Konzept für die Rolle des Krankenhauses, sondern stellten lediglich Versuche dar, einzelne Versorgungsprobleme mit Ad-hoc-Maßnahmen zu lösen.¹³ Dem Mikrozensus 2017 zufolge wurden von den gut 6,1 Millionen Personen, die in den vier Wochen vor dem Befragungszeitpunkt in ambulanter Behandlung waren, nur gut 0,5 Millionen (8 Prozent) im Krankenhaus versorgt.¹⁴

KRANKENHAUSLANDSCHAFT IM WANDEL

Der Krankenhaussektor in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahrzehnten tiefgreifend gewandelt. Wichtige Basistrends sind – ungeachtet der im internationalen Vergleich nach wie vor hohen Werte – die deutliche Reduzierung der Bettenzahlen und der Verweildauer je Behandlungsfall. Zwischen 1991 und 2019 sank die Bettenzahl von gut 665 000 auf knapp 495 000 Betten und die durchschnittliche Verweildauer von 14,0 auf 7,2 Tage. Gleichzeitig ist in diesem Zeitraum die Zahl der Behandlungsfälle von rund 14,6 auf rund 19,4 Millionen gestiegen,¹⁵ vor allem, weil der demografische Wandel zu einer Zunahme des Behandlungsbedarfs und der medizinische Fortschritt zu einer Zunahme der Behandlungsmöglichkeiten geführt hat.

Zu den wichtigsten strukturellen Veränderungen zählt die fortschreitende Privatisierung der Krankenhäuser. Die traditionelle gemischtwirt-

schaftliche Trägerstruktur prägt die Krankenhauslandschaft zwar auch heute noch, allerdings haben private Träger ihren Anteil in den vergangenen Jahrzehnten zulasten öffentlicher Träger stark erhöht. Waren 1991 lediglich 14,8 Prozent aller Krankenhäuser in privater Trägerschaft, stieg dieser Anteil bis 2019 auf 37,8 Prozent. Insbesondere das Gewicht von großen Kapitalgesellschaften, vor allem von Aktiengesellschaften, im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten als privaten Trägern hat deutlich zugenommen. Der Zuwachs privater Krankenhäuser geht insbesondere zulasten der öffentlichen Häuser, deren Anteil in diesem Zeitraum von 46,0 auf 28,5 Prozent zurückging. Immerhin belief sich der Anteil der in öffentlicher Trägerschaft aufgestellten Krankenhausbetten 2019 auf 47,7 Prozent, der von privaten Trägern auf 19,3 Prozent. Aber auch bei den Betten ist ein deutlicher Anteilszuwachs der privaten Träger erkennbar.

Diese Privatisierung ist sowohl auf finanzielle als auch auf politische Motive zurückzuführen. Vor allem Kommunen waren in der Vergangenheit angesichts ihrer prekären Haushaltslage häufig bemüht, sich defizitärer Krankenhäuser zu entledigen. Zudem folgten manche Kommunen in den 1990er und 2000er Jahren auch dem neoliberalen Zeitgeist, der in der Privatisierung kommunaler Aufgaben ein geeignetes Instrument zur Kostensenkung und Qualitätsverbesserung sah. Schließlich engt die Schuldenbremse die finanziellen Handlungsspielräume der öffentlichen Hand weiter ein. Häufig treten private Kapitalgesellschaften auf, um potenziell profitable Häuser zu übernehmen und nach eigenen Vorstellungen umzugestalten.¹⁶ Die Privatisierung von Krankenhäusern ist auch in den vergangenen Jahren weiter vorangeschritten, auch wenn sich die Dynamik etwas abgeschwächt hat.¹⁷

Das Nebeneinander von öffentlichen und freigemeinnützigen Häusern einerseits und privaten Einrichtungen andererseits bringt eine Reihe von Problemen mit sich. Steht bei Ersteren – durchaus auch unter Verfolgung von Gewinninteressen – die Versorgungsfunktion im Mittelpunkt,

13 Vgl. Wulf-Dietrich Leber/Jürgen Wasem, Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen, in: Jürgen Klauber et al. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus, Stuttgart 2016, S. 3–28.

14 Vgl. Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2017. Fragen zur Gesundheit – Kranke und Unfallverletzte, Wiesbaden 2018, S. 15.

15 Vgl. Statistisches Bundesamt (Anm. 4), S. 10.

16 Vgl. Nils Böhlke et al. (Hrsg.), Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg 2009.

17 Vgl. Michael Simon, Das deutsche DRG-System: Weder Erfolgsgeschichte noch leistungsgerecht, in: Anja Dieterich et al. (Hrsg.), Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden 2019, S. 295–324.

so ist es bei Letzteren die Gewinnmaximierung. Um dieses Ziel zu verfolgen, setzen private Einrichtungen häufig darauf, ihr Angebot auf wenige, standardisierbare Leistungen zu begrenzen, die sie aufgrund der Spezialisierung und der höheren Behandlungsfallzahlen dann kostengünstiger – und zum Teil auch in einer besseren Qualität – erbringen können. Dadurch verschlechtert sich die Kalkulationsbasis derjenigen – zumeist öffentlichen – Krankenhäuser, die aufgrund ihres Versorgungsauftrages nach wie vor die gesamte Palette an Leistungen und die dafür notwendige Infrastruktur vorhalten müssen, ohne an der Kostenersparnis bei standardisierbaren Leistungen teilhaben zu können.

Die sicherlich gravierendste Veränderung der vergangenen Jahrzehnte war die Umstellung der Vergütung von Krankenhausleistungen auf diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs). Im DRG-System richtet sich die Höhe der Vergütung nach dem Schweregrad der Erkrankung des Patienten, die mithilfe eines Patientenklassifikationssystems erfasst wird, und nach den vorgenommenen Eingriffen und therapeutischen Maßnahmen, die aus einem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) hervorgehen. Dabei werden einem Krankenhaus nicht seine realen Kosten, sondern die für den jeweiligen Behandlungsfall bei Modellkrankenhäusern ermittelten Durchschnittskosten erstattet.

Finanzielle Anreize und Kalküle bei der Erbringung von Krankenhausleistungen haben mit der Einführung des DRG-Systems beträchtlich an Bedeutung gewonnen. Die Krankenhäuser erhalten mit den DRGs einen Anreiz, die Kosten je Behandlungsfall so weit wie möglich zu senken und die Behandlungsfallzahlen bei solchen Diagnosen und Eingriffen zu erhöhen, bei denen die Kosten deutlich unter den DRG-Erlösen liegen. Auf diese Weise haben die DRGs die „Ökonomisierung“ der Krankenhausversorgung, also deren Orientierung an finanziellen Interessen, weiter gefördert.¹⁸

DRGs werden kontrovers diskutiert. Während deren Befürworter die Leistungsgerechtigkeit und den Anreiz zur Rationalisierung von Versorgungsprozessen hervorheben, weisen zahl-

reiche Studien auf eine Reihe von negativen Auswirkungen hin.¹⁹ Demzufolge veranlasst der Kostendruck die Krankenhausträger zu primär kurzfristig orientierten Personaleinsparungen und führt häufig nicht zu sinnvollen, qualitätsneutralen Rationalisierungsmaßnahmen. Darunter leidet insbesondere die persönliche, emotionale Zuwendung zum Patienten. Es entstehen ein erhöhter Aufwand in der nachstationären Versorgung (beispielsweise in der Rehabilitation) sowie hohe Belastungen für Patienten (etwa durch eine steigende Zahl präoperativer Krankenhausbesuche) und für ihre Angehörigen, die bei einer frühzeitigen oder verfrühten Entlassung aus dem Krankenhaus die Versorgung im häuslichen Umfeld gewährleisten müssen. Schließlich nehmen Ärztinnen und Ärzte sowie das Pflegepersonal in wachsendem Maße Konflikte zwischen Versorgungsqualität und Kostendruck wahr.²⁰

ARBEITSBEDINGUNGEN IM KRANKENHAUS

Das DRG-System hat erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Diese sind insbesondere für die Beschäftigten im Pflegedienst schlecht. Dies kommt in der ausgeprägten Arbeitsunzufriedenheit und in der starken Fluktuation von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern zum Ausdruck. Deren Kritik richtet sich vor allem auf die hohe Arbeitsverdichtung und deren negative Auswirkungen auf die Arbeitsqualität sowie auf die atypische Lage der Arbeitszeiten und die niedrigen Gehälter.²¹ Vor diesem Hintergrund wundert es nicht, dass der Personalmangel in der Pflege außerordentlich groß ist und sich in den nächsten Jahren noch verstärken könnte.²² Die Gründe

19 Vgl. hierzu und zum Folgenden zum Beispiel Heinz Naegler/Karl-Heinz Wehkamp, *Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview*, Berlin 2018; Dieterich et al. (Anm. 17); Kaspar Molzberger, *Autonomie und Kalkulation. Zur Praxis gesellschaftlicher Ökonomisierung im Gesundheits- und Krankenhauswesen*, Bielefeld 2020.

20 Vgl. Naegler/Wehkamp (Anm. 19).

21 Vgl. Rolf Schmucker, *Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit*, in: Klaus Jacobs et al. (Hrsg.), *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?*, Berlin 2020, S. 49–60.

22 Vgl. Karl Blum/Matthias Offermanns/Petra Steffen, *Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030*, Düsseldorf 2019.

18 Vgl. Michael Simon, *Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems*, Hans-Böckler-Stiftung, HBS Working Paper 196/2020.

für die schlechten Arbeitsbedingungen sind vielschichtig, aber eine ganz wesentliche Rolle spielt die mit dem DRG-System vorangetriebene Ökonomisierung der Krankenhausversorgung. Der damit erzeugte Druck auf die Betriebskosten schlug sich über viele Jahre vor allem in Einsparungen beim Pflegepersonal nieder, die durch geringe Gehaltssteigerungen und durch eine geringe Zahl von Einstellungen erzielt wurden. Letzteres wurde dadurch begünstigt, dass der Aufwand für pflegerische Leistungen – im Unterschied zu dem für ärztliche Leistungen – bei der Berechnung der Pauschalen nicht angemessen berücksichtigt wird. Vor diesem Hintergrund hat sich die Zahl der Ärztinnen und Ärzte (Vollkräfte) zwischen 1991 und 2019 von 95 208 auf 167 952 nahezu verdoppelt, während die Zahl der Pflegekräfte (1991: 326 082, 2019: 345 407) eher stagnierte.²³ Diese Entwicklung vollzog sich vor dem Hintergrund steigender Behandlungsfallzahlen und einer sinkenden durchschnittlichen Verweildauer, die ihrerseits von einem Anstieg des Versorgungsbedarfs je Belegungstag einherging, weil sich mit ihr der Anteil der betreuungsintensiven Aufnahme-, Operations- und Entlassungstage je Behandlungsfall erhöhte.

Dass die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst jüngst überhaupt wieder über den Wert des Jahres 1991 stieg, geht zudem primär auf die vom Gesetzgeber angesichts des Personalmangels ergriffenen Maßnahmen zurück. Die wachsende öffentliche Kritik an den Arbeitsbedingungen im Pflegedienst und Proteste der Pflegekräfte selbst haben die Bundesregierung dazu bewogen, eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zur Erhöhung der Arbeitsentgelte in der Krankenhauspflege zu ergreifen. So stellte sie Mittel für die Anstellung zusätzlicher Pflegekräfte zur Verfügung und führte sie in einigen „pflege sensitiven Bereichen in Krankenhäusern“ (§ 137i SGB V), wie beispielsweise Kardiologie oder Geriatrie, Pflegepersonaluntergrenzen ein, die eine Mindestvorgabe für die Verhältniszahlen von Pflegekräften und Patienten umfassen. Ferner wird seit 2020 für jedes Krankenhaus ein Pflegepersonalquotient ermittelt, der das Verhältnis von Pflegepersonal und Pflegeaufwand beschreibt (§ 137j Abs. 1 SGB V). Das Bun-

desministerium für Gesundheit wurde ermächtigt, dafür eine Untergrenze festzulegen. Ferner verpflichtete der Gesetzgeber die Krankenkassen, die Ausgaben für Tarifsteigerungen zu übernehmen. Außerdem sollen sie die Vergütung im ersten Ausbildungsjahr tragen, um den Krankenhäusern einen Anreiz zu geben, mehr Ausbildungsplätze anzubieten. Diese Maßnahmen sollen dazu beitragen, die Ausstattung mit Pflegepersonal und damit sowohl die Arbeitsbedingungen als auch die Versorgungsqualität zu verbessern. Schließlich wurden die Pflegekosten der Krankenhäuser mit Wirkung von 2020 an aus dem DRG-System ausgegliedert und werden seitdem krankenhausesindividuell vergütet. Jenseits der genannten gesetzlichen Bestimmungen bemüht sich die Bundesregierung verstärkt um die Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland, vor allem in Asien und (Süd-)Osteuropa.²⁴

Die jüngeren Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung stellen einen Schritt in die richtige Richtung dar. Um den Pflegenotstand in den Krankenhäusern zu überwinden, bedarf es aber deutlich weitergehender Schritte. Dabei fehlt es an einer mittelfristigen Zielsetzung für die Zahl der neu einzurichtenden Stellen im Pflegedienst.

HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE KRANKENHAUSPOLITIK

Die Krankenhauspolitik steht auf unterschiedlichen Handlungsfeldern vor großen Herausforderungen. Es bedarf, wie oben gezeigt, eines Vergütungssystems für Krankenhausleistungen, das so weit wie möglich Anreize zu einer am tatsächlichen Bedarf orientierten Versorgung schafft und unerwünschten Umgehungsstrategien von Leistungserbringern enge Grenzen setzt. Ferner ist eine durchgreifende Verbesserung der Arbeitsbedingungen und eine Erhöhung der Arbeitsentgelte erforderlich, um die Attraktivität des Krankenhauses für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger zu erhöhen.

Aber die Herausforderungen gehen noch deutlich über diese Aspekte hinaus. Trotz zahlreicher Verbesserungen und mancher Fortschritte ist das Versorgungssystem nach wie vor durch

²³ Vgl. Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 1991, Wiesbaden 1993, S. 42; Statistisches Bundesamt (Anm. 4), S. 27.

²⁴ Vgl. Jan Kordes, Anwerbeprogramme in der Pflege: Migrationspolitiken als räumliche Bearbeitungsweise der Krise sozialer Reproduktion, in: Prokla 4/2019, S. 551–567.

eine wechselseitige Abschottung der unterschiedlichen Versorgungssektoren, also ambulanter, stationärer, rehabilitativer und pflegerischer Versorgung, gekennzeichnet.²⁵ Hier entstehen Brüche im Versorgungsverlauf, die die Versorgungsqualität mindern und unnötige Kosten verursachen. Die Einbettung des Krankenhauses in ein Versorgungssystem, das eine kontinuierliche Versorgung auch an den Schnittstellen von ambulanter und stationärer Versorgung gewährleistet, zählt daher zu den zentralen Herausforderungen für die Gesundheitspolitik.²⁶ Ein wichtiges Instrument für die Integration von Versorgungsstrukturen und -verläufen ist die grundsätzliche Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung. Weil die in der Vergangenheit unternommenen Schritte in diese Richtung stets als punktuelle Ausnahmen von der grundsätzlich nach wie vor geltenden Zuständigkeit von Vertragsärztinnen und -ärzten für die ambulante Versorgung konzipiert waren, haben sie bisher nicht zu einem grundlegenden Wandel der Rolle des Krankenhauses in der ambulanten Behandlung geführt.

Ein weiterer bedeutsamer Aspekt ist der Zusammenhang zwischen den Krankenhausstrukturen und der Versorgungsqualität. Ausgangspunkt ist der Befund, dass bei einer Reihe von Leistungen ein Zusammenhang zwischen der Leistungsfrequenz und der Leistungsqualität existiert. Dies ist vor allem bei komplexen Eingriffen der Fall, die, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, nicht in großer Zahl anfallen und nicht zur Routine eines Fachgebietes zählen. Solche diagnostischen Verfahren und Operationen werden vor allem in den zahlreichen kleineren Krankenhäusern ohne die dafür erforderliche Erfahrung und daher zu häufig nicht in der erforderlichen und möglichen Qualität durchgeführt – zum Nachteil für die Patientinnen und Patienten.²⁷

25 Vgl. Thomas Gerlinger, Vom versäulten zum integrierten Versorgungssystem: Reformbedarf und Handlungsempfehlungen, HBS Working Paper 205/2021.

26 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Bundestags-Drucksache (BT-Drs.) 19/3180, 4.7.2018.

27 Vgl. Reinhard Busse/Elke Bergner, Weniger (Standorte, Betten und Fälle) ist mehr (Zugang, Qualität und Ergebnisse): Standpunkte der Gesundheitsökonomie, in: Dirk Janssen/Boris Augurzky (Hrsg.), Krankenhauslandschaft in Deutschland. Zukunftsperspektiven – Entwicklungstendenzen – Handlungsstrategien, Stuttgart 2018, S. 99–114.

Insofern gibt es gute Gründe für eine stärkere Spezialisierung und Schwerpunktbildung in der Krankenhausversorgung. Der Gesetzgeber hat diesen Prozess durch den Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen forciert, für Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen Frequenz und Qualität existiert, Mindestmengen vorzugeben (§ 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Zu diesen Leistungen zählen unter anderem der Einsatz von Kniegelenk-Totalendoprothesen oder Transplantationen von Leber und Niere. Demnach sind Ärzte, Fachabteilungen oder Krankenhäuser nur dann berechtigt, bestimmte Eingriffe mit den Krankenkassen abzurechnen, wenn sie in einem bestimmten Zeitraum (häufig: ein Kalenderjahr) die vorgegebene Mindestmenge beziehungsweise erreicht haben. Mindestmengen sind für eine Reihe von Eingriffen gut begründet, allerdings ist der Zusammenhang zwischen beiden Größen nicht immer – und nicht immer für alle behandlungsrelevanten Qualitätsindikatoren – eindeutig.²⁸ Der Ausschluss vor allem kleinerer Krankenhäuser von der Erbringung bestimmter Leistungen könnte allerdings dazu führen, dass manche Fachabteilungen oder Häuser in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten oder sogar schließen müssten. Daraus würde ein Dilemma erwachsen: Eine Spezialisierung und Zentrenbildung würde sich negativ auf die Wohnortnähe und damit die schnelle Erreichbarkeit des Krankenhauses auswirken.

Der Ruf nach einem Umbau der Krankenhausstrukturen wird unter Verweis auf die im internationalen Vergleich hohe Bettendichte häufig mit der Forderung nach einem deutlichen Bettenabbau und der Schließung von Krankenhäusern verknüpft. Unter den gesundheitspolitischen Akteuren sind es vor allem die Krankenkassen, die auf einen Bettenabbau und auf Krankenhausschließungen drängen. Sie versprechen sich davon neben den Qualitätsverbesserungen auch Kosteneinsparungen. Demgegenüber zeigen sich die Länder diesbezüglich weit skeptischer und weisen darauf hin, dass es die Wohnortnähe als

28 Vgl. Thomas Gerst, Qualitätssicherung: Mindestmengen vor dem Aus, in: Deutsches Ärzteblatt 34–35/2011, A-1765; Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses bei Nierentransplantation (inklusive Lebendspende), IQWiG-Berichte 904/2020.

Qualitätsmerkmal der Krankenhausversorgung in Deutschland zu erhalten gelte. Hierfür ist sicherlich auch von Bedeutung, dass Krankenhaus-schließungen in der Vergangenheit häufig Gegenstand heftiger Konflikte waren und auf den Widerstand der örtlichen Bevölkerung gestoßen sind.²⁹

Zwar ist der Rückschluss von einer hohen Bettendichte auf eine vorhandene Überversorgung voreilig, denn die geringere Bettendichte in anderen Ländern könnte auch ein Hinweis auf eine dortige Unterversorgung sein, die in einigen Ländern, wie in Großbritannien, den Niederlanden oder Schweden, in der Tat ja anzutreffen ist und dort zu teilweise langen Wartelisten bei bestimmten Eingriffen führt.³⁰ Dessen ungeachtet ist insbesondere in Ballungsräumen für bestimmte Fachabteilungen die Zahl der aufgestellten Betten aber derart hoch, dass man dort von einer Überversorgung ausgehen muss.

Überkapazitäten sind grundsätzlich kritisch zu bewerten. Zum einen bieten sie den Kliniken Anlass und Möglichkeit, die Behandlungsfallzahlen auch ohne medizinische Indikation mit dem Ziel einer Einnahmen- und Gewinnsteigerung zu erhöhen. Zum anderen entstehen mit der Vorhaltung und erst recht mit einer medizinisch nicht indizierten Nutzung der freien Kapazitäten vermeidbare Kosten.³¹ Zugleich sollten aber auch – wie die Corona-Krise drastisch gezeigt hat – ausreichende Kapazitäten für den Fall eines kurzfristigen, nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs vorgehalten werden. Während der Covid-19-Pandemie hat sich die im internationalen Vergleich hohe Bettendichte, einschließlich der Intensivbetten, in Deutschland als ein Vorteil erwiesen. Allein schon diese Erfahrungen mahnen zur Vorsicht beim Plädoyer für einen Bettenabbau. Allerdings wird man die Pandemieerfahrungen auch nicht als Legitimation für eine dauerhafte Aufrechterhaltung er-

heblicher Überkapazitäten heranziehen können. Selbstverständlich erfordert eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung auch die Vorhaltung von Kapazitäten für die adäquate Versorgung etwaiger Bedarfsspitzen. Darüber hinaus sind geeignete Notfallpläne erforderlich, die eine flexible Reaktion auf einen kurzfristigen, kräftigen Bedarfsanstieg sicherstellen, wie er während der Pandemie aufgetreten ist.

Aber auch aus anderen Gründen erscheinen die Rufe nach einer Schließung von Krankenhäusern voreilig. Versorgungsstrukturen werden sich künftig stärker an den Besonderheiten der jeweiligen regionalen und lokalen Gegebenheiten orientieren müssen. Dafür sind differenzierte Konzepte erforderlich, in deren Rahmen Krankenhäusern regional sehr unterschiedliche Funktionen zufallen können. Gerade in ländlichen Regionen könnten sie eine Rolle als zentraler Akteur in der Versorgung und bei der Koordination der Leistungserbringer in einem regionalen Versorgungsnetz wahrnehmen.³² Dies kann neben der stationären Versorgung auch eine – möglicherweise durchgängige – ambulante Versorgung im Krankenhaus einschließen. Solche Lösungen können in benachteiligten, vor allem ländlichen Regionen sinnvoll sein, dort, wo eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung im Rahmen der traditionellen Strukturen (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis) nicht gewährleistet werden kann, weil sich wegen der wirtschaftlichen Risiken oder aus anderen Gründen Ärztinnen oder Ärzte nicht zu einer Niederlassung bereitfinden.³³

Auch aus diesen Gründen sind die bereits erwähnten gesetzlichen Regelungen zur Öffnung von Krankenhäusern erforderlich. Sie schaffen Optionen dafür, dass das Krankenhaus die Sektorengrenzen zur ambulanten Versorgung strukturell überwinden kann. Eine grundsätzliche Öffnung würde damit über die bisherige Praxis der zeitlich und fachlich begrenzten Ermächtigung von Krankenhausärztinnen oder -ärzten, von Fachabteilungen oder ganzen Krankenhäusern im Fall einer festgestellten vertragsärztlichen Unterversorgung hinausweisen. Dabei las-

29 Vgl. Andreas Beivers/Lilia Waehlert, Kann direkte Demokratie helfen, Bedarfsgerechtigkeit im Krankenhausmarkt adäquat zu erfassen?, in: Jürgen Klauber et al. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit, Stuttgart 2018, S. 285–296.

30 Vgl. Tikkanen et al. (Anm. 2); Schölkopf/Grimmeisen (Anm. 2).

31 Vgl. Stefan Loos/Martin Albrecht/Karsten Zich, Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen, Gütersloh 2019.

32 Vgl. Helmut Hildebrandt et al., Das vernetzte Krankenhaus der Zukunft ist primär ein regionales Versorgungssystem – eine Skizze, in: Jürgen Klauber et al. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten, Stuttgart 2017, S. 167–183.

33 Vgl. Joachim Klose/Isabel Rehbein (Hrsg.), Ärzteatlas 2017 – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Berlin 2017.

sen sich bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen nicht durch eine auf das Krankenhaus isolierte Planung für den Krankenhaussektor erreichen, sondern erfordern ein sektorenübergreifendes Herangehen. Allerdings sind die Hindernisse für eine solche integrierte Planung hoch, weil hier die historisch gewachsenen Zuständigkeiten der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen für die vertragsärztliche Bedarfsplanung und die Zuständigkeiten der Länder für die Krankenhausbedarfsplanung aufeinanderprallen.

Um bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen zu schaffen, müssen Krankenhäuser auskömmlich finanziert werden. Ihrer Pflicht zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen sind die meisten Länder in den vergangenen Jahrzehnten aber nur höchst unzureichend nachgekommen: Das Gesamtvolumen der Krankenhausinvestitionen durch die Länder gemäß dem Krankenhausfinanzierungsgesetz lag 2019 real um fast 50 Prozent unter dem Wert von 1991.³⁴ Um die Krankenhausinfrastruktur zu verbessern, ist daher dringend eine deutliche Anhebung des Investitionsvolumens erforderlich. Jenseits der Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten durch die Länder gibt es seit 2016 zur Unterstützung eines bedarfsgerechten Umbaus der Krankenhausstrukturen einen Krankenhausstrukturfonds, der sich aus Mitteln von Bund und Ländern speist. Dieser Strukturfonds hat die Schließung und Umwidmung einiger Krankenhäuser unterstützt, allerdings fällt er in der Höhe deutlich zu niedrig aus, um eine wirkliche Dynamik für die Umwandlung der Krankenhauslandschaft in Gang setzen zu können.³⁵

34 Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2020 (Stand: April 2021), S. 81, S. 115, www.dkgev.de/fileadmin/default/2020_DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_Investitionsfinanzierung.pdf.

35 Vgl. Boris Augurzky et al., Fördermittel aus dem Krankenhausstrukturfonds – Anstoß zur dauerhaften Strukturveränderung?, in: Jürgen Klauber et al. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, Berlin 2020, S. 315–326.

36 Vgl. Florian Blank/Claus Schäfer/Dorothee Spannagel (Hrsg.), Die Grundsicherung weiterdenken, Bielefeld 2021 (i. E.).

37 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, BT-Drs. 18/1940, 26. 6. 2014.

AUSBLICK

Auf die Krankenhauslandschaft in Deutschland kommen tiefgreifende Veränderungen zu. Die Hürden für einen erfolgreichen Umbau sind hoch, weil auf diesem Handlungsfeld die unterschiedlichen Interessen von Bund, Ländern, Gemeinden, Krankenhausträgern und Krankenkassen aufeinanderreffen. Fixpunkt bei der Umstrukturierung des Krankenhaussektors sollte die Überzeugung sein, dass die Sicherstellung der Krankenversorgung eine Aufgabe der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge ist, die in die Zuständigkeit des Staates fällt.³⁶ Die Zahl, die Verteilung und das Leistungsspektrum der Krankenhäuser müssen sich am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientieren und dürfen weder dem Markt noch anderen ökonomischen Anreizsystemen überlassen werden, denn die Erfahrung zeigt, dass die daraus erwachsenden finanziellen Partikularinteressen häufig nicht mit einer Orientierung am Versorgungsbedarf kompatibel sind. Zugleich muss in einem demokratischen Gemeinwesen die Planung der Versorgungseinrichtungen Gegenstand demokratischer Partizipation sein, zumal deren Verfügbarkeit aufs engste mit dem Leben und der Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger verbunden sind. Entsprechend sollten Regionen und Kommunen, insbesondere die dort ansässige Bevölkerung, bei anstehenden Entscheidungen verstärkt einbezogen werden.³⁷

THOMAS GERLINGER

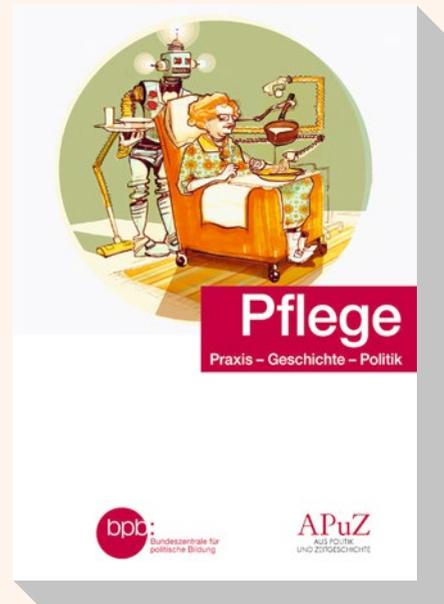
ist Professor an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und leitet dort die Arbeitsgruppe „Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie“.

thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

Zum Weiterlesen.



2019
Bestell-Nr. 10439



2020
Bestell-Nr. 10497



2021
Bestell-Nr. 72124



REINIGUNG IM KRANKENHAUS

Zwischen (System-)Relevanz und Randstellung

Käthe von Bose

Betrachtet man das Krankenhaus als Organisation, befinden sich die Reinigung und ihre Akteur*innen in mehrfacher Hinsicht in einer Randstellung. Als eine der sogenannten nicht-medizinischen oder auch patientenfernen Dienstleistungen wird die Reinigung bereits sprachlich am Rand dessen verortet, was den Kern der Organisation ausmacht: die medizinische und pflegerische Versorgung der Patient*innen. Strukturell ist sie häufig in Servicegesellschaften oder Dienstleistungsunternehmen ausgelagert. Damit fällt sie nicht nur oftmals aus Tarifregelungen heraus; Reinigungskräfte unterstehen auch anderen Arbeitgeber*innen als beispielsweise Pflegende, mit denen sie täglich zusammenarbeiten.

Auch im sozialen Gefüge des Krankenhauses befinden sich Reinigungskräfte in einer Randstellung: Sie werden häufig buchstäblich übersehen oder zumindest wenig beachtet, ihre Arbeit wird kaum wertgeschätzt, und nicht wenige sind direkten (sexistischen, rassistischen) Diskriminierungen ausgesetzt.⁰¹ Diese Randstellung ist besonders unter dem Aspekt ihrer Relevanz für die Krankenhaushygiene bemerkenswert. Durch die Corona-Pandemie ist deren Bedeutung in den Fokus gerückt, und die Reinigung wird inzwischen in Aufzählungen mitgenannt, wenn es um den Begriff „Systemrelevanz“ geht und um die „Held*innen“ der Krise, die überlebenswichtige gesellschaftliche Bereiche aufrechterhalten. Die Frage ist nun: Wie lässt sich diese neue Sichtbarkeit bewerten? Könnte sie sogar zu langfristigen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen führen?⁰²

SOZIALE UNSICHTBARKEIT UND PREKARISIERUNG

Es gibt einige Unterschiede zwischen der Krankenhausreinigung und übrigen Einsatzstellen für Reinigungskräfte.⁰³ Im Gegensatz zur Reinigung in Bürogebäuden oder anderen öffentlichen Institutionen arbeiten Reinigungskräfte in Kliniken

nicht zu Randzeiten oder nachts, sondern wie andere Klinikmitarbeiter*innen auch im Schichtdienst. Ihre weitgehende Unsichtbarkeit ist damit weniger strukturell begründet als vielmehr sozial: Sie werden im Klinikalltag grundsätzlich wenig beachtet und erst recht nicht als eigenständige Akteur*innen gesehen, die über Erfahrungswissen und Expertise verfügen.

Eine Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) zu Anerkennung und Entlohnung systemrelevanter Berufe stellt anhand der Magnitude Prestige Skala, einer auf repräsentativen Umfragen basierenden Ermittlung des Ansehens von Berufen in der deutschen Gesellschaft, fest, dass die nun als systemrelevant eingestuften Berufe⁰⁴ und dabei insbesondere Reinigungsberufe „außerhalb von Krisenzeiten“ ein sehr geringes gesellschaftliches Ansehen haben: „Zusammen betrachtet weisen die systemrelevanten Berufsgruppen ‚erster Stunde‘ ein um rund fünf Punkte geringeres Prestige auf als der Gesamtdurchschnitt aller Berufe, der bei 63 Punkten von 200 maximal möglichen Punkten liegt (...). Besonders auffällig ist das geringe Ansehen für Reinigungsberufe, aber auch für Berufe im Bereich Post und Zustellung sowie für FahrzeugführerInnen im Straßenverkehr.“⁰⁵ Diese gesellschaftliche Geringschätzung schlägt sich – wenig überraschend – auch in der Entlohnung solcher Tätigkeiten nieder.⁰⁶

Von der sozialen Geringschätzung ihrer Arbeit berichteten mir auch die Reinigungskräfte, mit denen ich während meiner Forschung gesprochen habe. Sie erklärten mir, dass „manche Leute (...) das Reinigungspersonal als zweite Klasse“ sehen oder Reinigungskräfte im Krankenhaus teilweise wahrgenommen würden, als seien sie „vom anderen Stern“.⁰⁷ Eine Interviewpartnerin drückt dies so aus: „Man hat als Reinigungskraft ja eher ein niederes Ansehen bei den anderen und das spürt man halt auch. Und das macht die Arbeit anstrengend. Also, die Leute sind natürlich

unterschiedlich. Aber es ist im Allgemeinen so, ok, guten Morgen wird noch gesagt, aber das war es auch. Also das ist eigentlich, kommt eigentlich nicht vor, dass mal jemand sagt ‚Na, wie geht es dir heute?‘ oder ‚Wie geht es Ihnen heute?‘, also das ist schon eine Ausnahme. Ich würde sagen, es ist auch gar keiner dabei, der meinen Namen kennt, obwohl ich da monatelang jeden Tag auftauche. (...) Also das finde ich ein bisschen traurig. Das tut auch ein bisschen weh. Das ist nicht so schön.“

Die eigene Unsichtbarkeit im sozialen Gefüge des Krankenhauses, einer Station oder einer klinischen Abteilung beschreibt die Interviewpartnerin nicht nur als grundsätzlich kränkend oder verletzend, sondern als ständige zusätzliche Anstrengung in ihrem Arbeitsalltag, der ohnehin durch schwere körperliche Belastung geprägt ist. In dieser Missachtung der Reinigung sind zudem häufig sexistische, rassistische und klassistische Zuschreibungen enthalten.⁰⁸ Abwertende Zuschreibungen an das Reinigen beschränken sich nicht darauf, dass es als wenig anspruchsvolle, eintönige Tätigkeit gilt, sondern umfassen

herabsetzende Zwischentöne ebenso wie direkte Diskriminierungen. So kann auch schon das Gefühl, auf einer Station selbst nach Monaten noch „fremd“ zu sein, nicht in ein Stationsteam aufgenommen, sondern weitgehend ignoriert zu werden, mit sozialen Zuschreibungen – etwa der Vermutung schlechter Deutschkenntnisse oder eines niedrigen Bildungsstandes – verbunden sein, die der Anstrengung, die die Reinigungskraft beschreibt, weitere Ebenen hinzufügen.

Die Geringschätzung bezieht sich dabei häufig nicht so sehr grundlegend auf die Reinigung, vielmehr erkennen Klinikmitarbeiter*innen auf allen Hierarchieebenen durchaus deren Relevanz an und beklagen selbst die gegenüber früheren Zeiten geringere Qualität und die schlechten Arbeitsbedingungen in diesem Bereich. Reinigungskräfte werden hier jedoch häufig nicht als Kolleg*innen auf Augenhöhe wahrgenommen, sondern eher als „Opfer der Verhältnisse“ – als von der jeweiligen Firma ausgebeutete Arbeitskräfte oder als Benachteiligte der Sparpolitiken im Gesundheitssystem.

Die geringe Wertschätzung der Reinigung auf sozialer wie struktureller Ebene ist eingebettet in die historisch gewachsene gesellschaftliche – vergeschlechtlichte, ethnisierte und rassifizierte – Arbeitsteilung, die reproduktive Arbeit im „privaten“ von produktiver Arbeit im „öffentlichen“ Raum trennt und hierarchisiert. Die Feminisierung und gleichzeitige Abwertung von „Hausarbeit“ ist in historischer wie soziologischer Perspektive ein klassisches Thema der Geschlechterforschung.⁰⁹ Selbst im Kontext Krankenhaus wird die Reinigung nach wie vor häufig mit Haushaltsarbeit assoziiert und damit in die Nähe einer Arbeit gerückt, die traditionellerweise gar nicht als Arbeit gewertet wird. Reinigen gilt vielmehr gemeinhin als Tätigkeit, die jede*r ausführen könnte und die daher auch keiner Qualifikation oder Expertise bedarf. Dagegen spricht nicht nur, dass nicht alle Reinigungskräfte ungelern sind, sondern dass die Gebäudereinigung ein Ausbildungsberuf ist. Auch das Prädikat „ungelern“ trifft auf viele, besonders migrierte Reinigungskräfte nicht zu, die vielleicht nicht alle über

01 Vgl. Käthe von Bose, *Alte Un-/Sichtbarkeiten, neue Vulnerabilität: Reinigungsarbeit in Krankenhäusern*, in: *Arbeits- und Industriosoziologische Studien* 13/2020, S. 81–95.

02 Um die aktuelle Stellung der Reinigung im Krankenhaus zu beleuchten, greife ich auf Erkenntnisse aus meiner Forschung zu Reinigungsarbeiten im Krankenhaus zurück, vgl. Käthe von Bose, *Klinisch rein. Zum Verhältnis von Sauberkeit, Macht und Arbeit im Krankenhaus*, Bielefeld 2017, und beziehe Medienberichte während der Corona-Pandemie mit ein.

03 Vgl. von Bose (Anm. 1), S. 84f.

04 Die Autor*innen unterscheiden zwischen systemrelevanten Berufen der ersten und zweiten Stunde, um der schrittweisen Erweiterung der Liste an systemrelevanten Arbeitsbereichen im Laufe der Pandemie Rechnung zu tragen. Die Prekarität und der Frauenanteil der systemrelevanten Berufe der ersten Stunde sind deutlich höher als die der zweiten Stunde: „Diese zusätzlichen Berufe haben ein höheres Lohn- und Prestigeniveau und einen höheren Männeranteil. Dennoch gilt auch nach der erweiterten Definition der systemrelevanten Berufe ‚zweiter Stunde‘: Die Diskrepanz zwischen gesellschaftlicher Unverzichtbarkeit und tatsächlicher Entlohnung ist in Krisenzeiten besonders offensichtlich.“ Josefine Koebe et al., *Systemrelevant, aber dennoch kaum anerkannt. Entlohnung unverzichtbarer Berufe in der Corona-Krise unterdurchschnittlich*, in: *Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, DIW aktuell* 48/2020, S. 1–9, hier S. 1.

05 Vgl. ebd., S. 3.

06 Vgl. ebd.; Annetrin Schrenker/Claire Samtleben/Markus Schrenker, *Applaus ist nicht genug. Gesellschaftliche Anerkennung systemrelevanter Berufe*, in: *APuZ* 13–15/2021, S. 12–18.

07 Vgl. von Bose (Anm. 1), S. 86ff.

08 Vgl. ebd., S. 87ff.; dies. (Anm. 2), S. 203ff.

09 Für die Diskussion mit aktuellem Bezug zur Corona-Pandemie vgl. *APuZ* 52/2020 „Care-Arbeit“ und darin Kerstin Wolff, *Hausarbeit als Nebenwiderspruch? Die internationale „Lohn für Hausarbeit“-Debatte der 1970er Jahre in der Bundesrepublik*, S. 42–48.

einen Abschluss im Gebäudereinigerhandwerk, aber sehr wohl über Schul- und Hochschulabschlüsse sowie Berufserfahrungen verfügen, die jedoch in Deutschland nicht anerkannt werden. Besonders im Krankenhaus bedarf es zudem der regelmäßigen Teilnahme an Hygieneschulungen und eines aktiven Mitdenkens, schon allein angesichts der Desinfektionsmaßnahmen und der spezifischen Reinigungsvorgänge nicht nur in OP-Sälen oder auf Intensivstationen, sondern auch in sogenannten Isolationszimmern, in denen seit der Pandemie vermehrt Patient*innen mit einer Covid-19-Infektion versorgt werden.

Reinigungskräfte beklagen allerdings wiederholt, dass Schulungen zu Hygiene zu kurz kämen und berichten über Unsicherheiten oder nur informell weitergegebenes Wissen unter Kolleg*innen. Dies kritisieren sie auch deshalb, weil sie sich ihrer bedeutsamen Rolle für das Funktionieren der Gesundheitsversorgung durchaus bewusst sind. Dass dies auch in der Zeit der Pandemie zutrifft, spricht aus den wenigen Medienberichten im ersten Jahr der Pandemie, in denen Reinigungskräfte selbst zu Wort kamen. So betont etwa die Krankenhausreinigungskraft Gönül Uzunsakal in der SWR-Landesschau Baden-Württemberg, dass sie mit ihrer Arbeit „etwas Gutes tut“ und begründet dies mit Verweis auf die Desinfektionsmaßnahmen: „Wir desinfizieren ja auch alles, alles was an den Patienten kommt.“¹⁰ Nuray Yilmaz, Reinigungskraft im Klinikum Dortmund, hält die Sonderzahlungen für ihren Einsatz in der Pandemie für sie und ihre Kolleg*innen für gerechtfertigt: „Ich denke, wir haben auch wichtige Arbeit gemacht, so wie die Schwestern, das Pflegepersonal.“¹¹

Neben der sozialen ist die strukturelle Randstellung der Reinigung im Krankenhaus ein wesentlicher Faktor, wenn es um die Arbeitsbedingungen geht – und beides bedingt sich gegenseitig. In den meisten Kliniken in Deutschland ist die Reinigung in Tochterunternehmen oder Servicegesellschaften ausgelagert, was vielfältigen Prekarisierungsprozessen Vorschub leistet, sowohl was die Arbeitsbe-

dingungen und Absicherung der Reinigungskräfte selbst als auch die Qualität der Arbeit angeht. Neben der meist unsicheren Beschäftigung und geringen Entlohnung stehen die Reinigungskräfte im Alltag unter hohem Zeitdruck, weil die zu reinigenden Flächen in der vorgeschriebenen Zeit kaum zu bewältigen sind. Wie Dan Zuberi in einer Studie zum Zusammenhang von Krankenhausinfektionen und Reinigung in Kanada deutlich macht,¹² hat das Outsourcing auch weitreichende Konsequenzen für die Zusammenarbeit im Bereich Sauberkeit und Hygiene im Krankenhaus: Statt strukturell mit Pflegepersonal, Ärzt*innen und anderem Krankenhauspersonal zusammenzuarbeiten, müssen sich Reinigungskräfte maßgeblich an den Vorarbeiter*innen und Regelungen ihrer Firma orientieren, bei denen häufig andere Interessen (etwa Zeitersparnis) im Vordergrund stehen.¹³ Dass diese Politik weitreichende Konsequenzen hat, liegt nahe: Zweifelsfrei ist ein Zusammenhang zwischen mangelnder Krankenhaushygiene, erhöhten Infektionsgefahren und den Arbeitsbedingungen in der Reinigung gegeben. Dieser Zusammenhang ist für die sogenannten Krankenhausinfektionen bereits erforscht¹⁴ und wird als Faktor für eine Ausbreitung oder Eindämmung von Covid-19 auch wiederholt medial und gewerkschaftlich formuliert.¹⁵ Doch hat die Pandemie die Stellung der Krankenhausreinigung verändert?

ZWISCHEN NEUER SICHTBARKEIT UND ALTER PREKARITÄT

In einer Interviewstudie insbesondere zur Situation prekärer Dienstleistungen in der Pandemie¹⁶ wurde im Zeitraum zwischen April und Juli 2020

¹⁰ Vgl. SWR Landesschau Baden-Württemberg, Putzen gegen Corona. Reinigungskraft Gönül Uzunsakal arbeitet im Krankenhaus, 13. 7. 2020, www.youtube.com/watch?v=bcdknEqrdZg.

¹¹ Vgl. Sonja Gerhardt, Corona-Reinigungskräfte. „Wir haben auch wichtige Arbeit gemacht“, 4. 6. 2021, www1.wdr.de/nachrichten/ruhrgebiet/reinigungs-kraefte-covid-station-dortmund-klinikum-100.html.

¹² Vgl. Dan Zuberi, *Cleaning Up. How Hospital Outsourcing Is Hurting Workers and Endangering Patients*, Ithaca–London 2013.

¹³ Vgl. ebd., S. 67.

¹⁴ Vgl. Adam Setz Litwin/Ariel C. Avgar/Edmund R. Becker, Superbugs versus Outsourced Cleaners. Employment Arrangements and the Spread of Health Care-Associated Infections. in: *ILR Review* 70/2017, S. 610–641; Zuberi (Anm. 12).

¹⁵ Vgl. exemplarisch Verdi, Mehr Reinigungskräfte gegen den Virus, <https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/servicegesellschaften/++co++450000d0-6912-11ea-9a76-525400f67940>.

¹⁶ Vgl. Richard Detje/Dieter Sauer, *Corona-Krise im Betrieb. Empirische Erfahrungen aus Industrie und Dienstleistungen*, Hamburg 2021, S. 11.

unter anderem danach gefragt, ob durch die neue Sichtbarkeit und zumindest symbolische Anerkennung systemrelevanter Bereiche „neue Ansätze der Aufwertung von Arbeit“¹⁷ zu finden seien. Die Autor*innen stellen fest, dass die Reaktion von „Beschäftigten und Interessenvertreter*innen“ auf den Applaus und die Betitelung als „Held*innen“ zumindest „zwiespältig“ ausfiel, „weil sie einerseits die neue Aufmerksamkeit vor dem Hintergrund ihrer prekären Arbeits- und Einkommensbedingungen sehr kritisch und skeptisch sehen, andererseits [sic] erkennen sie aber auch Chancen, die neue öffentliche Aufmerksamkeit für eine Verbesserung ihrer Situation zu nutzen“.¹⁸ Wie wirkt sich diese Aufmerksamkeit auf den Arbeitsbereich der Krankenhausreinigung aus? Lässt sich auf eine entscheidende Veränderung der Situation hoffen? Grundlage meiner folgenden Überlegungen bilden Medienbeiträge aus dem ersten Jahr der Pandemie.

Unter dem Stichwort „Systemrelevanz“ erhielten seit Beginn der Corona-Pandemie viele Arbeitsbereiche öffentliche Aufmerksamkeit, die bislang nicht breit thematisiert worden waren. Als „systemrelevant“ gelten Einrichtungen, die „unmittelbar oder mittelbar zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit wichtigen, teils lebenswichtigen Gütern und Dienstleistungen beitragen“.¹⁹ In der Krise sind die für das gesellschaftliche Funktionieren essenziellen Bereiche aufrechtzuerhalten. Zu Beginn der Pandemie standen somit „insbesondere der Gesundheitssektor, die Grund- und Lebensmittelversorgung, die öffentliche Verwaltung, die Verkehrs- und IT-Infrastruktur, Sozialarbeits- und Erziehungsberufe, Reinigungs-, Hygiene- und Entsorgungsberufe, der Brand- und Arbeitsschutz sowie Berufe im Bereich der inneren Sicherheit“²⁰ im Vordergrund. Damit wurden die sogenannten SAHGE-Berufe²¹ als systemrelevant eingestuft, und neben der Pflege als klassischem Care-Beruf rückten auch prekäre

Dienstleistungen wie die Arbeit von Kassierer*innen im Lebensmitteleinzelhandel oder Paketzusteller*innen in den Fokus der Öffentlichkeit. Dass die meisten dieser Care- und Dienstleistungstätigkeiten als „Frauenjobs“ gelten, weil sie zum einen überwiegend von Frauen* ausgeführt werden und zum anderen mit „weiblich“ konnotierten Eigenschaften verbunden werden, wurde im Zuge dessen ebenfalls vielfach thematisiert.²² Damit geriet ein Thema ins öffentliche Bewusstsein, das die soziologische Geschlechterforschung schon seit Langem untersucht:²³ der Zusammenhang von Geschlecht und Arbeit. Dieser betrifft nicht nur die Ungleichheit in der Bezahlung – den sogenannten Gender Pay Gap –, sondern besteht auch darin, dass unsicher strukturierte, schlecht bezahlte Care- und Dienstleistungsarbeiten noch immer eher von Frauen* und häufig von Migrant*innen ausgeführt werden und dass der größte Teil der unbezahlten Arbeit in Haushalt und Familie ebenfalls nach wie vor von Frauen* übernommen wird (Gender Care Gap). Dass sich diese grundlegenden Ungleichheiten während der Pandemie eher verstärkt als verbessert haben, wird ebenfalls öffentlich diskutiert.²⁴

Die Debatte um Systemrelevanz erhöhte die mediale Aufmerksamkeit für manche Bereiche wie die Pflege stark, andere – wie die Reinigung –

¹⁷ Ebd., S. 11.

¹⁸ Ebd., S. 71.

¹⁹ Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, COVID-19: Übersicht kritischer Dienstleistungen, 2. 6. 2021, www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/KRITIS/covid-19-uebersicht-kritische-dienstleistungen.pdf?__blob=publicationFile&v=2.

²⁰ Schrenker/Samleben/Schrenker (Anm. 6).

²¹ Damit sind die Bereiche Soziale Arbeit, haushaltsnahe Dienstleistungen, Gesundheits- und Erziehungsberufe gemeint.

²² Vgl. Barbara Thiessen, Pflegekräfte. „Dieses Klatschen ist fast zynisch“, 25. 3. 2020, www.zeit.de/amp/wirtschaft/2020-03/pflegekraefte-systemrelevante-berufe-unterbezahlung-corona-krise-ungerechtigkeit; Fabian Löhe, Umgang mit der Coronavirus-Krise. Es sind die Frauen, die das Land rocken, 19. 3. 2020, www.tagesspiegel.de/25661322.html.

²³ Für kurze Überblicke über diesen Forschungszusammenhang vgl. Alexandra Scheele, Arbeit und Geschlecht. Erwerbsarbeit, Haushalt und Care, in: Beate Kortendiek/Birgit Riegraf/Katja Sabisch (Hrsg.), Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung, Wiesbaden, 2019, S. 753–762; Nina Degele, Arbeit konstruiert Geschlecht. Reflexionen zu einem Schlüsselthema der Geschlechterforschung, in: Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien 11/2005, S. 13–40.

²⁴ Vgl. Lena Böllinger, Corona und Gleichstellung. Die schlechte Nachricht: Niemand muss zurück an den Herd, 15. 6. 2021, www.zeit.de/kultur/2021-06/corona-gleichstellung-retraditionalisierung-geschlechterrollen-care-arbeit-10vor8; Jutta Allmendinger, Familie in der Corona-Krise. Die Frauen verlieren ihre Würde, 12. 5. 2020, www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2020-05/familie-corona-krise-frauen-rollenverteilung-rueckentwicklung; Christoph Höland, Studie: Die Corona-Krise belastet Frauen offenbar mehr als Männer, 28. 5. 2020, www.rnd.de/wirtschaft/soziologin-zur-coronakrise-die-frauenberufe-sind-in-diesen-zeiten-besonders-gefragt-ZSZRRPROXRBEZGBATFJV-VIVFA.html.

blieben weiterhin sehr viel weniger sichtbar.²⁵ Diejenigen Medienberichte, die den Reinigungsbereich in den Fokus rückten, thematisierten dagegen all die Aspekte, die diesen Arbeitsbereich auch jenseits von Krisenzeiten auszeichnen: das Outsourcing und seine Auswirkungen sowohl auf die Mitarbeiter*innen selbst als auch auf die Hygiene und damit auf Patient*innen, die grundlegende Personalknappheit sowie die soziale Unsichtbarkeit von Reinigungskräften im Krankenhaus.²⁶ Letztere wird etwa in Interviews mit einzelnen Reinigungskräften deutlich, wenn sie von Erfahrungen berichten, in denen sie sich im sozialen Gefüge des Krankenhauses nicht beachtet fühlen: „Als Reinigungskraft bin ich für andere unsichtbar. Zumindest fühle ich mich so.“²⁷ Aus den wenigen direkten Zitaten in Medienberichten von interviewten Reinigungskräften spricht außerdem eine gewisse Enttäuschung angesichts der großen Beachtung anderer klinischer Arbeitsbereiche im Gegensatz zu ihrem eigenen. So berichtet die Reinigungskraft und stellvertretende Objektleiterin Beate Oldenburg in der Zeitschrift „Klinik Management aktuell“ rückblickend: „Unsere Verantwortung ist schon groß, doch das ist ganz normal und war auch vor Corona so. Wir waren schon vorher sehr gründlich. Ein richtiges Danke habe ich dafür von Patienten noch nicht gehört. Ich erwarte das nicht – aber es wäre schon mal ganz nett.“²⁸

Die Klinikreinigungskraft Erika Radisavljevic wird in einem Artikel von „Spiegel Online“ so zitiert: „Wenn ich lese, dass viele Menschen

25 Vgl. auch Katharina Manderscheid, Über die unerwünschte Mobilität von Viren und unterbrochene Mobilitäten von Gütern und Menschen, in: Michael Volkmer/Karin Werner (Hrsg.), Die Corona-Gesellschaft. Analysen zur Lage und Perspektiven für die Zukunft, Bielefeld 2020, S. 101–110, hier S. 107.

26 Vgl. exemplarisch Ines Schipperges, „Keiner sagt Danke, keiner sieht uns“, 20. 4. 2020, www.zeit.de/arbeit/2020-04/reinigungskraefte-krankenhaeuser-hygiene-infektionsschutz-coronavirus-belastung; Verdi, Reinigungspersonal: systemrelevant. ver.di fordert deutliche Aufstockung des Reinigungspersonals in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, 18. 3. 2020, <https://gesundheit-soziales.verdi.de/coronavirus/++co++0cebfa46-6903-11ea-93bf-001a4a160100>; Tobias Lill, Reinigungskräfte in der Coronakrise. „Nur oberflächlich sauber“, 4. 4. 2020, www.spiegel.de/panorama/reinigungskraefte-in-der-coronakrise-nur-oberflaechlich-sauber-a-9c1b18e4-e52c-4949-8d88-c6be75244567.

27 Schipperges (Anm. 26).

28 Romy König, Leben in der Pandemie. Ein Jahr Corona – neun Menschen erzählen, in: Klinik Management aktuell 26/2021, S. 65–71, hier S. 69.

und Politiker Beifall klatschen für die Krankenschwestern und die Ärzte – dann freut mich das. Aber ein wenig traurig bin ich dann auch. Keiner denkt dabei an uns Klinik-Putzfrauen. Natürlich ist unsere Arbeit nicht mit der des medizinischen Personals vergleichbar, die sind härter dran. Aber wir riskieren ja auch unsere Gesundheit und helfen mit, dass die Patienten und Klinikmitarbeiter gesund bleiben.“²⁹

Mit ihrem Verweis auf ihre eigene Gesundheit und die Gefahr, denen sie und ihre Kolleg*innen sich täglich aussetzen, spricht sie die Verletzbarkeit an, die sich im Bereich der Reinigung erhöht hat. Die grundlegend bestehende Ansteckungsgefahr mit dem neuartigen Corona-Virus bei allen Tätigkeiten im Gesundheitssektor wurde in der Reinigung teilweise noch durch erschwerte Bedingungen wie mangelnde Schutzausrüstung oder den mangelnden Einbezug in Teststrategien erhöht. Laut einer Stellungnahme der Gewerkschaft Verdi sind diese Bedingungen in Zusammenhang mit der strukturellen Auslagerung, dem Outsourcing der Reinigung zu sehen: „Die Verantwortung für das Stellen von Schutzkleidung wird in manchen Fällen offensichtlich zwischen dem Dienstleister und dem Krankenhaus/der Pflegeeinrichtung hin- und hergeschoben. Und nicht immer sind die Kolleg*innen aus ausgegliederten Bereichen in die Testkonzepte sachgemäß einbezogen.“³⁰

Eine Umfrage der IG BAU wiederum zeigt, dass Reinigungskräfte in medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern von Arbeitgeber*innen besser geschützt werden als an anderen Einsatzorten wie Schulen oder Kitas, allein bei den Impfungen bestehe noch „Verbesserungsbedarf“.³¹ Der erhöhte Hygienebedarf in medizinischen Einrichtungen scheint also im Gegensatz zu anderen öffentlichen Einrichtungen Reinigungskräfte auch als zu schützende Mitarbeiter*-

29 Tobias Lill, Helden des Corona-Alltags. Erika Radisavljevic, 53, Reinigungskraft in einer Klinik, macht jetzt Sonderschichten, 10. 4. 2020, www.spiegel.de/panorama/a-8741792f-93ba-4c48-be2d-e344f683fe8f.

30 Verdi, COVID-19. Schutz für Reinigungskräfte, <https://gesundheit-soziales.verdi.de/coronavirus/++co++d94a6d1c-3878-11eb-b6dc-001a4a16012a>.

31 IG BAU, Corona Blitz-Umfrage zeigt Licht und Schatten im Gebäudereinigerhandwerk. Die Angst vor Ansteckung ist immer dabei, 25. 3. 2021, <https://igbau.de/Corona-Blitz-Umfrage-zeigt-Licht-und-Schatten-im-Gebaedereiniger-Handwerk-Die-Angst-vor-Ansteckung-ist-immer-mit-dabei.html>.

innen stärker in den Fokus zu rücken. Das erhöhte Bewusstsein der Wichtigkeit der Reinigung durch die Pandemie, die zentrale Rolle der Hygiene und das Stichwort „Systemrelevanz“ konnten offenbar zudem dafür genutzt werden, um Verbesserungen der Entlohnung zu bewirken.³²

Auch wenn solche Veränderungen nicht allen Akteur*innen in der Reinigungsbranche gleichermaßen zugutekommen, kann doch eine generell größere Beachtung und stellenweise auch Anerkennung auf verschiedenen Ebenen verzeichnet werden. Auch dass die verschiedenen Aspekte in den Medienbeiträgen thematisiert werden, die den Reinigungsbereich seit Jahren betreffen, bedeutet zwar nicht eine automatische Verbesserung, lässt sich aber doch als positives Zeichen deuten. Der grundlegende Widerspruch zwischen der unbestrittenen Relevanz der Reinigung für die Krankenhaushygiene und der weitgehenden politischen, sozialen wie institutionellen Geringerschätzung dieses Bereichs und seiner Akteur*innen ist deutlich geworden, und damit werden auch potenzielle Veränderungen möglich.

VON ERHÖHTER SICHTBARKEIT ZU KONKRETEN VERBESSERUNGEN?

Ob die erhöhte Aufmerksamkeit für die Krankenhausreinigung seit Beginn der Corona-Pandemie nun also dazu beiträgt, dass dieser Arbeitsbereich langfristig mehr Beachtung und vor allem dringend notwendige Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen erfährt, bleibt abzuwarten. Um diese Zusammenhänge zu ergründen, bedarf es weiterer Forschung, die Reinigungskräfte als Akteur*innen mit ihrer Expertise ins Zentrum rückt.

Die coronabedingte Einschätzung als „systemrelevant“ könnte als Anlass dienen, um schon lange überfällige Verbesserungen in Gang zu setzen oder zu verstärken. Durch die aktuelle Aufmerksamkeit besteht gegenwärtig ein Zeitfenster für praktische Veränderungen wie die Wiedereingliederung dieses Tätigkeitsbereichs in die Organisation Krankenhaus, eine flächendeckende bessere Bezahlung nach Tarif und arbeitsrechtliche Absicherungen. Zudem müssten sich die Arbeits-

bedingungen ändern: Dem ständigen Personalabbau sollte etwas entgegengesetzt werden, damit die Hygiene besser gewahrt wird und die Arbeit auch körperlich besser und langfristig zu bewältigen ist.

Solche und weitere Veränderungen würden eine Aufwertung mit sich bringen. Werden Reinigungskräfte in die Teams der Stationen einbezogen, sind sie als Akteur*innen im sozialen Gefüge des Krankenhauses nicht länger zu übersehen und bekommen eine Stimme. Sie können mit Kolleg*innen aus der Pflege und anderen Arbeitsbereichen Absprachen treffen und auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Durch solch weitreichende strukturelle Veränderungen innerhalb der Organisation Krankenhaus könnte vermutlich eine schrittweise Aufwertung ihrer Arbeit zu erzielen sein. Auf diese Weise könnte die Reinigung ihre Randstellung verlassen und stärker im Inneren der Organisation Krankenhaus verortet werden.

KÄTHE VON BOSE

hat an der Technischen Universität Berlin zu Reinigungsarbeiten im Krankenhaus promoviert. Derzeit leitet sie ein DFG-Projekt zu Zugehörigkeitspraktiken in exklusiven Clubs am Institut für Soziologie der Ludwig-Maximilians-Universität München.

kaethe.vonbose@soziologie.uni-muenchen.de

³² Zur jüngsten Tarifierhöhung vgl. IG BAU, Einigung im Tarifkonflikt. 700000 Reinigungskräfte bekommen mehr Geld, 4. 11. 2020, <https://igbau.de/Binaries/Binary15310/Mehr-Geld-fuer-700.000-Reinigungskraefte-Einigung-im-Tarifkonflikt.pdf>.

HEILENDE HÄUSER?

Zur Genese des modernen Krankenhauses

Fritz Dross

Menschen werden krank, solange sie leben; Tote erkranken nicht. Krankheit findet mitten im Leben statt. Krankheit, die Furcht vor Erkrankung und die Sorge um Gesundheit ist mit hin überall – selten haben wir das so intensiv erlebt wie in der Corona-Pandemie. Auf welchen Wegen, warum und wozu aber haben wir uns daran gewöhnt, dem professionellen Umgang mit Krankheit und der Krankenbehandlung eigene Häuser zu errichten? Legt nicht die Allegorie vom „Ausbrechen“ einer Erkrankung die Denkfigur nahe, dass die Krankheit zuverlässig eingesperrt gehört? Muss die „ausgebrochene“ Krankheit in einen Hochsicherheitstrakt? Ist die Strafe verbüßt, wird die geheilte Person aus dem Krankenhaus „entlassen“. Wir umgeben uns mit Wortbildern, die eine Allgegenwärtigkeit von Krankheit nicht akzeptieren mag. Besser geht es uns, sie in solide ummauerte Räume mit speziellen Regeln des Hinein- und wieder Hinauskommens ausbruchsicher einzusperren: das Krankenhaus.

Historisch bemerkenswert ist bereits der Wortbefund „Krankenhaus“ – offensichtlich eine Fügung, in der das einem besonderen Zweck gewidmete und damit betonte „Haus“ eine hervorgehobene Rolle spielt. Während die romanischen Sprachen sowie auch das Englische an der lateinischen Wurzel *hospital* (aus *hospes*, *hospitis*, Fremder, Gast) festhalten, finden wir im Deutschen seit dem 16. Jahrhundert zusätzlich ein „krankenhaus“. ⁰¹ Es hat allerdings knapp 300 Jahre gedauert, bis sich die deutsche Bezeichnung einbürgerte; bis heute ist „Hospital“, in süddeutschen Dialekten verkürzt „Spital“, durchaus verständlich und gebräuchlich. ⁰² Die wohl älteste ausdrücklich als „Krankenhaus“ gegründete und sich seitdem selbst so bezeichnende Einrichtung ist das 1667 eröffnete Regensburger domkapitelische Krankenhaus. ⁰³ Erst seit Mitte des 18. Jahrhunderts zeichnet sich eine vorsichtige Differenzierung der beiden Bezeichnun-

gen ab, nach der das „Krankenhaus“ mehr und mehr ein spezifizierender Unterbegriff zum allgemeineren „Hospital“ wird. Beide Bezeichnungen betonen indes die Qualität als eigenständige Häuser. Während Johann Heinrich Zedlers „Lexicon aller Wissenschaften und Künste“ keinen Artikel „Krankenhaus“ enthält, und zu „Hospital“ in Band 13 im Jahr 1735 nur knapp ausführt, es handele sich um ein „Gebäude [...], in welches diejenigen, welche in tieffer Armuth, hohem Alter, oder sonst mit schwerer Leibes-Kranckheit der Maßen beladen, daß sie nicht mehr arbeiten und dienen können“, ⁰⁴ versorgt würden, füllt der Enzyklopädist Krünitz ein halbes Jahrhundert später zu „Krankenhaus“ ⁰⁵ mit über 400 Seiten bald den ganzen Band 47, erschienen im Revolutionsjahr 1789. Dies war nicht zuletzt dem Umstand geschuldet, dass der Arzt und Enzyklopädist Krünitz ausführlich die Frage erläuterte, inwiefern bauliche Eigenschaften des Hauses als örtliche Bedingungen der Heilung tatsächlich erheblichen Einfluss auf die Gesundung Erkrankter nehmen könnten.

RELIGIÖS DEFINIERTE ORTE VON KRANKHEIT UND HEILUNG

Sehr viel klarer und viel länger schon als die Heilkunde kennt die Religion besondere örtliche Qualitäten: Der Tempel ist das herausragende Beispiel dafür, dass sich Religiosität nicht zuletzt dadurch ausweist, Göttern besondere Häuser zu bauen, in denen das Heilige im Wortsinne „zu Hause“ ist. Die mittelmeerische Antike weihte den heilkundigen Göttern Apollon sowie dessen Sohn Asklepios heilige Orte der Heilung als notwendige bauliche und räumliche Voraussetzung der „Asklepiosmedizin“. ⁰⁶ Nach gründlicher Reinigung und zum Teil monatelanger Vorbereitung ⁰⁷ begaben sich die Heilung suchenden Pilger in die eigens dafür innerhalb der Tempel-

anlage errichtete Halle für den Tempelschlaf, die Inkubation. Während des Schlafes ereignete sich dann die Heilung. Dies geschah üblicherweise durch Erscheinen des Asklepios, der entweder durch fantastische Operationen unmittelbar die erträumte Heilung herbeiführte oder Anweisungen gab, nach deren Befolgen noch im Traum eine Heilung prognostiziert wurde. Der Ursprung des Krankenhauses ist ein Tempel. Im Heiligtum, und nur dort, fand sich ein fixiertes bauliches Ensemble als Bedingung für die Begegnung mit dem heilenden Gott.

Auf einer religiösen Vorstellung von der Reinheit oder Unreinheit von Personen und rituellen Überlegungen, die „Reinen“ von den „Unreinen“ auch örtlich zuverlässig zu trennen, beruht das mittelalterliche Leprosorium. Zugrunde liegt, so könnte man sagen, ein jahrtausendealtes Missverständnis zwischen Religion und Medizin: die Lepra.⁰⁸ Tatsächlich spielt *lepra* im Buch Levitikus, dem 3. Buch Mose des Alten Testaments, eine erhebliche Rolle. Seit der Übersetzung Martin Luthers wird *lepra* im Deutschen bevorzugt mit „Aussatz“ wiedergegeben. In einer aktuellen Übersetzung heißt es in Lev 13,45–46: „Wer nun aussätzig ist, soll zerrissene Kleider tragen und das Haar lose und den Bart verhüllt und soll rufen: Unrein, unrein! Und solange die Stelle an ihm ist, soll er unrein sein, allein wohnen, und seine Wohnung soll außerhalb

des Lagers sein.“ Das demnach verfolgte Prinzip scheint dem eines Krankenhauses genau gegensätzlich zu sein: Es wird nicht ein eigenes Haus für die Kranken gebaut, sondern die „Unreinen“ werden des Lagers verwiesen. Dies war indes mit der neutestamentlichen Vorstellung von Barmherzigkeit und der besonderen Nähe Jesu zu den Aussätzigen nicht zu vereinbaren. Im Hochmittelalter wurde eine Lösung gefunden, beides miteinander zu vereinen. In gesonderten Aussätzigen-Hospitälern, die stets außerhalb der Ortsbefestigungen lagen, wurden Aussätzige in eigenen Kranken-Häusern untergebracht, ohne der Vorgabe des Alten Testaments zu widersprechen, der Aussätzigen Wohnung solle außerhalb des Lagers sein.

Der nachgerade klassische Hospitaltyp des Spätmittelalters und der Frühen Neuzeit, das städtische Bürgerhospital, lag zwar innerhalb der Stadtmauern, üblicherweise sogar an besonders prominenten Stellen im Stadtbild, war aber ebenso tief in christlicher Religiosität verwurzelt – auch wenn es, dies sei besonders betont, keine kirchliche Einrichtung repräsentiert. Das religiös-christliche Fundament dieser Einrichtung liegt in seinem ökonomischen Status als Stiftung. Die Stifter vermachten ansehnliche und zum Teil riesige Vermögen in Form von Stiftungen den städtischen Armen, die als Hospitaliten eine Gebetsbruderschaft bildeten, die ihre Gebete dem Seelenheil der Stifter widmete. Gestiftet wurde für die Erlösung und das Heil der Stifterseelen und derjenigen ihrer Angehörigen. In diesem Zusammenhang spricht die Hospitalgeschichte in jüngerer Zeit von der „comptabilité de l’au-delà“, dem „budget for the beyond“, vom „Rechnen mit dem Jenseits“ oder dem Hospital als „Seelbank“.⁰⁹ Im Unterschied zu einer schlichten Schenkung, die zum Aufbrauchen des Kapitals in absehbarer Zeit geführt hätte, beruht die Stiftung darauf, das Kapital anzulegen und die Kapitalerträge dem Stiftungszweck zu widmen. Die Stifterinnen und Stifter wollten damit sicherstellen, auf ewige Zeiten eine Gebetsbruderschaft begründet zu haben, die für ihr Seelenheil betete. Die errich-

01 Der spygel der tzuht voll treflicher lere vnnd spruche des heiligen Bonaventure, Leyptzk (Leipzig) 1510, f. li. v., <https://mdz-nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bvb:12-bsb00004059-4>.

02 Vgl. www.duden.de/synonyme/Hospital; www.duden.de/synonyme/Krankenhaus.

03 Vgl. Silke Kröger, Armenfürsorge und Wohlfahrtspflege im frühneuzeitlichen Regensburg, Regensburg 2006, S. 701–737.

04 Johann Heinrich Zedler (Hrsg.), Grosses vollständiges Universal Lexicon aller Wissenschaften und Künste, 64 Bde. und Suppl., Halle–Leipzig 1732–1754, hier: Bd. XIII (1735), Sp. 971 f.

05 Johann Georg Krünitz, „Kranken-Haus“, in: ders. (Hrsg.), Oekonomische Encyclopädie oder Allgemeines System der Staats-, Stadt-, Haus- und Landwirthschaft in alphabetischer Ordnung, 242 Bde., Berlin 1773–1858, hier: Bd. 47 (1789), S. 120–587. Der Artikel „Hospital“ fällt dagegen knapp aus: ebd., Bd. XXV (1782), S. 319 f.

06 Florian Steger, Asklepios: Medizin und Kult, Stuttgart 2016.

07 Vgl. ders., Asklepiosmedizin: medizinischer Alltag in der römischen Kaiserzeit, Stuttgart 2004, S. 111.

08 Vgl. Fritz Dross, Aussetzen und Einsperren. Zur Integration und Desintegration von Leprosen in Spätmittelalter und Früher Neuzeit, in: Arno Görge/Thorsten Halling (Hrsg.), „Verortungen“ des Krankenhauses, Stuttgart 2014, S. 175–190.

09 Ulrich Knefelkamp, Stadt und Spital im späten Mittelalter.

Ein struktureller Überblick zu Bürger Spitälern süddeutscher Städte, in: Peter Johanek (Hrsg.), Städtisches Gesundheits- und Fürsorgewesen vor 1800, Köln–Weimar–Wien 2000, S. 19–40, hier S. 29.

teten Hospitalbauten fielen nicht selten prächtig aus, sie sollten die Großzügigkeit und Barmherzigkeit der Stifter in der öffentlichen Erinnerung wachhalten.

Das mittelalterliche Hospital hat mit Medizin erst einmal herzlich wenig zu tun, jedenfalls finden sich dort vor dem Ende des 15. Jahrhunderts keine angestellten Ärzte. Eine Episode aus dem „Eulenspiegel“ verdeutlicht indes, wie ausgerechnet die Heilung von Erkrankten dem Stiftungszweck recht gut entsprechen konnte. Neben verschiedenen Eulenspiegeleien, die im Hospital spielen, ist die 17. der 95 Eulenspiegel-Episoden¹⁰ besonders aufschlussreich. In der kam der Narr in die Reichsstadt Nürnberg und ließ dort anschlagen, ein großer Arzt sei in der Stadt. Daraufhin ließ ihn der Hospitalmeister des neuen Spitals rufen, er möge den 200 Kranken seines Hospitals helfen. Gegen ein erhebliches Salär willigte Eulenspiegel ein. Tatsächlich konnte Eulenspiegel helfen. Wenn er einen der Hospitaliten verbrenne und aus der Asche ein Medikament bereite, so behauptete er in einzelnen mit den dort versorgten Menschen geführten Gesprächen, könne er alle heilen. Als er am nächsten Tag am Hospitaltor stand und rief, wer nicht schwer krank sei, möge nun herauskommen, flohen die Hospitaliten das Hospital und der erstaunte Hospitalmeister händigte Eulenspiegel die versprochene Summe aus. Eulenspiegel machte sich mit dem Gewinn schleunigst aus dem Staub – im Laufe der kommenden Tage fanden sich indes alle Hospitaliten wieder im Hospital und ihren Betten ein. Ganz im Geist der Eulenspiegeleien betrügt der gerissene Schalk nicht die als krank und bettlägerig charakterisierten Bewohnerinnen und Bewohner des Hospitals, sondern den für ganz umfangreiche Kapitalien verantwortlichen und damit „reichen“ Hospitalmeister. Dieser versteht seine Aufgabe ausdrücklich darin, unter Umständen auch sehr viel Geld für einen Arzt auszugeben, um die „Krancken zu Gesundheit helffen und uff die Fuß bringen“.

10 Ein kurzweilig Lesen von Dil Ulenspiegel, geboren uß dem Land zu Brunßwick. Wie er sein Leben volbracht hatt. 96 seiner Geschichten, nach dem Druck von 1515, hrsg. von Wolfgang Lindow, Stuttgart 1978, www.zeno.org/Literatur/M/Bote,+Hermann/Schwanksammlung/Dil+Ulenspiegel. Bereits in der Ausgabe von 1515 fehlt die 42. Episode, sodass es sich um 95 Geschichten handelt, nicht 96, wie im Titel angegeben.

„VON DEN VORTHEILEN DER KRANKENHÄUSER FÜR DEN STAAT“

Einer nur auf den ersten Blick unscheinbaren Änderung bedurfte es noch, um aus dem Haus für Kranke ein Krankenhaus zu machen – es musste das Haus der Medizin werden. Adalbert Friedrich Markus (1753–1816),¹¹ Hofrat und Leibarzt des Bischofs Franz Ludwig von Erthal (1730–1795), gab dieser Neudefinition in seiner pathetischen Rede zur Eröffnung des Bamberger Krankenhauses im Jahr 1789 den treffenden Titel: „Von den Vortheilen der Krankenhäuser für den Staat“ (– und nicht etwa für die Patienten), weil sie „die beste Schule für Aerzte“¹² seien. Für die Aufnahme gerieten Leumundszeugnisse und Einschätzungen der Bedürftigkeit in den Hintergrund zugunsten der Einschätzung der Heilbarkeit;¹³ in den Fokus rückten Regelungen über die Entlassung Geheilte, die ebenfalls von Ärzten nach der Maßgabe medizinischer Expertise über die Krankheit – und nicht die Person – zu treffen waren. Innerhalb des Krankenhauses sollte nach Möglichkeit wiederum nach medizinischen Kriterien von Krankheitstypen räumlich differenziert werden. Für Bamberg schlug Markus vor, die „wirklich Kranken“ von den „Genesenden“ zu trennen, unter den Kranken war räumlich zu differenzieren zwischen „inneren“ (wiederum nach „hitzigen“ und „langwierigen“), „äußeren“ und „ansteckenden“ Krankheiten. Maßgebliches räumliches Orientierungsmuster war und blieb die Aufstellung der Krankenbetten in den einzelnen Räumen, die nicht zuletzt Gelegenheit bieten mussten, auf dort anzubringenden Tafeln erneut und täglich aktualisiert auf die Erkrankung und deren Verlauf hinzuweisen.¹⁴ Noch über den Tod hinaus sollten die Körper der im

11 Vgl. Mark Häberlein/Michaela Schmölz-Häberlein, Adalbert Friedrich Marcus (1753–1816). Ein Bamberger Arzt zwischen aufgeklärten Reformen und romantischer Medizin, Würzburg 2016.

12 Adalbert Friedrich Markus, Von den Vortheilen der Krankenhäuser für den Staat, Bamberg, Würzburg 1790, S. 6–11, www.mdz-nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=urn:nbn:de:hbv:12-bsb10473433-0.

13 Vgl. ders., Beyträge zu einer Medicinalverfassung, in: Magazin für specielle Therapie, Klinik und Staatsarzneikunde 2/1806, S. 217.

14 Vgl. Häberlein/Schmölz-Häberlein (Anm. 11), S. 88–92.

Krankenhaus verstorbenen Erkrankten als medizinisches Lehr- und Forschungsmaterial bei Obduktionen dienen.

Eingebettet in den spätmittelalterlich begründeten Diskurs über das Betteln und eine Armenfürsorge im Namen der Obrigkeit und des Staatswesens geht es um einen sich um 1800 deutlicher als zuvor formulierenden Perspektivwechsel, der von der versorgten Person abstrahiert und auf die Beendigung von deren Erkrankung durch Heilung zielt.¹⁵ Das um 1800 formulierte „moderne“ Krankenhaus wurde zum Ort, an dem Ärzte nicht die Erkrankten, sondern die Krankheiten gleichzeitig studierten und behandelten. Nicht nur weil es im Französischen die sprachliche Möglichkeit nicht gibt, ein „(traditionelles) Hospital“ von einem „(modernen) Krankenhaus“ zu unterscheiden, hat der französische Philosoph Michel Foucault diesen Vorgang die „Geburt der Klinik“ genannt: Diese werde „wesensmäßig ein durchstrukturiertes nosologisches Feld“¹⁶ und die räumliche Voraussetzung für den ärztlichen Blick seit der Hochaufklärung.

Insofern war diese Debatte eine eminent medizinische Debatte, in der die Erkenntnisformen einer medizinischen Wissenschaft und die Ausbildung von Ärzten neu verhandelt wurden: Da die Medizin eine „Erfahrungswissenschaft“ sei, müssten die Krankheiten in natura, mithin am Krankenbett studiert werden;¹⁷ überhaupt sei es der größte Mangel der allermeisten Universitäten, dass sie keine eigenen Lehrkrankenhäuser betrieben,¹⁸ betonte Markus.

Das vermutlich erste im deutschen Sprachraum etablierte „Krankenhaus“ unter dieser Bezeichnung, das 1667 eröffnete domkapitelische Krankenhaus in Regensburg, beschäftigte medi-

zinisches Personal und konnte die Mehrzahl der dort Behandelten wieder als geheilt entlassen, auch wenn es der Sache nach um die Behandlung katholischer Diensthilfen ging, die in der mehrheitlich protestantischen Reichsstadt kaum auf Versorgung durch die existierenden städtischen Einrichtungen hoffen durften.¹⁹

Das „moderne Krankenhaus“ der Sattelzeit um 1800 war ein Diskursphänomen. Versuche, entsprechende Häuser neu zu etablieren, scheiterten meistens.²⁰ Neue Häuser zu bauen, war äußerst teuer, und gegen die Umwidmung bestehender Häuser sprach neben dem weiterhin aktuellen und attraktiven Gedanken der Stiftung²¹ nicht zuletzt das Stiftungsrecht. Die ganz unterschiedlichen Bedürfnisse und Ziele, Hierarchien und Verwaltungen der landesherrlichen Universitäten einerseits und der städtischen Magistratsverwaltungen und ihrer Armenfürsorge andererseits waren kaum in Einklang zu bringen, um aus den Fonds der städtischen Armenverwaltungen ein universitäres Krankenhaus zu betreiben.²²

Schließlich aber war das Argument von den „Vortheilen der Krankenhäuser für den Staat“ auch innerhalb der Medizin nicht unumstritten. Konkurrierend wurden „Besuchsanstalten“ ins Gespräch gebracht – der Besuch der Ärzte in den Wohnungen der erkrankten Armen konnte in drei entscheidenden Punkten als dem Krankenhaus überlegen diskutiert werden. Ökonomisch waren Besuchsanstalten offenkundig günstiger, darüber hinaus war die Frage der medizinischen Wirksamkeit der Krankenhäuser angesichts ho-

15 Vgl. Karen Nolte, Hospital und Klinik, in: Marianne Sommer/Staffan Müller-Wille/Carsten Reinhardt (Hrsg.), Handbuch Wissenschaftsgeschichte, Stuttgart 2017, S. 201–210.

16 Michel Foucault, Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Frankfurt/M. 2002⁶, S. 74.

17 Markus (Anm. 12), S. 12. Vgl. Axel Karenberg, Lernen am Bett der Kranken. Die frühen Universitätskliniken in Deutschland (1760–1840), Hürtgenwald 1997; Volker Hess, Die Entdeckung des Krankenhauses als wissenschaftlicher Raum. Ein neues Selbstverständnis der medizinischen Klinik 1800–1850, in: *Historia Hospitalium. Zeitschrift der deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte* 20/1997, S. 88–108; Eric J. Engstrom/Volker Hess (Hrsg.), *Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert*, Stuttgart 2000.

18 Markus (Anm. 13), S. 216.

19 Vgl. Kröger (Anm. 3).

20 Vgl. Christina Vanja, Keine Irren-Anstalt für Kurhessen. Psychiatriegeschichte im Spiegel einer ergebnislosen Diskussion zwischen 1806 und 1864, in: Peter Sandner/Gerhard Aumüller/dies. (Hrsg.), *Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001*, S. 20–39; Fritz Dross, *Normale Praxis: Von neuen Konzepten in der Armenpflege, angestrebten Bemühungen zweier Medizinalräte und der erfolgreichen Nicht-Gründung eines Krankenhauses*, in: Sebastian Schmidt/Jens Aspelmeier (Hrsg.), *Norm und Praxis in der Armenfürsorge in Spätmittelalter und früher Neuzeit*, Stuttgart 2006, S. 219–233.

21 Vgl. Frank Hatje, *Gott zu Ehren, der Armut zum Besten: Hospital zum Heiligen Geist und Marien-Magdalenen-Kloster in der Geschichte Hamburgs vom Mittelalter bis in die Gegenwart*, Hamburg 2002, S. 27–41; Michael Diefenbacher, *Das Nürnberger Stiftungswesen – ein Überblick*, in: *Mitteilungen des Vereins für die Geschichte der Stadt Nürnberg* 2004, S. 1–34.

22 Vgl. Isabelle von Buelzingsloewen, *Machines à instruire, machines à guérir. Les hôpitaux universitaires et la médicalisation de la société allemande (1730–1850)*, Lyon 1997.

her Sterblichkeitsraten einmal mindestens offen sowie Krankenhäuser als Ausbildungseinrichtungen für angehende Ärzte umstritten. Im Sinne der klassischen Diätetik musste eine von den Lebensumständen der Erkrankten abstrahierende Beobachtung von Krankheiten geradezu als gefährlich und eine erfolgreiche Behandlung als unmöglich betrachtet werden. Damit stand das Professionalisierungsziel der akademischen Medizin auf dem Spiel, das auf die Akzeptanz eines unbedingten Primats universitär ausgebildeter, gelehrter Ärzte nicht allein bei den Obrigkeiten, sondern auch bei den Behandelten setzte. Denn, so Christoph Wilhelm Hufeland: „Je mehr die Menschen in Masse behandelt werden, desto mehr verliert sich der Sinn für das Individuum.“²³

Am effektivsten gelang das Programm der „Klinik“ daher auf einem Feld, auf dem Anstaltsbehandlung bis dahin keine Rolle spielte: der Geburtshilfe. Wenn die von Männern ausgeübte universitäre Medizin auf dem Feld der bis dahin von weiblichen Hebammen ausgeübten Geburtshilfe Fuß fassen wollte, bedurfte es eines autorisierten Schutzraumes, in dem jungen Männern gestattet wurde, professionell mit den Geschlechtsorganen (schwangerer) Frauen und dem Geburtsvorgang bekannt zu werden. Den Schwangeren wurde in den klinischen Entbindungshäusern die Entbindung kostenlos und unter Umständen sogar unter Wahrung ihrer Anonymität gewährt, wenn sie bereit waren, an sich und ihren Kindern (junge) Männer die Geburtshilfe üben zu lassen. Der Göttinger Geburtshelfer Friedrich Osiander (1787–1855) sprach 1794 von den Gebärenden als „lebendige Phantome“. Das von ihm geleitete Gebärhäuser sei keineswegs „der unehelich Schwangeren wegen da. Mit nichten! Die Schwangeren, sie seyen hernach verehelichte oder unverehelichte, sind der Lehranstalt halber da.“²⁴

Es nimmt nicht Wunder, dass ausgerechnet eine geburtshilfliche Einrichtung – nämlich die des Allgemeinen Krankenhauses in Wien – in den ausgehenden 1840er Jahren zum Ausgangspunkt einer der ersten und bis heute vielbeachte-

ten „klinischen Studie“ wurde. Die Rede ist von der Arbeit des seinerzeit noch jungen Assistenzarztes Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865) über das Kindbettfieber. In den drei geburtshilflichen Abteilungen des Wiener Allgemeinen Krankenhauses trat das Kindbettfieber sehr ungleich verteilt auf, was sich anhand der Krankenjournalen leicht über mehrere Jahre zurückverfolgen und in Tabellen ausdrücken ließ. Bei ansonsten gleichen räumlichen Bedingungen war damit eine endemische Erkrankung ausgeschlossen, wie eine epidemische Ursache ausgeschlossen werden konnte, da relative Häufungen der Erkrankung und Sterblichkeit auch im Zeitverlauf zwischen den Abteilungen ungleichzeitig auftraten. Zwei der drei Abteilungen nahmen die Schwangeren unentgeltlich auf, auf der einen wurden die Studenten der Universität, auf der anderen die angehenden Hebammen unterrichtet. Auf der dritten, „Zahlgebährabteilung“ genannt, waren Medizinstudenten und Hebammenschülerinnen nicht zugelassen, das Kindbettfieber trat dort kaum auf, sie schied daher aus Semmelweis' weiteren Betrachtungen aus. Die Zuweisung der Schwangeren zur Abteilung der Ärzteschule oder derjenigen der Hebammenschule geschah tageweise abwechselnd – ein äußerer Einfluss auf die Sterblichkeit der Aufgenommenen an Kindbettfieber konnte damit ausgeschlossen werden.

Wesentlicher Unterschied der geburtshilflichen Ärzteschule war die permanente Anwesenheit von Medizinstudenten: Die Aufsicht führende Hebamme wurde stets von zwei Studenten begleitet, die jede Untersuchung an den Schwangeren vornehmen und beliebig oft wiederholen durften, wie ein britischer Beobachter anerkennend bemerkte.²⁵ Fiel dem Professor ein „interessanter Fall“ auf, wurden weitere Studenten herbei gerufen, und die Gebärenden dann von fünf, zuweilen wohl 15 Studenten untersucht, bevor die Hebamme die Geburt einleiten durfte. Semmelweis formulierte seine Hypothese von einem „Leichengift“ als Verursacher des Kindbettfiebers und fand sie in Tierversuchen an Kaninchen bestätigt. Dieses Gift würde insbesondere nach anatomischen Übungen an den Händen der Studenten zu den Schwangeren gebracht. Indem Semmel-

23 Christoph Wilhelm Hufeland, Die Armenkrankenverpflegung zu Berlin, in: *Journal der practischen Heilkunde* 29/1809, 12. Stück, S. 1–25, hier S. 8.

24 Zit. nach Jürgen Schlumbohm, *Lebendige Phantome. Ein Entbindungshospital und seine Patientinnen 1751–1830*, Göttingen 2012, S. 389.

25 Charles Henry Felix Routh, Ueber die Ursachen des endemischen Puerperalfiebers in Wien, in: Ignaz Philipp Semmelweis, *Semmelweis' Gesammelte Werke*, Jena 1905, S. 25–33.

weis mit einer Chlorkalklösung die Reinigung der Hände vom „Leichengift“ verordnete, konnte er das Auftreten des Kindbettfiebers erheblich senken. Bald wurde das klinisch-experimentelle Setting in Prag wiederholt, allerdings ohne dort bestätigt zu werden.

Die Ergebnisse der Untersuchungen von Ignaz Semmelweis bestätigten sowohl Befürworter als auch Gegner einer Krankenhausmedizin: Offenbar handelte es sich um eine – tödliche! – Erkrankung, die außerhalb von klinischen Lehreinrichtungen kaum auftrat. Nur im Rahmen der Anstalt ließ sie sich allerdings systematisch erfassen und analysieren – und schließlich erfolgreich bekämpfen.

Im Unterschied zur individuellen Behandlung in den Wohnungen der Patienten waren im Krankenhaus die Umgebungsvariablen einer großen Zahl von Behandlungen gleich. Behandelte Krankheiten, Sterblichkeit und durchschnittliche Verweildauern konnten zahlenmäßig erfasst werden und wurden bereits im späten 18. Jahrhundert als Zahlenkolonnen in Tabellenform miteinander verglichen. In neuer Form wurden Zahlen zu Argumenten in der Medizin. Waren „Puls“ und „Fieber“ bereits von der antiken Medizin beachtete Äußerungen der körperlichen Verfasstheit von kranken und gesunden Menschen, reduzierte die neue Krankenhausmedizin die Beobachtungen auf Zahlenwerte und Verlaufskurven. Dieses Verfahren war sinnvoll erst in der massenhaften Anwendung unter vergleichbaren äußeren Bedingungen, einheitlicher Messungen und Gerätschaft,²⁶ aus der sich statistisch „gesunde“ und „krankhafte“ Werte ermitteln ließen.

ARME LEUTE IN KRANKENHÄUSERN

Das Krankenhaus als maßgeblicher Ort medizinischer Forschung hat sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts weitgehend durchgesetzt.²⁷

26 Vgl. Isabel Atzl, Pflagedinge und Pflegealltag im Krankenhaus, in: Christina Vanja et al. (Hrsg.), *Geschichte der Pflege im Krankenhaus*, Münster 2017, S. 117–141; Volker Hess, Fieberbehandlung und klinische Wissenschaft (1820–1850), in: Johanna Bleker/Volker Hess (Hrsg.), *Die Charité. Geschichte(n) eines Krankenhauses*, Berlin 2010, S. 70–98.

27 Vgl. Marion Maria Ruisinger, „Erlaubt ist, was neu, was anregend, was interessant ist“. Gynäkologische Forschung im Zeichen der Mikrobiologie, in: Christoph Anthuber et al. (Hrsg.), *Herausforderungen. 100 Jahre Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, Stuttgart 2012, S. 36–46.

Dies ergibt sich nicht zuletzt aus den Fachpublikationen selbst, wie der Redakteur der „Münchener Neuen Presse“, Ludwig Quidde (1858–1941), in den letzten Jahren des Jahrhunderts mit einigem Entsetzen feststellte. 1898 publizierte er den ersten Artikel einer in kleiner Auflage anschließend auch monografisch veröffentlichten Serie über „Arme Leute in Krankenhäusern“.²⁸ Quidde prangerte darin an, dass insbesondere arme Krankenhauspatienten regelmäßig als Unterrichts- und Versuchsmaterial behandelt würden. Im Zusammenhang mit weiteren öffentlich diskutierten Skandalen griff im Dezember 1900 und im Februar 1931 der Staat auf dem Verordnungswege ein. Speziell Krankenhausärzte hielten die Debatte allerdings für einigermaßen übertrieben und waren über das behördliche Vorgehen wenig glücklich. Im Handbuch „Das deutsche Krankenhaus“ fasste Wolfgang Veil 1932 zusammen: „Die Frage aufzuwerfen, ob der Arzt berechtigt sei, einen Kranken als Versuchsperson zu benutzen, gehört zu den unglücklichsten, die man stellen kann. (...) Es gibt auch in dieser Frage nur einen möglichen Standpunkt für den Arzt, den man sein ungeschriebenes Gesetz nennen könnte; er lautet: Tue recht und scheue niemand!“²⁹

Eine weitgehende Entkopplung der Behandlung von Person und Persönlichkeit, dem Willen und der Absicht sowie schließlich sogar der Erinnerung der Behandelten an die Behandlung ergab sich mit der Anästhesie für die bis dahin riskantesten und schmerzhaftesten chirurgischen Eingriffe. Insbesondere im Verbund mit der Forderung nach keimfreien Operations-, schließlich auch Krankenräumen wurden seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erneut neue Raumbedingungen für die Krankenbehandlung formuliert und umgesetzt.

Das 1871 gegründete Kaiserreich kann als die erfolgreichste Epoche der Ausformulierung des städtischen Krankenhauses betrachtet werden. Gleichwohl waren einstweilen nicht die Kommunen, sondern überwiegend die konfessionellen Verbände die Gründer, Träger und Erbauer der Häuser, deren Erlöse zum größten Teil aus den

28 Ludwig Quidde, *Arme Leute in Krankenhäusern*, München 1900.

29 Wolfgang H. Veil, *Der ärztliche Dienst und die Krankenordnung*, in: Julius Grober (Hrsg.), *Das deutsche Krankenhaus. Handbuch für Bau, Einrichtung und Betrieb der Krankenanstalten*, Jena 1932, S. 692–715, hier S. 704f.

städtischen Armenkassen stammten.³⁰ Typischerweise waren es konfessionell gebundene Vereine, die über erhebliche Spendensummen die Etablierung und den Bau der Häuser stemmten. Sodann schlossen die Armenverwaltungen Versorgungsverträge mit den Häusern, die fixe Pflegesätze garantierten. Die Städte konnten damit zum einen den Vorgaben der Seuchengesetzgebung entsprechen, die den Nachweis der Existenz einer Anzahl von Isolierbetten (unabhängig von der Trägerschaft) forderte; ohnehin waren die städtischen Armenkassen durch das Armenrecht verpflichtet, die Versorgung arbeitsunfähig erkrankter Armer zu tragen. 1897 hat beispielsweise die Düsseldorfer Armenverwaltung etwa ein Fünftel ihrer Jahresausgaben für die Krankenhausversorgung verausgabt.³¹

Langfristig stabilisiert wurde die medizinische Institution Krankenhaus indes erst im 20. Jahrhundert. Die „Prüfungsordnung für Aerzte v. 28. Mai 1901“ war auf Prüfungen unter Krankenhausbedingungen eingerichtet.³² Nach Paragraph 59 wurde die Krankenhauskarriere der angehenden Ärztinnen und Ärzte um ein weiteres Jahr als Praktikant „an einer Universitätsklinik, Universitätspoliklinik oder an einem dazu besonders ermächtigten Krankenhaus innerhalb des Deutschen Reichs unter Aufsicht und Anleitung des Direktors oder ärztlichen Leiters“ verlängert. Ausgebildet von Krankenhausärzten, die gleichzeitig Medizinprofessoren waren, an Kranken, die in den Universitätskrankenhäusern verfügbar waren, und noch in den ersten Schritten nach Abschluss der Prüfungen ein weiteres Jahr ausschließlich in Krankenhäusern tätig, hat-

ten die dann zugelassenen Ärztinnen und Ärzte Medizin ausschließlich als Krankenhausmedizin kennengelernt.

Langfristig gesichert wurde im 20. Jahrhundert die Finanzierung der Häuser aus den Beiträgen der Krankenkassen. 1892 wurde die 1883 ursprünglich für die Zahlung von Lohnersatz eingerichtete Krankenversicherung der Fabrikarbeiter auf die Leistung ärztlicher Behandlung verpflichtet; mit der Reichsversicherungsordnung von 1911 wurde die Klientel auf Angestellte ausgedehnt sowie die Familienmitversicherung eingeführt. Weit über die Einnahmen- und Ausgabensteigerung der Kassen durch deren dadurch rapide wachsende Mitgliedschaft hinaus verdreifachten sich die durchschnittlich pro Mitglied erbrachten Kassenleistungen für ärztliche Behandlung, ganz überwiegend im Krankenhaus, bereits zwischen 1885 und 1911.³³ Nicht zuletzt die dadurch entlasteten Armenkassen verschafften den größeren Kommunen die finanziellen Spielräume, große Krankenhäuser zu bauen, deren Pflegekosten dann wiederum die Krankenkassen übernahmen.

EIN SONDERORT DER MODERNE

Es ist nicht zu übersehen, dass die Durchsetzung eines neuen und ganz auf die Medizin konzentrierten Typus von Krankenversorgung in eigenen und ausschließlich dazu errichteten und betriebenen Häusern eine lange Entwicklungsgeschichte hat.³⁴ In etwa drei Jahrhunderten hatte sich die in der Eulenspiegelei formulierte Anschauung zu dem Manifest von den „Vortheilen der Krankenhäuser für den Staat“ kondensiert. Die Krankenhäuser – und eben nur sie – „verschaff[en] der Heilkunde Gelegenheit, Zöglinge zu ziehen, die dermaleinst dem Vaterlande mit Nutzen vorstehen werden.“³⁵ Gleichzeitig sollten sie in der Lage sein, das seit der Spätaufklärung mit neuer Dringlichkeit formulierte Armutsproblem zu lösen.

30 Vgl. Arne Thomsen, *Katholisches Krankenhauswesen im Ruhrrevier: Entwicklungen und Akteure von den Anfängen der Industrialisierung bis zum Ersten Weltkrieg*, Münster 2012; Fritz Dross, „Der Kampfplatz der Liebe“: Das Fronberg-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie, in: *Medizinhistorisches Journal* 2/2008, S. 149–182.

31 Vgl. Alfons Labisch/Florian Tennstedt, *Die Allgemeinen Krankenhäuser der Städte und Religionsgemeinschaften Ende des 19. Jahrhunderts – Statistische und juristische Anmerkungen am Beispiel Preußens (1877–1903)*, in: ders./Reinhard Spree (Hrsg.), „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt/M.–New York 1996, S. 297–319, hier S. 307 ff.

32 Paul Kayser, *Gewerbeordnung für das Deutsche Reich*, Berlin 1901³, S. 553–568e www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9783112354940-018/pdf; Cathrin Dagmar Pietsch, *Die Reform des deutschen Medizinstudiums 1901*, Dissertation, Martin-Luther-Universität Halle-Witteberg 2010.

33 Vgl. Fritz Dross, *Health Care Provision and Poor Relief in Enlightenment and 19th Century Prussia*, in: Ole Peter Grell/Andrew Cunningham/Robert Jütte (Hrsg.), *Health Care and Poor Relief in 18th and 19th Century Northern Europe*, Aldershot 2002, S. 69–111.

34 Vgl. Fritz Dross, *Hospital/Krankenhaus*, 20.3.2014, www.ieg-ego.eu/drossf-2014-de.

35 Markus (Anm. 12), S. 6 f.

So maßgeblich damit das Konzept, der Anspruch und die Hoffnung auf ein Krankenhaus als Medizin-Haus formuliert waren, so wenig ist damit eine unmittelbare historische Realität beschrieben. Sozialhistorisch ist eine „totale Institution“ Krankenhaus weder im 19. Jahrhundert noch anschließend, schon gar nicht zuvor auffindbar.³⁶ Die Mauern blieben durchlässig,³⁷ die Patientinnen und Patienten „eigensinnig“.³⁸ Die „Geburt der Klinik“ ist ein sehr langer Prozess – widersprüchlich wie der Begriff der Moderne selbst.³⁹ Die Beziehung zwischen Medizin und Krankenhaus ist deshalb so schwer auf *einen* Begriff zu bringen, weil sie – historisch gesehen – eine doppelte ist: Das Krankenhaus ist unzweifelhaft die Entstehungsbedingung der modernen Medizin, dieser mithin notwendig vorausgehend. Als – dem Anspruch nach – exklusiver „Medizinraum“ ist das Krankenhaus der Moderne gleichzeitig durch nichts so sehr geprägt wie die Medizin. Henne oder Ei?

Freilich ist das Krankenhaus nie ein idealer, allein medizinischen Kriterien verpflichteter und damit in kultureller und sozialer Hinsicht geradezu indifferent egalitärer Raum gewesen. Dies schon allein deshalb, weil die Medizin letztlich und unvermeidlich ein soziales Phänomen und Krankheit ein Werturteil ist.⁴⁰ Krankenhäuser haben stets und werden – entgegen ihrem Anspruch – weiterhin soziale und kulturelle Diffe-

renzen ihrer gesellschaftlichen Umgebung abbilden.⁴¹ Es mag sein, dass die – ihrerseits nicht ganz neue – Klage über eine „Ökonomisierung“ des Krankenhauses⁴² nichts anderes als den Phantomschmerz darüber formuliert, dass kein noch so weise entworfenen, klug betriebenes und von dicken Mauern umgebenes Haus die Medizin davor schützt, sich auf die sozialen Realitäten außerhalb einzulassen und anzuerkennen, dass sie selbst ein Produkt dieser Bedingungen ist. Einen idealen Ort der Medizin wird es außerhalb einer idealen Welt, die der Medizin für bestimmte Häuser uneingeschränkte Verfügungsgewalt überschreibt, nicht geben. Insofern ist es kaum erstaunlich, dass Adalbert Friedrich Markus sich in die Tradition der antiken Tempelmedizin stellte und sich in der Vorrede „als Priester dieses der Wohlthätigkeit und der Heilkunde gewidmeten Tempels“ stilisierte. Vermutlich aber ist es endlich und gleichsam postmodern an der Zeit, einen soliden Argumentationsstrang über die Vorteile der Krankenhäuser für die erkrankten Menschen und ihre weniger erkrankte Umgebung zu etablieren. Ein solcher wird die Medizin und ihre Bedürfnisse kaum ignorieren.

36 Vgl. Nolte (Anm. 15); Christina Vanja, Orte der Verwahrung – Metaphern und soziale Wirklichkeit, in: Gerhard Ammerer et al. (Hrsg.), Orte der Verwahrung. Die innere Organisation von Gefängnissen, Hospitälern und Klöstern seit dem Spätmittelalter, Leipzig 2010, S. 31–58.

37 Vgl. Graham Mooney/Jonathan Reinartz (Hrsg.), Permeable Walls. Historical Perspectives on Hospital and Asylum Visiting, Amsterdam 2009.

38 Vgl. Karen Nolte, Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900, Frankfurt/M.–New York 2003.

39 Vgl. Volker Gerhardt, Die Moderne beginnt mit Sokrates, in: Frank Grunert/Friedrich Vollhardt (Hrsg.), Aufklärung als praktische Philosophie, Tübingen 1998, S. 3–20.

40 Vgl. Fritz Dross/Nadine Metzger, Krankheit als Werturteil. Eine kleine Geschichte des Umgangs mit Krankheit und Kranken, in: APuZ 24/2018, S. 4–11.

41 Vgl. Gunnar Stollberg, Die Binnendifferenzierung in deutschen Krankenhäusern bis zum Ersten Weltkrieg, Stuttgart 2001.

42 Vgl. Richard Kühl/Henning Tümmers, Auf dem Markt. Das bundesdeutsche Krankenhaus – Skizzen zu einer Gegenwartsgeschichte, in: Zeithistorische Forschungen 2/2020, S. 261–282; Stellungnahme des Deutschen Ethikrats, Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, Berlin, 5. 4. 2016.

FRITZ DROSS

ist Professor für Medizingeschichte am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
fritz.dross@fau.de

ZUR GESCHICHTE DER CHARITÉ IM 20. JAHRHUNDERT

Sabine Schleiermacher

Die Charité ist mit über 290 Professorinnen und Professoren sowie über 8000 Studierenden nicht nur das größte Universitätsklinikum Europas, sondern in Berlin auch einer der größten Arbeitgeber, bei dem in 17 Charité-Centren an vier Standorten mit über 3000 Betten mehr als 16 000 Personen beschäftigt sind.⁰¹

Die Geschichte der Charité ist eng mit der Geschichte der Stadt Berlin als Residenz- und Hauptstadt Preußens (seit 1710) und dem preußischen Militärwesen sowie mit der Berliner Bildungslandschaft verbunden. Darüber hinaus spiegelt sich in ihr die Professionalisierung und Akademisierung der Medizin. So wurden in Berlin, wo es noch keine Universität gab, 1713 das Anatomische Theater und 1724 das Collegium medico-chirurgicum gegründet, in denen „Ärzte und Chirurgen für die Armee“ theoretisch ausgebildet werden sollten.⁰² Als ein 1710 gegründetes, außerhalb der Stadt liegendes Pesthaus nicht mehr für nötig erachtet wurde, da sich eine grassierende Pest-Epidemie nicht bis in die sich entwickelnde Garnisonsstadt Berlin auszubreiten schien, wurde diese Einrichtung 1727 in ein Garnisons- und Bürgerlazarett umgewandelt, in dem sowohl Soldaten und Zivilpersonen versorgt als auch angehende Militärärzte (Chirurgen) praktisch ausgebildet und in dem gleichzeitig Mittellose wie in einem Armen- und Arbeitshaus (Hospital) untergebracht werden sollten. Der Schwerpunkt lag jedoch, wie von ihrem Gründer, Friedrich Wilhelm I., dem „Soldatenkönig“, festgelegt, auf der praktisch-klinischen Ausbildung für angehende Militärärzte. Diese Einrichtung mit ihren drei Funktionen von medizinischer Versorgung, militär-medizinischer Ausbildung sowie Asylierung wurde „Charité“ genannt. Auch wenn sie ab 1737 auf Stadtgebiet lag, stand sie in keinem Abhängigkeitsverhältnis zu Berlin.⁰³ Bis 1817 unterstand sie allein der königlichen Armendirektion, die ihrerseits dem Polizeipräsidium, das wiederum dem Ministe-

rium des Innern unterstand. So konnte sich die Charité ihre Patienten nicht aussuchen, sie wurden von der Armendirektion eingewiesen, und das Polizeipräsidium nahm sie für sanitätspolizeiliche Aufgaben, die der Verhinderung der Verbreitung ansteckender Krankheiten dienen sollten, in Anspruch.⁰⁴

Dem steigenden Bedarf an der Ausbildung von Militärärzten unter anderem im Zusammenhang mit den Napoléonischen Kriegen (1792–1807) wurde begegnet mit der Gründung der Pépinière 1795 als einer ausschließlich militärmedizinischen Ausbildungseinrichtung, der Verlegung der im Hospital der Charité untergebrachten Personen in andere Einrichtungen nach außerhalb ab 1798 und der vorwiegenden Aufnahme von Patienten mit solchen Erkrankungen, die für eine praktische militärärztliche Ausbildung relevant schienen.⁰⁵ Für die Charité bedeutete dies eine noch stärkere Integration in die Militärmedizin, den Verlust ihres karitativen Charakters sowie den „Übergang zu einem modernen Krankenhaus“, indem medizinische Versorgung mit medizinischer Ausbildung verbunden wurde.⁰⁶ Auch wenn das Militärmedizinwesen bis zum Ende des Ersten Weltkrieges „einen wesentlichen Einfluß auf die Charité“ behielt, wurde sie seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts „unter Vernachlässigung traditioneller militärischer Strukturen (...) den Anforderungen einer zunehmend vernetzten modernen Forschungslandschaft in Berlin und im Deutschen Reich angepasst“.⁰⁷

IM NATIONALSOZIALISMUS

Durch Politik und Gesellschaft des Kaiserreichs geprägt, war ein Großteil der Ordinarien an der Charité deutschnational-republikfeindlich eingestellt, ein Großteil von ihnen begrüßte den Ersten Weltkrieg, und etwa 28 Prozent des Lehrkörpers nahm aktiv am Krieg teil.⁰⁸ Institute der Chari-

té waren in die „Kriegsarbeit“ eingebunden, wie der damalige Direktor des pathologischen Instituts der Charité, Otto Lubarsch, berichtete, der auch „beratender Pathologe des stellvertretenden Gardekörps“ war und in seinem Institut die Auswirkung von Kampfgasen im Tierversuch „selbst ständig beaufsichtigt(e)“.⁰⁹ Ergänzend zur Ausbildung und Forschung war die Charité weiterhin für die Krankenversorgung zuständig, wobei über ein Drittel der Betten für die medizinische Versorgung verwundeter Soldaten zur Verfügung gestellt wurde.¹⁰

Der Ausgang des Ersten Weltkrieges hatte gravierende Auswirkungen auf die Charité. Einsparungen in Forschung und Lehre sowie Gehaltseinbußen verstärkten bei wissenschaftlichem Personal und Professoren die Vorbehalte gegenüber der Weimarer Republik.¹¹ Die Militärärztliche Kaiser-Wilhelm-Akademie musste geschlossen werden.

Allgemein blieben die seit dem Kaiserreich geschaffenen Strukturen erhalten. Zwar waren die Medizinalangelegenheiten 1910 vom preußischen Kultusministerium an das preußische Innenministerium abgegeben worden, sodass die Charité-Kliniken einerseits und die Universitätsinstitute und -kliniken andererseits jeweils unterschiedlichen Verwaltungen unterstellt waren. Diese tra-

ten in Hinblick auf gesundheits- wie auch hochschulpolitische Entscheidungen aber gemeinsam auf. Die Mitglieder der Medizinischen Fakultät der Berliner Universität stellten die übergroße Mehrheit der verantwortlichen Ärzte und Wissenschaftler an der Charité. Lediglich eine geringe Anzahl von weniger bedeutenden Abteilungen der Charité wurde nicht von Mitgliedern der Medizinischen Fakultät geleitet.¹²

Die Universitätsmedizin war die zweitgrößte Fakultät der Berliner Universität und die größte und renommierteste im Deutschen Reich – ein Status, den sie bis 1944 behielt.¹³ 1932/33 studierten hier fast ein Viertel aller Medizinstudierenden der Universitäten des Reiches. Der Lehrkörper der Medizinischen Fakultät war seit den 1920er Jahren zunehmend offen antisemitisch eingestellt. Die zahlreichen Eintritte in die NSDAP von Angehörigen der medizinischen Fakultät noch vor Verhängung der Aufnahmesperre im Mai 1933 wie auch das von dem Professor für Chirurgie an der Charité und Leiter der Chirurgischen Universitätsklinik, Ferdinand Sauerbruch, mitunterzeichnete „Bekanntnis der Professoren (...) zu Adolf Hitler und dem nationalsozialistischen Staat“ verdeutlichen die Unterstützung für die NSDAP und für die mit ihr verbundene politische Neuausrichtung des Staates.¹⁴ Vor dem Hintergrund der rassen-, gesundheits- und bevölkerungspolitischen Orientierung der Medizin war den Hochschulvertretern eine

01 Siehe www.charite.de/die_charite/profil/zahlen_fakten, Stand: 2.7.2021.

02 Arleen Marcia Tuchman, Ein verwirrendes Dreieck: Universität, Charité, Pépinière, in: Eric J. Engstrom/Volker Hess (Hrsg.), Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses, Stuttgart 2000, S. 36–48, hier S. 39.

03 Vgl. Georg Harig/Hans-Uwe Lammel, Zur Geschichte der Beziehungen zwischen der Charité und Berlin, in: Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität Berlin. Mathematisch-Naturwissenschaftliche Reihe 36/1987, S. 14–21, hier S. 16.

04 Vgl. Eric Hilf, Zur Geschichte der Charitédirektion im 19. Jahrhundert: Aufbau, Struktur und Personen der Charitéverwaltung zwischen 1820 und 1870, in: Engstrom/Hess (Anm. 2), S. 49–68, hier S. 50.

05 Vgl. Peter Kolmsee, Unter dem Zeichen des Äskulap, Bonn 1997, S. 63f.

06 Rolf Winau, Medizin in Berlin, Berlin–New York 1987, S. 100–106, hier S. 95; Detlef Rüster, Über die Anfänge des klinischen Unterrichts an der Berliner Charité, in: Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin. Mathematisch-Naturwissenschaftliche Reihe 36/1987, S. 33–39.

07 Hilf (Anm. 4), S. 55; Gerhard Baader/Thomas Beddies/Marion Hulverscheidt, Chirurgie und naturwissenschaftliche Medizin (1850–1890), in: Johanna Bleker/Volker Hess (Hrsg.), Die Charité. Geschichte(n) eines Krankenhauses, Berlin 2010, S. 99–125, hier S. 71.

08 Vgl. Michael Grüttner, Der Lehrkörper 1918–1932, in: ders. (Hrsg.), Geschichte der Universität Unter den Linden 1810–2010, Bd. 2, Berlin 2012, S. 135–185, hier S. 151; Charles E. McClelland, Die disziplinär organisierte Forschungsuniversität, 1860–1918, in: Heinz-Elmar Tenorth/Charles E. McClelland (Hrsg.), Geschichte der Universität Unter den Linden 1810–2010, Bd. 1, Berlin 2012, S. 425–654, hier S. 630f.; Otto Lubarsch, Ein bewegtes Gelehrtenleben, Berlin 1931, S. 325.

09 Lubarsch (Anm. 8), S. 325.

10 Vgl. Heinz David, „... es soll das Haus die Charité heißen ...“. Kontinuitäten, Brüche und Abbrüche sowie Neuanfänge in der 300jährigen Geschichte der medizinischen Fakultät (Charité) der Berliner Universität, Bd. 1, Hamburg 2004, S. 71.

11 Vgl. Lubarsch (Anm. 8), S. 345; Grüttner (Anm. 8), S. 137.

12 Vgl. Jens Thiel, Der Lehrkörper der Berliner Friedrich-Wilhelms-Universität im Nationalsozialismus, in: Grüttner (Anm. 8), S. 465–538, hier S. 467.

13 Vgl. ebd., S. 468f.

14 Vgl. Christoph Jahr, Die nationalsozialistische Machtübernahme und ihre Folgen, in: Grüttner (Anm. 8), S. 295–324, hier S. 311, S. 318.

Wertschätzung vonseiten der neuen Machthaber gewiss.¹⁵ Das Kooperationsverhältnis zwischen Hochschulmedizin und politisch Verantwortlichen im nationalsozialistischen Staat definierte sich auf der Basis beiderseitiger Interessen. Die tradierten Strukturelemente von Autonomie, Selbstverwaltung sowie die Rekrutierungsmechanismen des akademischen Nachwuchses wurden nicht angetastet. Bestehende Strukturen wurden nun allerdings nach dem Modell des „Führerprinzips“ buchstabiert und die „Arisierung“ rücksichtslos durchgesetzt. So nahmen die Hochschulangehörigen die „Gleichschaltung“ selbst in Angriff.¹⁶

Deutliche Spuren hinterließ dieses Vorgehen spätestens in der 1933 einsetzenden Personalpolitik, mit der Universitätsangehörige, die dem neuen Regime kritisch gegenüberstanden oder die nach nationalsozialistischer Definition als „jüdisch“ bezeichnet wurden, aus der Charité entfernt wurden. Aber schon bevor mit dem „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ vom 7. April 1933 hierfür ein passgenaues Instrumentarium zur Verfügung stand, hatte die Berliner Hochschulmedizin aus eigenem Antrieb und eigener Überzeugung mit Kündigungen, verweigten Vertragsverlängerungen sowie Beurlaubungen zahlreiche Hochschullehrer ausgeschlossen. Aus dem amtierenden Lehrkörper wurden so ab Anfang 1933 141 von 331 Personen entfernt. Schließlich wurde auf diese Weise 42,6 Prozent des Personals aus ihren Stel-

len vertrieben.¹⁷ Diese Entlassungen boten die Möglichkeit, Stellen mit Personen neu zu besetzen, die politische Konformität versprachen und in das neue politische wie wissenschaftliche Profil passten. Es kann jedoch nur bei einer verschwindend geringen Anzahl an Ausnahmen von ausschließlich politisch begründeten Karrieren oder Besetzungen gegen die dezidierten Interessen der Ordinarien der Berliner Hochschulmedizin gesprochen werden.

Der Organisationsgrad in der NSDAP oder einer ihrer Gliederungen war unter den Medizinerinnen insbesondere in der Gruppe der sich noch etablierenden jüngeren Generation besonders hoch. So waren im Wintersemester 1944/45 46 Prozent der Berliner Hochschullehrer Mitglied der NSDAP. Mitglieder der Charité trugen unter ihren Kitteln am Arbeitsplatz Uniformen. Von einer politischen Übernahme der Berliner Hochschulmedizin von außen kann jedoch nicht gesprochen werden, da ungebrochen „Qualifikationskriterien, Reputationsstandards und Milieus“ die Voraussetzungen für Karrieren im Medizinbetrieb blieben.¹⁸ Es muss davon ausgegangen werden, dass nach dem politischen Umbruch von 1933 die wesentlichen Strukturelemente der Berliner Hochschulmedizin nicht verändert wurden. Auf die Kontinuität in der Universitätsmedizin verweisen die sie prägenden zwölf Ordinarien, von denen elf vor 1933 berufen worden waren und ihre Tätigkeit nach 1945 fortsetzten. Die in den zwölf Jahren des nationalsozialistischen Regimes vom Wissenschaftsministerium durchgesetzten fünf Berufungen hatten keine nachhaltige Auswirkung auf die Hochschulmedizin. Der Personalbestand war selbst unter den Bedingungen des Krieges im Umfang fast unverändert.

Die medizinische Fakultät konnte mit der Ausweitung bestehender Forschungsrichtun-

15 Die folgenden Ausführungen sind eine Zusammenfassung der Darstellungen in: Udo Schagen/Sabine Schleiermacher, *Unter dem Hakenkreuz (1933–1945)*, in: Bleker/Hess (Anm. 7), S. 169–194, hier S. 180f.; dies., *Die Charité im Gefüge des „Dritten Reichs“*. Personen und Netzwerke in nationalsozialistischer Forschungs- und Gesundheitspolitik, in: Jalid Sehoul/Matthias David (Hrsg.), *Schuld, Tradition, Verantwortung. Die universitäre Frauenheilkunde in Berlin während des Nationalsozialismus*, Berlin–Brandenburg 2021, S. 15–35.

16 Vgl. Johannes Vossen, *Willfähige Wissenschaft: Die Medizinische Fakultät der Berliner Universität und der Nationalsozialismus*, in: Sabine Schleiermacher/Udo Schagen (Hrsg.), *Die Charité im Dritten Reich. Zur Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus*, Paderborn u. a. 2008, S. 23–36, hier S. 27f. (die zweite, überarbeitete Auflage von 2018 findet sich unter <https://charite.zeit-archiv.de>); ders., *Der politische Systemwechsel von 1933 und seine Auswirkungen auf die Hochschulpolitik*, in: Sabine Schleiermacher/Udo Schagen (Hrsg.), *Wissenschaft macht Politik. Hochschule in den politischen Systembrüchen 1933 und 1945*, Stuttgart 2009, S. 19–27.

17 Vgl. hierzu die Angaben in: Udo Schagen, *Wer wurde vertrieben? Wie wenig wissen wir? Die Vertreibungen aus der Berliner Medizinischen Fakultät 1933*. Ein Überblick, in: Schleiermacher/Schagen (Anm. 16), S. 51–66; sowie die überarbeitete Fassung, 6. 9. 2018, <https://gedenkort.charite.de/menschen>; Sven Kinas, *Akademischer Exodus. Die Vertreibung von Hochschullehrern aus den Universitäten Berlin, Frankfurt am Main, Greifswald und Halle 1933–1945*, Heidelberg 2018, S. 416–424.

18 Ralph Jessen, *Akademische Elite und kommunistische Diktatur. Die ostdeutsche Hochschullehrerschaft in der Ulbricht-Ära*, Göttingen 1999, S. 33ff.

gen wie der Krebsforschung und der Öffnung für neue Forschungsrichtungen wie Naturheilkunde, „Geomedizin“ oder „Rassenhygiene“ sowie mit Kooperationen mit verschiedenen Kaiser-Wilhelm-Instituten, der 1934 wiedereröffneten Militärärztlichen Akademie oder staatlichen Institutionen und Repräsentanten im neuen politischen Gefüge an Bedeutung gewinnen. Die enge Verbindung von Wissenschaft, Politik und Berliner Hochschulmedizin zeigt sich am deutlichsten in der Vergabe von Extraordinariaten, Honorarprofessuren und Lehraufträgen an prominente Vertreter von wissenschaftlichen wie staatlichen und militärischen Institutionen. Personen und Projekte der Berliner Universitätsmedizin waren in Planung und Umsetzung der nationalsozialistischen Gesundheits- und Wissenschaftspolitik eingebunden. Mitglieder der Charité verfügten über direkte Kontakte zu Regierungsmitgliedern bis hin zum Reichskanzler, waren selbst Funktionsträger in diesem Apparat oder Mitglieder einflussreicher Wissenschaftsagenturen, wie des Reichsforschungsrates oder der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

Wissenschaftler der Charité legitimierten mit ihrer hochschulmedizinischen Expertise nicht nur die dem gesundheitspolitischen Handeln zugrundeliegenden Selektionsmechanismen, sondern nutzten auch den „Freiraum“, den ihnen das politische System des Nationalsozialismus zur Verfügung stellte. Beispielsweise missbrauchte etwa der Anatom Hermann Stieve Leichname von hingerichteten Frauen des politischen Widerstands für seine Forschungen mit weiblichen Fortpflanzungsorganen; der Pädiater Georg Bessau betrieb Impfversuche an Kindern, die in der „Euthanasie“-Aktion ermordet werden sollten; der „Rassenhygieniker“ Fritz Lenz entwickelte Methodik und Legitimation von „Rassenhygiene“ und Bevölkerungspolitik; der Hygieniker Heinz Zeiss formulierte mit dem Konzept der „Geomedizin“ Kriterien für Seuchen- und Bevölkerungspolitik in Osteuropa.

Vertreter von Psychiatrie, Gynäkologie und Innerer Klinik fungierten in Zusammenhang mit der Zwangssterilisation auch als sachverständige Beisitzer in den entscheidenden Erbgesundheits- und Erbgesundheitsobergerichten. In den beiden Chirurgischen Kliniken wie auch den Universitätsfrauenkliniken wurden Sterilisie-

rungen sowie „rassenhygienisch“ indizierte Abtreibungen durchgeführt. Darüber hinaus waren Hochschulmediziner als beratende Fachärzte, Generalärzte, Leiter von militärischen Medizinälämtern, Mitglieder von militärischen Planungsabteilungen oder wissenschaftlichen Senaten im Militär aktiv.¹⁹ Dabei nahmen sie an „Arbeitstagen“ der Militärärztlichen Akademie teil, auf denen über die Unterkühlungsexperimente im Konzentrationslager Dachau, bei denen „Versuchspersonen rücksichtslos bis zum Tode“ extremer Kälte ausgesetzt worden waren, oder über die von ihrem Kollegen Karl Gebhardt im Konzentrationslager Ravensbrück vorgenommenen „Versuche über Sulfonamideinwirkung“ berichtet wurde.²⁰

Es gab einzelne Professoren an der Berliner Hochschulmedizin, die sich exponiert hatten, die wissenschaftspolitisch besonders aktiv waren und so Kollegen, die insbesondere zu der Gruppe der außerordentlichen Professoren und Privatdozenten gehörten, Möglichkeiten eröffnet hatten, die diese bis nach 1945 nutzen konnten. Einzelne von ihnen mussten sich dafür im Nürnberger Ärzteprozess 1946/47, in dem 7 der 20 Angeklagten Mitglieder der Charité waren, verantworten. Rückblickend und in Reaktion auf den Prozess wurden ehemals wissenschaftliche Praxis, durchgeführt in Konzentrationslagern und diskutiert unter Kollegen, nun zu „Pseudowissenschaft“ umdeklariert, Selbstmobilisierung und Kollaboration gezeugnet oder verheimlicht und eine Dichotomie von Wissenschaft und Politik postuliert.²¹ Die Mitgliedschaft in der NSDAP oder einer ihrer Gliederungen oder im Militär lässt jedoch keine direkten Rückschlüsse auf die Qualität der Ergebnisse der Forschung zu, waren diese auch nach 1945 noch von Bedeutung und konnten entsprechende Karrieren erfolgreich fortgesetzt werden.

¹⁹ Vgl. Thiel (Anm. 12), S. 518f.

²⁰ Vgl. Alexander Mitscherlich/Fred Mielke (Hrsg.), *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*, Frankfurt/M. 1978, S. 57; Jürgen Peter, *Der Nürnberger Ärzteprozeß im Spiegel seiner Aufarbeitung anhand der drei Dokumentensammlungen von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke*, Münster-Hamburg 1994, S. 183.

²¹ Sabine Schleiermacher/Udo Schagen, *Medizinische Forschung als Pseudowissenschaft. Selbstreinigungsrituale der Medizin nach dem Nürnberger Ärzteprozess*, in: Dirk Rupnow et al. (Hrsg.), *Pseudowissenschaft. Konzeptionen von Nichtwissenschaftlichkeit in der Wissensgeschichte*, Frankfurt/M. 2008, S. 251–278.

IN SBZ UND DDR

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges lagen Charité und Medizinische Fakultät der Universität in der sowjetischen Besatzungszone (SBZ) und unterstanden der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland (SMAD), die großes Interesse an der Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit der Charité, der Entnazifizierung des Personals sowie der Eliminierung nationalsozialistischer Gesundheitsgesetzgebung und damit verbundener Strukturen hatte. Über 60 Prozent der Gebäude der Charité waren völlig zerstört, 20 Prozent von Trümmern bedeckt und nur ein geringer Teil unversehrt, sodass nicht einmal die Hälfte der ursprünglichen Zahl an Betten für die Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stand. Gleichzeitig hatte sich die gesundheitliche Situation der Bevölkerung infolge des Krieges verschlechtert, sodass der Bedarf an klinischen Einrichtungen von 1945 bis 1951 massiv anstieg. Aber erst in den 1960er Jahren waren Institute wieder rekonstruiert (Anatomisches Institut und Chirurgische Klinik) beziehungsweise Neubauten (Geschwulst-, Frauen-, Haut- und Kinderklinik, Institut für Physiologische Chemie) errichtet worden.²²

Neben Gebäuden und Material fehlte es der Charité an Personal. Zwar waren elf Ordinarien, Instituts- und Klinikdirektoren seit der Weimarer Republik dort weiterhin tätig. In der Breite jedoch gab es einen akuten Personalnotstand, der auch durch eine Abwanderung von Medizinern in die Westzonen verschärft wurde.²³ Migration des medizinischen und wissenschaftlichen Personals war ohnehin eines der bedeutendsten Probleme, mit dem sich die zentrale Hochschulverwaltung auch in den folgenden Jahren insbesondere nach Gründung einer Universität im Westteil der Stadt, der Freien Universität 1948, konfrontiert sah.²⁴

Angesichts dieser Situation konnte die im Alliierten Kontrollrat einhellig vereinbarte Per-

sonalpolitik der Zurückweisung von politisch Belasteten (Entnazifizierung) nur im Ansatz umgesetzt werden. So wurden Hochschullehrer trotz ihrer ehemaligen Mitgliedschaft in der NSDAP im Forschungs- und Lehrbetrieb sowie in der Krankenversorgung belassen oder wieder in diese eingestellt, wenn sie den Nachweis erbringen konnten, dass sie „sich fern jeder politisch-ideologischen Tendenz ausschließlich in den Dienst der Wissenschaft gestellt“ hätten. So konnten etliche hochqualifizierte Dozenten, denen 1945/46 die Lehrbefugnis entzogen worden war, wieder in ihre alten Positionen zurückkehren und sich bis hin zur Erlangung einer Professur auch weiter qualifizieren. Bis 1952 lag der Anteil der in den medizinischen Fakultäten der DDR tätigen ehemaligen NSDAP-Mitglieder bei 42,9 Prozent.²⁵ Die personelle „Säuberung“ in der unmittelbaren Nachkriegszeit stellte für diese Hochschullehrer daher weniger einen Bruch als eine „zeitweilig Unterbrechung“ in ihrer Karriere dar.

Die Zuständigkeit für die Charité mit ihren Aufgabenbereichen Forschung, Lehre und Krankenversorgung lag nach Kriegsende kurzfristig beim Hochschulausschuss des Berliner Magistrats. Nachdem 1945 auf Befehl der SMAD die Deutsche Zentralverwaltung für Volksbildung (DVV) eingerichtet war, die bei Gründung der DDR 1949 in das Ministerium für Volksbildung einging, wurde die Charité als Bildungseinrichtung dieser zugeordnet. Der medizinische Bereich wurde, anders als die anderen Krankenhäuser in der Stadt, nicht dem Landesgesundheitsamt Berlin, sondern direkt der Deutschen Zentralverwaltung für Gesundheitswesen (DZVG), der Vorgängerinstitution des Ministerium für Gesundheitswesen unterstellt, was ihre Sonderstellung in Berlin verdeutlicht. Die Aufsicht über den klinischen Bereich hatte ein ärztlicher Direktor, Forschung und Lehre unterstanden dem Rektor der Humboldt-Universität.²⁶ 1951 wurden alle Einrichtungen der Medizinischen Fakultät und der Charité unter dem Namen „Medizinische Fakultät (Charité) der Humboldt-Universität“ fu-

²² Vgl. David (Anm. 10), S. 451, S. 485f.

²³ Vgl. Andreas Malycha, Der Umgang mit politisch belasteten Hochschulprofessoren an der Medizinischen Fakultät der Universität Berlin in den Jahren 1945 bis 1949, in: Rüdiger vom Bruch/Uta Gerhard/Aleksandra Pawliczek (Hrsg.), Kontinuitäten und Diskontinuitäten in der Wissenschaftsgeschichte des 20. Jahrhunderts, Stuttgart 2006, S. 93–110, hier S. 101.

²⁴ Vgl. zum Folgenden Sabine Schleiermacher/Udo Schagen, Rekonstruktion und Innovation (1949–1961), in: Bleker/Hess (Anm. 7), S. 204–242.

²⁵ Vgl. Malycha (Anm. 23), S. 95f., S. 109; ders., Institutionelle und individuelle Strategien im Umgang mit der nationalsozialistischen Vergangenheit an der Medizinischen Fakultät der Berliner Universität 1945 bis 1949, in: Sigrid Oehler-Klein/Volker Roelcke (Hrsg.), Vergangenheitspolitik in der universitären Medizin nach 1945, Stuttgart 2007, S. 147–168, hier S. 167.

²⁶ Schleiermacher/Schagen (Anm. 24), S. 210.

sioniert.²⁷ Im Zuge der Hochschulreform zur Zentralisierung des Hochschulwesens im selben Jahr wurde die Charité dem Staatssekretariat für Hochschulwesen, dem späteren Ministerium für Hoch- und Fachschulwesen, unterstellt.

Als Reaktion auf die „rassenhygienische“ und bevölkerungspolitische Ausrichtung des NS-Staates, dessen Gesetzgebung in der Sowjetischen Besatzungszone in Gänze als Unrechtsgesetze annulliert wurde, sollte unter Bezugnahme auf Entwicklungen in der Weimarer Republik und auf Erfahrungen, die Remigranten aus den Ländern ihres Exils mitbrachten,²⁸ ein staatlich verantwortetes „demokratisches“ Gesundheitswesen aufgebaut werden. Dieses sah einen unentgeltlichen Zugang zu Prävention, zu medizinischer Betreuung und Rehabilitation, eine einheitliche Sozialversicherung, eine flächendeckende Etablierung poliklinischer Einrichtungen und Ambulatorien sowie ein Betriebsgesundheitswesen und vorrangig den in Gesundheitseinrichtungen angestellten Arzt vor. An diesem Aufbau zentraler gesundheits- und wissenschaftspolitischer Strukturen, der Etablierung eines prophylaktisch orientierten Gesundheitswesens sowie an der Reform medizinischer Ausbildung waren auch Mitglieder der Charité beteiligt. So war Theodor Brugsch nicht nur Leiter der I. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Charité 1945 sowie Dekan der Medizinischen Fakultät (1949–1956), sondern auch Leiter der Abteilung Wissenschaft und Forschung in der DVV sowie deren Zweiter Vizepräsident (1946–1949). Die Vizepräsidenten der DZVG, Alfred Beyer und Maxim Zetkin waren zeitgleich Professoren der Charité, letzterer ab 1949 in der Funktion des ärztlichen Direktors. Und der Präsident der DZVG, der Dermatologe Karl Linser (1947–1949), wechselte 1950 an die Charité. Angehörige der Charité waren auch in der Folgezeit in unterschiedlichsten zentralen staatlichen Gremien zu finden.²⁹

Die Garantie für die Umsetzung der neuen Programmatik und der damit formulierten veränderten Tätigkeitsfelder (von kurativer zu präventiver Perspektive) des Arztes sollten Funktionsträger der SED übernehmen. So wurde 1951 in der Medizinischen Fakultät eine Fakultätsparteiorganisation gebildet, 1960 in Grundorganisation Medizin umbenannt, der 1953 lediglich etwa 7 Prozent und 1989 etwa 14 Prozent der Mitglieder der Charité angehörten.³⁰ Versuche der Partei, die in bildungsbürgerlichen Traditionen verankerten Vorstellungen medizinischen Handelns zu beeinflussen, blieben ohne spektakulären Erfolg. So stießen neue Zulassungsregelungen zum Medizinstudium, die Bewerberinnen und Bewerber aus bildungsfernen Lebenssituationen vermehrt Zugang zur Universität ermöglichen sollten, aber auch Reformen des Curriculums der Medizinischen Ausbildung „nicht selten auf Unverständnis“.³¹ Die Mehrheit der Mediziner „blieb im traditionellen akademischen Milieu fest verankert“ und nahm, trotz Privilegien, die 43 Prozent aller Professoren und Dozenten bis 1961 in detaillierten Einzelverträgen ausgehandelt hatten, eine kritische Haltung gegenüber der DDR ein.³²

Einfluss auf die Entwicklung der Charité nahmen auch der Freie Deutsche Gewerkschaftsbund, der als Träger der Sozialversicherung fungierte und dem 1982 etwa 95 Prozent der Mitarbeiter der Charité inklusive Professorinnen und Professoren angehörten, sowie das Ministerium für Staatssicherheit, das die Überwachung des Gesundheitswesens und der Humboldt-Universität, die Überprüfung von Personalangelegenheiten sowie „Reisekadern“, von Kontakten in die Bundesrepublik und nach West-Berlin sowie die Zurückdrängung von Ausreisegesuchen und Verhinderung von „Republikfluchten“ zur Aufgabe hatte.³³

In den 1950er Jahren war die Charité zu einem integralen Bestandteil der medizinischen Versorgung in Ost-Berlin geworden und stell-

27 Vgl. Cornelius Frömmel, Die Grundlagenwissenschaften der Medizin. Forschung und Lehre in der Charité nach 1945, in: Heinz-Elmar Tenorth (Hrsg.), Geschichte der Universität Unter den Linden 1810–2010, Bd. 6, Berlin 2010, S. 701–742, hier S. 709, S. 711.

28 Vgl. Sabine Schleiermacher, Rückkehr der Emigranten. Ihr Einfluss auf die Gestaltung des Gesundheitswesens in der SBZ/DDR, in: dies./Norman Pohl (Hrsg.), Medizin, Wissenschaft und Technik in der SBZ und DDR. Organisationsformen, Inhalte, Realitäten und der Naturwissenschaften, Husum 2009, S. 79–94.

29 Vgl. Schleiermacher/Schagen (Anm. 24), S. 210f.

30 Vgl. Andreas Malycha, Die Struktur der SED an der Berliner Charité 1945 bis 1989, in: Bleker/Hess (Anm. 7), S. 220–223.

31 Schleiermacher/Schagen (Anm. 24), S. 232.

32 Malycha (Anm. 30), S. 223. Vgl. Schleiermacher/Schagen (Anm. 24), S. 238.

33 Vgl. Jutta Begenau, Betriebliche Gewerkschaftsarbeit in der Charité, in: Bleker/Hess (Anm. 7), S. 226–229; dies., Staatssicherheit an der Charité. Der IM „Harald Schmidt“ und die „Sicherheitspolitik von Partei und Regierung“ an der Charité 1972 bis 1987, Berlin 2017.

te mit ihren 17 Kliniken etwa 15 Prozent der Betten der Berliner Krankenhäuser.³⁴ Seit 1962 konnte sie Fachabteilungen in Einrichtungen des Städtischen Gesundheitswesens für die medizinische Ausbildung nutzen und sollten Patienten mit spezifischen Krankheiten für Forschungszwecke sowie für die Lehre direkt in die Charité eingewiesen werden. 1982 wurde das Chirurgisch-Orientierte Zentrum (COZ) in einem Hochhausneubau in Betrieb genommen. Nach Ansicht von Mitarbeitern der Charité entsprach es „baulich, funktionell (...) modernsten Ansprüchen“ und war „personell und materiell (...) gut ausgestattet.“ „Der Zugriff auf die internationale wissenschaftliche Literatur war nicht behindert. (...) Auch die importierte Medizintechnik (z. B. MRT) fand bevorzugt in der Charité Eingang.“³⁵ So war die Charité nicht nur „personell und technisch besser ausgestattet (...) als die anderen Universitätsklinika“, sondern nach Auskunft des Dekans der Charité, Harald Mau (1990–1995), habe es auch „mehr Handlungsfreiheit in Forschung und Versorgung“ gegeben.³⁶

NACH DER WIEDERVEREINIGUNG

Mit dem Staatsvertrag über die Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen Bundesrepublik und DDR 1990 übernahm die DDR das bundesdeutsche Gesundheitssystem, und mit dem Einigungsvertrag wurden die Strukturen der

Bundesrepublik „annähernd modifikationslos“ auf die DDR übertragen.³⁷ Die Hoheit in Fragen von Gesundheit und Bildung ging von der gesamtstaatlichen Ebene auf die kommunale Ebene an die wieder gegründeten Länder. So wurden auch die Krankenhäuser im ehemaligen Staatsgebiet der DDR nach der Wiedervereinigung einer „zunehmenden Ökonomisierung und wettbewerblichen Ausrichtung“ unterworfen.³⁸ Der für zahlreiche Krankenhäuser apostrophierte Investitionsbedarf traf auf die Charité jedoch nur bedingt zu.

Die Diskussion um die Zukunft der Charité geschah im Zusammenhang mit einer Debatte über Umfang, Zuschnitt wie Ausrichtung der Berliner Hochschullandschaft im Allgemeinen und ihrer Hochschulmedizin im Besonderen. Die Charité sollte in Kooperation mit den im westlichen Teil der Stadt gelegenen Kliniken der Freien Universität erhalten und zu einer in Forschung und Lehre nach internationalen Standards konkurrenzfähigen Einrichtung weiterentwickelt werden.³⁹ Diesem Vorschlag des Wissenschaftsrats 1991 stimmte der Berliner Senat unter ökonomischen und strukturellen Auflagen zu. Durch die Fusionen der medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität mit dem Virchow-Klinikum 1997/98 zum Universitätsklinikum Charité, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin sowie mit dem Universitätsklinikum Benjamin Franklin (2003), die beide zur Freien Universität gehörten, zur Charité – Universitätsmedizin Berlin wurde die Charité schließlich eine der größten Kliniken Europas.

34 Vgl. Erika Uslar, Von beiden Seiten gesehen. Dr. med. Rolf Stäps über das Problem der Zusammenarbeit zwischen Charité und Städtischem Gesundheitswesen, in: Berliner Medizinische Rundschau 2/1962, S. 4f.

35 Oberarzt Dr. med. Wolfgang Kaufhold, in: Rainer Herrn/Laura Hottenrott (Hrsg.), Die Charité zwischen Ost und West 1945–1992. Zeitzeugen erinnern sich, Berlin-Brandenburg 2010, S. 298–311, hier S. 305f.

36 Die Charité soll leben! Das Auf und Ab der letzten 50 von 300 Jahren. Interview mit dem Nach-Wende-Dekan Professor Harald Mau, in: Berliner Ärzte 10/2010, S. 22–25, hier S. 22.

37 Vgl. Sabine Schleiermacher, Die Transformation des DDR-Gesundheitswesens: historische Voraussetzungen, Akteure und Interessen, in: Ilko-Sascha Kowalczyk/Frank Ebert/Holger Kulick (Hrsg.), (Ost)Deutschlands Weg. 45 Studien & Essays zur Lage des Landes. Teil I – 1989 bis heute, Berlin-Bonn 2021, S. 477–506.

38 Harald Clade, Modernisierung im Kraftakt, in: Deutsches Ärzteblatt 24/2010, S. A1204-1206.

39 Vgl. Die Charité bleibt, in: Deutsches Ärzteblatt 42/1991, S. A3469; Rosemarie Stein, Universitätskliniken Berlin, Kooperation statt Konkurrenz, in: Deutsches Ärzteblatt 3/1992, S. A89.

SABINE SCHLEIERMACHER

ist Professorin für Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin und leitet den Forschungsschwerpunkt Zeitgeschichte an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

sabine.schleiermacher@charite.de

IM ZEICHEN VON ÖKONOMISIERUNG UND DIGITALISIERUNG

Kontinuität und Wandel von Professionsvorstellungen in der Ärzteschaft im Krankenhaus

Maximiliane Wilkesmann · Jonathan Falkenberg

Die Covid-19-Pandemie hat einmal mehr die gesellschaftliche Relevanz und das damit verbundene hohe Ansehen von Ärzt:innen offenbart. Zugleich hat sie aber auch auf die Fragilität des vorhandenen Expertenwissens beziehungsweise das vorhandene Nichtwissen aufseiten der Professionsangehörigen hingewiesen. In diesem Beitrag werden wir am Beispiel der Ärzteschaft im Krankenhaus Kontinuität und Wandel von Professionsvorstellungen aufzeigen. Aufgrund der weit verzweigten Professionsforschung gibt es eine regelrechte Definitionsschlacht, was genau unter dem Begriff der „Profession“ zu verstehen ist. Daher werden wir mit einer theoretischen Einführung zur historischen Entstehung und den soziologischen Perspektiven auf Professionen beginnen. Im Anschluss richten wir den Blick auf die Einbindung der Ärzteschaft in die Organisation Krankenhaus und auf neuere Entwicklungen, wie die Ökonomisierung und die Digitalisierung im Krankenhauswesen. Am Ende diskutieren wir, inwiefern sich Professionsvorstellungen aus Sicht der Ärzteschaft (Innenperspektive), aber auch aus Sicht der Patient:innen (Außenperspektive) wandeln.

GEBURT DER PROFESSIONEN UND DER PROFESSIONSSOZIOLOGIE

Der Erste, der den Professionsbegriff als Kategorie in der Soziologie verwendete, war Herbert Spencer. In seinem Werk „Principles of Sociology“ (1898) identifizierte er die Entwicklung von Professionen als wesentliches Merkmal zivilisierter Gesellschaften. Dabei arbeitet er die enge Verbindung zwischen Religion und Medizin im Altertum heraus, etwa bei den Babyloniern, Rö-

mern und Griechen, die davon ausgingen, dass die Medizin auf einen göttlichen Ursprung zurückgeführt werden kann. Die Trennung zwischen religiös-magischer und wissenschaftlich-rationaler Medizin mit universitärer Ausbildung vollzog sich im Zuge der Entwicklung moderner Gesellschaften und reicht ins 19. Jahrhundert hinein. So blieb es bis 1858 dem englischen Erzbischof von Canterbury vorbehalten, medizinische Diplome zu erteilen.⁰¹ Insofern ist die Medizin als naturwissenschaftlich orientiertes Feld ein relativ junges Phänomen. Zudem waren die Arbeitsbedingungen der Ärzteschaft vor dem Hintergrund verschiedener Medizinalverfassungen, der unterschiedlichen Ausbildungswege und aufgrund mangelnder Selbstorganisation noch bis zum Ende des 19. Jahrhunderts sehr heterogen. In Deutschland wurden 1873 die berufspolitischen Weichen für die Durchsetzung der ärztlichen Interessen gestellt. In jenem Jahr konstituierte sich der erste Ärztetag in Wiesbaden, um, wie es in Paragraph 1 der Satzung hieß, „die zerstreuten ärztlichen Vereine Deutschlands zu gegenseitiger Anregung und gemeinsamer Bethätigung der wissenschaftlichen und praktischen, auch sozialen Beziehungen des ärztlichen Standes zu vereinigen“.⁰² Die Einberufung des Ärztetags ist ein Meilenstein, denn er markiert den Ausgangspunkt der Selbstorganisationsfähigkeit, verbunden mit einem hohen Organisationsgrad der Ärzteschaft zur Wahrung der Professionsinteressen, in Form zahlreicher Berufsverbände, Fachgesellschaften und Interessenorganisationen. Bis heute spricht die Ärzteschaft – auch wenn es internen Dissens gibt – zumindest nach außen mit einer Stimme.

Eine eigenständige Professionstheorie wurde in der Soziologie erst sehr viel später von Talcott

Parsons 1939 in seinem Aufsatz „The professions and social structure“ formuliert.⁰³ Professionen bilden für Parsons einen institutionellen Ordnungsrahmen, weil sie zentrale Werte wie Bildung, Gerechtigkeit, Gesundheit und Wahrheit repräsentieren. Der Erwerb des professionellen Status, so Parsons, ist ausnahmslos mit dem Abschluss einer formal anerkannten Ausbildung an einer Universität verbunden. Aus den Überlegungen Parsons' ist ein strukturtheoretischer Forschungszweig entstanden.

Strukturtheoretische Perspektiven

Aus einer strukturtheoretischen Perspektive wird von einer besonderen Handlungsproblematik bei Professionen ausgegangen. Professionen sind spezielle Dienstleistungsberufe, deren Arbeitsergebnisse nicht über den Markt geregelt oder bürokratisch bewertet werden können. Insofern sind ein Arbeitsmarktmonopol, Eintrittsbarrieren und die Selbstregulierung für Professionen notwendig und im öffentlichen Interesse, weil nur so die hohen Standards in der Aus- und Fortbildung garantiert und die Sicherheit und Qualität in der Daseinsvorsorge gewährleistet werden können. Parsons geht in seiner soziologischen Beschreibung des Arztberufes davon aus, dass „das ‚Gewinnmotiv‘ aus der Welt des Arztes radikal ausgeschlossen ist“.⁰⁴ Insofern betont diese Sichtweise die altruistischen Motive der Professionen und den intrinsischen Wert ihrer Expertise für das Gemeinwohl.

Im deutschsprachigen Raum findet sich die wichtigste Weiterentwicklung dieses strukturtheoretischen Ansatzes in den Arbeiten von Ulrich Oevermann.⁰⁵ Im Mittelpunkt seiner theoretischen

Überlegungen steht die Frage, ob eine berufliche Tätigkeit professionalisierungsbedürftig sei. Solche Bedarfe entstehen in Arbeitsfeldern, in denen rechtliche, gesundheitliche, soziale oder psychische Probleme von Personen bearbeitet werden und die Professionellen dazu auf deren Mitwirkung angewiesen sind, ohne sich dabei am wirtschaftlichen Erfolg zu orientieren.

Machttheoretische Perspektiven

Aus machttheoretischer Perspektive sind Professionen Berufe, die sich für bestimmte Dienstleistungen Autonomie und ein Monopol gesichert haben. Autonomie über die Ausführung, Regulierung und Bewertung der eigenen Arbeit sowie Prestige und Einkommen werden als materielle und immaterielle Privilegien und als Ausdruck der Machtressourcen von Professionsangehörigen gesehen. Aus dem Blickwinkel der Macht ergibt sich ein grundsätzliches Kontrollproblem innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung, indem sich die Kontrolle durch die Patient:innen als eine für sie unlösbare Aufgabe darstellt und diese Funktion an die kollegiale Selbstkontrolle der Professionsangehörigen übergeben wird.⁰⁶ Im Gegensatz zu strukturtheoretischen Darstellungen offenbart die Machtperspektive daher eine gesunde Skepsis gegenüber den Ansprüchen der Professionsangehörigen auf ihre moralische Überlegenheit und den daraus resultierenden Folgen für die Gesellschaft.⁰⁷

Merkmalsorientierte Ansätze

Die Tatsache, dass Professionen besondere Berufe sind, die sich durch bestimmte Merkmale von allen anderen Berufen im positiven Sinne unterscheiden, scheint ein Bezugspunkt zu sein, auf den man sich im Kontext verschiedener professionstheoretischer Ansätze im nationalen wie im internationalen Raum einigen kann.⁰⁸ Auch im

01 Vgl. Herbert Spencer, *The Principles of Sociology*. In Three Volumes, New York 1898, S. 197.

02 Vgl. Claudia Huerkamp, *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens*, Göttingen 1985, S. 249.

03 Talcott Parsons, *The Professions and Social Structure*, in: *Social Forces* 17/1939, S. 457–467.

04 Ders., *Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse*, in: René König/Margret Tönnemann (Hrsg.), *Probleme der Medizin-Soziologie*, Sonderheft Nr. 3 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1958, S. 10–57, hier S. 15.

05 Vgl. Ulrich Oevermann, *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns*, in: Arno Combe/Werner Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*, Frankfurt/M. 1996, S. 70–182.

06 Vgl. Hansjürgen Daheim, *Zum Stand der Professionssoziologie: Rekonstruktion machttheoretischer Modelle der Profession*, in: Bernd Dewe/Wilfried Ferchhoff/Frank-Olaf Radke (Hrsg.), *Erziehen als Profession zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*, Opladen 1992, S. 21–35.

07 Vgl. Rosemary Crompton, *Professions in the Current Context*, in: *Work Employment and Society* 5/1990, S. 147–166.

08 Hierzu etwa Daniel Muzio/Sundeep Aulakh/Ian Kirkpatrick, *Professional Occupations and Organizations*, Cambridge 2019; Michaela Pfadenhauer, *Professionalität*, in: Sebastian Klinke/Martina Kadmon (Hrsg.), *Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert – Profession oder Dienstleistung*, Berlin–Heidelberg 2018, S. 39–53.

Tabelle 1: Merkmale von Professionen

Exklusives Wissen	Professionsangehörige verfügen über eine lang andauernde spezialisierte, akademische Ausbildung, bei der wissenschaftlich fundiertes Sonderwissen erworben wird.
Berufsethos	Professionen folgen berufsständischen Normen und Werten, die im Rahmen der Ausbildungsprozeduren in Form einer Berufsethik vermittelt und mitunter in Form eines Eids bekräftigt werden.
Gemeinwohlorientierung	Der Tätigkeitsbereich von Professionsangehörigen besteht aus gemeinnützigen Funktionen, das heißt, sie setzen ihr Wissen uneigennützig für das Allgemeinwohl und ohne Ansehen einer Person ein.
Autonomie und Kontrolle	Professionen besitzen eine berufliche Autonomie, das heißt, sie besitzen die Freiheit von Fremdkontrollen durch Laien oder den Staat, weil der Zugang zum Beruf und die Ausübung auf Selbstkontrolle und Selbstverwaltung durch Berufsverbände beruht.
Monopolstellung	Professionen beanspruchen ein exklusives Funktions-, Angebots- und Handlungskompetenzmonopol, das heißt, nur sie dürfen bestimmte Leistungen anbieten und über deren Ausführung bestimmen.
Status und Sozialprestige	Aufgrund ihrer Sachkompetenz und Gemeinwohlorientierung beanspruchen Professionsangehörige eine besondere wirtschaftliche Entlohnung und ein hohes Sozialprestige.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an: Martin Schmeiser, Soziologische Ansätze der Analyse von Professionen, der Professionalisierung und des professionellen Handelns, in: Soziale Welt 2006, S. 295–318; Thomas Kurtz, Das professionelle Handeln und die neuen Wissensberufe, in: Michaela Pfadenhauer (Hrsg.), Professionelles Handeln, Wiesbaden 2005, S. 243–252.

deutschsprachigen Diskurs wird häufig auf den Berufsbegriff zurückgegriffen, um Professionen von diesem abzugrenzen. Berufe sind Resultat gesellschaftlicher Definitionsprozesse und regeln nicht nur die Zugangsvoraussetzungen, einen Beruf erlernen zu können, sondern konstituieren auch deren gesellschaftliches Prestige.

Schon früh wurde analysiert, welches die wesentlichen Merkmale sind (Tabelle 1), die Professionen von Berufen unterscheiden. Die reine Auflistung und Zuordnung dieser Merkmale werden häufig als „Checklisten-Soziologie“⁰⁹ abgetan. Jedoch können mithilfe der aufgestellten Kriterien Veränderungen der Professionssituation (etwa Professionalisierung oder Deprofessionalisierung) im Laufe der Zeit sichtbar gemacht werden.

Fasst man die drei professionstheoretischen Zugänge zusammen und versucht, diese in Beziehung zueinander zu setzen, bilden die merkmalorientierten Ansätze gewissermaßen die ver-

bindende Klammer zwischen den struktur- und den machttheoretischen Ansätzen (Abbildung). Insgesamt handelt es sich bei den Merkmalen um Normen und Werte, die gleichermaßen die Innen- und Außenperspektive auf Professionsvorstellungen adressieren.

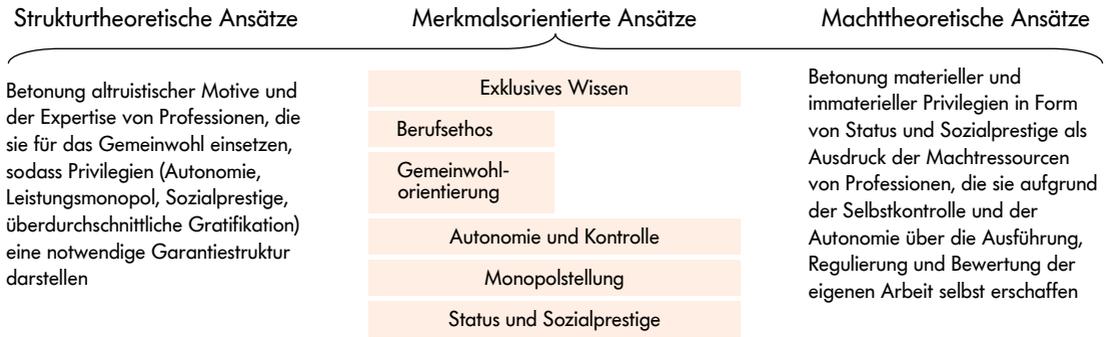
PROFESSIONSVORSTELLUNGEN DER MEDIZIN

Mit Blick auf die Medizin können die in der Tabelle 1 dargestellten Merkmale wie folgt konkretisiert werden:¹⁰ Als Professionsangehörige verfügen Ärzt:innen über ein *spezialisiertes, exklusives Expertenwissen*, das im Rahmen einer akademischen Ausbildung erworben wird. Die fachspezifische, wissenschaftlich fundierte Ausbildung und Approbation sind in Deutschland streng geregelt. Die Bundesärzterordnung (BÄO) schreibt

⁰⁹ Martin Schmeiser, Soziologische Ansätze der Analyse von Professionen, der Professionalisierung und des professionellen Handelns, in: Soziale Welt 2006, S. 295–318, hier S. 301.

¹⁰ Vgl. Maximiliane Wilkesmann/Birgit Apitzsch/Caroline Ruiner, Von der Deprofessionalisierung zur Reprofessionalisierung im Krankenhaus? Honorarärzte zwischen Markt, Organisation und Profession, in: Soziale Welt 2015, S. 327–345, hier S. 319f.

Abbildung: Professionstheoretische Ansätze im Vergleich



Quelle: Eigene Darstellung.

vor, dass angehende Ärzt:innen vor der Approbation einen Nachweis erbringen, aus dem hervorgeht, dass er oder sie „sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergibt“ (§ 3 II BÄO). Insofern werden im Kontext der Zulassung Verhaltensnormen angewandt, die auf die Ausbildung eines bestimmten *Berufsethos* abzielen. Dieses ist am Grundsatz „primum nil nocere“ (lat. in erster Linie nicht schaden) ausgerichtet und bedeutet die Priorisierung des Patientenwohls gegenüber anderen Motiven. Darunter fällt ebenso die Pflicht, sich ständig fortzubilden, um nach dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik zu therapieren. Berufsspezifische ethische Werte sind auch im ärztlichen Eid formuliert, der der ärztlichen Berufsordnung vorangestellt ist und auf dem hippokratischen Eid basiert.

Die Bundesärzteordnung regelt darüber hinaus Grundsätze im Sinne der *Gemeinwohlorientierung* für die Ausübung des ärztlichen Berufs: „§1 (1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des ganzen Volkes. (2) Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seinem Wesen nach ein freier Beruf.“ Für die freie Berufsausübung der Ärzteschaft spielen daher die eigenständige Kontrolle der Arbeit und die damit verbundene *Autonomie* des Handelns eine zentrale Rolle. Die beruflich-fachliche Autonomie und kollegial-kooperative Steuerung der Ärzteschaft ist in der uneingeschränkten Therapie- und Entscheidungsfreiheit verankert. Dadurch manifestiert sich eine *Monopolstellung* in medizinischen Angelegenheiten (beispielsweise in den Regelungen zur Facharztprüfung, die im Kollegialsystem stattfindet). Als ausgesprochen hoch zu be-

werten sind der *Status und das Sozialprestige* von Ärzt:innen in der Gesellschaft. Die hohe öffentliche Wertschätzung und das daraus resultierende Vertrauen in die ärztliche Kunst sind die eigentliche Grundlage der „Magie des Heilens“. ¹¹ Dabei erweist sich die monetäre Wertschätzung in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zu bestimmten Hierarchieebenen und Fachdisziplinen als heterogen, liegt aber auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Die Vergütung der beruflichen Tätigkeit kann als Ausdruck besonderer Anerkennung gesehen werden, was ein eher unproblematisches Verhältnis zwischen Markt und Beruf impliziert.

Nachfolgend werden wir auf der Grundlage dieser theoretischen Ausführungen den Wandel und die Kontinuität von Professionsvorstellungen der Ärzteschaft im Krankenhaus in den Blick nehmen.

EINBINDUNG DER ÄRZTESCHAFT INS KRANKENHAUS

Der erste Wandel von Professionsvorstellungen vollzog sich mit der Einbindung von Ärzt:innen in das moderne Krankenhaus. Krankenhäuser beziehungsweise Hospitale waren lange Zeit vornehmlich karitativ-pflegerische Einrichtungen; die medizinische Behandlung von wohlhabenden Bürgerinnen und Bürgern fand bis zum Ende des 19. Jahrhunderts zu Hause statt. ¹² Mit der Ent-

¹¹ Irmhild Saake, Die Performanz des Medizinischen: Zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion, in: Soziale Welt 2003, S. 429–459, hier S. 456.

¹² Vgl. Maximiliane Wilkesmann, Von Fürsten zu Knechten?, in: Ingo Bode/Werner Vogd (Hrsg.), Mutationen des Krankenhauses, Wiesbaden 2016, S. 207–228.

wicklung des modernen Krankenhauses wurde auch das Vorhandensein der Ärzteschaft selbstverständlicher, wenngleich sie dort zunächst keine repräsentative Berufsgruppe darstellten, sondern ihr Einkommen durch die Behandlung Wohlhabender verdienten. Bedürftige mussten unentgeltlich mitbehandelt werden. Mit der Aussicht auf ein festes Gehalt und der Möglichkeit zur Privatliquidation, was ein vergleichbares oder höheres Einkommen als das der Niedergelassenen bedeutete, gelang die organisationale Einbindung von Ärzt:innen an die Krankenhäuser. An dieser Stelle wird einerseits der Aspekt der überdurchschnittlichen Gratifikation der Ärzteschaft als Professionsmerkmal deutlich. Andererseits könnte man ihrem Eintritt in die Krankenhausorganisation eine Deprofessionalisierung unterstellen, da sie dadurch zu abhängig Beschäftigten werden und sich als Professionsangehörige Formalzielen unterwerfen. Gleichzeitig haben sich Krankenhäuser als jene Orte etabliert, an denen Wissen entdeckt und weitergegeben sowie eine Professionsidentität mit all ihren Werten und Normen ausgebildet wird.

Die Verbreitung der Ärzteschaft in den Krankenhäusern lässt sich statistisch anhand der Ärzte pro 10000 Einwohner:innen nachzeichnen. Gab es 1877 im Deutschen Reich 3,2 Ärzt:innen in Krankenhäusern pro 10000 Einwohner:innen, betrug die Zahl 1952 13,6 in der Bundesrepublik und 7,5 in der DDR und wuchs in der Folge auf 41,6 in den westdeutschen Bundesländern beziehungsweise 36,4 in den ostdeutschen Bundesländern bis 2010 an.¹³

Die steigenden Zahlen gehen zudem mit der Ausdifferenzierung in mittlerweile 34 fachärztliche Bereiche und 57 Zusatz-Weiterbildungen (Stand: 2021) einher, die auch zur weiteren Spezialisierung von Krankenhausabteilungen beziehungsweise Kliniken geführt hat. An dieser Stelle muss erneut auf die hohe Selbstorganisation und Kontrolle verwiesen werden, indem es die Ärzt:innen schaffen, zu jeder Spezialisierung eine Fachgesellschaft zu gründen, die Standards festlegt und Eigeninteressen nach außen vertritt. Nicht nur die Anzahl der Ärzt:innen veränderte sich, sondern auch die Geschlechterstruktur, weshalb man von einer „Feminisierung der Medizin“ spricht.

ÖKONOMISIERUNG UND DIGITALISIERUNG

War der Ausbau des Gesundheitswesens bis Mitte der 1970er Jahre politisch gewollt, sind seitdem in Deutschland in immer kürzeren Intervallen gesundheitspolitische Gesetze mit dem Ziel der Kostendämpfung verabschiedet worden, die seit den 2000er Jahren unter dem Stichwort „New Public Management“ beziehungsweise der „Ökonomisierung“ diskutiert werden¹⁴ und zu einem zweiten großen Wandel der Professionsvorstellungen geführt haben. Die durch die Ökonomisierung verursachten strukturellen Verschiebungen in der Krankenhauslandschaft (Investitionsstau, Schließungen, Privatisierung, Abbau von Belegbetten), kanalisieren sich in einem allgegenwärtigen Kostendruck. Die Einführung des Fallpauschalensystems 2004, den sogenannten Diagnosis Related Groups (DRGs), stellt vor diesem Hintergrund eine Zäsur dar, weil es Anreize für eine gewinnoptimierte Behandlung setzt. Jedes Krankenhaus erhält seither eine Pauschale für die Behandlung, die sich nicht wie bisher an den Liegetagen, sondern nach dem Schweregrad und der Art der Erkrankung bemisst und eine standardisierte Aufenthaltsdauer (Grenzverweildauer) vorgibt. So entsteht für jede:n Patient:in eine eigene Kosten- und Erlöskurve. Durch die Operationalisierung medizinischer Maßnahmen ist die Erlösberechnung erstmals auch für das Management gestaltbar geworden. Das Krankenhaus kann Portfolios aus lukrativen Fällen kreieren und diese als Fallzahlvorgaben an die Chefärzt:innen weiterreichen. Hierbei hat auch die Digitalisierung einen großen Anteil.

Mithilfe sogenannter DRG-Grupper-Software nehmen Ärzt:innen die Kodierung und Dokumentation vor. Die Verweildauer der Patient:innen wird dabei beispielsweise in Ampelfarben dargestellt: Grün bedeutet, dass sie innerhalb des angestrebten Zeitbereichs, und Rot, dass sie außerhalb liegen; Gelb signalisiert den abrechnungstechnischen Grenzbereich. Die Einhaltung der Verweildauer fällt in den Verantwortungsbereich der Ärzt:innen. An dieser Stelle kommt es zu konfliktbehafteten Abwägungsproblemen

13 Vgl. Thomas Rahlf (Hrsg.), Deutschland in Daten. Zeitreihen zur Historischen Statistik, Bonn 2015, S. 84.

14 Zusammenfassend: Anja Dieterich et al. (Hrsg.), Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden 2019.

zwischen ökonomischen und professionellen Ansprüchen aufseiten der Ärzteschaft. Patient:innen lassen sich vielfach nicht nach Plan und innerhalb der Verweildauer behandeln und entlassen. Komplikationen, fehlende Compliance, Komorbidität oder eine ungesicherte soziale Versorgung nach der Entlassung stellen „Prozessbehinderungen“ dar, die jenseits des ärztlichen Handelns liegen.

Wenngleich es Unterschiede in der Wahrnehmung dieses Spannungsfeldes zwischen den Fachdisziplinen, den Hierarchiestufen oder bedingt durch die Trägerschaft des Krankenhauses gibt, lassen sich einige Verallgemeinerungen ableiten: Ein erster Befund verweist auf die erhöhte Arbeitsverdichtung, die durch die steigende Frequenz und die verkürzten Liegezeiten eingetreten ist. Zwar mussten Ärzt:innen immer schon eine „strategische Zeitorientierung“¹⁵ vornehmen, um allen Patient:innen gerecht zu werden, aber der chronische Zeitmangel rührt aus den vielen parallelen Aufgaben und bedingt Stress. Das DRG-System setzt überdies Anreize zur Reduzierung psychosozialer Zuwendung, da diese nicht abrechenbar ist, was aber das therapeutische Bündnis beeinträchtigen kann. In Umfragen wird von Ärzt:innen insbesondere das Fehlen zeitlicher Ressourcen für einen angemessenen Patientenkontakt genannt.¹⁶

Ein zweiter genereller Befund lässt sich unter den zunehmenden Normverunsicherungen zusammenfassen. Das Selbstverständnis der Ärzt:innen ist durch die Verinnerlichung betriebswirtschaftlicher Vorgaben gekennzeichnet. Dadurch wechselt die Bezugsebene des ärztlichen Handelns immer stärker zwischen normativen, funktionalen sowie ökonomischen Anforderungen. Im klinischen Alltag müssen die Ärzt:innen mit diesen Differenzen praktisch umgehen. Hierzu entwickeln sie jeweils eigene Strategien, die von einer Verschleierung bis zu einem offenen Umgang mit finanziellen Aspekten der Behandlung gegenüber den zu Behandelnden reichen.¹⁷

Mit der Etablierung von Stabsstellen und operativen Führungskräften im Bereich des Me-

dizincontrollings (DRG-Kodierkräften) wird, so ein dritter Befund, ein ärztlicher Macht- und Autoritätsverlust gegenüber betriebswirtschaftlichen Domänen konstatiert. Insbesondere Chefärzt:innen sind mit steigenden Vorgaben der zu erbringenden Fallzahlen konfrontiert, die oft an Prämien geknüpft sind. Zudem kommt der Arbeit „am Datensatz“ der Patient:innen, um angesichts des Kosten- und Erlösdrucks die Ausschöpfung der Pauschalen zu optimieren, ein immer wichtigerer Stellenwert zu. Für viele Beschäftigte manifestiert sich angesichts dieser Umstände eine latente Berufsunzufriedenheit, was häufig zu einer Reduktion der Arbeitszeit oder zu einem Wechsel in den niedergelassenen Bereich beziehungsweise in die Leiharbeit führt, um sich von organisationalen Vorgaben zu lösen.¹⁸ All dies wird flankiert von der Feminisierung der Medizin, verbunden mit einem lang anhaltenden Fachkräftemangel. Die bestehende Krankenhausorganisation wird zunehmend vonseiten junger Ärzt:innen infrage gestellt und andere Anforderungen an die Krankenhausarbeit adressiert. Dies zeigt sich exemplarisch an der Nachfrage nach Teilzeitstellen und der Forderung nach verlässlichen Dienstzeiten.

Der vierte Befund betrifft den Aspekt der Digitalisierung einerseits im Kontext aufgeklärter und mündiger Patient:innen und andererseits mit Blick auf die Akzeptanz der Digitalisierung aufseiten der Ärzteschaft. Mündige Patient:innen lassen sich als ein neuer Typ beschreiben, der sich eigenständig informiert und der Ärzteschaft als ebenbürtiger Partner begegnen will. Die erste Adresse für Gesundheitsfragen ist heute meist Dr. Google und nicht mehr die Ärzteschaft, sodass diese an fachlicher Dominanz verliert. Der freie Zugang zu relevanten Gesundheitsinformationen verändert das Selbstverständnis der Patient:innen von gehorsamen Konsumenten zu Dialogpartner:innen auf Augenhöhe. Dies kann die Arzt-Patient-Interaktion gleichermaßen entlasten oder unter Spannungen setzen, weil das Ausstellen von Rezepten oder Überweisungen eine exklusiv ärztliche Tätigkeit ist.

Hinsichtlich der Digitalisierung im Gesundheitswesen positioniert sich die Ärzteschaft äußerst geschlossen. So geht aus der Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer zur Eröffnung des 124. Deutschen Ärztetags hervor, dass man

¹⁵ Vgl. Pfadenhauer (Anm. 8), S. 48.

¹⁶ Vgl. Christoph Bräutigam et al., Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser, Hans-Böckler-Stiftung, Arbeitspapier 306/2014.

¹⁷ Vgl. Maximiliane Wilkesmann/Jonathan Falkenberg, Vom Blindflug zur Punktlandung. Zur Arbeit von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten unter DRG-Bedingungen, in: Dieterich et al. (Anm. 14), S. 139–159.

¹⁸ Vgl. Wilkesmann/Apitzsch/Ruiner (Anm. 10).

Tabelle 2: Kontinuität und Wandel von Professionsmerkmalen

PROFESSIONS-MERKMALE	WANDEL	KONTINUITÄT
Exklusives Wissen	Erosion des exklusiven Wissensvorsprungs (Management durch DRGs, mündige Patient:innen durch das Internet)	Innovation in Form von medizintechnischen Errungenschaften ohne ärztliche Expertise undenkbar; Einordnungs- und Interpretationsbedarfe aufseiten der Patient:innen
Berufsethos	Verschmelzung von medizinischen mit ökonomischen Erwägungen	Versuche der Reprofessionalisierung durch Loslösung aus der Organisation; neue Ansprüche an Arbeit
Gemeinwohlorientierung	Erlösmotivierte Praktiken (Mengenausweitungen, Rationierung, Fallsplitting)	Demonstration der Aufopferungsbereitschaft (im Kontext der Covid-19-Pandemie durch Arbeitsquarantäne)
Autonomie und Kontrolle	Verlust an Einfluss und Autorität im Behandlungsarrangement	Abhängigkeit von der Urteilsfähigkeit der Ärzteschaft in medizinischen Fragestellungen
Monopolstellung	Pluralisierung gesundheitlicher Dienstleistungen (Beratung, Coaching)	Berufs- und verbandspolitische Absicherung der Stellung in der Heilhierarchie
Status und Sozialprestige	Verberuflichung und Gratifikationskrisen	Status trotz der neuen Entwicklungen unangefochten

Quelle: Eigene Darstellung.

sich nicht grundsätzlich gegen die Digitalisierung ausspreche, sondern sinnvolle Maßnahmen umsetzen möchte, wie Videosprechstunden, die sich auch finanziell lohnen.¹⁹ Abgelehnt wird aber jener Teil der Digitalisierung, durch den sie mehr Arbeit haben und gegebenenfalls Kompetenzen und Alleinstellungsmerkmale (etwa die alleinige Einsicht in die Patientenakten) abgeben müssen. Diese aktuelle Positionierung unterstreicht die machttheoretische Perspektive von Professionen.

NICHTS IST BESTÄNDIGER ALS DER WANDEL

Die historische Entwicklung der ärztlichen Profession und deren Einbindung in das Krankenhaus zeigen, dass die Gleichzeitigkeit von Kontinuität und Wandel ein Grundmerkmal gesellschaftlicher

Entwicklungsprozesse ist. In jüngster Vergangenheit führt das Eindringen der Marktlogik zur effizienteren Steuerung von Krankenhäusern dazu, dass die für die ärztliche Profession maßgebliche Orientierung am Gemeinwohl, der Selbstkontrolle und -organisation sowie der professionellen Autonomie unterlaufen wird und dieser Prozess als eine Verberuflichung und aus einer Innenperspektive als Deprofessionalisierung wahrgenommen wird. Zudem tragen aus einer Außenperspektive die Digitalisierung und der damit verbundene Zugang zu medizinischem Wissen dazu bei, dass mündige Patient:innen mitunter misstrauischer gegenüber ärztlichen Entscheidungen werden. Gleichzeitig vermögen es Ärzt:innen, ihre Standesinteressen weiterhin durchzusetzen und ihre Gemeinwohlorientierung und ihren Status nach außen zu dokumentieren und zu manifestieren. Betrachtet man die oben genannten Professionsmerkmale und aktualisiert diese um die aufgezeigten Spannungsfelder ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus, zeigen sich ambivalente Bearbeitungs- und Aushandlungsmodi (Tabelle 2).

¹⁹ Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, 124. Deutscher Ärztetag, 4.5.2021, www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/124.DAET/124._DAET_-_Rede_zur_Eroeffnung_Dr._Reinhardt_online.pdf.

Der Umgang mit Ambivalenzen, Unsicherheiten und Widersprüchen sowie das Jonglieren mit unterschiedlichen Anforderungen ist jedoch gerade das Charakteristikum und die Kernkompetenz von Professionen, so ein zentrales strukturtheoretisches Argument.²⁰ Dazu zählt vor allem der Umgang mit Nichtwissen selbst in lebensbedrohlichen Situationen und die Notwendigkeit, neues medizinisches Wissen, wie im Fall der Covid-19-Pandemie, in die klinische Arbeit übersetzen zu müssen.²¹ Es sind, kurzgefasst, trotz aller Standardisierungstendenzen Einzelfallentscheidungen zu treffen, die sich aus der Individualität der Patient:innen ergeben. Nicht zuletzt werfen die Defizite wie auch die Poten-

ziale moderner Diagnostik und der Digitalisierung stets neue Unwägbarkeiten und Handlungsdilemmata auf. Diese Anforderungen können wiederum nur Ärzt:innen erfüllen, weshalb sich ihre gesellschaftliche Bedeutung zementiert und ihre Stellung als Profession unangefochten bleibt.

MAXIMILIANE WILKESMANN

ist Heisenberg-Professorin für Arbeits- und Organisationssoziologie an der Technischen Universität Dortmund.

maximiliane.wilkesmann@tu-dortmund.de

JONATHAN FALKENBERG

ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Heisenberg-Professur Arbeits- und Organisationssoziologie an der Technischen Universität Dortmund.

jonathan.falkenberg@tu-dortmund.de

20 Vgl. Werner Vogd, Unsicherheit als das zentrale Bezugsproblem der ärztlichen Profession, in: Klinke/Kadmon (Anm. 8), S. 55–68.

21 Vgl. Maximiliane Wilkesmann/Stephanie Steden (Hrsg.), Nichtwissen stört mich (nicht)! Zum Umgang mit Nichtwissen in Medizin und Pflege, Wiesbaden 2018.

Immer informiert.

Bestellen Sie unseren APuZ-Newsletter oder folgen Sie uns bei Twitter!



Herausgegeben von der
Bundeszentrale für politische Bildung
Adenauerallee 86, 53113 Bonn
Telefon: (0228) 9 95 15-0



Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 16. Juli 2021

REDAKTION

Anne-Sophie Friedel
Julia Günther
Sascha Kneip
Johannes Piepenbrink
Anne Seibring (verantwortlich für diese Ausgabe)
Robin Siebert (Volontär)
apuz@bpb.de
www.bpb.de/apuz
twitter.com/APuZ_bpb

APuZ
Nächste Ausgabe
32-33/2021, 9. August 2021

NIGERIA

Newsletter abonnieren: www.bpb.de/apuz-aktuell
Einzelausgaben bestellen: www.bpb.de/shop/apuz

GRAFISCHES KONZEPT

Charlotte Cassel/Meiré und Meiré, Köln

SATZ

le-tex publishing services GmbH, Leipzig

DRUCK

Frankfurter Societäts-Druckerei GmbH & Co. KG,
Mörfelden-Walldorf

ABONNEMENT

Aus Politik und Zeitgeschichte wird mit der Wochenzeitung
Das **Parlament** ausgeliefert.
Jahresabonnement 25,80 Euro; ermäßigt 13,80 Euro.
Im Ausland zzgl. Versandkosten.
FAZIT Communication GmbH
c/o InTime Media Services GmbH
fazit-com@intime-media-services.de

Die Veröffentlichungen in „Aus Politik und Zeitgeschichte“ sind keine Meinungsäußerungen der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Für die inhaltlichen Aussagen tragen die Autorinnen und Autoren die Verantwortung. Beachten Sie bitte auch das weitere Print-, Online- und Veranstaltungsangebot der bpb, das weiterführende, ergänzende und kontroverse Standpunkte zum Thema bereithält.

ISSN 0479-611 X



Die Texte dieser Ausgabe stehen unter einer Creative Commons Lizenz vom Typ
Namensnennung-Nicht Kommerziell-Keine Bearbeitung 3.0 Deutschland.



APuZ

AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE

www.bpb.de/apuz