

Krankenhaus

1. Statistik. Im Jahr 2013 gab es in Deutschland 1.996 K.er mit 500.671 Betten. 596 davon waren in öffentlicher Trägerschaft (240.632 Betten), 706 in freigemeinnütziger (170.086 Betten) und 694 (89.953 Betten) in privater Trägerschaft. Die Zahl des ärztlichen Personals betrug 146.988 Personen und die des nichtärztlichen Personals 703.111, davon 316.275 Pflegeperso-

nal. Es wurden insgesamt 18.787.168 Patienten behandelt mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 7,5 Tagen und einer durchschnittlichen Bettenauslastung von 77,3 %. Insgesamt wurden im Jahr 2013 in Deutschland 314,9 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben (11,2 % des Bruttoinlandsprodukts, 3.910 Euro je Einwohner). Die Ausgaben im ambulanten Bereich machten mit 155,5 Mrd. Euro jedoch fast die Hälfte der Ausgaben im Gesundheitsbereich aus, auf den (teil-)stationären Bereich entfielen 118,7 Mrd. (davon 82,4 Mrd. auf die Krankenhäuser).

2. Geschichte. Die Ausbreitung von K.ern in Europa ist eng mit dem Liebesgebot verbunden. Zwar gab es in der Antike auch med. Versorgungsstätten wie die Asklepien der Griechen, die den Pilgern auf ihrer Wallfahrt zu den Heiligtümern des Gottes der Heilkunst, Asklepios, als Herbergen dienten, oder die röm. Valetudinarien, deren Funktion es war, die Arbeitskraft von Sklaven und Legionären wiederherzustellen. Aber erst das Christentum machte mit seinem Bezug auf → Nächstenliebe und Barmherzigkeit aus den antiken Herbergen sozial-karitative Hospize. „Christus medicus“, der „die dienende Liebe an den Kranken in den Mittelpunkt der Religion gestellt und sie allen Jüngern auf die Seele gelegt“ (A. v. HARNACK) hat, wird zum Vorbild der Zuwendung zu den Leidenden und Kranken. Ausbreitung erfuhr die Krankenpflege in der benediktinischen Tradition, aber auch durch die Ritter der Kreuzzüge, die zunächst im Heiligen Land, aber auch nach ihrer Rückkehr Hospitalgemeinschaften gründeten, in die sie auch arabisches Heilwissen einfließen ließen. Im 17. Jh. erlebte die Krankenfürsorge durch den Orden der Barmherzigen Brüder eine Innovation, die jedem Kranken ein eigenes Bett mit frischem Laken zuwies und so hygienische Probleme bekämpfte. Damit entwickelten sich die Hospitäler von der allgemeinen Armenfürsorge zur reinen Krankenpflege. Der Einsatz von Ärzten wurde immer häufiger zum Standard. Während der Industrialisierung entstanden Staatskrankenanstalten, um der Verelendung des Proletariats und neuer Krankheiten und Seuchen aufgrund des Handels Herr zu werden. Das 19. Jh. brachte auch entscheidende Fortschritte in der med. Entwicklung sowie das Interesse des Staates für die Gesundheit seiner Bürger, auch aus Gründen seiner Wehr- und Finanzkraft. Die christlichen Kirchen erhielten das Recht, eigene Wohltätigkeitsanstalten zu gründen, was zur Gründung konfessioneller K.er genutzt wurde. Barmherzige Schwestern und Diakonissen trugen zu ersten professionellen Handlungsformen in der Krankenpflege bei und zur Entstehung eines neuen Berufsbildes: das der Krankenschwester. Christliche K.er wurden mit dem Siegeszug der modernen Medizin zu professionellen K.ern, die bis heute vom Ethos einer von der Liebe Gottes motivierten men-

schenfreundlichen Sorge um diejenigen in vulnerablen Situation profitieren.

3. Auftrag. Kranken Menschen beizustehen und für sie zu sorgen, ist ein durchgängiges christliches Verhalten. „Kranke besuchen“ ist eines der entscheidenden Werke, die Jesus in der Endgerichtsrede (Mt 25, 31–46) nennt. Die tatkräftige Sorge für die seelisch und leiblich Kranken ist die kirchlich-diakonische Übersetzung des Liebesgebots in einen humanisierenden Dienst für die Kranken und gehört zu den zentralen Aufgaben christlicher Religionspraxis. Sie gehört somit zu den strategischen Ressourcen kirchlicher K.er auch in Zeiten des Wettbewerbs und stark regulierten Gesundheitsmarktes, welcher die Frage nach ihrer christlichen Identität verschärft hat. Die Sorge für den kranken Nächsten lässt christliche K.er als vertrauenswürdiger erscheinen, auch wenn ihre medizinische Kompetenz zwar als hoch, jedoch nicht immer so hoch eingeschätzt wird wie die der Konkurrenten in privater Trägerschaft. Aufgrund ihrer gemeinnützigen Orientierung haben konfessionelle K.er erhebliche Verantwortung in der sozialpolitischen Lobbyarbeit für ein menschenwürdiges Gesundheitswesen in Deutschland und können damit die christliche Option für Arme und Bedrängte aller Art konkretisieren.

4. Herausforderungen. Das K.wesen in Deutschland steht unter hohem ökonomischem Druck. Die Einführung von DRG-Fallpauschalen hat zu einem noch stärker regulierten Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt geführt, der sich in der Reduzierung von Bettzahlen und Verweiltagen niederschlägt, um höhere Auslastungsquoten zu erreichen, sowie zu Verkauf oder Schließungen von Kliniken. Darüber hinaus wurden ambulante Operationen vor stationären bevorzugt. Während Versorgungskosten zunehmen, lässt sich die Leistung nur bedingt steigern, weil eine Ärztin nicht noch schneller heilen, ein Pfleger nicht noch schneller pflegen kann, ohne Qualität od. Menschlichkeit zu reduzieren. Das K. ist zu einer Dauerbaustelle geworden, die manche als „Medizinfabrik“ bezeichnen, weil der Fall, nicht der Mensch im Mittelpunkt stehe. Moniert wird eine verbesserte Kommunikation zwischen Arzt und Patient, angedacht wird das patientengerechte K., bei dem alle Abläufe vom Patienten aus organisiert werden. Heutige Trends sind individualisierte → Medizin einschl. der Frage, ob eine geschlechtsspezifische Versorgung für Frauen notwendig ist. Ein menschliches K. soll verlässlich und berechenbar sein, klare Informationen an die Patienten geben, keine demütigenden Situationen zulassen und über „Inseln der Integrität“ Situationen im K.betrieb einplanen, in denen Mitgefühl erfahrbar wird. Letzteres rückt gerade bei der palliativen Versorgung, die im K. ausgebaut wurde, in den Vordergrund.

5. **Seelsorge im K.** Krankheit wurde im christlichen Glauben nicht nur als körperliche Fehlfunktion, sondern zugleich auch als seelisch-geistige Schwächung verstanden. Die Seelsorge an Kranken war seit Beginn Teil der Krankenpflege und erhielt durch Martin Luther eine stärkere Ausrichtung auf Tröstung und Beistand. Auch wenn die mod. Medizin grundsätzlich ohne Seelsorge auskommt und von Religion unabhängig ist, so ist der Bedarf an Beistand in existenzieller körperlicher und oftmals damit einhergehender seelischer Not groß und wird in dem modernen Dienstleistungskomplex K. von Klinikpfarrstellen sowie ehrenamtlichen Kreisen (z. B. „Grüne Damen“) geleistet. Die Bedeutung liegt nicht nur in der bes. Kontaktmöglichkeit als Fenster zum Leben außerhalb des K., sondern in einer Kommunikationsmöglichkeit, die in einer bedrohlichen Situation Aufmerksamkeit, Wertschätzung, Akzeptanz und Eingehen auf individuelle Bedürfnisse ermöglicht. Zugleich werden Fragen nach dem Sinn des Lebens angesichts von Krankheit und Leiden in einen religiösen Horizont gestellt und christliche Deutungsangebote eröffnet. Heute wird diskutiert, ob K.Seelsorge nicht neben od. gegenüber dem K., sondern integriert in ein ganzheitliche Behandlungskonzept die Ziele des K. mitvertreten solle. Dagegen wird eingewandt, dass dies eine Verzweckung als Behandlungsmethodik einer Berufsgruppe bedinge und die zielfreie Seelsorge unterlaufe, welche die Stärke der K.Seelsorge als rel. Dimension unabhängig von der Behandlungsperspektive einbringen könne.

I. KARLE, Perspektiven der Krankenhausseelsorge, in: *Wege zum Menschen* 62/2004, 537–555 – T. ROSE, *Spiritual Care*, 2007 – M. KLESSMANN (Hg.), *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, 2008 – K. BAUMANN/J. EURICH/K. WOLKENHAUER (Hg.), *Konfessionelle Krankenhäuser*, 2013.

Johannes Eurich