



Das kleine Foto des fertigen Rohbaus der Deutschen Klinik für Diagnostik (DKD) in Wiesbaden aus dem Jahr 1969 zeigt die Besonderheit des Säulenprinzips (Architekturbüro Braun und Schlockermann). Die Farbaufnahme bietet den Blick auf die DKD heute vom Penthouse des benachbarten Hotels aus.

50 Jahre danach

Kritische Gedanken zum Jubiläum der Eröffnung der Deutschen Klinik für Diagnostik (DKD) in Wiesbaden

Prof. Dr. med. Wolfgang Kuhl

Die Gründung und Eröffnung der Deutschen Klinik für Diagnostik (DKD) in Wiesbaden – heute die DKD Helios Klinik – vor 50 Jahren war der Versuch, eine Antwort zu finden auf gravierende Veränderungen im Gesundheitswesen. Die rasanten Fortschritte der medizinischen Forschung auf allen Gebieten führten zu einer Aufspaltung des Medizinwesens in hochspezialisierte Fach- und Wissensbereiche, die oft autonom agierten.

Die meist räumliche Trennung derselben sowie Konkurrenzstreben der Fachbereiche um Karriere und finanzielle Mittel behinderten den interkollegialen Wissensaustausch. Der Verwaltungsaufwand für Kontrolle und Verteilung der finanziellen Mittel im Gesundheitswesen blühte sich immer weiter auf, stahl dem Arzt kostbare Zeit und gefährdete eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-

Beziehung durch Untermischung mit Fremdinstanzen. [1]

Für den einzelnen, praktisch tätigen Arzt oder Ärztin in Klinik oder Praxis wurde es immer schwieriger, über die große Menge aufgesplitteten Fachwissens sachlich und umfassend zu verfügen, um Patienten ein kompetenter, informierter Gesprächspartner zu sein mit ausreichend Zeit, ihnen eine verständliche Erklärung ihrer Krankheit mit Diagnose und Therapieempfehlung zu geben und eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen.

Um den Problemen etwas entgegenzusetzen, gründete der Frankfurter Internist Dr. med. Leonid Krutoff eine „Medizinische Gesellschaft für die Förderung einer nach dem Vorbild der Mayo-Clinic [2] in Deutschland zu errichtenden Klinik“. Er erkannte, dass die innere und äußere Organisation der Mayo-Clinic geeignet war,

den oben skizzierten Nachteilen der modernen Medizinentwicklung entgegen zu wirken.

Das in der deutschen Landschaft des Gesundheitswesens neuartige Modell der DKD war also eine Antwort auf dringende Probleme einer in Praxis und Forschung wachsenden Medizin mit zunehmendem Einfluss kommerzieller Kräfte. Dem damaligen hessischen Ministerpräsident Dr. Georg August Zinn war es zu verdanken, dass die neue „Deutsche Klinik für Diagnostik“ im Wiesbadener Aukammthal gebaut und am 2. April 1970 eröffnet werden konnte.

Die wichtigsten Strukturmerkmale der neuen Klinik waren folgende: Um den Transfer medizinischen Wissens und Erfahrung unter den Kollegen zu fördern, wurden alle Fachdisziplinen „unter einem Dach“ untergebracht. Vor allem aber wur-

den neben der räumlichen Nähe auch die innere Struktur und Organisation so gestaltet, dass jederzeit ein reger Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen den über 40 hoch qualifizierten Ärzten gefördert wurde und dieser wertvolle Wissenspool von allen Kolleginnen und Kollegen genutzt werden konnte.

Wichtig für ein motivierendes und effektives Arbeitsklima war die Mitwirkung der Ärzteschaft in Leitungsbereichen und weitgehende Selbstverwaltung der ärztlichen Bereiche. Die Transparenz der Gehälter und die Einbeziehung des Personals in Gestaltungsaufgaben sorgten dafür, dass Konkurrenzdenken, Neidstrategien, persönliche Ressentiments oder Personalfluktuationen kaum ein Problem waren. [3]

Dieses interne Organisationsprinzip führte zu einem regen kollegialen Wissens- und Erfahrungsaustausch mit einem sich potenzierenden Lerneffekt für alle Kollegen und Kolleginnen. Diese „kooperative Kompetenzaneignung“ [4] wurde noch wesentlich durch die obligate „Montagskonferenz“ verstärkt, in der unklare Fälle, Problemfälle, Fehldiagnosen und neuere, klinikrelevante wissenschaftliche Forschungsergebnisse vorgestellt und offen diskutiert wurden. Der Erfolg und der sich rasch ausbreitende hervorragende Ruf der Klinik waren nicht zuletzt diesem Organisationsprinzip und seiner positiven Auswirkung auf die soziale Generierung von Erfahrungs-, Wissens- und Beratungskompetenz zu verdanken.

Die Institution des „Persönlichen Arztes/Ärztin“ war eine logische Konsequenz aus der Notwendigkeit, die Untersuchungsergebnisse der verschiedenen Fachdisziplinen zusammenzuführen, zu koordinieren, zu gewichten und für den Patienten in einen für ihn einsichtigen Zusammenhang zu bringen. Dabei konnte sich der „Persönliche Arzt“ durch direkten Kontakt mit den betreffenden Fachkollegen unterstützen lassen, was wiederum den interkollegialen Lerneffekt potenzierte. Der Persönliche Arzt war sozusagen die Person, in dem die Vorteile einer wissenstransparenten Kollegialkultur zusammenflossen, sodass ihm das ganze Wissen des „Pools“ zur Verfügung stand. Dem Patienten konnte damit das Gefühl geben werden, ein „ganzer“ Mensch zu sein trotz der Begegnung



Klinikgründer Dr. med. Leonid Krutoff (1912–1986) im Jahr 1964 mit Charles William Mayo (1898–1968); Sohn von Charles Horace Mayo (1865–1939).

und Konfrontation mit der für ihn oft befremdlichen und unübersichtlichen Welt einer aufgesplitterten High-Tech-Medizin. Organisation und innere Struktur der DKD waren ein Novum im deutschen Gesundheitswesen. Unter anderem stellte sich bald heraus, dass das Vergütungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die in der DKD vorwiegend ambulant erbrachten Leistungen nicht kostendeckend und der wirtschaftliche Erfolg der Klinik gefährdet war, zumal in den ersten Jahren nach der Gründung der Klinik der Patientenzustrom aus verschiedenen Gründen gering blieb.

Der Sozialminister der Hessischen Landesregierung Dr. med. Horst Schmidt erkannte 1973 die wegweisende, gesundheits- und sozialpolitische Bedeutung der DKD. Es gelang ihm zusammen mit den ärztlichen Standesorganisationen die „Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH“ zu gründen. Gesellschafter waren das Land Hessen, die KV Hessen und die Landesärztekammer Hessen.

Bis 1988 wurde die DKD von einem durch die Hessische Regierung ernannten, kaufmännischen Geschäftsführer geleitet, zusammen mit einem von den Ärzten gewählten Ärztlichen Geschäftsführer und unter Anhörung der für die ärztliche Selbstverwaltung gewählten Fachbereichsleiter.

Mit der Änderung der politischen Verhältnisse in der Landesregierung, der Schwierigkeit wirtschaftlicher Führung von Kliniken, der Gründung großer, gewinnorien-

tierter Gesundheitskonzerne und dem dadurch bedingten zunehmenden Einfluss der Ökonomisierung des Gesundheitswesens wuchs die Bereitschaft der öffentlichen Hand, defizitäre Projekte zu privatisieren. 1988 wurden erste Gespräche mit Unternehmern im Gesundheitswesen aufgenommen mit der Absicht einer „Reprivatisierung“.

Im Zuge wirtschaftlicher Neuorientierungen wurde die DKD 2013 dann an einen andern Konzern weiterverkauft. Es gelang den neuen Unternehmen durch Rationalisierungsmaßnahmen sowie durch personelle und organisatorische Umstrukturierungen die Klinik wirtschaftlich zu sanieren. Allerdings zu einem hohen Preis: Der Modellcharakter der Klinik als eine moderne Antwort auf die „High-Tech“-Medizin und die zunehmende Kommerzialisierung ging verloren. Einzelne Fachbereiche (unter anderem Labor, Infektiologie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Sonografie) wurden aufgegeben oder als eigenständige Mitglieder aus der Klinik ausgegliedert und einem „Medizinischen Versorgungszentrum“ (MVZ) zugeordnet. Verbliebene Fachbereiche wurden wie im klassischen Modell der Deutschen Krankenhäuser zu Abteilungen mit Chefärzten, Oberärzten und Assistenzärzten. Die Selbstverwaltungsorgane wurden geschwächt bzw. aufgehoben. Die für die frühere DKD identitätsstiftende transparente Wissens- und Erfahrungsgemeinschaft war damit weitgehend „ökonomischen Zwängen“ geopfert worden.

Das Schicksal des „Modells DKD“ verweist auf ein Grundproblem, nämlich wissenschaftlichen Fortschritt, ärztliche-ethisch verantwortbare Medizin und Ökonomisierung zu harmonisieren. Ein Hessischer Gesundheitspolitiker brachte dieses Ambivalenzproblem auf die einfache Formel: „Die Medizin braucht Ökonomisierung, aber im Mittelpunkt steht der Mensch.“ Mit anderen Worten: Der Arzt braucht Arbeitsbedingungen, die ihm erlauben, seine ärztlich-ethische Verantwortung erfüllen zu können. Das wäre ein Appell an die Gesundheitspolitik, diesen Spielraum offen zu halten und sich nicht den Zwängen (und Verführungen) der Ökonomisierung bedingungslos zu ergeben.

Eine diskursfähige Perspektive gegen den Totalitätsanspruch des Ökonomisierungs-

rationalismus ist daher dringend notwendig. Mag das „Modell DKD“ von Wirtschaftsökonomen auch mit einem gewissen Recht als „unrealistisch“ abgehakt werden, so bot dieses Modell in seinem Kern jedoch praktikable Beispiele dafür, wie ein gutes Arbeitsklima hilft, ärztliches Wissen und ärztliche Erfahrung einerseits und notwendige Spezialisierung andererseits zu vereinbaren und wie man der „Unübersichtlichkeit“ der in Fachdisziplinen aufgesplitterten Medizin entgegensteuern kann – Voraussetzungen, um eine patientenorientierte Medizin auf hohem Niveau zu erreichen und zu erhalten.

In diesem Zusammenhang hat die Bundesärztekammer (BÄK) ein Positionspapier herausgebracht, in dem sie die „Auswirkungen der Kommerzialisierung im Gesundheitswesen“ benennt und Lösungsvorschläge macht. (<http://daebl.de/XQ53>). Einige der darin enthaltenen Forderungen wie beispielsweise

- mehr Zeit für die Patientenversorgung,
- das Arbeitspensum von Ärzten an Regelarbeitszeiten anzunähern,
- der Abbau bürokratischer Lasten und

- Werte-orientierte (!) Führungskultur waren im „Modell DKD“ zum Teil realisiert.

Das Hessische Ärzteblatt 10/2019, S. 596 veröffentlichte einen Aufsatz von Jürgen Hardt mit dem Titel „Ökonomisierung des Gesundheitswesens: Moralisches Dilemma oder ethische Herausforderung?“, in dem die Problematik ärztlichen Handelns unter der Herrschaft des „Ökonomismus als letzte Ideologie“ exakt und beispielhaft analysiert wird. [5]

Seit der Ausgabe 02/2020 startet das Hessische Ärzteblatt eine neue Serie: „Ethik, Gesundheitsversorgung und Ökonomie“. [6]

Der Ambivalenz-Konflikt zwischen Ökonomisierung einerseits und ethisch-ärztlich verantwortungsvoller Handlungsmöglichkeit andererseits spiegelt sich im Scheitern des „Modells DKD“ paradigmatisch wieder, sodass ein kritischer Rückblick auf die 50-jährige Geschichte der DKD lehrreich sein könnte, auch im Hinblick auf praktische Lösungen in der Organisationsstruktur zukünftiger oder bereits bestehender Kliniken, die nicht unbedingt einer kommerziell vernünftigen Kosten-

struktur entgegen zu stehen bräuchten. Der Ökonomismus darf nicht die „letzte Ideologie“ bleiben, sondern bedarf dringend einer diskursfähigen Öffnung. Gesundheitskonzerne, die Ärzteschaft, die Kostenträger, die Politik und nicht zuletzt Patientenvertreter müssen gemeinsam nach neuen Lösungswegen suchen. Ansätze dazu lassen sich in einigen Bereichen der öffentlichen Gesundheitspolitik erkennen. [6]

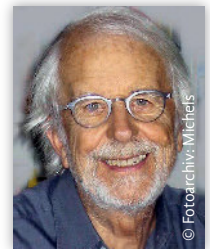
Prof. Dr. med.

Wolfgang Kuhl,

ehemaliges Mitglied
des Ärzteteams
der Deutschen Klinik
für Diagnostik
in Wiesbaden

E-Mail:

wolfgang.kuhl@online.de



Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Bücher



Herbert Kappauf:
**„Was fehlt Ihnen?
Woher – wohin? Mut für
eine mitmenschliche Medizin“**

Twentysix 2020, Paperback, 406 Seiten,
ISBN-13: 9783740715083, € 22.80,
E-Book € 13.99

Der Onkologe und Psychoonkologe Dr. med. Herbert Kappauf ist bekannt durch seine Bücher für Krebspatienten: „Krebs – Leben ist eine Alternative“ und „Wunder sind möglich. Spontanheilung bei Krebs“. Jetzt hat er ein umfangreiches Werk über die Geschichte der Heilkunde und die Entwicklung sowie den derzeitigen Stand des deutschen Gesundheitswesens veröffentlicht. Mit großer Detailkenntnis zeigt er den Wandel der Medizin von der sozialen zur marktwirtschaftlichen Identität auf, in der die „Gesundheitswirtschaft“ als Wachstumsbranche mit hoher Renditeerwartung gesehen wird.

Die Verschiebung von der Patientenfürsorge hin zu einer Ökonomisierung durch erlösgesteuerte Indikationsstellung für Prozeduren ist besonders in der Krankenhausmedizin seit der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) zu sehen. Durch anschauliche Erfahrungsberichte aus Klinik und Praxis wird die Darstellung des Autors lebendig, persönlich und authentisch. Kappauf

belässt es aber nicht mit seiner Kritik an der derzeit praktizierten Medizin, sondern gibt Beispiele für eine wissenschaftlich basierte, patientenorientierte und integrierte Medizin. Die Fehlentwicklungen in der Krankenversorgung durch zunehmende Ökonomisierung und dem Primat der technischen vor der sprechenden Medizin, hat bei vielen Handelnden im Gesundheitswesen zu einem Umdenken geführt. So hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin in einem Klinik Codex (2017) „Medizin vor Ökonomie“ den Kern ärztlichen Handelns herausgestellt. Notwendige Veränderungen setzen einen gesellschaftlichen Konsens und eine Politik, die die strukturellen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für eine am Gemeinwohl orientierte Medizin schafft, voraus.

Die ethischen Grundlagen der Medizin wie Empathie und Mitgefühl sind schon bei der Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte und aller Tätigen im Gesundheitswesen zu verankern. Mit seinem Buch hat Herbert Kappauf einen wichtigen Beitrag zur perspektivischen Weiterentwicklung von einer Gesundheitsökonomie hin zu einer sozialen und gesellschaftlich verankerten Medizin, die sich am Wohl der Patienten orientiert, geleistet. Der Titel des Buches „Was fehlt Ihnen“ sollte daher alle ansprechen, die sich eine Veränderung der derzeit praktizierten Medizin wünschen.

Prof. Dr. med. Manfred E. Heim

Facharzt FMH für Innere Medizin,
Medizinische Onkologie und Hämatologie,
Güttingen (Schweiz)

Literatur zum Artikel:

50 Jahre danach

Kritische Gedanken zum Jubiläum der Eröffnung der Deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden

von Prof. Dr. med. Wolfgang Kuhl

- [1] Über den Einfluss der Ökonomisierung auf Vertrauensverhältnisse siehe: Michaela I. Abdelhamid „Die Ökonomisierung des Vertrauens, eine Kritik gegenwärtiger Vertrauensbegriffe“ ISBN: 9783837642056. Buchrezension (W.K.) im Deutschen Ärzteblatt Jg. 115, 2018 Heft 35–36 Seite A 1550
- [2] Wikipedia: Mayo Clinic (deutsch Mayo-Klinik) ist eine US-amerikanische Non-Profit-Organisation mit Sitz in Rochester, Minnesota, und Betreiber der Mayo-Kliniken. Darüber hinaus ist Mayo Clinic auch in der
- Forschung und Ausbildung tätig. Weitere Niederlassungen gibt es in Jacksonville, Florida, und Scottsdale, Arizona. Zusätzlich gehören zu dem Mayo Health System weitere kleinere Praxen und Krankenhäuser in Minnesota, Iowa, und Wisconsin.
- [3] Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in Gesundheitseinrichtungen siehe: „Wir lassen uns nicht unter Zugzwang setzen“, Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 116 Oktober 2019 S. 660 ff
- [4] Rames Abdelhamid: Die Unübersichtlichkeit der Demokratie, ein Dilemma spätmoderner Politik. Transcriptverlag Bielefeld 2017, S. 293 ff
- [5] Jürgen Hardt, Ökonomisierung des Gesundheitswesens: Moralisches Dilemma oder ethische Herausforderung? Hessisches Ärzteblatt 10/2019, S. 596 ff
- [6] Goldschmidt, Andreas: Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern. Teil 1 der Serie: „Ethik, Gesundheitsversorgung und Ökonomie“, Hessisches Ärzteblatt 02/2020, S. 91 ff