



imedia

# Das Modell Kirchberg



Hôpital Kirchberg

Mit dem Bau des Hôpital Kirchberg ging eine Epoche zu Ende, in der das Gesundheitswesen weitestgehend von den Ordensschwestern organisiert wurde. Heute muss sich das vielseitige Krankenhaus neuen Herausforderungen stellen.



imedia

Dr Paul Wirtgen, Generaldirektor der Fondation François-Elisabeth (FFE)

„Das Hôpital Kirchberg bietet gängige Operationen im Bereich der plastischen und ästhetischen Chirurgie an. Dazu zählen unter anderem Korrekturen der Brust wie Bruststraffung, -vergrößerung oder -verkleinerung, Straffung der Silhouette durch Fettabsaugung und Hautentfernung nach großem Gewichtsverlust und Lifting im Gesichts- und Halsbereich“, heißt es im Internet.

Die Zeiten haben sich massiv gewandelt: Fast vergessen scheint heute, dass das „Centre hospitalier du Kirchberg“, das als Schwerpunkt-Krankenhaus mit Notaufnahme internistische und chirurgische Eingriffe aller Arten vornimmt, eigentlich aus dem Zusammenschluss der von christlichen Kongregationen geleiteten Spitäler heraus entstanden ist. „Schönheitsoperationen sind Entwicklungen unserer Gesellschaft und der modernen Medizin. Heute werden Operationen angeboten, die es vor dreißig Jahren noch nicht gab“, so Dr Paul Wirtgen, Generaldirektor der Fondation François-Elisabeth (FFE) und medizinischer Direktor des Bohler-Klinikums seit 2006.

Der innovative Aspekt der Gründung der Kirchberger Klinik liegt in der Tat in der geglückten Realisierung der Synergieeffekte zwischen verschiedenen Einrichtungen der aktiven Orden, die über Jahrhunderte die Träger des Luxemburger Gesundheitswesens waren und die entscheidend zur breiten Diversifizierung der Krankenhauslandschaft beigetragen haben.

Die Orden konnten – unterstützt durch private Wohlfahrtseinrichtungen – ihre Monopolstellung im Gesundheitswesen vor allem deshalb aufbauen, weil der Luxemburger Staat erst spät sozialpolitisch aktiv



Planung und Organisation der Patientenströme sowie des Tagesablaufs gehören zu den täglichen Aufgaben.

werden sollte. So waren Mitte des 19. Jahrhunderts Menschen mit Behinderungen, Schwerkranke, Waisen und allein stehende Frauen – falls sie nicht von ihrer Familie versorgt wurden – oftmals ihrem eigenen Schicksal überlassen. Erst 1841 ermöglicht eine Verfassung dem jungen Luxemburger Staat, in Bereiche der öffentlichen Gesundheit und Wohltätigkeit einzugreifen. Doch der Staat und die Kommunen verfügten zu jener Zeit nicht über die erforderlichen Mittel, um den sozialen Rahmen zu gestalten.

Schwerverletzte Unfallopfer sind ganz besonders auf schnelle und reibungslose medizinische Versorgung angewiesen. Der Hubschrauberlandeplatz vervollständigt das Netz der Notfallversorgung.





*Die Orden konnten ihre Monopolstellung im Gesundheitswesen vor allem deshalb aufbauen, weil der Luxemburger Staat erst spät sozialpolitisch aktiv werden sollte.*

*Die Computertomografie ist ein bildgebendes Verfahren der Radiologie, mit dem Knochenbrüche, Blutungen, Blutergüsse, Schwellungen und oft auch Entzündungen diagnostiziert werden.*



Erschwerend kam hinzu, dass damals viele Bürger an Cholera, Typhus und Pocken litten, jedoch nicht ausreichend medizinisches Personal zur Verfügung stand: Auf 211 000 Einwohner entfielen 1890 lediglich 56 Ärzte und Chirurgen, davon praktizierten die meisten in Luxemburg-Stadt.

Diese schlechte medizinische Versorgung war ein Grund für die erfolgreiche Arbeit der aktiven Orden, die über eine große Anzahl an Pflegekräften verfügten. Sie besetzten die vorhandene Lücke; ihnen oblag die ambulante Krankenpflege und sie wirkten in den Hospizen, die anfänglich sowohl Pflegeheim für ältere Menschen, Nachtquartier für Bedürftige, Anstalt für geistig Kranke, Waisenhaus und Entbindungsanstalt waren. Eine klarere Trennung der unterschiedlichen Versorgungsbereiche setzte erst zu Beginn der 1880er Jahre ein. Die Einführung der obligatorischen Krankenversicherung für Arbeiter (1901), der Unfallversicherung (1902) und der Alters- und Invalidenversicherung (1911) trug ebenfalls zum Erstarben der Orden bei, da diese Regelungen die Übernahme der Kosten einer Behandlung gewährleisteten.

Neben der Ordensgemeinschaft der Augustinerinnen war es ab 1840 vor allem der Orden der Hl. Elisabeth sowie ab 1847 die Schwesternschaft der Franziskanerinnen, die in der Gesundheitsversorgung Pionierarbeit leisteten und die unterschiedlichen sozialen Infrastrukturen aufgebaut haben.

Die Elisabetherinnen begannen Mitte des 19. Jahrhunderts im Zivilhospiz im Pfaffenthal zu wirken, wo sie Bedürftige und Kranke betreuten. 1900 kam es zur ersten Erweiterung: Die Schwestern er-



*Moderne Technik ermöglicht es, eine Reihe von Erkrankungen schneller zu diagnostizieren.*

warben ein weitläufiges Gelände an der Ecke Route d'Arlon und Boulevard Joseph II zum Bau des Krankenhauses „Sainte-Elisabeth“ mit einer Kapazität von 50 Betten. Das Klinikum war für damalige Verhältnisse sehr modern, es verfügte über fließendes Wasser, einen Zentralaufzug sowie zwei OP-Säle. Hier wurde das erste Strahlentherapiegerät installiert. In den Folgejahren kam es zum kontinuierlichen Ausbau des Hauses: 1926 wurde die Bettenzahl verdoppelt, eine Krankenschwesternschule wurde errichtet, 1977 kauften die Elisabetherinnen einen Ganzkörper-Scanner, der die Röntgendiagnostik in Luxemburg revolutionierte, und ein Jahr später wurde mit dem Bau eines neuen, fünfgeschossigen Krankenhausstrakts am Rand des Stadtparks begonnen. Ein weiteres Aufgabenfeld des Ordens war das Krankenhaus „Sainte-Marie“ in Esch (seit 1927). Ab den 1970er Jahren wurde hier erstmals ein neues Behandlungsmodell eingeführt: Statt dass die Mediziner nur im Rahmen einer bestimmten Tätigkeit dem Krankenhaus verpflichtet waren, sollten sie nun auch ihre Sprechstunden in der Klinik abhalten. Neben diesen beiden großen Krankenhäusern fielen auch kleinere Spitalseinheiten in Eich, Remich und Diekirch in den Wirkungskreis der Elisabetherinnen, und ihre karitativen Aufgaben erstreckten sich auf Alters- sowie Kinderheime.

Aber auch die Franziskanerinnen bauten ihre Betreuung kontinuierlich aus: Im Jahr 1860 erwarb die Generaloberin der Franziskanerinnen das ehemalige Dominikanerkloster am Fischmarkt mit dem Ziel, hier den Sitz des Mutterhauses unterzubringen sowie das Klinikum „Saint-Fran-



imedia

çois“, das im Verlaufe der Zeit Bereiche der Chirurgie, der Augenheilkunde, eine Hals-Nasen-Ohren-Abteilung, eine Röntgendiagnostik und ein bakteriologisches Labor umfassen sollte. Gegenüber dem „Saint-François“ errichteten die Franziskanerinnen das Klinikum „Saint-Joseph“ (ab 1903), das während des Zweiten Weltkrieges zur Isolierstation für ansteckende Krankheiten umfunktioniert und wo ab 1945 die erste Krankenschwesternschule in Luxemburg eingerichtet wurde. Mitte der 1950er Jahre kam es erneut zu einer bedeutenden Erweiterung: Auf Belair errichteten die Franziskanerinnen das Krankenhaus „Sacré Coeur“, das dazu diente, den Bettenmangel der am Fischmarkt gelegenen Kliniken „Saint-François“ und „Saint-Joseph“ zu beheben. Ferner waren die Franziskanerinnen in kleineren Einrichtungen wie den Krankenhäusern in Grevenmacher, Clerf, Mersch und Redingen aktiv und versahen ihre Dienste auch in den Altenheimen über Land.

Erst ab den 1960er Jahren geriet die Arbeit der Elisabetherinnen und Franziskanerinnen im Gesundheitsbereich ins Stocken, da sich immer weniger Frauen zum Ordensleben berufen fühlten. Um diese Mängel auszugleichen, waren die Ordensgemeinschaften gezwungen, verstärkt weltliche Arbeitskräfte einzustellen. Ein modernes Krankenhaus erforderte eine Vielzahl an Personal von Betriebswirten über Finanzfachleuten bis hin zu Informatikern. Desgleichen hatten die Unterhaltskosten zugenommen: Es kamen nicht nur Investitionen, wie der Kauf von medizinischen Gerätschaften auf die Schwestern zu, sondern die Orden sahen sich auch mit der sehr kostspieligen Instandsetzung be-

stimmter Einrichtungen konfrontiert – eine Folge dieser Entwicklung war, dass die kleineren Krankenhäuser über Land geschlossen wurden. Eine weitere Herausforderung stellte die alternde Bevölkerung dar, denn in den Pflegeheimen der Orden fehlte es an genügend Betreuungskapazitäten.

Somit gewann die staatliche Reform der Krankenhausstrukturen und der Finanzierung der Krankenhäuser an vordringlicher Bedeutung. Der Staat erließ daher Gesetze, die sich einerseits auf die Organisation des Krankenhauswesens bezogen und andererseits die Einbeziehung der Krankenhäuser in den Haushaltsplan vorsahen. So räumte der sogenannte „Plan hospitalier“ der Union der Krankenkassen, die jedes Jahr die Haushalte der Krankenhäuser aushandeln sollte, weitreichende Zuständigkeiten ein.

Das führte dazu, dass Anfang der 1990er Jahre sowohl die Elisabetherinnen als auch die Franziskanerinnen Anträge für Bau- und Ausbauprojekte beim Gesundheitsministerium einreichten. Sie stießen jedoch auf eine negative Haltung, da der „Plan hospitalier“ jede Investition im Rahmen eines Modernisierungsvorhabens an eine Verringerung der Akutbetten knüpfte. Das veranlasste die Ordensgemeinschaften dazu, sich untereinander abzustimmen mit dem Ziel, ihre verstreut angeordneten Einrichtungen bei gleichzeitiger Reduktion des Bettenangebotes zu konzentrieren. Bereits im Mai 1992 hatten die beiden Kongregationen als Betreiber ihrer damaligen vier Krankenhäuser („Sacré Coeur“, „Sainte-Elisabeth“, „Saint-François“ und „Saint-Joseph“) mit der Gründung der „Fondation François Elisabeth“ die Grundlagen für den



*Erst ab den 1960er Jahren geriet die Arbeit der Elisabetherinnen und Franziskanerinnen im Gesundheitsbereich ins Stocken, da sich immer weniger Frauen zum Ordensleben berufen fühlten.*

*Rund 150 Ärzte und über 1000 Angestellte sind heute auf den einzelnen Etagen in der Pflege, in den Operationssälen, in der Verwaltung oder in der Logistik tätig.*





*Aufgrund der häufigen Überbelastung wird zurzeit darüber nachgedacht, ob es nicht sinnvoller wäre, in den einzelnen Krankenhäusern Spezialisierungen einzuführen.*

*Wenn konservative Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr erfolgversprechend erscheinen, können operative Maßnahmen eine Fußfehlstellung korrigieren.*



Bau eines neuen Klinikums unter Wahrung der geltenden Gesetzgebung im Krankenhaussektor möglich gemacht.

So beantragten sie, die im Gesetz vom 31. Juli 1990 vorgesehenen staatlichen Finanzhilfen von 60 Prozent auf 80 Prozent zu erhöhen. Einzige Bedingung der Umsetzung: Das neue Regionalkrankenhaus musste die Fachabteilungen für Psychiatrie, Pädiatrie und Gynäkologie/Geburtshilfe integrieren, was letztlich zur Zusammenarbeit mit dem von der Familie Bohler geführten Klinikum führte.

Ein Grundstück wurde beim „Fonds d'urbanisation et d'aménagement“ auf dem Kirchberg ausgemacht, das neben Vorteilen verkehrstechnischer und landschaftlicher Art auch Potenziale bezüglich seiner zukünftigen Entwicklung zeigte. Es war das Architekturbüro *incopa/aks* aus Saarbrücken, das mit einer modularen Gebäudeanordnung des Krankenhauskomplexes um einen zentralen, begrünten Innenhof beim Architekturwettbewerb überzeugte.

Anliegen des Neubauprojektes war auch, das Modell der freiberuflichen Ärzte beizubehalten: Die im Krankenhaus zugelassenen Doktoren sollten sämtliche Aufgaben von der Sprechstunde, dem Bereitschaftsdienst, der Poliklinik bis hin zu Operationen vor Ort durchführen. Dieses Problem wurde gelöst, indem eine Trennung des Krankenhausbereichs von dem für Publikumsverkehr und Privatpraxen vorgesehenen Flächen geplant wurde. Um den Kranken noch eine zusätzliche Intimität zuzugestehen, wurden für alle Liegendtransporte eigene Gänge und Lifte geschaffen, zudem sind die Krankenzimmer zu den Grünflächen hin orientiert.



*Ein Operationssaal ähnelt heute immer mehr einem Hightechzentrum.*

Am 4. Juli 2003 wurde das gemeinnützige Projekt Hôpital Kirchberg mit rund 410 Betten nach dreieinhalb Jahren Bauzeit eröffnet. Rund 150 Ärzte arbeiten heute hier sowie über 1000 Angestellte, die auf den einzelnen Etagen in der Pflege, in den Operationssälen, der Verwaltung oder Logistik tätig sind.

„Das Konzept der Kirchberger Klinik hat sich bewährt“, meint Paul Wirtgen, auf die letzten zehn Betriebsjahre zurückblickend. „Es ist nur so, dass der Erfolg mittlerweile so groß ist, dass die Praxen recht voll sind. Eigentlich wäre mehr Platz und zusätzliche Betten sinnvoll.“ So wurde in der Jugendpsychiatrie die Bettenanzahl erst kürzlich aufgrund des zunehmenden Bedarfs durch eine Containerstruktur vergrößert. Die Ärzte der verschiedenen Fachbereiche – ob Chirurgie oder Kardiologie – kooperieren in Ärztgruppen. „Das heißt, die Bettenanzahl wird in Einheiten verwaltet, was die Organisation wesentlich erleichtert“, erklärt Wirtgen. Dennoch erfordert es viel Planung, um die vorhandenen Betten zwischen den liberalen Ärzten und den durch die Notaufnahme eintreffenden Patienten aufzuteilen: So landen im Durchschnitt über den Bereitschaftsdienst rund 200 Patienten täglich in der Kirchberger Klinik, wovon rund 30 stationär behandelt werden müssen. „Wenn zu viele Patienten im Spital und zu wenig Betten frei sind, dann arbeiten wir mit anderen Krankenhäusern der Stadt Luxemburg zusammen“, so Wirtgen, der den Krankenbetrieb auch als praktizierender Arzt kennt, denn seit 1993 war er als Gynäkologe und Geburtshelfer am Klinikum Dr Bohler tätig. Die Kooperation findet jedoch auch im Alltag statt, die Patienten werden



imedia

zu spezifischen Behandlungseinheiten, wie etwa die Strahlentherapie, in das Centre „François Badlesse“ in Esch überwiesen, während eine Operation oder eine Chemotherapie in der Kirchberger Klinik stattfindet. „Das Patientendossier wird heute besser als früher weitergereicht, und es finden multidisziplinäre Versammlungen statt, wo die Ärzte sich über Patienten austauschen“, meint Wirtgen.

Die Kirchberger Klinik steht jedoch auch – wie so viele Einrichtungen – unter dem Druck, stationäre Betten abzubauen und Patienten früher nach Hause zu schicken. „Es macht keinen Sinn, falls nur vereinzelte Untersuchungen gemacht werden, dass Patienten dann über Tage in einem Zimmer ausharren“, so Wirtgen. Derzeit werde zusammen mit dem Gesundheitsministerium ein System erarbeitet, das die Krankwerte, die Behandlungsart und Verweildauer erfasst, um so einen Durchschnitt zu errechnen und um gegebenenfalls die Behandlungsdauer zu verringern. In den Nachbarländern wird bereits seit längerem die Behandlung wissenschaftlich ausgewertet, auch um Patienten über die Qualität der Betreuung zu informieren. An die Frage der Qualität knüpfen sich auch Zukunftsfragen, die die Spezialisierung der Krankenhäuser betreffen. „Wenn in einem Bereich fünf Chirurgen sehr gut arbeiten und eine große Nachfrage besteht, jedoch aufgrund des Bettenmangels keine weiteren Patienten angenommen werden können, dann wirkt das wie eine Bremse“, so Wirtgen. Deshalb gäbe es zurzeit Überlegungen, ob es nicht sinnvoller wäre, in einem Krankenhaus eine Spezialisierung – etwa die Orthopädie – und in einem ande-

ren einen anderen Schwerpunkt – etwa die Viszeral- oder Bauchchirurgie – anzubieten, statt dass wie bisher jedes Krankenhaus alles abdeckt. Schwieriger wäre es dann jedoch, Allgemeinfunktionen wie den Bereitschaftsdienst zu gewährleisten.

So bringt die Spezialisierung der Medizin und das Expertentum auch wiederum neue Probleme mit sich. „Während früher ein Allgemeinarzt vieles behandelt hat, passiert das heute immer seltener. Die Krankenhäuser geraten dadurch in personelle Engpässe“, erläutert Wirtgen. Um das alles personaltechnisch überhaupt noch zu bewältigen, beschäftigt die Kirchberger Klinik im Bereitschaftsdienst Internisten, die in Rufbereitschaft mit Herz- und Lungenspezialisten stehen und Allgemeinchirurgen, die bei akuten Fällen Traumatologen oder Orthopäden hinzuziehen können.

Um auch weiterhin eine gute Qualität der Betreuung garantieren zu können, ist es jedoch vor allem wichtig, dass die existierenden Finanzierungsmodelle bestehen bleiben. „Ein Gleichgewicht zwischen medizinischem Fortschritt, der eine Aufenthaltsdauer verkürzen kann – in der Chirurgie wird zunehmend ambulant operiert – und dem Druck, der aus Kostengründen entsteht, muss erhalten bleiben“, betont Wirtgen. Schon jetzt werde in den laufenden Diskussionen mit den Krankenkassen aber leider immer mehr aufs Sparen gepocht.

Christiane Walerich

**Bibliographie:**

- Rapport d'activité. Hôpital Kirchberg, 2009;
- Hôpital Kirchberg. Volume I. Entstehungsgeschichte. Fondation François-Elisabeth. Luxembourg, 2006.



*Um auch weiterhin eine Qualität in der Betreuung garantieren zu können, ist es wichtig, dass die existierenden Finanzierungsmodelle bestehen bleiben.*

*Teamarbeit ist bei vielen Eingriffen unerlässlich.*

