

**Qualitätsberichte als Ausdrucksgestalten der Kommunikationspolitik von
Krankenhäusern – eine Analyse des Konflikts zwischen gesetzlicher
Informationspflicht, Patientenorientierung und Ökonomisierungsdruck**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
(Dr. rer. pol.)

der Technischen Universität Dortmund

vorgelegt von

Dipl.-Ök. Henrik Cohnen
aus Witten
2010

Inhaltsverzeichnis

I	Einleitung	9
II	Theoretische Diskussion	14
II.1	Das Krankenhaus	14
II.2	Krankenhäuser im Wettbewerb	30
II.3	Qualitätsberichte	34
II.4	Kommunikationspolitik als Ausdrucksgestalt des Marketing	37
II.5	Restriktionen der Kommunikationspolitik im Krankenhauswesen	43
II.6	Empirische Befunde der Kommunikationspolitik	47
III	Empirischer Teil	58
III.1	<i>Qualitätsberichte des Evangelischen und Johanniter Klinikums Niederrhein</i> ...	58
III.1.1	Titelseite des strukturierten Qualitätsberichts 2006 des EJK	58
III.1.2	Das Inhaltsverzeichnis des EJK 2006	87
III.1.3	Die Einleitung des EJK	105
III.1.4	Betriebsteil 1 – Das Evangelische Krankenhaus Duisburg-Nord	125
III.1.5	Betriebsteil 2 – Das Johanniter-Krankenhaus Oberhausen	127
III.1.6	Betriebsteil 3 – Das Herzzentrum Duisburg	130
III.1.7	Der Patientfürsprecher	134
III.1.8	Ärzte bei der Diagnostik	138
III.1.9	Ein Fachgespräch unter Kollegen	141

III.1.10	Blutproben.....	148
III.1.11	Zwei Krankenschwestern.....	150
III.1.12	Ein Krankenpfleger im Gespräch.....	153
III.1.13	Mensch und Technik – Apparatemedizin	156
III.1.14	Die Aufnahme	160
III.1.15	Mensch und Technik – Apparatemedizin 2	164
III.1.16	Augenheilkunde – Apparatemedizin.....	166
III.1.17	Die Lagebesprechung.....	170
III.1.18	Das Labor	173
III.1.19	Labor II – Das Mikroskop.....	175
III.1.20	Labortechnik	177
III.1.21	Beim Malen.....	179
III.1.22	Das Stationszimmer... ..	186
III.1.23	Arzt am C-Bogen	189
III.1.24	Mensch und Technik – Apparatemedizin 3	191
III.1.25	Technik – CT-Aufnahme	193
III.1.26	Mensch und Technik – CT-Aufnahme 2.....	195
III.1.27	Mensch und Technik – CT-Aufnahme 3.....	197
III.1.28	Die Krankenschwester	199
III.1.29	Zusammenfassung.....	201
III.2.	<i>Qualitätsberichte des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke</i>	222
III.2.1	Die Titelseite des Qualitätsberichts 2006.....	222
III.2.2	Das Inhaltsverzeichnis	236
III.2.3	Das Vorwort	244

III.2.4	Die Einleitung	257
III.2.5	Zusammenfassung.....	263
III.3	<i>Qualitätsberichte des Sana-Klinikums Remscheid</i>	275
III.3.1	Die Titelseite des Qualitätsberichts 2006.....	275
III.3.2	Die Landkarte.....	285
III.3.3	Das Deckblatt	289
III.3.4	Das Leitbild.....	291
III.3.5	Das Inhaltsverzeichnis	308
III.3.6	Der Geschäftsführer	310
III.3.7	Die Klinikleitung.....	312
III.3.8	Das Klinikum Remscheid	313
III.3.9	Arzt und Eingangsbereich	315
III.3.10	Diagnostik	317
III.3.11	Chirurgen.....	319
III.3.12	Klinische Praxis	321
III.3.13	Detailaufnahmen	322
III.3.14	Besprechung I.....	323
III.3.15	Besprechung II	325
III.3.16	Sonographie und Hotelservice	326
III.3.17	Zwei Ärztinnen.....	328
III.3.18	Die Detailaufnahme von Kunststoffspritzen.....	330
III.3.19	Mundschutz und Infusionsbeutel	331
III.3.20	Probenflasche und Krankengymnastik.....	332
III.3.21	OP und Kinderfüße.. ..	333
III.3.22	Röntgenaufnahmen	334

III.3.23 Zusammenfassung	338
IV Zusammenfassung, Diskussion der Ergebnisse und Schlussbemerkung ..	350
IV.1 Theoretische Implikationen	350
IV.2 Empirische Befunde	357
IV.3 Schlussbemerkung	360
V Literatur-und Quellenverzeichnis	361
Eidesstattliche Erklärung	383
Anhang: CD-Rom der analysierten Qualitätsberichte	384

Abbildungsverzeichnis

Theoretische Diskussion

1. II.6.1: Homepage des Katholischen Klinikums Mainz.....	47
2. II.6.2: Homepage des Katholischen Klinikums Mainz: Die Muslimin	48
3. II.6.3: Homepage des Katholischen Klinikums Mainz: Die junge Kleinfamilie	49
4. II.6.4: Homepage des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe 1	51
5. II.6.5: Homepage des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe 2	51
6. II.6.6: Homepage des Evangelischen und Johanniter Klinikums Niederrhein.....	52
7. II.6.7: Homepage: EuromedClinic	53
8. II.6.8: Homepage: White Mamba.....	55
9. II.6.9: Homepage: IgeL-Marketing.. ..	56
10. II.6.10: Homepage: Amedick & Sommer	56

Empirischer Teil

III.1 Qualitätsberichte des Evangelischen und Johanniter Klinikums Niederrhein

11. III.1.1: Titelseite des strukturierten Qualitätsberichts 2006 des EJK.....	58
12. III.1.2: Der linke Hintergrund.	65
13. III.1.3: Der rechte Hintergrund.. ..	67
14. III.1.4: Logo – Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein.....	83
15. III.1.5: Das Inhaltsverzeichnis des EJK 2006	87
16. III.1.6: Die Einleitung des EJK	105
17. III.1.7: Betriebsteil 1 – Das Evangelische Krankenhaus Duisburg-Nord	125
18. III.1.8: Betriebsteil 2 – Das Johanniter-Krankenhaus Oberhausen	127
19. III.1.9: Betriebsteil 3 – Das Herzzentrum Duisburg	130
20. III.1.10: Der Patientfürsprecher	134
21. III.1.11: Ärzte bei der Diagnostik	138

22. III.1.12: Ein Fachgespräch unter Kollegen	141
23. III.1.13: Blutproben.....	148
24. III.1.14: Zwei Krankenschwestern.....	150
25. III.1.15: Ein Krankenpfleger im Gespräch.....	153
26. III.1.16: Mensch und Technik – Apparatemedizin.....	156
27. III.1.17: Die Aufnahme	160
28. III.1.18: Mensch und Technik – Apparatemedizin 2.....	164
29. III.1.19: Augenheilkunde – Apparatemedizin.....	166
30. III.1.20: Die Lagebesprechung.....	170
31. III.1.21: Das Labor	173
32. III.1.22: Labor II – Das Mikroskop.....	175
33. III.1.23: Labortechnik	177
34. III.1.24: Beim Malen.....	179
35. III.1.25: Das Stationszimmer... ..	186
36. III.1.26: Arzt am C-Bogen	189
37. III.1.27: Mensch und Technik – Apparatemedizin 3.....	191
38. III.1.28: Technik – CT-Aufnahme	193
39. III.1.29: Mensch und Technik – CT-Aufnahme 2.....	195
40. III.1.30: Mensch und Technik – CT-Aufnahme 3.....	197
41. III.1.31: Die Krankenschwester	199
42. III.1.32: Öl hilft heilen	205
43. III.1.33: Betriebsteil 2 – Das Johanniter-Krankenhaus Oberhausen - 2008.....	208
44. III.1.34: Betriebsteil 1 – Das Evangelische Krankenhaus Duisburg Nord - 2008	210
45. III.1.35: Titelseite des EJK 2008.....	212
46. III.1.36: Das KTQ-Zertifikat.....	214
47. III.1.37: Die Auszeichnung	215
48. III.1.38: Der Chefarzt.....	217

III.2 Qualitätsberichte des Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

49. III.2.1: Die Titelseite des Qualitätsberichts 2006.....	222
50. III.2.2: Fotocollage der Titelseite.....	223
51. III.2.3: Trapezform der zentralen Elemente der Titelseite	228

52. III.2.4: Das Logo	229
53. III.2.5: Das Trapez der Titelseite	234
54. III.2.6: Das Inhaltsverzeichnis 2006	236
55. III.2.7: Das Vorwort.....	244
56. III.2.8: Die Einleitung des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke.....	257
57. III.2.9: Die Titelseite 2008	266
58. III.2.10: Das Inhaltsverzeichnis 2008	269
59. III.2.11: Die Einleitung 2008	271

III.3 Qualitätsberichte des Sana-Klinikums Remscheid

60. III.3.1.: Die Titelseite 2006 des Sana-Klinikums Remscheid	275
61. III.3.2: Das Logo von Sana	280
62. III.3.3: Die Landkarte.....	285
63. III.3.4: Das Deckblatt	289
64. III.3.5: Das Leitbild.....	291
65: III.3.6: Das Inhaltsverzeichnis	308
66: III.3.7: Der Geschäftsführer.....	310
67: III.3.8: Die Klinikleitung	312
68: III.3.9: Das Klinikum Remscheid	313
69. III.3.10: Arzt und Eingangsbereich	315
70. III.3.11: Diagnostik	317
71. III.3.12: Chirurgen	319
72. III.3.13: Klinische Praxis	321
73. III.3.14: Detailaufnahmen	322
74. III.3.15: Besprechung I	323
75. III.3.16: Besprechung II	325
76. III.3.17: Sonographie und Hotelservice	326
77. III.3.18: Zwei Ärztinnen	328
78. III.3.19: Die Detailaufnahme von Kunststoffspritzen	330
79. III.3.20: Mundschutz und Infusionsbeutel	331
80: III.3.21: Probenflasche und Krankengymnastik.....	332
81: III.3.22: OP und Kinderfüße.. ..	333

82: III.3.23: Das Blutdruckmessgerät	334
83: III.3.24: Das Seepferdchen.....	335
84. III.3.25: Der Wecker	336
85. III.3.26: Die Titelseite 2008	341
86. III.3.27: Die Landkarte 2008.....	342
87. III.3.28: Das Inhaltsverzeichnis 2008	343
88. III.3.29: Der Geschäftsführer 2008	344
89: III.3.30: Die Klinikleitung 2008.....	345
90: III.3.31: Die Doppelaufnahmen 2008..	346
91: III.3.32: Die Einzelaufnahmen	347
92: III.3.33: Die Patientin.....	348

I Einleitung

Angesichts eines grundlegenden Paradigmas der Ökonomisierung und der diesem Paradigma folgenden Reformversuche der Politik sieht sich das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland – und damit auch sein Krankenhauswesen – mit einem akzelerierend wachsenden Kosten- und Wettbewerbsdruck konfrontiert. Die wohl tiefgreifendste Umstrukturierung des Gesundheitswesens, das bislang durch seinen sozialen Auftrag konstituiert wurde, hin zu einer Neuordnung, die das Postulat einer grundlegenden Ökonomisierung anstrebt, kann hierbei in der Einführung des DRG-Abrechnungssystems im Jahr 2004 identifiziert werden. Folgen dieser Ökonomisierung sind ein massives Sterben von Krankenhäusern, die Reduzierung der Bettenzahlen bei einem gleichzeitigen Anstieg der Kosten der Krankenhäuser sowie ihrer Patientenzahlen.¹ Darüber hinaus zieht die Strukturreform einen Wettbewerb unter den Kliniken nach sich, der sich primär in einem Zielkonflikt zwischen der Kostenstruktur und der Behandlungsqualität vollzieht.² Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung beginnen Krankenhäuser, sich selbst immer stärker als kundenorientierte Dienstleistungsunternehmen³ zu definieren und die Bedeutung des Marketings als Instrument der eigenen Bestandssicherung für sich zu entdecken.⁴

Neben der Wettbewerbsverschärfung vollzieht sich ein weiterer Trend, bei dem Krankenhäuser gleichzeitig mit zusätzlichen Dokumentationspflichten belastet werden.⁵ Ein Ausdruck dieser Entwicklung besteht in der Pflicht zur regelmäßigen Veröffentlichung von Qualitätsberichten.⁶ Auf Grundlage der Berichte soll es den spezifischen Interessengruppen ermöglicht werden, durch den Gemeinsamen Bundesausschuss definierte Kennzahlen der Krankenhäuser (z.B. apparative und personelle Ausstattung der einzelnen Abteilungen, Art und Anzahl der Diagnosen und durchgeführten Operationen, Instrumente des Qualitätsmanagements etc.) zu vergleichen und damit die Qualität der Patientenversorgung einzuschätzen sowie weitergehende Informationen über das Leistungsangebot oder die Selbstdarstellung des Krankenhauses zu erhalten.⁷ Demzufolge werden nicht nur die Dokumentationspflichten der Krankenhäuser verschärft, sondern zusätzliche Spielräume für ihre Marketingaktivitäten in Form spezifischer Kommunikationspolitiken eröffnet, da zu

¹ Statistisches Bundesamt 2008: 1ff.

² Vgl. Elfes 2001: 391

³ Vgl. Barth 2001: 617

⁴ Vgl. Kreyher 2001: 3

⁵ Vgl. Lüthy 2001: 158

⁶ Vgl. § 137 SGB V

⁷ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2007a: 1 ff.

vermuten gilt, dass über die reine Dokumentationspflicht der Kennzahlen hinaus von Krankenhäusern der Versuch unternommen wird, die Attraktivität der Qualitätsberichte für ihren Adressatenkreis zu erhöhen.⁸

Der Gemeinsame Bundesausschuss definiert die Ziele der Qualitätsberichte in einem ersten Schritt als „Information und Entscheidungshilfe für Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung, Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten für Vertragsärzte und Krankenkassen, Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen“.⁹ Hierfür wurden Inhalte, Umfang und das verpflichtende Datenformat festgelegt. Für das Berichtsjahr 2006 wurden die formalen Vorgaben für die Qualitätsberichte auf folgende vier Teile aufgliedert: „Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses (Teil A), Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten und Fachabteilungen (Teil B), Qualitätssicherung (Teil C) und Qualitätsmanagement (Teil D)“.¹⁰ Darüber hinaus bleibt es den Krankenhäusern selbst überlassen, unter Einhaltung dieser verpflichtenden Vorgaben die Qualitätsberichte eigenständig zu gestalten. Hieraus lässt sich vermuten, dass sich für Krankenhäuser eine neue Möglichkeit der Kommunikationspolitik eröffnet, mit welcher sie ihre Marke bzw. ihr genuines Image zu positionieren versuchen.

In diesem Zusammenhang erscheinen besonders Fotografien, wiederkehrende Bildelemente oder Serien ähnlicher Fotomotive als Gestaltungselemente für die Identifikation von Strategien des operativen Marketings interessant. Bildinhalte können dabei u.a. wissenschaftlich-technische Motive (Reagenzgläser, Petrischalen, Kernspintomographen und andere Diagnosetechnik), Außen-, Innen- und Luftaufnahmen der Krankenhäuser oder die Darstellung von Arbeitsabläufen und des Krankenhauspersonals mit dem Fokus auf Arbeitsteilung, Kommunikation oder Behandlung und Pflege von Patienten sein. Hier gilt zu vermuten, dass Botschaften dieser Kommunikationselemente auf die Repräsentation von Patientenorientierung, Fürsorge und persönliche Wahrnehmung, Behandlungsqualität oder Komfort in der Ausstattung der Kliniken abzielen. Weitere Elemente der Qualitätsberichte, die Aufschluss über die Kommunikationspolitik von Krankenhäusern versprechen, sind beispielsweise Leitbilder als Ausdruck der Organisationskultur und -philosophie, Einleitungstexte oder Vor- und Grußworte der Klinikleitung.

⁸ Vgl. Niechzial 2007: 236

⁹ Gemeinsamer Bundesausschuss 2007a: 2

¹⁰ Gemeinsamer Bundesausschuss 2007b: 2 f.

Neben der These, dass Qualitätsberichte als Medium der Kommunikationspolitik durch Krankenhäuser genutzt werden, bestehen klassische Instrumente der Kommunikationspolitik beispielsweise in Pressemitteilungen über die Einführung von medizintechnischen Großgeräten oder einem Tag der offenen Tür.¹¹ Solche Instrumente verfügen allerdings nur über eine lokal begrenzte Reichweite. Dagegen zeichnen sich Internetauftritte von Kliniken und eben auch Qualitätsberichte durch eine überregionale und dauerhafte Verfügbarkeit aus. Qualitätsberichte versprechen für die Untersuchung der Kommunikationspolitik von Krankenhäusern dabei besonderes Aufschlusspotential: Die Qualitätsberichte wurden von den betreffenden Krankenhäusern konzipiert, inhaltlich geprüft und als Medium ihrer Außendarstellung durch die Leitungsebenen autorisiert. Sie stellen somit ein Protokoll dar, welches intentional ausgestaltet wurde und aus Sicht des Krankenhauses die wesentlichen Elemente für eine positive Selbstdarstellung beinhaltet.¹²

Die Adressaten der Qualitätsberichte werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss mit primär drei Kollektiven – Patienten, Ärzte und Krankenversicherungen – festgelegt, wodurch alle für ein Krankenhaus relevanten Klientelen angesprochen werden.¹³ In diesem Zusammenhang ist zu vermuten, dass Krankenhäuser beim Verfassen der Qualitätsberichte ihre wichtigsten Botschaften zum Thema „Patientenorientierung“ und „Versorgungsqualität“ an ihre Adressaten berücksichtigen. Weiterhin hat eine erste, stichprobenhafte Untersuchung im Vorfeld dieser Arbeit ergeben, dass Krankenhäuser in ihren Qualitätsberichten auf aktuelle Entwicklungen des Gesundheitswesens teilweise explizit Bezug nehmen. Hierbei kommt den Themen „Wirtschaftlichkeit“ und „Dienstleistungsorientierung“ ein besonderer Stellenwert zu, welche sowohl im Leitbild als auch in den Einleitungen bzw. Vorworten sowie den Stellungnahmen zur Qualitätspolitik behandelt werden. Dies kann als ein weiteres Indiz für eine bereits einsetzende „Umdefinition“ des Selbstverständnisses von Krankenhäusern und die zukünftig wachsende Bedeutung von Marketingaktivitäten in der betrieblichen Praxis klinischer Einrichtungen verstanden werden.

¹¹ Vgl. Barth 2001: 625 f.

¹² Bei weiterführenden Fragestellungen in den fallspezifischen Analysen, welche durch die Qualitätsberichte nicht ausreichend beantwortet werden können, besteht die Möglichkeit der Einbeziehung des Internetauftritts des betreffenden Krankenhauses.

¹³ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2007a: 4

Die Motivation dieser Arbeit ist durch das oben bereits skizzierte inhärente Spannungsverhältnis begründet: Während das Krankenhauswesen seine historischen Wurzeln in der Antike hat, im Laufe seiner Entwicklung immer wieder tiefgreifenden Veränderungen unterlag und heute einem primär sozialen Auftrag der Gesellschaft entspricht, ist der Einsatz von Marketinginstrumenten als Ausdruck der Verbetriebswirtschaftung im Gegensatz zu anderen Sektoren noch vergleichsweise jung.^{14 15} Dieser Entwicklung stehen einerseits legislative Einschränkungen für das Marketing von Kliniken, andererseits kulturell-ethische Faktoren und auch materielle Gründe entgegen, die eine Bewerbung klinischer Einrichtungen ex ante erschweren.^{16 17} Die grundlegende Fragestellung bezieht sich damit auf die Vereinbarkeit von Krankheitsbewältigung und Marketing sowie den Ausdrucksformen dieses Verhältnisses in der Praxis.

Die theoretische Diskussion der Arbeit fokussiert dementsprechend in einem ersten Schritt das genuine Wesen des Krankenhauses, seiner Praxis sowie die Begriffsbestimmung von Krankheit und die daraus entstehenden Implikationen für die Interaktion von Krankenhäusern mit ihrer Umwelt.¹⁸ Um den grundlegenden Strukturänderungen des Gesundheitswesens und ihre zeitdiagnostischen Folgen für das Krankenhauswesen Rechnung zu tragen, wird daraufhin der Trend zur Ökonomisierung dieses Sektors erörtert. Der Diskussion des Krankenhauswesens und seiner Besonderheiten gegenüber wird die Kommunikationspolitik als Bestandteil des Marketing – ausgehend von den vorherrschenden Konzepten der betriebswirtschaftlichen Marketingtheorie – einer theoretischen Auseinandersetzung unter einer teleologischen Perspektive unterzogen. Hierauf werden in einer Synthese der Ergebnisse dieser beiden Untersuchungsgegenstände die Restriktionen der Kommunikationspolitik im Krankenhauswesen – sowohl unter Beachtung der gesetzlichen Determinanten als auch der materiellen Gründe – dargestellt. Ein Überblick über sowohl nachfragerseitige als auch anbieterseitige Befunde der Kommunikationspolitik im Krankenhauswesen sowie die

¹⁴ Vgl. Elfes 2001: 391

¹⁵ Dies kann als ein Indiz dafür interpretiert werden, dass Kliniken den Krankenhausmarkt bislang nicht als einen Absatzmarkt mit Angebotsüberhang wahrgenommen haben.

¹⁶ Hier sei beispielsweise auf das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) oder das Heilmittelwerbegesetz (HWG) verwiesen.

¹⁷ Patienten als potentielle Adressaten befinden sich in einer existentiellen Krise. Eine solche Situation erfordert einen sensibilisierten Umgang mit den Wünschen und Bedürfnissen in der Kommunikation zwischen Krankenhaus und Patient, die sich grundlegend von den klassischen Marketingstrategien – beispielsweise der Konsumgüterindustrie – unterscheidet.

¹⁸ In dieser Arbeit ist die weibliche Form der männlichen Form gleichgestellt; lediglich aus Gründen der Vereinfachung wird die männliche Form, dort wo es praktikabel bzw. forschungsökonomisch sinnvoller erscheint, gewählt.

idealtypologische Aufteilung der prinzipiell möglichen Formen der Kommunikationspolitik schließen den theoretischen Teil.

Im zweiten Teil steht die empirische Analyse im Zentrum. Gemäß der Typologie, die sich insgesamt in drei Idealformen der Kommunikationspolitik – professionell, ambivalent-diffus und marketingavers – ausdifferenziert, wurden die Qualitätsberichte von drei ausgewählten Krankenhäusern – dem Sana Klinikum Remscheid, dem Evangelischen und Johanniter Klinikum Niederrhein und dem Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke – analysiert.¹⁹ Um eine möglichst hohe Validität der Ergebnisse zu gewährleisten, wurden zuerst die Qualitätsberichte aus dem Berichtsjahr 2006 untersucht, um dann in einem zweiten Schritt die Qualitätsberichte aus dem Berichtsjahr 2008 als Referenzprotokoll dahingehend zu überprüfen, ob die im ersten Schritt generierten Ergebnisse sich falsifizieren bzw. verifizieren lassen. Methodisch liegt allen Analysen dieser Arbeit die Kunstlehre der objektiven Hermeneutik Ulrich Oevermanns und ihr sequenzanalytisches Vorgehen zu Grunde, da sich gerade diese Methodologie zur Rekonstruktion der objektiven Sinnstrukturen der spezifischen Protokolle und der darin enthaltenen Fallstrukturen im besonderen Maße eignet.²⁰

Zusammenfassung, abschließende Diskussion und Schlussbemerkungen resümieren die Ergebnisse der theoretischen und empirischen Analysen und dienen als komprimierter Abschluss, um einen synthetisierenden Überblick auf die Arbeit und ihre Implikationen zu geben. Die Schlussbemerkung skizziert einen Ausblick auf weitere Forschungsvorhaben, wie die bearbeitete Fragestellung unter einem Kontrastdesign, das die Ausdrucksgestalten legitimer Kunst mit denen der Praxis der Kommunikationspolitik einander gegenüberstellt, fortgesetzt werden könnte.

¹⁹ Für die Suche nach geeigneten Qualitätsberichten wurde auf Grund der hohen Anzahl von 2087 Krankenhäusern in der Bundesrepublik eine Begrenzung durch die Konzentration auf das Bundesland Nordrhein-Westfalen vorgenommen, das mit 432 Krankenhäusern im Jahr 2007 dasjenige Bundesland mit den meisten Krankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland darstellte (vgl. Statistisches Bundesamt 2009: 237). Sobald ein Qualitätsbericht in seinem ersten Gesamteindruck die hier vorliegenden Kriterien erfüllte und Aufschlusspotential für die Fragestellung versprach, wurde dieser für die Feinanalyse ausgewählt. Auf Grund des Gesamtumfangs der Qualitätsberichte wurden sie als Kopie auf CD-Rom gespeichert und digital dieser Arbeit angehängt.

²⁰ Vgl. Oevermann 1979: 391 f. u. Oevermann 1993: 126 u. Garz, Kraimer 1994: 7

II Theoretische Diskussion

II.1 Das Krankenhaus

Um sich dem Wesen des Krankenhauses zu nähern, erscheint es sinnvoll, die historischen Determinanten und Bedingungen solcher Einrichtungen, die heute rückwirkend im allgemeinen Verständnis unter dem Begriff des Krankenhauses subsumiert werden, exemplarisch zu skizzieren, bevor die Diskussion gängiger Bestimmungen, was ein Krankenhaus eigentlich ist, erfolgt, da die Auffassung über das Wesen des Krankenhauses selbst in jüngster Vergangenheit stetigen Veränderungen unterlag und immer noch unterliegt.²¹ Dieter Jetter markiert den Beginn von Einrichtungen, die mit Krankenhäusern vergleichbar sind, bei den Valetudinarien – römischen Militärlazaretten – zur Versorgung im Kampf verletzter Legionäre.²² Ähnliche Einrichtungen wurden in Form von Haushospitälern auch für Sklaven gegründet.²³ Im Kult um den römischen Gott der Heilkunst Asklepios wurden diesem in der Spätantike Tempel geweiht, in denen sich stationär aufgenommene Pilger therapeutischen Heilkuren und Riten unterzogen.²⁴

Eine grundlegende Veränderung erfuhr das Krankenhauswesen durch die christliche Synthese von medizinischer Pflege und religiösem Dienst bereits in der Ära der byzantinischen Komnenos-Kaiser ab dem 4. Jahrhundert.²⁵ Die Versorgung von Kranken durch prosperierende Benediktinerklöster unter dem Postulat des Sankt Galler Klosterplans und ebenso durch die ab dem 12. Jahrhundert in Europa über die Klöster hinaus entstehenden christlichen Hospitäler wurde damit zum Gottesdienst.²⁶ Die Grenzen zwischen Krankenhäusern im eigentlichen Sinne und Hospizen scheinen hier jedoch noch fließend, da die Krankenpflege in solchen Einrichtungen wohl dominant gewesen ist.²⁷ Später prägten die großen Epidemien wie Lepra, Cholera und die Pest das Krankenhauswesen durch die flächendeckende Gründung von Leprosien, Siech- und Pesthäusern zur Separierung der

²¹ Vgl. Osten 2007: 101. Da eine umfassende und konsistente Darlegung der Entwicklungsgeschichte des Krankenhauses an dieser Stelle keinen zusätzlichen Wissenszuwachs darstellt und für das Wesen des Krankenhauses auch kein weiteres Aufschlusspotential besitzt, werden im Folgenden lediglich wesentliche Aspekte der Geschichte des Krankenhauses fokussiert.

²² Jetter 1966: 1 ff. u. Rohde 1974: 62

²³ Rohde 1974: 62 u. Liese 1922: 23

²⁴ Vgl. Osten 2007: 101

²⁵ Kadar, Zoltan 1985: 44

²⁶ Osten 2007: 102

²⁷ Rohde 1974: 66

Kranken von ihrer Umwelt.²⁸ Aber auch die zunehmende wirtschaftliche Verflechtung, die daraus resultierende Ausweitung der Handelswege sowie Kriege begünstigten das Aufkommen von Hospizen und Hospitälern für unterschiedliche Gruppen wie Handelsreisende, Pilger, Kreuzfahrer und Scholaren.²⁹

Während im Mittelalter sich die Ausbildung des Arztes noch ausschließlich an der Lektüre orientierte und das praktische Studium der Medizin direkt am Patienten noch unbekannt war, entwickelte sich im 16. Jahrhundert – wenn auch nur langsam – mit der Akademisierung der modernen Klinik und der in dieser stattfindenden Unterweisung der Medizinstudenten innerhalb der klinischen Praxis das heute bekannte Krankenhauswesen.^{30 31} Gleichzeitig förderte das städtische Bürgertum, das zum Protagonisten der aufstrebenden Medizin arrivierte, die Transformation der Pflege- und Siechenhäuser für Arme und Kranke zum Krankenhaus, indem von dem Postulat der rein karitativen Pflege zu Gunsten der ökonomisch sehr viel effizienteren Therapie mit einfachen Medikamenten und Arzneien abgerückt wurde.³²

Drei Jahrhunderte später ergab sich für Deutschland einerseits durch die Reform der preußischen Sozialgesetzgebung im 19. Jahrhundert, welche die aufkeimende Sozialdemokratie begrenzen sollte, und andererseits mit dem neuen Armenrecht, das die Kommunen zur Unterstützung der in ihnen ansässigen Menschen verpflichtete, nun eine grundlegend institutionelle Verflechtung zwischen Armen- und Krankenhauswesen.³³ Dennoch kam den Krankenhäusern noch nicht die Rolle zu, die sie ab dem 20. Jahrhundert übernahmen: Während bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts dort fast ausschließlich Kinder alleinstehender Mütter geboren wurden, vollzog sich die Behandlung von sozial eingebundenen oder wohlhabenden Patienten in ihrem häuslichen Umfeld durch einen Arzt oder familiäre Angehörige.³⁴ Waren die Grenzen zwischen den einzelnen Professionen zu dieser Zeit noch fließend, schloss sich ab dem 20. Jahrhundert die Ausdifferenzierung der einzelnen Funktionssysteme des Krankenhauses ab.³⁵ Medizin, Pflege, Verwaltung, aber auch

²⁸ Osten 2007: 102 u. Jetter 1966: 40 f.

²⁹ Schipperges 1987: 224

³⁰ Vgl. Rohde 1974: 79, Jetter 1966: 137ff. u. Malich 1985: 46

³¹ Allerdings hat sich der Begriff der Poliklinik erst 1810 etabliert. Vgl. Jetter 1966: 139

³² Vgl. Gerfeldt 1953: 5 u. See 1973: 98

³³ Vgl. Mikl-Horke 1997: 246 u. Osten 2007: 104

³⁴ Osten 2007: 104

³⁵ Osten 2007: 105 f.

Wäschereien, Küchen oder Laboratorien etablierten sich nun zu einer hochgradig arbeitsteiligen Organisation mit eigenständigen Funktionseinheiten.^{36 37}

Dieser kurze Abriss der historischen Entwicklung des Krankenhauses ohne Anspruch auf Vollständigkeit oder Konsistenz belegt in allererster Linie, dass die Entstehung des Krankenhauswesens weder durch einen kontinuierlichen Entwicklungspfad noch durch eine Homogenität der Dispositionen oder Gründe seiner Entstehung gekennzeichnet werden kann und damit auch nicht auf Basis des heutigen Verständnisses einer Fürsorge durch das Gemeinwesen erklärt werden kann.

Die Versorgung von römischen Legionären und Sklaven in Valetudinarien erfolgte nicht aus karitativen Zwecken oder ethischen Wertvorstellungen der Sklavenhalter oder des Militärs, sondern um die zukünftige Arbeitskraft der im Dienste stehenden Personen zu sichern und damit ihren ökonomisch nutzbaren Wert zu erhalten und gleichsam die für diese Investition aufgebrauchten finanziellen Mittel nicht zu verlieren.³⁸ Auch die Anfänge christlicher Krankenversorgung durch Klöster erfolgte nicht aus einer primär am sozialen Gemeinwohl oder durch Barmherzigkeit dem Einzelnen gegenüber motivierten Wertvorstellung. Vielmehr war sie Ausdruck der Gesinnungsoffenbarung, des Bekenntnisses zu Jesus Christus und der göttlichen Liebe sowie der Wahrung des eigenen Seelenheils.³⁹

Dagegen besitzen die Leprosien und Pesthäuser als Einrichtungen mit Quarantänefunktion einen ordnungspolitischen Charakter. Ihr wesentliches Ziel bestand in der zwangsweisen Separierung und Isolierung der Patienten und im Schutz der gesunden Bevölkerung durch vor der Stadt ausgelagerte Einrichtungen. Das Konzept der Separierung von Menschen von ihrer Umwelt unter autoritären Strukturen sowie die Dichotomie zwischen Patienten und Personal kennzeichnen somit auch das Verständnis der totalen Institution von Erving Goffmans und unter dem Fokus der Überwachung das Prinzip des Panoptikums bei Michel Foucault.^{40 41}

³⁶ Vgl. Rohde 1974: 89 u. Faxon 1949: 1

³⁷ Heinrich Schipperges führt den bereits im Mittelalter entstandenen Komplexitätsanstieg in der Führung von Krankenhäusern und die daraus resultierende Säule der Verwaltung an. Darüber hinaus verweist er auf die bereits fest etablierte ökonomische Organisation des Hospitals als „[...] autarker und potenter Wirtschaftsbetrieb [...]“. Vgl. Schipperges 1985: 230

³⁸ Vgl. Rohde 1974: 62

³⁹ Rohde 1974: 64 u. Troeltsch 1923: 136

⁴⁰ Vgl. Goffman 1958: 46

⁴¹ Vgl. Foucault 1994: 264 ff.

Mit dem Aufkommen der akademischen Lehrkrankenhäuser trat eine weitere Funktion – die praktische Wissensvermittlung im Studium der Medizin – auf, während die Bismarcksche Sozialgesetzgebung 300 Jahre später im Deutschland des 19. Jahrhunderts u.a. mit der Kranken- und Unfallversicherung in den Jahren 1883 und 1884 sowie der Alters- und Invalidenversicherung im Jahr 1889 das Krankenhauswesen in die heute maßgebliche sozialpolitische Richtung führte, die auch mittellosen Patienten eine bessere Versorgung eröffnete.⁴² Das sozialpolitische Instrument des Krankenhauses und seine gesellschaftliche Relevanz zu Beginn des 20. Jahrhunderts drückt sich auch durch die Interpretation der Aufgabe von klinischen Einrichtungen durch Julius Grober im Vorwort des 1911 vom preußischen Innenministerium initiierten Standardhandbuchs für Bau, Einrichtung und Betrieb von Krankenhäusern „Das deutsche Krankenhaus“ aus: „Krankenanstalten sind Waffen der Gesellschaft im Kampfe gegen die gesundheitlichen Schäden des Volkskörpers; [...] Die Bedeutung der Krankenanstalten für die Allgemeinheit wird durch die in ihnen stattfindende Pflege und Förderung der medizinischen Wissenschaft vermehrt.“⁴³ Gleichzeitig wurden aber ebenso die Bedeutung der wirtschaftlichen Führung und die ökonomischen Zwänge der Krankenhäuser hervorgehoben.⁴⁴

Diese Entwicklung setzte sich im 20. Jahrhundert mit der immer stärkeren sozialpolitischen Intervention zum Wohl der öffentlichen Gesundheit durch staatliche Lenkung stetig fort.⁴⁵ In diesem Zusammenhang sei nur exemplarisch auf die Förderung der Gesundheit als Staatsziel in der Weimarer Verfassung (Art. 7,9) im Jahr 1919, die Einführung des Krankenversicherungsbeitrags für Rentner 1983, das Gesundheitsreformgesetz von 1988 oder die soziale Pflegeversicherung 1995 verwiesen.⁴⁶ Gleichzeitig und viel mehr noch als Auslöser für diese Reformen erlangte die ökonomische Determinante der Finanzierung und Finanzierbarkeit von Leistungen im Gesundheitswesen im Allgemeinen und von Leistungen der Krankenhäuser im Speziellen immer mehr an Bedeutung.⁴⁷ Eine grundlegende Reform innerhalb der letzten Jahre, die diesen Trend belegt, stellt die Einführung der

⁴² Im Zusammenhang mit der stärkeren Ausrichtung an karitativen Zwecken nach dem Solidaritätsprinzip sei an dieser Stelle auf den Spendenaufruf von Richard Heinritz, dem zweiten Vorsitzenden des Vereins „Deutsches Krankenhaus“ in der Deutschen medizinischen Wochenschrift im Jahr 1911 verwiesen, mit dem der Bau eines deutschen Krankenhauses in Sao Paulo in Brasilien unterstützt werden sollte: „Das Krankenhaus soll in erster Linie einen Wohltätigkeitszweck erfüllen, d.h. es sollen darin unbemittelte Kranke unentgeltlich behandelt werden, daneben soll es aber auch für die Behandlung solcher Kranker dienen, die dafür angemessen bezahlen können“. Heinritz 1911: 64

⁴³ Grober 1911a: III

⁴⁴ Vgl. Memelsdorff 1911: 866 f. u. Grober 1911b: 1

⁴⁵ Halling 2007: 16

⁴⁶ Ebd. u. Heyll 2007: 89

⁴⁷ Vgl. Laux 1977: 3 u. Clade 1973: 12 u. Frömming 1977: 14 u. Siebeg 1980: 5 u. Lüthy; Buchmann 2009: 18 f.

diagnoseorientierten Fallpauschalen, den Diagnosis Related Groups, die zu einem akzelerierend wachsenden Kosten- und Wettbewerbsdruck im Krankenhaussektor führt.⁴⁸ Ausdruck dieses Wettbewerbs ist ein massives Sterben von Krankenhäusern sowie die Reduzierung der Bettenzahlen bei einem gleichzeitigen Anstieg der Kosten der Krankenhäuser sowie ihrer Patientenzahlen.⁴⁹ Wettbewerb unter den Kliniken vollzieht sich dabei mittlerweile primär in zwei miteinander konfligierenden Bereichen: der Kostenstruktur und der Behandlungsqualität.⁵⁰

Als weitere wesentliche Determinanten für die Ausdifferenzierung des Krankenhauswesens sind der Vollständigkeit halber nur fragmentarisch der medizinischtechnische wie auch der wissenschaftliche Fortschritt und deren Auswirkungen auf das moderne Gesundheits- und Krankenhauswesen als prägende Einflussfaktoren zu benennen, welche die moderne Medizin erst zu dem gemacht haben, was sie heute als gesellschaftliche Leistungsfunktion zur Sicherung der Gesundheit ist.^{51 52}

Die hier skizzierten Beispiele können in einem ersten Schritt dementsprechend als Determinanten verstanden werden, die ein insgesamt äußerst komplexes Bild dessen begründen, was die Bedingungen, Kontexte und Motive bzw. Ziele des Krankenhauses in seiner historischen Entwicklung und damit in seinem Wesen konstituiert. So wie das Krankenhaus einem stetigen Transformationsprozess unterlegen ist, so trifft dies auch für seinen generativen Gegenstand zu: Krankheit. Ein kurzer Exkurs hierzu verfolgt das Ziel, eine Annäherung zu erreichen: Analog zum Vorgehen weiter oben, historische Eckpunkte des Krankenhauses zu skizzieren, erscheint eine kurze Darstellung der Entwicklung wesentlicher Krankheitsbilder ohne Anspruch auf Vollständigkeit an dieser Stelle sinnvoll.

Ausgehend vom klassischen Konzept der Antike, die auf der jonischen Naturphilosophie basiert, stellen die Grundzüge der Hippokratischen Medizin auf den Säftehaushalt des menschlichen Organismus und der Irritation der Harmonie der natürlichen Gleichgewichte ab,

⁴⁸ Vgl. Lüthy, Buchmann 2009: 19

⁴⁹ Statistisches Bundesamt 2008, S. 1-16

⁵⁰ Vgl. Elfes 2001, S. 391

⁵¹ Ebd: 114

⁵² Philipp Osten weist darauf hin, dass noch in den 1910er Jahren eine Appendektomie – ein für die heutige Zeit alltäglicher Standardeingriff – die Aussicht auf Rekonvaleszenz des Patienten eher verschlechterte, als verbesserte. Osten 2007: 108

was schon früh eine Systematisierung der allgemeinen Pathologie mit Ätiologie, Pathogenes, Symptomatologie und Therapie zuließ.⁵³

Das frühchristliche Krankheitsbild, welches auf das naturalistische Konzept der Spätantike aufbaute, wurde nicht zuletzt durch die ätiologischen Vorstellungen der Dämonologie ausgeweitet und teilweise mit individueller Verschuldung des Kranken selbst geprägt, wobei Krankheit einerseits als Mangel und nicht als eigenständiges Phänomen sowie andererseits als statischer Zustand und nicht als Prozess begriffen wurde.⁵⁴ Die Auffassung von Krankheit bei den Benediktinern und im Mittelalter betonte überdies unter dem Paradigma von Armut, Elend und Leid als alltägliche Erfahrung die aufopfernde Pflege des Kranken als dominierendes Prinzip, während die Krankheit selbst als Sinnbild der Suche nach Sinn in der Krankheit und dem damit verbundenen Leid in den Mittelpunkt gerückt wurde.⁵⁵

Durch die Aufklärung und ihr mechanistisches Weltbild bedingt wurde im 17. Jahrhundert das Krankheitsbild von vorwissenschaftlichen Erfahrungen hin zu methodischen Paradigmen und Mustern transformiert, deren Fokus auf die sichtbaren Symptome und Fakten der Erkrankung – unabhängig vom Patienten als ganze Person und seinem individuellen Erleben – abzielte.⁵⁶ Analog zu der Akademisierung der Krankenhäuser erfolgte ausgehend vom naturwissenschaftlichen Operationalismus René Descartes die Verwissenschaftlichung der Medizin, die sich im Laufe der folgenden Jahrhunderte bis ins 20. Jahrhundert stetig ausdifferenzierte.^{57 58}

Wie bereits die Erörterung der historischen Entwicklung des Krankenhauses veranschaulicht dieser Exkurs die divergenten Determinanten für das Verständnis von Krankheit und die sich

⁵³ Vgl. Schipperges 1999: 31 ff.

⁵⁴ Ebd.: 44 f.

⁵⁵ Ebd.: 49

⁵⁶ Vgl. Foucault 2008: 103 u. Schipperges 1999: 97 f.

⁵⁷ Vgl. Schipperges 1999: 97 f. u. 127 f. u. 145 f.

⁵⁸ Ingrid Kästner verweist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der industriellen Revolution und die naturwissenschaftlichen Fortschritte, die sich insbesondere auf chemische, physikalische und mathematische Methoden wie auch auf das nun breit eingesetzte Tierexperiment stützte. Kästner 1986: 88 Im Gegensatz dazu belegen Foucault und Jetter für die Entwicklungsgeschichte der Psychiatrie den primären Verwahrungs- und Disziplinierungscharakter solcher Anstalten für diese Zeit ohne Ansätze zur Therapie der Patienten (vgl. Foucault 1994: 277 u. Jetter 1971: 119 u. Fürle 1985: 124). Der dominierende Fokus auf Verwaltung und Disziplinierung von Patienten deutet dabei auf eine grundlegend unterschiedliche Wertigkeit von psychischen und physiologischen Krankheitsbildern und ihrer gegenseitigen Bedingung in der gesellschaftlichen Wahrnehmung dieser Zeit. Der Psychiater Carl Gustav Jung belegt zudem die Reduktion auf Symptombeschreibungen und Diagnosen und eine fehlende Auseinandersetzung mit der Persönlichkeit des Patienten als eigentlichem Gegenstand medizinischer Praxis in der Psychiatrischen Universitätsklinik von Zürich, Burghölzli, noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Vgl. Jung 1999: 121

hieraus ableitenden Wandlungen des Krankheitsbilds im Lauf der Jahrhunderte. Um den Begriff der Krankheit unter einer soziologischen Perspektive zu untersuchen, erscheint es daher sinnvoll, sich diesem Untersuchungsgegenstand über gängige Definitionen zu nähern.⁵⁹ Demnach legt der Bundesgerichtshof im Jahr 1958, nachdem die Reichsversicherungsordnung eine verbindliche Formulierung im Jahr 1911 außer Acht gelassen hatte, folgende Definition fest: „Krankheit ist jede Störung der normalen Beschaffenheit oder der normalen Tätigkeit des Körpers, die geheilt, das heißt beseitigt oder gelindert werden kann.“⁶⁰ Diese Definition spiegelt ein Verständnis wider, das Krankheit mit körperlichen Funktionsstörungen gleichsetzt, den Patienten als ganze Person außer Acht lässt und diesen vielmehr auf seinen Körper und damit auf Materialität reduziert. Insofern wird hier eine Auffassung vertreten, die antiquiert erscheint und an die reduzierte Maxime einer Distanzierung vom Patienten zu Gunsten seiner Symptome erinnert, die Michel Foucault für das 18. Jahrhundert beschrieben hat.⁶¹ Ähnlich wie der Bundesgerichtshof kennzeichnet auch das Bundessozialgericht nach ständiger Rechtsprechung den Gegenstand von Krankheit: „[...] ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand umschrieben, der ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht.“⁶² Die disjunktiven Verknüpfungen der beiden Bedingungen von Arbeitsunfähigkeit und medizinischer Behandlung durch die exklusive Konjunktion „oder“ kennzeichnet in diesem Zusammenhang einen spezifischen Kontext für das Verständnis von Krankheit, welcher lediglich einen sehr begrenzten Radius erreicht und insgesamt wiederum auf Funktionsstörungen abstellt. Eine soziale Komponente von Krankheit wird hier nur eindimensional mit der Arbeitsunfähigkeit angeschnitten, weiterreichende Dimensionen von Krankheit allerdings erst gar nicht beachtet. Darüber hinaus berücksichtigt diese Definition solche Fälle von Erkrankungen nicht, bei denen der Erkrankte trotz seiner Krankheit sich nicht in ärztliche Behandlung begibt und gleichzeitig seiner Arbeit nachgeht. Mit diesem Szenario wären prinzipiell Krankheiten wie Alkoholismus und andere Suchtkrankheiten, Depressionen oder auch Anorexie sowie Bulimie vereinbar. Aber auch Grippe, Rheuma, Parkinson, Diabetes mellitus oder andere chronische Krankheiten sind prinzipiell mit diesem Szenario vereinbar. Gründe dafür, sich nicht in

⁵⁹ Zu verweisen sei darauf, dass selbst die Weltgesundheitsorganisation in ihrer Verfassung in Abgrenzung zum Begriff der Gesundheit den Themengegenstand lediglich streift: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infinity.“ WHO 1946: 1

⁶⁰ Schipperges 1999: 177

⁶¹ Vgl. Foucault 2008: 31 u. 104. Um Missverständnissen vorzubeugen, ist hier festzustellen, dass die heutige Qualität der medizinischen Versorgung im wesentlichen Maße durch den naturwissenschaftlichen und schulmedizinischen Fortschritt geprägt ist. Lediglich eine Vereinseitigung des Krankheitsverständnisses und ihre Reduktion auf die menschliche Physiologie erscheint im Rahmen der Diskussion der Komplexität des Sachverhalts nicht genüge zu tun.

⁶² Exemplarisch sei hier verwiesen auf: Bundessozialgericht 2002: 4

ärztliche Behandlung zu begeben, können ebenfalls mannigfaltig sein: Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, Scham oder mangelnde Krankheitseinsicht. Der letzten Ursache ist in diesem Zusammenhang besondere Bedeutung beizumessen: Krankheitseinsicht ist die Grundvoraussetzung zur Genesung, sie markiert damit einen Anfangspunkt, an dem der Krankheit bewusst begegnet wird, sie stellt zugleich damit den Ausdruck von Gesundheit dar. Hingegen muss das Fehlen von Krankheitseinsicht als ein konstitutives Zeichen für diese Krankheit verstanden werden.

Dementsprechend wird hier Krankheit als einfaches Gegenteil von Gesundheit gefasst und die zeitliche Dimension – von der Entstehung bis hin zur Überwindung oder dem Erliegen einer Krankheit – nicht erfasst.⁶³ Ebenso überrascht, dass das „Leitbild des gesunden Menschen“ hier keine weitere Beachtung findet und damit der Krankheitsbegriff in dieser Definition insgesamt unkonkret bzw. unfassbar bleibt.

Neben solchen statischen Definitionen, die Krankheit als Gegenteil von Gesundheit verstehen, verspricht die Perspektive von Thomas Loer über die Reflektion von Alltagserfahrungen mehr Aufschlusspotential, sich dem Wesen von Krankheit zu nähern, da dieses Verständnis zudem eine Krankheitseinsicht ex ante präsupponiert: „Wenn wir gesund sind, reden wir nicht darüber. Immer dann aber, wenn sich die Gesundheit [...] entzieht, wird sie zum Thema.“⁶⁴ Dementsprechend folgt Loer auch der Argumentation Hans-Georg Gadamer: „Der Kranke erfährt seine Krankheit darin, dass ihm etwas fehlt.“⁶⁵

Unter Fortführung der Argumentation von Loer und Gadamer erfolgt also eine Bewusstwerdung des Patienten über seine Erkrankung durch die Erfahrung, dass etwas fehlt, was jedoch noch keinen Aufschluss dem Patienten darüber gibt, was konkret ihm fehlt, allerdings der Auslöser für die Konsultation eines Arztes ist, der für den Patienten stellvertretend die „Deutung des Symptoms“ übernehmen soll.⁶⁶ ⁶⁷ Loer weist in diesem Zusammenhang auf die für die ärztliche Behandlung konstitutive Bedeutung der Wahrnehmung des Patienten als ganze Person hin, die über ein reduziertes Verständnis von

⁶³ Heinrich Schipperges hebt in diesem Zusammenhang die Bedeutung der zeitlichen Dimension für Krankheit hervor. Schipperges 199: 182

⁶⁴ Loer 2009: 5

⁶⁵ Gadamer 1964a: 74

⁶⁶ Loer 2009: 6

⁶⁷ Bereits in diesem Argument, dass der Patient den Arzt im Wissen um seine Situation, die er aber nicht angemessen erklären oder deuten kann, aufsucht, drückt sich die für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient konstitutive Wissensasymmetrie aus.

professionalisiertem Wissen des Arztes und spezifischen Anwendungstechniken in der medizinischen Praxis weit hinausgeht: „Die Deutung des Symptoms auf das hin, „was fehlt“, bedarf einer von der je besonderen Person und ihrer Lebensgeschichte ausgehenden Anamnese, die stets ein unabdingbares Moment von Fallverstehen beinhaltet.“⁶⁸ ⁶⁹ Diese Sichtweise läuft parallel zu der Heinrich Schipperges, der über die medizinischen Kategorien auch die lebensweltlichen Bedingungen, die persönlichen Erwartungen und habituellen Dispositionen des Patienten in seinem Entwurf einer Krankheitslehre mit einbezieht.⁷⁰ George Herbert Mead weist darüber hinaus auf den wechselseitigen Charakter zwischen Patient, Arzt und Erkenntnis hin: „Das Problem existiert nicht *in vacuo*. [...] Als Beobachtungen kompetenter Erforscher der Epidemie sind sie als Teile der Erfahrungen dieser Individuen gegeben, ihre Protokolle sind Teile ihrer Biographien. Der Testfall des heroischen Wissenschaftlers, der gegen das Gelbfieber immun blieb, nachdem er die Kleider kranker getragen und in ihren Betten geschlafen hatte [...] beginnt im Bereich wissenschaftlicher Daten und persönlicher Biographien [...].“⁷¹ Mit diesem Argument verstärkt sich die Unzulänglichkeit der beiden ersten Definitionen vollends, so dass sie als unzureichende Zustandsbeschreibungen verstanden werden müssen, die das konstitutive Wesen der Krankheit nicht zu fassen vermögen.⁷² Somit wird an dieser Stelle offensichtlich, dass in der ärztlichen Praxis der Patient nicht als Träger einer methodologisch vorher definierten und damit abstrakt standardisierten Diagnose oder Indikation verstanden werden kann, sondern seine individuelle Fallgeschichte und der Einbezug dieser in die Untersuchung erst die Stellung einer Diagnose ermöglichen.

Unter Rückbezug auf Gadamer ist festzustellen, dass seine Annäherung an den Krankheitsbegriff über das „Fehlen“ – also einen Mangel – erfolgt: „Gesundheit ist nicht etwas, das sich als solches bei der Untersuchung zeigt, sondern etwas, das gerade dadurch ist, dass es sich entzieht.“⁷³ Über diesen Mangel hinaus kennzeichnet Gadamer Krankheit als Störung: „Krankheit ist primär nicht jener feststellbare Befund, den die medizinische Wissenschaft als Krankheit deklariert, sondern ist eine Erfahrung des Leidenden, mit der er,

⁶⁸ Loer 2009: 6

⁶⁹ Die Bedeutung der Fallorientierung und die sich hieraus ergebende dynamische Vermittlung zwischen methodologisch-wissenschaftlicher Kategorie und dem Untersuchungsgegenstand selbst hebt Mead für die Psychologie hervor: „Die Psychologie stellt nicht nur das Material des Denkens, sondern auch dessen Maschinerie bereit, d.h. dieses Material muß sich in einer Weise arrangieren und durch Reintegration und Verschmelzung so verändern, daß es in seiner Struktur nur der Interpretation einer „Individuation“ bedarf, um Denken zu werden.“ Mead 1987a: 99

⁷⁰ Schipperges 1999: 192 f.

⁷¹ Mead 187: 34

⁷² Ebd.

⁷³ Gadamer 1990: 126

wie mit jeder anderen Störung, fertig zu werden sucht.“⁷⁴ Loer weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass diese Gleichsetzung von Krankheit mit Störung unterhalb der Verständnisebene verbleibt, die Krankheit als „[...] Ausdrucksgestalt der Fallstruktur des jeweiligen Patienten [...]“ begreift und diese unmittelbar in die individuelle Lebensgeschichte des Patienten einbindet.⁷⁵

Eine umfassende und dem Untersuchungsgegenstand angemessene Bestimmung von Krankheit liegt dementsprechend im Ansatz von Ulrich Oevermann vor: „Für eine therapeutische Praxis muß [...] neben die Subsumtion unter theoretische Modelle die *Rekonstruktion* der konkreten Fallstruktur treten, in der wiederum die Krankheit eine fallspezifisch motivierte Stellung und Funktion einnimmt. In dieser Auffassung ist die Krankheit nicht nur negativ Fremdkörper der Störung, sondern darüber hinaus auch motivierter Bestandteil des konkreten Lebens in seiner Totalität. *Krankheit erscheint so in ihrer einzig angemessenen Konzeptualisierung*: nicht einfach platt als das klassifikatorische Gegenteil von Gesundheit, *sondern als das Maximum an Gesundheit, das ein konkretes Leben in seiner Traumatisierungsgeschichte und in seinem Überlebenskampf unter seinen je konkreten Lebensbedingungen zu erreichen in der Lage war.*“⁷⁶

Nachdem dieser Exkurs eine Annäherung erreichen konnte, wie das Phänomen der Krankheit in einer soziologisch angemessenen Art und Weise bestimmt werden kann, und somit der konstitutive Gegenstand des Krankenhauses – Krankheit – auf den Begriff gebracht werden konnte, wird im Folgenden die Ausgangsfragestellung wieder aufgegriffen. Analog zur Erörterung des Krankheitsbegriffs werden gängige Definitionen kontrastiv einander gegenübergestellt und vergleichend auf ihr Passungsverhältnis untersucht.

Unter dieser Fragestellung erscheint es sinnvoll, die Definitionen einer solchen Institution an erster Stelle zu betrachten, die das Krankenhauswesen legislativ konstituiert: der Gesetzgeber. Das Fünfte Handbuch des Sozialgesetzbuchs definiert der § 107 Abs. 1 SGB V Krankenhäuser wie folgt:

„(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

⁷⁴ Gadamer 1964b: 283

⁷⁵ Loer 2009: 8

⁷⁶ Oevermann 1996: 127

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.⁷⁷

Die sehr ausführliche Definition stellt primär auf einen funktionellen-technokratischen Charakter des Krankenhauses sowie seiner äußeren Merkmale und Mittel ab und behandelt seinen konstitutiven Gegenstand – Krankheit – angesichts des Übergewichts an klassifikatorischen Merkmalsbestimmungen nur beiläufig.⁷⁸

Im Kern orientiert sich die Bestimmung an der Bundespflegesatzverordnung von 1954, die Krankenhäuser als „[...] Anstalten, in denen Kranke untergebracht und gepflegt werden und in denen durch ärztliche Hilfeleistung erstrebt wird, Krankheiten, Leiden und Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern“ begreift.⁷⁹ Auffällig hierbei ist die Differenz der beiden Definitionen in Bezug auf den Auftrag, Krankheiten zu behandeln. Während das Sozialgesetzbuch mit der Formulierung „Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die [...] darauf eingerichtet sind, [...] Krankheiten der Patienten zu erkennen,

⁷⁷ Sozialgesetzbuch Fünftes Buch 2004: § 107 Abs. 1

⁷⁸ Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes definiert analog zum Statistischen Bundesamt und ähnlich unpräzise allgemeine Krankenhäuser als „[...] Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten und Patientinnen vorgehalten werden.“ (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2009) Diese Definition ist offenkundig durch ihren Zweck für statistische Erhebungen gekennzeichnet, verspricht aber für die Untersuchung des Wesens von Krankenhäusern keinen weiteren Wissenszuwachs. Dementsprechend werden im Folgenden auch keine klassifikatorischen Unterschiede anhand von Spezifikationen des Krankenhauses wie Universitätskliniken, Polikliniken oder Akutkliniken vorgenommen. Ebenso erscheint eine Differenzierung nach der Trägerschaft – ob nun öffentlich, konfessionell oder privat – kein zusätzliches Aufschlusspotential über die dieser Arbeit zugrundeliegende Fragestellung zu geben.

⁷⁹ Zitiert nach Adam (1959): 273

zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten [...]“ eine durchaus positivistische Haltung gegenüber dem Behandlungserfolg des Krankenhauses ausdrückt, dieses als einzigen Protagonisten – als Leistungserbringer – in den Behandlungsprozess rückt und gleichsam dem Patienten eine passive Rolle zuweist, wählt die Bestimmung von 1954 eine vorsichtigeren Ausdrucksweise: Hier wird dem Krankenhaus ein Streben nach Behandlungserfolg zugewiesen, mit dem auch immer ein mögliches Scheitern der Behandlung impliziert wird. Dieses Verständnis bietet damit Raum für eine professionssoziologische Perspektive, die das Verhältnis zwischen Arzt und Patient als ein Arbeitsbündnis, das auf Gegenseitigkeit beruht, und nicht als eine einseitige Dienstleistung dem Patienten gegenüber sieht.

Eine kurze Diskussion der Charakteristika von Dienstleistung und Arbeitsbündnis erscheint an dieser Stelle für die Erörterung des Krankenhausbegriffs und des dafür wichtigen Verhältnisses zwischen Arzt und Patient sinnvoll: Dienstleistungen sind immateriell, direkt an die Person des Leistungserbringers gebunden, damit inhomogen und durch das uno-actu-Prinzip gekennzeichnet.⁸⁰ Weiterhin fällt die Nachfrage, also die Entscheidung zum Kauf einer Leistung, mit dem Gebrauch, also der Nutzung, zusammen.⁸¹ Konkret formuliert: „Beim Dienstleistungskonsum kommt es [...] zu einer Interaktion zwischen Produzent und Konsument sowohl im Bereich der Produktion der Dienstleistung wie auch beim Absatz.“⁸² Bereits an dieser Stelle erwächst das Problem, die oben aufgeführten Merkmalsausprägungen der Dienstleistung auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient anzuwenden: Die Entscheidung zum Kauf einer Leistung durch den Konsument setzt die Existenz eines Marktes als Allokationsmechanismus für Angebot und Nachfrage voraus. Ein Markt ist dementsprechend dadurch gekennzeichnet, dass der Konsument ein Angebot aus freier Entscheidung – also aus der individuellen Autonomie der Kundensouveränität heraus – gemäß seiner individuellen Dispositionen nachfragen oder eben auch ablehnen kann.⁸³ Die Entscheidung zur Nachfrage, der Kauf einer Dienstleistung, ist zudem noch prinzipiell durch den Nachfrager planbar. Wahlfreiheit des Annehmens oder Ablehnens einer Leistung und auch Planbarkeit bestehen aber bei einer Krankheit nicht: der Patient wird vielmehr mit einer traumatischen Krise, die für ihn vorher nicht antizipierbar ist, konfrontiert, wobei ein Entziehen der Konfrontation unmöglich ist.⁸⁴ Dies ist wesentlich für das Verhältnis zwischen

⁸⁰ Vgl. Mikl-Horke 1997: 210

⁸¹ Ebd.

⁸² Ebd.: 210 f.

⁸³ Vgl. Voswinkel 2007: 64

⁸⁴ Vgl. Oevermann 1998: 87 u. Oevermann 2004: 165

Arzt und Patient: Nicht der Arzt, sondern der Patient muss die gemeinsame Praxis – analog zu Gadamer – auf Grund seines Leidensdrucks eröffnen.⁸⁵ Der Patient erkennt die Einschränkung seiner Autonomie, die er ohne die Konsultation eines Arztes nicht zu restituieren vermag, und versucht, diese Krise eben durch die Konsultation eines Arztes zu lösen. Die für einen Markt konstitutive Autonomie der Marktakteure ist somit nicht mehr gegeben, woraus sich das fehlende Passungsverhältnis zwischen Dienstleistung und Arzt-Patienten-Interaktion ableitet.

Im Gegensatz zur Dienstleistung bietet das Arbeitsbündnis in der Konzeptualisierung von Ulrich Oevermann, in dem der Patient nicht als Kunde, sondern als Klient verstanden wird, einen Ansatz, das Verhältnis zwischen Arzt und Patient in entsprechender Weise zu fassen.⁸⁶ Ausgangspunkt für das Arbeitsbündnis ist – wie bei Gadamer – der Leidensdruck des Patienten, der ihn dazu veranlasst, ärztliche Hilfe unter dem Postulat der vollkommenen Auskunftsbereitschaft bei gleichzeitiger Zurückhaltung des Arztes aufzusuchen. Dabei ist das Verhältnis durch eine widersprüchliche Einheit charakterisiert, die einerseits durch eine Asymmetrie – bedingt durch die eingeschränkte Autonomie des Patienten – und andererseits durch eine Symmetrie gekennzeichnet, die sich aus der Anerkennung des Arztes eben dieser Asymmetrie und seiner Rolle erklärt, die gerade auf die Restitution der Autonomie des Patienten abzielt und damit gegenseitiges Vertrauen erfordert⁸⁷. Dementsprechend kommen der Rolle des Arztes – Talcott Parsons folgend – vier grundsätzliche Erwartungen zu: Universalismus als Grundsatz einer fehlenden Exklusivität der zu behandelnden Klientel, Kollektivorientierung als Ausdruck des Gemeinwohls ärztlicher Praxis, emotionale Neutralität zur Sicherstellung naturwissenschaftlicher Objektivität und die funktionale Spezifität durch die Rollenzuweisung auf medizinische Diagnostik und Therapie.⁸⁸

Nachdem nun die skizzierte Gegenüberstellung von Dienstleistung und Arbeitsbündnis das fehlende Passungsverhältnis der Dienstleistung zum Verhältnis zwischen Arzt und Patient im Allgemeinen und der Praxis des Krankenhauses im Speziellen belegen konnte, werden im

⁸⁵ Vgl. Oevermann 1996: 109 ff. u. Loer 2009: 12 f.

⁸⁶ Die folgende Ausführung orientiert sich an den für die hier vorliegende Fragestellung maßgeblichen Strukturmerkmalen, die Ulrich Oevermann für das Arbeitsbündnis herausgestellt hat. Vgl. Oevermann 1996: 109 ff. u. Liebermann, Loer (2009): 34 f.

⁸⁷ Freud kennzeichnet das gegenseitige Vertrauen folgend: „Das kranke Ich verspricht uns vollste Aufrichtigkeit [...], wir sichern ihm strengste Diskretion zu [...].“ (Freud 1938: 99) Wie weit dieses Vertrauen gehen muss, führt er bereits sechs Jahre zuvor aus: „Am Ende wurde es ein Stück meiner Technik, daß ich die Kranken aufforderte, mir kritiklos mitzuteilen, was immer durch ihren Sinn ging, auch solche Einfälle, deren Berechtigung sie nicht verstanden, deren Mitteilung ihnen peinlich war.“ Freud 1932: 117

⁸⁸ Parsons 1958: 14 f.

Folgenden Bestimmungen erörtert, die das Wesen des Krankenhauses umfassender zu begreifen vermögen.⁸⁹

Ein für die Fragestellung dieser Arbeit tragfähigeres Verständnis des Krankenhauses sowie eine Möglichkeit, sich seinem genuinen Wesen zu nähern, findet sich in dem universalen Gedankenexperiment von Thomas Loer:⁹⁰ Loer vergleicht die drei Professionssäulen eines Krankenhauses – Ärzte, Pflege und Verwaltung – hinsichtlich ihrer konstitutiven Bedeutung für die Organisation und Funktion des Krankenhauses.

In einem ersten Schritt untersucht Loer das Szenario eines Krankenhauses ohne jegliches Verwaltungspersonal. Dieser Lesart zufolge würde das Krankenhaus allein durch die beiden anderen Personalsäulen – Medizin und Pflege – getragen. Unter Rekurs auf Heinrich Schipperges, der für die Epoche der Renaissance die wachsende Organisation und die daraus resultierende Bedeutung des Verwaltungsapparates und damit die Verwaltung als historisch bedingte Folge der medizinisch-pflegerischen Versorgung herausstellt, kennzeichnet Loer ein Krankenhaus ohne Verwaltung einerseits als nur schwer realisierbar, andererseits aber als potentiell möglich.^{91 92} Dagegen erscheint ein Szenario, in dem ein Krankenhaus ohne Pflege organisiert ist, ungleich unwahrscheinlicher. Harald Clade kennzeichnet die Ursprünge des modernen Krankenhauswesens gerade in der Pflege und Versorgung für Verletzte, Kranke, Invalide oder mittellose Alte.⁹³ Loer charakterisiert die Funktion der Pflege als substitutiv, da sie der Aufgabe nachgeht, an Stelle des Patienten dessen alltägliche und konkret an seiner Konstitution ausgerichteten Bedürfnisse zu erfüllen.⁹⁴ Dieses Argument hebt die Bedeutung der Pflege für die Organisation eines Krankenhauses und führt zu dem Ergebnis, dass ein gedankenexperimentelles Szenario, in dem ein Krankenhaus ohne Pflege praktizieren müsste,

⁸⁹ Zu verweisen sei in diesem Zusammenhang allerdings darauf, dass die Subsumtion medizinischer und pflegerischer Praxis bzw. der Praxis des Krankenhauses als Dienstleistungen in der Literatur weit verbreitet sind. Für die ökonomisch-betriebswirtschaftliche Literatur im Kontext des Krankenhauswesens vgl. exemplarisch Lüthy, Buchman 2009: 16 u. Brinkmann 2004: 108 u. Meissner, Neumann 2005: 269 u. Steffen 2004: 89 u. von Eiff 2007: 56. Aber auch die soziologische Literatur ordnet die berufliche Praxis im Gesundheitswesen durchaus der Dienstleistung unter. Vgl. hierzu Mikl-Horke 1997: 211 u. von Engelhardt, Herrmann (1999): 19 u. Bell (1985). 166

⁹⁰ Loer 2009: 4f.

⁹¹ Vgl. Loer 2009: 4 u. Schipperges 1987: 230. Dieter Jetter verweist in diesem Zusammenhang auf Wilhelm Haberlings Untersuchung der Valetudinarien, welche die Existenz von Schreibern und Lazarettinspektoren neben Ärzten und Apothekern in den römischen Militärlazaretten belegt, woraus sich allerdings keine Veränderung in der einseitigen Bedingung ergibt. Vgl. Jetter 1966: 7 u. Haberling 1909: 447 f.

⁹² Auf die stetig wachsende „Bürokratisierung“ der Medizin, die sich sowohl auf der Binnenebene mit der Arbeitsorganisation des einzelnen Krankenhauses, als auch auf der institutionell-gesellschaftlichen Ebene zu einer Deautonomisierung der Patienten wie auch der Professionen im Gesundheitswesen führt, macht Johannes Siegrist aufmerksam. Siegrist 1978: 2 f.

⁹³ Clade 1973: 20

⁹⁴ Loer 2009: 4

zu einer Situation führen würde, die als inhuman zu werten sei.⁹⁵ Prinzipiell denkbare wäre ein solches gedankenexperimentelles Konstrukt vielleicht bei einem provisorischen Feldlazarett oder Sanitätszelt an der Frontlinie eines historischen Kriegsschauplatzes, das noch vor Eintreffen der nachrückenden Einheiten notdürftig zur Erstversorgung – wie der Amputation verwundeter Extremitäten – eingerichtet wurde. Insgesamt erscheint dieses Gedankenexperiment aber nur für eine begrenzte Dauer realistisch. Ein weiteres Argument soll die Bedeutung der Pflege, die – wie bereits gezeigt – historisch das Krankenhauswesen nicht nur hervorgerufen hat, sondern dieses auch konstituiert, hervorheben. Ob nun eine klösterliche Wundversorgung wie die Entfernung von Eiter zur Eindämmung von Entzündungen, die aus heutiger Sicht wohl zu hygienisch niedrigen Standards vollzogen wurde, oder die Dekubitusversorgung im modernen Krankenhaus: Beides ist sowohl pflegerische als auch medizinische Versorgung.⁹⁶

In diesem Kontext erscheint ein kurzer Exkurs zur Versorgung von erkrankten Kindern im häuslichen Umfeld durch die Eltern angebracht: Die Eltern pflegen das Kind nicht nur durch die Unterstützung mit alltäglichen Hilfestellungen wie die Versorgung mit frischer Bettwäsche, Tee, geeigneten Mahlzeiten oder der Temperaturmessung, sie stellen ebenfalls – als ausführender Stellvertreter des Kinder- oder Hausarztes – auch die Einhaltung der entsprechenden Medikation sicher und übernehmen damit sowohl medizinische als auch pflegerische Tätigkeiten. Der wesentliche Unterschied zur Praxis des Krankenhauses besteht aber darin, dass sich diese Versorgung im häuslichen Umfeld – ohne eben diese Auslagerung in ein Krankenhaus – und das Fehlen professionellen Rollenhandelns vollzieht. Die Behandlung im Krankenhaus unterscheidet sich von der häuslichen Versorgung dementsprechend durch den Grad der Erkrankung bzw. der traumatischen Krise, der eine stationäre Aufnahme und die Versorgung durch professionalisiertes Personal erst notwendig werden lässt.

Als letztes Szenario des Gedankenexperiments wird der hypothetische Fall eines Krankenhauses ohne medizinische Behandlung erörtert, indem argumentativ der Umkehrlogik gefolgt wird: Eine Einrichtung, die allein von Verwaltungspersonal getragen wird, wäre dieser Logik entsprechend ein Siechenhaus, während es sich bei einer Institution, in der

⁹⁵ Loer 2009: 5

⁹⁶ Weiterhin sei auf den pflegewissenschaftlichen und medizintechnischen Fortschritt verwiesen und das mit dieser Entwicklung einhergehend ansteigende Anspruchsniveau in der Arbeit von Pflegepersonal.

ausschließlich die Pflege Gegenstand der Versorgung wäre, in engeren Sinn um ein Pflegeheim handeln würde, womit der Schluss begründet wird, dass ein Krankenhaus durch die hierin wesentliche Säule der Medizin konstituiert wird. Unter Bezugnahme auf die obigen Ausführungen und die Tatsache, dass das heutige Verhältnis zwischen Pflege und Medizin engen Verflechtungen unterlegen ist, die in ihren Grauzonen eine trennscharfe Unterscheidung kaum mehr möglich erscheinen lassen, wird demgemäß die medizinisch-pflegerische Versorgung als genuiner Wesenskern des Krankenhauses bestimmt.⁹⁷

Für die Fragestellung dieser Arbeit ist aber über die Diskussion des Wesens des Krankenhauses auf der Mikroebene weiterhin der gesellschaftliche Bezugsrahmen von entscheidender Bedeutung, da doch die obige Skizze einer historischen Entwicklung des Krankenhauswesens durchaus auch auf ökonomische Beweggründe und Determinanten verweist. Johann Jürgen Rhode zitiert als Ausgangspunkt seiner Argumentation William H. Spencer, dessen primär volkswirtschaftliche Perspektive durchaus eine Nähe zu der heute veraltet wirkenden Bestimmung von Julius Grober aufweist: „Speaking generally, the function of the hospital in modern society is to assist in the task of conserving our greatest economic asset, the health of nation.“⁹⁸ Demgegenüber stellt Rhode die Besonderheiten des Arbeitsgegenstandes von Krankenhäusern heraus, der eben nicht im Material bzw. in physischen Objekten beispielsweise eines Produktionsbetriebs, sondern in sozialen Objekten bestehe.⁹⁹ Lyle Saunders bemerkt dazu: „In whatever form it may take and wherever it may occur, the practice of medicine always involves interaction between two or more socially conditioned human beings.“¹⁰⁰ Unter Rekurs auf Talcott Parsons kommt aber über diesen allgemeinen Interaktionscharakter die primär universale Orientierung am Kollektiv als Ausdruck der Gemeinwohlorientierung zur Geltung, die nun nicht mehr einen primär ökonomischen, sondern vielmehr einen sozial-kulturellen Bezugsrahmen darstellt.^{101 102} Der Vergleich der Strukturlogik von Dienstleistung mit der des Arbeitsbündnisses und seinem Merkmal der diffusen Sozialbeziehung ganzer Personen¹⁰³ belegt den sozial-kulturellen Charakter medizinisch-pflegerischer Versorgung, die damit schlussendlich als Auslagerung sozialer Praxis verstanden werden muss.

⁹⁷ Dies gilt unabhängig davon, ob es sich nun um ein kommunales, konfessionelles oder in privater Trägerschaft stehendes Krankenhaus handelt, deren primäres Ziel in der Gewinnerwirtschaftung besteht.

⁹⁸ Zitiert nach Rhode 1974: 11

⁹⁹ Ebd.

¹⁰⁰ Saunders 1955: 7

¹⁰¹ Vgl. Parsons 1958: 17

¹⁰² Der ökonomische Charakter des Krankenhauses erklärt sich wohl mehr durch die Zentralisierung von Ressourcen zur Versorgung von Patienten an einem Ort und der daraus entstehenden Synergieeffekte.

¹⁰³ Vgl. Oevermann 2009: 117

II.2 Krankenhäuser im Wettbewerb

Als Feld politischer Entscheidungen unterliegt das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland seit den letzten 30 Jahren permanent tiefgreifenden Paradigmenwechseln und Reformen.¹⁰⁴ Beispiele hierfür finden sich u.a. im Haushaltsbegleitgesetz im Jahr 1989, dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993, der GKV-Gesundheitsreform 2000 oder der Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems 2003. Diese Reformen erfolgten grundsätzlich als Reaktion des Gesetzgebers auf die Finanzierungsengpässe auf Seiten der Gesetzlichen Krankenversicherungen.^{105 106} Dabei fällt dem Krankenhaussektor eine besondere Rolle zu, da in ihm die Hauptausgaben des Gesundheitssystems anfallen: In dem vom Statistischen Bundesamt betrachteten Zeitraum von 1991 bis 2007 stiegen die bereinigten Kosten der Krankenhäuser von ca. 37,4 Milliarden Euro auf 59,8 Milliarden Euro im Jahr 2007 und lagen damit um 22,4 Milliarden Euro über denen des Jahres 1991.¹⁰⁷ Dies entspricht einer Kostenzunahme von 59,8%. Entsprechend dieser Entwicklung wird die allgemeine wirtschaftliche Lage durch die Krankenhäuser selbst als unsicher eingeschätzt: Gemäß einer Erhebung des Deutschen Krankenhausinstituts erzielten im Jahr 2007 lediglich 50% der allgemeinen Krankenhäuser mit über 50 Betten einen Jahresüberschuss, während knapp 30% einen Jahresfehlbetrag aufwiesen und 17,4% noch einen ausgeglichenen Haushalt erreichen konnten.¹⁰⁸ Darüber hinaus dominierte eine grundsätzlich pessimistische Einschätzung bezüglich der weiteren Entwicklung der Jahresabschlüsse für die Zukunft.¹⁰⁹ Dieser Pessimismus spiegelt sich gleichsam im Rückgang der Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland von 2411 im Jahr 1991 auf 2087 im Jahr 2007 wider, was einem absoluten Rückgang von 324 Häusern bzw. von insgesamt 13% gleichkommt.^{110 111} Flankiert wird die Entwicklung von einer wachsenden Transformation öffentlicher Krankenhäuser – wie z.B. die

¹⁰⁴ Lüthy, Buchmann 2009: 18

¹⁰⁵ Vgl. Bauch 2000: 49

¹⁰⁶ Aus ökonomisch-marktwirtschaftlicher Perspektive werden oftmals genau wegen dieser politischen Eingriffe sowie des staatlichen Regulierungsmonopols insgesamt die Ineffizienz bzw. die Strukturschwächen des Gesundheitswesens begründet (Fischer 1988: 11 f.). Ein allgemeiner Trend zur Ökonomisierung, der in der Literatur wohl nicht mehr strittig ist, wird aus dieser Perspektive dementsprechend gefordert (vgl. Wuttke 2000: 90 f.). Dieser Trend findet eine explizite Form in der Forderung von Jörg Fischlein und Thomas Pfänder nach einem „[...] „industrialisierten“ Klinikbetrieb [...]“ (vgl. Fischlein, Pfänder 2008: 33). Aber auch die soziologische Literatur lässt hieran keinen Zweifel. Vgl. Borgetto, Kälble 2007: 175 u. Navarro 1976: 104 ff.

¹⁰⁷ Statistisches Bundesamt 2008: 13 f.

¹⁰⁸ Deutsches Krankenhausinstitut 2008: 62

¹⁰⁹ Ebd.

¹¹⁰ Statistisches Bundesamt 2008: 7

¹¹¹ In diesem Zusammenhang gilt darauf zu verweisen, dass aber die Erfassung von klinischen Einrichtungen an die begriffliche Bestimmung von Krankenhäusern gekoppelt ist. So werden aktuell nur noch solche Einrichtungen erfasst, die allgemein zugängliche und stationäre Akutbehandlungen durchführen. Vgl. Osten 2007: 100 f.

Universitätskliniken Gießen und Marburg – in die Trägerschaft privater Klinikketten.¹¹² Die wesentlichen Makrotrends im Gesundheitswesen sind demnach: Verdrängungswettbewerb zwischen Krankenhäusern, wachsender Kostendruck und Konkurrenz um Patienten.¹¹³ Demgegenüber steht die zunehmende Ressourcenknappheit des Gesundheitswesens, die sich durch eine steigende Nachfrage bzw. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei einem gleichzeitig begrenzten Angebot dieser erklärt.¹¹⁴ Wesentliche Treiber auf der gesellschaftspolitischen Makroebene sind hierbei der demographische Wandel, die Rückgänge der aus versicherungspflichtiger Beschäftigung resultierenden Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen sowie der beständige medizin-technische Fortschritt und eine Konzentrationstendenz hin zu größeren Zentren der Regel- und Maximalversorgung.¹¹⁵

Auf der Mikroebene der Krankenhäuser wirkt sich der oben skizzierte Trend zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens durch den Wettbewerb untereinander aus und fokussiert dabei primär zwei miteinander prinzipiell konfligierende Bereiche: die Kostenstruktur und die Behandlungsqualität.¹¹⁶ Für die Makroebene umschreibt Michael Arnold diesen Zielkonflikt folgendermaßen: „Entweder ist das Ausgabenniveau politisch tragbar, dann ist es das Leistungsniveau nicht, oder das Leistungsniveau ist den Möglichkeiten und Notwendigkeiten angemessen, dann ist das Ausgabenniveau politisch nicht tragbar.“¹¹⁷ Zur Begegnung dieses Dilemmas zwischen stetigem Kostenanstieg und Versorgungsdefiziten leiten sich grundsätzlich zwei Strategien ab, um der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen zu begegnen. Auf der Makroebene staatlicher Lenkung besteht die Möglichkeit der Rationierung, also die Leistungsbegrenzung, während auf der Mikroebene der Krankenhäuser das Instrument der Rationalisierung, die Effizienzsteigerung ohne die Beeinträchtigung der Gesundheitsversorgung, als Antwort auf diesen Konflikt verfolgt wird.¹¹⁸ Beispiele für Rationalisierungen finden sich z.B. in einer engeren Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Therapie, um kostspielige Nachbehandlungen bei poststationären Komplikationen zu vermeiden, im Outsourcing technischer Dienstleistungen im Krankenhaus oder auch in restriktiven Indikationskonzepten,

¹¹² Ebd.: 101 u. Schmidt 2005: 206 u. Fischlein, Pfänder 2008: 17 u. Bruckenberger 1989: 199

¹¹³ Von Eiff 2007b: IX u. Kick 2005: 151

¹¹⁴ Marckmann 2005: 179

¹¹⁵ Von Eiff 2007c: 3 u. Marckmann 2005: 179 f. u. Osten 2007: 100 u. von Engelhardt 1997: 154 u. Westhofen 1999: 173 u. Heyll 2007: 97 u. Fickel 1995: 136 u. Camphausen 1983: 3

¹¹⁶ Vgl. Elfes 2001: 391 u. Faller, Lang 2006: 261. Die Kostenentwicklung des Krankenhauswesens wurde für die USA bereits in den 1970er Jahren durch William S. Cockerham mit der Empfehlung einer institutionellen Regulierung diskutiert. Vgl. Cockerham 1978: 191 ff.

¹¹⁷ Arnold 1993: 27

¹¹⁸ Vgl. Marckmann 2005: 186 u. Heyll 2007: 92 f.

die fehlinduzierte Operationen und die daraus entstehenden Komplikationsraten reduzieren.¹¹⁹
¹²⁰ Rationierungen dagegen sind politische Entscheidungen über die – explizite oder implizite – Allokation bestimmter Leistungen im Gesundheitswesen.¹²¹ Zu den expliziten Rationierungen gehören beispielsweise Begrenzungen der Versorgungsstandards und Leistungsausschlüsse, während die impliziten Rationierungen sich auf Budgetierungen und finanzielle Anreizmechanismen konzentrieren.¹²² Ob nun implizit oder explizit gestaltet, greifen Rationierungen immer als ein Instrument zur Verknappung in den Behandlungsprozess ein. Das in diesem Zusammenhang tiefgreifendste Instrument zur Rationierung ist mit der Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems in der Bundesrepublik, den Diagnosis Related Groups, im Jahr 2003 zu identifizieren, das zu einem intensivierten Qualitäts- und Kostendilemma im Gesundheitswesen geführt hat: Dieses Dilemma erklärt sich einerseits durch steigende Personal- und Sachkosten und Investitionsstauungen sowie sinkende Erlöse, Fallzahlenrückgänge und die Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen andererseits.¹²³ Für Krankenhäuser wird durch die Pauschalisierung mittels Fallgruppen damit eine verkürzte Verweildauer der Patienten zu Gunsten einer erhöhten Fallzahl attraktiver als eine am konkreten Fall des Patienten orientierte Behandlung vor der Abschaffung der Abrechnung nach Liegezeiten.¹²⁴

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung beginnen Krankenhäuser, sich selbst immer stärker als kundenorientierte „Dienstleistungsunternehmen“¹²⁵ zu definieren und dieses ökonomische Selbstverständnis durch die verstärkte Bemühung, den Einsatz betriebswirtschaftlicher Instrumente in die eigenen Häuser zu tragen und den Krankenhaussektor als Wettbewerbsmarkt zu begreifen.¹²⁶

¹¹⁹ Vgl. Hontschik 1994: 60

¹²⁰ Letztlich ist der wissenschaftliche und medizintechnische Fortschritt ebenfalls Ausdruck davon, Diagnostik und Therapie zu rationalisieren und gleichsam Auslöser für Paradigmenwechsel in der Medizin. Vgl. Carson 1997: 273 ff.

¹²¹ Auf die Diskussion um eine einheitliche Definition der Rationierung wird u.a. von Georg Marckmann und Dieter Birnbacher hingewiesen. Daher erscheint diese grundlegende Bestimmung für ausreichend, so dass auch Budgetierungen und auch finanzielle Anreizsysteme unter diesen Begriff subsumiert werden können, da sie letztlich ebenfalls Steuerungsinstrumente zur Verknappung von Leistungen durch den Gesetzgeber darstellen. Vgl. Marckmann 2005: 190 ff. u. Birnbacher 1999: 49 ff.

¹²² Marckmann 2005: 191

¹²³ Vgl. Lüthy, Buchman 2009: 19 u. Felder, Fetzer, Wasem 2008: 147

¹²⁴ Vgl. Lüthy, Buchmann 2009: 19 u. Steffen 2004: 85

¹²⁵ Vgl. Barth 2001: 617 u. Brinkmann 2004: 109

¹²⁶ Als ein Ausdruck dessen sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass Krankenhäuser das Marketing als Instrument der eigenen Bestandssicherung interpretieren und für sich entdecken (vgl. Kreyher 2001: 3).

Über eine solche Wettbewerbsverschärfung hinaus werden Krankenhäuser gleichzeitig mit zusätzlichen Dokumentationspflichten durch den Gesetzgeber betraut, die als Strategie zur Erhöhung der Transparenz im Krankenhaussektor nicht nur Folge einer legislativ verpflichtenden Standardisierung und damit einer Deautonomisierung, sondern eben auch einer wachsenden Ökonomisierung sind.¹²⁷ Ein Ausdruck dieser Entwicklung besteht in der medizinischen Dokumentation im Rahmen der Abrechnung über Diagnosis Related Groups sowie der Pflicht zur regelmäßigen Veröffentlichung von Qualitätsberichten.¹²⁸ Auf Grundlage dieser Berichte soll es den einzelnen Interessengruppen – Patienten, zuweisenden Ärzten und Krankenversicherern – möglich gemacht werden, die Kennzahlen der Krankenhäuser zu vergleichen und damit die Qualität der Patientenversorgung einzuschätzen sowie weitergehende Informationen über das Leistungsangebot oder die Selbstdarstellung des Krankenhauses zu erhalten.

Dass die zunehmende Verpflichtung zur Dokumentation der Krankenhäuser nicht allein im Bereich der Standardisierung mit dem politischen Ziel, die Transparenz im Krankenhaussektor zu erhöhen, liegt, sondern gleichsam mit dem Trend zu einem akzelerierenden Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern eng verknüpft ist, belegen Andreas Becker und Udo Beck. Sie formulieren diese Tendenz aus einer oligopolistischen Perspektive, welche die Pflicht zur Veröffentlichung der Qualitätsberichte derart versteht, dass sich hieraus ein Instrument zur Markt- und Konkurrenzanalyse eröffnet: „Neben Wettbewerb um Leistungsqualität wird auch der wirtschaftliche Wettbewerb um den „rentablen“ Patienten auf dem Krankenhausmarkt immer stärker. [...] Ein wichtiges Instrument, die eigene Strategie auf die Wettbewerbsforderungen auszurichten, ist die Konkurrenzanalyse [...].“¹²⁹ Mit dieser Empfehlung für die Praxis des Krankenhausmanagements, Strategien der Marktanalyse aus den klassischen Wirtschaftssektoren zu übernehmen und diese auf den Sektor des Krankenhauswesens zu übertragen, ergibt sich ein zeitdiagnostisches Bild, das in seinem Kern Wettbewerb als längst im Krankenhauswesen etablierten Allokationsmechanismus versteht. Im Folgenden werden die grundlegenden Aspekte und Determinanten zur Herausgabe von Qualitätsberichten erörtert.

¹²⁷ Vgl. Lüthy 2001: 158

¹²⁸ Vgl. § 137 SGB V

¹²⁹ Becker, Beck 2006: 203

II.3 Qualitätsberichte

Seit dem Jahr 2005 sind die Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland nach § 137 SGB V gesetzlich dazu verpflichtet, in regelmäßigen Abständen von zwei Jahren einen frei zugänglichen Qualitätsbericht für das vorangegangene Jahr rückwirkend zu veröffentlichen.¹³⁰ Damit ist dieser Ausdruck der durch die Vereinbarung der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen angestrebten und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss als höchste Instanz der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen konkret umgesetzten Bemühungen, die Qualität medizinischer Leistungen im deutschen Krankenhauswesen transparenter zu dokumentieren.^{131 132}

Der Gemeinsame Bundesausschuss definiert die Ziele der Qualitätsberichte als „Information und Entscheidungshilfe für Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung, Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten für Vertragsärzte und Krankenkassen, Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen“.¹³³ Hierfür wurden Inhalte, Umfang und das verpflichtende Datenformat festgelegt. Für das Berichtsjahr 2006 wurden die formalen Vorgaben für die Qualitätsberichte auf folgende vier Teile aufgegliedert: „Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses (Teil A), Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten und Fachabteilungen (Teil B), Qualitätssicherung (Teil C) und Qualitätsmanagement (Teil D)“.¹³⁴ Damit wurde die ursprüngliche Systematik aus dem Jahr 2004 aufgegeben, die Qualitätsberichte in den sogenannten „strukturierten Basisteil“, der mit den Teilen „A“ und „B“ allgemeine Angaben zum Krankenhaus und zu seinen Fachabteilungen – wie Patientenzahlen, DRGs, apparative Ausstattung etc. – beinhaltet, sowie

¹³⁰ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2007b: 2f. u. Friedemann et al. 2009: 4

¹³¹ Ebd.: 8

¹³² An dieser Stelle sei nur kurz zu konstatieren, dass solche Bemühungen, die Qualität medizinischer Behandlungen transparenter zu gestalten, als eine Folge der international bekannt gewordenen Studie des US-amerikanischen Institute of Medicine „To Err is Human“ interpretiert werden kann, die im Jahr 1991 zum ersten Mal eine flächendeckende Untersuchung der Behandlungsqualität und –fehler in der stationären Behandlung von Krankenhäusern für die USA evaluiert hat (vgl. Kohn et al. 1991: xi). Die im Anschluss auf diese Studie immer populärer werdende Diskussion lässt sich an der Vielzahl der Abhandlungen zum Thema „Adverse Events“ und die hieraus erwachsende Forderung nach einer veränderten Arbeitskultur im Krankenhaus ablesen. Aus der Fülle der Studien seien hier exemplarisch genannt: Brennan et al. 2004: 145-152 u. Leape 2006: 649-652 u. Thomas, Brennan 2000: 741-744 u. Cooper 2002: 277-282 u. Bates et al: 2001: 299-308 u. Seiden, Barach 2006: 931-939 u. Vincent et al. 2000: 777-781

¹³³ Gemeinsamer Bundesausschuss 2007a: 2

¹³⁴ Gemeinsamer Bundesausschuss 2007b: 2 f.

in einen zweiten Teil, dem „Systemteil“, aufzuteilen.¹³⁵ Der ursprüngliche „Systemteil“ wurde der nun neuen Systematik entsprechend in die Teile „C“ und „D“ transformiert, die Angaben zur Qualitätspolitik, zum Qualitätsmanagement sowie zur eigenen Bewertung dieser Maßnahmen aufzuführen.¹³⁶ Ein wesentlicher Grund für diese Änderung ist mit dem Ziel des Gemeinsamen Bundesausschusses zu benennen, eine bessere Lesbarkeit und Verständlichkeit der Qualitätsberichte auch für medizinisch unkundige Adressatengruppen – wie Patienten – zu gewährleisten, die sich nicht zuletzt aus der Standardisierung der einzelnen Kapitel und ihrer gesetzlichen Vorgaben erklärt.¹³⁷ ¹³⁸ Hier erschweren besonders die fachsprachlichen Ausdrücke – wie Diagnosen nach der International Classification of Diseases, die Prozeduren nach Operationsschlüsseln oder die Termini zu der medizintechnischen Ausstattung – ohne Erläuterungen die Verständlichkeit nachhaltig.

Neben diesen in der Natur der gesetzlichen Vorgaben liegenden Restriktionen und Standardisierungen bleibt es den Krankenhäusern aber überlassen, die Qualitätsberichte eigenständig zu gestalten ebenso wie eine eigene Selbstdarstellung in den Qualitätsbericht mit aufzunehmen.¹³⁹ So wird die ursprüngliche Funktion der Qualitätsberichte zur Verbesserung der Transparenz medizinischer Leistungen von Krankenhäusern aus Sicht von Günter Jonitz und Regina Klakow-Franck zunehmend zu Marketingzwecken, mit der die eigene Einrichtung beworben wird, unterlaufen.¹⁴⁰ Diese Perspektive, Qualitätsberichte als Instrument des Marketing zu nutzen, wurde bereits im Vorfeld durch eine private Klinikette im Jahr 2005 explizit bestätigt, die dies als Möglichkeit zur Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität zwischen den Krankenhäusern begreift.¹⁴¹ ¹⁴² Damit wird eine Strategie eingeschlagen, die

¹³⁵ Eine weitere Veränderung gegenüber dem Berichtszeitraum 2004 bestand 2007 neben der Pflicht zur Darlegung der Ergebnisse im Rahmen der Bundesauswertung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH (BQS) in der Ausweitung des Datenformats um eine Datenbankversion, so dass der Qualitätsbericht nun sowohl als für den Internetnutzer barrierefreies PDF-Dokument als auch im XML-Datenformat zu veröffentlichen war. Gemeinsamer Bundesausschuss 2007a: 4 u. Brechtel, Zöll 2007: 118 f.

¹³⁶ Brechtel, Pilz 2004: 72

¹³⁷ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2007b: 10

¹³⁸ Demgegenüber werden die Qualitätsberichte über den Berichtszeitraum 2006 als nur schwer verständlich gekennzeichnet Vgl. Brechtel, Zöll 2007: 119 u. Friedemann 2009: 9 u. Norgall 2007: 2368

¹³⁹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2007b: 10

¹⁴⁰ Jonitz, Klakow-Franck 2005: 2902

¹⁴¹ Flintrop 2005: 2522

¹⁴² Es sei hier nur kurz darauf verwiesen, dass sich private Klinikbetreibergesellschaften schon bereits ihrem Wesen nach als Unternehmen verstehen müssen, so dass auch ihr primäres Ziel in der Erwirtschaftung von Gewinn bestehen muss (vgl. Wörz 2008: 30). Dass für Unternehmen das Ziel der Gewinnorientierung als wesentliche Dimension dominiert, behandeln u.a. Max Weber sowie Rudolf Richter und Eirik G. Furubotn. Vgl. Weber 1980: 62f. u. Richter, Furubotn 2003: 394

durchaus kompatibel mit neueren Empfehlungen aus Praxis und Wissenschaft ist, um den veränderten Rahmenbedingungen des Krankenhauswesens zu begegnen.^{143 144}

Vor diesem Hintergrund sind Qualitätsberichte nicht allein als ein reines Informationsmedium zu begreifen, mit dem Krankenhäuser standardisiert nach Kennzahlen miteinander verglichen werden können, sondern durch den Freiraum, der zur individuellen Gestaltung eröffnet wurde, immer auch als Ausdruck der Kommunikationspolitik des einzelnen Krankenhauses, wie diese Informationen einerseits präsentiert werden und welche zusätzlichen Elemente zur Außendarstellung des eigenen Hauses der Öffentlichkeit gegenüber genutzt werden. Hier versprechen besonders die Möglichkeit zur freien graphischen Gestaltung, der Einsatz von Fotografien als Instrument zur Erweckung positiv besetzter Assoziationen oder zur Personifikation eines Krankenhauses durch sein Personal, die Präsentation von Leitbildern oder die direkte Adressierung des Lesers durch ein Gruß- oder Vorwort durch die Krankenhausleitung besonderes Potential für die Kommunikationspolitik der Krankenhäuser.

Zusammenfassend lässt sich mit den Qualitätsberichten demnach eine Entwicklung ablesen, in der den Krankenhäusern im Rahmen der Wettbewerbsverschärfung ein zusätzliches Medium legislativ verordnet wird, das nicht allein auf ein vergleichendes Benchmarking durch Kennzahlen reduziert werden kann.¹⁴⁵ Hierdurch begründet sich ein zweideutiger Charakter der Vorgaben für die Qualitätsberichte, da vom Gesetzgeber neben der klaren Reglementierung für die Informationsdarbietung in den einzelnen Teilen A, B, C und D wenig Spielraum zugelassen wird und in anderen Bereichen, die prinzipiell frei gestaltbar sind, den Krankenhäusern allerdings eine inhaltliche Autonomie in ihrer Kommunikation belassen bleibt. Damit wird Krankenhäusern ein zusätzliches Medium für ihre Marketingaktivitäten in Form von Kommunikationspolitik gegeben.¹⁴⁶ Letztlich stellt aber schon die Verpflichtung zur Erstellung von Qualitätsberichten mit dem darin enthaltenen Freiraum zur Kommunikationspolitik im Rahmen des Klinikmarketings eine vom Gesetzgeber induzierte Protegierung der Ökonomisierung im Krankenhauswesen dar, da sonst auch in diesem Kontext eine rigidere Reglementierung erfolgt wäre.

¹⁴³ Vgl. Schindler et al.: 656 ff. u. Lüthy, Buchmann 2009: 20

¹⁴⁴ Anja Lüthy und Uta Buchmann weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass noch im Jahr 1998 eine sehr repressive Haltung gegenüber der Bedeutung des Internets auf Seiten der Krankenhäuser bestand. Vgl. Lüthy, Buchmann 2009: 20

¹⁴⁵ Es sei hier nur kurz zu konstatieren, dass allein die legislative Obliegenheit zur Erstellung von Qualitätsberichten eine Deautonomisierung der Krankenhäuser ausdrückt.

¹⁴⁶ Vgl. Niechzial 2007: 236

II.4 Kommunikationspolitik als Ausdrucksgestalt des Marketing

Werbung als ein konstitutiver Gegenstand der Absatzwirtschaft lässt sich mindestens in die Zeit des römischen Reichs mit dem gezielten Einsatz von Fresken, Reliefs, Schildern oder Lobpreisern zur Steigerung der Aufmerksamkeit einer potentiellen Kundenklientel zurückdatieren.¹⁴⁷ Die Professionalisierung des Marketing lässt sich dagegen zum Beginn des 20. Jahrhunderts mit Untersuchungen zum Absatz landwirtschaftlicher Güter und Produkte sowie der ersten Vorlesung zum Thema Marketing durch Edward David Jones festlegen.¹⁴⁸ Für die Bundesrepublik Deutschland der Nachkriegszeit war der Begriff „Marketing“ allerdings bis in die 1950er Jahre immer noch relativ unbekannt.¹⁴⁹ Der wirtschaftliche Aufschwung als Folge der aufkommenden Nachfrage nach Gütern des Massenkonsums während der Wiederaufbauphase im Nachkriegsdeutschland kann als die eigentliche Geburtsstunde des Marketing in der modernen, heute bekannten Form begriffen werden. Gleichsam war die klassische Werbung als Ausdrucksgestalt des Marketing bereits spätestens ab den 1950er Jahren auch Gegenstand kontroverser Diskussionen und kritischer Diskurse, die nicht zuletzt durch die Begründer der Frankfurter Schule, Max Horkheimer und Theodor W. Adorno, angeführt wurden.^{150 151} In diesem Zusammenhang dominierten Schreckensszenarien, die eine gezielte Steuerung und Beeinflussung des Konsumenten in seinen Kaufentscheidungen postulierten.¹⁵² Im Zuge der Entwicklung vom Verkäufer- zum Käufermarkt sowie der Renaissance des Markenartikels und nicht zuletzt durch das Verbot der Preisbindung der zweiten Hand änderte sich dieses Verhältnis des Marketing gegenüber der Kulturkritik maßgeblich¹⁵³: Wurde Werbung vormals immer wieder mit dem Vorwurf der Förderung degenerierten Konsumverhaltens und der Ausbeutung des Konsumenten

¹⁴⁷ Vgl. Zurstiege 1998: 91. u. Grimal 1969: 289 f.. Siegfried J. Schmidt umreißt das Alter der Werbung für Produkte und Waren mit insgesamt rund 6000 Jahren (Schmidt 2003: 101). In diesem Zusammenhang sei nur kurz darauf hingewiesen, dass der Begriff der Werbung der Fragestellung dieser Arbeit entsprechend einzig im Kontext wirtschaftlicher Praxis der Gegenwart Verwendung findet, so dass ein ethnologisches Verständnis von Werbung wie bei Untersuchungen von Sozialität und Kultur traditioneller Völker – beispielsweise von Bronislaw Malinowski – hier nicht berücksichtigt wird (vgl. Malinowski 174: 98 u. Reiwald 1974: 15). Es ist allerdings zu konstatieren, dass für eine historische Erörterung des Begriffs der Werbung eine ethnologische Perspektive notwendig wäre.

¹⁴⁸ Meffert 2000: 3 u. Vossebein 2000: 1

¹⁴⁹ Vossebein 2000: 1

¹⁵⁰ Reinhardt 1993: 2 f. u. Horkheimer, Adorno 1971: 145 u. Adorno 2003: 228 ff. u. 234 f.

¹⁵¹ Für zeitgenössische Kritik unter den Fragestellungen der Entmoralisierung, der Aufmerksamkeitselizitierung oder des Hedonismus siehe u.a.: Ayaß 2003:165 ff. u. Göttlich 1995: 110. Für eine Perspektive, die ein Ausbeutungsverhältnis zwischen dem Produzenten und dem Konsumenten nicht einseitig, sondern auf Gegenseitigkeit beruhend begreift, siehe: Zurstiege 2003: 127

¹⁵² Packard 1957: 5

¹⁵³ Es seien in diesem Zusammenhang lediglich exemplarisch die Reklame für Pudding des Herstellers Dr. Oetker, für Spirituosen von Underberg oder für das Waschmittel „Persil“ von Henkel genannt. Vgl. Cölfen 2002: 660

konfrontiert, so gewann das Marketing sowohl als wissenschaftliche Disziplin als auch in der Praxis spätestens ab den 1970er Jahren nun einerseits immer stärker an Bedeutung und fand auch andererseits stärker eine allgemeingesellschaftliche Akzeptanz.¹⁵⁴ Ausdruck dieser Entwicklung ist der Umstand, dass der Begriff des Marketing heute nicht mehr in der Praxis synonym mit dem der Werbung verwendet werden kann, sondern vielmehr Bestandteil der Unternehmensphilosophie ist und theoretisch als marktorientierte Unternehmenspolitik verstanden werden muss.¹⁵⁵ Heribert Meffert, der das erste universitäre Institut für Marketing in Deutschland gründete, definiert Marketing als „Planung, Koordination und Kontrolle aller auf die aktuellen und potentiellen Märkte ausgerichteten Unternehmensaktivitäten“.¹⁵⁶ Dieses Selbstverständnis des Marketing rückt damit von einer singulären Perspektive ab und betont vielmehr die Ausdifferenzierung des Marketing im gesamten Unternehmensprozess über die reine Absatzwirtschaft hinaus. Diejenige Disziplin, die heute den oben skizzierten Gegenstand der klassischen Werbung – und allgemeiner der Kommunikation des Unternehmens mit seiner Umwelt – aber am ehesten in sich zu vereinen vermag, ist innerhalb der vier wesentlichen Säulen des Marketing neben der Preis-, Produkt- und Distributionspolitik die Kommunikationspolitik.¹⁵⁷

Kommunikationspolitik im Rahmen des Marketing-Mix umfasst gemäß der gängigen Marketingliteratur folgende Instrumente: Werbung, Verkaufsförderung, Öffentlichkeitsarbeit sowie der persönliche Verkauf.¹⁵⁸ Manfred Bruhn und Heribert Meffert erweitern diese Instrumente der jeweiligen Kommunikationsebene entsprechend u.a. um Event Marketing, Multimediakommunikation, Sponsoring oder Messen und Ausstellungen etc.¹⁵⁹ Darüber hinaus sehen Hans Raffeé und Klaus-Peter Wiedmann letztlich auch in der Architektur eines Unternehmenssitzes oder dem Design der Produktionsanlagen ein Instrument innerhalb der Kommunikationspolitik eines Unternehmens.^{160 161} Dieser Argumentation folgend lässt sich nun in einem ersten Schritt die Kommunikationspolitik auf ihren Wesenskern – eben die Kommunikation – zurückführen, so dass jegliche Form von interner oder externer Kommunikation im Kontext einer unternehmerischen Praxis zur Kommunikationspolitik

¹⁵⁴ Vgl. Meffert 2000: 3 u. Reinhardt 1993: 9 f.

¹⁵⁵ Vossebein 2000: 4

¹⁵⁶ Meffert 2000: 8

¹⁵⁷ Vgl. Berndt 1993: 10 u. Pickert 1994: 13

¹⁵⁸ Meffert 1982: 412

¹⁵⁹ Bruhn, Meffert 2006: 488

¹⁶⁰ Raffeé, Wiedmann 1993: 60

¹⁶¹ Eine Homogenisierung des Verhältnisses zwischen interner und externer Kommunikation eines Unternehmens und den damit verbundenen Determinanten betont auch Manfred Bruhn. Vgl. Bruhn 1993: 2 ff.

gehören muss.¹⁶² Diese Sichtweise ist einerseits aus einer betriebswirtschaftlichen Perspektive konsequent, den Untersuchungsgegenstand der Absatzpolitik möglichst weitgehend auszudifferenzieren, führt aber andererseits zu einer Aufweichung der zuerst angeführten Klassifizierung, wodurch eine Operationalität erschwert wird.¹⁶³ Für die Fragestellung dieser Arbeit, Qualitätsberichte von Krankenhäusern als Ausdrucksgestalt ihrer Kommunikationspolitik zu untersuchen, erscheint dementsprechend eine Erörterung der einzelnen Instrumente der Kommunikationspolitik irrelevant: Erstens sind Qualitätsberichte aus einer betriebswirtschaftlichen Betrachtung des Marketing als Instrument der einseitig externen Kommunikation zu identifizieren und zweitens verspricht die klassifikatorische Unterscheidung zwischen den einzelnen Instrumenten lediglich wenig Aufschlusspotential aus einer teleologischen Perspektive, welche die Wirkungsweise und Zielerreichung solcher Instrumente fokussiert und eben keinen dokumentierenden Überblick anstrebt.¹⁶⁴ Daher wird im Folgenden die Kommunikationspolitik unter den Kriterien der einseitigen und externen Marktkommunikation – also die unilaterale Adressierung von Interessenten eines Qualitätsberichts durch ein Krankenhaus – sowie unter der Fragestellung der Ausdrucksqualität und der ihr zugrundeliegenden Strategie zur Außendarstellung diskutiert.

Inhaltlich definiert Meffert die Marktkommunikation eines Unternehmens als „Übermittlung von Informationen und Bedeutungsinhalten zum Zweck der Steuerung von Meinungen, Einstellungen, Erwartungen und Verhaltensweisen gemäß spezifischen Zielsetzungen.“¹⁶⁵ Aus dieser Perspektive wird die Marktkommunikation als ein Beeinflussungsprozess verstanden: „Von den Unternehmungen werden bestimmte Medien an die aktuellen und potentiellen Käufer übermittelt, welche diese zu einem bestimmten Verhalten veranlassen sollen.“¹⁶⁶ Ralph Berndt charakterisiert in einem ersten Schritt dagegen Kommunikation neutraler: „[...]

¹⁶² Daher begreifen u.a. Heribert Meffert und Manfred Bruhn sowie Anja Lüthy und Uta Buchmann die interne Kommunikation des Personals in Unternehmen ebenfalls als ein Instrument der Kommunikationspolitik (vgl. Meffert, Bruhn 2006: 488 u. Lüthy, Buchmann 2009: 180 f.). Mit dieser Perspektive, Instrumente der Kommunikationspolitik auch auf die interne Kommunikation sowie die Philosophie eines Unternehmens als Gegenstand des Marketing anzuwenden, geht allerdings auch eine Verwischung der Grenzen bzw. eine Kolonialisierung von Untersuchungsgegenständen, wie Unternehmenskultur oder Arbeitsbeziehungen, die beispielsweise ursprünglich zur Arbeitspsychologie und -soziologie gehörten, unter einem absatzpolitischen Fokus einher. Zur Diskussion von interner und externer Kommunikation im Rahmen integrierter Kommunikation siehe: Meffert, Bruhn 2006: 474 ff.

¹⁶³ Auf die begrifflichen Probleme, die zum Thema Kommunikation und die darüber hinaus aus den grundlegenden Unterschieden zwischen soziologischen und betriebswirtschaftlichen Perspektiven entstehen, sei hier nur kurz verwiesen. Vgl. beispielsweise hierzu Habermas 1981a: 35 u. 385 u. Habermas 1981b: 460

¹⁶⁴ Schlussendlich verfolgen Öffentlichkeitsarbeit, klassische Werbung oder auch die Verkaufsförderung die gleichen Ziele: Absatzoptimierung und Gewinnerzielung.

¹⁶⁵ Meffert 1982: 412

¹⁶⁶ Ebd.

Kommunikation lässt sich allgemein als Austausch von Informationen kennzeichnen.¹⁶⁷ In Bezug auf die psychologische Wirkung von Kommunikationspolitik liegt aber ein analoges Verständnis in seiner Interpretation zu der Definition von Meffert vor: „Aufmerksamkeit gegenüber einem Markenartikel“, „Bekanntheit“, „positive Einstellung“, „Bevorzugung und/oder Kaufabsicht“.¹⁶⁸ Und auch Manfred Bruhn schlägt die gleiche Perspektive ein: „So wird die Kommunikation vor allem im kommerziellen Marketing im Regelfall nicht nur dazu eingesetzt, um über die Vermittlung von Informationen den Kenntnisstand des Kommunikationsadressaten zu verbessern, sondern um eine Vielzahl weiterer (innerer und äußerer) Verhaltensreaktionen im Sinne der Kommunikationsziele zu steuern.“¹⁶⁹ ¹⁷⁰ Auf ihren essentiellen Gehalt hin lassen sich dementsprechend diese Interpretationen in einem Modell vereinigen, in dem das Unternehmen über einen spezifischen Kanal eine Botschaft an die zu adressierende Klientel mit dem Ziel der Beeinflussung zu seinen Gunsten bzw. gemäß seiner definierten Absichten aussendet. Die Absichten können dabei folglich von der bloßen Übermittlung von Informationen bis hin zur Steuerung von Verhaltenweisen der adressierten Klientel reichen.¹⁷¹ Nach einem allgemeinen Kommunikationsmodell, das den Sender mit einer intendierten Botschaft und der darauf erfolgenden Codierung dieser Botschaft zur Aussendung an den Empfänger, der wiederum selbst die Botschaft dekodieren und damit die intendierte Botschaft interpretieren muss, begreift, erscheint es somit konstitutiv, dass die Botschaft in einer Weise codiert werden muss, dass sie gleichsam möglichst barriereelos auch decodiert und damit verstanden werden kann, um so eigene Bedeutungsinhalte und Assoziationen durch den Empfänger zu generieren.¹⁷² Daraus folgt, dass die Erreichbarkeit des Empfängers optimiert wird, wenn die Botschaft derart gestaltet wird, dass sie eine möglichst hohe Deckung mit den Dispositionen und dem Habitus der adressierten Klientel erreicht. Letztlich lässt sich hieraus ableiten, dass das „Was“ in den Hinter- und das „Wie“ in

¹⁶⁷ Berndt 1993: 11

¹⁶⁸ Ebd: 15

¹⁶⁹ Bruhn 1997: 7

¹⁷⁰ Analoge Perspektiven auf die Ziele der Kommunikationspolitik finden sich u.a. auch bei Helmut Schmalen und Hans Mayer, so dass hier von einer repräsentativen bzw. allgemein akzeptierten Auffassung auszugehen ist. Vgl. Mayer 1993: 211 u. Schmalen 1985: 15

¹⁷¹ In diesem Zusammenhang sei nur kurz darauf hingewiesen, dass diese Argumentation nicht einer normativen Perspektive dient, die eine intendierte Beeinflussung und Steuerung der Adressaten der Kommunikationspolitik durch Unternehmen kritisiert, sondern einzig dem Versuch folgt, das genuine Wesen der Kommunikationspolitik zu bestimmen. Irreführende Kommunikationspolitik müsste sich allerdings im Verständnis des kategorischen Imperativs Immanuel Kants die Kritik einer Instrumentalisierung der adressierten Klientel stellen (vgl. Kant 2003: 521). Hier sei auch kurz auf das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb verwiesen. Dennoch ist auch der wachsende Trend, Werbung zu misstrauen, nicht zu ignorieren. Vgl. Kloepfer, Landeck 1991: 13 u. Felser 1997: 2

¹⁷² Vgl. Scheier, Held 2008: 33 u. Meffert 1982: 414 ff. u. Cartwright 1949: 253 ff. u. Bruhn 1997: 18 f.

den Vordergrund tritt.¹⁷³ Anders ausgedrückt: Kommunikationspolitik zielt weniger auf die konkreten Produkte oder Dienstleistungen ab, die sie kommuniziert, sondern vielmehr auf den „Charakter der Konsumenten“¹⁷⁴.

Mögliche Kanäle oder Darstellungsformen innerhalb der Kommunikationspolitik finden sich in unterschiedlichen Instrumenten wie u.a. Slogans, Botschaften, Logos, Symbolen und eben auch Bildern.¹⁷⁵ Dass in diesem Zusammenhang besonders Bilder, Fotografien und Symbole von grundlegender Bedeutung sind, dürfte als unstrittig gelten und muss mit den Besonderheiten der visuellen Wahrnehmung sowie ihrer zerebralen Organisation erklärt werden.¹⁷⁶ „Ein ausschließlich in der visuellen Wahrnehmung zu beobachtender Faktor ist die *umfassende simultane Synthese*, die es möglich macht, eine *Situation in ihrer Gesamtheit* auf einen Schlag zu erfassen (z.B. die simultane Analyse verschiedener Bildelemente).“¹⁷⁷ Aus kunsttheoretischer Sicht beschreibt Max Imdahl diese simultane Synthese als „Zugleich von Noch und Nicht-mehr und das Zugleich von Schon und Noch-nicht“¹⁷⁸.¹⁷⁹ Neben den Vorteilen bezüglich der Wahrnehmungsorganisation besitzen Bilder und Fotografien einen repräsentativen Charakter durch die Visualisierung von Realität, sie materialisieren das auf ihnen abgebildete Motiv, das so dem Rezipienten dargeboten werden kann, und ermöglichen eine massenhafte Verbreitung des Motivs.¹⁸⁰ Der Einsatz von Bildinhalten ermöglicht zusätzlich die Gewährleistung einer Beschreibungsdichte, die allein mit textlichen Elementen nicht erreicht werden kann, vermag aber gleichzeitig selbst, narrative Elemente – wenn nicht ganze Erzählungen oder Geschichten – zu transportieren.¹⁸¹ Hieraus leitet sich das immense

¹⁷³ Dieser Argumentation entsprechend erscheint es irrelevant, Unterschiede der Kommunikationspolitik für den Güter- oder den Dienstleistungssektor zu erörtern, da Differenzen höchstens in den Ausdrucksgestalten zu identifizieren sind, die generative Struktur aber nicht tangieren.

¹⁷⁴ Postman 1988: 158. Aus forschungswirtschaftlichen Gründen sei an dieser Stelle für die große Anzahl der Wirkungsstufenmodelle in der betriebswirtschaftlichen Literatur stellvertretend lediglich die bekannte AIDA-Formel (Attention, Interest, Desire, Action) genannt (vgl. Schweiger, Schrattecker 1995: 59). Weiterhin sind ja gerade fallspezifische Wirkungspfade der einzelnen Ausdrucksgestalten Gegenstand der empirischen Analyse der Qualitätsberichte.

¹⁷⁵ Vgl. Vgl. Meffert 2000: 690

¹⁷⁶ Manfred Schmidbauer betont in diesem Zusammenhang die konkrete Vertrautheit des Wahrgenommenen ebenso wie die anthropologischen Altersdifferenzen der visuellen Wahrnehmung und der sehr viel jüngeren Ausdrucksformen wie dem bildlich-symbolischen Ausdruck oder der Sprache (vgl. Schmidbauer 2004: 5). Spiegelbildlich hebt Noam Chomsky den hohen Abstraktionsgrad von Sprache hervor. Vgl. Chomsky 1975: 12

¹⁷⁷ Lurija 1998: 235 f. Lurija führt dieses Phänomen auf die gegenseitige Bezugnahme von visuellem Kortex und parieto-okzipitalen Zonen bei der visuellen Wahrnehmung zurück. Ebd.: 256

¹⁷⁸ Imdahl 1980: 54

¹⁷⁹ Auf die Überlegenheit von Bildinhalten gegenüber Sprachinformationen verweist auch Mike Pickert. Vgl. Pickert 1994: 145 f.

¹⁸⁰ Es sei hier nur angemerkt, dass die überwiegende Mehrheit klassischer Werbung als Ausdrucksgestalten der Kommunikationspolitik ohne bildliche Gestaltung – und dies gilt von der Werbung in den Printmedien, dem Internet oder der Plakatwerbung bis zum Werbespot im Fernsehen – nicht auskommen. Der Vollständigkeit halber: Die Radiowerbung bildet hierbei allerdings auf Grund der genuinen Art dieses Mediums eine Ausnahme.

¹⁸¹ Vgl. Ackermann 1994: 198

Assoziationspotential von Bildern ab: Sie erfordern durch ihre Rezeption eine eigene Interpretation des Betrachters, der diese Interpretation mit seinen individuellen Erfahrungen, seinem Wissen, seinen Dispositionen, seinem affektiv-emotionalen Erleben – also mit seinem Habitus – kombiniert, transformiert und somit die Assoziationsdichte des Bildes noch erhöht, in dem er es subjektiviert.¹⁸² Weiterhin leisten Bildinhalte über ihre Repräsentationsfunktion eine scheinbare Reduktion von Unsicherheit, da der Rezipient in Ermangelung alternativer Repräsentationen bzw. einer unvollständigen Informationslage zwangsläufig nur mit den Botschaften und Informationen auskommen muss, die ihm zur Verfügung gestellt wurden, ihm aber gleichzeitig eine ästhetisch-visuelle Konkretisierung anbieten.^{183 184}

Und gerade diese oben skizzierten Potentiale, die aus Bildern und der Rezeption dieser erwachsen, ebenso wie die Restriktion des Rezipienten, das ihm Dargebotene nicht simultan mit dem Faktischen abgleichen zu können, erklären die potentielle Bedeutung für die Kommunikationspolitik: Das Bild fungiert als zentrales Instrument der Ästhetisierung des Kommunikationsgegenstands hin zum Medium des Gebrauchswertversprechens.^{185 186} In einem zielgerichteten Zusammenspiel mit anderen Instrumenten wie Logos, Slogans etc., die einzeln für sich den selben Zweck verfolgen, vervollkommnet es gemeinsam die Artifizialität des Gebrauchswertversprechens in der Form, wie sie vom Absender intendiert wurde. Als Dach für diese Elemente ist die Kommunikationspolitik damit letztlich eine Ausdrucksgestalt für die Intention des Absenders, auf welche Weise die Ansprache gegenüber einer Klientel erfolgt, wie auch die selbstgewählte Strategie des Adressanten zur Einflussnahme auf seine Umwelt als Medium seiner Distinktion.

¹⁸² Dieses Argument geht einher mit der gängigen Literatur der betriebswirtschaftlichen Werbepsychologie, die solche internalisierenden Prozesse als Lernen bezeichnet (vgl. Pepels 1994 87 ff.). Bilder sind dementsprechend in dem hier zugrundeliegenden Verständnis nicht allein auf ihre visuellen Inhalte bzw. ihre reine Ausdrucksgestalt – im Sinne eines konkret materiellen Bildes – reduzierbar, sondern vielmehr auf einer höheren Ebene mit Informationen, Geschichten etc. – also menschlicher Vorstellungskraft – zu kennzeichnen.

¹⁸³ Der bezeichnete Umstand kann nicht zuletzt für die Kommunikationspolitik von Krankenhäusern von Bedeutung sein, da die Auseinandersetzung mit einem Krankenhaus für einen potentiellen Patienten oder seine Angehörigen nicht nur durch ein strukturelles Wissensdefizit sowie mangelnde Informationen über das betreffende Krankenhaus, sondern immer auch durch eine tiefgreifende Unsicherheit auf Grund des offenen Ausgangs einer Behandlung charakterisiert ist.

¹⁸⁴ Habitus wird Pierre Bourdieu folgend als das „Körper gewordene Soziale“ verstanden (vgl. Bourdieu, Wacquant 1994: 154). In Bezug auf die Bedeutung der Erfahrung für den Habitus siehe: Bourdieu 1987: 101

¹⁸⁵ Vgl. Haug 1972: 49 ff. u. Haug 1971: 10 ff.

¹⁸⁶ Es sei hier zu konstatieren, dass diese Restriktionen des Rezipienten, das ihm Dargebotene nicht simultan mit dem Faktischen abgleichen zu können, strukturell im Verhältnis zwischen dem kommunizierenden Unternehmen und seiner Rolle als Adressaten unauflöslich gegeben ist und unabhängig davon gilt, ob nun eine rein faktische Information oder eben eine idealisierte Botschaft kommuniziert wird, die einseitige Interessen verfolgt. Diesem Argument folgend sind dabei graduelle Abstufungen zwischen Faktizität, dem Sein, und Fiktion, dem Schein, denkbar. Auf Grund der Persistenz dieser genuinen Struktur ist aber weiterhin zu betonen, dass dabei keine kulturpessimistisch-determinierende Perspektive verfolgt wird, welche die Macht der einseitigen Beeinflussung überhöht, sondern vielmehr der Adressat als autonom und in seiner Entscheidung frei verstanden wird.

II.5 Restriktionen der Kommunikationspolitik für das Krankenhauswesen

Neben klassischen Einsatzfeldern der Kommunikationspolitik wie dem Güter- und Dienstleistungsmarketing gewinnt die Kommunikationspolitik für die Außendarstellung von Krankenhäusern als ein vergleichsweise neues Instrument in diesem Sektor immer mehr an Bedeutung.¹⁸⁷ Damit wird eine neue Dimension für die Disziplin der Kommunikationspolitik eröffnet, die aber gleichsam mit einem inhärenten Spannungsverhältnis belastet ist.¹⁸⁸ Dieses Spannungsverhältnis erklärt sich durch das Wesen der Kommunikationspolitik auf der einen Seite und der legislativen wie auch der im Krankenhauswesen materiell begründeten Restriktionen.

Die wichtigsten legislativen Beschränkungen für die Kommunikationspolitik im Gesundheitswesen finden sich im Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb, dem Heilmittelwerbegesetz sowie im ärztlichen Standesrecht, das maßgeblich durch die Musterberufsordnung des Deutschen Ärztetages bestimmt wird.¹⁸⁹ Hier ist besonders der §27 Abs. 3 relevant, mit dem die berufliche Kommunikation geregelt wird: „Berufswidrige Werbung ist Ärztinnen und Ärzten untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Ärztinnen und Ärzte dürfen eine solche Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden.“¹⁹⁰ Hieraus leitet sich ein Verbot für solche Kommunikationsstrategien ab, die beispielsweise mit der namentlichen Nennung anderer Institutionen oder niedergelassener Vertreter der gleichen Profession für den wirtschaftlichen Vorteil der eigenen Einrichtung instrumentalisieren oder schlichtweg eine Garantie auf Behandlungserfolg suggerieren.¹⁹¹

¹⁸⁷ Vgl. Riegl 2000: 368 ff. u. Haubrock 2007: 390 u. Schindler et al. 2007: 656 u. Niechzial 2007: 236 u. Elfes 2001: 391

¹⁸⁸ Dass es sich hierbei um ein vergleichbar neues Phänomen handelt, lässt sich an der oftmals zu beobachtenden Übernahme theoretischer Axiome der Kommunikationspolitik für die Bereiche des Güter- und Dienstleistungsmarketing und deren Anwendung auf das Krankenhauswesen ohne Beachtung oder Akzentuierung der genuinen Besonderheiten dieses Sektors sowie an der Gleichsetzung von Dienstleistungen und Arbeitsbündnissen ablesen (vgl. Buchholz 1983: 200 ff. u. Boerkamp 1995: 16 ff. u. Riegl 2000: 371 ff. u. Haubrock 2007: 386 f. u. Kreyher 2001 4 ff.). Anja Lüthy und Uta Buchmann betonen überdies in ihrem Handbuch zum Klinikmarketing, dass ein Standardwerk zu dieser Themenstellung bislang fehlte. Lüthy, Buchmann 2009: 9

¹⁸⁹ Vgl. Bahner 2001: 602 u. Lüthy, Buchmann 2009: 269. Steffen Oehme und Wolfgang Oehme kritisieren in diesem Zusammenhang, dass sich im Rahmen der Kommunikationspolitik im Gesundheitswesen die Ärzteschaft durch das standesrechtliche Werbeverbot „selbst im Wege“ steht. Oehme, Oehme: 368

¹⁹⁰ Bundesärztekammer 2006: § 27 Abs. 3

¹⁹¹ Gerhard F. Riegl bewertet in seinem Handbuch zum Klinikmanagement Verbote generell als Chance, das Anspruchsniveau der Kommunikation zu erhöhen: „[...] Verbote machen die Werbung reizvoller und in ihrer subtilen Form anspruchsvoller.“ Riegl 2000: 369

Über die spezifischen Obliegenheiten des ärztlichen Standesrechts und seiner Besonderheiten, die sich aus dem Gegenstand dieser Profession erklären, hinaus werden wettbewerbsrechtliche Determinanten durch das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) sowie das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) sektorübergreifend normiert.¹⁹² Dies gilt auch für solche Adressanten, bei denen die Gewinnerzielung in ihrer Praxis und damit auch in ihrer Kommunikationsstrategie nicht im Vordergrund steht.¹⁹³ Während das GWB fast durchweg dem öffentlichen Recht entspricht, besitzt das UWG privatrechtlichen Charakter, woraus sich erklärt, dass Verfolgungs- und Schadensersatzansprüche allein durch Privatrechtssubjekte erwirkt werden können.¹⁹⁴ Inhaltlich folgt es dem Wahrheitsgrundsatz und – analog zur Musterberufsordnung des Deutschen Ärztetages – dem Verbot der Irreführung in § 5.¹⁹⁵ § 4 des UWG konkretisiert unlautere Praktiken u.a. mit der unsachlichen Einflussnahme, der gezielten Instrumentalisierung von Adressaten, deren persönliche Voraussetzungen – wie Alter, körperlicher und geistiger Zustand etc. – eine autonome Entscheidungsfindung erschweren, oder auch der Verschleierung des Werbecharakters.¹⁹⁶ Weiterhin werden unzumutbare Belästigungen durch den § 7 sowie die vergleichende Werbung durch § 6 geregelt.^{197 198}

Als dritte wesentliche Rechtsnorm regelt das Heilmittelwerbegesetz (HWG) Werbung für „Arzneimittel im Sinne des § 2 des Arzneimittelgesetzes“, „Medizinprodukte im Sinne des § 3 des Medizinproduktegesetzes“ und „andere Mittel, Verfahren, Behandlungen und Gegenstände, soweit sich die Werbeaussage auf die Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten [...] bei Mensch [...] bezieht, sowie operative plastisch-chirurgische Eingriffe“.¹⁹⁹ Hier werden u.a. wiederum das Verbot der Irreführung bei Erweckung des Eindrucks von sicherem Behandlungserfolg oder bei Angabe unwahrer Informationen behandelt ebenso wie die Bewerbung von Arzneimitteln, Verfahren und Behandlungsmethoden etc. durch die bildliche Darstellung von Personen in der

¹⁹² Vgl. Kaller 1996: 328 f. u. Schünemann 1993: 480 f.

¹⁹³ Vgl. Lüthy 2009: 270

¹⁹⁴ Schünemann 1993: 480

¹⁹⁵ Vgl. Lüthy 2009: 270 u. BMJ 2010: § 5

¹⁹⁶ Bundesministerium der Justiz (BMJ) 2010: § 4

¹⁹⁷ BMJ 2010: § 6 u. BMJ 2010: § 7

¹⁹⁸ Während das UWG anpreisende Werbung grundsätzlich duldet, greift in solchen Fällen im Gesundheitswesen die Musterberufsordnung, die anpreisende Werbung, bei der durch Übertreibung und Superlative die Alleinstellung des Adressanten suggeriert werden soll, wie beispielsweise „ärztliche Höchstleistungen“ oder die Werbung mit prominenten Patienten und ihrer fürsprechenden Danksagungen, unter das Verbot der Unsachlichkeit subsumiert (vgl. Bahner 2001: 609). Dass die Einbindung von Superlativen trotz dieses Verbots zur Praxis der Kommunikationspolitik der Sana Kliniken gehört, wird in der Analyse des entsprechenden Qualitätsberichts unter dem Fokus der hierin enthaltenen Sinnstruktur im empirischen Teil thematisiert.

¹⁹⁹ BMJ 2006: § 1

Berufskleidung oder bei der Ausübung der Tätigkeit von Angehörigen der Heilberufe außerhalb von Fachkreisen.^{200 201} Ebenso ist u.a. das Evozieren von Angst, die Einbindung Dritter mit Dank-, Anerkennungs- oder Empfehlungsschreiben sowie eine vergleichende Darstellung des Körperzustands vor und nach der Wirkung eines Arzneimittels, eines Verfahrens oder einer Behandlung im HWG geregelt.^{202 203}

Neben diesen legislativen Obliegenheiten erscheint eine materielle Begründung für die Restriktionen der Kommunikationspolitik im Krankenhauswesen für die Fragestellung dieser Arbeit noch von größerer Bedeutung. Die grundsätzliche Problematik für die Anwendung kommunikationspolitischer Strategien auf das Krankenhauswesen erklärt sich einerseits aus den strukturellen Besonderheiten, die bereits im Kapitel zur generativen Struktur des Krankenhauses Gegenstand der Erörterung waren, mit der sich das Wesen von Krankheit ebenso wie die Unterschiede zwischen Dienstleistung und Arbeitsbündnis als konstitutive Beziehung zwischen Arzt und Patient herausarbeiten ließen, und andererseits aus den strukturellen Differenzen des Krankenhauswesens zum klassischen Anwendungsgebiet der Kommunikationspolitik: dem Markt für Konsum- und Investitionsgüter sowie für Dienstleistungen. Die bereits oben diskutierte Autonomie des Konsumenten, freie Entscheidungen für oder gegen Produkte und Dienstleistungen gemäß seiner Dispositionen zu treffen, erscheint dabei im Gegensatz zum Patienten, der in seiner durch die Krise eingeschränkten Autonomie über diesen Freiheitsgrad nicht mehr verfügt, als ein wesentliches Element. Auch die Motive der Inanspruchnahme einer Leistung unterscheidet sich bei der medizinischen Behandlung von der Nachfrage nach einem konkreten Gut: Handelt es sich bei der Entscheidung zum Konsum um die Bedürfnisbefriedigung oder die Erfüllung eines Wunsches, so ist die grundlegende Motivation für das Ersuchen eines medizinischen oder therapeutischen Arbeitsbündnisses durch Not – bzw. durch ein nicht anders können – zu kennzeichnen.²⁰⁴ Weiterhin transportiert die Kommunikationspolitik in Wirtschaftsmärkten das Versprechen auf ein Äquivalent, das für den Konsumenten erwartbar und planbar ist. Verlauf und Ausgang einer medizinischen Behandlung sind aber kontingent und eben nicht bereits im Vorfeld antizipierbar. Parallel hierzu stellt sich die weiter oben verfolgte

²⁰⁰ BMJ 2006: § 3 u. BMJ 2006: § 11

²⁰¹ Trotz dieses Verbots präsentiert das Evangelische und Johanniter Klinikum Niederrhein eine Serie von Aufnahmen einer Herzkatheteruntersuchung. Siehe hierzu die Analysen im empirischen Teil.

²⁰² BMJ 2006: § 11

²⁰³ Dass die bildliche Darstellung einer Patientin im Qualitätsbericht des Sana Klinikums Remscheid auch ohne schriftliches Dank-, Anerkennungs- oder Empfehlungsschreiben die Wirkung einer Bürgschaft auf das dahinter liegende Gebrauchswertversprechen transportiert, zeigt die zusammenfassende Analyse des entsprechenden Qualitätsberichts im empirischen Teil.

²⁰⁴ Vgl. Kick 2006: A 1206

Argumentation zum Wesen der Krankheit dar: Nicht der Arzt oder das Krankenhaus adressieren eine potentielle Patienten Klientel zur Initiierung eines Behandlungsverhältnisses, sondern der Patient initiiert auf Grund seines Leidensdrucks das Arbeitsbündnis, woraus sich eine allgemeine „Haltung des Zuwartens“²⁰⁵ erklärt.²⁰⁶ Und auch die der Kommunikationspolitik zugrunde liegende inhärente Logik, in Dienstleistungs- oder Gütermärkten initiativ die potentielle Klientel zur Verhaltensbeeinflussung gemäß der eigenen Ziele zu adressieren, erscheint für das Krankenhauswesen widersinnig: „Würden sie werben, müssten sie bei ihren ‚Kunden‘ einen Bedarf wecken: sie müssten einen Leidensdruck erzeugen, den diese von sich aus nicht verspüren.“²⁰⁷ Dementsprechend verkehrt sich für diesen Bereich die Aufgabe der Kommunikationspolitik in ihr Gegenteil: Steht in den klassischen Anwendungsgebieten, den Märkten für Güter und Dienstleistungen, die Besetzung der Adressaten mit einer möglichst positiven Haltung dem Adressanten und seinem Gegenstand gegenüber, den er kommuniziert bzw. bewirbt, im Mittelpunkt, kann die Kommunikationspolitik im Krankenhauswesen dagegen keine positiven Assoziationen in Form von Bedürfnissen oder gar Wünschen erwecken. Vielmehr kommt ihr die Aufgabe zu, im Rahmen dieses mit Angst und Unsicherheit besetzten Kontextes diese unausweichlich negativen Assoziationen zu minimieren.²⁰⁸ Weiterhin erschwert die für das Verhältnis von Patient und Klinik konstitutive Asymmetrie die Spielräume der Kommunikationspolitik: Einerseits befindet sich der Patient – ebenso wie seine Angehörigen – in einer existentiell traumatischen Krise, die eine Öffnung für Inhalte einer Kommunikationsstrategie nachhaltig erschwert, und andererseits besteht ein unauflösliches Informations- und Wissensgefälle, das dem Patienten durch seine direkte Involvierung in den Behandlungsprozess und seiner erhöhten Risikowahrnehmung unmittelbar vor Augen geführt wird, die durch das Bewusstsein und die Sorge um die Unsicherheit des Behandlungserfolgs nur noch gesteigert wird. Letztlich ergibt sich damit für die Kommunikationspolitik und ihre Effizienz im Krankenhauswesen bereits allein in der Sache begründete Widerstände, die eine unmittelbare Übernahme der Axiome der Marketinglehre über die Kommunikationspolitik in den klassischen Anwendungsgebieten und der Anwendung auf das Krankenhauswesen fragwürdig erscheinen lassen.

²⁰⁵ Loer 2009: 13

²⁰⁶ Die „Haltung des Zuwartens“ – beispielsweise bei einem durch einen Unfall bedingten Trauma – gilt auch dann noch, wenn der Patient aus freier Entscheidung heraus selbst nicht mehr die medizinische Behandlung initiieren kann.

²⁰⁷ Loer 2009: 13

²⁰⁸ Wilfried von Eiff weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass „[...] der ‚Stammkunde‘ [...] im Akutkrankenhaus keine Bedeutung im Sinne eines ‚aktiven Konsumentenstatus‘ [...]“ habe, wodurch eine wesentliche Aufgabe der Kommunikationspolitik – die Bindung der Adressaten – zusätzlich erschwert wird. Von Eiff 2007a: 57

II.6 Empirische Befunde der Kommunikationspolitik im Krankenhauswesen

Trotz der engen Grenzen, die der Kommunikationspolitik für Krankenhäuser gesteckt sind, lassen sich empirisch eine Vielzahl von Ausdrucksgestalten der Außendarstellung identifizieren, die offensichtlich auf einen um die Gunst des Adressaten werbenden Charakter aufweisen. Begründet durch die Vielzahl der Befunde werden im Folgenden lediglich exemplarisch ausgewählte Beispiele angeführt, um die Praxis der Kommunikationspolitik von Krankenhäusern grundsätzlich zu belegen. Dabei ist das Internet bzw. Online-Marketing zu einem der wichtigsten Medien geworden, da der ubiquitäre Verbreitungsgrad eine überregionale Adressierung ermöglicht.²⁰⁹ ²¹⁰ Aus diesem Grund – ebenso begründet durch die Zugänglichkeit der Qualitätsberichte über das Internet – bildet dieses Medium auch den Schwerpunkt dieser skizzenhaften Diskussion.

Ein Beispiel der Kommunikationspolitik im Rahmen des Online-Marketing findet sich mit der Homepage des Katholischen Klinikums Mainz:²¹¹

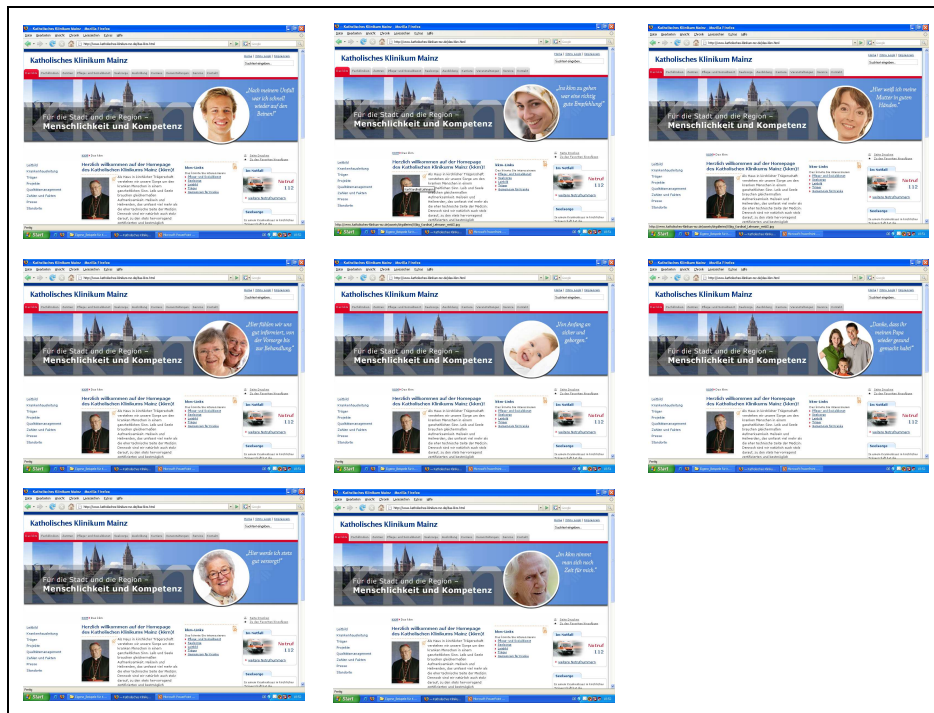


Abbildung II.6.1: Homepage des Katholischen Klinikums Mainz

²⁰⁹ Vgl. Lüthy, Buchmann 2009: 147 f.

²¹⁰ Anja Lüthy und Eva Buchmann weisen in diesem Zusammenhang daraufhin, dass Online-Aktivitäten wie die Homepage eines Krankenhauses nicht nur zur Akquise neuer Patienten, sondern auch zur „Kundenbindung“ auf allen Ebenen fungiert. Lüthy, Buchmann 2009: 148

²¹¹ <http://www.katholisches-klinikum-mz.de/das-kkm.html>

Die Startseite ist mit dem Foto und einem rechts daneben platzierten Grußwort von Kardinal Karl Lehmann gestaltet. Darüber ist eine rechteckige, breite Graphik platziert, auf welcher der Mainzer Dom und ein blauer Horizont im Hintergrund abgebildet ist. Im Vordergrund steht in weißer Schriftfarbe vor dem in hellgrau gehaltenen Kürzel des Klinikums „kkm“ der Slogan: „Für die Stadt und die Region – Menschlichkeit und Kompetenz“. Rechts von dieser statischen Collage ist eine kreisrunde Graphik positioniert, in der Portraitfotos wechselnder Personen und ihnen zugeordnete Aussagen in Anführungsstrichen eingeblendet werden, die ein verbalsprachliches Zitat dieser Personen suggerieren. Exemplarisch werden hier zwei Aufnahmen abgebildet:²¹²



Abbildung II.6.2: Homepage des Katholischen Klinikums Mainz: Die Muslimin

In der zweiten Sequenz wird das Portrait einer jungen Muslimin mit Kopftuch gezeigt, die den Betrachter freundlich und offen anlächelt. Rechts von der Fotografie steht in der Inszenierungslogik eines Originalzitats: „Ins kkm zu gehen war eine richtig gute Empfehlung!“ Inhaltlich postuliert diese Sequenz eine gute Erfahrung, welche die Person mit

²¹² Die folgende Diskussion beschränkt sich dabei aus forschungsökonomischen Gründen auf die wesentlichen Determinanten der jeweils vorliegenden Inszenierungs- und Aussagelogik und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da die Kommunikationsstrategie der einzelnen Sujets evident erscheint.

dem Klinikum gemacht hat, und transportiert die Botschaft einer qualitativ hochwertigen Behandlung des Klinikums.²¹³ Die hier zugrunde liegende Kommunikationsstrategie geht aber in ihrer Wirkungstiefe weiter: Erstens handelt es sich um eine konkrete Personalisierung der Patientenschaft des Klinikums, die auf den Aufbau von Vertrauen beim Rezipienten abzielt, und zweitens um die Inszenierung einer vom Krankenhaus scheinbar unabhängigen Bürgerschaft einer Patientin durch die Inszenierung eines positiven Urteils, das aber nicht allein auf sich selbst rekurriert, sondern zusätzlich den Ratschlag einer dritten, unbekanntem Person, die offensichtlich aus dem Umfeld der Muslimin stammt, impliziert und als zusätzliche Verstärkung für das vorliegende Gebrauchswertversprechen dient.

Ein zweites exemplarisch ausgewähltes Foto zeigt eine junge Kleinfamilie:



Abbildung II.6.3: Homepage des Katholischen Klinikums Mainz: Die junge Kleinfamilie

Vater, Mutter und Kind lächeln den Betrachter freundlich an, während der Vater seine rechte Hand fürsorglich auf die Schulter des Sohnes legt. Die Sequenz neben der Fotografie ist dem

²¹³ Weiterhin wird in dieser Botschaft die Aussagelogik transportiert, dass das Katholische Klinikum Mainz über die Zugehörigkeit von Religionen hinweg jeder Patientenklientel offen steht.

Sohn zugeordnet: „Danke, dass ihr meinen Papa wieder gesund gemacht habt!“ Auch hier ist der sloganhafte Charakter der Sequenz evident: Die Aussage zielt auf einen kindlichen Sprachhabitus ab, mit dem das Glück des Sohnes über die Genesung des Vaters wiederum einer Bürgschaft für eine hochwertige Behandlung entspricht. Die kindliche, aber dennoch sehr konstruiert wirkende Aussagelogik strebt hierbei eine ähnliche Verstärkung des Gebrauchswertversprechens der jungen Muslimin an, wobei in diesem Zusammenhang die mit dem kindlichen Habitus allgemein assoziierte Offenheit, Ehrlichkeit und Direktheit das Gebrauchswertversprechen bzw. die Bürgschaft für das Klinikum infantil sowie emotional-affektiv überhöht.²⁰⁹

Auffällig ist auch bei der Durchschau aller acht Fotografien, dass ein sehr breites Spektrum von Personen und Aussagen gewählt wurde. Die abgebildeten Personen reichen vom Säugling mit dem Text „Von Anfang an sicher und geborgen“ bis zur Greisin mit der Sequenz „Im kkm nimmt man sich noch Zeit für mich“. In diese Reihe entlang der unterschiedlichen Stufen des Lebensalters wird weiterhin u.a. eine weibliche Person mittleren Alters eingebunden, die offenkundig als Angehörige mit dem Text „Hier weiß ich meine Mutter in guten Händen“ die der Kleinfamilie zugeordnete Aussagelogik in einen anderen Lebenskontext transponiert. Das Gesamtbild wird noch durch die zweifache Darstellung von Senioren – einem Paar und einer einzelnen Person – mit den beiden Sequenzen „Hier fühlen wir uns gut informiert, von der Vorsorge bis zur Behandlung.“ und „Hier werde ich stets gut versorgt!“ vervollständigt, wodurch eine über das Gebrauchswertversprechen auf den Erfolg einer einmaligen Behandlung hinaus reichende Bindung dieser Personen an das Klinikum durch die hierin implizit enthaltene Wiederholung des Klinikaufenthaltes die Bürgschaft verstärkt. Insgesamt lässt sich somit die Strategie des Katholischen Klinikums Mainz derart charakterisieren, dass einerseits eine Auswahl an Personen getroffen wurde, mit der möglichst eine umfassende Repräsentation der Gesellschaft und ihrer unterschiedlichen Kollektive und andererseits eine über emotional-affektive Kanäle suggerierte Vergemeinschaftung angestrebt wird.²¹⁰

Einen weiteren Befund für eine Kommunikationsstrategie im Krankenhauswesen, die über das Niveau der Darbietung reiner Information hinausreicht und dementsprechend dem Online-

²⁰⁹ Die Setzung eines Ausrufezeichens bei einzelnen Sequenzen verleiht hierbei der jeweiligen Aussage zusätzlich Nachdruck.

²¹⁰ Zur Unterscheidung von „Gemeinschaftshandeln“ und „Gesellschaftshandeln“ siehe: Weber 1988: 441 ff.

Marketing zuzuordnen ist, findet sich mit der Homepage des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe:²¹¹

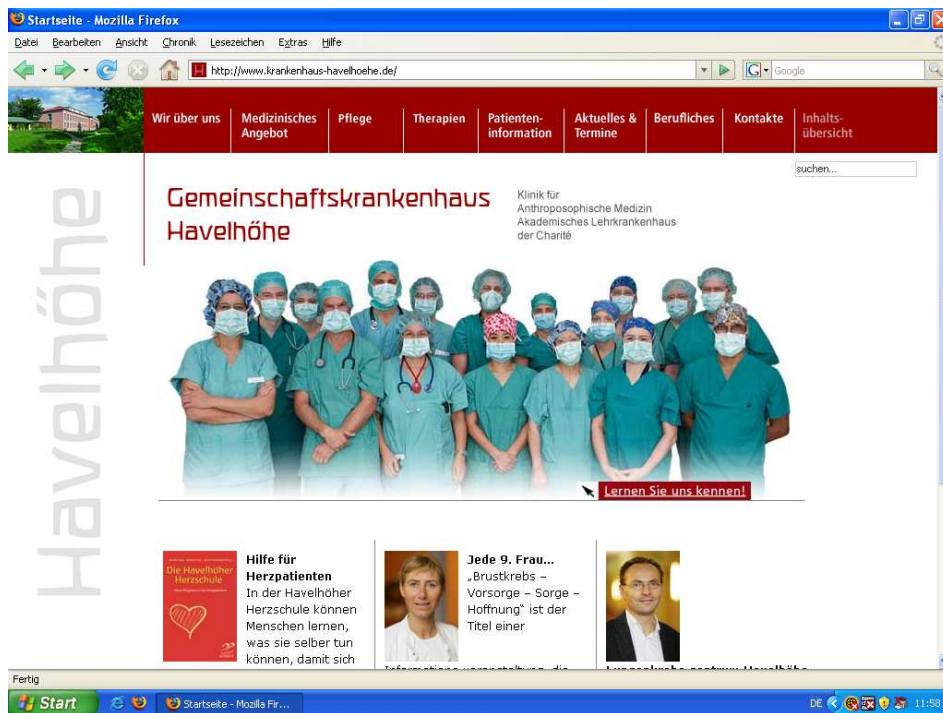


Abbildung II.6.4: Homepage des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe 1

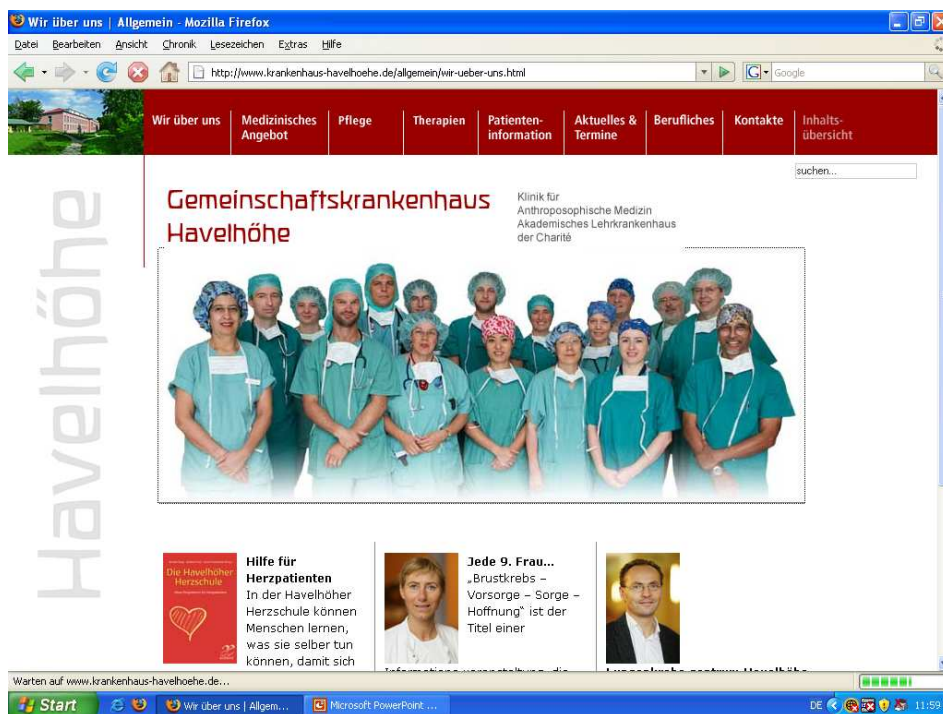


Abbildung II.6.5: Homepage des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe 2

²¹¹ <http://www.krankenhaus-havelhoehe.de/>

Die Startseite wird dominiert durch die Fotografie einer Gruppe medizinisch-pflegerischen Personals des Krankenhauses, die in OP-Bekleidung und Mundschutz abgebildet ist und mit der maskierenden Bekleidung beim Betrachter den Eindruck von Distanz und Entfremdung erwecken. Am unteren Bildrand ist eine rote, rechteckige Fläche, auf der in weißer Schriftfarbe die unterstrichene Sequenz „Lernen Sie uns kennen!“ zu lesen ist. Bewegt man den Cursor auf die Abbildung, so wird umgehend zu einem Motiv gewechselt, das dieselbe Gruppe ohne Mundschutz und mit offener Mimik und Gestik zeigt.²¹² Abkürzend kann hier festgestellt werden, dass es sich hierbei um ein Mittel zur Erzeugung eines Deutungsmusterbruchs handelt, das entgegen dem in der Regel statischen Charakter von Internetseiten dieser Homepage einen dynamischen Charakter verleiht. In seiner Wirkung entspricht sie einer lehrbuchhaften Umsetzung der Aktivierung der Aufmerksamkeit des Rezipienten durch Überraschung im Verständnis der AIDA-Formel.²¹³

Ein anderes Vorgehen schlägt das Evangelische und Johanniter Krankenhaus Niederrhein mit seiner Homepage ein:²¹⁴



Abbildung II.6.6: Homepage des Evangelischen und Johanniter Klinikum Niederrhein

²¹² Die Diversität und das teilweise eher unpräzise Äußere einzelner Personen legt den Eindruck nahe, dass es sich wirklich um Personal des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe handelt und nicht um Darsteller.

²¹³ Vgl. Boessneck 1985: 57 ff.

²¹⁴ <http://www.ejk.de/>

Eine im Zentrum der Homepage befindliche Fotografie eines Patientenzimmers zeigt eine weibliche Person mit weißem Kurzarmkasack, die offensichtlich eine Krankenschwester oder Ärztin darstellt, sowie eine männliche Person, die auf einem Krankenbett liegt und die Rolle des Patienten übernimmt. Die weibliche Person trägt straff nach hinten gebundenes, langes blondes Haar und manikürte Fingernägel, deren Spitzen im Stil der French Manicure weiß gefärbt sind. Das Gesicht ist mit Lippenstift, bräunlichem Rouge und Eyeliner eindeutig geschminkt. Die Augenbrauen sind sorgfältig zu grazilen Bögen, während die Zähne ein solch reines Weiß besitzen, das auf den Gebrauch eines Bleichmittels schließen lässt. Die männliche Person hat gepflegtes, dunkles Haar, einen dichten Bartschatten und eine gesunde Bräune, die den vitalen und maskulinen Gesamteindruck verstärken. Beide Personen blicken den Betrachter lächelnd an, wodurch sich nicht zuletzt eine Künstlichkeit des Motivs – das digitale Blutmessgerät als Staffage pflegerischer Praxis ist nicht in Betrieb – ableiten lässt: Der Inszenierungscharakter und damit die Artifizialität der Aufnahme sind sofort ersichtlich und können als Strategie zur Idealisierung des Gegenstands der Krankenhausbehandlung resümiert werden.

Die Privatklinik EuromedClinic wählt eine Strategie, die auf Exklusivität abstellt:²⁰⁹



Abbildung II.6.7: Homepage: EuromedClinic

²⁰⁹ http://www.euromed.de/klinik/ueber_uns/

Vor einem modernen, pyramidenförmigen Gebäude sind die beiden Geschäftsführer der Klinik während des gemeinsamen Gesprächs abgebildet. Daneben ist der Slogan positioniert: „In der EuromedClinic setzen wir Standards. In Sachen Service, Kompetenz und medizinischem Know How. Denn Ihre Gesundheit verdient mehr als Business as usual. Sie verdient Business Class.“

Auch hier ist der werbende Charakter der Sequenz direkt ersichtlich: Neben der Betonung von Service, der Assoziationen zum Hotelwesen evoziert, wird die Professionalität der medizinischen und pflegerischen Praxis mit Know How gleichgesetzt, wodurch aber die Komplexität des Arbeitsbündnisses zwischen Patient und Arzt bzw. der Pflege auf eine Kompetenz verkürzt wird, die prozedurale und in der Regel routinierte Lösungswege für ein bestehendes Handlungsproblem umschreibt. Der Begriff „Business Class“ legt eine Analogie zur typischen Beförderungsklasse für Geschäftsreisende in der Luftfahrt nahe. Die hier zugrunde liegende Botschaft rekurriert damit einerseits auf den höherwertigen Service und Komfort gegenüber der Economy Class, also dem exklusiven Charakter, und transformiert andererseits das medizinische Arbeitsbündnis und der Kontingenz seines Ausgangs in das Bild einer Geschäftsbeziehung, die durch Erwartungssicherheit und Äquivalenz gekennzeichnet ist. Letztlich handelt es sich bei dieser Strategie um den Versuch der Reduktion von Ambiguitäten.

Da dieses Kapitel allein dazu dient, eine gezielte Nutzung werbender Strategien der Kommunikationspolitik im Krankenhauswesen empirisch zu belegen, erscheint es aus forschungsökonomischen Gründen an dieser Stelle sinnvoll, die Vielzahl der Beispiele nicht weiter auszuweiten, sondern eine spiegelbildliche Perspektive einzunehmen, welche nun noch bündig und ebenfalls lediglich exemplarisch die Anbieter von Marketingkonzepten im Krankenhauswesen fokussiert.

Ein Beispiel findet sich mit in der Agentur White Mamba:²¹⁰



Abbildung II.6.8: Homepage: White Mamba

Unter der Überschrift „Der Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt wächst. Wachsen Sie mit.“ thematisiert die Agentur auf ihrer Homepage einen rein betriebswirtschaftlichen Fokus auf das Gesundheitswesen: „Medizinische Einrichtungen sind heute moderne Dienstleistungsunternehmen, die auf Kundenbindung angewiesen sind. Wer hier nicht mithalten kann, verliert den Wettbewerb um den Patienten.“ Diese Sequenz belegt einerseits das bereits weiter oben diskutierte Verständnis des Krankenhauses als Dienstleistungsunternehmen und andererseits die Strategie, den Patienten als „Stammkunden“ eines Krankenhauses gewinnen zu können. Des Weiteren wird ein Szenario aufgebaut, das Handlungsdruck auf Seiten von Krankenhäusern erzeugen soll. Die grundlegende Botschaft lautet hier: Werbung ist das ausschlaggebende Argument für die Wahl eines Krankenhauses durch den Patienten.

²¹⁰ <http://www.white-mamba.de/>

Die Agentur IgeL-Marketing wirbt für ihre Angebote von Image-, Marketing und Public Relations-Kampagnen mit dem Slogan: „Raus aus der Mottenkiste – ran an die Trüffel“.²⁰⁹



Abbildung II.6.9: Homepage: IgeL-Marketing

Über das Angebot von Marketingstrategien von Agenturen für Krankenhäuser hinaus findet sich aber zusätzlich das Angebot, Qualitätsberichte als Marketinginstrumente zu nutzen:²¹⁰

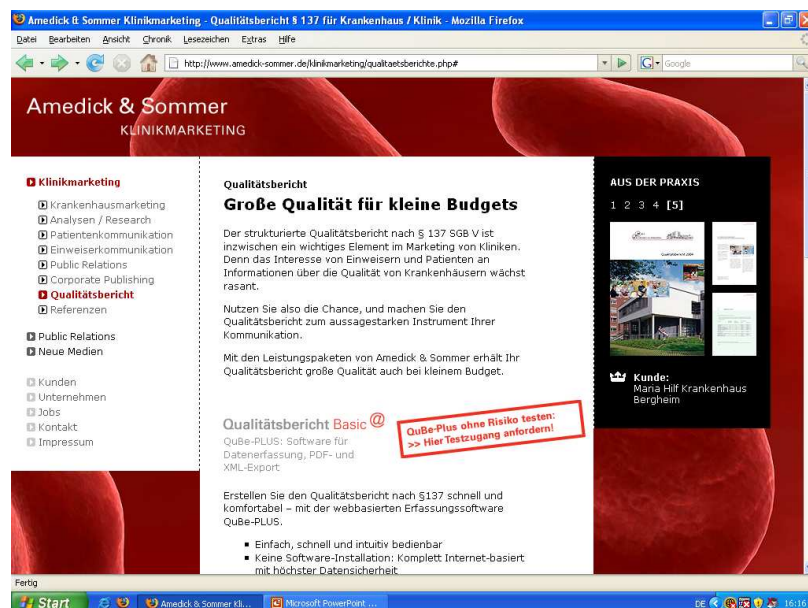


Abbildung II.6.10: Homepage: Amedick & Sommer

²⁰⁹ <http://www.igel-marketing.com/news/Krankenhausmarketing>

²¹⁰ <http://www.amedick-sommer.de/klinikmarketing/qualitaetsberichte.php#>

Resümierend kann also an dieser Stelle festgehalten werden, dass die Zusammenschau exemplarischer Beispiele der Kommunikationspolitik im Krankenhauswesen die fortschreitende Ausdifferenzierung des Marketing für diesen Sektor belegt.²¹¹ Dabei lässt sich die Bedeutung des Marketing sowohl nachfrageseitig als auch anbieterseitig nachweisen.

Wie weit diese Ausdifferenzierung fortgeschritten ist, beweist das letztgenannte Beispiel der Agentur Amedick & Sommer, Qualitätsberichte auch als Instrument für Imagekampagnen und zur Markenbildung von Krankenhäusern zu nutzen.²¹² Aber gerade Qualitätsberichte als Ausdruck einer legislativen Obliegenheit mit dem Ziel, als informierende Entscheidungshilfe für die Wahl eines Krankenhauses Patienten und zuweisenden Ärzten sowie Krankenversicherungen zur Verfügung zu stehen, laufen somit Gefahr, über das eigentliche Ziel der faktischen Information hinweg zu einem Medium zu werden, das diesem ursprünglichen Zweck zuwiderläuft.²¹³ Im Rahmen dieser Fragestellung bietet ein Kontrastdesign die Möglichkeit, die drei potentiell möglichen Idealtypen der Qualitätsberichte als Ausdrucksgestalt der Kommunikationspolitik von Krankenhäusern heraus zu kristallisieren:²¹⁴ ein diffuser Typus, der das selbst gewählte Ziel professionellen Marketings verfehlt und sich so kontraproduktiv auf die Außendarstellung auswirkt, ein professionell-gekonnter Typus sowie ein Typus ohne die Intention einer werbenden Kommunikationspolitik. Im Folgenden wird daher im empirischen Teil dieser Arbeit eine Feinanalyse möglichst kontrastiver Qualitätsberichte unter der primären Fragestellung vollzogen, inwiefern ihre Fallstruktur mit einer werbenden Kommunikationspolitik im Verständnis des betriebswirtschaftlichen Marketing zu vereinen sind, welche Rückschlüsse sich hierdurch auf das betreffende Krankenhaus ziehen lassen und wie weit das Postulat der Ökonomisierung in der einzelnen Organisationskultur der Krankenhäuser vorgedrungen ist.

²¹¹ Es sei an dieser Stelle nur auf den Umstand hingewiesen, dass es heute allgemein als State of the Art gilt, dass auch Organisationen, deren Tätigkeitsspektrum eine Bewerbung im eigentlichen betriebswirtschaftlichen Verständnis nicht sinnvoll erscheinen lassen, Öffentlichkeitsarbeit betreiben, wobei die Grenzen zwischen Öffentlichkeitsarbeit und Werbung dabei fließend sein können.

²¹² Ein Beispiel hierfür findet sich mit dem Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2006 der Kliniken Erlabrunn, in dem der Slogan „Für die Kliniken Erlabrunn gGmbH ist Qualität, wenn der „Kunde“ Patient wiederkommt“ im Kapitel zum Qualitätsmanagement (Kliniken Erlabrunn 2006: 112). Dieser Slogan wurde im Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2008 im gleichen Kapitel wiederholt (Kliniken Erlabrunn 2008: 122)

²¹³ Das Kapitel „Qualitätsberichte“ hat in Ansätzen bereits mögliche Verständnisbarrieren für unkundige Leser der Qualitätsberichte skizziert, so dass anzunehmen gilt, dass die Marketingabsichten der Krankenhäuser sich auf diejenigen Kapitel der Qualitätsberichte richten werden, bei denen unterstellt werden kann, dass sie auch gelesen werden. In einem solchen Fall könnte die gesetzliche Verpflichtung zur Erstellung von Qualitätsberichten und die dabei eingeräumten Freiheitsgrade in der Gestaltung allerdings ex ante ein Hinderungsgrund dafür sein, auch wirklich sich auf faktische Informationen zu konzentrieren.

²¹⁴ Zum Begriff des Idealtypus siehe: Weber 1988: 191

III Empirischer Teil

III.1 Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein gGmbH

III.1.1 Die Titelseite des Qualitätsberichts 2006



Abb. III.1.1: Titelseite des strukturierten Qualitätsberichts 2006 des EJK^{228 229}

²²⁸ Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein 2006. Der gesamte Qualitätsbericht findet sich – wie auch alle anderen Qualitätsberichte der empirischen Analyse im Anhang – und online im WWW unter der URL: http://www.ejk.de/uploads/media/Evangelisches_Krankenhaus_Duisburg_2006.pdf

Die erste Seite des Qualitätsberichts wird durch das Foto einer weiblichen Person aus nächster Nähe in seinem ikonischen Zentrum dominiert.²³⁰ Die Person in einem Alter von ca. zwanzig bis dreißig Jahren ist in der Form eines Schulterstücks oder einer Büste – also in einem Ausschnitt oberhalb ihres Brustkorbs – abgebildet. Dabei ist ihre Schulterpartie dem Betrachter fast frontal zugewandt, jedoch leicht nach rechts geneigt – ihre linke Schulter ist höher als die rechte und der Kopf ist leicht zur Seite gedreht. Ihre Blickrichtung geht am Betrachter leicht aufwärts vorbei nach rechts oben und richtet sich anscheinend auf ein außerhalb des Bildausschnittes gelegenes Ziel. Ein äußerst heller Lichteinfall kommt von links oben, wodurch besonders die rechte Gesichtspartie, das Haupthaar und die rechte Schulter beleuchtet werden. Die dunkel geschminkten Augen mit braunen Pupillen sind weit geöffnet und machen einen sehr aufmerksamen, konzentrierten, jedoch nicht schreckhaften sondern eher verständnisvollen Eindruck. Der Schwung der sich in einer Wellenbewegung zu ihrem Ende verjüngenden, gezupften Augenbrauen verstärkt diesen Eindruck. Der Mund mit dezent geschminkten Lippen ist leicht geöffnet, wobei die Unterlippe leicht vorgeschoben wirkt und die Spannung der beiden Bögen der Oberlippe die vertikale Vertiefung des Philtrums zwischen Lippenherz und Nasensteg zu verstärken scheint. Ebenso scheinen beide Nasenflügel leicht angehoben zu sein und erzeugen so eine Spannung im Gesicht durch die zwei Falten zwischen beiden Wangen und den Nasenflügeln. Beide Backen- und Wangenpartien scheinen rötlich-braun mit Make-up geschminkt zu sein, welches die Hautirritationen wie verheilte Aknenarben oder Hautunreinheiten – erkennbar hier durch die punktförmigen Hell-Dunkel-Kontraste – abdeckt. Durch den geöffneten Mund sind die Zähne von Ober- und Unterkiefer zu sehen. Ober- und Unterkiefer liegen jedoch nicht auf, sondern es ist ein leichter Spalt – besonders unterhalb der seitlichen Schneidezähne des Oberkiefers – zu erkennen. Diese Mundhaltung entspricht keiner Ruhehaltung – wie beispielsweise bei der Mundatmung – sondern erweckt den Eindruck, als ob die Person gerade zu einem Sprechakt ansetzen wolle, was der Mimik der Person eine gesteigerte Präsenz im Geschehen verleiht.

Das Ansetzen zu einem Sprechakt impliziert entweder das Teilen einer sozialen Praxis oder eine auf sich selbst gerichtete Handlung – in Form eines Monologs. Für eine soziale Praxis muss eine weitere Person – der Adressat des Sprechakts – existieren. Dieser ist allerdings nicht abgebildet bzw. nicht direkt erkennbar. Für ein Selbstgespräch muss ein konkreter Auslöser – wie die gedankliche Auseinandersetzung mit einem Handlungsproblem –

²²⁹ Bei der Abkürzung EJK handelt es sich um das selbstgewählte Akronym des Evangelischen und Johanniter Klinikums Niederrhein.

²³⁰ Loer 1994: 341 ff.

vorhanden sein. Die Mimik des aufmerksamen, konzentrierten und verständnisvollen Blicks in Verbindung mit der latenten Spannung des Gesichts und dem geöffneten Mund lässt dementsprechend drei mögliche Lesarten zu:

- (1) Die Person wird gerade von einer auf der Fotografie nicht direkt erfassten Person angesprochen und setzt zur Antwort an.
- (2) Die Person befindet sich momentan vertieft in einem Gespräch und hört gebannt einer Person zu, die nicht auf den ersten Blick zu sehen ist, und setzt zu einem Sprechakt an.
- (3) Ausgelöst durch einen intrapersonalen Auslöser setzt die Person zu einem Sprechakt an, der nicht an eine andere konkrete Person adressiert ist, sondern an einen imaginären Adressaten oder gar sich selbst. Denkbar ist in diesem Zusammenhang das Ansetzen zu einem Monolog als Resultat der augenscheinlichen Konzentration der Person.

Lesart (1) impliziert, dass die Person sich direkt vor einem Handlungsgeschehen befindet. Dies würde eine Zäsur darstellen – ein vorheriges Handlungsgeschehen wird beendet und ein neues wird begonnen bzw. eine außerhalb des Bildausschnitts befindliche Person eröffnet eine soziale Praxis, die von der abgebildeten Person in Kürze erwidert wird. Lesart (2) deutet einen Kontext an, bei dem die Person sich bereits in einer mindestens dyadischen Interaktion bzw. in einem Handlungsgeschehen mit einer anderen Person befindet, welches ihre gesamte Aufmerksamkeit einnimmt. Lesart (3) stellt eine Situation ohne Interaktion – also ohne Bezugnahme auf ein direktes Gegenüber – dar, in welcher das Ansetzen zu einem Sprechakt in Form eines Selbstgesprächs die Ausführung eines konzentrierten Handlungsgeschehens – z.B. des Reflektierens durch das Aussprechen von Gedanken – begleitet.

Da aber der Bildausschnitt allein die abgebildete Person im ikonischen Zentrum fokussiert und der ursächliche Auslöser für die Mimik der Person – sei es nun eine zweite Person oder ein intrapersonaler Auslöser – nicht direkt erkennbar ist, ist in diesem Stadium der Handlungskontext nicht zu eruieren. Allen Lesarten ist aber gemein, dass die Person sich in einem Handlungsgeschehen – entweder in der Interaktion mit einer anderen Person oder auf die Ausführung einer Handlung mit einem bestimmten Ziel fokussiert – befindet und darauf ihre gesamte Aufmerksamkeit und Konzentration richtet. Nicht etwa der Betrachter wird angeblickt – wie es beispielsweise für ein Portraitfoto typisch ist – sondern ein für den

Betrachter nicht direkt erfassbares Ziel, dass entweder außerhalb des Bildausschnitts liegt oder nicht direkt ersichtlich ist.

Dieser Umstand in Verbindung mit der aufmerksamen und ernsthaften Mimik evoziert den Eindruck, dass die Fotografie eine flüchtige Momentaufnahme sozialer Wirklichkeit – im Verständnis eines „Schnappschusses“ – wiedergibt. Dies führt auf die zweite Ebene der Interaktionseinbettung bei Fotografien: die Interaktion von Fotograf und seinem Motiv – auf dieser Fotografie eine weibliche Person. Bei einem „Schnappschuss“ bemerken die fotografierten Personen in der Regel nicht den Fotografen oder stören sich nicht an seiner Anwesenheit bzw. an dem Umstand, dass sie fotografiert werden. Hier bedeutet dies: Die weibliche Person konzentriert sich auf einen spezifischen Handlungskontext – ist also ganz der Sache verpflichtet – und lässt den Fotografen gewähren. Dies erweckt beim Betrachter von „Schnappschüssen“ den Eindruck, dass keine Kreierung gestellter Szenerien oder das bewusste Einnehmen von Posen wie bei der Portraitfotografie vorliegt. „Schnappschüsse“ stellen in diesem Verständnis diejenige Kategorie in der Fotografie dar, welcher ein höchstmöglicher Grad an Authentizität, Spontaneität, Dynamik und Natürlichkeit – gedeutet in einem Verständnis wie „so wie im echten Leben“ – attribuiert wird und den höchsten Grad an Kontingenz bzw. eine Offenheit des Handlungshergangs aufweist.²³¹ Verstärkt wird dieser Eindruck durch die leicht schiefe Horizontale der Aufnahme, die eine zusätzliche Dynamik und Spontaneität verleiht.

Durch den alleinigen Fokus auf die Person, die fast den gesamten Bildausschnitt einnimmt, kann in diesem Stadium bislang der dem Foto zugrundeliegende inhaltliche Handlungskontext, in welchem sie sich befindet, noch nicht erschlossen werden. Jedoch verbleibt beim Betrachter der Eindruck einer aufmerksamen und verständnisvollen Mimik der Person, die sich vollkommen auf das Handlungsgeschehen konzentriert und in einem natürlichen Handlungsgeschehen flüchtig aufgenommen wurde.

Nach der Betrachtung der Gesichts wandert der Blick des Betrachters nach oben und richtet sich auf die Frisur der Person. Das dunkelblond-braun – offensichtlich in Strähnen gefärbte – Haar ist vermutlich im Nacken durch eine Spange oder ein Haargummi zusammengebunden oder geflochten: Obwohl das Haar dem Betrachter durch den Nacken verdeckt ist und seine wahre Länge nicht ersichtlich ist, deuten die einzelnen längeren Haarsträhnen, die rechts und

²³¹ Loer 1994: 347

links vom Kopf absteigen, ebenso wie der lange Seitenscheitel, der von links oben kommend fast die gesamte linke Hälfte der Stirn verdeckt, auf eine gebundene Langhaarfrisur: Einzelne Strähnen sind hinter das Ohr gesteckt oder fallen dünn-lockig auf den Nacken. Dadurch, dass das Haar nicht offen getragen wird, sind beide Ohren zu sehen, an denen jeweils ein Ohrstecker mit einem weiß-bläulichen Innenelement – wie einem Stein – in einer silberfarbenen Einfassung getragen wird. Die Frisur rückt hier zwei mögliche Lesarten in den Mittelpunkt:

- (1) Die Person hat ihre Haare nicht sorgsam zusammengebunden.
- (2) Nachdem die gesamten Haare sorgsam zusammengebunden wurden, haben sich einzelne Strähnen mit der Zeit gelockert und sind aus der Spange oder dem Haargummi herausgerutscht.

Lesart (1) zufolge, dass die Person ihre Haare nicht sorgsam zusammengebunden hat, lässt zwei Kontexte zu: Entweder hat die Person die Haare bewusst – z.B. aus modischen Gründen – so gebunden, dass einige Haarsträhnen herunterfallen, oder die Person hat die Haare ohne Absicht unsorgsam bzw. provisorisch gebunden, weil sie beispielsweise in Eile war. Hätte sie ausreichend Zeit gehabt, so hätte sie sich sorgsamer frisiert. Lesart (2) impliziert dagegen einen Kontext, in welchem das Binden der Haare zeitlich länger zurückliegt und die Strähnen durch Bewegung des Kopfes und des Oberkörpers herausrutschen konnten. Da die Person sich die Haare in dieser Lesart ursprünglich sorgsam zusammengebunden hatte und die Frisur nicht noch einmal neu gebunden wurde, liegt der Schluss nahe, dass ein zwischenzeitliches Erneuern der Frisur keine Priorität besaß und folglich andere Dinge wichtiger erschienen.

Lesart (1) mit dem Kontext, dass die Person sich die Haare absichtlich aus modischen Gründen leger zusammengebunden hat, steht allerdings in einem Widerspruch zu dem sehr sorgsam und dezent geschminkten Gesicht der Person und den gezupften Augenbrauen. Hier wurde mit zeitlichem Aufwand Körperpflege betrieben, um einem ästhetischen Konsens über weibliche Attraktivität westlicher Kulturkreise zu entsprechen. Das Tragen von Ohrringen unterstreicht diesen Eindruck zusätzlich. Damit muss jedoch für den Zeitraum, in welchem diese Körperpflege vollzogen wurde, eine Handlungsentlastung der Person vorgelegen haben. Das Zusammenbinden der Frisur mit einem Haargummi oder einer Spange beansprucht zudem im Gegensatz zum Auftragen von Make-up nur sehr wenig Zeit, so dass unterstellt werden kann, dass im Rahmen der Körperpflege auch noch Zeit für eine sorgsam gebundene

Frisur gewesen wäre. Eine Frisur mit sorgsam zusammengebundenen Haaren würde zusätzlich das Gesicht betonen und die Funktion von Make-up verstärken.

Dagegen weist der zweite Kontext der Lesart (1), nämlich dass die Haare unbeabsichtigt leger gebunden wurden, sowie die Lesart (2) in die gleiche Richtung: Obwohl sich lange Haare beim Zusammenbinden mit einer Spange oder einem Haargummi zwangsläufig mit der Zeit lockern, wurde die Frisur entweder zwischenzeitlich gar nicht oder nur provisorisch erneuert.²³² Dies deutet auf den Umstand hin, dass der Frisur weniger Aufmerksamkeit geschenkt wurde, da andere Prioritäten im Vordergrund standen, was wiederum eine fehlende Handlungsentlastung für das Frisieren bzw. die Einbindung in eine Aktivität mit einer anderen Zielsetzung als der Körperpflege impliziert. Zudem verleihen die locker abstehenden Strähnen der Person den Ausdruck einer sich in Aktivität befindlichen Person. Dieser Ausdruck wird zusätzlich durch die konzentrierte Mimik und den aufmerksamen Blick verstärkt. Wesentlich für beide Lesarten festzuhalten, ist dementsprechend hier die Konzentration auf andere Prioritäten als die eigene Haartracht sowie die Ausführung einer Handlung, die sich nicht auf die Person selbst bezieht, sondern sich ganz der Sache verpflichtet.

Nun fällt die Bekleidung in den Blick des Betrachters: Die Person ist mit einem kragenlosen azurblauen Oberteil bekleidet, wobei die vom Betrachter aus gesehene rechte Hälfte des Oberteils die linke Hälfte keilförmig zu einem V-Ausschnitt überlappt. Die Ärmelnähte ebenso wie die besonders auf der rechten Seite dominierenden Falten im Stoff sind klar und konturiert zu erkennen. Die Form des rechtsseitig überlappenden Ausschnitts und die Farbe des Oberteils deuten daraufhin, dass es sich hier um einen Kasack oder ein Schlupfhemd – eine typische Berufsbekleidung von Pflegekräften und Medizinerinnen in Krankenhäusern – handelt. Aus der Abbildung einer Person in Berufsbekleidung auf der Titelseite eines Qualitätsberichts lässt sich schließen, dass hiermit eine Angehörige einer dem Krankenhaus zugehörigen Professionsgruppe im Kontext ihrer beruflichen Praxis dargestellt wird. Hieraus lassen sich zwei Lesarten ableiten:

- (1) Bei der weiblichen Person handelt es sich um eine Ärztin.
- (2) Bei der weiblichen Person handelt es sich um eine Krankenschwester.²³³

²³² Damit könnte der zweite Kontext der Lesart (1) Bestandteil der Lesart (2) in der Form sein, dass die Person gemäß der Lesart (1) sich die Haare ursprünglich sorgsam zusammengebunden hat, diese sich aber wieder gelöst haben und die Person sich die Haare zwischenzeitlich nur sehr provisorisch erneut zusammengebunden hat.

²³³ Entgegen der neuen Bezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ wird im Folgenden der veraltete Begriff „Krankenschwester“ verwendet, da dieser die Alltagssprache immer noch dominiert.

Lesart (1) impliziert einen spezifischen Kontext in der beruflichen Praxis von Ärzten. Denn in der Regel tragen Ärzte bei der Arbeit – z.B. bei der Visite – weiße, mantellange Kittel. Farbige Kasacks hingegen werden von Ärzten insbesondere nur bei solchen Tätigkeiten getragen, die einen besonderen Tragekomfort und ein hohes Maß an Bewegungsfreiheit – z.B. bei Operationen – erfordern. Bei der Ausübung aller anderen Tätigkeiten des ärztlichen Berufs wird typischerweise ein Arztkittel über dem Oberteil – ob Kasack oder beispielsweise Oberhemd – getragen, welcher neben seiner hygienischen Funktion auch eine konstituierende Symbolik für den Ärzteberuf erfüllt: Der Arztkittel dient als typisches Identifikationsmerkmal für Ärzte und würde bei der Intention zur Darstellung einer Ärztin Berücksichtigung finden. Lesart (2) richtet sich auf einen weniger spezifischen Kontext: Das Pflegepersonal von Krankenhäusern trägt in der beruflichen Praxis stets Kasacks als typische Oberbekleidung. Diese klassische Arbeitsbekleidung entspricht den universalen Anforderungen des Tätigkeitsprofils von Pflegepersonal, welches durch u.a. körperliche belastende Arbeiten – wie Waschen, Umbetten, Transfer oder Mobilisierung von Patienten – gekennzeichnet ist. Dementsprechend ist der Kasack das konstituierende Assoziationsmerkmal für das Pflegepersonal in Krankenhäusern und legt den Schluss nahe, dass es sich bei der zweiten Deutung um die zwingende Lesart und damit bei der abgebildeten Person um eine Krankenschwester handelt.

Über die Frage hinaus, von welcher Berufsgruppe Kasacks in der Regel getragen werden, rückt hier zusätzlich die Farbe des abgebildeten Kasacks in das Zentrum des Interesses. Kasacks werden in verschiedenen Farben getragen: Am häufigsten sind weiße Kasacks in der klinischen Praxis vorzufinden.²³⁴ Weitere typische Farben sind beispielsweise Grün oder Blau. Für die Fotografie wurde hier ein blauer Kasack gewählt. Die Primärfarbe Blau gehört zu den Farben, die als kalt empfunden werden.²³⁵ Blau steht für Passivität und Zurückweichen.²³⁶ In dem Entwurf einer Farbenlehre ordnet Goethe einerseits das Blau der Dunkelheit, dem Schatten, dem Negativen und dem Immateriellen zu, assoziiert andererseits aber durchaus auch positive Eigenschaften mit Blau.²³⁷ So steht Blau für den Himmel, ferne Berge und ebenso für eine Anziehungskraft, die sich durch seine Passivität erklärt. In Bezug auf die symbolische Wahrnehmung ordnet Heller dem Blau Eigenschaften wie Ferne, Weite

²³⁴ Hier sei darauf verwiesen, dass es sich bei Weiß im physikalischen Sinne nicht um eine Farbe handelt.

²³⁵ Vgl. Tritten 1981: 330

²³⁶ Vgl. Mante 1970: 20

²³⁷ Vgl. Goethe 1982: 293 f.

und Unendlichkeit sowie Treue, Sehnsucht, Ewigkeit, Wahrheit und das Göttliche zu.²³⁸ Blau ist zudem die Farbe der Himmelsmutter Maria in der weit verbreiteten Darstellung der Schutzmantelmadonna und die Symbolik der himmlischen Mächte.²³⁹ Weiterhin deutet Blau als Hauptfarbe der Tugenden auf Klugheit und Pünktlichkeit hin ebenso wie auf Entspannung, Ruhe und Konzentration als Farbe der Treue auf Vertrauen und Verlässlichkeit.²⁴⁰

Die Wahl eines blauen Kasacks weist auf einen Kontext der Reinheit und der Klarheit hin: Das Blau des Kasacks nimmt sich vollends zurück und betont durch sein zurückweichendes, passives Wesen den Gesichtsausdruck der Schwester als Zentrum der Fotografie zusätzlich. Unterstrichen wird dieser Eindruck auch durch den Kasack selbst: Ein extrem schlichtes Kleidungsstück, welches sich allein nach dem Postulat von Funktionalität richtet, keinerlei Schmuck darstellt oder gar artifiziellen Charakter – im Sinne von modischen Requisiten – besitzt. Hiermit wird einerseits die Schlichtheit betont und andererseits das eigentliche Handlungsgeschehen in den Vordergrund gerückt.

Nach Betrachtung der Krankenschwester als ikonisches Zentrum der Fotografie gerät nun der Hintergrund in den Blick, der lediglich nur sehr verschwommen wahrnehmbar ist. Dem Lichteinfall von oben links entsprechend wirkt aus der Perspektive des Betrachters die rechte Seite neben dem Kopf der Krankenschwester dunkler als die linke Seite:



Abb. III.1.2: Der linke Hintergrund

²³⁸ Vgl. Heller 2008: 23 ff.

²³⁹ Ebd.: 38 f.

²⁴⁰ Ebd.: 25

Auf der linken Seite – auf Höhe der Wangenknochen bis hin zur Schulter der Krankenschwester – heben sich von dem neutral anmutenden weißlich-blaugrauen Hintergrund, der sich dem Betrachter wie eine helle Wand darstellt, vier weiße Flächen ab, die voneinander durch dunkle und helle Linien, die parallel bzw. in einem rechten Winkel zueinander stehen, unterbrochen werden. Die vier weißen Flächen weisen jeweils auf ihrer oberen Hälfte links eine verschwommene bläuliche Fläche auf, die rechteckig erscheint.

Die vier weißen Flächen stehen symmetrisch zueinander, was den Eindruck erweckt, dass sie Bestandteile eines oder mehrerer quaderförmiger Objekte bzw. Gegenstände sind. Dieser Eindruck wird verstärkt durch die horizontal und vertikal zueinander verlaufenden Linien, die wie Kanten eines rechteckigen Gegenstandes wirken und offensichtlich sowohl in der Vertikalen als auch in der Horizontalen rechte Winkel aufweisen. Auffällig ist, dass dieses Objekt bzw. diese Objekte asymmetrisch – nämlich schief – zum Bildrand steht bzw. stehen. Dominant ist eine dunkle, in der Mitte schräg verlaufende Linie zwischen den beiden rechten Flächen, die wie ein Schatten wirkt und dem Betrachter den Eindruck vermittelt, dass es sich hier um zwei nicht ganz exakt aufeinandergestellte Gegenstände handelt. Dieser Eindruck impliziert weiter, dass es sich bei den Gegenständen nicht um fest installierte oder sorgsam drapierte Objekte handelt, sondern um Gegenstände, wie Verpackungen oder Kartonagen, die leicht transportabel sind und an einer anderen Stelle abgestellt werden können. Bedingt durch die nur schemenhafte Darstellung verbleibt eine eindeutige Klärung, worum es sich bei den Objekten handelt, unmöglich.

Unterhalb des Gegenstands ist eine hellbeige Fläche mit nach unten dunkler werdenden Unterbrechungen – in Form einer leicht schräg von links nach rechts verlaufende Linie – zu sehen. Oberhalb dieser dunklen Linie verläuft parallel eine helle Linie. Beide Linien verlaufen leicht schräg von dem unterem linken Bildrand aufsteigend wie ein ikonischer Pfad hin zur Schulter der Krankenschwester und wirken gemäß dem Lichteinfall von links oben wie die Ober- und Unterkante eines Möbels – z.B. einer Tisch- oder Sideboardoberfläche. Unterhalb ist eine weitere beige Fläche zu erkennen, die im rechten Winkel zu der Oberfläche steht. Auf dieser Fläche sind insgesamt vier unterschiedlich große dunklere Segmente zu erkennen, die teilweise kreisrunde Teilsegmente aufweisen. Diese Teilsegmente könnten das Frontprofil dieses Möbels – wie Knöpfe, Regler, Griffvertiefungen oder einfach nur Schattenpartien – andeuten. Aufgrund der mangelnden Schärfe und des fehlenden Kontrasts verbleibt eine genaue Identifikation des Objekts schwierig.

Der Hintergrund auf der rechten Bildseite ist ebenfalls nur sehr verschwommen wahrnehmbar. Wandert das Auge des Betrachters nach rechts, sind über der rechten Schulter der Krankenschwester nur unscharf zwei beige Flächen zu erkennen, die in ihrer Mitte durch ein dunkleres braunes Segment unterbrochen werden. Darüber sind zwei zueinander verschobene weiße Flächen, die vertikal durch ein vom Bildrand wegführende, schräge Linie unterbrochen werden. Auch hier ist eine Identifikation, worum es sich handelt, kaum möglich. Allerdings verläuft die untere Kante der linken weißen Fläche schräg durch den Raum. Bildet man eine imaginierte Verlängerung dieser Kante nach links, so verläuft diese direkte unterhalb der Kinnpartie parallel zu der Unterkante des weißen Objekts auf der beige Oberfläche als eine Art Raumdiagonale.

Wandert der Blick des Betrachters vom Gesicht der Krankenschwester nach rechts oben, ist eine amorphe Fläche in einem dominanten Dunkelbraun – wie einem gebrannten Umbra – zu sehen, die vom rechten Bildrand abgeschnitten wird und vermutlich über diesen hinausgeht.



Abb. III.1.3: Der rechte Hintergrund

Dabei sind links von dieser Fläche weitere amorph ovale Farbflächen sichtbar, die heller sind und teilweise in ein rötliches Beige – fast lasiert in einen Hautton verlaufend – übergehen und dabei noch fließend mit den hellen Partien des Hintergrunds verschmelzen. Bei einer genaueren Betrachtung ist zu erkennen, dass sich eine dieser unscharfen Flächen sogar über

den rechten Stirn- und Schläfenbereich der sonst scharf abgebildeten Gesichts- und Haupthaarpartie der im Fokus stehenden Krankenschwester zieht. Somit kann dieser Flächenbereich, der den rechten Stirn- und Schläfenbereich verdeckt, jedoch nicht mehr zum Hintergrund gehören. Hieraus entstehen zwei mögliche Lesarten:

- (1) Die verschwommene Fläche auf dem Stirn- und Schläfenbereich ist nach Aufnahme der Fotografie – z.B. durch Retouchieren – künstlich entstanden. Dabei gehören die diffusen Flächen rechts neben dem Gesicht der Krankenschwester zum Hintergrund und die Fläche auf dem Stirn- und Schläfenbereich zum Vordergrund der Fotografie.
- (2) Die amorph verlaufenden braunen Flächen sind einzelne Bestandteile ein und desselben Objekts, verdecken die hellen Segmente des rechten Hintergrunds und gehören folglich zusammen in den rechten Vordergrund.

Lesart (1) verweist auf einen Widerspruch bei der Perzeption der Fläche auf dem rechten Stirn- bzw. Schläfenbereich: Während das Haupthaar – Strähnen und sogar einzelne Haare sind klar zu erkennen – in höchster Bildschärfe abgebildet ist, verbleibt die ovale Fläche diffus und unscharf. Auch das Haupthaar oberhalb und unterhalb der diffusen Fläche ist detailliert zu erkennen. Um diesen augenscheinlichen Widerspruch zu erklären, könnte demnach eine Möglichkeit darin bestehen, dass dieser Bereich nachträglich bearbeitet worden ist. Auffällig ist jedoch, dass durch die amorphe Fläche einzelne Haarsträhnen durchschimmern. Wäre hier nachträglich – z.B. mit einem retouchierenden Weichzeichner – die Fotografie bearbeitet worden, verbleibt zu vermuten, dass der gesamte Bereich eine diffuse Farbfläche bilden würde und eben keine Haare – wie durch einen Schleier – noch wahrnehmbar wären.

Diesem Argument folgend gelangt man zu der Lesart (2), dass die einzelnen Flächen zum gleichen Objekt gehören und damit aber nicht mehr dem Hintergrund zuzuordnen sind. Durch die Einnahme einer größeren Distanz beim Betrachten dieser Hälfte des Hintergrunds entsteht der Eindruck, dass die einzelnen Flächen zusammengehören und sich von dem dunkelbraunen rechts oben liegenden Zentrum nach links unten heller werdend ausdifferenzieren. Folglich können sie dann aber nicht Teil des Hintergrunds sein, sondern gehören zu einem Objekt, welches sich im rechten oberen Vordergrund vor der Krankenschwester befindet. Diese Lesart ist nur denkbar beim Einsatz eines Zoomobjektivs zur optimalen Tiefenschärfe über die Anpassung bzw. Erhöhung der Brennweite an das zu fotografierende Motiv mit dem Resultat,

dass alle außerhalb des Fokus befindlichen Elemente des Bildausschnitts – im Hintergrund ebenso wie im Vordergrund – extrem unscharf werden. Damit wird einerseits die extreme Unschärfe des Hintergrunds ersichtlich, andererseits aber auch der Umstand erklärt, weshalb einige Strähnen noch gut sichtbar durch die beige schimmernde Fläche erkennbar bleiben.

Zu erschließen verbleibt nun aber, um was für ein Objekt es sich hier handeln könnte. Bezüglich der Art des Handlungsgeschehens, in welchem sich die Krankenschwester befindet, kamen ursprünglich zwei wesentliche Lesarten in Betracht:

- (1) Die Krankenschwester befindet sich in einem auf sich selbst gerichteten Handlungsgeschehen in Form des Ansetzens zu einem monologisierenden Sprechakt, welcher durch einen intrapersonalen Auslöser motiviert ist.
- (2) Die Krankenschwester setzt zu einem Sprechakt innerhalb einer mit einer anderen Person geteilten sozialen Praxis an.

Lesart (1) impliziert einen Kontext, in welchem die Krankenschwester sich in einer Phase geistiger Konzentration befindet und den Fokus ihrer Konzentration unbewusst reflektierend – z.B. in Form eines Murmelns – verbalisiert. Denkbar ist diese Lesart beispielsweise bei einem Handlungsproblem, wie Planungsarbeiten für die Patientenaufnahme, Medikation oder dem Ablesen von Vitalparametern von einem Überwachungsmonitor – also typische Aufgaben, welche potentiell patientengefährdende Konsequenzen nach sich ziehen können, daher die gesamte Aufmerksamkeit der Krankenschwester einfordern und weiterhin im Rahmen von Bildschirmarbeit vollzogen werden.

Folgt man aber der Blickrichtung der Krankenschwester, so zielt diese in Richtung des umbratarbenen, amorphen Objekts. Dieses ist rechts oberhalb der Krankenschwester, so dass sie quasi leicht aufschaut. Dieser ersten Lesart entsprechend müssten die verschwommenen Flächen die unscharfen Konturen eines Bildschirms oder eines anderen technischen Geräts wiedergeben. Betrachtet man jedoch das Objekt wiederum aus größerer Entfernung, so dominieren eindeutig Formen, die keinem technischen Gerät zuzuordnen sind. Viel mehr dominieren auf Ebene der Form die ovale Gestalt und die Amorphie, während auf Ebene der Farbe neben dem Umbra am rechten oberen Bildrand hellbeige bis hautfarbene Töne zu erkennen sind: Der Lesart (2) folgend legt das Umbra hier beim Betrachter die Assoziation von dunklen Haaren nahe, während die hellbeigen bis hin zu hautfarbenen Töne die seitliche

Kontur eines Hinterkopfes andeuten könnten und auf die nur schemenhaft wahrnehmbaren Umrisse des Kopfes einer Person schließen lassen, die mit ihrem Rücken zum Betrachter steht.

Auch wenn somit eine eindeutige Klärung des Objekts, das im Fokus der Blickrichtung der Krankenschwester steht, nicht mit vollständiger Ausschließlichkeit erreicht werden kann, deutet die wahrnehmbare Konstellation stärker auf eine Szenerie, in der die Krankenschwester sich in einer Interaktion – also einer sozialen Praxis – mit einer anderen Person befindet. Berücksichtigt man aber eine hier zu präsupponierenden Intentionalität in Bezug auf den Fokus auf die Krankenschwester, so lassen sich hier wiederum Schlüsse ableiten, die für die Aussage der Fotografie von konstituierender Bedeutung sind und im Rahmen der folgenden Deutung diskutiert werden.

Resümierend verbleibt als Kernaussage bzw. Botschaft der Fotografie der ernsthafte, konzentrierte und aufmerksame Blick der Krankenschwester. Gezeigt wird sie in einer augenscheinlich typischen Situation ihrer beruflichen Praxis. Die „Schnappschuss“-Ästhetik dieser Aufnahme betont neben der Ernsthaftigkeit in der Mimik auch die Spontaneität der Szenerie durch das Fehlen irgendwelcher Arrangements oder Posen. Durch die Flüchtigkeit wird im Betrachter der Eindruck von Authentizität erweckt. Unter der Perspektive eines normativen Konstrukts wirkt Authentizität als ein Instrument, Skepsis, Zweifel oder Misstrauen zu nivellieren: Sie repräsentiert Faktizität und transportiert das Versprechen von Wahrhaftigkeit; weckt so beim Adressaten das Gefühl von Aufrichtigkeit, Vertrauenswürdigkeit und Verlässlichkeit.

Auf der Ebene der Gestaltung wird diese Botschaft durch die Fokussierung auf das Gesicht der Krankenschwester verstärkt: einerseits durch den unscharfen Hintergrund mit seinen neutral anmutenden Farben, andererseits durch den azurblauen Kasack, der durch seinen zurückweichenden Charakter gleichsam das Handlungsgeschehen noch betont, dessen Kontext dem Betrachter jedoch nicht direkt ersichtlich und damit sein Ausgang offen ist.

Dabei entsteht jedoch auch eine inhärente Spannung: Einerseits wird ein Handlungsgeschehen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt, andererseits nicht aufgeklärt, welcher Inhalt diesem Handlungsgeschehen zugrunde liegt. Diese Spannung verleiht der Szenerie eine gesteigerte Dramatik und bewirkt beim Betrachter eine Verstärkung der Aussagekraft des

Motivs. In die gleiche Richtung weist die Wahl des Motivs: Titelseiten oder Cover sind immer derart intentional ausgestaltet, dass sie das konstitutive Wesen ihres Inhalts als Kernaussage repräsentieren. Hier wird aber nicht – wie zu vermuten wäre – das Krankenhaus, ein Logo oder ein anderes genuines Identifikationsmerkmal mit einer konstitutiven Symbolwirkung für dieses Krankenhaus abgebildet, sondern es wird eine Krankenschwester – also eine menschliche Person – gezeigt. Die Abbildung eines Menschen evoziert beim Betrachter ein höheres Niveau der Nähe, als z.B. ein Logo oder ein Klinikgebäude. Diese Nähe wird durch die Darstellung einer Krankenschwester noch verstärkt: Die Krankenschwester als Repräsentantin der Pflege befindet sich ständig in einer unmittelbaren Interaktion mit dem Patienten. Während Ärzte mit dem Patienten nur dann direkt interagieren, wenn eine unmittelbare Präsenz des Arztes beim Patienten – wie bei der Visite, der Untersuchung oder einem operativen Eingriff – notwendig wird, so ist die Pflege diejenige Berufsgruppe, die mit Aufgaben wie Grundversorgung, alltägliche Hygiene oder Mobilisation in nächster Nähe des Patienten tätig wird. Zu konstatieren verbleibt an dieser Stelle jedoch auch, dass mit der Wahl, eine Aufnahme ohne jegliche Hinweise auf die genuinen Wesensmerkmale des betreffenden Krankenhauses auf die Titelseite zu platzieren, eine Aussage getroffen wird: Die Räumlichkeiten des extrem unscharf gehaltenen Hintergrunds sind nicht genauer zu erkennen und könnten potentiell in jedweder klinischen Einrichtung oder auch woanders aufgenommen worden sein. Mit dem Fokus auf die Krankenschwester wird für den Betrachter demnach ein Raum für Assoziationen eröffnet, die dieser mit der Profession der Pflege im Allgemeinen und der Aussage der Fotografie im Speziellen verbindet. Als ein Ergebnis lässt sich dementsprechend festhalten, dass die Krankenschwester – assoziiert mit dem Bild der Fürsorge für den Patienten – hier dem Betrachter als eine Repräsentantin für Nähe und Patientenorientierung im beruflichen Handeln entgegentritt, gleichzeitig jedoch – bedingt durch die extreme Nahaufnahme – in ihrer Symbolik artifiziell überhöht wirkt.

Vor dem Hintergrund dieser artifiziellen Symbolik deutet auch die Wahl einer „Schnappschuss“-Ästhetik auf einen inhärenten Widerspruch: Für eine Fotografie in der Art eines „Schnappschusses“ bedarf es immer eines gewissen Grads an Zufälligkeit und Natürlichkeit. Typischerweise werden „Schnappschüsse“ bedingt durch die zeitliche Flüchtigkeit, in der das Motiv für den Fotografen existent ist, spontan und aus kürzerer Distanz aufgenommen. Für das genaue Einstellen eines Teleobjektivs bleibt in der Regel keine Zeit. Hier wurde aber unter Einsatz eines Tele- oder Zoomobjektivs aus einer größeren

Distanz fotografiert, was zu dem Effekt führt, dass außer dem anvisierten Fokus alle anderen Bildsegmente unscharf werden. Damit gerät aber der Einsatz eines Zoomobjektivs zu einem artifiziellen und bewusst gewählten Stilmittel. Dieses Stilmittel verstärkt den Eindruck der Dreidimensionalität beim Betrachter durch das Spiel zwischen Schärfe und Unschärfe, ebenso wie durch den Einsatz von Fluchtlinien im linken und im rechten Hintergrund. Damit entsteht ein Eindruck beim Betrachter, direkt in das Geschehen eingebunden zu sein, also als stiller Beobachter die abgebildete soziale Praxis quasi zu teilen.

Als Ergebnis lässt sich an diesem Punkt der Analyse festhalten: Die Fotografie bildet eine soziale Praxis – den Nucleus menschlicher Interaktion – ohne weitere Informationen über deren inhaltlichen Kontext ab. Den Fokus der Aufnahme dominiert die ernsthafte und aufmerksame Mimik einer Krankenschwester. Durch die Flüchtigkeit der Momentaufnahme entsteht eine Impression von Authentizität im beruflichen Handeln der Krankenschwester, mit welcher Assoziationen wie Wahrhaftigkeit, Verlässlichkeit und Vertrauenswürdigkeit verbunden werden können. Die Fotografie evoziert hiermit beim Betrachter die Konnotation eines Versprechens von Aufrichtigkeit und Wertschätzung, gleichwohl die Szene durch Kontingenz – also Offenheit – geprägt ist. Durch den Einsatz eines Teleobjektivs wird einerseits räumliche Nähe zwischen Betrachter und Motiv aufgebaut, andererseits jedoch auch ein gewisser Grad an Artifizialität erzeugt, der sich seinerseits mindernd auf die authentische Wirkung der Fotografie auswirkt und dieser ein manieriertes Attribut verleiht.

Nach der Betrachtung des ikonischen Zentrums fällt der Blick des Betrachters auf die Textsequenz, die über der Fotografie auf einer blauen Fläche platziert ist, deren unterer Rand sich aus der Perspektive des Betrachters in einer Wellenbewegung von links nach rechts verjüngt. Die Eingangsequenz ist in weißer Schriftfarbe – also invers – im Font DaxCondensed-Bold²⁴¹ gestaltet und lautet:

(1) Strukturierter Qualitätsbericht

Diese Textsequenz imponiert mit einer Größe von 38,5, die mehr als doppelt so groß ist wie die übrigen Textelemente. Die Wahl bei der Gestaltung des Zeichensatzes verstärkt diesen Eindruck: Es handelt sich hier um schmale Buchstaben mit wenig Kontrast und fehlenden

²⁴¹ Dieser Schrifttypus gehört nicht zu den gängigen Typen in Textverarbeitungsprogrammen und weist so auf den Umstand, dass hier nicht auf einen ubiquitär verfügbaren Schrifttypus zurückgegriffen wurde, sondern eine bewusste Auswahl eines seltenen, fast avancierten Schrifttyps getroffen wurde.

Abstrichen. Während typische Schriftarten für Fließtexte zu deren besserer Lesbarkeit eine klare Konturierung mittels Serifen aufweisen, deuten die serifenlosen Buchstaben auf einen typischen Font für Überschriften. Weiterhin ist die Textsequenz an oberster Stelle der Titelseite positioniert, so dass in Bezug auf die Darstellung auf eine Überschrift – also eine Ankündigung des folgenden Inhalts – geschlossen werden kann.

Das attributive Adjektiv „strukturiert“ wird aus dem des Substantivs „Strukturierung“ bzw. dem Verbum „strukturieren“ abgeleitet und bezeichnet das Ergebnis eines Ordnungs- bzw. Differenzierungsprozesses. Ordnen beinhaltet dabei die Klassifizierung bzw. Kategorisierung eines Zusammenhangs – wie ein System oder eine Menge zueinandergehöriger Elemente – anhand von vorher definierten Merkmalen zur Einteilung in Arten oder Klassen. In sein Gegenteil umgekehrt impliziert das Adjektiv die Möglichkeit, dass es auch unstrukturierte Zustände gibt, deren Elemente keinerlei Bezüge zueinander aufweisen und solche auch nicht herstellbar sind. Verbalsprachlich spiegelt sich Ordnen in typischen Verwendungen wieder wie „strukturiertes Arbeiten“, „strukturiertes Denken“ oder etwa „strukturierter Fragebogen“. Hier liegt die Annahme nah, dass Prozesse des „Strukturierens“ in Kontexten des rationalen Handelns von Menschen stattfinden und eben besonders in Erscheinungsformen von Arbeit. Versucht man den Begriff „strukturiert“ außerhalb von Handlungskontexten anzuwenden, fällt dies ungleich schwerer. Hier nutzt man üblicherweise vielmehr das passive Adjektiv „strukturell“ des Substantivs „Struktur“ mit Redewendungen wie „strukturelle Kopplung“, „strukturelles Defizit“ oder „strukturelle Arbeitslosigkeit“ zur Beschreibung von Zuständen. Darüber hinaus impliziert „strukturiert“ im Verständnis einer Zäsur zusätzlich eine zeitliche Dimension: den Zeitraum vor der Strukturierung, in dem das Objekt der Strukturierung noch anders strukturiert oder gar vollkommen unstrukturiert war, und den Zeitraum nach der Strukturierung, der nun den gegenwärtigen Zustand darstellt.

An dieser Stelle lässt sich den Ausführungen entsprechend festhalten, dass das Adjektiv „strukturiert“ als Resultat menschlichen Handelns Vorgänge des Differenzierens und des Ordnen mit einem bestimmten Ziel umschreibt. „Strukturieren“ verfolgt dabei ein Resultat, welches die Transparenz des „zu strukturierenden“ Zusammenhangs erhöht und so seine Erfassung erleichtert. Dies verleiht ihm einen Charakter von Rationalisierung und Standardisierung, weist damit weiter auf eine funktionale Differenzierung und auf ein Auftreten in professionalisierten Zusammenhängen hin.

Das Kompositum „Qualitätsbericht“ setzt sich zusammen aus den beiden Substantiven „Qualität“ und „Bericht“. Der vorangestellte Kern „Qualität“ leitet sich aus dem lateinischen „qualitas“ – zu deutsch Eigenschaft, Beschaffenheit – ab und kennzeichnet erst einmal neutral den Zustand eines Bewertungsgegenstands. Ein solcher Gegenstand kann sowohl materiell in Form von Produkten oder Gütern, als auch immateriell in Gestalt von Dienstleistungen vorliegen. Weiterhin muss ein definierter Bezugsrahmen bestehen, der den Maßstab oder die Kriterien für die Bewertung festlegt. Zur eigentlichen Bewertung, ob die gestellten Anforderungen auch real erfüllt werden, wird dem Begriff in der Alltagssprache meist ein normatives Attribut wie „gut“ oder „schlecht“ zugeordnet. Demnach kann beispielsweise ein Produkt gute oder schlechte Qualität aufweisen. Im Sprachgebrauch hat sich allerdings auch eine Bewertung in Form von „von minderer Qualität“ bzw. „von hoher Qualität“ durchgesetzt. Hiermit verschiebt sich jedoch die neutrale Bedeutung von „Qualität“ hin zu einer impliziten Wertung in Form von hoher Güte oder eines Gebrauchswertversprechens. Verbalsprachliche Beispiele findet man hierfür in „Qualitätsprodukt“, „Qualitätsarbeit“, „Qualitätswein“ oder „Qualitätswerkzeug“.²⁴² Aber auch Beispiele wie „Qualitätsmanagement“, „Qualitätshandbuch“ oder „Qualitätszirkel“ implizieren ex ante einen hohen Grad an Wertigkeit, da sie Instrumente zur Sicherung und Verbesserung der Qualität einer Organisation darstellen. Indes fällt auf, dass alle aufgeführten Begriffe aus dem Kontext von Wirtschaft oder Arbeit – also dem Bereich des professionalisierten Handelns – stammen. Dagegen fällt eine Zuordnung zu privaten Kontexten schwer.²⁴³ Denkbar wäre hier höchstens die Verwendung der Redensart „menschliche Qualität“. Diese Redensart verweist in ihrem Kern aber auf eine anerkennende Attestierung von Verantwortungsbewusstsein eines oder mehrerer Menschen, also einen normativ gewissenhaften Umgang mit reziproken Pflichten und Rechten. Denkbar wäre auch ein Gebrauch in Form von „...er hat aber auch seine Qualitäten“ – beispielsweise in einem Gespräch zwischen zwei Personen über eine nicht anwesende dritte Person. Das Beispiel impliziert einen Kontext, in welchem rational die Eigenschaften einer Person in der Form eines Dafürhaltens oder Verteidigens zur Gewährleistung einer objektiven Perspektive bilanziert werden. Aber auch hier kennzeichnet dieses Verständnis unterschwellig ein Verhältnis von Anspruch und Entsprechung – in Form der Angemessenheit einer Leistung.

²⁴² Der Textsequenz entsprechend werden nur Komposita angeführt, in welchen der Begriff „Qualität“ als semantischer Kern vorangestellt ist.

²⁴³ Die Komposition „Lebensqualität“ kennzeichnet noch am ehesten einen Verwendungszweck außerhalb eines professionalisierten Kontextes. Hier determiniert das vorangestellte Substantiv „Leben“ jedoch den Kern der Komposition und damit ihre semantische Eigenschaft, während „Qualität“ lediglich den grammatikalischen Kopf darstellt.

An dieser Stelle lässt sich aus den Überlegungen folgende Schlüsse ziehen: „Qualität“ impliziert erstens einen neutralen Zustand, welcher durch definierte Kriterien zu bewerten ist. Darüber hinaus wird „Qualität“ alltagssprachlich auch als Synonym für Güte benutzt und wirkt so als ein Versprechen für Angemessenheit. Eine Verwendung findet der Begriff besonders in Bezug auf professionelle Praxis.

Der grammatikalische Kopf des Kompositums „Bericht“ bezeichnet die objektive Auskunft über einen Sachverhalt an einen bestimmten Adressatenkreis mit allen wesentlichen Informationen und hat damit immer einen dokumentativen Charakter.²⁴⁴ Aus dem Sprachgebrauch sind Berichte beispielsweise an den Vorstand oder Aufsichtsrat eines Unternehmens, Berichte einer Untersuchungskommission an ein politisches Gremium, Berichte des Bundesrechnungshofs oder journalistische Berichte in Form von Hintergrundberichten oder Liveschaltungen eines Fernsehsenders zu Ereignissen vor Ort bekannt. In der Regel werden Berichte schriftlich verfasst und vom Autor im Imperfekt formuliert, um so zu kennzeichnen, dass es sich um eine objektive Tatsachenschilderung in Form eines abgeschlossenen Geschehens handelt. Daher fehlen in Berichten auch jegliche normative Bewertungen durch den Autor, so dass der ihnen innewohnende Charakter von Authentizität verstärkt wird. Weiterhin impliziert die Form des Berichts, dass der Adressatenkreis des Berichts in einer eindeutigen Verbindung zu dessen Inhalt steht, seinen Zweck kennt sowie die Kompetenz besitzt, qualifiziert zu dieser Stellung zu beziehen. Dieser Umstand verweist auf einen Grad von Exklusivität in Bezug auf die Adressaten. Hieraus lässt sich folglich der Adressatenkreis als eine für die Berichterstattung legitimierte Peergroup kennzeichnen, der dazu legitimiert ist, die enthaltenen Informationen zu erhalten, zu bewerten und für zukünftige Entscheidungen als Maßstab zu Grunde zu legen. Hierfür werden vom Autor die für den Berichtszweck ex ante wesentlichen Informationen aufbereitet, Nebensächlichkeiten ausgeklammert und somit gleichsam eine Strukturierung bei der Erstellung vorgenommen. Hier kommt ein zeitlicher Bezug zwischen den zu berichtenden Ereignissen und dem Bericht selbst zum Ausdruck. Der Autor übernimmt dementsprechend eine Verantwortung durch die hierfür notwendige Kompetenz bei der Auswahl der wesentlichen Inhalte, die wiederum in sich qua ihres Anspruchsniveaus auf eine professionelle Praxis hindeuten. Zusammenfassend lassen sich für den Begriff „Bericht“ folgende Wesenszüge festhalten: In schriftlicher Form stellen Berichte eine objektive Dokumentation

²⁴⁴ Selbst der „Erfahrungsbericht“ hat die Aufgabe, seinen Gegenstand – das subjektive Erleben des Autors – objektiv in Form eines Tatsachenberichts wiederzugeben.

von in der Vergangenheit aufgetretenen Ereignissen dar, die einem exklusiven Adressatenkreis von einem Textproduzenten im Rahmen einer professionellen Praxis zur Verfügung gestellt wird.

Die Ergebnisse der drei Teilanalysen zusammenführend repräsentiert die Textsequenz „strukturierter Qualitätsbericht“ erst einmal den Titel eines schriftlichen Protokolls aus einer professionellen Praxis. In einem neutralen Verständnis von Qualität kündigt der Titel eine objektive Zustandsbeschreibung eines gegebenen Sachverhalts oder eines Geschehens an. In einem Verständnis von Qualität, das dem Begriff per se ein Versprechen auf Angemessenheit beimisst, deutet er dagegen auf ein Gebrauchswertversprechen hin. Der Kopf der Komposition „Bericht“ verweist in diesem Zusammenhang jedoch zwingender auf ein neutrales Verständnis und damit auf eine objektive und strukturierte Dokumentation von zurückliegenden Ereignissen. Durch die damit verbundene semantische Wiederholung in Adjektiv und Substantiv lässt sich der Titel rhetorisch als Pleonasmus einordnen.

Weiterhin impliziert die Textsequenz, dass den Adressaten als Zugehörige einer exklusiv legitimierten Gruppe bewusst ist, worum es sich bei dem Titel – also der Ankündigung des nun Folgenden – handelt. Ohne Hinzuziehung von Kontextwissen verbleibt jedoch unklar, worauf sich der Titel konkret bezieht: Hier könnte es sich genauso um einen internen Bericht zur Qualitätssicherung der Produktion eines Automobilzulieferers handeln, wie auch um nationale Schulleistungsevaluationen als mögliche Folge der PISA-Studien. Unter Einbezug des pragmatischen Rahmens besteht aber die Information, dass es sich hier um eine gesetzlich verordnete und standardisierte Broschüre zur Information und Entscheidungshilfe für Patienten, Ärzte und Krankenkassen handelt, bei der die Inhalte, Umfang und das verpflichtende Datenformat festgelegt sind. Diese Standards umfassen die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses, Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten und Fachabteilungen, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.²⁴⁵ Auch der Titel „strukturierter Qualitätsbericht“ ist verpflichtend auf dem Deckblatt aufzuführen.²⁴⁶ Darüber hinaus bleibt es den Krankenhäusern selbst überlassen, unter Einhaltung dieser verpflichtenden Vorgaben die Qualitätsberichte eigenständig zu gestalten.²⁴⁷

²⁴⁵ Gemeinsamer Bundesausschuss 2007b: 2 f.

²⁴⁶ Gemeinsamer Bundesausschuss 2009: 2 ff.

²⁴⁷ Ebd.

Unter Einbeziehung des Kontextwissens aus dem pragmatischen Rahmen ist klar, dass es sich bei dem Titel des Protokolls nicht um die freie Wahl eines Krankenhauses handelt, sondern um eine gesetzliche Vorgabe, die das Krankenhaus zu einer standardisierten Benennung zwingt. Unter der Prämisse, dass trotz der Veröffentlichungspflicht der Kennzahlen nach gesetzlich vorgegebenen Standards Krankenhäuser frei in der Wahl des Titels wären, ist davon auszugehen, dass hierbei auch andere Titel gewählt würden. Diese Hypothese folgt der Überlegung, dass Titel immer die Kernaussage ihres Inhalts darstellen oder diesen wenigstens prägnant illustrieren. Damit würden die einzelnen Krankenhäuser aber Titel wählen, die ihre Leserschaft eindeutiger adressieren und zusätzlich die konstitutiven Merkmale des Krankenhauses berücksichtigen.²⁴⁸ Resümierend repräsentiert die Textsequenz „strukturierter Qualitätsbericht“ so einen Ausdruck einer Deautonomisierung von Krankenhäusern.

Unter der Perspektive, dass der Leser das Dokument intentional zur Informierung auswählt und über das oben eingeführte Kontextwissen verfügt, lässt sich im Rahmen der Analyse nun schließen, dass der Textproduzent mit der Textsequenz „Strukturierter Qualitätsbericht“ dem Adressaten gegenüber die Ankündigung des Dokumenteninhalts vornimmt: Der Adressat weiß, dass es sich um ein gesetzlich verpflichtendes Dokument handelt, welches alle Informationen über die wesentlichen Kennzahlen und Leistungen eines bestimmten Krankenhauses zusammenfasst.

Unter der Überschrift folgt in kleineren Buchstaben als Untertitel die Textsequenz:

(2) gemäß §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V für das Berichtsjahr 2006

Diese Textsequenz ist in der Schriftart DaxCondensed-Light in der Größe 12 mit weißer Schriftfarbe der fettgedruckten Überschrift unterstellt. Die Präposition „gemäß“ deutet hier auf eine Entsprechung im Sinne des Folgeleistens einer Vorgabe oder Richtlinie hin. Der Präposition folgt die Sequenz „§137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V“: Sie deutet mit dem an den Anfang gestellten Paragraphenzeichen und den Abkürzungen der Texteinheiten „Absatz“ und „Nummer“ wie auch dem Begriff „Satz“ auf ein Zitat eines juristischen Textes wie beispielsweise eines Gesetzestextes oder einer Verordnung hin. Unter Einbeziehung der

²⁴⁸ Denkbar wären hier Titel wie „Krankenhaus X im Profil“ oder „Darstellung des Krankenhauses X“. Weiterhin ist zu vermuten, dass Krankenhäuser auf ihre Kernkompetenzen rekurrieren würden. So unterscheidet sich ein Maximalversorger von einer Spezialklinik für Neurochirurgie und Neurologie und würde dies bereits mit dem Titel kennzeichnen.

nächsten Sequenzeinheit „SGB V“ erhärtet sich diese Vermutung: Die Abkürzung „SGB V“ steht für das fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs – also die Kodifizierung des Rechts auf soziale Sicherung. Folglich bestärkt diese Sequenz die Annahme, dass es sich um den Verweis auf eine legislative Vorgabe handelt, die einerseits den Titel des Dokuments festlegt, andererseits das Dokument selbst in ein bindendes Verhältnis zum Sozialrecht stellt. Dieser Verweis verstärkt den legitimen Charakter des Titels durch den Bezug auf eine rechtliche Norm. Das Ende der Textsequenz „für das Berichtsjahr 2006“ besteht aus einer modalen Präposition mit regiertem Akkusativ und drückt so grammatikalisch ein Verhältnis aus. Das Substantiv „Berichtsjahr“ impliziert hier einen definierten Zeitabschnitt, zu dessen Ende ein Bericht erstellt wird. Darüber hinaus ist durch die grammatikalische Konstruktion und die Benennung des Jahres der Hinweis enthalten, dass es sich nicht um ein singuläres Ereignis handelt. Vielmehr deutet die Konstruktion auf ein Berichtswesen, das sich in vorher definierten Zeitintervallen entweder freiwillig oder qua Vorschrift vollzieht. Unter Einbindung des Hinweises auf das Sozialgesetzbuch ist aber hier auf eine legislative Vorschrift zu schließen. Der Begriff „Bericht“ drückt dabei die objektive Auskunft über einen Sachverhalt an einen bestimmten Adressatenkreis mit allen wesentlichen Informationen gemäß einer Rechtsbindung aus. Zusammenfassend lässt sich hieraus die Folgerung ableiten, dass der Untertitel eine Legitimationsfunktion für die Überschrift übernimmt: Es wird einerseits auf die obligate Verbindlichkeit des Protokolls – also einer legislativen Verpflichtung zur Erstellung eines Qualitätsberichts – hingewiesen, andererseits ein Versprechen für die Angemessenheit des Inhalts nach Maßgabe des zitierten Paragraphen gegeben. Der Textproduzent hebt hiermit die Legitimität des Protokolls hervor.

Der Hintergrund der Überschrift ist offensichtlich ein graphisches Element in einem kalten blauen – preußischblau anmutenden – Farbton gehalten und stellt einen farblichen Kontrast zum Azurblau des Kasacks der Krankenschwester dar. Gleichzeitig hält das Preußischblau aber durch die gleiche Grundfarbe ein harmonisch wirkendes Passungsverhältnis aufrecht. Das graphische Element gibt der durch ihre Größe dominant wirkenden Überschrift nun einen dezenten, zurückweichenden Charakter und verschluckt fast dabei den Untertitel. Auffällig ist die untere Begrenzung der Farbfläche hin zur Fotografie, welche sich – wie bereits beschrieben – in einem wellenförmigen Verlauf von links nach rechts bis auf die Hälfte der Fläche verjüngt. Diese Wellenbewegung gibt der Farbfläche eine eigene Dynamik, die sich doppelt auswirkt: Einerseits wirkt die Farbfläche weniger starr und monolithisch als eine rechteckige Fläche, so dass die Überschrift betont wird, andererseits betont sie die unscharf dunklen Konturen der rechten Bildseite, die oben als ein mögliches Gegenüber der

Krankenschwester gedeutet werden konnte, und unterstützt zusätzlich die Spannung in der Fotoszenerie. Der wellenförmige Verlauf weckt zudem Assoziationen einer Bewegung der Titelseite – denkbar wäre hier ein symbolisches Umblättern einer Seite – als eine Art Einladung an den Adressaten, sich über die Titelseite hinweg den folgenden Inhalt anzuschauen. Weiterhin entsteht der Eindruck von Dynamik und Leichtigkeit. Resümierend handelt es sich um ein intentional gestaltetes graphisches Element, das sowohl die Dramatik der Szenerie der Fotografie unterstützt, als auch dem Gesamteindruck ein artifizielles Erscheinungsbild gibt.

Nachdem der obere Teil der Eingangsseite erfasst wurde, wandert der Blick des Betrachters auf die Fußzeile. Sie ist weiß hinterlegt, 3,5 Zentimeter hoch und erstreckt sich in der Breite über die gesamte Seite. Damit bildet sie einen deutlichen Kontrast zu den farbigen Elementen im Zentrum. Auf der linken Seite ist die dritte Textsequenz zu lesen:

(3) Herausgeber:

Diese Sequenz ist mit der Schriftart DaxCondensed-Light in Größe 9,5 verfasst. Auffällig ist hier, dass entgegen den bisherigen Textsequenzen durchgängig Majuskeln und jeweils größere Abstände zwischen den einzelnen Buchstaben benutzt werden, was auf die Wahl einer Versalschrift deutet. Trotz der geringen Schriftgröße hebt die Versalschrift mit ihren größeren Abstand zwischen den einzelnen Buchstaben diese Sequenz hervor: Sie stellt einerseits einen Bruch zu der Schreibweise der anderen Textsequenzen dar, markiert gleichsam einen Neubeginn eines Textes, andererseits betont sie ihre eigene Bedeutung bzw. die des nun folgenden Textes. Inhaltlich steht der Begriff „Herausgeber“ für eine natürliche oder juristische Person bzw. eine Gruppe von Personen, welche die Veröffentlichung bzw. Edition eines Textes koordinieren und inhaltlich prägen. Als Repräsentant und meist auch als Koautor ist der Herausgeber für den Text maßgeblich verantwortlich, verfasst diesen aber nicht in seiner Gesamtheit. Unter Rückgriff auf die pragmatische Rahmung wirkt dies erst einmal überraschend, da die Überschrift einen Qualitätsbericht eines Krankenhauses ankündigt und damit auch die vollständige Autorenschaft des betreffenden Krankenhauses verspricht. Präsupponierend, dass ausschließlich Krankenhäuser ihre eigenen Qualitätsberichte verfassen müssen und keine dem Krankenhaus unzugehörige Instanz diese editieren darf, lässt sich hier nur ein Schluss ziehen: Der Herausgeber des Qualitätsbericht ist

nicht mit demjenigen Krankenhaus identisch, über welches der Qualitätsbericht informieren soll, vielmehr handelt es sich um einen mehreren Krankenhäusern übergeordneten Träger.

Die Textsequenz endet mit einem Doppelpunkt. Als Satzzeichen stehen Doppelpunkte vor dem Beginn von Zitaten, Zusammenfassungen oder Auflistungen: Sie markieren die Trennung einzelner Textsequenzen und betonen die Folgesequenz. Damit lässt sich die Funktion dieser Textsequenz als eine Betonung des nun Folgenden bestimmen. Trotz der geringen Größe sticht sie durch die Majuskelschrift vor dem weißen Hintergrund kontrastierend hervor und besitzt durch ihren Kontrast zu den anderen Textsequenzen hierdurch einen artifiziellen Charakter, der auf ein bewusst gewähltes Gestaltungselement schließen lässt.

Hierauf folgt nun die bereits von vornherein betonte Textsequenz:

(4) Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein gGmbH I

Diese Textsequenz ist in der Schriftart DaxCondensed-Bold in der Größe 10 gestaltet. Obwohl hier keine Versalschrift vorliegt, hebt ihr Fettdruck sie noch stärker als die vorangegangene Sequenz, die dem Adressaten die den „strukturierten Qualitätsbericht“ verantwortende Instanz ankündigt, vor dem weißen Hintergrund hervor. Das Adjektiv „evangelisch“ gibt hier die Information der konfessionellen Zugehörigkeit zur lutherischen Kirche. Die evangelische Kirche beruft sich seit der Reformation nach dem Sola-Scriptura-Prinzip allein auf das Evangelium und unterscheidet sich von der römisch-katholischen Kirche im Wesentlichen dadurch, dass ausschließlich Jesus Christus und nicht eine religiöse Gruppierung die Autorität über die Mitglieder der Kirche innehat. Die kopulative Konjunktion „und“ deutet nachstehend eine Reihung einer oder mehrerer Sequenzeinheiten an. Hierauf folgt das Substantiv „Johanniter“, das eine im Mittelalter in Jerusalem gegründete christliche Ordensgemeinschaft bezeichnet, welche als Organisation der evangelischen Kirche Ordenswerke wie Unfallambulanzen, Krankenpflegeschulen von Schwesternschaften sowie Krankenhäuser unterhält. Auffällig ist hier, dass der Konjunktion „und“ kein weiteres Adjektiv folgt, wie es der adjektivische Sequenzeingang „Evangelisches“ vermuten lassen würde. Stattdessen folgt ein Substantiv, welches durch die Textkonstruktion in sich aber auf einen attributiven Charakter schließen lässt. Festzuhalten verbleibt an dieser Stelle, dass es sich hier um ein Wortpaar handelt, das auf einen eindeutigen Bezug zur evangelischen Kirche verweist. Mit

dem Substantiv „Klinikum“ wird dem Adressaten der Kern der Textsequenz offenbart: Der Wortstamm „Klinik“ leitet sich aus dem altgriechischen „kliniké“ für Ruhelager, Bett ab. Kliniken sind eine Sonderform von Krankenhäusern und unterscheiden sich von diesen dadurch, dass sie einen spezifischeren Fokus als Krankenhäuser in der medizinischen Behandlung haben. Im ursprünglichen Verständnis oblag ihnen daher die Ausbildung von Medizinstudenten. Der Begriff „Klinikum“ bezeichnet in der Regel einen Verbundkomplex von Kliniken. Hiermit lässt sich nun auf den Kern der Textsequenz schließen: Es handelt sich um eine Organisation, die einzelne Kliniken in einer gemeinsamen Trägerschaft vereint und ihre Zugehörigkeit zur evangelischen Kirche sowie zum Johanniterorden bekennt.

Dem Kern der Textsequenz folgt das Substantiv „Niederrhein“, das offensichtlich den Namen des Klinikums darstellt und zwei Lesarten zulässt:

- (1) „Niederrhein“ bezieht sich auf den untersten Teil des Rheins.
- (2) „Niederrhein“ ist der Name einer an die Niederlande und das Ruhrgebiet grenzende Region in Nordrhein-Westfalen.

Lesart (1) impliziert, dass der Namensgeber des Klinikums ein spezifischer Flussabschnitt ist, der den nördlichsten Abschnitt des Rheins innerhalb Deutschlands und der Niederlande bezeichnet. Dementsprechend müsste „Niederrhein“ als Name ein genuines Wesensmerkmal des Klinikums darstellen. Gemessen an der Gesamtlänge des Rheins und seinen vier großen Abschnitten – Hochrhein, Oberrhein, Mittelrhein und Niederrhein – scheint ein solcher Bezug auf einen weitreichenden Geltungsanspruch hinzuweisen: Klinika tragen typischerweise Namen wie „Klinikum Dortmund“ oder beispielsweise „Klinikum Hoyerswerda“ und begrenzen damit ihr regionales Einzugsgebiet auf eine Stadt, was impliziert, dass in einer Nachbarstadt ein anderes Klinikum existieren kann. In dieser Lesart ist aber der nördlichste Abschnitt des größten deutschen Stroms maßgeblich für die Namensgebung, was auf den anzunehmenden Umstand hindeutet, dass entlang des Niederrheins weitere Klinika in regionaler Nähe existieren könnten. Für den Fall, dass dies zutreffen würde, entstünde hieraus eine Legitimationspflicht des Krankenhauses in Bezug auf die Geltung seines Namens. Unter der Prämisse aber, dass es sich bei diesem Klinikum um den größten Verbund einzelner Kliniken im Bereich des Niederrheins handeln würde, wäre diese Legitimationspflicht aufgehoben, da dann der Einzugsbereich des Klinikums seinen Namen rechtfertigen würde.

Lesart (2) richtet sich auf einen Kontext, in welchem der Name einer Region das Klinikum bezeichnet. Wie Lesart (1) weist diese Lesart auf einen weitreichenden Geltungsanspruch hin, da die Region Niederrhein einen beträchtlichen Flächenanteil am Bundesland Nordrhein-Westfalen darstellt. Damit lässt sich für diese Lesart – analog zu obigen Überlegungen – feststellen, dass der Name des Klinikums einer Begründungspflicht unterliegt oder aber das Klinikum der größte Klinikenverbund dieser Region ist und somit alle seine Einwohner adressiert.

Resümierend bleibt eine Klärung, welche der beiden Lesarten nun zutreffend ist, letztendlich schwierig. Es lässt sich aber festhalten, dass es sich bei beiden Lesarten offenkundig um eine Namensgebung nach einer geographische Bezeichnung handelt, mit der ein weitreichender Geltungsanspruch ausgedrückt wird.

Auf den Namen des Klinikums folgt nun die Textsequenz „gGmbH I“. Hierbei handelt es sich um eine Abkürzung, die für eine gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung steht. Diese Form der Gesellschaft mit beschränkter Haftung wird dann als gemeinnützig anerkannt, wenn ihr Zweck selbstlos ist und ihre Ziele ausschließlich durch eine Wohltätigkeit für die Allgemeinheit mittels mildtätig, sozial oder religiös motivierten Wirkens gekennzeichnet ist. Sie unterscheidet sich dementsprechend von Wirtschaftsunternehmen, die eine Gewinnerzielungsabsicht ihrer selbst willen verfolgen, und stellt eine typische Gesellschaftsform für Krankenhäuser oder Kliniken dar.

Die Textsequenz endet mit einem vertikalen Strich. Da dieser sowohl die Versalhöhe als auch die Unterlänge der Textsequenz senkrecht überragt, handelt es sich nicht um einen Buchstaben des verwendeten Schrifttyps, sondern um ein graphisches Element, das eine Trennung zwischen der vorangegangenen Textsequenz und der folgenden hervorhebt. Die folgende Textsequenz lautet:

(5) Fahrner Straße 133 | 47169 Duisburg

Tel.-Nr.: 0203 / 508-00 (Zentrale) | Fax- Nr.: 0203 / 508-1533 | E-Mail: info@ejk.de |

Internetseite: www.ejk.de

Die Textsequenz ist im Font DaxCondensed-Light mit der Schriftgröße 10 verfasst und weicht optisch deutlich im Vergleich zur vorangegangenen Sequenz zurück, ist dennoch gut zu lesen und wirkt durch die auch in dieser Sequenz auftretenden senkrechten Striche

artifiziiell gestaltet, da hier keine üblichen Kommata zur Trennung einzelner Texteinheiten verwendet werden, sondern ein graphisches Element, das nicht zu den gebräuchlichen Satzzeichen gehört. Offensichtlich werden hier vom Textproduzenten die wesentlichen Kontaktdaten mit Adresse, Telefon- und Faxnummer, E-Mailadresse und URL gegeben. Damit wird bereits auf dem Deckblatt eine Art Impressum aufgeführt. Dies ist jedoch für den klassischen Ort eines Impressums untypisch, da dieses sich in der Regel auf der Rückseite des Titelblatts oder aus ästhetischen oder auch funktionalen Gründen am Ende eines Dokuments befindet.²⁴⁹ Mit der Auflistung sämtlicher Kontaktdaten bereits auf der Titelseite des Dokuments wird hier nicht nur eine Suche nach den Kontaktdaten erleichtert, vielmehr wird der Adressat dazu eingeladen, von sich aus den Kontakt zum Klinikum aufzunehmen. Dem Adressaten wird mit dieser Textsequenz ebenfalls die wichtigste Information, dem Sitz des Herausgebers in Duisburg, gegeben. Duisburg als eine der bevölkerungsreichsten Städte in Nordrhein-Westfalen liegt direkt am Niederrhein und zwischen dem westlichen Rand des Ruhrgebiets und der Region Niederrhein. Dementsprechend lässt sich die oben aufgeworfene Frage nach dem Bezug auf Namensgebung des Klinikums an dieser Stelle noch nicht zweifelsfrei beantworten. Festzuhalten bleibt hier jedoch, dass diese Sequenz den Eindruck einer artifiziellen Gestaltung der Titelseite durch die vertikalen Striche als Trennzeichen verstärkt.²⁵⁰ Weiterhin wirkt die Textsequenz wie ein Angebot zu einer Praxiseröffnung durch den Adressaten.

Wandert der Blick des Betrachters von der linken Textsequenz der Fußzeile nach rechts, gerät ein weiteres farbiges Element in den Fokus. Hierbei handelt es sich um eine Kombination eines graphischen Elements und einer Textsequenz mit dem Namen des Klinikums, die auf ein Signet mit der Funktion eines Logos schließen lässt:



Abb. III.1.4: Logo – Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein

²⁴⁹ Der Einbezug der pragmatischen Rahmung verstärkt diesen Eindruck, da die Aufführung eines Impressums des berichtenden Krankenhauses auf der Titelseite nicht vorgeschrieben ist. Somit ist dies als ein freiwilliger Akt des Klinikums zu verstehen.

²⁵⁰ Der artifizielle Charakter entsteht nicht zuletzt dadurch, dass selbst der Gestaltung dieses auf der Titelseite vergleichsweise kleinen Elements ein hohes Maß an Akkuratess gewidmet wird.

Das graphische Element besteht aus einem Kreuz mit vier gleichlangen Kreuzarmen, die auf das Vorliegen eines gemeinen Kreuzes schließen lassen. Dabei sind zwei Kreuzarme – links-horizontal und oben-vertikal – kadmiumrot und zwei Kreuzarme – rechts-horizontal und unten-vertikal – azurblau gestaltet. Die Mitte des Kreuzpfahls ist mit einem weißen Segment gestaltet, das wellenförmig geschwungene Seitenränder aufweist und diesem Segment – wie durch eine Diagonale von links unten nach rechts oben – eine aufwärtsgerichtete Dynamik verleiht. Damit wird die Vertikale des Kreuzes betont.

Das Kreuz ist das konstitutive Symbol des christlichen Glaubens und Ausdruck für die Kreuzigung Jesus Christus. Bei christlichen Kreuzen steht die Waagerechte symbolisch für die Erde und damit für das Menschliche, während die Vertikale für die Verbindung vom Irdischen zum Himmlischen und so zu Gott steht. Kreuze werden weiterhin mit Leiden, Tod und Auferstehung assoziiert – den grundlegenden Elementen des christlichen Glaubens.

Auffällig erscheint die farbliche Gestaltung der Kreuzarme – oben links in roter und unten rechts in blauer Farbe. In seiner symbolischen Wirkung steht die Primärfarbe Rot für Ernst und Würde.²⁵¹ Weiterhin steht Rot für Glück, Energie, Aktivität, Leidenschaft, Liebe, Hass, Aggressivität, Gefahr oder auch Blut und damit für Lebenskraft.²⁵²

Wie weiter oben bereits ausgeführt steht Blau dagegen für Passivität und Zurückweichen.²⁵³ In Bezug auf ihre symbolische Wahrnehmung werden dieser Primärfarbe Eigenschaften wie Treue, Sehnsucht, Ewigkeit, Wahrheit sowie auch Weite, Unendlichkeit und damit der Himmel und das Göttliche zugeordnet.²⁵⁴ Weiterhin deutet Blau auf Entspannung, Ruhe und Konzentration und als Farbe der Treue auf Vertrauen und Verlässlichkeit hin.²⁵⁵

Blau und Rot können dementsprechend in Bezug auf ihre Symbolik als Antipoden verstanden werden, die in ihrer Kombination eine gestalterische Spannung aufbauen. Verstärkt wird diese Spannung durch das weiße Mittelsegment in der Vertikalen – bedingt durch seine dynamische Form einerseits und durch die Farbwahl andererseits. Die Farbe Weiß wird im Allgemeinen

²⁵¹ Goethe 1982: 298

²⁵² Heller 2008: 51 ff.

²⁵³ Vgl. Mante 1970: 20

²⁵⁴ Vgl. Heller 2008: 23 ff.

²⁵⁵ Ebd.: 25

mit Reinheit, Vollkommenheit, Glaube, Licht und Unsterblichkeit, Ewigkeit, Unschuld, Wahrheit und Neutralität assoziiert.^{256 257} Hieraus entsteht ein größtmöglicher Kontrast.

Bedingt durch seine Farbintensität, die damit verbundene Signalwirkung sowie den Umstand, dass das Kadmiumrot die einzige Farbe mit einer gesteigerten Aktivität auf der Titelseite ist, wird das Kreuz durch das Rot dominiert und betont es als graphisches Element zusätzlich. Hierdurch fällt es dem Betrachter schwer, dieses graphische Element bei der Betrachtung der Titelseite zu missachten. Auf Grund seiner einerseits einfachen Grundform und der andererseits artifiziellen Gestaltung, erhält es einen dialektischen Charakter, der den Eindruck von Artifizialität verstärkt und das Interesse des Betrachters umso mehr auf sich zieht.

Rechts neben dem Kreuz befindet sich die Textsequenz „Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein“, die über drei Zeilen hinweg von der oberen Kante des horizontalen Kreuzarms herab zur unteren Kante des vertikalen Kreuzarms positioniert ist. Auch hier ist die Sequenz im Font DaxCondensed verfasst, wobei die Sequenz „Evangelisches und Johanniter“ in schmalen Lettern und die Sequenz „Klinikum Niederrhein“ in fetten Buchstaben gestaltet sind. Bei der Schriftfarbe handelt es sich um ein Azurblau, wobei der Fettdruck des zweiten Sequenzteils diesen ungleich stärker betont. Auffallend ist, dass in beiden Teilsequenzen der Minuskel „l“ in den Worten „Evangelisches“ und „Klinikum“, fetter gestaltet ist, die Versalhöhe übersteigt und nicht dem Schrifttyp DaxCondensed entspricht. Vielmehr wirkt er analog zu der linken Textsequenz der Fußzeile wie ein vertikaler Strich – also wiederum wie ein graphisches Element. Somit entsteht ein Deutungsmusterbruch in Bezug auf die normale Lesegewohnheit, weil in der Regel zu erwarten ist, dass ein Wort aus einer Abfolge von Buchstaben des Alphabets gebildet wird. Dieser Bruch verstärkt beim Leser die Wahrnehmung des Krankenhausnamens und ist als intentional gestaltetes Mittel zu interpretieren, um die Aufmerksamkeit auf dieses Element zu steigern.

Festzuhalten ist hier, dass es sich um ein artifizielles Logo mit der Funktion einer visuellen Repräsentation des Krankenhauses handelt. Dabei sticht es durch das rote Farbsegment des Kreuzes von der sonst zurückweichenden Farbgestaltung der Titelseite hervor und stellt somit sicher, dass der Leser dieses Logo auch wahrnimmt. Der Einsatz vertikaler Striche anstelle der Minuskel „l“ bewirken einen Bruch im Deutungsmuster und damit eine Verstärkung der

²⁵⁶ Ebd.: 146 ff.

²⁵⁷ Hier wird der Einfachheit halber der Umstand missachtet, dass es sich bei Weiß im physikalischen Sinn nicht um eine Farbe handelt, sondern um die Summe aller Farben.

Wahrnehmung. Letztlich ist es Ausdruck einer bis ins Detail ausgestalteten Titelseite und begegnet dem Betrachter durch seine artifizielle Gestaltung wie die Repräsentation einer Marke.

Für die ganze Titelseite kann an dieser Stelle nun folgendes Resümee gezogen werden: Das Ziel der Analyse war es, die Strukturlogik der Außendarstellung des Evangelischen und Johanniter Klinikums Niederrhein mittels des Titelblatts des strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2006 zu rekonstruieren. Als wesentliches Ergebnis kann hier festgehalten werden, dass es sich bei der Titelseite um ein höchst artifiziell gestaltetes Protokoll handelt. Diese Artifizialität entsteht durch folgende Ursachen: Zuerst wird die Titelseite durch eine großformatige Fotografie einer Krankenschwester in einer sozialen Praxis ihres Berufshandelns dominiert, ohne dabei ihr Gegenüber zu zeigen. Dies verleiht der Fotografie eine aufmerksamkeitsregende Dramatik. Die „Schnappschuss“-Ästhetik zielt auf die Repräsentation von Menschlichkeit, Vertrauen und Authentizität ab, wirkt aber in Bezug auf die Funktion der Titelseite, den strukturierten Qualitätsbericht eines Krankenhauses anzukündigen, artifiziell überhöht und damit maniert und so in das Gegenteil verdreht. Zweitens sind die Textsequenzen durchgehend mit graphischen Elementen versehen, die wiederum den artifiziellen Charakter der Titelseite verstärken und auf eine intentionale Gesamtgestaltung schließen lassen, die sich bis in alle Details erstreckt. Drittens imponiert die untypische Positionierung des Impressums mit der Darstellung sämtlicher Kontaktdaten, bei dessen Analyse gezeigt werden konnte, dass es sich nicht um eine verpflichtende Vorgabe, sondern um einen freiwilligen Akt des Klinikums handelt. Hierbei wirkt das Impressum wie ein *Invitatio ad offerendum* – also eine Aufforderung zur Praxiseröffnung an den Adressaten. Während vordergründig besonders die Fotografie und das Logo des Klinikums als Kernbotschaft auf christliche Grundwerte verweisen, überwiegt durch die artifizielle Überhöhung aber der Gesamteindruck eines Gebrauchswertversprechens mit umwerbendem Charakter an die Gruppe der Adressaten, so dass die Titelseite als ein Produkt aus der Praxis des Marketings zu interpretieren ist.

III.1.2 Das Inhaltsverzeichnis

Auf die Titelseite folgt ein Textprotokoll, das sich über ca. einviertel Seiten erstreckt. Die Seiten sind genau wie die Titelseite mit einem nach unten wellenförmig gestalteten, nun etwas flacherem graphischen Element in Preußischblau jeweils am oberen Rand gestaltet und weisen auf der rechten Seite das Logo des Klinikums inklusive des Namens in einem weißen Inversdruck auf, wodurch dem Inhaltsverzeichnis ein artifiziell gestalteter Charakter verliehen wird:

Evangelisches und Johannes Klinikum Niederrhein	
Inhaltsverzeichnis:	
Einleitung	4
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	8
0 Qualitätsmanagement	15
0-1 Qualitätspolitik	15
0-2 Qualitätsziele	17
0-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	19
0-4 Instrumente des Qualitätsmanagements	20
0-5 Bewertung des Qualitätsmanagements	26
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen	27
B-1 Medizinische Klinik I – Innere Medizin (8100)	27
B-2 Klinik für Neurologie (2800)	35
B-3 Klinik für Neurochirurgie (1700)	44
B-4 Klinik für Chirurgie (1500)	51
B-5 Klinik für Thoraxchirurgie (21000)	57
B-6 Klinik für Refraktive u. Ophthalmochirurgie (2200a)	62
B-7 Klinik für Netzhaut- u. Glaskörperchirurgie (27000)	69
B-8 Klinik für HNO-, Nasen-, Ohrenheilkunde (2600)	75
B-9 Abteilung für Mund-Kiefer-Gesichts- und plastische Operationen (3500)	88
B-10 Medizinische Klinik II – Klinik für Bronchial- und Lungenerkrankungen (1400)	85
B-11 Urologie (2200)	91
B-12 Medizinische Klinik III – Nephrologie/ Dialyseabteilung (0400)	97
B-13 Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (2900)	104
B-14 Tagesklinik, Schwerpunkt der Klinik für Allgemeine Psychiatrie (2700)	109
B-15 Zentrale Abteilung für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Notfallmedizin (3700a)	113
B-16 Kinderkardiologie (1100)	117
B-17 Medizinische Klinik III – Kardiologie und Angiologie (0300)	123
B-18 Klinik für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie (2100a)	130
B-19 Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin (3700b)	137
B-20 Zentrale Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie (3700c)	141
B-21 Zentrale Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Neurochirurgie (3700d)	147
B-22 Zentrale Abteilung für Laboratoriumsmedizin (3700e)	151
C Qualitätssicherung	154

Evangelisches und Johannes Klinikum Niederrhein	
Der Qualitätsbericht 2006	
Für das Jahr 2006 muss der Qualitätsbericht erstmals in neu gestalteter Form vorgelegt werden. Das Hauptaugenmerk wurde dabei auf die elektronische Auswertbarkeit gelegt. Durch diese Vorgaben ist die Lesbarkeit einiger Teile des Qualitätsberichtes leider weiter eingeschränkt worden. Wir hoffen, Ihnen dennoch einen informativen Bericht vorgelegt zu haben und bitten interessierte Leserinnen und Leser ausdrücklich, bei Interesse an weiteren Informationen mit uns Kontakt aufzunehmen.	
Hinweis	
Zur besseren Verständlichkeit der Leistungsdarstellung haben wir uns entschlossen, die Diagnosen und Therapiemaßnahmen vollständig in gemeinverständlicher Form darzustellen. Zur Übersetzung wurde die von der Beiratnamens-Sitzung entwickelte und zu diesem Zweck und bereitgestellte Tabelle verwendet.	
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Qualitätsbericht auf die geschlechtliche Benennung des weiblichen Geschlechts verzichtet. Es versteht sich von selbst, dass mit „Patienten“ immer auch Patientinnen gemeint sind.	
Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Dr. med. P. Wergnet, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.	

Abbildung III.1.5: Das Inhaltsverzeichnis des EJK 2006 ²⁵⁸

Oben linksbündig ist die erste Textsequenz zu lesen:

(1) „Inhaltsverzeichnis:“

Diese ist ebenso wie die Textsequenzen auf der Titelseite im Font DaxCondensed-Bold in Schriftgröße 16 und Fettdruck in einem Coelinblau verfasst. ²⁵⁹

²⁵⁸ Die Rahmen wurden zur besseren Abgrenzung der Abbildung nachträglich eingefügt.

²⁵⁹ Zur Symbolik und Wirkung von Blau siehe die Ausführungen hierzu in der Analyse der Titelseite.

Ein Inhaltsverzeichnis ist eine bündige Übersicht bzw. Gliederung mittels Schlagworten oder Überschriften zur Orientierung des Rezipienten innerhalb eines gedruckten oder digitalen Mediums. In der Regel werden den Schlagworten, welche als Überschrift eines konkreten Teils des Mediums fungieren, die entsprechenden Seitenzahlen zugeordnet.²⁶⁰ Inhaltsverzeichnisse werden besonders bei Medien mit größerem Umfang eingesetzt und im Allgemeinen an deren Anfang gestellt, um ihren Aufbau darzustellen.²⁶¹ Schlussendlich repräsentiert ein Inhaltsverzeichnis die inhärente Logik eines Mediums und kündigt die nun folgenden Überschriften der einzelnen Teilkapitel an. Diese Ankündigung wird im vorliegenden Protokoll durch den großen Schriftgrad, den Fettdruck sowie das Setzen eines Doppelpunkts an das Ende der Textsequenz noch unterstrichen.²⁶²

Die nächste Textsequenz lautet:

(2) „Einleitung“

Sie ist in der Schriftart DaxCondensed-Bold in Schriftgröße 10, Fettdruck und ebenfalls in Coelinblau gestaltet.²⁶³ Eine Einleitung ist eine sachliche Form eines Prologs oder Vorworts und steht immer am Anfang eines Textes. Sie hat eine erläuternde Funktion für den Rezipienten, worum es sich bei dem vorliegenden Medium handelt. Während ein Vorwort zusätzlich Dankesklauseln beinhaltet oder etwa auf einer Metaebene das Zustandekommen des Mediums reflektiert und dementsprechend einen persönlichen Duktus des Textproduzenten beinhalten kann, so orientiert sich die Einleitung in der Regel allein an der Sache selbst. Dies kann z.B. eine Sensibilisierung für das Thema oder eine erläuternde Einführung mit einem thematischen Überblick als logische Gliederung sein. Damit begründet die Einleitung immer die sachliche Motivation des vorliegenden Mediums und damit auch seine Kernaussage. Im Zusammenhang mit einem Qualitätsbericht ist hier ein Portrait des

²⁶⁰ Auf die Dokumentation der Seitenzahlen des vorliegenden Inhaltsverzeichnisses wird im Folgenden aus Gründen der Sparsamkeit verzichtet, so dass die einzelnen Kapitelüberschriften nur unter der Perspektive eines Aufeinanderfolgens und nicht in Bezug auf die ihnen zugeordnete Seitenzahl verstanden werden.

²⁶¹ Bei Verzeichnissen, die an das Ende eines Mediums gesetzt werden, handelt es sich meist um Sach- und Personenverzeichnisse. Diese sind detaillierter und haben die Funktion, die Suche nach konkreten Stichworten, zitierten Personen oder Medien zu erleichtern. Während die Teilüberschriften in Inhaltsverzeichnissen chronologisch an den aufsteigenden Seitenzahlen ausgerichtet sind, werden die Inhalte von Sach- und Personenverzeichnissen alphabetisch gegliedert.

²⁶² Siehe hierzu die Herleitung der Bedeutungsbestimmung von Doppelpunkten anhand der Textsequenz „Herausgeber:“, die bereits weiter oben in der Analyse der Titelseite dieses Qualitätsberichts vorgenommen wurde.

²⁶³ Im Folgenden wird bei der Analyse der weiteren Textsequenzen auf Schriftart, Größe und Gestaltung nur noch dann Bezug genommen, wenn diese sich eindeutig von der vorangegangenen unterscheiden.

Krankenhauses mit seinem Leitbild, des selbst gewählten Auftrags oder beispielsweise seiner Historie denkbar.

Hierauf folgt die Textsequenz:

(3) „A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses“

Am Anfang der Textsequenz steht in Versalschrift der Buchstabe A. Der Vokal A ist der erste Buchstabe des Alphabets. Dem Wissen folgend, dass es sich hier um ein Inhaltsverzeichnis handelt, liegt die Vermutung nahe, dass der angekündigten Einleitung im Text nun einzelne Kapitel folgen, welche mit Buchstaben in alphabetischer Ordnung gegliedert sind. Dementsprechend kennzeichnet der Buchstabe A als erster des Alphabets die erste größere Texteinheit des vorliegenden Protokolls als Ausdruck einer Rangfolge, die sich mit den Buchstaben B, C, D usw. fortsetzen wird. Dahinter schließt sich die Teilsequenz „Struktur- und Leistungsdaten“ an. Sie besteht aus zwei Komposita, die durch eine kopulative Konjunktion verbunden werden. Das erste Kompositum „Strukturdaten“ ist hier verkürzt durch einen Bindestrich verfasst, um eine unnötige Dopplung des Kopfes des Kompositums „Daten“ zu vermeiden. Der Kern „Struktur“ leitet sich aus dem lateinischen Begriff „structura“ ab und bedeutet: Zusammenfügung, Bau. Wie bereits oben bei der Bestimmung des attributiven Adjektivs „strukturiertes“ dargelegt, bezeichnet hier Struktur ein Ordnungsmuster von Elementen eines Systems oder einer Menge und ihren Beziehungen zueinander.²⁶⁴ Das Substantiv „Struktur“ beinhaltet somit immer auch die Wahrnehmung eines Systems unter bestimmten Klassifikationsmerkmalen, ist so Ausdruck einer Differenzierung bzw. Ordnung anhand konkreter Kennzeichen und hat einen passiven Charakter.

Der Kopf „Daten“ ist der Plural des Substantivs Datum, welches sich aus dem lateinischen Verb „dare“ für „geben“ ableitet. Daten sind die kleinsten Informationseinheiten und können strukturiert oder unstrukturiert vorliegen. Um Daten dementsprechend lesbar zu machen,

²⁶⁴ Für die detaillierte Herleitung der Bedeutungsbestimmung des Adjektivs „strukturiertes“ siehe die bereits weiter oben vorgenommene Analyse der Titelseite dieses Qualitätsberichts. Das Substantiv „Struktur“ wird hier im Folgenden als Resultat menschlicher Handlungen des „Strukturierens“ bzw. der „Strukturierung“ begriffen. Daher wird der Begriff „Struktur“ auch nicht in Bezug auf die Möglichkeiten, ihn beispielsweise in natur- oder ingenieurwissenschaftlichen Kontexten wie Physik, Chemie und Werkstoffkunde oder außerhalb menschlicher Handlungskontexte zu gebrauchen, weiter behandelt, da oben bereits gezeigt werden konnte, dass es sich um einen „strukturierten Qualitätsbericht“ eines Klinikums handelt und somit die Sparsamkeitsregel eine Ausweitung auf nicht menschliche Kontexte ausschließt.

müssen sie durch eine Syntax geordnet werden. Im heutigen Sprachgebrauch tritt das Substantiv „Daten“ besonders häufig im Zusammenhang mit Informations- und Kommunikationstechnologien auf und steht stellvertretend für digitale Informationen in binärer Form. Hier sei beispielsweise der geläufige Begriff „Stammdaten“ aus der Informatik angeführt. Daten können sich aber auch auf andere Kontexte beziehen: Daten aus Umfragen oder Studien, wirtschaftliche Daten von Ökonomien wie Preisentwicklung, Bruttosozialprodukt und Sparquote oder soziale Daten von Nationalstaaten wie Geburtenrate, demographischer Wandel, Eheschließungen und Scheidungen. Der Begriff „Daten“ wird dementsprechend in Zusammenhängen benutzt, in welchen diese entweder noch einer Verarbeitung bedürfen oder bereits das Ergebnis einer Verarbeitung darstellen. Daten selbst haben für sich aber noch keine Aussagekraft, sondern entweder nur deskriptiven Charakter oder unterliegen der Notwendigkeit einer Aggregation und Interpretation mittels einer Aufbereitung, um Aussagen über den Gegenstand treffen zu können, auf den sie sich beziehen. Damit weist der Begriff „Daten“ in der Alltagssprache eher einen Bezug auf seine Verwendung in quantitativen Kontexten wie Statistiken auf und besitzt erst einmal für sich einen neutralen Charakter.

In der Zusammenführung bezeichnet das „Kompositum „Strukturdaten“ zunächst Informationen zum Wesen eines bestimmten Themengebiets. Strukturdaten werden z.B. vom Statistischen Bundesamt zu Fragestellungen nach Unternehmen, Beschäftigungszahlen, Löhnen oder Umsätzen bestimmter Industriesektoren oder Sparten erhoben. Genauso werden Strukturdaten zu Bund und Ländern in Form von Bevölkerungsstatistiken ermittelt. Strukturdaten sind dementsprechend Kennzahlen, die einen Untersuchungsgegenstand nach vorher festgelegten Kategorien bzw. Standards differenzieren und ihn damit für eine Erschließung operationalisieren.

Das zweite Kompositum „Leistungsdaten“ enthält in seinem Kern das Substantiv „Leistung“. Eine Leistung bezeichnet in der Alltagssprache die Erfüllung einer Anforderung. Physikalisch bedeutet Leistung Arbeit pro Zeit und impliziert damit auch immer ein Ergebnis, das durch eine Tätigkeit bzw. Handlung zustande gekommen ist. Eine Leistung im Verständnis einer Tätigkeit ist damit für sich genommen immer immaterieller Natur, auch wenn das Ergebnis der Leistung materiell sein sollte. Entsprechend der obigen Ausführungen zum Kopf „Daten“ drückt das Kompositum „Leistungsdaten“ standardisierte Informationen aus, die nach vorher

festgelegten Kategorien das Ergebnis einer oder mehrerer Tätigkeiten dokumentiert – also eine Deskription von Fakten.

In Zusammenführung beider Komposita sowie der vorangestellten Majuskel kann hier geschlossen werden, dass es sich bei der Teilsequenz „A Struktur- und Leistungsdaten“ um die Ankündigung deskriptiver und standardisierter Informationen in Form von Kennzahlen über den Aufbau und die Ergebnisse eines spezifischen Untersuchungsgegenstands handelt und dass diese an die erste Stelle einer Rangfolge des vorliegenden Protokolls gesetzt wurden.²⁶⁵

Die Textsequenz endet mit dem Genitiv „des Krankenhauses“. Hier wird dem Rezipienten offenbart, dass das doppelte Kompositum sich auf ein Krankenhaus bezieht. Die gesamte Textsequenz „A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses“ deutet nun auf Informationen über das gesamte Krankenhaus hin. Hierzu gehören u.a. die Trägerschaft, der Organisationsaufbau, abteilungsübergreifende Angebote für Patienten wie Therapien oder Seelsorge, Anzahl und Ausstattung der Räumlichkeiten sowie die Verpflegung. Unter Einbezug der Analyse der Titelseite weiter oben ist bekannt, dass es sich bei dem vorliegenden Protokoll um einen strukturierten Qualitätsbericht eines spezifischen Krankenhauses – das Evangelische und Johanniter Klinikum Niederrhein gGmbH – handelt.²⁶⁶ Somit lässt sich resümieren, dass die Textsequenz nun deskriptive Informationen zum Aufbau, Angebot und der Organisationsstruktur des Evangelischen und Johanniter Klinikum Niederrhein vorankündigt.

Hierauf schließt sich folgende Sequenz an:

(4) „D Qualitätsmanagement“

Der Textsequenz vorangestellt ist der Buchstabe „D“.²⁶⁷ Ausgehend von der Deutung, dass die zweite Textsequenz „A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses“ mit der

²⁶⁵ Die Textsequenz ist im Gegensatz zu der vorherigen „Einleitung“ mit einem Hyperlink versehen, so dass der Leser durch Anklicken mit dem Cursor direkt zu dem Kapitel „A Struktur- und Leistungsdaten“ gelangt.

²⁶⁶ Gemäß der Sparsamkeitsregel wird im Folgenden nicht die Möglichkeit untersucht, dass es sich um ein anderes Inhaltsverzeichnis als desjenigen Qualitätsberichts des Evangelischen und Johanniter Klinikums Niederrhein handeln könnte oder um eine generelle Abhandlung zu Struktur- und Leistungsdaten von Krankenhäusern im Allgemeinen.

²⁶⁷ Auch diese Textsequenz ist mit einem Hyperlink versehen. Eine Prüfung der weiteren Sequenzen des Inhaltsverzeichnisses führt zu dem gleichen Ergebnis.

vorangestellten Majuskel eine chronologische Rangfolge ankündigt und diese mit den Buchstaben B, C, D usw. als Kennzeichnung einzelner Kapitel weitergeführt wird, entsteht hier ein Bruch des Deutungsmusters, der sich in einem ersten Schritt auch nicht auflösen lässt.

Bei dem darauffolgenden Kompositum „Qualitätsmanagement“ handelt es sich um einen Begriff aus der Betriebswirtschaftslehre, der in der Praxis von Unternehmen mittlerweile flächendeckend Anwendung gefunden hat.²⁶⁸ Qualitätsmanagement bezeichnet eine Fülle von betrieblichen Aktivitäten, die als gemeinsames Ziel die Optimierung aller Unternehmensbereiche, ihrer Prozesse und ihrer Leistungen am Markt verfolgen. Dementsprechend können sich Aktivitäten des Qualitätsmanagements von der Qualitätsprüfung der auf dem Markt angebotenen Produkte oder Dienstleistungen des Unternehmens bis hin zur Verbesserung interner Prozesse wie Arbeitsabläufe oder Kommunikationsstrukturen innerhalb der Organisation erstrecken. Hierfür konstitutiv ist die Ermittlung des Ist-Zustands sowie des Soll-Zustands des Unternehmens – also seiner Ziele und des Leitbilds – ebenso wie die Planung und Umsetzung, auf welchem Weg diese Ziele erreicht und nachträglich evaluiert bzw. bewertet werden können. Hier bezieht sich der Begriff „Qualitätsmanagement“ konkret auf ein Krankenhaus.²⁶⁹ Für die Organisation „Krankenhaus“ sind dabei ebenfalls unterschiedlichste Maßnahmen und Instrumente des Qualitätsmanagements denkbar: Hygienemaßnahmen, interne Audits, Selbstbewertungen, Beschwerdemanagement, Einzelfallbesprechungen, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen oder auch interne Fortbildungen etc. Resümierend lässt sich hier schließen, dass eine Vorankündigung zu den Zielen, Maßnahmen sowie der Bewertung des Qualitätsmanagements des Klinikums gemacht wird. Warum allerdings der Buchstabe D der Textsequenz vorangestellt wurde, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden.

Die nächste Textsequenz lautet:

(5) „D-1 Qualitätspolitik“

²⁶⁸ Zur Analyse des Begriffs „Qualität“ siehe die Ausführungen dazu in der Analyse der Titelseite weiter oben.

²⁶⁹ Aktivitäten im Rahmen des Qualitätsmanagements unterliegen in einigen Branchen festgelegter Vorgaben und Normen. Hierzu zählen u.a. die Pharma- und Medizintechnikbranche, die Lebensmittelindustrie, die Luftfahrt und eben auch das Gesundheitswesen mit dem Krankenhausesektor. Hieraus lässt sich dementsprechend noch ableiten, dass sich das Qualitätsmanagement in diesen Sparten sowohl auf Maßgaben bezieht, die auf Grund externer Vorgaben betrieben werden, wie auch auf Maßnahmen, die aus eigener Motivation betrieben werden. Alltagssprachlich wird aber mit dem Begriff des Qualitätsmanagements eher eine freie Motivation aus der Organisation selbst heraus assoziiert. In Bezug auf verpflichtende Vorgaben erscheinen die Begriffe „Qualitätskontrolle“ oder „Qualitätssicherung“ geläufiger, mit denen die Sicherstellung festgelegter Standards bezeichnet werden.

Die Textsequenz beginnt mit der Majuskel D, einem Bindestrich und dahinter mit der Ziffer 1. Diese Einheit nimmt direkten Bezug zum Anfang der vorangegangenen Textsequenz „D“ und stützt nun wieder die ursprüngliche These, dass es sich hier um eine Rangfolge handelt: Der Buchstabe D wiederholt sich hier, der Bindestrich weist auf eine Verbindung zwischen dem Buchstaben und der Zahl 1 und in ihrer Symbolik weist diese Zahl in der Regel auf den Anfang einer Rangfolge – hier auf eine Untergliederung des Kapitels „D“ durch Zahlen.²⁷⁰ Bestärkt würde diese These, wenn ihr eine mit der Kombination D-2 beginnende Textsequenz folgen würde.

Hierauf folgt der Begriff „Qualitätspolitik“. Auch dieser Begriff stammt aus dem betriebswirtschaftlichen Gebrauch und bezeichnet die grundsätzliche Ausrichtung des Verhaltens eines Unternehmens bezüglich des Themas Qualität.²⁷¹ Als Bestandteil der Unternehmenspolitik ist die Qualitätspolitik eines Unternehmens der Überbau für das Qualitätsmanagement in der konkreten Praxis und liegt im Aufgabenbereich der Unternehmensleitung. Angewendet auf den hier vorliegenden Kontext handelt es sich offenkundig um die Ankündigung eines Kapitels über die übergeordneten Leitvorstellungen des Evangelischen und Johanniter Klinikums Niederrhein zur Qualität seiner Leistungen.

Daraufhin folgt:

(6) „D-2 Qualitätsziele“

Entsprechend der Hypothese zu der letzten Textsequenz steht dieser ebenfalls eine Kombination aus einem Buchstaben und einer Ziffer voran, die durch einen Bindestrich miteinander verbunden ist. Hier beginnt sie mit der Sequenz „D-2“, die eine aufsteigende Rangfolge innerhalb einer Untergliederung des Kapitels „D“ impliziert. Dahinter folgt das Kompositum „Qualitätsziele“, welche in der Betriebswirtschaftslehre als Bestandteil der

²⁷⁰ Diese Lesart wird erhärtet durch die azurblaue Schriftfarbe, welche die Textsequenz bedingt durch den helleren Farbton hinter das Coelinblau der Textsequenz „D Qualitätsmanagement“ zurücktreten lässt. Gleichmaßen werden die Textsequenzen „Einleitung“, „A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses“ und „D Qualitätsmanagement“ durch ihren dunkleren Farbton betont und stechen so dem Betrachter stärker ins Auge.

²⁷¹ Der Kopf des Kompositums „Politik“ hat seinen Wortstamm im griechischen Wort „polis“ und bedeutet Stadt bzw. Gemeinschaft. Aufgrund der Reichweite des Begriffs und seinen unterschiedlichen Verwendungskontexten wird aus Gründen der Sparsamkeit auf eine umfassende Ausführung zu Gunsten des hier fokussierten Kontexts der Betriebswirtschaftslehre verzichtet.

Qualitätspolitik konkrete Absichten hinsichtlich angestrebter Zustände beschreibt, die vorher definiert und daraufhin umgesetzt werden.

(7) „D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements“

Auch diese Textsequenz ist in azurblauer Farbe gehalten und bestärkt durch die Ziffer „3“ den Eindruck einer aufsteigenden Rangfolge. Die nächste Texteinheit lautet: „Aufbau“. Das Substantiv kann sich prinzipiell auf zwei unterschiedliche Lesarten beziehen: Einerseits bezeichnet es die Errichtung – oder allgemeiner die Schaffung – eines angestrebten Zustands, also einen Handlungskontext, andererseits kann es aber auch ein Gefüge – beispielsweise einer Organisation – meinen.²⁷² In diesem Kontext wäre der Begriff in einem Verständnis von organisationaler Struktur oder Beschaffenheit zu verstehen.

Die Textsequenz endet im Possessivgenitiv mit der Passage: „des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements“ und drückt ein Besitzverhältnis aus. Der bestimmte Artikel impliziert hier, dass die nun folgende Texteinheit beim Leser bekannt ist und hebt diese förmlich hervor. Damit lässt sich die Lesart (2) bereits als zwingend folgern: Artikel antizipieren in der Regel die Beziehung zwischen dem Wissen des Rezipienten bzw. des Lesers und des Textes selbst. Lesart (1) bezieht sich hier auf einen Handlungskontext zur Schaffung eines angestrebten Zustands. Dieser wäre momentan dem Rezipienten aber noch nicht bekannt – ebenso wie die reale Gestalt des Endzustands nach Fertigstellung. Dem allgemeinen Sprachverständnis entsprechend würde hier also eher der Gebrauch des unbestimmten Artikels „eines“ erforderlich, um einerseits das fehlende Wissen des Rezipienten vorwegzunehmen und andererseits die Ergebnisoffenheit zu betonen.

Das Adjektivkompositum „einrichtungsintern“ verweist hier auf den exklusiven Bezug auf eine organisationale oder institutionelle Einheit im Rahmen professionellen Handelns sowie ihren Geltungsbereich innerhalb gewisser Grenzen.^{273 274} Dann folgt das Kompositum „Qualitätsmanagement“, das in der Betriebswirtschaftslehre die konzertierten Maßnahmen einer Organisation beschreibt, welche eine Optimierung aller Bereiche, ihrer Prozesse sowie

²⁷² Die erste Lesart lässt sich durch den nach der Wiedervereinigung von BRD und DDR gebrauchten Ausdruck „Aufbau Ost“ illustrieren. Diese Verwendung weist allerdings auf einen hohen Abstraktionsgrad von „Aufbau“ in der Alltagssprache hin, da sie ein ganzes Bündel unterschiedlicher wirtschaftspolitischer Maßnahmen in Form eines prägnanten Slogans zusammenfasst.

²⁷³ Die Lesart, dass das Substantiv „Einrichtung“ auch ein Mobiliar bezeichnen kann, wird unter Berücksichtigung der Sparsamkeitsregel nicht weiter verfolgt.

²⁷⁴ Weiterhin impliziert der Kopf des Adjektivs „einrichtungsinternes ...“ dabei die Möglichkeit, dass auch ein Adjektiv „einrichtungsexternes ...“ prinzipiell denkbar wäre.

ihrer Leistungen am Markt zum Ziel haben.²⁷⁵ Resümieren lässt sich an dieser Stelle, dass diese Textsequenz ein Kapitel ankündigt, das die Struktur der Aktivitäten des Klinikums zur Sicherung und Optimierung der Qualität innerhalb der eigenen Organisation thematisiert.

Die nächste Textsequenz lautet:

(8) „D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements“

Der Beginn der Textsequenz ist zu der vorangegangenen identisch gestaltet und erhärtet mit der Kombination „D-4“ nun den Eindruck einer Rangfolge. Als zweite Texteinheit schließt sich das Substantiv „Instrumente“ an, das sich aus dem lateinischen „instrumentum“ ableitet und Gerät bzw. Werkzeug bedeutet: Instrumente können als Hilfsmittel verstanden werden, deren Funktion in der Erreichung eines spezifischen Ziels liegt.²⁷⁶ Die Textsequenz endet mit „des Qualitätsmanagements“ im Genitiv und konkretisiert den auf Grund seines allgemeinen Verwendungskontext bis jetzt noch abstrakt gebliebenen Bedeutungsinhalt des Substantivs „Instrumente“. Damit lässt sich unter Berücksichtigung der Kombination „D-4“ festhalten, dass es sich bei dieser Textsequenz um eine weitere Unterkategorie des Kapitels „D Qualitätsmanagement“ handelt, die dem Leser einen Text über konkrete Mittel des klinikinternen Qualitätsmanagements anzeigt.

Hierauf folgt die Textsequenz:

(9) „D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements“

Auch diese Textsequenz ist wie die anderen Sequenzen gestaltet. Allerdings beginnt sie mit der Buchstaben-Zahlen-Kombination „D-6“. Die in der Hypothese über eine Rangfolge unterstellte Systematik würde hier allerdings eine Endung mit der Zahl „5“ fordern. Unterstellt man diesem Inhaltsverzeichnis einen logischen Aufbau, so ist aus dieser Regelabweichung zu schließen, dass das Kapitel „D-5“ nicht im Inhaltsverzeichnis und auch folglich nicht im Qualitätsbericht aufgeführt wurde. Sie lässt aber zusätzlich den Schluss zu, dass die Systematik für das vorliegende Inhaltsverzeichnis nicht durch den Textproduzenten

²⁷⁵ Eine extensive Begriffsanalyse des Substantivs „Qualitätsmanagement“ wurde weiter oben für die Textsequenz „D Qualitätsmanagement“ bereits vorgenommen.

²⁷⁶ Die Verwendung des Begriffs „Instrument“ im Kontext der Musik wird hier dem Prinzip der Sparsamkeit folgend ausgeschlossen.

selbst erstellt wurde, sondern von einer allgemein verbindlichen Vorgabe abweicht, da sonst ohne offenkundige Widerstände oder Probleme die erwartete Kombination „D-5“ der Textsequenz hätte vorangestellt werden können und müssen. Hieraus erklärt sich die Schlussfolgerung, dass zu einem bestimmten vorgegebenen Thema keine Stellung bezogen werden kann oder will. Die Geltungskraft der These, dass von einer allgemein verpflichtenden Vorgabe abgewichen wurde, wird in diesem Zusammenhang noch durch den weiter oben beschriebenen Regelverstoß in der Abfolge der beiden in der Einleitung benachbarten Kapitel „A Struktur- und Leistungsdaten“ und „D Qualitätsmanagement“ zusätzlich bestärkt. Wie oben bereits analysiert, gehört das vorliegende Inhaltsverzeichnis zum Qualitätsbericht des Evangelischen und Johanniter Klinikums Niederrhein, der wie jeder Qualitätsbericht den formalen Vorgaben des Sozialgesetzbuchs unterliegt. Damit lässt sich an dieser Stelle bereits festhalten, dass beide Regelverstöße auf eine Widersetzung des Textproduzenten gegen geltende Vorschriften – hier die Vorgaben für eine Gliederung – schließen lassen und dass dies als ein Ausdruck autonomisierten Handelns verstanden werden muss. Das Ziel dieser Regelabweichung ist zu diesem Zeitpunkt der Analyse allerdings noch unklar.

Die Textsequenz endet mit „Bewertung des Qualitätsmanagements“. Das Substantiv „Bewertung“ bezeichnet einen Handlungskontext, in welchem ein in seinem Endzustand vorliegendes Werk, das entweder eigenhändig oder durch eine andere Person erstellt wurde, in Bezug auf seine Wertigkeit beurteilt bzw. evaluiert wird. Das Ende der Textsequenz „des Qualitätsmanagements“ steht wie die Titel der Kapitel zuvor in einem Possessivgenitiv und konkretisiert mit seinem Bezug auf die Qualitätsoptimierung des Krankenhauses den Gegenstand der Bewertung.

Die nächste Sequenz lautet:

(10) „B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen“

Diese Textsequenz ist wie die beiden Textsequenzen „A Struktur- und Leistungsdaten“ und „D Qualitätsmanagement“ in einem dunkleren Coelinblau verfasst und tritt dadurch hervor. Sie beginnt mit dem Buchstaben „B“, der nach dem Titel „A Struktur- und Leistungsdaten“ oben bereits erwartetet wurde: „B“ markiert in einer aufsteigenden alphabetischen Rangfolge den zweiten Rang und würde vermutlich in einer Vorgabe zur Gliederung von Qualitätsberichten ebenfalls an zweiter Stelle stehen. Bedingt durch die farbliche Gestaltung

und das Fehlen zusätzlicher Ziffern zur Unterteilung deutet die Textsequenz auf die Ankündigung eines übergeordneten Kapitelblocks.

Entsprechend der weiter oben vorgenommenen Analyse der Texteinheit „B Struktur- und Leistungsdaten“ kann hier bereits direkt geschlossen werden, dass es sich um die Ankündigung deskriptiver Informationen bzw. Kennzahlen über den Aufbau und die Tätigkeitsergebnisse eines spezifischen Untersuchungsgegenstands handelt.

Hieran schließt sich die Textsequenz „der Organisationseinheiten / Fachabteilungen“ an, mit welcher der Textproduzent präzisiert, worauf sich die angekündigten Informationen bzw. Kennzahlen beziehen. Das erste Kompositum „Organisationseinheit“ steht im Plural und weist damit auf die Existenz von mindestens zwei dieser Einheiten hin. Der Kern „Organisation“ bezeichnet hinsichtlich von Merkmalen wie Kooperation, Koordination oder Hierarchie die Struktur des Zusammenwirkens von Mitgliedern eine Kollektivs gemäß eines eigenen Regelwerks und seiner Zielsetzung.²⁷⁷ Der Kopf „Einheit“ steht für eine Entität innerhalb einer Menge oder eines Systems und wird anhand von vorher festgelegten Kriterien für eine klare Zuordnung innerhalb dieses Systems definiert.²⁷⁸ Dementsprechend kann das Kompositum „Organisationseinheiten“ als Entitäten innerhalb eines Kollektivs verstanden werden.

Im Text folgt nun ein Schrägstrich. Als Satzzeichen werden Schrägstriche zur Kennzeichnung einer oder mehrerer gleichwertiger Alternativen zur Veranschaulichung gesetzt. Dem Leser wird damit eine Aufzählung von Korrelaten angekündigt.

Die Textsequenz endet mit dem zweiten Kompositum „Fachabteilungen“. Auch dieses Kompositum steht im Plural. Der Kern „Fach“ weist hier auf eine Spezialisierung einer Disziplin im Kontext professioneller Praxis hin.²⁷⁹ Der Kopf „Abteilung“ bezeichnet hinsichtlich ihrer Kompetenzen und Aufgaben eine Arbeitsgruppe innerhalb einer Organisation und ist Ausdruck von Arbeitsteilung und Komplexitätsreduktion durch

²⁷⁷ „Organisation“ kann prinzipiell auch im Kontext des „Organisierens“ oder des „Managens“ von Projekten oder Tätigkeiten – also in einem prozessualen Verständnis – verwendet werden. Mit Hinblick auf den Kopf „Einheit“ wird diese Lesart aber aus Gründen der Sparsamkeit ausgeschlossen, da das Kompositum „Organisationseinheit“ in diesem zweiten Kontext alltagssprachlich keine Verwendung findet.

²⁷⁸ Der Begriff „Einheit“ kann auch im Kontext des Messens mit der Bedeutung einer Messgröße gelesen werden. Im Kontext von Organisationen findet sich jedoch in der Alltagssprache kein Passungsverhältnis, so dass die Lesart daher zu Gunsten der Sparsamkeit ausgeschlossen wird.

²⁷⁹ So gliedern sich beispielsweise Fakultäten teilweise in einzelne Fachbereiche auf, die sich ihrerseits wiederum in Fachgebiete und Lehrstühle ausdifferenzieren.

Spezialisierung – also Ausdifferenzierung und Rationalisierung professioneller Praxis. Unter Berücksichtigung der Analyse der Titelseite – es handelt sich um den Qualitätsbericht eines Klinikums – ist an diesem Punkt offensichtlich, dass hier die Ausdifferenzierung der einzelnen klinischen Praxisbereiche des Klinikums dokumentiert wird.²⁸⁰ Klassische Abteilungen eines Krankenhauses sind je nach Ausrichtung beispielsweise Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kardiologie, Neurologie usw.. Zusammenfassend kündigt damit diese Kapitelübersicht eine standardisierte Übersicht der einzelnen Bereiche der Praxis des Klinikums mittels Kennzahlen an. Hier ist an neutrale Daten zu personeller und apparativer Ausstattung, zur Anzahl und Art durchgeführter Operationen oder erstellter Diagnosen zu denken.

Es folgt die Textsequenz:

(11) „B-1 Medizinische Klinik I – Innere Medizin (0100)“

Der Anfang der Textsequenz folgt dem oben beschriebenen Schema einer Untergliederung eines Kapitels mittels Zahlen. Hier weist die Kombination „B-1“ auf das erste Unterkapitel des Kapitels „B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen“. Die Sequenz wird fortgesetzt durch: „Medizinische Klinik I –“. Damit wird ein Teil eines Klinikums bezeichnet und zwar die Klinik mit der Nummer Eins.²⁸¹ Hierauf folgt ein durch Leerzeichen isolierter Gedankenstrich – hier anscheinend ein Halbgeviertstrich – zur Trennung von der nun folgenden Texteinheit. In diesem Kontext hat der Gedankenstrich die Funktion eines gedanklichen Einschubs oder einer Konkretisierung. Die Textsequenz endet mit: „Innere Medizin (0100)“. Somit ist offensichtlich, worum es sich bei dem Teilbereich des Klinikums handelt: eine Klinik mit dem Behandlungsschwerpunkt von Krankheiten der inneren Organe. Hierzu zählen u.a. Disziplinen wie Kardiologie, Nephrologie oder Hämatologie usw.. Hinsichtlich des Trends einer sich ständig weiterentwickelnden Spezialisierung medizinischer Fachrichtungen zu eigenständigen Disziplinen wirkt die Bezeichnung „Innere Medizin“ hier sehr allgemein bzw. allumfassend, da die Überschrift „B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen“ eine

²⁸⁰ Der Umstand, dass es sich um ein Klinikum handelt, unterstreicht zusätzlich den Grad der Spezialisierung, da Kliniken als eine Sonderform des Krankenhauses sich ursprünglich auf bestimmte Fachrichtungen und damit auf bestimmte Formen von Krankheiten zur Ausbildung von Medizinstudenten fokussierten – also als ausgelagerte Lehranstalt von Universitäten für die konkrete Praxis medizinischer Behandlung.

²⁸¹ Oftmals sind solche Einheiten z.B. in Universitätskliniken mit „Medizinische Klinik und Poliklinik“ benannt.

differenziertere Auflistung der einzelnen Fachabteilungen und damit die Nennung der oben aufgeführten Disziplinen erwarten ließe.

Die sich nun anschließende – in runde Klammern gesetzte – Zahlenkombination „(0100)“ am Ende der Textsequenz weist offensichtlich auf eine Kodierung hin, ohne dass es an diesem Punkt möglich wäre, deren tiefere Bedeutung ohne Kontextwissen zu erfassen.²⁸² Der Umstand selbst allerdings, dass es sich um eine Kodierung handelt, weist in diesem Zusammenhang auf eine verpflichtende Vorgabe im Verständnis eines gültigen und übergreifenden Standards durch eine übergeordnete Instanz hin, da dem unkundigen Leser auf den ersten Blick hierdurch keine zusätzliche Erklärung geboten wird und somit die Zahlenreihe aus Sicht des Textproduzenten irrelevant wäre, da sein Interesse ja allein auf eine bessere Übersicht bzw. Lesbarkeit des Inhaltsverzeichnisses abzielt.^{283 284 285} Resümierend handelt es sich bei dieser Textsequenz um die Ankündigung einer kennzahlengestützten Deskription der Abteilung für innere Medizin des Klinikums.

Es schließt sich die zwölfte Textsequenz an:

(12) „B-2 Klinik für Neurologie (2800)“

Hier setzt sich die oben markierte Auflistung der einzelnen Fachabteilungen des Klinikums durch das Kürzel „B-2“ fort. Textsequenz (12) stellt die neurologische Abteilung vor, deren Behandlungsschwerpunkt in Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems liegt. Ihr Ende „(2800)“ ist wiederum eine Zahlenkombination, die in runde Klammern gesetzt wurde. Ausgehend von der oben aufgestellten These einer Kodierung weicht diese Zahlenkombination bei Unterstellung einer aufsteigenden Systematik ab. Hier ist zu folgern, dass der Textproduzent erneut wie bei der Untergliederung der Hauptkapitel des Qualitätsberichts nach den Buchstaben A, B und D von der zu erwartenden Systematik

²⁸² Die Aufgabe von Klammern in der Schriftsprache besteht neben der formal syntaktischen Gliederung des Textes primär in der Kennzeichnung einer zusätzlichen Beschreibung. In diesem Verständnis weist eine Kodierung auf eine zusätzliche Information bzw. Beschreibung des vorangegangenen Textes.

²⁸³ Kodierungen sind immer Ausdruck einer Konvention eines exklusiven Kollektivs zur Standardisierung. Seine Exklusivität gewinnt das Kollektiv dabei durch das Wissen, die jeweilige Kodierung interpretieren zu können.

²⁸⁴ Die Lesart, dass es sich um eine Vorgabe im Rahmen eines Standards handelt, wird dadurch erhärtet, dass im Gesundheitswesen immer stärker Kodierungen genutzt werden. Beispiele sind hier DRGs oder Diagnosen nach ICD etc.

²⁸⁵ Der Eindruck, dass es sich mit der Bezeichnung der Abteilung „Innere Medizin“ um eine sehr allgemeine bzw. umfassende Beschreibung handelt, wird durch die Art der Zahlenkombination „(0100)“ bestärkt, die auf eine Kodierung mittels Hunderterschritte hinweist. So erscheint eine Differenzierung innerhalb dieser Hunderterschritte nach einzelnen Schwerpunkten wahrscheinlich.

abweicht. Dies lässt den Schluss zu, dass die Klinik für Neurologie in einer vorgegebenen Systematik entweder die nächste im Klinikum existente Abteilung innerhalb dieser aufsteigenden Gliederung ist oder dass der Textproduzent die einzelnen Abteilungen nach einem eigenen Schema gegliedert hat, welches sich nicht an einer aufsteigenden Zahlenreihe orientiert.

(13) „B-3 Klinik für Neurochirurgie (1700)“

Das Kürzel „B-3“ führt die Gliederung des Kapitels „B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen“ erwartungsgemäß weiter. Diese Sequenz kündigt die neurochirurgische Abteilung des Klinikums an, deren Schwerpunkt in operativen Eingriffen des zentralen und peripheren Nervensystems besteht.²⁸⁶ Sie wird mit der Kodierung „(1700)“ geschlossen. An dieser Stelle wird offensichtlich, dass die zweite Lesart im Rahmen der Analyse der Sequenz „B-2 Klinik für Neurologie (2800)“ zutrifft und der Textproduzent von einer vorgegebenen Gliederung durch die Kodierung einzelner Fachabteilungen mittels aufsteigender Zahlenkombinationen abweicht.

Im Folgenden werden die nächsten Textsequenzen in ihrer chronologischen Reihenfolge aufgelistet, zur Sparsamkeit jedoch nicht weiter analysiert, da es sich hierbei lediglich um die Ankündigungen von Kapiteln zu den Kennzahlen der einzelnen Fachabteilungen des Klinikums handelt und diese für die pragmatische Rahmung – die Kommunikationspolitik des Evangelischen und Johanniter Klinikums Niederrhein – wenig Aufschlusspotential versprechen. Sie lauten:

(14) „B-4 Klinik für Chirurgie (1500)“,

(15) „B-5 Klinik für Thoraxchirurgie (2100b)“,

(16) „B-6 Klinik für Refraktive u. Ophthalmochirurgie (2700a)“,

(17) „B-7 Klinik für Netzhaut- u. Glaskörperchirurgie (2700b)“,

²⁸⁶ Die Neurochirurgie ist wie die Herz- oder Thoraxchirurgie ein eigenständiges Fachgebiet. Daher wird die prinzipiell denkbare Lesart, dass die Klinik für Neurochirurgie in der Gliederung der Klinik für Neurologie folgt und daher eine spezialisierte Unterabteilung sein könnte, im Vorhinein ausgeschlossen.

- (18) „B-8 Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (2600)“,
- (19) „B-9 Abteilung für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und plastische Operationen (3500)“,
- (20) „B-10 Medizinische Klinik II – Klinik für Bronchial- und Lungenheilkunde (1400)“,
- (21) „B-11 Urologie“ (2200)“,
- (22) „B-12 Medizinische Klinik IV – Nephrologie / Dialyseabteilung (0400)“,
- (23) „B-13 Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (2900)“,
- (24) „B-14 Tagesklinik, Schwerpunkt der Klinik für Allgemeine Psychiatrie (2960)“,
- (25) „B-15 Zentrale Abteilung für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Notfallmedizin (3700a)“,
- (26) „B-16 Kinderkardiologie (1100)“,
- (27) „B-17 Medizinische Klinik III – Kardiologie und Angiologie (0300)“,
- (28) „B-18 Klinik für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie (2100a)“,
- (29) „B-19 Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin (3700b)“,
- (30) „B-20 Zentrale Abteilung Diagnostische und Interventionelle Radiologie (3700c)“,
- (31) „B-21 Zentrale Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie (3700d)“

und

(32) „B-22 Zentrale Abteilung für Laboratoriumsmedizin (3700e)“.

Hier lässt sich festhalten, dass bei Durchsicht der Ankündigungen der Kapitel zu den einzelnen Abteilungen und ihren Kennzahlen auffällt, dass die in Klammern gesetzten Kodierungen der Sequenzen keiner ohne weiteres nachvollziehbaren Logik oder Systematik folgen. So steht innerhalb der Gliederung beispielsweise „B-17 Medizinische Klinik III – Kardiologie und Angiologie (0300)“ hinter „B-12 Medizinische Klinik IV – Nephrologie / Dialyseabteilung (0400)“. Dies lässt darauf schließen, dass der Textproduzent gegen eine vorgegebene Logik die einzelnen Abteilungen im vorliegenden Qualitätsbericht auflistet. Der materielle Grund hierfür erscheint aber unklar, kann jedoch nur im Ermessen des Textproduzenten und damit in einem subjektiven Interesse des Klinikums liegen.

Das Inhaltsverzeichnis endet mit der Textsequenz:

(33) „C Qualitätssicherung“

Die Textsequenz ist in der gleichen Schriftart wie die vorangegangenen gestaltet, tritt aber durch sein Coelinblau farblich wie die Überschriften „A Struktur- und Leistungsdaten“, „D Qualitätsmanagement“ und „B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen“ hervor.²⁸⁷ Ihr vorangestellt ist die Majuskel „C“, so dass nun die oben vermutete Gliederung nach den Buchstaben A, B, C und D in sich geschlossen ist, wobei die Reihenfolge A, D, B und C von einer logisch anzunehmenden Gliederung abweicht und die weiter oben aufgestellte These erhärtet, dass hier von einer Vorgabe abgewichen wurde.

Die Sequenz endet mit dem Kompositum „Qualitätssicherung“. Die Qualitätssicherung als Teil des Qualitätsmanagements einer Organisation umfasst solche Instrumente und Maßnahmen, die gewährleisten, dass ein vorher definiertes Anforderungsniveau eines bestimmten Gegenstands – beispielsweise ein Produkt oder eine Leistung – erfüllt wird.²⁸⁸ Anders als das Qualitätsmanagement, dessen Ziel in der Verbesserung von Qualität liegt und

²⁸⁷ Die Überschriften sind gemäß ihrer Reihenfolge im Text aufgeführt.

²⁸⁸ Der Umstand, dass die Qualitätssicherung als ein Bestandteil des ihm übergeordneten Qualitätsmanagements zu verstehen ist, bestärkt nun die These, dass es sich um eine aufsteigende, alphabetische Reihenfolge handeln muss, die verpflichtend vorgegeben wurde. Alphabetisch geordnet lässt sie sich wie folgt darstellen: „A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses“, „B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen“, „C Qualitätssicherung“ und „D Qualitätsmanagement“.

in der Regel von der Organisation oder dem Unternehmen zur Erlangung von Wettbewerbsvorteilen selbst initiiert wird, strebt die Qualitätssicherung lediglich die Einhaltung eines Qualitätsniveaus an und wird meist durch externe Gutachter oder Institutionen durchgeführt. Dementsprechend stellt die Qualitätssicherung die Prüfung eines Anforderungsniveaus dar und lässt ex post auch eine Bewertung des tatsächlichen Erreichens im Sinne einer Ist-Soll-Analyse zu – also eine nüchterne Bewertung mit zwei möglichen Zuständen: den Anforderungen entsprechend bzw. nicht entsprechend. Im Gesundheitswesen sind solche Institutionen u.a. der Gemeinsame Bundesausschuss, die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung oder das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.²⁸⁹

An dieser Stelle lässt sich festhalten, dass das Kapitel zur Qualitätssicherung durch den Textproduzenten entgegen der zu erwartenden Gliederung an das Ende des Inhaltsverzeichnisses gesetzt wurde. Das Abweichen von der zu erwartenden Reihenfolge ist als Ergebnis eines intentional vollzogenen Regelverstoßes zu interpretieren und lässt sich ebenso wie die für den Leser wahllos wirkende Untergliederung des Kapitels „B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen“ nur durch ein subjektives Kalkül des Textproduzenten erklären. In Bezug auf diesen Regelverstoß ist demnach lediglich eine Lesart denkbar: Wenn das Kapitel zur Bewertung des Qualitätsniveaus an das Ende des Qualitätsberichts gestellt wird, dem Teil also, der entweder als letzter oder gar nicht mehr gelesen wird, dann deshalb, weil der Textproduzent diesem Teil in Bezug auf sein Interesse die niedrigste Priorität beimisst. Dagegen wird sogar zusätzlich der letzte Teil „D Qualitätsmanagement“ vorgezogen und an die zweite Stelle des Qualitätsberichts gesetzt.²⁹⁰

Ein Kapitel zum Qualitätsmanagement lässt sich durch z.B. die Darstellung laufender oder auch in Planung befindlicher Projekte und Maßnahmen, die aus Sicht des Textproduzenten das Image des Klinikums verbessern könnten, für die Zwecke der Außendarstellung vorteilhafter nutzen als ein nüchternes Kapitel zur Qualitätssicherung in Form einer Ist-Soll-Analyse des realen Zustands. Damit ist dieser Regelverstoß, eine vorgegebene Gliederung

²⁸⁹ Somit kann mit dem Begriff „Qualitätssicherung“ auch ein Gebrauchswertversprechen dahingehend assoziiert werden, dass externe, unabhängige Institutionen die Qualität eines Untersuchungsgegenstandes – hier beispielsweise Krankenhäuser – neutral überprüfen und dass diese Prüfung allein schon der Aufrechterhaltung von Qualität verspricht.

²⁹⁰ Unter Einbezug der Seitenzahlen im Inhaltsverzeichnis beginnt das Kapitel „C Qualitätssicherung“ auf Seite 154. Wäre die vorgegebene Reihenfolge eingehalten worden, so hätte das Kapitel „D Qualitätsmanagement“ nicht auf Seite 15, sondern bedingt durch die 127 Seiten des Kapitels „B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen“ erst auf Seite 142 begonnen.

zum eigenen Zweck zu verändern, eher als Ausdruck eines gezielten Information-Placements als einer neutralen Informationspolitik zu interpretieren.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Inhaltsverzeichnis – wie auch die Titelseite – allein durch die Verwendung von coelin- und azurblauer Schriftfarbe und das graphische Element mit dem inversen Logo des Klinikums auf dem Seitenkopf stark artifizialisiert wirkt. Dieser Eindruck wird durch das Abweichen des Textproduzenten von dem vorgegebenen Gliederungsschema verstärkt: Anstatt einer aufsteigenden Reihenfolge der Buchstaben A, B, C und D zu entsprechen, wird hier die Folge A, D, B und C kreiert. Die Einleitung, das Kapitel „A“ mit allgemeinen Angaben zum Aufbau und der Organisation des Krankenhauses sowie das Kapitel „D“ zum Qualitätsmanagement sind demnach an den Anfang des Qualitätsberichts gestellt, während gleichzeitig das auf Kennzahlen reduzierte und damit weniger redigierbare Kapitel „B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen“ nach hinten gestellt wird: Hieraus kann geschlossen werden, dass solche Kapitel nach vorne gezogen wurden, die ex ante weniger formale Vorgaben beinhalten, dem Textproduzenten daher mehr Freiheit in Bezug auf ihre Gestaltung und Inhalte – wie z.B. die Darstellung von Maßnahmen des hausinternen Qualitätsmanagements – ermöglichen und von ihrer Anlage her besser für den Leser verständlich sind, so dass sich eben auch Freiräume für die Kommunikationspolitik des Klinikums eröffnen. Unter dieser Perspektive ist das vorliegende Inhaltsverzeichnis Ausdruck eines Information-Placements und damit ebenso wie die ihm vorangestellte Titelseite das Resultat einer artifizialen Redaktion, wie es für die Marketingpraxis typisch ist. Letztlich wirkt sich diese Strategie aber aus Sicht des Lesers kontraproduktiv auf die Objektivität der Informationspolitik des Klinikums aus.

Im Weiteren wird anhand der Ergebnisse die Einleitung untersucht, da sie vom Textproduzenten individuell formuliert werden kann und somit die Vermutung nahe liegt, dass hier essentielle Botschaften der Selbstdarstellung an den Leser adressiert werden. Für die Kommunikationspolitik des Evangelischen und Johanniter Klinikums Niederrhein verspricht die Einleitung damit ein besonderes Aufschlusspotential.

III.1.3 Die Einleitung

Die Einleitung erstreckt sich über gut Dreiviertel der Seite und weist wie die vorangegangenen Seiten das graphische Element in Preußischblau und das inverse Logo auf dem Seitenkopf auf:

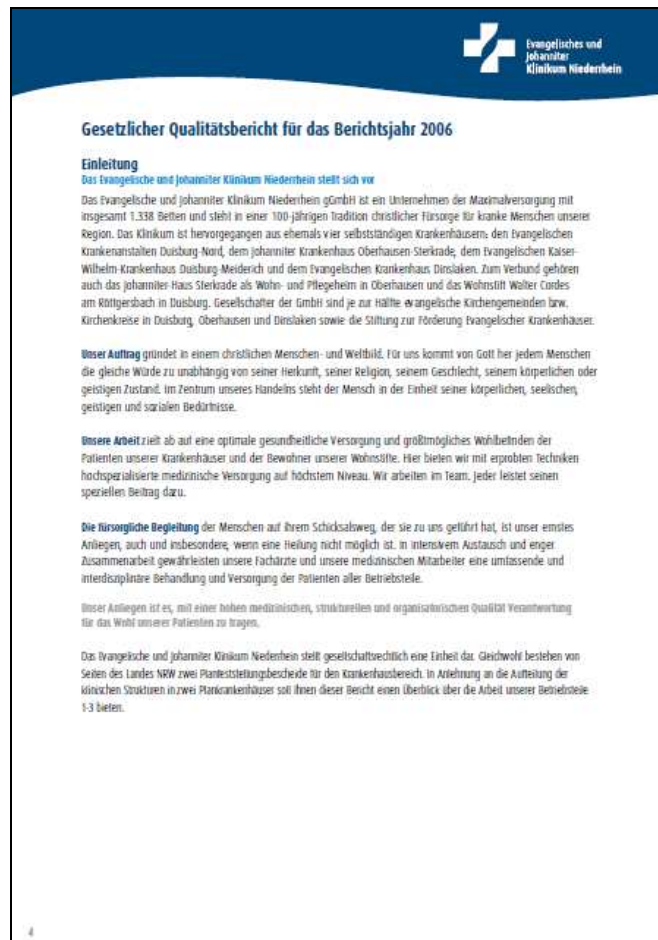


Abb. III.1.6: Die Einleitung des EJK 2006²⁹⁰

Die erste Textsequenz lautet:

(1) „Gesetzlicher Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2006“

Nach der Titelseite wiederholt sich diese Textsequenz und betitelt im Font Dax Condensed-Bold, in der Schriftgröße 16 und Fettdruck den Gegenstand des vorliegenden Protokolls. Die Größe des Schriftsatzes und die Position als Überschrift hebt diese Textsequenz hervor und

²⁹⁰ Der Rahmen wurde zur besseren Abgrenzung der Abbildung nachträglich eingefügt.

verleiht ihr durch die Wiederholung zusätzlichen Nachdruck.²⁹¹ Darüber hinaus betont die Wiederholung den offiziellen Zweck des Protokolls und damit seine Legitimität.

Der Text setzt sich fort mit:

(2) „Einleitung“

Die Sequenz ist etwas kleiner als die ihr vorangegangene, hebt sich aber durch ihren Fettdruck und die Schriftgröße und das dunkle Coelinblau eindeutig vom restlichen Text ab und markiert hier eine zweite Überschrift. Inhaltlich bezeichnet eine Einleitung – wie weiter oben bereits ausgeführt – ein Kapitel zur Einführung bzw. Erörterung eines Textes.

(3) „Das Evangelische und Johanniter Klinikum stellt sich vor“

Die Textsequenz ist im gleichen Font kleiner – allerdings in einem Azurblau – gestaltet, tritt aber durch ihre farbliche Gestaltung deutlich hervor. Der bestimmte Artikel betont den Namen des Klinikums und unterstreicht seinen Bekanntheitsgrad beim Leser. Im Rahmen eines Qualitätsberichtes wäre hier denkbar, dass die Sequenz damit endet oder beispielsweise fortgesetzt wird mit „im Profil“, um den Gegenstand des Protokolls noch einmal zu verdeutlichen. Die Sequenz endet mit dem Verb: „stellt sich vor“. Diese Endung erscheint sehr viel persönlicher als die mögliche Lesart „im Profil“. Entgegen dieser eher passiven bzw. nüchternen Variante bezeichnet „sich vorstellen“ eine Aktivität, die an den Adressaten gerichtet ist und darauf abzielt, sich persönlich vertraut zu machen. Resümierend lässt sich an dieser Stelle damit festhalten, dass die Textsequenz in einem für den Adressaten Nähe schaffenden Duktus formuliert ist und noch einmal als dritte Überschrift konkretisiert, was die Überschrift „Einleitung“ dem Leser in Bezug auf den konkreten Gegenstand des Protokolls bereits angekündigt hat.

²⁹¹ Das graphische Element in der Kopfzeile taucht auf dieser Seite wie auf den vorangegangenen Seite erneut auf, so dass daraus geschlossen werden kann, dass es sich um ein Gestaltungsmittel handelt, welches sich durch den gesamten Qualitätsbericht zieht und ihm damit eine harmonische Motivik verleiht: Es repräsentiert das Signet des Qualitätsberichts bzw. das Corporate Design des Evangelischen und Johanniter Klinikums Niederrhein. Auf das graphische Element der Kopfzeile wird in der weiteren Analyse aus Gründen der Sparsamkeit erst dann wieder Bezug genommen, wenn Abweichungen vom Seitenlayout festzustellen sind.

Hierauf schließt sich an:

(4) „Das Evangelische und Johanniter Klinikum Niederrhein gGmbH ist ein Unternehmen der Maximalversorgung mit insgesamt 1.338 Betten und steht in einer 100-jährigen Tradition christlicher Fürsorge für kranke Menschen unserer Region.“

Der Text ist im gleichen Font in der Größe 10 und Dünndruck gestaltet. Für die Schriftfarbe wurde nun allerdings Schwarz gewählt, was auf einen Fließtext hindeutet. Das erste Satzglied „Das Evangelische und Johanniter Klinikum Niederrhein gGmbH ist“ besteht aus einem Subjekt mit bestimmtem Artikel und dem Verb „sein“ in der dritten Person Singular. Hier verweist der Textproduzent auf die für den Qualitätsbericht verantwortliche Instanz – das Klinikum – und wiederholt damit die dritte Überschrift der vorangegangenen Textsequenz. Durch diese Wiederholung wird der Name des Klinikums noch einmal betont, gleichsam allerdings diesem Satzglied auch ein neutral-sachlicher Charakter verliehen, da auch eine persönliche Formulierung mit „Wir sind“ denkbar wäre, die nicht auf die Institution, sondern auf ihre Mitglieder rekurriert. Als Verb kündigt „sein“ das für das Subjekt konstitutive Wesen an. Denkbar wäre hier ein Fortgang wie „eine Einrichtung“, „ein Klinikenverbund“ oder „ein christliches Krankenhaus“.

Hierauf folgt nun „ein Unternehmen“. Der unbestimmte Artikel „ein“ verweist auf die abstrakte Verwendung des Begriffs „Unternehmen“ als Kennzeichnung einer Art oder Klassifizierung des Begriffsgegenstands: Das Nomen „Unternehmen“ bezeichnet dabei eine Wirtschaftseinheit oder einen Betrieb am Markt, der durch den Einsatz und die Kombination von Produktionsfaktoren auf die Erwirtschaftung von Gewinn durch den Absatz von Produkten oder Dienstleistungen an seine Kunden abzielt.²⁹² Diese Satzkonstruktion ist für den Leser verwunderlich, da die Attribute innerhalb des Namens des Klinikums „evangelisch“ und „Johanniter“ entsprechend den oben aufgeführten Lesarten das Deutungsmuster eines christlichen bzw. konfessionellen Bezugs und somit auch einen Organisationstypus erwarten lassen, der eher die Absicht einer Kostendeckung – wie z.B. gemeinnützige Institutionen oder Einrichtungen – und weniger eine Gewinnerzielung verfolgt und der hierin inhärente karitative Auftrag, Patienten zu behandeln, wirtschaftlichen Zielen übergeordnet wird. Der Bruch des Deutungsmusters weist hier auf eine Umdefinition des ursprünglichen Auftrags von Krankenhäusern und des utilitaristischen Prinzips des Gesundheitssystems hin: die staatliche

²⁹² Vgl. Thieme 1995: 18

Gewährleistung einer barrierefreien Behandlung von Patienten, ohne dass der Patient als Kunde eines Leistungsangebots auftritt oder dieses sogar – wie für Märkte als Allokations- und Koordinationsinstrumente für Angebot und Nachfrage konstitutiv – ablehnen könnte. Der christliche Bezug im Namen des Klinikums verstärkt diesen Widerspruch.

Der Text wird weitergeführt mit „der Maximalversorgung mit insgesamt 1.338 Betten“. Hiermit wird in einem ersten Schritt ein Profil des Krankenhauses mittels einer Klassifizierung und folgend die Größe des Klinikums anhand der Bettenzahl angegeben. Die Klassifizierung eines Krankenhauses, welches als Maximalversorger eingestuft wird, deutet hier auf einen legislativen Kontext hin, da die Einteilung in Versorgungsstufen im Krankenhausbedarfsplan durch die einzelnen Bundesländer auf Basis des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geregelt sind. Prinzipiell sind vier Versorgungsstufen vorgesehen: Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Krankenhäuser der Maximalversorgung stellen also Einrichtungen dar, die hinsichtlich ihres Behandlungsspektrums und ihrer Ausstattung – beispielsweise mit Medizintechnik – dem höchsten Anforderungsprofil für die bedarfsgerechte Versorgung von Patienten entsprechen. Auf die Einstufung als Maximalversorger folgt die Angabe der Bettenzahl. Hierbei ist festzuhalten, dass es sich um ein Krankenhaus mit überdurchschnittlich hoher Bettenanzahl handelt, da das Cluster mit der höchsten Bettenzahl vom Statistischen Bundesamt mit mehr als 600 Betten gewählt wird.²⁹³ Das Adverb „insgesamt“ verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass zusammengenommen alle Betten, die dem Klinikum zur Verfügung stehen, berücksichtigt wurden, was impliziert, dass es sich hier um eine kumulierte Zahl handelt. Dies lässt die Lesart zu, dass die Bettenzahl erst errechnet werden musste, was z.B. darauf hindeuten könnte, dass die Bettenzahlen mehrerer interner Einrichtungen oder auch Dependancen zusammengefasst wurden und nicht ex ante als feststehender Wert vorlagen.

Die Textsequenz setzt sich fort wie folgt: „und steht in einer 100-jährigen Tradition christlicher Fürsorge für kranke Menschen unserer Region.“. Die Konjunktion „und“ verbindet nun den ersten Hauptsatz mit einem folgenden Satzteil. Hier wird nun auf die bereits oben erwartete Betonung christlicher Motive eingegangen. Verstärkt wird diese Aussage durch „in der Tradition stehen“: Das Substantiv „Tradition“ leitet sich aus dem lateinischen „traditio“ für Überlieferung, Übergabe ab und bezeichnet das Weitertragen von Glaubenssätzen, Wertemustern und Normen als Handlungskodex von Kollektiven. Das Verb

²⁹³ Vgl. Statistisches Bundesamt 2008: 9

„stehen“ drückt dabei eine Passivität aus und impliziert eine Vergangenheit – das Vererben von Traditionen – ebenso wie das Beibehalten dieser Traditionen über die Gegenwart hinaus. Damit erhält die Aussage den Charakter eines Gebrauswertversprechens, das durch den Verweis auf die Dauer dieser Tradition christlicher Werte von einem Jahrhundert noch verstärkt wird. Eine christliche Tradition steht demnach für Nächstenliebe, Barmherzigkeit, Glaube, Liebe, Hoffnung. Diese Normen werden in Bezug auf ihren Adressaten konkretisiert: „für kranke Menschen unserer Region“. Das Fehlen eines Artikels deutet hier auf eine Verallgemeinerung auf alle kranken Menschen hin. Einzig die lokale Eingrenzung „unserer Region“ kann eine Lesart evozieren, dass eine mögliche Einschränkung des Adressatenkreises durch das Krankenhaus von nur solchen Patienten gesetzt wird, die aus der Region „Niederrhein“ stammen. Diese Einschränkung wird aber durch den Umstand nivelliert, dass Patienten in der Regel ein Krankenhaus wählen, das in lokaler Nähe zu ihrem Wohnort liegt, so dass diese Lesart als nicht tragfähig erscheint. Das Possessivpronomen „unser“ deutet hier vielmehr auf eine Beziehungsherstellung des Klinikums zu den Bewohnern der Region in Form einer konstruierten Vergemeinschaftung hin.

Zusammenfassen lässt sich an dieser Stelle somit: Das Klinikum bezeichnet sich einerseits selbst als ein Unternehmen, was die eigene Verortung in einen Markt sowie die Absicht von Gewinnerzielung um ihrer selbst Willen einschließt, andererseits betont es seine tief verwurzelten christlichen Wertevorstellungen, die bereits ein Jahrhundert für das Klinikum prägend sind. Hier entsteht ein inhärenter Widerspruch, der auf den Transformationsprozess des Klinikums im Rahmen einer stetigen Ökonomisierung und daraus resultierend auf eine Krise bezüglich der eigenen Verortung hindeutet.²⁹⁴ Dies lässt sich folgend ableiten: Als Kernaussage der Textsequenz stellt das Klinikum seiner einhundert Jahre alten christlichen Tradition das Selbstverständnis eines „Unternehmens“ und damit eines Marktteilnehmers im Wettbewerb um Kunden gegenüber. Dabei ist aber zwingend davon auszugehen, dass das christliche Leitbild von Gründung an konstitutiv für das Krankenhaus war und die eigene Verortung als Unternehmen erst sehr viel später entstand, da es für Krankenhäuser, die um die Wende des letzten Jahrhunderts gegründet wurden, untypisch war, sich selbst als

²⁹⁴ Diese Ökonomisierung des Gesundheitssystems erklärt sich beispielsweise durch die Einführung des Fallpauschalensystems, wodurch Krankenhäuser legislativ dazu verpflichtet werden, die Behandlung ihrer Patienten zu standardisieren und eine Vergleichbarkeit medizinischer Leistungen zu gewährleisten. An dieser Stelle sei nur kurz darauf verwiesen, dass diese Standardisierung lediglich der Katalogisierung der Behandlungskosten nach einzelnen Diagnosen dient, dadurch in sich Ausdruck einer Ökonomisierung der medizinischen Behandlung ist und durch ihren reinen Fokus auf die Diagnoseklassifikation die Wahrnehmung der individuellen Fallgeschichte des Patienten a priori verhindert, was aber gerade der konstitutive Ausdruck einer christlichen Wertevorstellung wäre.

Unternehmen zu verstehen oder zu bezeichnen. Vielmehr wurden diese im Zuge der bismarckschen Sozialgesetzgebung aus utilitaristischen Motiven zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und damit eben ohne primäre Gewinnerzielungsabsichten gegründet. Hieraus ist zu schließen, dass sich das Selbstverständnis hin zum Status eines Unternehmens erst nachträglich entwickelte. Vor dem Hintergrund, dass es sich um ein konfessionelles Krankenhaus eines kirchlichen und nicht eines privatwirtschaftlichen Trägers handelt, ist weiter davon auszugehen, dass dieses Verständnis erst in den letzten Jahren, in denen die Ökonomisierung im Krankenhaussektor durch legislative Vorgaben für seine Einrichtungen gleichsam unausweichlich wurde, entstehen konnte. Unter dieser Perspektive ist der oben beschriebene Widerspruch Ausdruck einer Krise des Klinikums, sich einerseits auf seine christlichen Wertvorstellungen zu stützen, andererseits aber unter ökonomisierten Bedingungen zu operieren. Indes fällt auf, dass dieser Widerspruch zwischen christlicher Werteorientierung einerseits und Wettbewerb um Kunden andererseits – als konstitutiver Bestandteil der Unternehmensaktivität – sich hiermit wiederholt: Unter Einbezug der Ergebnisse der Analyse der Titelseite, die sich durch eine artifizielle Suggestion einer ausschließlich am Patientenwohl orientierten Fürsorge als ediertes Produkt einer Marketingpraxis zusammenfassen lässt, ist zu konstatieren, dass gleiches für die hier analysierte Textsequenz gilt, da diese wiederum als Kernaussage des Klinikums über sich selbst zu verstehen ist. Ebenso ist das Inhaltsverzeichnis nichts anderes als ein Information-Placements und stellt damit ebenfalls das Resultat einer auf Werbung abzielenden Redaktion dar.

Hiermit lässt sich an diesem Punkt die Fallstrukturhypothese bilden: Das Evangelische und Johanniter Klinikum Niederrhein versteht sich als ein Unternehmen und instrumentalisiert seine christlichen Grundwerte und die hiermit verbundene Patientenorientierung zur Markenbildung bzw. zum eigenen Marketing in diesem Qualitätsbericht, der von seinen Redakteuren als Werbemedium begriffen wird. Weiter unterstützt wird diese Hypothese durch die durchweg artifizielle Gestaltung. Der Verweis auf die langjährige Tradition christlicher Fürsorge kann allerdings als ein Indiz dafür verstanden werden, dass das Klinikum sich nicht von jeher als Unternehmen begriffen hat, sondern seine Ursprünge in einer christlichen Werteorientierung liegen. Diese Lesart bringt vielmehr zum Ausdruck, dass sich eine durch ökonomische Zwänge bedingte Umorientierung vollzogen hat, welche ein ambivalentes Selbstverständnis nach sich gezogen hat, das sich sowohl aus Gebrauchswertversprechen auf Fortschrittlichkeit und Modernität wie auch auf christliche Wertgebundenheit zusammensetzt.

Als nächste Textsequenz schließt sich an:

(5) „Das Klinikum ist hervorgegangen aus ehemals vier selbstständigen Krankenhäusern: den Evangelischen Krankenanstalten Duisburg-Nord, dem Johanniter Krankenhaus Oberhausen-Sterkrade, dem Evangelischen Kaiser-Wilhelm-Krankenhaus Duisburg-Meiderich und dem Evangelischen Krankenhaus Dinslaken.“

Die Textsequenz erhärtet nun die oben entwickelte Hypothese, dass das Klinikum mit einem ökonomischen Transformationsprozess konfrontiert ist bzw. war: Vier ursprünglich unabhängige Krankenhäuser wurden zu einem Klinikum fusioniert. Fusionen zielen in der Regel auf die Stärkung der eigenen Wettbewerbsposition am Markt durch Nutzung von Synergieeffekten ab und sind in sich Ausdruck von ökonomischem Druck und der Reaktion von Unternehmen darauf.²⁹⁵ Die Auflistung der einzelnen Krankenhäuser verstärkt zusätzlich diese Lesart: Zwei der vier Krankenhäuser, die alle im unmittelbaren Einzugsgebiet von Duisburg liegen, tragen die Namen „Evangelische Krankenanstalt Duisburg-Nord“ bzw. „Evangelisches Wilhelm-Kaiser-Krankenhaus Duisburg-Meiderich“, die auf einen Gründungszeitpunkt im ersten Viertel des 19. Jahrhunderts hindeuten. Im ersten Fall sticht der Begriff „Krankenanstalt“ heraus, der für den heutigen Sprachgebrauch in dieser Region nicht mehr zeitgemäß wirkt.²⁹⁶ Mit dem Kopf des Kompositums „Anstalt“ werden mittlerweile eher Einrichtungen assoziiert, deren Auftrag in einem obrigkeitlichen Vollzug zum Schutz von Personen vor sich selbst oder der Öffentlichkeit – wie beispielsweise geschlossene Psychiatrien oder Justizvollzugsanstalten – liegt.²⁹⁷ ²⁹⁸ Im zweiten Fall weist der Name des Krankenhauses „Kaiser-Wilhelm-Krankenhaus“ auf ein Krankenhaus, das in der Kaiserzeit gegründet worden ist.²⁹⁹ Die beiden anderen Krankenhäuser – das Johanniter Krankenhaus Oberhausen-Sterkrade und das Evangelische Krankenhaus Dinslaken – weisen ein direkten Bezug auf einen konfessionellen Hintergrund auf. Resümierend lässt sich hier schließen, dass es sich hier um alteingesessene Krankenhäuser der Region handelt.

²⁹⁵ Auf die bislang verfolgte Vorgehensweise, die Feinanalyse Wort für Wort vorzunehmen, wird im Folgenden entsprechend des ökonomischen Gebots der Sparsamkeit verzichtet, ohne die forschungslogischen Interpretationsprinzipien zur Bedeutungsrekonstruktion des Textes zu verletzen. Vgl. Wernet 2006: 35 f.

²⁹⁶ In Österreich ist der Begriff „Krankenanstalt“ – ähnlich wie „Spital“ – in der Alltagssprache aber noch sehr viel gebräuchlicher.

²⁹⁷ Michel Foucault benutzt den Begriff der Anstalt in der historischen Rekonstruktion der Frühentwicklung des Gefängnisses im Zusammenhang von Einrichtungen wie Psychiatrien, Strafanstalten, Besserungshäusern, Erziehungsheimen oder Spitälern, die nach dem panoptischen Prinzip funktionieren (Foucault 1994: 264).

²⁹⁸ Außerhalb der juristischen Verwendung zur Kennzeichnung von Institutionen, wie der Anstalt öffentlichen Rechts, wird damit der Begriff „Anstalt“ alltagssprachlich negativ assoziiert.

²⁹⁹ In Bezug auf die „100-jährige Tradition“ des Klinikums ist zu vermuten, dass Kaiser Wilhelm II. und nicht Kaiser Wilhelm I. der Namensgeber ist.

Es folgt:

(6) „Zum Verbund gehören auch das Johanniter-Haus Sterkrade als Wohn- und Pflegeheim in Oberhausen und das Wohnstift Walter Cordes am Röttgersbach in Duisburg.

Nach der Auflistung der zum Klinikum gehörenden Krankenhäuser zählt der Textproduzent zwei weitere Einrichtungen auf, die dem Verbund und nicht dem Krankenhaussektor angehören. Es handelt sich offensichtlich hierbei um zwei Seniorenheime.

(7) „Gesellschafter der GmbH sind je zur Hälfte evangelische Kirchengemeinden bzw. Kirchenkreise in Duisburg, Oberhausen und Dinslaken sowie die Stiftung zur Förderung Evangelischer Krankenhäuser.

Nun werden die Gesellschafter des Verbunds aufgelistet. Dabei handelt es sich ausschließlich um Organisationen der evangelischen Kirche: einzelne Kirchengemeinden, über das Gemeindegebiet hinaus zu einem Kirchenkreis zusammengeschlossene Kirchengemeinden und eine Stiftung. Sie alle deuten auf einen gemeinnützigen Auftrag in Bezug auf ihren Gesellschaftszweck hin. Auffällig ist aber, dass der Textproduzent entgegen der Anfangssequenz des Absatzes nun nur noch den Oberbegriff „GmbH“ anstatt „gGmbH“ nutzt. Damit bleibt ein expliziter Hinweis auf die Gemeinnützigkeit der Kapitalgesellschaft aus, während die Abkürzung beim Leser eher die Bezugnahme auf ein Unternehmen nahelegt. Demnach drückt auch diese Textsequenz ein Spannungsverhältnis zwischen unternehmerischer Tätigkeit und christlicher Wertbindung aus.

(8) „Unser Auftrag gründet in einem christlichen Menschen- und Weltbild.“

Mit dieser Sequenz beginnt ein neuer Absatz im Text, wodurch markiert wird, dass ein neuer, eigenständiger Themenkomplex behandelt wird. Die ersten beiden Worte sind dabei wie die dritte Überschrift im Font Dax Condensed-Bold fett und in einem Azurblau gestaltet, während die restlichen in schwarzer Fließtextschrift gehalten sind. Somit heben sie sich von dem schwarzen Fließtext in den Absätzen ab und wirken für den Leser wie eine Überschrift. Beginnend mit „Unser Auftrag gründet“ kündigt das Klinikum die Herkunft seines konstitutiven Zwecks bzw. seiner Aufgabe an: In erster Linie bezeichnet ein „Auftrag“ neutral

die bindende Verpflichtung eines ausführenden Organs zur Erbringung einer bestimmten Leistung, also eine Obliegenheit. Hier verleiht das Possessivpronomen dem Nomen aber zusätzlich den Charakter einer selbstgewählten, am reinen Sachzweck ausgerichteten Berufung.³⁰⁰ Der Satz endet mit „in einem christlichen Menschen- und Weltbild“ und kennzeichnet einen holistischen Anspruch der christlichen Wertbindung des Klinikums: Über die Grundhaltung zur menschlichen Natur und der darin implizit enthaltenen Verhaltensnormen wird die weltliche Anschauung zusätzlich auf die religiös-metaphysischen Glaubenssätze des Christentums ausgeweitet – von irdischer Nächstenliebe bis hin zur Auferstehung nach dem Tod. In seiner Totalität projiziert diese Textsequenz die gesamte christliche Lehre auf die Mission des Klinikums und daraus abgeleitet auch auf das Leitbild für die konkrete Praxis im Klinikalltag.

Folgende Sequenz schließt sich an:

(9) „Für uns kommt von Gott her jedem Menschen die gleiche Würde zu unabhängig von seiner Herkunft, seiner Religion, seinem Geschlecht, seinem körperlichen oder geistigen Zustand.“

Der Textproduzent präzisiert sein christliches Menschenbild in Bezug auf die Gleichwertigkeit der Würde eines jeden Menschen unter Berufung auf Gott als Quelle für diese Wertvorstellung. Die Bezugnahme auf die göttliche Instanz verleiht der Aussage eine Unanfechtbarkeit universell geltender Legitimität und enthebt sie damit gleichsam einer Begründungspflicht.

(10) „Im Zentrum unseres Handelns steht der Mensch in der Einheit seiner körperlichen, seelischen, geistigen Bedürfnisse“

Die Sequenz als letzte in diesem Absatz konkretisiert den in (8) geäußerten holistischen Anspruch des Menschenbildes und die sich hieraus ableitbaren Verhaltensnormen unter dem Postulat, dass der Mensch als Individuum und damit als ganze Person verstanden wird.

³⁰⁰ Die Ankündigung einer Klärung der Ursache dieses Mandats durch das Verb „gründen“ unterstützt diese Lesart zusätzlich, so dass mögliche Lesarten von „Auftrag“ aus einem hierarchischen Kontext – wie beispielsweise einer Dienstanweisung oder einem militärischen Befehl – nicht weiter verfolgt werden. Auch die Verwendung von „Auftrag“ in wirtschaftlichen Kontexten – wie der Kauf oder die Bestellung von Gütern – kann hier aus Gründen der Sparsamkeit ausgeschlossen werden, da kein konkreter Bezug im vorangegangenen Text auf diese Lesart zu erkennen war.

Hieraus gilt abzuleiten, dass sich dieser Anspruch dadurch ausdrückt, dass auch die konkrete Fallgeschichte des Patienten und seine daraus resultierenden individuellen Bedürfnisse beim Klinikpersonal Beachtung finden. Zusammenfassen lässt sich an dieser Stelle, dass der Absatz die eingangs bereits hervorgehobenen christlichen Glaubenssätze des Klinikums noch einmal hervorhebt, diese illustriert und damit ein Gebrauchswertversprechen für den fürsorglichen und individuellen Umgang mit dem Patienten abgibt.

(11) „Unsere Arbeit zielt auf eine optimale gesundheitliche Versorgung und größtmögliches Wohlbefinden der Patienten unserer Krankenhäuser und der Bewohner unserer Wohnstifte.“

Der nächste Absatz beginnt mit den ersten zwei Worten wie der vorangegangene Abschnitt im Font Dax Condensed-Bold fett und Azurblau, während der Rest in schwarzer Fließtextschrift verbleibt. Der Textproduzent kehrt nun auf die Ebene der konkreten Praxis des Klinikums in Form einer Absichtserklärung zurück: Mit dem Einsatz der zwei Superlative „optimal“ und „größtmöglich“ werden höchste Ansprüche an sich selbst in Bezug auf die Behandlung und die Befindlichkeit der Patienten proklamiert. Dieser Anspruch wird über die einzelnen Kliniken hinaus auch für die beiden Seniorenheime erhoben. Zu erwarten wäre nun folgend eine Konkretisierung dieses Anspruches bzw. eine Erklärung, wie diese Ansprüche erfüllt werden. Nahe liegt hier eine kurze Illustration der medizinischen Kompetenz des Klinikums sowie der zusätzlichen Rahmenbedingungen wie Verpflegung, räumliche Ausstattung, Seelsorge oder andere zusätzliche Elemente neben der konkreten Behandlung. Auch hier ist ein Gebrauchswertversprechen herauszulesen, dass beim Rezipienten nun eine hohe Erwartungshaltung erweckt.

(12) „Hier bieten wir mit erprobten Techniken hochspezialisierte medizinische Versorgung auf höchstem Niveau.“

Diese Sequenz stellt nun ganz auf die technischen Möglichkeiten medizinischer Behandlungsformen ab: Der oben evozierten Erwartungshaltung einer ganzheitlichen, individuell auf den Patienten abgestimmten Betreuung durch das Klinikum wird jetzt eine Versorgung entgegengesetzt, die auf den Einsatz von Techniken – also auf

Standardisierungen und verallgemeinerbare Prozeduren – rekurriert.³⁰¹ Damit ist festzuhalten, dass der Text, obwohl er mit dem Lokaladverb „hier“ sogar einen explizit lokalen Bezug zum Klinikum und durch das Personalpronomen „wir“ nochmals einen persönlichen Bezug herstellt, die beim Leser erweckten Assoziationen auf ein Gebrauchswertversprechen umlenkt, das vielmehr in die nicht zu erwartende Richtung des Sachgebiets „Technik“ tendiert: So hat dieses Qualitätsversprechen im Superlativ, mit standardisierten Behandlungsprozeduren und Apparatedizin höchsten Ansprüchen zu genügen und damit fortschrittlich-innovativ zu arbeiten, ohne jedoch auf die vorangegangene Anspruchserwartung Bezug zu nehmen, für den Sinngehalt des Versprechens auf individuelle Betreuung einen komplementären Effekt.

(13) „Wir arbeiten im Team.“

Jetzt platziert der Textproduzent eine Sequenz zur Philosophie der Arbeitsorganisation, bei der besonders das Personalpronomen „wir“ und das Substantiv „Team“ hervorstechen. Das an den Anfang der Sequenz gestellte Personalpronomen intensiviert dabei nun den persönlichen Duktus durch seine Wiederholung und das mehrfach in diesem Absatz verwendete Possessivpronomen „unser“. „Wir“ schließt in diesem Zusammenhang das gesamte im Klinikum tätige Personal ein und deutet auf die Entität eines Kollektivs hin, das eher den Charakter von Vergemeinschaftung trägt als von rollenförmiger Vergesellschaftung, welche aber für Rollenträger in der professionellen Praxis eines Klinikums entsprechender wäre.

Ein Team ist eine Abteilung oder eine Arbeitsgruppe, bezeichnet aber auch eine Sportmannschaft, so dass dieser Anglizismus einen weniger förmlichen Charakter hat als der Begriff „Abteilung“ und damit leger und dynamisch wirkt, ohne jedoch eine konsequente Sachorientierung zu verlieren: Mitglieder eines Teams verfolgen ein gemeinsam gesetztes Ziel oder eine Aufgabe, ordnen sich dementsprechend dieser Gruppe der Sache wegen unter, kommunizieren über direkte Wege untereinander und agieren in flachen Hierarchieebenen

³⁰¹ Der Hinweis auf Erprobung der „Techniken“ zielt auf die Botschaft einer routinisierten und damit für den Patienten sichere und risikoarme Behandlung ab. Während nach schweren Unfällen oder tiefgreifenden Komplikationen und der daraus resultierenden Krise bei der notfallmäßigen Versorgung von Patienten oftmals nach medizinischem Ermessen auch innovative Wege beschritten werden müssen, deren Ausgang nicht absehbar sind, ist hier nur kurz zu konstatieren, dass für „Techniken“ – hier standardisierte Behandlungsprozeduren und der Einsatz von Medizintechnik – allein bedingt durch die genau geregelten Zulassungs- und Prüfverfahren der dafür zuständigen Institutionen, wie der Technische Überwachungs-Verein (TÜV) oder das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), eine Erprobung ex ante konstitutiv ist. Auch wenn der Verweis auf Erprobung wiederum als ein Gebrauchswertversprechen zu verstehen ist, handelt es sich dabei aber lediglich um eine tautologische Beziehung.

oder sogar gleichberechtigt, da das gemeinsame Ziel und weniger die Weisung, für ihr Agieren maßgeblich ist. Damit transportiert der Begriff auch immer ein gewisses Maß an Autonomie und Selbstständigkeit und drückt eine Geisteshaltung aus, die das Klinikum für sich bereits mit der Fotografie auf der Titelseite und dieser Einleitung beansprucht: eine ausnahmslose Handlungsorientierung an der Sache. Über das rollenspezifische Handeln der beruflichen Praxis hinaus wird dementsprechend die Ebene der Vergemeinschaftung des Personals betont. In Bezug auf die Größe von Teams verwundert in diesem Kontext jedoch der Gebrauch dieses Begriffs, da in der Regel eine Anzahl von nicht mehr als zehn Personen typisch ist, ein Klinikum mit 1338 Betten allerdings damit Hunderte von Teams in sich vereinigen könnte.³⁰² Weiterhin ist auf Ebene der Praxis der einzelnen Professionen im Klinikum die Rolle des Mitarbeiters konstitutiv und weniger seine individuelle Person. Subsumieren lässt sich somit für diese Sequenz, dass dem Leser gegenüber die Botschaft „Wir sind ein Team“ geäußert wird, wodurch eine Vergemeinschaftung suggeriert werden soll. Weiter folgt diese Bezeichnung dem Zeitgeist der aktuellen Literatur zu den Themen „Management“ und „Organisationstheorie“ und weist auf eine Außendarstellung, die eine dynamische und moderne Professionalität des Personals im Klinikum Niederrhein für sich in Anspruch nimmt.

Als letzter Satz dieses Absatzes schließt sich an:

(14) „Jeder leistet seinen speziellen Beitrag dazu.“

Die Sequenz geht nun von der Makroebene des Klinikums als entitäre Organisation auf die Mikroebene des einzelnen Mitarbeiters und behandelt das Thema der Arbeitsteilung innerhalb des Klinikums. Auf den ersten Blick hebt die Sequenz den Wert der Arbeit eines jeden Mitarbeiters hervor und – verstanden im Bezug auf die vorangegangene Sequenz – auch den einzelnen Mitarbeiter als ganze Person. Das Indefinitpronomen „jeder“ drückt dabei gleichzeitig auch eine Totalität aus und steht stellvertretend für alle Mitarbeiter, schließt also niemanden aus und nimmt Bezug auf den oben beschriebenen Teamgeist. Das Adjektiv „speziell“ verleiht aber dennoch dieser Sequenz eine gekünstelte Attitüde und das in zweifacher Weise: Erstens liegt es auf der Hand, dass jeder Mitarbeiter einen spezifischen Arbeitsbeitrag mit einem konkreten Tätigkeitsprofil leistet, da das Klinikum ihn sonst nicht als Mitarbeiter beschäftigen würde. In diesem Verständnis handelt es sich bei der Sequenz

³⁰² Vgl. Hoegl 2005: 264

lediglich um eine Tautologie, die vordergründig durch das Adjektiv den besonderen Wert der Mitarbeiter betont, jedoch eigentlich darauf abzielt, durch die Hervorhebung der Mitarbeiterleistung und die darin implizit enthaltene Anerkennung durch den Textproduzenten beim Leser Sympathie für das Klinikum zu erzeugen, also das Bild eines besonders mitarbeiterorientierten Arbeitgebers zu lancieren. Zweitens postuliert das Adjektiv „speziell“ eine Spezialisierung der Arbeitsteilung, wodurch eine Generalisierung, das Verständnis der Arbeitsabläufe über einzelne Teilschritte hinweg in einen Gesamtzusammenhang stellen zu können, in den Hintergrund gerät, womit zudem eine Entkopplung von Arbeitsprozess und Mitarbeiter als Person implizit enthalten ist. Dies widerspricht einerseits dem holistischen Anspruch des Klinikums, der bei den Aussagen zum Menschenbild betont wurde und damit nicht nur für Patienten, sondern auch für die Mitarbeiter gelten müsste, andererseits deutet die Verwendung des Adjektivs „speziell“ vielmehr auf eine industrialisierte Form der Arbeitsteilung wie der Fließbandproduktion. Damit lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass auch diese Sequenz eher einem artifiziellen Werbeslogan ohne tieferen Sinngehalt gleicht, als einer für das Leserinteresse wertvollen Information. Für den gesamten Absatz, der Informationen über die Arbeitsphilosophie des Klinikums verspricht, kann demnach gefolgert werden, dass es sich bei den vorangegangenen Aussagen um wohlklingende Hülsen ohne jeglichen Informationsmehrwert für den Leser und einen Versuch des Klinikums handelt, ein positives und werbendes Image durch den Einsatz von Gebrauchswertversprechen aufzubauen. Bei genauerer Betrachtung allerdings wird hiermit ein Zeugnis von Desorientierung und Krise abgelegt und dies insbesondere durch den für den Leser unerwarteten Regress auf Arbeitsteilung und Technik, nachdem eine holistische Anspruchshaltung erweckt wurde.

Der nächste Absatz beginnt mit:

(15) „Die fürsorgliche Begleitung der Menschen auf ihrem Schicksalsweg, der sie zu uns geführt hat, ist unser ernstes Anliegen, auch und insbesondere, wenn eine Heilung nicht möglich ist.“

Auch in dieser Sequenz ist der Anfang analog zu den beiden vorangegangenen Absätzen farblich hervorgehoben und fungiert als Blickfang, so dass ein Dreiklang aus den einzelnen Textelementen entsteht: „unser Auftrag“, „unsere Arbeit“, „die fürsorgliche Begleitung“. Einerseits fungieren die Elemente jeweils als Überschrift für ihren Absatz, andererseits bilden

sie zusammen eine neue Textebene mit einer eigenen Sinnstruktur, die als ein Slogan interpretiert werden kann, der in bündiger Form die Botschaft einer rein an der Sache ausgerichteten Patientenorientierung transportiert.

Auf der Ebene des Fließtextes wird „die fürsorgliche Begleitung“ in direkten Bezug zum „Schicksalsweg“ des Patienten gesetzt und als maßgebliche Ursache für die Aufnahme in das Klinikum verstanden, wodurch der Grund für den Krankenhausaufenthalt einen fatalistischen Charakter erhält, die Person von ihrer Autonomie entkoppelt und ihre Biographie durch eine fremde Gewalt bestimmt wird. Mit „unser ernstes Anliegen“ gibt der Textproduzent den ursächlichen Grund – eine intrinsische Motivation – für die Fürsorge bzw. Patientenorientierung an und betont damit die Anspruchshaltung der bereits oben geäußerten christlichen Wertvorstellungen.

Hierauf folgen die Konjunktion „auch“ sowie das Adverb „insbesondere“. „Auch“ kann hier einerseits auf eine grundsätzlich mögliche Einschränkung der „fürsorglichen Betreuung“ in Bezug auf ihren Adressaten oder ihren Gegenstand deuten, kann aber andererseits diese Exklusion gleichsam wieder nivellieren und so ein Miteinbeziehen ausdrücken. „Insbesondere“ kennzeichnet die Umstände, also die Bedingung, für die Möglichkeit einer Einschränkung. Darauf folgt das Satzende „wenn eine Heilung nicht möglich ist“. Hiermit bezieht der Textproduzent solche Patienten mit ein, bei denen trotz Therapie keine Restitution ihrer Gesundheit zu erwarten ist, also beispielsweise Patienten eines Hospizes, was beim Leser den Eindruck einer konzessiven Einräumung erweckt, die aber sogleich aufgelöst wird, eine positive Überhöhung der Aussage bewirkt und somit die christliche Werteorientierung des Klinikums nachdrücklich durch eine rhetorische Figur unterstreicht.

(16) „In intensivem Austausch und enger Zusammenarbeit gewährleisten unsere Fachärzte und unsere medizinischen Mitarbeiter eine umfassende und interdisziplinäre Behandlung und Versorgung der Patienten aller Betriebsteile“

Der Absatz endet mit einer Sequenz, die sich auf die Arbeitsteilung und die Organisationsphilosophie des Klinikums einerseits bezieht und andererseits erneut die Güte der Versorgungsqualität betont. Ähnlich wie im vorangegangenen Absatz geht der Textproduzent, nachdem er eine konsequente Patientenorientierung des Klinikums – motiviert durch christliche bzw. ethische Wertvorstellungen – herausgestellt hat, auf eine

versachlichte Ebene zurück: Wurde im zweiten Absatz die holistische Anspruchshaltung einer Patientenorientierung, die den Patienten als ganze Person begreift, versprochen, greift der dritte Absatz zu Anfang diese ganzheitliche Versorgung der Patienten noch auf, begründet diese aber gleichsam mit „erprobten Techniken“ und „Teamarbeit“; ebenso wird der vierte Absatz aufgebaut, der eingangs eine größtmögliche Patientenorientierung selbst der Patienten, die unheilbar krank sind, postuliert, um dann wiederum auf Klauseln zur Organisationsphilosophie und des Arbeitsablaufs zurückzukehren, die technokratisch wirken und die beim Leser erweckte Anspruchserwartung enttäuschen: In dieser Textsequenz stehen neben fast lehrbuchhaft wirkenden Phrasen zur Arbeitsorganisation wie „intensiver Austausch“, „enge Zusammenarbeit“ sowie „umfassende und interdisziplinäre Behandlung“ besonders zwei Textelemente hervor: „medizinische Mitarbeiter“ und „aller Betriebsteile“.

In der Alltagssprache ist der Begriff „medizinischer Mitarbeiter“ eher nicht gebräuchlich. Durch seinen Bezug zur Medizin handelt es sich also um einen Mitarbeiter einer medizinischen Einrichtung wie ein Krankenhaus, so dass nur zwei Professionsgruppen hier in Frage kommen: Ärzte, Pflegepersonal. Da bereits vor diesem Textelement „Fachärzte“ genannt wurden und diese mit der Konjunktion „und“ hiervon getrennt wurden, kann ausgeschlossen werden, dass Fachärzte nicht zur Gruppe der „medizinischen Mitarbeiter“ des Klinikums gehören. Damit bleiben noch Ärzte ohne Facharztausbildung, Pflegepersonal und Verwaltungsangestellte übrig. Eine genauere Bestimmung, welche Gruppe im Einzelnen genannt wird, lässt der Text nicht zu, so dass davon ausgegangen werden muss, dass es sich hiermit um einen Sammelbegriff für alle aufgeführten Professionen – außer der Fachärzte – handelt. In seinem Ausdruck wirkt er aber technokratisch und unnatürlich.

Der Satz endet mit dem zweiten auffälligen Element, das den Ort der Behandlung und Versorgung von Patienten bezeichnet: „aller Betriebsteile“. Ein Betriebsteil ist als eine Einheit eines Betriebs zu verstehen, der wiederum eine Wirtschaftseinheit eines Unternehmens darstellt und nach dem Prinzip der Gewinnerzielungsabsicht agiert. Im Text repräsentiert er die im ersten Absatz genannten vier Krankenhäuser, die gemeinsam zum Klinikum Niederrhein fusioniert wurden. Für den Leser wäre hier also eher die Textsequenz „aller Kliniken“ zu erwarten gewesen als „aller Betriebsteile“, was einen industriellen Beiklang transportiert. Der Textproduzent kehrt somit erneut zum Selbstverständnis eines Wirtschaftsunternehmens mit Gewinnerzielungsabsicht zurück, obwohl er vorher ein Gebrauchswertversprechen über einen ethisch-christlichen Umgang mit den Patienten als

ursprüngliche Mission und intrinsische Motivation des Klinikums abgegeben hat, so dass auch in diesem Absatz ein inhärenter Widerstreit entsteht, der die Fallstrukturhypothese erhärtet: Wie oben konkurrieren Aussagen zum Selbstbild des Klinikums miteinander, die das Klinikum einerseits als Unternehmen und andererseits als Repräsentant christlicher Fürsorge skizzieren. Damit lässt sich subsumieren, dass der Text Zeugnis über die Krise des Klinikums in Bezug auf sein ambivalentes Selbstverständnis ablegt, weder sich als Unternehmen, noch als eine Einrichtung mit christlicher Mission eindeutig verstehen zu können.

Der nächste Absatz beginnt mit:

(17) „Unser Anliegen ist es, mit einer hohen medizinischen, strukturellen und organisatorischen Qualität Verantwortung für das Wohl unser Patienten zu tragen“

Diese Textsequenz weicht von den bisherigen ab und tritt durch ihre hellgraue Farbe im Gegensatz zur Gesamterscheinung der Titelseite zurück. Hier ist der gleiche Font verwendet worden, allerdings in der kleineren Schriftgröße 10 und Fettdruck. Die Aussage wird wiederum mit dem Possessivpronomen „unser“ eröffnet, das sich auf das „Anliegen“ des Klinikums – sein intrinsisch motiviertes Bestreben – richtet, „Verantwortung“ zu übernehmen, was bedeutet, aus freier Entscheidung der Pflicht nachzukommen, für den Patienten und sein Wohlergehen Sorge zu tragen.³⁰³ Die Übernahme von Verantwortung impliziert dabei neben der freien Entscheidung immer auch eine Offenheit der Zukunft und damit Kontingenz sowie die Bereitschaft, einem Scheitern Rechenschaft zu tragen. Als Mittel, der Verantwortung gerecht zu werden und das Wohl der Patienten sicherzustellen, wird die Reihung von drei Adjektiven „medizinische, strukturelle und organisatorische Qualität“ aufgeführt. Hier wird der Begriff „Qualität“ – als Ausdruck von Güte per se – verwendet und bezieht sich auf drei voneinander getrennte Gegenstände. Zuerst wird die Qualität der medizinischen Leistung genannt. Die Kombination aus Adjektiv und Substantiv wirkt hier etwas ungewohnt, da man in diesem Zusammenhang alltagssprachlich eher das Kompositum „Behandlungsqualität“ gebrauchen würde. Letztlich umfasst die „medizinische Qualität“ aber das gesamte Spektrum der in einem Krankenhaus erbrachten Leistungen – von der täglichen Pflege bis hin zur Chefarztvisite. Der Umstand, dass hier nicht das gängigere Kompositum

³⁰³ Der Einsatz eines weiteren Possessivpronomens in Bezug auf die Patienten des Klinikums – „unsere Patienten“ – beansprucht für sich ein persönlicheres Beziehungsverhältnis zwischen dem Klinikum und den dort behandelten oder zu behandelnden Patienten als der Ausdruck „die Patienten des Klinikums“ oder etwa „die Patienten unseres Klinikums“.

gewählt wurde, könnte ein Hinweis darauf sein, dass bewusst die einzelnen Adjektive aneinandergereiht wurden, um das Substantiv „Qualität“ zu betonen. Das zweite Adjektiv „strukturell“ bezieht sich auf das konstitutive Wesen des Klinikums und seinen Aufbau im Allgemeinen.³⁰⁴ Es vermittelt dem Leser Assoziationen von Nachhaltigkeit und einer innewohnenden Stabilität, wirkt jedoch an dieser Stelle etwas unkonkret und korrespondiert mit dem dritten Adjektiv „organisatorisch“, das den Prozessaufbau sowie den Arbeitsaufbau des Klinikums adressiert und ebenfalls einen sehr allgemeinen Charakter aufweist. Insgesamt wirken alle drei Adjektive unbestimmt und allumfassend. Ihr Bezugsnomen steht somit im Vordergrund und wird zusätzlich durch das Attribut „hoch“ bewertet. „Hoch“ steht im Positiv, ist damit lediglich eine Feststellung, hat aber keinen Bezugspunkt und bleibt damit ebenfalls unkonkret.

Festzustellen bleibt hier: Wurden im dritten Absatz noch die Ziele im Zusammenhang mit der Arbeit des Klinikums durch den Einsatz der Superlative „höchste“ oder „größtmögliche“ gekennzeichnet und hieraus ein Anspruchsniveau auf höchster Stufe suggeriert, fällt diese Textsequenz dagegen ab und erhält durch ihre Formulierung einen für den Leser nichtssagenden Sinngehalt. Lediglich einzelne Textelemente wie „unser Anliegen“, „Qualität“, „Verantwortung“ und „Wohl unserer Patienten“ stechen hervor und verleihen dem Satz den Charakter eines wohlklingenden Werbeslogans, der dem Dreiklang der farblich hervorgehobenen Anfangssequenzen in den drei vorangegangenen Absätzen gleicht.

Dem letzten Absatz der Einleitung steht folgende Sequenz vor:

(18) „Das Evangelische und Johanniter Klinikum Niederrhein stellt gesellschaftsrechtlich eine Einheit dar.“

Der Textproduzent geht auf die Rechtsform des Klinikums ein und betont die einheitliche Trägerschaft für alle Kliniken und Einrichtungen, aus denen das Klinikum in seiner gegenwärtigen Situation hervorgegangen ist. Während dies für den Leser nicht verwunderlich ist, da doch bereits im zweiten und dritten Satz des ersten Absatzes die Fusion der einzelnen Einrichtungen zu einer gemeinnützigen Gesellschaft mit beschränkter Haftung dargestellt wurde und daher als bekannt gilt, so verwundert hier jedoch der Umstand, dass im letzten Absatz darauf noch einmal explizit hingewiesen wird. Denkbar ist demnach jetzt nur eine

³⁰⁴ Eine umfassende Ausführung zum Sinngehalt des Begriffs „Struktur“ findet sich in der Analyse der Titelseite.

Konzession, da ein wiederholter Hinweis für den Leser keinen Nutzen hat und in Bezug auf den Textfluss eher einen Bruch darstellen würde.

(19) „Gleichwohl bestehen von Seiten des Landes NRW zwei Planfeststellungsbescheide für den Krankenhausbereich.“

Das Adverb „gleichwohl“ als Konjunktion für sich widersprechende Aussagen kündigt bereits am Satzbeginn die oben vermutete Einschränkung an. Diese Einschränkung erklärt sich durch zwei Planfeststellungsbescheide, die das Land Nordrhein-Westfalen für den Krankenhausbereich des Klinikums erlassen hat. Im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden Planfeststellungsbescheide für die Krankenhausplanung durch die einzelnen Bundesländer erlassen. Die Krankenhausplanung umfasst gesundheitspolitische Regelungen, die Einschätzung des regionalen Versorgungsbedarfs und die Kapazitätsanpassung in den betroffenen Einrichtungen ebenso wie ihre Investitionsförderung durch die öffentlichen Haushalte. Zusammengefasst zielt die Krankenhausplanung auf eine Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass lediglich zwei von vier Einrichtungen des Klinikums Niederrhein aus Perspektive des Landes für die Krankenhausplanung notwendig sind und daher auch finanzielle Förderung erfahren, wogegen die zwei anderen Krankenhäuser in der Planung keine Berücksichtigung finden. Was die hier genannten Planfeststellungsbescheide im Detail aber beinhalten, führt der Textproduzent nicht weiter aus: es wird eben nur die Information über die Existenz von zwei Plankrankenhäusern gegeben. Somit gibt diese Textsequenz Auskunft darüber, dass das Klinikum regulativen Eingriffen des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen Folge zu leisten hat, seine wirtschaftliche Entscheidungsautonomie nur innerhalb der Grenzen dieser Regulation Geltung beanspruchen kann und sich in einem finanziellen Abhängigkeitsverhältnis zum Land befindet.

Die Einleitung endet mit:

(20) „In Anlehnung an die Aufteilung der klinischen Strukturen in zwei Plankrankenhäuser soll Ihnen dieser Bericht einen Überblick über die Arbeit unserer Betriebsteile 1-3 bieten.“

Zum Abschluss wird die Intention des Qualitätsberichts, welche für den Leser bereits wohl offenkundig vorliegt, noch einmal formell angekündigt. Auffällig bei dieser Absichtsbekundung ist, dass sie für den laienhaften Leser keinerlei informativen Mehrwert besitzt: Der Textproduzent bezieht die Systematik des Qualitätsberichts auf die „klinischen Strukturen“ von zwei Plankrankenhäusern. Diese Ankündigung setzt allerdings ein entsprechendes Kontextwissen darüber voraus, inwiefern sich die „klinischen Strukturen“ eines Plankrankenhauses von solchen eines Krankenhauses unterscheiden, das nicht in die Krankenhausplanung eines Bundeslandes integriert ist. Weiterhin ist verwunderlich, dass entgegen der Auflistung im ersten Absatz von vier Krankenhäusern nun nur noch drei behandelt werden und diese erneut als Betriebsteile bezeichnet werden.³⁰⁵ Als Zwischenergebnis lässt sich damit dieser letzte Absatz als ein Hinweis auf formale Hintergrundinformationen deuten, der für den Leser allerdings nur dahingehend informativ ist, dass lediglich zwei Einrichtungen des Klinikums als bedarfsnotwendig bewertet wurden, so einer öffentlichen Förderung unterliegen und die restlichen Standorte anscheinend einem vollständig eigenen wirtschaftlichen Risiko unterliegen.

Zusammenfassend entwirft die gesamte Einleitung eine sehr heterogene Selbstdarstellung des Klinikums. Einerseits wird eine holistische Anspruchshaltung platziert, die als Gebrauchswertversprechen für den Leser verstanden werden muss, eine in selbstgewählter christlicher Wertetradition stehende Fürsorge erwarten zu können und als ganze Person in seiner konkreten Fallgeschichte wahrgenommen zu werden, andererseits kennzeichnet der Textproduzent das Klinikum wiederholt als ein Unternehmen, das aus der Sache heraus schon als oberstes Ziel eine Gewinnerzielung anstreben muss. Dies bedeutet jedoch, dass das Versprechen einer christlichen Fürsorge um den Patienten und die darin implizit enthaltene Botschaft einer intrinsisch motivierten Patientenorientierung, dahingehend verstanden werden müssen, dass sie nicht um ihrer selbst willen vollzogen werden, sondern – ungeachtet der realen Behandlungsqualität – nur als Mittel zum Zweck und damit als eine Werbebotschaft fungiert. Hier entpuppen sich die Absätze, die das Thema der Patientenfürsorge behandeln und diese als selbstgewählten Auftrag im Sinne eines Ideals oder einer Mission verstanden wissen wollen, als wohlklingende Slogans, die bei genauerer Betrachtung für das Selbstbild des Klinikums destruktiv wirken und als Ausdruck einer Krise bezüglich seiner Selbstverortung zu werten sind. Diese Krise wird im ersten Absatz bereits durch die Fusion von vier ehemals selbstständigen Krankenhäuser ausgedrückt.

³⁰⁵ Die hier offensichtlich zu Grunde liegende Implikation des Begriffs „Betriebsteil“, der Absicht einer Gewinnerzielung zu unterliegen, wurde bereits weiter oben erörtert.

Auch die graphische Gestaltung der Einleitung mit der farblichen Akzentuierung einzelner Textpassagen sowie die wechselnden Schriftgrößen und –breiten erhärten den Eindruck einer Platzierung von Werbebotschaften, während der eigentliche Sinngehalt der Aussagen den Leser immer wieder mit Widersprüchen konfrontiert, so dass auf ein Unvermögen geschlossen werden muss, sich selbst eindeutig darzustellen. Hieraus lässt sich die für diesen Qualitätsbericht maßgebliche Fallstrukturhypothese begründen: Das Evangelische und Johanniter Klinikum Niederrhein reagiert durch die Fusion von alteingesessenen Krankenhäusern, die ursprünglich aus utilitaristischen Motiven für die Patientenversorgung in der Region Niederrhein gegründet wurden, auf die veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem: Es versteht sich nun als ein Unternehmen, wobei die Betonung einer christlichen Wertorientierung dabei zur Abgrenzung der eigenen Marke dient und schlussendlich Ausdruck von Marketingbemühungen ist. Dass es sich um Marketing handelt, welches sich sogar zur Zweckerfüllung über die Vorgaben für Qualitätsberichte hinwegsetzt, konnte mit dem Nachweis des Information-Placements im Inhaltsverzeichnis belegt werden. Unter Einbeziehung der Titelseite wirkt dieses Marketing teilweise professionell auf der Gestaltungsebene und teilweise – trotz der Möglichkeit zur freien Gestaltung – laienhaft oder sogar destruktiv, wie der Text der Einleitung.

Auf Grund der Fallstrukturhypothese, die aus dem bis zu diesem Punkt analysierten Protokoll entwickelt werden konnte, sowie dem Ergebnis, dass das Marketing selbst in frei gestaltbaren Bereichen des Qualitätsberichts in Bezug auf den Grad seiner Professionalität teilweise stark differiert, werden im Folgenden ausschließlich frei gestaltbare Protokolle untersucht. Für die Kommunikationspolitik bieten sich hier besonders Fotografien an, da diese für Aufmerksamkeitsstrategien der Werbung bedingt durch die visuelle Perzeption des Rezipienten von konstitutiver Bedeutung sind.

III.1.4 Betriebsteil 1 – Das Evangelische Krankenhaus Duisburg-Nord

Die erste Fotografie nach der Einleitung findet sich auf der Seite, die mit der Überschrift im Qualitätsbericht „Betriebsteil 1 – Das Evangelische Krankenhaus Duisburg-Nord“³⁰⁵ betitelt ist und augenscheinlich eine relativ unscharfe Aufnahme des Gebäudes des Krankenhauses darstellt:



Abb. III.1.7: „Betriebsteil 1 – Das Evangelische Krankenhaus Duisburg-Nord“

Bei dem Gebäude handelt es sich um einen für die sechziger bzw. siebziger Jahre des 20. Jahrhunderts typischen Funktionsbau aus Beton mit einem Balkonvorbau aus Metallstreben. Der rechte Teil des Gebäudes ist von Bäumen verdeckt, hier sind nur die obersten Etagen durch den näher an dem Komplex stehenden Baum vage zu erkennen. Am rechten Bildrand ist ein Nadelbaum zu sehen, der von den weiter vorne stehenden Sträuchern verdeckt wird. Die unteren Etagen des linken Traktes sind ebenfalls durch zwei in Form geschnittene Bäume sowie zwei Sträucher teilweise verdeckt.³⁰⁶ Ganz links ist nur schemenhaft ein flacher Trakt wahrnehmbar. In der Mitte ist ein asphaltierter Weg zu erkennen, der in seinen Fluchtpunkt offensichtlich zu einem Parkplatz führt. Im vorderen Teil sind zwei Zweiräder abgestellt, von denen es sich bei dem im Vordergrund stehenden um einen silbrig-bläulichen Motorroller handelt. Hinter den Zweirädern sind zwei Automobile zu erkennen. Links steht ein BMW mit

³⁰⁵ Die befremdlich wirkende Betitelung eines Krankenhauses mit dem Begriff „Betriebsteil“ als Ausdruck einer betriebswirtschaftlichen Umdeutung wurde bereits in der Analyse der Einleitung erörtert.

³⁰⁶ Bedingt durch die schlechte Auflösung der Fotografie lassen sich die einzelnen Baum- und Straucharten nicht exakt bestimmen.

seiner Fahrzeugfront zum Betrachter, rechts steht eine schwarze Limousine mit Fließheck, deren Typ nicht direkt bestimmbar ist. Zwischen den Automobilen und den Zweirädern geht von der asphaltierten Fläche im rechten Winkel eine weiße Überdachung mit weißen Stützpfeilern nach links zu dem flachen Gebäudetrakt. Hierbei handelt es sich offensichtlich um einen Eingangsbereich, da vor der Überdachung ein weißes Schild auf zwei Pfeilern steht und die Vermutung nahe liegt, dass es eine Hinweiskfunktion zur Orientierung im Gebäude übernimmt. Ganz im Vordergrund lassen sich zwei Treppenstufen aus Waschbeton hin zum Parkplatz erkennen, was darauf schließen lässt, dass die Fotografie unterhalb des Treppenlaufs oder auf einem Treppenabsatz aufgenommen wurde, so dass das gesamte Gebäude einen monolithischen, eher abweisenden Charakter erhält. Dieser Eindruck wird durch die das Sonnenlicht reflektierenden Fensterscheiben, wodurch ein Einblick in das Gebäudeinnere unmöglich wird, noch verstärkt, wie auch durch den Umstand, dass keinerlei Personen auf der Abbildung zu erkennen sind.

Auffällig sind weiterhin die langen Schatten, die auf dem Boden der asphaltierten Fläche und auf dem Großteil des Gebäudes zu erkennen sind. Sie lassen einen Rückschluss auf die Jahreszeit der Aufnahme zu: Der blaue Himmel ist wolkenlos, das Licht wirkt jedoch kühl und die Laubbäume bzw. Sträucher tragen noch nicht ihr volles Blattkleid, wobei keinerlei Laub auf den Grünstreifen oder der asphaltierten Fläche zu erkennen ist. Hieraus lässt sich schließen, dass die Aufnahme in den Frühlingsmonaten März oder April stattgefunden hat. Dabei entsteht jedoch nicht der zu erwartende Effekt, der sich aus den geläufigen Assoziationen zum Frühling – wie dem Aufblühen der Natur und einer gehobenen Stimmung des Menschen – ergibt. Bedingt durch die menschenleere Szenerie entsteht hier zusammenfassend vielmehr eine melancholische bis abweisende Stimmung, die für den Rezipienten kein attraktives Bild dieses Standorts des Klinikums zeichnet. Darüber hinaus vermittelt auch die Wahl der Perspektive und die am unteren Bildrand abgeschnittenen Treppenstufen nicht die Ästhetik einer Komposition; dem Betrachter drängt sich dabei eher der Eindruck eines gestalterischen Unvermögens des Fotografen auf, welches sich im Vergleich mit der artifiziellen, durchkomponierten Fotografie der Titelseite um so mehr erzwingt. Auch der Umstand, dass diese Fotografie für die Darstellung des Krankenhauses überhaupt ausgewählt wurde, überrascht im Vergleich mit der Titelseite. Schlussendlich handelt es sich hierbei um eine nüchterne, unambitionierte Abbildung des Gebäudes, welche im Gegensatz zur ersten Fotografie des Qualitätsberichts keine werbende Botschaft an den Rezipienten richtet.

III.1.5 Betriebsteil 2 – Das Johanniter-Krankenhaus Oberhausen

Die dritte Fotografie folgt auf der nächsten Seite und ist mit der Überschrift „Betriebsteil 2 – Das Johanniter-Krankenhaus Oberhausen“ versehen:



Abb. III.1.8: „Betriebsteil 2 – Das Johanniter-Krankenhaus Oberhausen“

Das Bild zeigt einen zweistöckigen historischen Komplex aus rotem Backstein vor einem strahlend blauen Himmel mit einem Spitzdach und weißen Ziersteinen, die linienförmig entlang der Etagen horizontal gesetzt sind, einem spitzen kleinen Turm und einem Johanniterkreuz über dem Eingangsbereich, der dem Hauptgebäude vorangestellt und auf dessen Dach ein weiteres Kreuz angebracht ist. Links und rechts gehen zwei Trakte vom Hauptgebäude zum Betrachter ab, so dass der Komplex in seinem Grundriss eine U-Form hat. Das Gebäude ist in einem eklektizistischen Baustil des Klassizismus gehalten: Es erinnert einerseits an Bauten der Gründerzeit und bedient sich andererseits mit dem spitzen Turm der

Ästhetik von Zisterzienserklöstern sowie mit den Bogenfenstern der Romanik.³⁰⁷ Vor dem Eingang ist eine kreisförmige Zufahrt, in deren Mitte ein Rondell mit einer nicht näher bestimmbar Pflanzart angelegt wurde. Direkt vor dem Eingang parkt ein dunkelgrünes Automobil, bei dem es sich um einen VW Golf IV handeln könnte. Vor der Zufahrtsstraße ist eine Grünfläche, auf der am linken Bildrand ein Laubbaum, in der Mitte ein Nadelbaum und rechts mehrere sich gegenseitig verdeckende Sträucher und eine Hecke stehen. Auf Grund der großen Distanz des Fotografen zu seinem Motiv ist eine Bestimmung der einzelnen Baum- und Pflanzarten nicht möglich.

Parallel zur Zufahrtsstraße zieht sich auf dem Grünstreifen ein Fußweg mit fünf grünen Metallbänken entlang, eine davon ausgerichtet auf das Gebäude, zwei grünen Mülleimern aus Metall, wie sie seit den Neunziger Jahren des 20. Jahrhunderts in öffentlichen Anlagen typisch sind, und mit einer Parkbank älterer Bauweise, schätzungsweise aus den 1970er Jahren, deren Seitenteile aus Beton und die Rückenlehne aus gelb lackiertem Holz besteht. Gut sichtbar ist hier, dass das Sitzelement fehlt. Zwischen der Reihe der grünen Parkbänke wirkt dieses Element für den Betrachter neben der farblichen Abweichung besonders durch den Umstand störend, dass die Bank nicht gebrauchsfähig ist und zu erwarten wäre, dass sie entweder für ein harmonisches Gesamtbild entfernt oder wenigstens repariert würde. In diesem Zustand sorgt sie für ein schlecht versorgtes Gesamtbild dieser Anlage, das den Betrachter eher abschreckt, hier zu verweilen.

Als einzige Person auf der Abbildung sitzt auf der linken Parkbank in Richtung der Grünfläche ein älterer Mann mit weißem Haarkranz, rotem Oberteil mit kurzen Ärmeln und einer schwarz-weiß gestreiften Hose, die wie eine Jogginghose wirkt. Die Beine sind entspannt übereinander geschlagen, die leicht verschränkten Arme liegen auf dem oberen linken Oberschenkel und die linke Hand senkt sich locker nach unten ab.³⁰⁸ Der Umstand, dass sonst keine anderen Personen in dieser Szenerie zu erkennen sind, verleiht dem Gesamtbild eine verlassene und melancholische Stimmung.

³⁰⁷ Hierbei handelt es sich um ein ungefähr einhundert Jahre altes Gebäude. Neben den bereits in der Einleitung behandelten Krankenhäusern „Evangelisches Kaiser-Wilhelm-Krankenhaus Duisburg-Meiderich“ und den „Evangelischen Krankenanstalten Duisburg-Nord“, die von ihrem Namen selbst bereits auf ein Bestehen seit dem ersten Viertel des 20. Jahrhunderts schließen lassen, belegt beim Johanniter-Krankenhaus Oberhausen der Baustil sein Alter.

³⁰⁸ Ob es sich bei dem Mann um einen Patienten des Krankenhauses oder einen Spaziergänger handelt, der auf der Grünanlage im Sonnenlicht verweilt, ist schlussendlich nicht zu klären. Dennoch weist der Umstand, dass er eine Jogginghose trägt, auf einen Patienten, da Patienten oftmals während einer stationären Behandlung im Krankenhaus leichte Freizeitbekleidung mit einem hohen Tragekomfort wählen. Darüber hinaus gilt solche Sportbekleidung für einen Spaziergang oder andere Freizeitaktivitäten, die auch eine angemessene Alltagsbekleidung zulassen, seit den ausgehenden 1990er Jahren als eher unpassend und unmodern.

Diese Stimmung wird durch die große Entfernung vom Fotografen zu den Parkbänken noch verstärkt. Vor dem Fußweg zum unteren Bildrand der Fotografie ist ein großer Teil des Grünstreifens zu sehen, was nahelegt, dass es sich um eine große Rasenfläche handeln muss, auf der sich jedoch – ebenso wie um das Gebäude herum – keine Personen befinden. Beim Betrachter können sich hier leicht Assoziationen zu der Ästhetik Edward Hoppers, beispielsweise mit Bildern wie „South Carolina Morning“ oder „People in the Sun“, eröffnen. Durch solche Assoziationen zum amerikanischen Realismus könnte prinzipiell ein erster Eindruck einer bewusst gestalteten Komposition der Fotografie entstehen, bei der das Krankenhausgebäude oben von einem breiten blauen – dem wolkenlosen Himmel – und unten von einem grünen Segment – dem Rasenstück der Parkanlage – eingerahmt wird und farblich hervorsticht.³⁰⁹ Bei einer genaueren Betrachtung der Abbildung und ihrer Details muss aber von dieser Lesart wieder abgerückt werden: In Bezug auf die Intention der Fotografie, das Gebäude eines Krankenhauses in einem Qualitätsbericht darzustellen, ist zu unterstellen, dass hier nicht Themen wie Melancholie, Vereinsamung oder Sinnlosigkeit der Existenz des modernen Menschen – wie in der Malerei Edward Hoppers – aufgegriffen werden, sondern eher dem Versuch gefolgt wird, Sympathie und das Gefühl von Geborgenheit dem Rezipienten gegenüber zu vermitteln, soweit dies für ein Krankenhaus möglich ist.³¹⁰ Die Stimmung der Abbildung erreicht jedoch genau das Gegenteil: Eine Person sitzt allein auf einer Parkbank und schaut auf eine menschenleere Rasenfläche. Neben der Person steht eine defekte Parkbank, die für das Gesamtbild als störend empfunden werden muss.³¹¹ Schlussendlich lässt selbst das Gebäude, obwohl vor dem Eingangsbereich ein Automobil parkt, keine Hinweise auf eine wie auch immer geartete Interaktion von Menschen zu, so dass ihm wie bei der vorherigen Fotografie ein monolithischer, ausgrenzender Charakter attribuiert werden kann. Zusammenfassend ist damit auch diese Fotografie in Bildkomposition und fototechnischer Qualität im Gegensatz zum artifiziellen Titelbild des Qualitätsberichts als ein laienhaftes, für das hier vorliegende Sujet und seine implizit enthaltenen Anforderungen nicht sensibilisiertes Protokoll zu verstehen.

³⁰⁹ An dieser Stelle ist nur kurz darauf zu verweisen, dass allein diese Assoziation an die Ästhetik Edward Hoppers allein schon einen unzeitgemäßen Eindruck unterstreicht. Vgl. Schulze 1992: 101 u. 103

³¹⁰ Des Weiteren erscheint eine konstruierte Nähe zwischen dem Genre der Kunst der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts sowie seiner kulturellen Funktion und der Praxis des Marketings im 21. Jahrhundert als unpassend.

³¹¹ Mit der Abbildung einer defekten Parkbank kann vielmehr ein Klischee sozialkritischer Fotografie assoziiert werden, die in diesem Zusammenhang aber ebenfalls nicht Gegenstand des Genres ist.

III.1.6 Betriebsteil 3 – Das Herzzentrum Duisburg

Als vierte Fotografie schließt sich auf der folgenden Seite eine weitere Abbildung eines Krankenhauses an – betitelt mit der Überschrift „Betriebsteil 3 – Das Herzzentrum Duisburg“:



Abb. III.1.9: „Betriebsteil 3 – Das Herzzentrum Duisburg“

Die Abbildung zeigt in ihrem ikonischen Zentrum einen verglasten, kubusförmigen Eingangstrakt, der etwa sechs bis sieben Meter hoch ist, mit einem Oberlicht in Form einer Pyramidenverglasung und einer Fensterreihe rechts seitlich, die sich im oberen Teil der Seitenwand befindet. Trotz der Verglasung lässt sich das Interieur des Innenraums – außer einem Geländer in der oberen linken Hälfte – nicht erfassen. Dem vorgelagert findet sich eine spitze Überdachung auf weißen Säulen: Im Gesamteindruck handelt es sich offenbar um ein in den 1980er oder zu Beginn der 1990er Jahre errichtetes Foyer. Zwei Personen verlassen das Gebäude. Die Person im Vordergrund trägt ein ärmelloses, rosafarbenes Oberteil und geht leicht gebeugt an einem Rollator. Die Person dahinter ist bis auf ihren linken Arm und ihre Stirnpartie komplett verdeckt. Es ist lediglich zu erkennen, dass sie sehr dicht hinter der ersten Person geht und offenbar dieser beim Laufen Hilfestellung leistet. Auf Grund der weiten

Distanz zwischen Fotograf und Klinikgebäude sind beide Personen nur schemenhaft wahrnehmbar, so dass sich weitere Details der Betrachtung entziehen. Rechts vom Eingang steht eine amorphe, zu einem wulstigen Ring gebogene Skulptur auf einem Steinsockel. Die Lichtreflektionen deuten hier auf ein Material wie Bronze oder ein anderes Metall. Vor dem Eingangsbereich zieht sich von der rechten Seite des Foyers mit einer Unterbrechung ein bepflanztes Beet. Dieses ist bis zum linken unteren Bildausschnitt sichtbar und verläuft parallel getrennt zu dem mehrstöckigen Gebäudetrakt links. Zwischen dem Trakt und dem Beet sind zwei weiße Leuchten auf einem Fußweg zu erkennen, der direkt zum Foyer führt. Auf der anderen Seite des Grünstreifens führt eine Zufahrtsstraße zu einem ebenfalls mit einer Stahl-Glaskonstruktion überdachten Parkplatz, an dem ein Krankentransport- oder Rettungswagen geparkt ist.³⁰⁹

Wandert der Blick des Betrachters an den linken Bildrand, so sind auf den zwei unteren Etagen jeweils ein Balkon oder eine vorgelagerte Galerie mit einer Hochbegrünung und einem Rankgitter zu sehen. Die Hochbegrünung endet am Fuß des Traktes in einem Beet mit Sträuchern, deren Art sich wie bei den vorangegangenen Fotografien bedingt durch die Distanz und die schlechte Auflösung nicht näher bestimmen lassen.

Über dem Foyer ist ein Trakt mit sieben Fenstern zu erkennen, der wahrscheinlich den linken Trakt mit dem rechten Hauptgebäude verbindet, über ihm ist der Ausschnitt eines wolkenlosen blauen Himmels zu erkennen.^{310 311} Dieser Gebäudeteil in der Ästhetik eines Plattenbaus mit blauen horizontal verlaufenden Linien zwischen den mindestens acht Stockwerken wird am rechten Bildrand von zwei Nadelbäumen teilweise verdeckt. Deutlich zu erkennen ist der frühere Entstehungszeitraum als das Foyer mit einem Baustil, der für die ausgehenden 1960er oder 1970er Jahre typisch ist. Ein Fenster ist ganz geöffnet, einige sind gekippt und auf mehreren Etagen sind die Außenjalousien heruntergelassen. Sowohl der Verbindungstrakt als auch das Hauptgebäude stehen im Schatten. Ganz rechts ist ein hellerer

³⁰⁹ Der parkende Krankentransport- oder Rettungswagen könnte hier eventuell auf eine Liegandanfahrt zur Aufnahme des Krankenhauses hinweisen, da Krankentransport- oder Rettungswagen vor einem Einsatz nicht außerhalb eines Klinikgebäudes geparkt werden, sondern in das Depot des Rettungsdienstes oder des Krankenhauses verbracht werden. Gegen diese Lesart spricht allerdings, dass das Heck des Transporters zum Gebäude steht und bei einer Liegandanfahrt bzw. bei einem Rettungseinsatz der Wagen aus Gründen der Zeitersparnis mit der Front zum Komplex in dem Fall geparkt worden wäre, wenn der Transporter über die auf dem Foto abgebildete Zufahrtsstraße das Herzzentrum angesteuert hätte.

³¹⁰ Die Vermutung, dass es sich hierbei um das Hauptgebäude handelt, wird von dem Umstand getragen, dass es der größte Trakt mit den meisten Etagen auf der Fotografie ist.

³¹¹ Die Farbe des Himmels, die Lichtverhältnisse zwischen der angestrahlten Fassade und der Hochbegrünung sowie den Schatten auf dem Hauptgebäude lassen den Schluss zu, dass die Aufnahme im Spätsommer entstanden ist.

Gebäudeteil zu sehen, was zu der Annahme führt, dass dieser Teil vom Betrachter nach hinten versetzt steht.

In seiner Gesamterscheinung weicht auch diese Fotografie von der tristen Ästhetik der ihr vorangegangenen beiden anderen Abbildungen der Gebäude des Klinikums nicht ab. Immerhin sind hier zwei Personen zu sehen, die offenbar in einem Interaktionsverhältnis stehen und damit ein Mindestmaß an Sozialität vermitteln, dennoch trägt der wuchtige Plattenbau des Hauptgebäudes mit seinen reflektierenden Fenstern einen kalten und abweisenden Charakter. Zudem ist der Standort bzw. der Zeitpunkt in Bezug auf die hier herrschenden Lichtverhältnisse unprofessionell gewählt, da weite Teile des Krankenhauses von Schatten abgedunkelt werden, dadurch aber keine vorteilhafte Akzentuierung im Ausdruck der Fotografie entsteht. Und auch der Umstand, dass die Personen nur bei genauer Betrachtung überhaupt zu erkennen sind, legt nahe, dass hier nicht die Intention vorliegt, soziale Praxis – als konstitutives Wesen eines Krankenhauses – abzubilden. Insgesamt verbleibt beim Betrachter der Eindruck eines nüchternen und laienhaft ausgeführten Portraits einer Klinik.

Für alle drei Fotografien lässt sich somit feststellen, dass entgegen dem artifiziellen Titelbild, welches eine Fokussierung auf Sozialität in der weiteren graphischen Gestaltung des Qualitätsberichts erwarten ließ, mit den drei Abbildungen von diesem Sujet abgewichen wird. Weiterhin ist für diese Bilderreihe zu folgern, dass der Fotograf der Titelfotografie nicht der Fotograf der einzelnen Klinikgebäude sein kann, da die qualitativen Differenzen in Bezug auf das fotografische Vermögen, welches sich durch die Wahl des Standorts, des Entstehungszeitpunkts und der Fototechnik erklärt, nicht in ein und demselben Produzenten vereinbar erscheinen. Dennoch muss hier davon ausgegangen werden, dass mit den drei Fotografien ein Versuch vorliegt, die Krankenhäuser des Klinikums nicht nüchtern bzw. ohne Ambitionen abzubilden, sondern vielmehr möglichst positiv darzustellen. Als ein Beleg dafür dient der Umstand, dass die Abbildungen bei strahlendem Sonnenschein und aus einer Zentralperspektive von der natürlichen Körpergröße einer Person, die sich vor den einzelnen Gebäuden aufhält, entstanden. Für die fotografische Abbildung von Bauwerken wäre prinzipiell auch eine Vogelperspektive oder ein Panoramabild denkbar, in denen aber Personen entweder kaum mehr sichtbar sind oder bedingt durch die Perspektive in den Hintergrund treten. So ist die Wahl einer Zentralperspektive in der Regel eine sinnvolle Wahl zur Abbildung eines Bauwerks, dessen Konstitution mit sozialer Praxis zu bestimmen ist.

Lediglich die Ausführung erscheint in diesem Zusammenhang ungekonnt. Dieser Umstand, dass einerseits die Intention besteht, ein möglichst vorteilhaftes und attraktives Bild der Kliniken zu erzeugen, andererseits aber ein Unvermögen in der Durchführung zu identifizieren ist, kann als ein Beleg für die in der Einleitung formulierte Fallstrukturhypothese gewertet werden, dass als Antwort auf veränderte Rahmenbedingungen ein nicht fachgerechter Versuch unternommen wird, das Klinikum als eine Marke zu bewerben, was in sich allein schon Ausdruck einer Krise ist. Hier verdreht sich dieser Versuch allerdings ins Gegenteil und wirkt sich eher destruktiv für die Markenbildung aus. Warum die Qualität der drei Fotografien so deutlich gegen die Artifizialität der Titelseite abfällt, ist jedoch an dieser Stelle nicht zu klären. Die oben bereits entwickelte Lesart, dass unterschiedliche Fotografen die Titelseite und die Klinikgebäude angefertigt haben, verspricht dabei aber eine tragfähige Lesart. Dies würde allerdings bedeuten, dass die Endredaktion des Qualitätsberichts nicht von dem Produzenten der Titelseite ausgeführt wurde, da ein solch inhomogenes Gesamtbild bereits innerhalb der ersten vier Abbildungen mit einer professionellen Praxis des Marketings – wie einer Werbeagentur oder eines Fotografen – nicht vereinbar ist. Eine endgültige Klärung dieser Lesart scheint jedoch erst nach der Analyse der weiteren Fotografien dieses Qualitätsberichts möglich. Subsumieren lässt sich dennoch an dieser Stelle, dass ein wesentlicher Faktor zur Markenbildung eines Klinikums – das Krankenhaus selbst bzw. sein Erscheinungsbild – ungekonnt umgesetzt wurde, während die Titelseite eine hohe ästhetische Anspruchshaltung evoziert, wodurch bereits in sich der Ausdruck einer Desorientierung innerhalb der Kommunikationspolitik des Klinikums und damit seiner Krise entsteht.

III.1.7 Der Patientenführer

Auf die Abbildungen der einzelnen Klinikgebäude folgt eine Portraitaufnahme einer männlichen Person vor einer unscharf erfassten Fassade mit zwei Fenstern:



Abb. III.1.10: „Der Patientenführer“

Das Portrait ist in Form eines Schulterstücks gestaltet.³¹² Bei Portraitfotos handelt es sich um inszenierte Aufnahmen, bei denen der Typus, der Entstehungsort und der Zeitpunkt des Fotos bewusst gewählt werden.³¹³ In privaten Kontexten besitzen Portraits eine Nachlassfunktion als Möglichkeit zur Erinnerung für die Hinterbliebenen des Portraitierten.³¹⁴ Hier muss allerdings davon ausgegangen werden, dass das Portrait für eine professionelle Praxis im Rahmen eines Qualitätsberichts des Klinikums erstellt wurde und der Adressatenkreis dementsprechend nicht in den Angehörigen und Freunden der abgebildeten Person besteht, sondern in den Interessenten des Qualitätsberichts. Viel plausibler erscheint hier somit ein Präsenzersatz.³¹⁵ Dieser dient einer visuellen Stellvertretung der Person und in diesem Fall der Rolle, die sie in ihrer professionellen Praxis übernimmt. So ermöglicht ein Portrait dem Interessenten, sich ein konkretes Bild von dem Rollenträger bzw. dem Inhaber einer Position zu machen und

³¹² Damit weicht die erste Abbildung mit dem Fokus auf eine Person nach der Titelseite von der vorher verwendeten Schnappschuss-Ästhetik ab und führt ein neues Genre in den Qualitätsbericht ein.

³¹³ Vgl. Hauptert 1994: 293

³¹⁴ Vgl. ebd.: 293

³¹⁵ Vgl. ebd.: 289

konstruiert so eine Nähe, eine Illusion, die dem Rezipienten vortäuscht, er habe die Person direkt vor Augen bzw. befinde sich – trotz materieller Unmöglichkeit – in direkter Interaktion mit dieser. Somit folgt dieses Protokoll einer Selbstinszenierungslogik zur Vergemeinschaftung der Rezipienten dieses Qualitätsberichts.^{316 317}

Im ikonischen Zentrum des Portraits ist ein etwa sechzig- bis siebzigjähriger Mann in schwarzem Wollmantel mit abgestepptem Kragen, weißem Oberhemd und gelb-blau-rot gemusterter Krawatte. Das weiß-gräuliche Haar über der hohen Stirn ist kurz geschnitten. Die Augen sind unterhalb der buschigen schwarzen Augenbrauen zu einem freundlichen, aber angemessen distanzierten Lächeln leicht zusammengekniffen. Auch der Mund ist lächelnd geöffnet und Ober- und Unterkiefer sind geschlossen. Die Zähne wirken leicht vergilbt und der vom Betrachter aus gesehene rechte, obere Schneidezahn scheint zu einem Drittel abgebrochen oder abgenutzt. Dieser Eindruck ließe sich aber auch durch eine Zahnfehlstellung erklären, da die Person offensichtlich zu einer Generation gehört, in der es noch nicht üblich war, Gebissfehlstellungen kieferorthopädisch zu korrigieren. Schlussendlich weist der Zahnstatus darauf hin, dass die Person noch kein künstliches Gebiss trägt, was der Gesamterscheinung einen eher uneitlen, undistinguierten Habitus verleiht.³¹⁸ Die Wangenmuskeln sind hochgezogen und die runden Backen mit ihrem dunklen Bartschatten vermitteln ein gemütliches, ruhiges Wesen. Insgesamt dominiert ein unpräntiöses und authentisches Erscheinungsbild, das durch seine Natürlichkeit eine sympathische Wirkung auf den Betrachter hat.

Der für ein Portrait in der Regel nachrangige Hintergrund ist verschwommen abgebildet. Es ist lediglich eine Gebäudefront mit zwei Fenstern, über denen eine Holzverkleidung zu sehen ist, eine weiße Säule und links von der Schulterpartie ein Baum oder ein Strauch zu erkennen. Die Lichtverhältnisse lassen auf Sonnenschein bei kühler, vorfrühlingshafter Witterung schließen, bei der das Tragen eines Wollmantels angemessen erscheint. Unter Einbezug des Hintergrunds kann an dieser Stelle festgestellt werden, dass die Qualität dieser Fotografie

³¹⁶ Vgl. Oevermann, Tykwer 1990: 267 f.

³¹⁷ Portraitfotos werden mittlerweile flächendeckend in professionellen Kontexten verwendet. Besonders im Internet werden diese von Unternehmen, Universitäten und Institutionen zur Abbildung spezifischer Repräsentanten und Ansprechpartner – also Funktionsträger dieser Organisationen – auf Homepages eingesetzt, um der eigenen Organisation quasi „ein Gesicht“ zu verleihen.

³¹⁸ Dieser Eindruck korrespondiert mit der Kleidung: Die Bekleidung ist korrekt bzw. förmlich und entspricht einem angemessenen Dresscode von Geschäftskleidung. Allerdings wirkt die Krawatte unmodisch-bunt und verleiht dadurch der Person eine natürliche, unverkleidete Gesamterscheinung.

entgegen der Titelseite nicht von professioneller Qualität ist und eher mit den vorangegangenen drei Abbildungen der Klinikstandorte korrespondiert.

Welche Person hier abgebildet ist, lässt sich jedoch kaum aus der Fotografie schließen: Weder die Gesamterscheinung der Person noch der Hintergrund geben zwingende Hinweise auf die Rolle des portraitierten Mannes. Unter Anlehnung an die Ausführungen zur Portraitfotografie am Anfang dieser Analyse kann aber mit hoher Plausibilität die Hypothese vertreten werden, dass es sich um einen Vertreter des Klinikums handeln muss. In Bezug auf das Lebensalter des Mannes muss die Möglichkeit miteinbezogen werden, dass er sich noch in einer Erwerbstätigkeit – wenn auch vermutlich kurz vor der Pensionierung – befindet. Ob es sich nun um den ärztlichen Direktor, den kaufmännischen Leiter, den Klinikseelsorger oder einen Ansprechpartner für Patienten und Angehörige handelt, kann aber nicht aus dem vorliegenden Protokoll mit letzter Gewissheit geschlossen werden, so dass die zum Portrait zugehörige Textsequenz nun analysiert wird:

(1) „SONSTIGE NICHT-MEDIZINISCHE SERVICEANGEBOTE“

Die Sequenz ist im Schrifttypus Dax Condensed-Light in Größe 9,5 gedruckt und bezieht sich auf ein Serviceangebot, das nicht in die medizinischen Leistungen des Klinikums eingeklammert bzw. nicht als solche definiert wird. Auffällig ist dabei der Begriff „Serviceangebot“, da er einerseits im Kontext eines Krankenhauses den Bezug auf bestimmte Dienstleistungen herstellt, andererseits durch sein Attribut „nicht-medizinisch“ die Lesart eröffnet, dass somit auch noch „medizinische Serviceangebote“ im Klinikum existieren könnten.³¹⁹ Das Kompositum „Serviceangebot“ ist in diesem Zusammenhang aus dem Kontext von Dienstleistungen – also die immaterielle Leistungserstellung mit Gewinnerzielungsabsicht durch einen Anbieter – entnommen und impliziert somit das Klinikum als gewerblichen Anbieter und den Kunden, hier der potentielle Patient, als Nachfrager. Subsumierend kann bereits an dieser Stelle eine Erhärtung der Hypothese festgestellt werden, dass das Klinikum sich in seiner Außendarstellung mit einem für

³¹⁹ Die potentielle Möglichkeit von „medizinischen Serviceangeboten“ erweckt dabei die Assoziation von zusätzlichen Leistungen, die gegen einen Aufpreis nachgefragt werden können und die Qualität der medizinischen Behandlung erhöhen, was in einem Umkehrschluss nahe legt, dass nicht jeder Patient die möglichst adäquate Behandlungsform erhält, die seiner Situation angemessen wäre, wenn er nicht über die finanziellen Mittel verfügt, diese nachfragen zu können. Insgesamt wirkt allein der Begriff „Serviceangebot“ im Kontext eines Klinikums und der medizinischen Versorgung von Patienten auf den Leser unpassend, da er die Betreuung des Patienten und eine damit implizit verbundene Patientenorientierung auf den Charakter einer Dienstleistung mit „Angeboten“ reduziert, die eher mit Freizeit- oder Urlaubsaktivitäten im Kontext des Hotelgewerbes wie Wellness-, Beauty- oder Fitnessprogrammen assoziiert werden.

Wirtschaftsunternehmen typischen Sprachduktus ausdrückt.³²⁰ Weiterhin kann nun geschlossen werden, dass die abgebildete Person weder dem medizinischen Personal noch der Verwaltung angehört, da beide Berufsgruppen nicht durch Tätigkeiten im „nicht-medizinischen“ Servicebereich gekennzeichnet sind. Darauf folgt die Sequenz:

(2) „SA00 Patientenfürsprecher“

Mit dieser Sequenz wird die Frage nach der Funktion der portraitierten Person aufgelöst: Es handelt sich um den Patientenfürsprecher des Klinikums. Ein Patientenfürsprecher ist eine ehrenamtlich tätige und unabhängige Vertrauensperson für die Patienten eines Krankenhauses, welche sich mit den Anliegen von Patienten auseinandersetzt und diese in den entsprechenden Leitungskreisen oder der Krankenhausleitung gegenüber direkt vorträgt und Lösungen ausarbeitet. Überraschend wirkt hier aber die Zuordnung einer Vertrauensperson, deren Aufgabe in der vertraulichen Vertretung der Bedürfnisse von Patienten auf Grund eines selbstgewählten und intrinsisch motivierten Engagements besteht, zu dem Kontext einer Dienstleistung, die in sich auf dem Äquivalenzprinzip beruht und folglich mit der Erbringung auch eine Bezahlung durch den Nachfrager impliziert.

Zusammenfassen lässt sich, dass die Fotografie des Patientenfürsprechers einer Inszenierungslogik zur Vergemeinschaftung des Lesers folgt: Durch das unpräzise Auftreten der Person wird auf den ersten Blick ein sympathischer Eindruck beim Betrachter erweckt, der allerdings durch die begleitende Textsequenz und die darin enthaltene Attribution der Patientenfürsprache, diese als eine kundenorientierte Dienstleistung zu verstehen, brüchig wirkt. Hiermit bekräftigt sich zum einen die Hypothese, dass sich das Klinikum als ein Dienstleistungsunternehmen nach außen darstellt und mit dem Begriff „Service“ sich eines entsprechenden Jargons bedient, zum anderen ist jedoch festzuhalten, dass dieses Selbstverständnis der Kernbotschaft einer christlichen Handlungsmaxime zuwiderläuft und das Bild einer unreflektierten Kommunikationspolitik hinterlässt, bei der die konkrete Umsetzung unter dem eigentlichen Absichtsniveau verbleibt und eher einer Entgegnung als einer wohlgedachten Marketingstrategie gleicht.

³²⁰ Einer andere Lesart folgend könnte es sich bei „nicht-medizinische Serviceangebote“ um eine Begrifflichkeit handeln, die unter Umständen durch ein Gremium – wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss – vorgegeben wurde, um bestimmte Arten von Leistungen eines Krankenhauses voneinander zu trennen und zu typisieren. Diese Lesart wäre beispielsweise denkbar bei Versuchen zur Standardisierung, die in Analogie zum DRG-Fallpauschalensystem stehen.

III.1.8 Ärzte bei der Diagnostik

Das nächste Foto zeigt die Profilansicht von zwei männlichen Personen vor einem grauen Hintergrund. Direkt wird ersichtlich, dass zu der Schnappschuss-Ästhetik zurückgekehrt wird und die Abbildung von der gleichen fotografisch-professionellen Kompetenz wie die Titelseite ist:

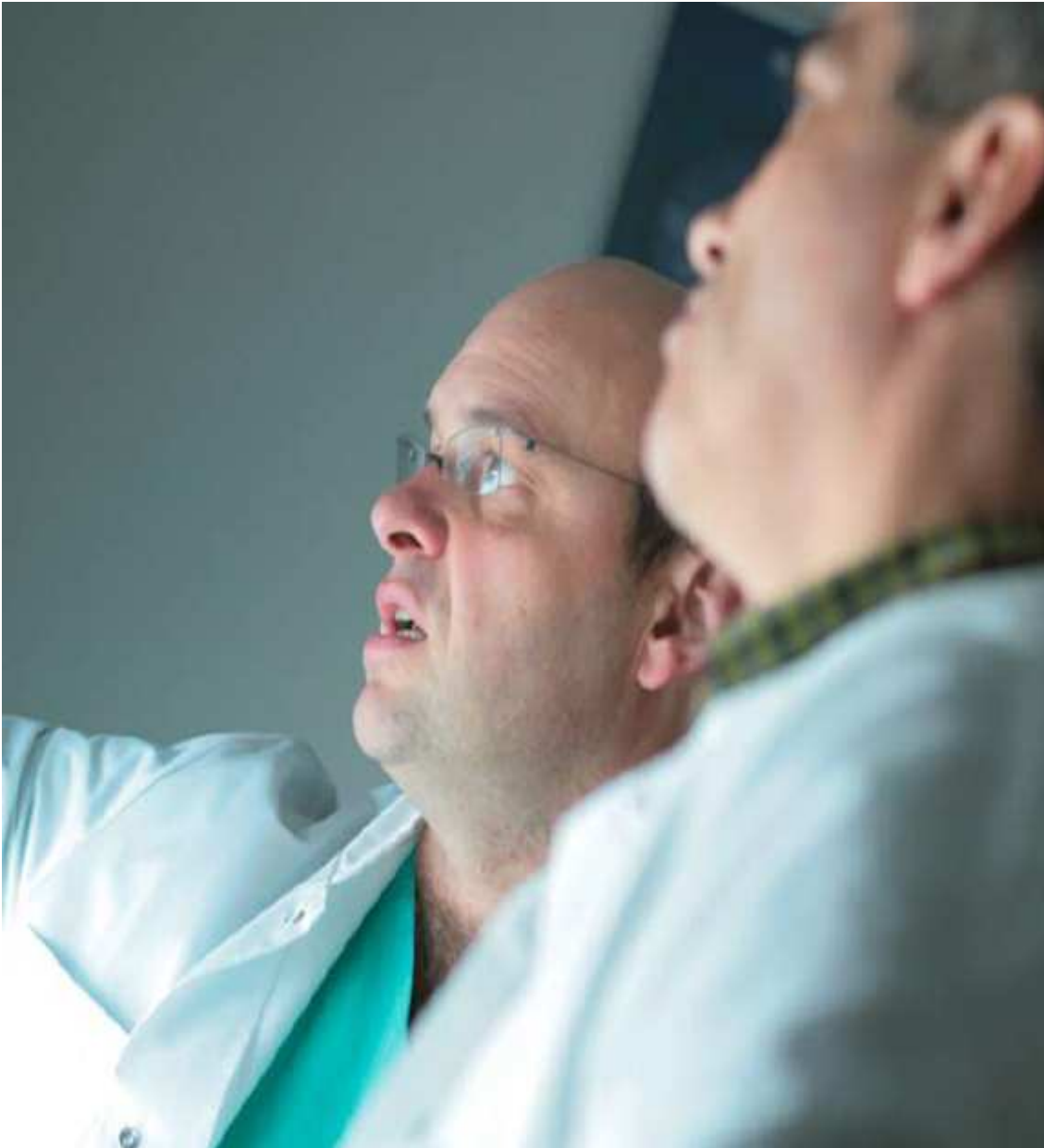


Abbildung III.1.11: „Ärzte bei der Diagnostik“

Dominiert wird die Fotografie von der linken Person. Es handelt sich hierbei um einen 40 bis 50 Jahre alten Mann mit einer rechteckigen, zierlichen Brille, dessen Hinterkopf zur Hälfte

vom Gesicht der rechten Person verdeckt wird. Das Gesicht wirkt korpulent, Schläfe und Schädeldach sind kahl, lediglich die Koteletten zeigen kurz geschnittenes brünettes Haar, was auf einen Haarkranz nach natürlichem Haarausfall schließen lässt. Backen, Philtrum, Kinn und Hals weisen einen dichten Bartschatten auf. Bekleidet ist der Mann mit einem weißen Kittel oder einer Jacke aus einem dünnen Stoff und flachen Druckknöpfen aus Metall. Unter dem Oberteil trägt er einen türkisen, kragenlosen Kasack mit V-Ausschnitt, der die dunkle Brustbehaarung freigibt. Der Kasack als typische Bekleidung medizinischer Berufe deutet in Verbindung mit dem weißen Oberteil darauf hin, dass es sich bei dieser Oberbekleidung wohl um einen Arztkittel handeln muss und sein Träger folglich Mediziner ist.³²¹

An der erhöhten rechten Schulter ist gut zu erkennen, dass der Arzt seinen rechten Arm in die Luft reckt, der vom linken Bildrand abgeschnitten ist. Vom Betrachter aus gesehen, blickt er nach links oben. Von hier aus kommt auch die Lichtquelle – gut zu erkennen an der erhellten Gesichtspartie, dem Lichtreflex auf dem linken Brillenglas, der linken Pupille und den Reflexen auf dem rechten Brust- und Schulterbereich des weißen Kasacks. Der Mund ist mit den gut sichtbaren Zähnen von Ober- und Unterkiefer geöffnet, die Unterlippe ist leicht vorgeschoben und deutet auf ein gesteigertes Aktivitätsniveau hin, ohne zwingend auf einen Sprechakt hinzuweisen. Auch die leicht angehobenen Nasenflügel und die hieraus resultierenden Falten hin zu Wange und Backe drücken eine Spannung in der Mimik aus. Die klar fixierenden Augen implizieren einen konzentrierten und entschiedenen Blick. Dieser Eindruck wird durch die Falten auf der Stirn noch verstärkt – ebenso wie das gerötete linke Ohr, die Wangenpartie und die Nase, welche eine gesteigerte Durchblutung aufweisen.

Rechts von ihm steht ein zweiter Arzt, der vom rechten Bildrand fast zur Hälfte abgeschnitten ist. Er trägt ebenfalls einen Arztkittel und ein gelb-blau kariertes Hemd, dessen Kragen lediglich zu erkennen ist. Das Gesicht ist nur im Profil, sich nach links oben reckend, zu sehen, so dass eine genaue Beschreibung außer dem Umstand, dass der Arzt einen Kurzhaarschnitt trägt, nicht möglich ist. Allein der Eindruck eines konzentrierten, prüfenden und aufmerksamen Blicks verbleibt. Weiterhin erschwert die unscharfe Aufnahme weitere

³²¹ Die Lesart, dass es sich um einen Krankenpfleger handeln könnte, wird zugunsten der Sparsamkeitsregel im Vorneherein ausgeschlossen, da Angehörige der Pflege eines Krankenhauses in ihrer beruflichen Praxis einen Kasack selbst als Oberbekleidung tragen. Ein weißes Oberteil über einem farbigen Kasack deutet hier auf das Kennzeichen eines diensthabenden Arztes. Türkise, blaue oder grüne Kasacks werden von Ärzten darüber hinaus oftmals bei Operationen oder ambulanten Diensten getragen, also in solchen Situationen, in denen ein hoher Tragekomfort bei der beruflichen Ausübung geboten ist.

Ausführungen.³²² Bereits an dieser Stelle kann geschlossen werden, dass entsprechend der Schnapsschuss-Ästhetik auch bei dieser Aufnahme ein Teleobjektiv verwendet wurde.

Beide Ärzte schauen demnach in die von links oben kommende Lichtquelle. Dem Betrachter kommt unmittelbar die Vorstellung, dass sie eine Röntgen- oder Kernspintomographenaufnahme gemeinsam betrachten, die der linke, im Fokus der Aufnahme stehende Arzt mit seiner rechten Hand in die Höhe gegen die Lichtquelle hält. Durch die Anspannung der vertieften und prüfenden Gesichtsausdrücke beider Ärzte und der ungewöhnlichen Perspektive des Fotografen erhält die Szenerie eine eigene Spannung und transportiert offenbar die Botschaft, eines gewissenhaften, zügigen und rein an der Sache orientierten Handelns des medizinischen Personals. Letztendlich wirkt die Aufnahme – nicht zuletzt durch die Wahl der Perspektive – allerdings klischeebeladen und übertrieben.

Subsumieren lässt sich damit, dass das Foto als offensichtliches Produkt eines kompetenten Fotografen nun die Reihe laienhafter Aufnahmen beendet und wieder zu der Schnapsschuss-Ästhetik der Titelseite zurückkehrt. Ihr liegt eine inhärente Spannung zu Grunde und führt das Sujet einer gestellten Momentaufnahme mit der Kernbotschaft einer reinen am Patientenwohl ausgerichteten Sachorientierung unter Suggestion von Authentizität weiter. Im Vergleich zu den Aufnahmen der Klinikgebäude und des Patientenführers kehrt hiermit nun wieder ein artifiziell ediertes Produkt professionalisierter Marketingpraxis in die visuelle Gestaltung des Qualitätsberichts ein.

³²² Die Abbildung wird durch den Fokus auf die beiden Ärzte dominiert. So ist der kahle Hintergrund nur verschwommen mit einem dunklen rechteckigen Segment, das sich nicht weiter bestimmen lässt, wahrnehmbar. Allerdings zeigt sich hieran und den beiden Kopfpunkten der Ärzte, dass die Aufnahme von unten – also aus einer gebückt oder knienden Position des Fotografen – entstanden ist, was einerseits die Aktivität der Szenerie und ihrer Spannung betont, andererseits Beleg für die Artifizialität der Fotografie ist. Diese Artifizialität in der Inszenierungslogik, das Motiv aus einer ungewöhnlichen Perspektive zu fotografieren, findet sich u.a. auch in der fotografischen Arbeit „Untitled“ der US-amerikanischen Künstlerin Cindy Sherman aus dem Jahr 1978. Vgl. Dziewior 1999: 467

III.1.9 Ein Fachgespräch unter Kollegen

Das nächste Foto zeigt wiederum im Stil einer Schnappschusstechnik in ihrem Zentrum zwei männliche Personen in gemeinsamer sozialer Praxis vor einer hellbraunen Schrankwand:



Abb. III.1.12: „Ein Fachgespräch unter Kollegen“

Die Person am linken Bildrand wird teilweise durch den Bildausschnitt verdeckt. Sie steht seitlich mit angewinkelten, erhobenen Armen zum Betrachter und ist nur im Profil zu erkennen. Wie ihr Gegenüber ist sie mit einem weißen Kittel oder einer Jacke bekleidet.³²³ Auf der rechten Seite der Brust ist ein flacher Gegenstand in grau-blauer Farbgebung angebracht, der sich von dem Kleidungsstück abhebt und einen Schatten verursacht. Auf

³²³ Der untere Bildausschnitt endet auf Höhe des Ellbogens bzw. Bauchbereichs und lässt daher keinen direkten Rückschluss zu, welche Länge das Kleidungsstück hat. Anzunehmen ist aber, dass es sich um den gleichen Kittel handelt wie der seines Gegenübers, da der Schnitt, Dicke des Stoffs, Kragen sowie die Druckknöpfe aus Metall einander gleichen.

Grund der Höhe und des Abstands zum Oberteil lässt sich dieser Gegenstand als ein Ansteckschild für Namen, Funktion oder Institution deuten.³²⁴

Die Person trägt eine randlose Brille mit silbernen Bügeln und halblanges, dunkelbraunes und sorgfältig gekämmtes Haar mit leicht ergrauten Schläfen. Das Gesicht wird von einer Lichtquelle heller angeleuchtet, was sich an einem schmalen Streifen der vorderen – für den Betrachter ab nur erahnbaren – Gesichtspartie erkennen lässt. Der Kopf ist leicht nach rechts geneigt. Die nur schmal zu erkennenden Lippen sind leicht geöffnet, was darauf hindeutet, dass die Person sich in einem Sprechakt befindet, zu diesem ansetzt oder ihn gerade beendet.

Die rechte Hand ist leicht zu einer Faust geballt und hält einen Gegenstand, der für den Betrachter teilweise verdeckt ist. Der sichtbarere Teil dieses Gegenstands ist ein dunkler Schlauch, der reifenförmig gekrümmt ist und dessen Ende vom rechten Handrücken verdeckt wird. Der dunkle Schlauch scheint bedingt durch seine gebogene Form aus einem plastisch-elastischen Material - wie Kunststoff oder Gummi - zu bestehen. Der in der Handinnenfläche befindliche Gegenstand ist zwischen Daumen und Zeigefinger der rechten Hand nur ansatzweise erkennbar. Hierbei handelt es sich um eine glatte weiß bis silbrig glänzende Komponente. Durch den glänzenden Schein wird der Anschein erweckt, dass es sich um eine harte und glatte Oberfläche – wie Metall – handelt, die wie das kreisrunde Bruststück eines Stethoskops wirkt. In Verbindung mit dem weißen Kittel kann somit geschlossen werden, dass hier ein Arzt mit einem Stethoskop in der Hand abgebildet ist.

Bei der linken Hand, an deren Gelenk der silberne Verschluss und die Glieder einer Armbanduhr zu sehen sind, zeigt der Handrücken leicht schräg nach oben. Der fast flache Handteller ist mit leicht geneigten Gelenken zwischen Mittelhandknochen und Finger, den Phalangen, gut sichtbar, wobei die Finger fast parallel zueinander stehen und ausgestreckt sind. Der Daumen führt gestreckt vom Handballen weg und steht in einem 90° Winkel zum Handteller. Der kleine Finger ist im Gegensatz zu den anderen Fingern leicht geneigt. Die gesamte Hand befindet sich auf Höhe des Halses und ist ca. 30 Zentimeter von der Brust entfernt. Diese Haltung ist untypisch für eine Ruheposition, vielmehr drückt sie eine Aktivität, eine Bewegung aus. Will man die Bewegung über den Moment der Fotografie hinaus

³²⁴ Ansteckschilder dienen als Ausweis der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Kontext oder Kollektiv und dienen der direkten Kennzeichnung einer Person. Solche Schilder werden in der Regel in Kontexten einer professionellen Praxis verwendet, in denen ihre Träger eine Rolle innehaben und sich selbst oder eine Institution, der sie angehören, vertreten. Ansteckschilder besitzen damit die Funktion einer Legitimierung.

antizipieren, so erscheint die Hand- und Armhaltung der Person als nicht auf die ihr gegenüberstehende Person zielend. Lediglich die Handkante zeigt auf die Person. Arm- und Handhaltung wirken nicht angespannt oder erregt. Auch angespannte Muskeln oder Sehnen sind nicht zu entdecken. Denkbar wäre eine nach oben oder unten führende Bewegung oder eine Konstanz dieser Handstellung als Gestik der Veranschaulichung eines Sachverhalts.

Die rechte Hand erscheint leicht unscharf konturiert.³²⁵ Sie ist zu einer Faust geballt, wobei Ringfinger und kleiner Finger durch den Handrücken verdeckt werden. Daumen, Zeige- und Mittelfinger sind angewinkelt und nur bis zum ersten Knöchel sichtbar. Die Sehnen von Mittel- und Ringfinger sind jedoch gut zu erkennen und reichen bis zur Handwurzel. Darüber hinaus sind erweiterte Adern auf dem Handrücken zu erkennen. Ebenso erscheint die Muskulatur von Handwurzel und Unterarm in einem Zustand der Spannung. Unterstützt wird dieser Eindruck durch den Umstand, dass die rechte Hand einen Gegenstand hält, der oben als Stethoskop gedeutet wurde und sich offensichtlich aus sowohl plastisch-elastischen als auch hart wirkenden und glänzenden Komponenten zusammensetzt. Zusätzlich erscheint er größer als die Hand selbst, so dass eine solche Aktivität des Greifens ein nicht näher zu definierendes Maß an Spannung der Muskeln aufwendet.

Für die Aussagekraft der Person erscheint in Verbindung mit dem Gesichtsprofil die Stellung der Hände und Arme von Bedeutung, da diese sich vom Körper wegführend in einer erhöhten Lage befinden und auf einen gesteigerten Bewegungstonus schließen lassen: Das Zusammenspiel beider Hände deutet auf eine Aktivität, die teilweise durch eine muskuläre Spannung gekennzeichnet ist und auf eine Gestik hinweist, die für den Sprechakt unterstützend bzw. erklärend wirkt und so eine illustrative Funktion besitzt. Damit erscheint die Aktivität in der geteilten Praxis der beiden Personen dominant von der linken Person auszugehen, bei der es sich bedingt durch den Kittel mit Namensschild und den Umstand, dass ein Stethoskop in den Händen gehalten wird, zweifelsfrei um einen Arzt handelt. In einem ersten Schritt ist hier die Lesart eines Machtgefälles denkbar: Der Arzt am linken Bildrand erklärt der rechten Person einen Sachverhalt unter Zuhilfenahme seiner Arme und Hände, um seiner Aussage zusätzlichen Nachdruck zu verleihen oder diese gestisch zu erläutern.

³²⁵ Der Fokus der Fotografie liegt – vom Betrachter aus gesehen – auf der rechts stehenden Person, die schärfer abgebildet ist, was – entsprechend der Fotografie auf der Titelseite – den Einsatz eines Teleobjektivs nahe legt. Da der Effekt der Unschärfe hier weniger stark ausfällt als bei der Fotografie auf der Titelseite, kann davon ausgegangen werden, dass das Foto aus einer geringeren Entfernung aufgenommen wurde.

Im Gegensatz zur linken Person ist die rechte von den Oberschenkeln aufwärts voll zu sehen. Sie ist größer und schlanker als die linke Person. Es handelt sich hier um einen Mann mit runder Brille und kurzem dunklen Haar, der einen weißen Arztkittel mit kurzem Kragen und Druckknöpfen und darunter ein weißes T-Shirt trägt. An der Brusttasche hängt wie bei seinem Gegenüber ein Ansteckschild. Es ist coelinblau und hat einen durchsichtigen Plastikrahmen und eine Klemme aus Metall. Die Schriftfarbe ist weiß, wobei die Beschriftung kaum lesbar ist. Bei starker Vergrößerung ist ein Namenszug mit der Abkürzung eines Vornamens und dem ausgeschriebenen Familiennamen beginnend mit einem „B“ oder „R“ hinter der Sequenz „Dr.“ zu erahnen. In der Brusttasche steckt mit einem Clip fixiert ein graues Objekt mit einer kleinen schwarzen Antenne, das offensichtlich ein Funkmeldeempfänger, Pieper genannt, ist. Die linke Seitentasche am Kittel scheint prall gefüllt, steht vom restlichen Kleidungsstück klar ab und zieht diagonale Falten auf den Kittel. In ihr befindet sich ein dunkler Gegenstand mit einem dunklen Segment, welches vertikal aus der Tasche herauszutreten scheint, jedoch direkt wieder vom linken Arm verdeckt wird. Auf Grund des nur minimal sichtbaren oberen Ausschnitts des Objekts ist eine Bestimmung, worum es sich handeln könnte, kaum möglich.

Die Person, bei der es sich – bedingt durch die typischen Kennzeichen wie Arztkittel, Pieper und Namensschild – offenbar ebenfalls um einen Arzt handelt, lehnt mit dem Gesäß an die Tischplatte der Schrankwand. Sie blickt den Arzt am linken Bildrand ernsthaft an. Die Lippen sind geschlossen und der Oberkörper gerade gehalten. Die Arme liegen am Oberkörper an und sind angewinkelt. Dabei wird die rechte Hand, die zu einer lockeren Faust zusammengezogen ist und bei welcher der Daumen auf dem angewinkelten Zeigefinger ruht, von der linken Hand umschlossen. Hier berührt der Daumen den nach hinten zeigenden Handballen und die übrigen Finger liegen auf dem Rücken der rechten Hand locker auf. Die Haltung der Hände signalisiert eine passive Haltung des Arztes, der seine gekreuzten Hände seinem Gegenüber quasi offen legt und so seine Bereitschaft unterstreicht, diesem zuzuhören. Sie verstärkt damit den Ausdruck seiner aufmerksamen Mimik, impliziert aber gleichermaßen die Möglichkeit, im Anschluss diese Haltung wieder zu lösen, um seinerseits eine Gestik zu erwidern. Die Haltung der Hände impliziert hier eine vollkommene Öffnung dem Gegenüber.³²⁶ Auch der Umstand, dass der Arzt sich mit seinem Gesäß an der Tischkante

³²⁶ Hier ist außerdem zu konstatieren, dass die Handhaltung unnatürlich und gestellt wirkt, was darauf schließen lässt, dass der Arzt – bedingt durch das Wissen um eine gestellte Fotografie – unsicher ist, wie er seine Körperhaltung am besten zur Geltung bringen soll. Die Möglichkeit, dass es sich um einen professionellen Darsteller handeln könnte, scheidet somit aus. Insgesamt wirkt die Szenerie hierdurch künstlich und inszeniert.

hinter ihm anlehnt, unterstreicht diese Offenheit. Die entspannte, abwartende, aber auch legere Körperhaltung verleiht dem Arzt indes aber ein in ihm inne wohnendes Selbstbewusstsein, das die Lesart eines Machtgefälles durch ein ungleich verteiltes Aktivitätsniveau nivelliert.

Über den gesamten Hintergrund zieht sich eine hellbraune Schrankwand, deren Front aus Holz zu sein scheint. Dominiert wird die Schrankwand von einem eingeschalteten Röntgenfilmbetrachter mit zwei Röntgenaufnahmen. Bei dem linken Röntgenbild, das teilweise durch den im rechten Bildraum stehenden Arzt verdeckt wird, handelt es sich offensichtlich um eine Thoraxaufnahme, da die linken Rippen und das Brustbein zu erkennen sind. Beim rechten Bild ist es schwieriger, das Motiv zu erkennen. Hier könnte es sich um eine seitliche Thoraxaufnahme von links handeln, die neben den Rippen auch die Brustwirbelsäule zeigt. Rechts unterhalb des Röntgenfilmbetrachters sind zwei aufeinander gestapelte Packungen mit Latexhandschuhen zu sehen. Auf der weißen Tischplatte liegen direkt an der Wand zwei weitere Verpackungen in weißer Farbe, wobei die untere auf ihren Oberflächen an Kopf und Seite eine blaue Fläche oder einen Schriftzug aufweist. Die obere Verpackung ist gänzlich weiß und scheint auf ihrer Oberseite leicht geöffnet. Auf dem vorderen Teil der Tischplatte – vom rechten Bildrand und der linken Seite des Mantels abgeschnitten – liegt ein Blatt Papier, auf dem sich in der Kopfzeile, am linken Rand und in der Fußzeile Sequenzen in Druckschrift erahnen lassen, so dass der Schluss nahe liegt, dass es sich hier um ein Schriftstück oder ein Formular handelt.

Auf der vom Betrachter aus gesehenen linken Seite der Tischplatte lehnt vertikal an der hölzernen Schrankwand ein bräunlicher Umschlag, dessen Heftfalz aus Pappe ist und der auf der linken Seite ein gezacktes Aufreihband aus Metall aufweist. Darunter sind in schwarzer Druckfarbe Textelemente zu erkennen sowie ein weißer, rechteckiger Aufkleber oben und ein weißer Aufkleber in der unteren Hälfte des Hefters. Lage der Aufkleber, der Textelemente und des Aufreihbands weisen darauf hin, dass der Hefter um 90° gedreht an die Schrankwand gelehnt wurde und dass es sich hier um eine Patientenakte handelt.

Im linken Teil des Hintergrunds ist neben einer geschlossenen Tür ein in der Schrankwand eingelassenes offenes weißes Regal mit insgesamt drei Regalböden und vier Regalfächern zu sehen. In drei Regalfächern – das zweite von unten wird fast komplett vom linken Arm des Arztes am linken Bildrand verdeckt – lassen sich unterschiedliche Behältnisse mit

Drehverschlüssen erkennen.³²⁷ Über dem Regal sind weitere Oberschränke zu sehen und in der Mitte ein weißer Türgriff, der vom oberen Bildrand abgeschnitten wird. Direkt oberhalb des Kopfes des Arztes am linken Bildrand ist ein schräg in den Raum reichendes Türblatt zu erkennen, was auf den Umstand einer geöffneten Tür schließen lässt. Resümierend lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass das Interieur mit eingeschaltetem Röntgenfilmbetrachter, den beiden Röntgenbildern, den Verpackungen mit Latexhandschuhen ebenso wie die Behältnisse im Regal eine Räumlichkeit der medizinischen Arbeitswelt – wie einem Arztzimmer in einem Krankenhaus – nahe legt.

Resümieren lässt sich an dieser Stelle: Bei der abgebildeten Szenerie handelt es sich offenbar um eine gemeinsame Praxis zwischen zwei Ärzten. Wie auch bei dem vorhergehenden Foto handelt es sich hier um ein Bild in einer „Schnappschuss“-Ästhetik und scheint, das mit der Titelseite eröffnete Sujet fortzusetzen. Somit wird auch wie zuvor die Natürlichkeit beim Zustandekommen der Fotografie betont und der Eindruck von Authentizität der Szenerie beim Betrachter erweckt.³²⁸ Die Abbildung suggeriert ein Gespräch, bei dem der links abgebildete Arzt bedingt durch den Sprechakt und seine Gestik dominant agiert, während der rechts abgebildete Arzt sich passiv, aber entspannt verhält. Hier erscheint nur eine Lesart realistisch: Es handelt sich um ein fachliches Gespräch unter Ärzten.³²⁹ Diese Lesart drängt sich dem Betrachter besonders durch den Fokus auf die Gesten und die Körperhaltung der beiden Ärzte auf: Während der eine Arzt offensichtlich spricht und seiner Aussage durch seine Gestik einen erläuternden Nachdruck verleiht, lehnt sein Gegenüber mit seinem Gesäß an der Tischkante an und legt die Hände in einer gekreuzten Position übereinander. Diese Pose impliziert eine abwartende Haltung, sie signalisiert dem Gegenüber ungeteilte Aufmerksamkeit bis zur Beendigung des Sprechaktes. Denkt man die Szenerie weiter, so ist z.B. das Öffnen der Hand mit dem Handteller nach oben als erwidernde Gestik ein möglicher Fortgang der Situation. Auf der anderen Seite strahlt die Gestik des links stehenden Arztes keinerlei Aggression aus. Sie wirkt vielmehr illustrativ oder veranschaulichend. Der Umstand, dass eine Gestik zur Erläuterung hinzugezogen wird, verstärkt beim Betrachter den Eindruck einer

³²⁷ Diese Behältnisse erwecken den Eindruck, dass sie primär aus Kunststoff bestehen. Weiterhin weisen ihre eher gedrungeneren Formen ohne Hals– ebenso wie die farbliche Gestaltung der grünen Flasche bzw. die weißen oder transparenten Behältnisse – auf Inhalte wie destilliertes Wasser oder Desinfektionsmittel, also auf einen Verwendungszweck in einem medizinischen Kontext hin.

³²⁸ Hierbei ist zu konstatieren, dass die Authentizität der Szene durch die offene Schranktür und den wenig durchkomponierten Hintergrund verstärkt wird und fast einen ungewollt hemdsärmeligen Charakter erhält.

³²⁹ Trotz des auf die Ärzte ungleich verteilten Aktivitätsniveaus scheinen hier Lesarten wie eine Zurechtweisung oder ein Erklären im Verständnis eines Lehrer-Schüler-Verhältnisses unwahrscheinlich und werden deshalb unter Berücksichtigung der Sparsamkeitsregel nicht weiter verfolgt.

ausschließlichen Sachorientierung und Konzentration des Arztes, den gegebenen Sachverhalt erschöpfend darzustellen.

Welchen Inhalt das Gespräch hat, ist allerdings nicht zu eruieren. Auch das Interieur gibt hier keinen klaren Hinweis: Läge beispielsweise die Intention des Produzenten des Fotos darauf, die Szene eines fachlichen Gesprächs zwischen Ärzten über einen Patienten darzustellen, so liegt die Vermutung nahe, dass die Röntgenaufnahmen – und damit der konkrete Fall eines Patienten – von den Ärzten angeblickt würden.³³⁰ Vielmehr steht die Gestik der beiden Ärzte im Vordergrund und damit eine Abstrahierung von möglichen Inhalten eines Gesprächs: Die Kernaussage der Fotografie besteht in der ernsthaften, ausschließlich einem Zweck untergeordneten Auseinandersetzung über einen Gesprächsinhalt. Die abgebildete Interaktion ist gekennzeichnet durch eine der Höflichkeitskultur entsprechenden gegenseitigen Ehrerbietung, das Gegenüber in seiner Person in Gänze wahrzunehmen, was im Betrachter die Vorstellung evozieren kann, dass falls er Gegenstand des Gespräches sei, ebenfalls als ganze Person wahrgenommen würde. Unter Berücksichtigung der oben bereits beschriebenen „Schnappschuss-Ästhetik“ und des Umstands, dass es sich hier um einen Qualitätsbericht eines Krankenhauses handelt, entsteht bei dieser Fotografie der Eindruck, dass vom Produzenten weniger Gewicht auf die Informierung über Fakten des Krankenhauses – dem eigentlichen Auftrag von Qualitätsberichten – gelegt wird, sondern auf eine Momentaufnahme der beruflichen Praxis von Ärzten im Krankenhaus, die stark auf eine emotionale Rezeption abstellt: Der hohe Abstraktionsgrad in der inhaltlichen Aussage bietet für den Betrachter eine große Projektionsfläche für die eigene Interpretation des Fotos. Folgt man diesem Gedanken, so stellt die Fotografie für den Adressatenkreis von Patienten, deren konstitutives Bedürfnis primär die Restitution ihrer Gesundheit und die Wahrnehmung ihrer ganzen Person ist, dementsprechend eine Projektionsfläche ihrer Wünsche und Hoffnungen dar. Unter dieser Perspektive handelt es sich bei dieser Fotografie ebenfalls wie bei der Fotografie auf der Titelseite um eine Antizipation von Patientenbedürfnissen und damit um ein Gebrauchswertversprechen für Fürsorge, Zuwendung und Obhut.

³³⁰ Denkbar ist hier aber auch, dass eine gemeinsame Begutachtung der Aufnahmen bereits erfolgt ist und man sich nun über ein weiteres Procedere unterhält.

III.1.10 Blutproben

Als nächste Fotografie folgt eine Aufnahme von den Händen einer Person mit vier transparenten Kunststoffröhrchen:



Abbildung III.1.13: „Blutproben“

Die Fotografie ist ebenfalls wie die vorangegangene Aufnahme als Schnappschuss gestaltet. In ihrem Zentrum sind vier, oben unverschlossene Probebehältnisse, bei denen es sich offensichtlich um Blutentnahmeröhrchen handelt und die von der linken Hand der Person gehalten werden. Dabei fixiert der abgeknickte Daumen die Proben, während der kleine Finger diese von unten stützt. Die rechte Hand ist leicht angewinkelt und umgreift das rechte Röhrchen.³³¹ Beide Hände sind mit Einmalhandschuhen aus beige-gelblichem Latex oder Nitril bekleidet. Am rechten Unterarm ist ein weißer Ärmel zu erkennen, der den Schluss nahe legt, dass die Person einen Arzt- oder Laborkittel trägt. Die Röhrchen sind mit weißen Etiketten beklebt, auf denen ein EAN-Strichcode und einige Zahlen- und Buchstabenkombinationen in schwarzer Druckschrift zu sehen sind. Auf dem zweiten Röhrchen von links ist in einem Inversdruck die Sequenz „Serum-Gel“ zu lesen. Weiterhin ist auf dem rechten Röhrchen die durch den Daumen verdeckte Sequenz „erum“ – allerdings in weißer Druckschrift – zu erkennen, was vermuten lässt, dass auch hier der Begriff „Serum“ steht. Alle vier Röhrchen enthalten eine Flüssigkeit, die in zwei Segmente geteilt ist: In der unteren

³³¹ In Bezug auf die Stellung des Daumens zu den restlichen, jedoch verdeckten Fingern ist anzunehmen, dass das rechte Röhrchen gerade verschlossen oder geöffnet wird.

Hälfte ist die Flüssigkeit dunkelrot bis schwarz, während die obere Hälfte in einem transparenten, lichten Ocker schimmert. Hier wird klar, dass es sich bei den Röhren um Blutproben handelt, welche mit einem Gerinnungshemmer versetzt wurden, wodurch das hellere Plasma nach oben steigt und die zellulären Blutelemente sich nach unten absetzen.

Der Hintergrund ist maximal verschwommen, so dass keine genauen Aussagen hierüber getroffen werden können: Links oben ist ein dunkles, rechteckiges Segment, eingerahmt von einem hellen zu erkennen. Im dunklen Segment sind ungefähr sechs bis acht linienförmig angeordnete helle Kreise in mindestens vier Reihen übereinander wahrzunehmen. Hier könnte es sich eventuell um eine Zentrifuge oder etwa einen Laborschüttler handeln. Eine exakte Bestimmung ist jedoch nicht möglich, dennoch handelt es sich wohl vermutlich um ein technisches Gerät. Zwischen den Händen ist eine orange-bräunliche Fläche zu erkennen, die eine Tischplatte sein könnte. Rechts oberhalb der rechten Hand ist ein u-förmiges gelbliches Element zu erahnen. Eine weitere Bestimmung ist allerdings auch hier durch die Unschärfe nicht möglich.

Grundsätzlich lässt sich diese Abbildung ebenfalls in die Reihe der Schnappschüsse einordnen.³³² Hier wird jedoch zum ersten Mal das Sujet von sozialer Praxis und Interaktion, die vollkommen an einer Sachorientierung ausgerichtet ist, mit der Momentaufnahme einer Handlung variiert. Entsprechend den vorangegangenen Motiven ist die Kernbotschaft der Aufnahme identisch: Die Praxis im Klinikum Niederrhein folgt ausschließlich dem Paradigma der Patienten- und Werteorientierung. Die Umsetzung ist ebenfalls entsprechend: Eine flüchtige Momentaufnahme suggeriert dem Betrachter eine authentische Darstellung des Arbeitsalltags. Der alleinige Fokus auf die Blutproben verstärkt diesen Eindruck zusätzlich, da nun hier das Personal gänzlich in den Hintergrund rückt, es gleichsam anonymisiert wird und lediglich durch Attribute wie den Arzt- oder Laborkittel und die Einmalhandschuhe dem Kontext professioneller Praxis des Klinikums zuzuordnen ist. Somit rückt die Persönlichkeit des Mitarbeiters in den Hintergrund und die Handlung in den Vordergrund, wodurch die Szenerie letztlich beim Betrachter den Eindruck professioneller Kompetenz durch die Inszenierung einer Arbeitstätigkeit im Labor, das im Allgemeinen mit modernen Analysemethoden, gewissenhafter Prüfung sowie naturwissenschaftlicher Faktizität assoziiert wird, übermittelt.

³³² Wie bei den anderen „Schnappschüssen“ wird hier mit einem extremen Zoom eines Teleobjektivs gearbeitet. Zu bemerken ist jedoch, dass bei dieser Aufnahme der Fokus noch kleiner als bei den anderen Fotografien und der Hintergrund noch verschwommener wirkt.

III.1.11 Zwei Krankenschwestern

Die Reihe der Fotografien wird durch eine Aufnahme von zwei Krankenschwestern fortgesetzt:



Abbildung III.1.14: „Krankenschwestern“

Die Abbildung wird in ihrem Zentrum durch zwei weiß bekleidete Krankenschwestern dominiert, die gerade gemeinsam eine Bettdecke beziehen.³³³ Der Bezug hat an seiner Oberfläche jeweils links und rechts, wie für Krankenhausbettwäsche typisch, einen gelben

³³³ Die Aussage, dass die Bettdecke bezogen und nicht der Bezug gewechselt wird, lässt sich daran erkennen, dass beide Krankenschwestern die Bettdecke zum Glätten in die Höhe halten. Für das Entfernen gebrauchter Bettwäsche wäre diese Handlung untypisch.

Längsstreifen als farbliche Absetzung vom dem Weiß des Stoffes. Die am linken Bildrand stehende Krankenschwester trägt dunkelbraune lange Haare, die sie mit einem hellen Haargummi zu einem legeren Dutt zusammengebunden hat. Bekleidet ist sie mit einem weißen Kasack und einer weißen Arbeitshose. Auf ihrer rechten Brust ist ein blau-gräuliches Namensschild zu erkennen. Sie fixiert mit ihrer linken, hochgereckten Hand den linken, oberen Zipfel des Bezugs. Der rechte Arm ist in Richtung des Bauchs leicht absinkend angewinkelt. Die Krankenschwester am rechten Bildrand steht vom Betrachter aus gesehen in einer fast spiegelbildlichen Körperhaltung. Sie wirkt etwas schlanker, trägt rot geschminkte Lippen, goldene Ohrringe und eine blonde Langhaarfrisur, die sie zu einem Zopf in Form eines Pferdeschwanzes zusammengebunden hat.³³⁴

Im Vordergrund steht ein typisches Krankenhausbett mit einer beigen PVC-Platte am Fußende und einem gebogenen Metallrahmen, der in ein weiß lackiertes Rahmengestänge als Bettverlängerung übergeht. An der linken Seite ist der freie Teil eines beigen Keilkissens mit drei weißen Streifen zur Verlängerung der Liegefläche zu sehen, der Rest ist von einem weißen Laken – wie auch die eigentliche Matratze – überzogen. Auf der Matratze ist das schwarze Hosenbein und der weiße Socken des linken Fußes einer liegenden Person zu beobachten. Links von der Hose ist der rechte Socken nur noch schemenhaft wahrzunehmen.

Im linken Hintergrund ist – teilweise durch die dunkelhaarige Krankenschwester verdeckt und vom linken Bildrand abgeschnitten – eine Fotografie zu erkennen. Diese ist mit in einem zierlichen roten Rahmen, der offenbar aus Kunststoff gefertigt ist, sowie mit einem weißen Passepartout versehen. Die Aufnahme zeigt ein See- oder Meerstück im Vordergrund, ein Ufer mit Strand, das rote Dach einer Behausung und ein Waldstück.

Im oberen Hintergrund sind die Wandhalterung eines Fernsehgeräts sowie ein schwarzes und ein weißes Kabel angebracht, welche beide oberhalb und hinter der Wandhalterung eher unfachmännisch zusammengerollt sind. Hinter der Krankenschwester am rechten Bildrand ist ein braunes und ein metallfarbenes Element zu erkennen, welche als Türblatt und Türband gedeutet werden können.

³³⁴ Wie bereits in der Analyse der Titelseite ausgeführt, ist das Zusammenbinden langer Haare bei der Arbeit von Pflegepersonal in Krankenhäusern Pflicht. Insofern stellt diese Art der Haartracht sowie die abgebildete Berufsbekleidung ein mustergültiges Vorbild für die Praxis von Pflegepersonal dar. Ebenso wird in der Ausbildung im Allgemeinen gelehrt, dass Betten zu zweit bezogen werden, was zusätzlich den Eindruck einer Vorbildfunktion dieser Aufnahme – also einem Lehrbuch entsprechend – verstärkt. In der Alltagspraxis des Pflegepersonals ist es jedoch auf Grund des sich immer mehr verdichtenden Arbeitspensums auch grundsätzlich denkbar, dass von diesem Vorbild abgerückt wird.

Diese Fotografie reiht sich wiederum in die Serie der „Schnappschüsse“ mit allen dazugehörigen Implikationen ein, die bereits in den vorangegangenen Aufnahmen dieses Sujets expliziert wurden.³³⁵ Abweichend ist hierbei allerdings, dass der bisherige Effekt von Unschärfe außerhalb des ikonischen Zentrums mittels Teleobjektiv und Zoomfunktion nicht eingesetzt wurde. Dies erklärt sich durch die Position des Fotografen in unmittelbarer Nähe zum Krankenbett und wahrscheinlich durch die begrenzte Größe des Zimmers.³³⁶ Insgesamt wirkt der Raum karg und trist: Die Kabel des Fernsehgeräts sind nicht sorgsam aufgerollt oder gar verblendet, es gibt keinen Tisch mit Stühlen, an welchem Besuch zu empfangen wäre, und die Fotografie an der Wand wirkt – nicht zuletzt bedingt durch den dünnen roten Rahmen – wie ein Dekorationselement aus einer Massenproduktion. Ebenfalls wirkt das Bein einer auf dem Bett liegenden Person als störendes Element, da dem Betrachter nur ein Körperteil bzw. nicht die gesamte Gestalt der Person gezeigt wird und ihr dadurch ein austauschbarer, anonymer Charakter verliehen wird. Im Ganzen fällt diese Aufnahme hinsichtlich ihrer Prägnanz somit gegen die übrige Reihe der „Schnappschüsse“ ab, besitzt aber dennoch eine größere fotografische Aussagekraft bzw. Qualität als die Portraits der Klinikgebäude und des Patientenfürsprechers. Darüber hinaus ist hier zu konstatieren, dass wenigstens auf den ersten Blick beim Betrachter die Vorstellung entsteht, eine typische Situation der Berufspraxis des Pflegepersonals eines Krankenhauses in „Teamwork“ mitzuerleben, welche zudem muster­gültig durchgeführt wird und die Sach- und Werteorientierung des Klinikpersonals repräsentieren soll. Bei genauerer Auseinandersetzung mit der Szenerie verbleibt aber ein wenig ansprechendes Gesamtbild. Letztlich drängt sich auch hier – analog zur Aussagelogik des Einleitungstextes zum Profil des Klinikums – der Gesamteindruck eines zwar bemühten, aber sein Ziel verfehlenden Werbemediums auf.

³³⁵ Bedingt durch den Umstand, dass hier zwei Personen ganz offensichtlich eine soziale Praxis teilen, korrespondiert diese Aufnahme insbesondere mit den beiden Darstellungen „Fachgespräch unter Kollegen“ und „Ärzte bei der Diagnostik“. Zusätzlich wird hier der in der Einleitung dieses Qualitätsberichts auf Seite 4 geäußerte Slogan zur Arbeitsphilosophie „Wir arbeiten im Team“ noch einmal illustriert und damit verstärkt.

³³⁶ Zwischen Bettende und Wand ist gerade genügend Raum für eine Person, was auf eine Gesamtbreite des Raums von ca. drei Metern schließen lässt und somit die These erhärtet, dass es sich hierbei um ein vergleichsweise kleines Krankenzimmer handelt.

III.1.12 Ein Krankenpfleger im Gespräch

In der nächsten Abbildung ist wiederum das nun die graphische Gestaltung des Qualitätsberichts dominierende Sujet einer sozialen Praxis von zwei Personen zu sehen:



Abbildung III.1.15: „Ein Krankenpfleger im Gespräch“

Fast zur Szenerie der Titelseite identisch ist hier ein Gespräch zwischen zwei Personen in Form eines Bruststücks abgebildet. Dabei kehrt der extreme Zoom als Gestaltungsmittel wieder zurück, wobei die Aufnahme in einem Winkel von ca. dreißig bis vierzig Grad zur Horizontalen entstanden ist. Im Zentrum steht eine männliche Person. Bekleidet ist die Person offensichtlich mit einem weißen Kasack. Eine weitere Bekleidung – wie beispielsweise ein T-Shirt mit Rundhals – ist außer dem Schlupfhemd nicht zu erkennen, was den Schluss nahe legt, dass es sich bei der Person um einen Krankenpfleger handelt.³³⁷ Der Krankenpfleger lächelt mit fast geschlossenen Lippen zustimmend, die Backenmuskulatur wirft leichte Falten um die Mundpartie, während seine Augen leicht zusammengekniffen sind. Hierdurch wird dem Gesichtsausdruck eine konzentrierte, gleichzeitig aber auch gelöste Mimik verliehen. Ob er zu einem Sprechakt ansetzt, diesen gerade beendet oder nur lächelt, lässt sich aus der

³³⁷ Für einen Zivildienstleistenden wirkt die Person grundsätzlich zu alt.

Momentaufnahme nicht ableiten. Dennoch wirkt sein Lächeln eher wie eine wohlwollende Reaktion auf sein Gegenüber und ist von einer Grundhaltung bestimmt, welche die Möglichkeit, im nächsten Moment selber zum Sprechakt anzusetzen, durchaus nahe legt. Somit ist zu konstatieren, dass die Mimik des Krankenpflegers eine gelöste, gut gelaunte Stimmung impliziert und im Gegensatz zu der Aufnahme „Ärzte bei der Diagnostik“ nicht auf ein an dem konkreten Sachziel ausgerichtetes Handeln in der beruflichen Praxis reduziert werden kann. Vielmehr eröffnet diese Mimik auch die Lesart, dass hier ein privater über die berufliche Rolle hinausgehender Kontext möglich ist.

Die dunkelbraunen Haare des Pflegers sind an der Seite kurz geschoren und das Deckhaar mit Gel oder Pomade zu einer Tolle mittig hochgestellt. Die Gesichtsfarbe wirkt rötlich gebräunt und besonders an der Kinnpartie ist ein Dreitagebart zu erkennen. Über dem –vom Betrachter aus gesehen – rechten Auge ist eine braune Braue zu sehen, die zur Nasenwurzel hin eine Narbe aufweist, so dass diese Partie haarlos ist. Auffallend ist die ausgeprägte Nackenmuskulatur, die den Kopf im Verhältnis klein wirken lässt und die Lesart zulässt, dass der Krankenpfleger intensiv Sport – vielleicht Kraft- oder Kampfsport – betreibt.

Sein Gegenüber ist für den Betrachter nur in der sehr verschwommenen Rückenpartie sichtbar: Er hat volles braunes, an der Seite gräuliches Haar, das besonders zum Nacken und der Ohrmuschel leicht lockig wirkt. Auch diese Person ist weiß bekleidet, allerdings wirkt die extrem verschwommene Oberbekleidung durch zwei unterschiedlich hellen Nuancen am Kragen so, als trüge er zwei Kleidungsstücke. Denkbar wäre dabei ein weißes Oberhemd unter einem Arztkittel oder einer weißen Jacke.³³⁸ Trotz der extremen Unschärfe und der Unsicherheit, welcher Art das Kleidungsstück ist und welcher Rückschluss dadurch auf die Rolle bzw. Funktion der Person gezogen werden kann, wirkt die Person auf Grund ihrer Größe männlich und bedingt durch das gräuliche Haar älter als der Pfleger. Dabei entsteht beim Betrachter die Assoziation, dass es sich eventuell um einen Arzt oder Pflegedienstleiter handeln könnte. Mit letzter Sicherheit kann diese Lesart aber nicht als zwingend herausgearbeitet werden. Bedingt durch die Mimik des Krankenpflegers scheint es aber wahrscheinlich, dass diese Person gerade spricht, was wiederum Assoziationen bezüglich eines Hierarchiegefälles hervorruft.

³³⁸ Auch die Haare im Nackenbereich werden vom Kragen des Oberteils verdeckt, was die Interpretation bestärkt, dass der Kragen durch seine Höhe eher auf ein Oberhemd als auf einen Kasack weist. Welcher Art die Oberbekleidung letztlich ist, kann aber nicht mit absoluter Sicherheit geschlossen werden.

Der Hintergrund lässt wenig Rückschlüsse auf die Lokalität zu: Hinter dem Krankenpfleger ist ein weißes Segment wahrzunehmen, was durch das Licht- und Schattenspiel – die Lichtquelle kommt von rechts oben – auf eine Säule mit kreisrunder Grundfläche weist. Links und rechts im Hintergrund ist eine hellblaue Wand zu erahnen mit einem weißen, bandförmigen Segment, das eine Schutzleiste für die dahinter liegende Wand sein könnte, und zwei schemenhaften Kreisen darüber, von denen einer grünlich und einer rötlich schimmert.

Im Gesamteindruck ist hier eine gelöste und lockere Szenerie abgebildet.³³⁹ Bedingt durch die oben bereits erörterte Mimik des Krankenpflegers, als Reaktion auf sein Gegenüber zu lächeln, ist praktisch jeder Kontext in der geteilten Praxis möglich. Allerdings impliziert der Eindruck, dass es sich bei der Person in der Rückenansicht um einen älteren Mann als den Krankenpfleger handelt, prinzipiell die Möglichkeit eines Autoritätsverhältnisses bzw. Hierarchiegefälles im Rahmen dieser Praxis zweier Rollenträger in ihrem Berufsalltag.³⁴⁰ Auch der Umstand, dass die ältere männliche Person mit hoher Wahrscheinlichkeit gerade spricht, bestärkt hiermit diese Lesart. Durch eine solche Wirkung der Aufnahme und der hierin enthaltenen Möglichkeit, dass zwei Personen unterschiedlicher Hierarchieebenen und eventuell auch verschiedener Berufsstände derart gelöst miteinander kommunizieren und der Krankenpfleger gleichsam verschmitzt grinst, erhält die Szenerie einen Charakter von professioneller Kollegialität, die über berufliche Zusammenhänge hinausgehen mag und prinzipiell jedes Thema – hypothetisch von einem Sommerfest der Mitarbeiter des Klinikums bis hin zu einem Sportereignis – adressieren könnte. Abschließend sei damit festzustellen, dass es sich bei dem Foto um die Darstellung von zwei Personen bei einem vergnüglichen Smalltalk handeln könnte. Der Textproduzent verleiht mit dieser Aufnahme dem Klinikum Niederrhein ein „Gesicht“ durch die stilisierte Momentaufnahme von Mitarbeitern, die ein lockeres Gespräch führen, und lanciert damit die Kernaussage, dass das Personal des Klinikums nicht nur einer reinen Sachorientierung folgt, wie es die Aufnahme der Titelseite, das „Fachgespräch unter Kollegen“ und „Zwei Ärzte bei der Diagnostik“ nahe legen, sondern darüber hinaus auch eine persönliche Bindung zueinander besitzen. Letztlich betont der Eindruck einer möglicherweise über den professionellen Kontext hinaus reichenden sozialen Praxis die Bedeutung einer Kommunikation auf paritätischem Niveau innerhalb des Klinikums und damit das Sujet „Wertorientierung“.

³³⁹ Auch für diese Fotografie gelten die bereits in den vorangegangenen Aufnahmen herausgearbeiteten Strukturmerkmale des „Schnappschuss“-Sujets. Von einer detaillierten Erörterung wird gemäß der Sparsamkeitsregel Abstand genommen.

³⁴⁰ Dass bei dieser Szene ein Zusammenhang mit der Praxis eines beruflichen Kontextes unterstellt werden muss, wird schlussendlich durch die abgebildete Berufsbekleidung beim Betrachter gleichsam erzwungen.

III.1.13 Mensch und Technik – Apparatemedizin

Wird der Qualitätsbericht weiter nach Fotografien abgesucht, so sieht der Betrachter, dass nach sechs Seiten des Beginns des dritten Kapitels „B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen“ folgende Aufnahme folgt:



Abbildung III.1.16: „Mensch und Technik – Apparatemedizin“

Diese Fotografie weicht nun von dem bisher dominierenden Sujet ab, da sie neben der Interaktion von zwei Personen auch Technik in den Mittelpunkt rückt. Die „Schnappschuss“-Ästhetik als Mittel zur Inszenierung des Motivs bleibt aber unverändert. Im Mittelpunkt sind zwei Personen vor einem Stativ mit Flachbildmonitoren zu erkennen. Beide stehen mit dem Rücken leicht seitlich zum Betrachter und tragen einen dunkelgrünen OP-Mantel sowie eine hellgrüne OP-Haube. Die rechte, größere Person trägt einen hellgrünen Mundschutz und verdeckt durch ihre linke Schulter die Kopfpartie der weiter hinten stehenden Person, so dass nicht genau geschlossen werden kann, ob sie ebenfalls einen Mundschutz trägt. Allerdings ist ein weißes Band über der OP-Haube auf Höhe des Scheitelbeins zusammengeknotet, was

vermuten lässt, dass auch sie einen Mundschutz trägt.³⁴¹ Auf Grund der Größenunterschiede der beiden Personen ist anzunehmen, dass es sich bei der Person im Vordergrund um einen Mann und dahinter um eine Frau handelt. Weitere Rückschlüsse auf die Person oder ihre Funktion können hier bedingt durch die komplett verhüllende OP-Bekleidung nicht gezogen werden.³⁴² Beide blicken augenscheinlich auf die Monitore.

Auf dem Stativ sind insgesamt sechs Monitore mit einem schwarzen Gehäuse aufgehängt, von denen fünf angestellt sind; der Monitor rechts oben ist außer Betrieb – sichtbar durch die rote Standby-LED-Anzeige. Rechts unten sind vor einem blauen Hintergrund weiße, horizontale Linien und diverse Kurvenverläufe zu erkennen. Dahinter ist eine beige, quaderförmige Apparatur – eventuell eine Steuereinheit für die Monitore – mit einem roten Kippschalter rechts oben angebracht. Die vier Monitore links davon leuchten in weißem Licht. Genaue Details lassen sich zwar hier nicht erkennen, dennoch können vor dem weiß schimmernden Hintergrund aller vier Monitore leicht dunkle, amorphe Flächen wahrgenommen werden, die sich im Weiß des Bildschirms unkonturiert wieder auflösen. Links oben lassen sich sogar eine gerade, vertikal gezogene Linie sowie zwei schlaufenförmige Linien rechts daneben erkennen.³⁴³ Am ehesten könnten diese Bilder noch zu einer Röntgenaufnahme passen. Die beiden unten angebrachten Monitore haben jeweils links ein blaues Segment mit diversen hellen Linien, die ebenfalls wie Verlaufskurven wirken. Der Monitor ganz links hat zudem an seinem rechten Bildrand ein hellblaues Segment. Rechts von der Monitorwand ist eine an einem Infusionsstativ angebrachte Infusionsflasche mit einem Katheter zu sehen, der zu einem dunkelgrünen OP-Tuch führt, das auf einem mit Plastikfolie überzogenen Pult mit einzelnen Bedien- und Steuerelementen faltig aufgeworfen lagert. Unterhalb der Monitore steht ein weiterer Bildschirm auf dem Pult. Dieser ist allerdings weiß, stärker gekippt und in Folie eingepackt. Hier sind nur ein weißes und ein blaues Segment mit vier hellen Rechtecken auf dem Monitor wahrzunehmen. Rechts hinter der Monitorwand ist ein weiteres OP-Tuch abgelegt. Links daneben ist ein nicht näher identifizierbares Raumelement und eine Ablage zu erkennen. Über der Monitorwand finden sich diverse breite, gräuliche Schläuche und ein Objekt mit drei, sich nach unten verjüngenden Segmenten, die durch einen dunklen Schatten

³⁴¹ Die rechte Person hat ihren Mundschutz unterhalb der OP-Haube zusammengebunden.

³⁴² Der Gesamteindruck der Bekleidung legt nahe, dass hier zwei Ärzte oder ein Arzt und eine Person aus der Pflege abgebildet sind. Eine genaue Bestimmung bzw. Unterscheidung der Berufsstände anhand der Bekleidung oder der Tätigkeiten ist aber nicht möglich, so dass beide zusammengefasst dem medizinisch-pflegerischen Personal zugeordnet werden.

³⁴³ Es könnte sich bei den amorphen Segmenten um durchleuchtete Gewebestrukturen und bei den linienförmigen Elementen um kontrastmittelhaltige Gefäße handeln, die sich stärker von ihrer Umgebung absetzen als die anderen Segmente.

oder Streifen voneinander klar abgegrenzt sind. Hierauf folgt ein T-förmiges Element, welches direkt an die Monitorwand anschließt.³⁴⁴ Eine Lichtquelle hinter dem Objekt erhellt den spärlich erleuchteten Raum.

Im linken Hintergrund ist eine OP-Leuchte mit einem Schwenkarm zu beobachten, der offensichtlich an der Decke des Raumes befestigt ist. Daneben ist ein Stativ, über das eine Folie zeltartig entfaltet und oben mit einem weißen Band zusammengeknotet wurde. Hinter dem Stativ und der OP-Leuchte lässt sich ein bogenförmiges, graues Gerät erkennen, das zweifelsfrei ein C-Bogen – also ein Röntgengerät – ist. Damit liegt die Vermutung nahe, dass es sich bei der Fotografie um eine Momentaufnahme aus einem Herzkatheterlabor handelt, da die hier abgebildeten medizintechnischen Geräte – C-Bogen, Katheter und Monitore für die Darstellung von Gefäßen – konstitutiv für eine Herzkatheteruntersuchung sind. Auch wenn prinzipiell eine andere Untersuchungs- oder Eingriffsart denkbar ist, deutet die sterile Atmosphäre mit der Kunststofffolie über den Geräten und Apparaturen, die Bekleidung der abgebildeten Personen ebenso wie der Umstand, dass hier nicht eine Operation mit offengelegtem Gewebe dargestellt ist, sondern mit Monitoren gearbeitet wird, auf einen minimal invasiven Eingriff und damit auf eine avancierte medizinische Prozedur wie eine Herzkatheteruntersuchung hin.

Zusammenfassend kann die Kernbotschaft der Fotografie dahingehend gedeutet werden, dass der Einsatz moderner Medizintechnik und die fachliche Kompetenz des Personals betont wird, mit neuester Technik routiniert und selbstverständlich zu arbeiten. Somit tritt ein weiteres Element in der Kommunikationspolitik des Klinikums hinzu: Neben dem Sujet der „Werteorientierung“, Motive mit dem Thema „Nächstenliebe“, „Sachorientierung“ oder „Teamwork“ als zentrale Charakteristika des Klinikums zu postulieren, wird nun auch medizinische Fachkompetenz, naturwissenschaftliche Objektivität und Faktizität sowie eine überdurchschnittliche medizintechnische Ausstattung, wie sie nur für Fachkliniken als Standard gelten, hervorgehoben.³⁴⁵ Dies hat einen zusätzlichen Effekt auf den Rezipienten: Es ist zu unterstellen, dass Technik im Allgemeinen als eine Relation von Ursache und Wirkung

³⁴⁴ In seiner Gesamterscheinung wirkt das Objekt wie eine pneumatische Schwenk- oder Hubarmanlage. Da allerdings nur kleine Bereiche zu sehen sind, können genauere Schlüsse aber nicht gefolgert werden.

³⁴⁵ Bedingt durch den Umstand, dass es sich hier um ein ediertes Protokoll handelt, ist zu unterstellen, dass die Reihenfolge der Abbildungen bewusst gewählt wurde und einem im Vorfeld entwickelten Konzept folgt. Weiterhin korrespondiert das Sujet „Medizintechnik“ mit dem Ergebnis der Analyse des Inhaltsverzeichnisses, dass im Kapitel „B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen“ neben Daten zu erfolgten Operationen etc. ebenfalls Kennzahlen zur apparativen und personellen Ausstattung des Klinikums zu erwarten sind.

wahrgenommen und mit Assoziationen wie Funktionalität, kalter Ästhetik und unbeseelter Wesenhaftigkeit belegt wird. Die Darstellung von Medizintechnik im Speziellen kann darüber hinaus durchaus negative Assoziationen beim Rezipienten hervorrufen, da hier eine unausweichliche Konfrontation mit der traumatischen Krise von Krankheit, Leid, Tod oder Schmerz implizit enthalten ist, die eben besonders auf Rezipienten wirkt, die nicht Angehörige einer klinischen Profession sind und dementsprechend keine Habituation im Umgang mit Medizintechnik besitzen. Gleichzeitig drückt sich hierin auch das Informations- bzw. Wissensgefälle aus, das zwischen potentiellen Patienten und Vertretern einer klinischen Profession besteht, woraus sich schlussendlich eine Autoritätsbeziehung zwischen Überlegenem – dem Wissenden – und Unterlegenem – dem Unwissenden – manifestiert, in welcher dem Unterlegenen im Bewusstsein über sein Informationsdefizit keine andere Möglichkeit verbleibt, als dieses anzuerkennen und sich so mit seiner Position als Betrachter zu bescheiden. Der Rezipient ist somit ein Außenstehender, der mit einem für ihn fremden und potentiell angstbesetzten Milieu konfrontiert wird. In Verbindung mit dem bislang dominierenden Sujet der Werteorientierung, das die Erwartungshaltung des Rezipienten – also sein Deutungsmuster – in Bezug auf die Kernbotschaft des Klinikums maßgeblich geprägt hat, wird dieses Fremdheitsgefühl beim Betrachter aber bereits im Vorfeld durch den Textautor nivelliert, da er an dieser Stelle des Qualitätsberichts bereits das Gebrauchswertversprechen internalisiert hat, dass er im Klinikum Niederrhein gut aufgehoben ist und als ganze Person mit seiner spezifischen Fallgeschichte wahrgenommen und geachtet wird. Mit der Prägung dieser Erwartungshaltung wird die potentiell negative Wirkung einer Szenerie mit Apparatedizin abgefedert.³⁴⁶ Der Rezipient wird quasi schonend an das „klinische Milieu“ herangeführt: Die Kombination aus den beiden Sujets „Werteorientierung“ und „Medizintechnik“ stellt somit eine Steigerung des bereits postulierten Gebrauchswertversprechens dar und lässt sich durch folgende Aussage illustrieren: „Wir praktizieren nicht nur Menschlichkeit aus Tradition und christlicher Überzeugung, sondern wir verfügen auch über modernste technische und naturwissenschaftliche Methoden zur Behandlung unserer Patienten“.

³⁴⁶ Dies wäre Ausdruck eines professionellen Marketingkonzepts, das den Rezipienten anhand einer auf seine antizipierten Erwartungen und Bedürfnisse ausgerichteten „Geschichte“ durch den Qualitätsbericht führt. Allerdings stehen der These einer konsequent umgesetzten Marketingstrategie die Abbildungen der einzelnen Klinikgebäude und des Patientenfürsprechers entgegen. Außerdem korrespondiert das hier abgebildete Sujet mit dem aktuellen Kapitel „B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen“, so dass die Wahl nur zu logisch erscheint.

III.1.14 Die Aufnahme

Nach dem Sujet „Medizintechnik“ der letzten Abbildung ähnelt die nächste Fotografie wieder stärker den vorangegangenen Aufnahmen:



Abbildung III.1.17: „Die Aufnahme“

Im Zentrum ist offensichtlich eine Krankenschwester mit langem, schwarzem Haar, das auf Nackenhöhe zu einem offenen, leicht lockigen Zopf zusammengebunden ist, an einem dunklen Flachbildschirm und grauer Tastatur abgebildet.³⁴⁷ Der Monitor steht auf einem schmalen, hellbeigen Schreibtisch mit einem runden Tischbein aus Metall.³⁴⁸ Die Krankenschwester ist bekleidet mit einem blauen Kasack, blauer Hose sowie einer silberfarbenen Armbanduhr und sitzt auf einem typischen Bürostuhl. Ihre Sitzhaltung weist

³⁴⁷ Bestärkt wird die Annahme, dass hier eine Krankenschwester abgebildet ist, durch den Umstand, dass in den vorangegangenen Analysen gezeigt werden konnte, dass es sich bei der Person auf der Titelseite einerseits um eine Krankenschwester mit der gleichen Oberbekleidung handelt und dass andererseits Ärzte bislang immer in typischer Bekleidung ihres Berufsstands dargestellt wurden.

³⁴⁸ Auf Grund der schmalen Arbeitsplatte wirkt der Schreibtisch eher wie ein Sideboard.

auf ein hohes Aktivitätsniveau und eine erst kurze Sitzdauer, da das Gesäß leicht schief auf dem Bürostuhl platziert ist, die Oberschenkel leicht nach außen gestellt und die Kniegelenke nach hinten abgewinkelt sind, was die Vermutung nahe legt, dass die Krankenschwester nur kurz Platz genommen hat, um eine Eingabe am Rechner zu vollziehen. In ihrer linken Hand, die auf der Tischplatte aufliegt, hält sie ein Blatt Papier, während sie mit der rechten Hand die Maus des Rechners bedient. Ihr Blick ist fest auf den Monitor gerichtet und wirkt sehr konzentriert. Vor den Kniegelenken steht ein schwarzer Papierkorb, der mit einem Müllsack innen ausgekleidet ist. Hinter dem Monitor ist ein großer, grauer Drucker zu erkennen. Hinter der Krankenschwester sitzt offensichtlich eine Ärztin mit blondem, halblangem Haar und einem weißen Arztkittel. Sie ist für den Betrachter nur in ihrer seitlichen Rückenpartie zu sehen und sitzt ebenfalls auf einem Bürostuhl des gleichen Typs, der für eine längere Arbeitsdauer in einem untypischen Winkel zur Tischplatte steht. Bei genauerer Betrachtung kann man erkennen, dass der Kopf seitlich zur linken Schulter geneigt ist und einen grauen Gegenstand, der wie ein Telefonhörer wirkt, einklemmt. Der Rücken ist zu einem nur von der Seite wahrnehmbaren weißen Monitor gekrümmt, was darauf schließen lässt, dass die Ärztin auf der von der Krankenschwester verdeckten Tischplatte Notizen oder eine Eingabe in einen Rechner macht. Zwischen Ärztin und Krankenschwester ist im rechten Winkel noch eine zusätzliche Arbeitsplatte, die beide Arbeitsplätze voneinander in Richtung zweier Fenster abteilt, mit einem weiteren Drucker zu sehen. Insgesamt begründet sich bereits hieraus eine geschäftige Szenerie.

Rechts im Vordergrund steht ein weißes Gestell – wahrscheinlich ein Rollwagen – mit diversen Ablagen und Schubfächern. Unten ist auf der Frontalseite eine Arbeitsplatte ausgeklappt. Auf der obersten Ablage befinden sich diverse Gegenstände wie eine Pumpspray-Flasche – eventuell ein Desinfektionsmittel oder ein Antiseptikum zur Wundheilung. An der Seite hängt ein roter Beutel mit schwarzer Aufschrift herunter. Davor steht ein türkiser Wäschebehälter, aus dem eine weiße Textilie herabhängt.

Seitlich der zwei Fenster ist eine weiße Magnettafel mit einem grauen Rahmen und schwarzen Eckbesätzen angebracht. Hier sind zwei Listen – die rechte im Hoch- und die linke im Querformat – aufgehängt. Was auf den Listen steht, ist allerdings nicht zu erkennen.

Hinter der Krankenschwester und der Ärztin sind noch weitere Personen in dem länglichen Raum zu sehen. Bei der vorderen Person handelt es sich offensichtlich um eine braunhaarige

Krankenschwester im blauen Kasack, die den Raum in Richtung der Krankenschwester durchschreitet. Die nach links verlagerte Ganghaltung, der nach hinten schwingende linke Arm sowie die Haltung des Daumens und der übrigen Finger der rechten Hand deuten auch hier auf ein hohes Aktivitätsniveau. Was sie genau tut, ist aber auf den ersten Blick nicht ersichtlich. Rechts hinter ihr ist ein Krankenbett mit einem großen Kissen zu sehen. Auf dem Bett liegt eine ältere Patientin mit grauem Haar und hellgrünem Oberteil. In Verbindung mit dem Krankenbett wird nun ersichtlich, was die seitlich, vor dem Bett gehende Krankenschwester genau macht: Sie zieht mit der linken Hand das Krankenbett durch den Raum in Richtung des Betrachters. Auf Kopfhöhe des Krankenbetts beugt sich fürsorglich eine Krankenschwester mit blonden Haaren und ebenfalls mit einem blauen Kasack bekleidet über die Patientin. Sie steht vor einem Stativ mit einem Infusionsbeutel. Hinter beiden Personen ist ein Durchgang zu einem weiteren Raum zu erkennen, in dem technische Apparaturen nur noch schemenhaft wahrzunehmen sind. Fixiert der Betrachter diesen zweiten Raum, ist zu bemerken, dass der Fotograf aus einer Zentralperspektive diesen als Fluchtpunkt gewählt hat und alle abgebildeten Personen sich auf einer Linie zu diesem befinden. So wird einerseits eine hohe Raumtiefe geschaffen, die abgebildeten Personen stärker akzentuiert und der Gesamtszenerie eine eigene Dynamik verliehen.

Durch diesen Effekt treten die übrigen Raumelemente in den Hintergrund: Rechts neben dem Krankenbett ist ein Behälter – vielleicht ein Abfallbehälter – mit einem Metallrahmen und einem blauem Sack aus Kunststoff zu sehen. Dahinter steht ein Sideboard mit einem kleinen gelben Behälter und diversen anderen Behältnissen, die auch bei genauerer Betrachtung nicht näher identifizierbar sind. Oberhalb des Durchgangs und am linken Ende des Raums ist jeweils ein flacher, länglicher Deckenfluter angebracht. Die Decke ist mit weißen Platten abgehängt: in der Mitte befinden sich zwei quadratische Deckenkassetten für das Belüftungssystem oder die Klimaanlage. Links sind drei aus mobilen Trennwänden auf Rollen eingerichtete Behandlungskabinen zu sehen. In den beiden vorderen Kabinen steht jeweils ein Krankenbett mit ausgeklapptem Tisch am Fußende.³⁴⁹ In der zweiten Kabine hängt die Bettdecke teilweise über den Seitenrand. Die letzte Kabine ist leer. Hier sind einzig unterschiedliche Behandlungsutensilien zu erkennen.

Insgesamt verbleibt beim Betrachter der Eindruck einer geschäftigen, dynamischen Szenerie, die wiederum im Stile einer Momentaufnahme des klinischen Alltags und damit in der nun für

³⁴⁹ Es scheint, als läge im Krankenbett der ersten Kabine eine Person.

diesen Qualitätsbericht charakteristischen „Schnappschuss“-Ästhetik gehalten ist. Vier Angestellte des Klinikums – eine Ärztin und drei Krankenschwestern – agieren hier jeweils für sich: Alle scheinen zu wissen, was in der konkreten Situation ihre Aufgabe und dementsprechend was genau zu tun ist. Die einzelnen Tätigkeiten erstrecken sich dabei vom Telefonieren, über die Arbeit am Computer bis hin zur Versorgung bzw. zum Transport einer Patientin auf einem Krankenbett. Dennoch wirkt die Ausstattung ebenso wie die Szenerie ein wenig improvisiert: Die einzelnen Behandlungskabinen können offensichtlich – wie auch die abgebildeten Gerätschaften – flexibel an jedes Erfordernis angepasst werden und die einzelnen Gegenstände scheinen nur flüchtig abgestellt zu sein, so dass in der Gesamterscheinung des Raums ein eher chaotischer Eindruck überwiegt. Hieraus kann mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass es sich bei der Aufnahme um eine stationäre Räumlichkeit – wie ein Patientenzimmer – handelt. Auch ein Raum zur OP-Vorbereitung oder ein Aufwachraum scheiden aus, da dies in der Regel durch viel mehr Ordnung und Ruhe gekennzeichnet sind.³⁵⁰ Vielmehr drängt sich der Schluss auf, dass es sich um eine Aufnahmeabteilung des Klinikums handelt, da die Szenerie hier die typischen Tätigkeiten einer solchen Abteilung vereint bzw. nahe legt: Erstbehandlung und Transport durch die beiden Krankenschwestern im Hintergrund sowie Organisation und Logistik durch die Ärztin und die Krankenschwester im Vordergrund. Damit ist zu subsumieren, dass das dominierende Sujet einer reinen Sach- und Werteorientierung fortgesetzt wird und die hierin enthaltene Facette der Geschäftigkeit und Sachorientierung, die sich bereits in der Aufnahme „Ärzte bei der Diagnostik“ erkennen ließ, nun erneut explizit betont wird.

³⁵⁰ Hätte der Fotograf eine solche Räumlichkeit darstellen wollen, so ist, nicht zuletzt durch seine fototechnische Kompetenz begründet, der Szene durch die eingesetzte Fluchtpunktperspektive eine eigene Dynamik zu verleihen, anzunehmen, dass die für solche Räumlichkeiten typischen Erfordernisse Beachtung für die Szenerie gefunden hätten.

III.1.15 Mensch und Technik – Apparatemedizin 2

Als nächste Abbildung schließt sich eine Fotografie an, deren Motiv bereits aus der vorherigen Aufnahme bekannt ist:



Abbildung III.1.18: „Mensch und Technik – Apparatemedizin 2“

Bereits beim ersten Blick ist für den Betrachter ersichtlich, dass hier die Abbildung „Mensch und Technik – Apparatemedizin“, wenn auch aus einer anderen Perspektive, wiederholt wird. Folgende Bildelemente sind zu sehen: zwei Personen mit der gleichen Statur wie in der ersten Abbildung, bekleidet mit einem grünen Kittel sowie hellgrüner OP-Haube und Mundschutz, dunkelgrüne OP-Tücher und Kunststoffolie, ein Katheterschlauch am linken Bildausschnitt und der C-Bogen rechts oben wie auch das Pult links unten. Selbst die Monitore sind am rechten Bildrand stellvertretend durch einen Ausschnitt desjenigen Bildschirms zu erkennen, der in der ersten Aufnahme rechts unten positioniert war. Ebenso sind die Lichtverhältnisse entsprechend in der nun neuen Perspektive identisch, welche die beiden Personen von vorne im Viertelprofil zeigt.³⁵¹ Es handelt sich hier – wie bereits angenommen – bei der linken

³⁵¹ Gemäß der Sparsamkeitsregel werden im Folgenden solche Aufnahmen, die offensichtlich einem bereits in dieser Analyse expliziertem Sujet angehören oder sogar wie in diesem Fall ein bereits dargestelltes Motiv

Person um einen Mann und bei der rechten um eine Frau. Einzig die Regalwand im linken Hintergrund mit Behältnissen aus Kunststoff sind für den Betrachter neu; sie haben jedoch für die Kernaussage der Fotografie keinerlei zusätzlichen Informationsgewinn, vielmehr schwächen sie diese eher ab, da das ursprünglich Motiv noch mehr technische Apparaturen zeigt und so in seiner Botschaft noch eindeutiger zu interpretieren war.

Grundlegend ist aber auch hier zusammenzufassen, dass ein zweites Mal das Sujet der Apparatemedizin aufgenommen wird und die technische Präzision sowie die Objektivität und Geltungskraft durch den Einsatz moderner Medizintechnik bei der Behandlung der Patienten im Klinikum Niederrhein betont wird. Eine lange Belichtungszeit und der sich hieraus ergebende Effekt, Bewegungen unscharf erscheinen zu lassen, verleihen der Szenerie eine zusätzliche Dynamik. Weiterhin bewirkt dieser Effekt, dass das medizinisch-pflegerische Personal in seiner individuellen Persönlichkeit in den Hintergrund rückt und dafür seine Tätigkeiten betont werden, wodurch der Ausdruck der Werteorientierung des Personals aber nicht gemindert wird.³⁵² Eine solche Wirkung kann als ein Gestaltungsmittel des Fotografen verstanden werden, die Sachorientierung im Handeln der Klinikmitarbeiter zu bekräftigen bzw. das in diese Richtung aufgebaute Image zu verstärken. Als Ergebnis verbleibt, dass mit der erneuten Darstellung avancierter Medizintechnik das Sujet reiner Werte- und Sachorientierung um die Aussage „Kompetenz durch Technik“ ausgeweitet wird und eine solche Wiederholung die in dieser Botschaft enthaltene Anspruchshaltung bekräftigt.

lediglich aus einer anderen Perspektive behandeln, kurz beschrieben und auf die erarbeiteten Ergebnisse bezüglich ihrer Bedeutung verwiesen.

³⁵² In der Analyse III.1.13 „Mensch und Technik – Apparatemedizin“ wurden beide Personen zusammengefasst dem medizinisch-pflegerischen Personal zugeordnet, da eine genaue Bestimmung bzw. Unterscheidung der Berufsstände anhand der Kleidung bzw. der einzelnen Tätigkeiten nicht möglich war.

III.1.16 Augenheilkunde – Apparatemedizin

In die Serie der Aufnahmen von Medizintechnik und ihrer Bedienung reiht sich auch die nächste Abbildung ein:



Abbildung III.1.19: „Augenheilkunde – Apparatemedizin“

Die Abbildung zeigt eine augenärztliche Diagnostik. Im Zentrum sitzt eine männliche Person mit braunem, kurz geschnittenem Haar, das am Ansatz leicht schütter wirkt und mit Gel oder Pomade hochgestellt ist. Der Mann ist etwa 25 bis 30 Jahre alt, trägt lange Koteletten und ein grün-graues Polo-Shirt.³⁵³ Sein Kopf lehnt an einer Kinnstütze, die an einer hellbraunen

³⁵³ Dieser Umstand deutet auf einen Aufnahmezeitpunkt im Sommer hin.

Tischplatte befestigt ist.³⁵⁴ Sein Blick ist geradeaus auf das flache, zylinderförmige Kopfteil einer hellgrauen Apparatur gerichtet, auf der ein vertikal ausgerichteter Aufdruck zu erkennen ist. Oben steht die Sequenz „Oculus“. Aus dem Lateinischen übersetzt, bezeichnet Oculus den Begriff „Auge“ und ist darüber hinaus der Name eines namhaften Herstellers von Geräten der Augenheilkunde und Optik. Darunter ist ein graphisches Element, das die Form eines halbierten Sterns mit einer blauen Fläche links trägt. In der Mitte ist ein Element aus Linien nur noch schemenhaft wahrzunehmen, so dass eine genaue Bestimmung unmöglich ist. Allerdings kann hier bereits mit hoher Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass es sich um das Logo des Herstellers „Oculus“ handelt. Unterhalb des Logos ist eine weitere Sequenz zu lesen: „Pentacam“. Hierbei handelt es sich um ein Kompositum, das sich aus dem griechischen Wortteil „penta“ für Fünf und der Kurzform „Cam“ für Kamera zusammensetzt. Damit ist offensichtlich, worum es sich bei dem abgebildeten Gerät handelt: eine Kamera zur Untersuchung des menschlichen Auges.

Das Gerät wird durch einen schwarzen Joystick von einer dunkelhaarigen, männlichen Person mit der linken Hand bedient, die ungefähr im gleichen Alter ist. Die Person trägt am Handgelenk eine Uhr mit einem rot-braunen Armband und silbernem Verschluss. Von der Kleidung ist nichts außer einem Teil eines weißen Kragens und der Hälfte eines Druckverschlusses aus Metall zu erkennen. Der Kragen scheint frisch gewaschen und gestärkt zu sein und wie ein Arztkittel steif zu fallen.³⁵⁵ Die Person schaut auf den rechts vor ihr stehenden Flachbildschirm, dem eine PC-Tastatur vorgelagert ist. Hier ist in der Mitte ein großes Menü-Fenster mit einer blauen Kopfleiste zu sehen, in dem sich vier rechteckige, gleichgroße Anzeigen befinden. Links unten und rechts oben sind jeweils Aufnahmen menschlichen Gewebes – vermutlich eines oder mehrerer Augenabschnitte – zu erkennen.³⁵⁶ Links oben ist ein Kreisbogen aus weißen Einzelkreisen angeordnet, in dessen Mitte ein stilisiertes Auge positioniert ist. Zwischen Kreisbogen und dem Auge steht ein rötliches Element auf der Neun-Uhr-Position.³⁵⁷ Rechts unten ist ein Feld, in dessen Mitte vertikal und horizontal jeweils Achsen in Richtung eines kreisförmigen Mittelpunkts verlaufen. Rechts von den Anzeigen ist ein Menüfeld zu sehen, in welchem einzelne Parameter oder Einstellungen angewählt werden können. Im Hintergrund des Monitors ist rechts unten der Ausschnitt eines weißen Kreises zu sehen. Links unten ist ein weiteres Menüfenster und oben

³⁵⁴ Hiermit muss zwangsläufig auf die Intention geschlossen werden, einen Patienten abzubilden.

³⁵⁵ Daher ist davon auszugehen, dass es sich um einen Arzt handelt.

³⁵⁶ In der Anzeige mit dem roten Fadenkreuz rechts oben ist bei genauerer Betrachtung ein dunkles, kreisförmiges Objekt mit einer helleren Umrandung auszumachen, das wie ein Pupille wirkt.

³⁵⁷ Insgesamt deutet der Aufbau der Anzeige auf einen Positionsmesser der Kamera hin.

ein weißes Fenster mit einer Bildlaufleiste. Links davon ist wiederum ein stilisiertes Auge und ein rötliches Element auf der gleichen Neun-Uhr-Position – vielleicht wiederum ein Positionsmesser – gerade noch wahrnehmbar. Insgesamt bietet sich also ein Bild einer spezialisierten und komplexen Software zur Vermessung bzw. Diagnostik eines oder mehrerer Abschnitte des Augapfels. Hieraus lässt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit dann auch ableiten, dass die Hypothese, es müsse sich bei der linken Person um einen Arzt handeln, zutreffend ist, da solche Untersuchungen in der Regel nur von einem Arzt durchgeführt werden.

Der Hintergrund mit zwei weiteren Messgeräten, die einander identisch wirken, und einem PC-Bildschirm, auf dem offensichtlich ein Programm mit mehreren parallel zueinander verlaufenden Ein- oder Ausgabezeilen läuft, scheinen leicht verschwommen, so dass auch bei dieser Aufnahme davon auszugehen ist, dass ein Teleobjektiv eingesetzt wurde.³⁵⁸ Für die Aussage der Fotografie hat der Hintergrund dennoch einen wesentlichen Charakter, da er den Eindruck fortschrittlicher Technik der Szenerie noch verstärkt und gleichsam auf eine umfassende Ausstattung mit Medizintechnik hinweist.

Konzentriert man sich bei der Betrachtung auf die beiden Personen, so wirkt die Interaktion zwischen Arzt und Patient ruhiger und entspannter als die vorangegangenen Aufnahmen wie „Ein Fachgespräch unter Kollegen“ oder „Ärzte bei der Diagnostik“. Der von dieser Szene ausgehende Eindruck einer ruhigen und routinisierten Interaktion erinnert vielmehr an die Aufnahme „Krankenschwestern“, in welcher zwei Krankenschwestern ein Bett beziehen, auch wenn die Szenen bezüglich ihres Inhalts komplett differieren. Dieser Eindruck ist letztlich auf die Eindeutigkeit der Szene zurückzuführen, die im Gegensatz zu den anderen Szenerien kaum Raum für weitergehende Interpretationen oder Assoziationen lässt. Auch ist der dargestellte Inhalt eher alltäglich, da zu unterstellen ist, dass fast jeder Betrachter dieser Abbildung sich schon einmal einer augenärztlichen Untersuchung unterzogen hat oder diese zumindest im Fernsehen oder in einer Zeitschrift gesehen hat. Solche Untersuchungen sind nicht invasiv und für den Patienten in der Regel absolut schmerzfrei und gleichen damit eher einem alltäglichen Arztbesuch in einer ambulanten Praxis.³⁵⁹

³⁵⁸ Es wird allerdings nicht der Effekt erzielt, der bei dem Titelbild oder bei der Aufnahme „Ärzte bei der Diagnostik“ zu sehen ist. Vermutlich wurde die Szene demnach auch aus nächster Nähe fotografiert.

³⁵⁹ Ein alltäglicher Standardeingriff wie eine Blutentnahme birgt wohl mehr negative Assoziationen als diese Aufnahme einer augenärztlichen Untersuchung.

Trotz der hier im Bildaufbau eindeutig zugewiesenen Rollenverteilung – der Arzt bei der Diagnostik und der Patient an der Kinnstütze – wirkt die Aufnahme künstlich und die Beziehung der beiden Personen zueinander eher symmetrisch und weniger wie ein typisches Arzt-Patienten-Verhältnis. Vielmehr entsteht beim Betrachter der Eindruck, dass es sich bei den abgebildeten Personen um Personal des Klinikums handelt. Der „Patient“ wirkt in seiner Mimik nicht so, als würde er sich einer Untersuchung unterziehen und möglichst genau den für ihn nicht antizipierbaren Anweisungen des Arztes folgen, was eine gewisse Aufmerksamkeit oder Konzentration in seiner Mimik erwarten lassen sollte. Vielmehr wirkt er entspannt und routiniert. Insgesamt erweckt er damit den Eindruck, als wisse er genau, was er zu tun bzw. wie er zu wirken hat, um einen möglichst „authentischen“ Eindruck zu erwecken. Somit muss die Lesart eingeschlossen werden, dass auch der „Patient“ ein für diesen Fototermin abgestellter Mitarbeiter des Klinikums ist. Diese Lesart wird durch die augenscheinliche Gleichaltrigkeit der beiden Männer noch verstärkt.^{360 361}

Zusammenfassend repräsentiert diese Fotografie – ebenso wie die vorangegangenen Abbildungen – eine gestellt anmutende Momentaufnahme des Arbeitsalltags im Klinikum Niederrhein in der bereits bekannten „Schnappschuss-Ästhetik“. Sie hinterlässt im Vergleich zu den vorangegangenen Aufnahmen – nicht zuletzt durch ihren künstlichen Charakter – einen eher harmlosen und zurückhaltenden Eindruck beim Betrachter. Dennoch versucht die Aufnahme dabei nicht das Arzt-Patienten-Verhältnis aus dem Fokus zu verlieren, betont aber letztlich nur die apparative Ausstattung des Klinikums mit medizintechnischen Geräten.

³⁶⁰ Außerdem wirkt ein Polo-Shirt für eine ärztliche Untersuchung im Vergleich relativ leger. Auch heute ist es noch die Regel, dass Patienten versuchen, sich für einen Untersuchungstermin möglichst angemessen zu kleiden.

³⁶¹ Weiterhin ist die Abbildung von Patienten im Rahmen der Kommunikationspolitik von Krankenhäusern abhängig von deren Einverständniserklärung, die oftmals eher schwierig sein dürfte, da zu unterstellen gilt, dass Patienten sich in der Regel nicht freiwillig als Medium der Außendarstellung eines Krankenhauses zur Verfügung stellen und damit ihre persönliche Krankengeschichte der Öffentlichkeit preisgeben möchten. Der Umstand, dass in der Abbildung „Die Aufnahme“ eine wahrscheinlich echte Patientin zu sehen ist, ist bei diesem Motiv aus Datenschutzgründen weniger kritisch als das hier vorliegende Foto, da die Patientin aus großer Distanz aufgenommen wurde und ihr Gesicht nicht zu erkennen ist.

III.1.17 Die Lagebesprechung

Als nächste Fotografie erscheint wiederum eine Abbildung in „Schnappschuss“-Ästhetik, deren Sujet bereits bekannt ist und an die Aufnahmen „Ärzte bei der Diagnostik“ und „Fachgespräch unter Kollegen“ erinnert:



Abbildung III.1. 20: „Die Lagebesprechung“

Dargestellt sind drei Personen, die vom Fotografen aus einer unteren Position – eventuell einer Hockstellung – heraus aufgenommen wurden. Rechts steht ein Arzt, der mit einem zugeknöpften Kittel bekleidet ist, an dem an der Brusttasche ein Ansteckschild angebracht ist. In der Brusttasche steckt ein Kugelschreiber und in der Kitteltasche ein Pieper. Der Arzt hält in seinen Händen ein offensichtlich bedrucktes, doppelt gefaltetes Papierdokument, dessen

Mitte er mit seinen Augen genau fixiert und gleichzeitig über dessen Inhalt spricht.³⁶² Er wirkt konzentriert und rein an dem Inhalt des Schriftstücks bzw. seinem Sachzweck orientiert. Links stehen zwei Personen: eine weibliche und ein männliche Person. Die weibliche Person trägt einen dunkelgrünen OP-Kittel, OP-Haube und einen weißen Mundschutz, den sie entweder nach dem Tragen bereits abgesetzt oder noch nicht aufgesetzt hat. Diese Person ist eine Ärztin oder eine OP-Krankenschwester. Da ein OP-Kittel aber in der Regel die typische Bekleidung von operierenden Chirurgen ist, kann vermutet werden, dass es sich hierbei eher um eine Ärztin als um eine Krankenschwester handelt.³⁶³ Auch sie blickt gebannt auf das Dokument, kneift ein wenig die Lippen zusammen, was ihre konzentrierte Mimik noch verstärkt. Ihre Wangen wirken leicht gerötet und das Gesicht leicht verschwitzt, was darauf schließen lässt, dass sie die Maske während einer Operation getragen und nun abgesetzt hat. Damit deutet der Kontext der Szenerie aller Wahrscheinlichkeit nach auf eine Nachbesprechung einer Operation hin.³⁶⁴

Hinter ihr steht die männliche Person, die einen hellgrünen Kasack mit kurzen Ärmeln, eine OP-Haube und einen weißen Mundschutz trägt. Während der linke Arm herunterhängt, sind drei gekrümmte Finger der rechten Hand auf Schulterhöhe der Ärztin zu erkennen. Auch er schaut mit leicht zusammengekniffenen Augen auf das Dokument. Bedingt durch die Mimik der Augen und die erhobene Hand ist auch sein Gesamteindruck konzentriert und auf die Sache gerichtet. Ob es sich um einen OP-Pfleger oder einen Arzt handelt, ist hier kaum zu ermitteln. Allerdings erweckt der Kasack beim Betrachter eher die Konnotation, dass hier ein OP-Pfleger abgebildet wurde.

Der Hintergrund ist verschwommen: Lediglich eine weiße Wand, eine beige Wandverblendung – wie für eine Schiebetür – direkt unterhalb der Decke und ein gelbes Segment, das eine solche Schiebetür sein könnte, sind schemenhaft wahrnehmbar. Im Vordergrund ist ein grünliches Segment gerade noch zu erkennen, das eventuell ein OP-Tuch oder ein Kissen sein könnte. Genaues ist aber nicht zu erkennen.

³⁶² Die sorgsame, doppelte Faltung verleiht dem Papier einen offiziell wirkenden Charakter. Naheliegend ist hier, dass das Dokument für den Versand in einen Briefumschlag gefaltet wurde.

³⁶³ Mit letzter Sicherheit kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass es sich um eine Krankenschwester handelt, da auch OP-Krankenschwestern solche Kittel tragen können.

³⁶⁴ Der Umstand, dass hier Personal mit OP-Kleidung in einer offensichtlich unsterilen Räumlichkeit mit einem Arzt abgebildet ist, der seine alltägliche Berufsbekleidung trägt, wie sie auch für eine normale Visite typisch wäre, deutet ebenfalls darauf hin, dass die Operation bereits durchgeführt wurde und nicht bevorsteht.

Insgesamt stellt sich die Szenerie wie die vorangegangenen Aufnahmen mit dem Sujet von sozialer Praxis von Mitarbeitern des Klinikums Niederrhein dar: Die Momentaufnahme eines rein an der Sache orientierten und damit auf das Wohl des Patienten abzielenden Gesprächs aus einer schrägen, von unten kommenden Perspektive wird nun mit der Nachbesprechung einer Operation variiert. Das Dokument könnte ein OP-Bericht oder ein Schriftstück für die Weiterbehandlung des operierten Patienten sein. Bei dem Arzt im Kittel handelt es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um einen Oberarzt oder einen anderen leitenden Arzt. Dies erklärt sich nicht zuletzt daraus, dass er das Wort führt, quasi seine Beurteilung der Lage expliziert und die beiden anderen Personen zuhören bzw. konzentriert auf das Schriftstück blicken.

Trotz der Variation des Sujets um einen neuen Kontext verbleibt beim Betrachter der gleiche Eindruck, den er bereits mit den vorangegangenen Aufnahmen internalisiert hat: eine größtmögliche Sach- und Patientenorientierung des Klinikums, Teamwork und Gewissenhaftigkeit. Manieriert wirkt die Abbildung durch die unnatürlich wirkende Position des Fotografen, wodurch die angestrebte Authentizität der „Schnappschuss“-Darstellung gemindert wird.

III.1.18 Das Labor

Nun folgt in der bekannten „Schnappschuss“-Ästhetik die Fotografie eines Labors:



Abbildung III.1.21: „Das Labor“

Im Zentrum ist eine sehr verschwommene Person in einem weißen Kittel, Jeans oder blauer Hose und dunklen Schuhen nur schemenhaft zu erkennen. Aufgrund der Kleidung ist davon auszugehen, dass es sich um einen Mann handelt. Dieser schreitet in Richtung des rechten Bildrands und hat beide Unterarme vor sich gestreckt, so als würde er etwas vor sich her tragen. Was dies sein könnte, ist allerdings nicht ersichtlich.

Auf der rechten Seite des Raums steht ein PC-Bildschirm auf einem grauen Schreibtisch, auf dem ein grünes Quadrat verschwommen zu sehen ist – eventuell das Motiv eines Bildschirmschoners. Davor sind zwei Tastaturen und ein weißer Zettel zu erkennen. Vor den drei Fenstern stehen mehrere graue Apparatschränke – ebenso wie am Ende des Raums. Links davon stehen zwei Kanister aus hellem Kunststoff mit einer Flüssigkeit auf dem Boden.

Schaut man durch die Fenster, so sieht man die Fassade eines anderen Gebäudes oder Traktes. Davor parkt ein hellbeiger Transportwagen, dessen Hecktüren zu erkennen sind und der eventuell Krankentransport- oder Rettungswagen sein könnte. Wandert der Blick des Betrachters zum rechten Fenster, ist dort die Seite eines vermutlich weiteren Fahrzeugs zu sehen, auf dem in weißer Druckschrift „Feuerwehr“ steht. Darunter ist die Sequenz „Rettungsdienst“ zu lesen. Durch den Monitor unten abgeschnitten ist noch das Piktogramm eines Telefonhörers mit der allgemeinen Notrufnummer „112“ zu erblicken.

Insgesamt erweckt die Aufnahme beim Betrachter bedingt durch die Räumlichkeit einen eher nüchternen Eindruck. Die einzige Aktivität geht von der schreitenden Person aus. Der hohe Grad ihrer Unschärfe lässt sich durch eine überlange Belichtungszeit erklären, die für das menschliche Auge unnatürlich ist und so der Fotografie trotz des nüchternen Milieus eines Labors dennoch einen artifiziellen Charakter verleiht. Dieser Effekt bewirkt eine eigene Dynamik in der Abbildung und beschleunigt künstlich – gleichsam in einem assoziierten Zeitraffer – die Bewegung der Person und damit ihr Handeln in der Wahrnehmung des Betrachters. Die maximale Unschärfe hat darüber hinaus noch den Effekt, den Raum für Assoziationen des Rezipienten zu vergrößern: Da nicht erkennbar ist, was hier gerade genau passiert und was im Einzelnen das Ziel der Handlung ist, wird der Betrachter gleichsam aufgerufen, eigene Lesarten oder Geschichten zur Auflösung des Geschehens, das ja noch rätselhaft ist, zu bilden, wodurch in sich schon eine intensiviertere Auseinandersetzung mit dem Foto erforderlich und die Aufmerksamkeit des Rezipienten gebunden wird.

Letztlich lässt sich hier festhalten, dass der Fotograf einen Mitarbeiter, dessen individuelle Person nicht erkennbar ist und damit entpersonifiziert wurde, als Repräsentanten für das gesamte Personal des Klinikums mit der Kernbotschaft in Szene setzt, dass neben der Maxime einer konsequenten Sach- und Wertorientierung zum Wohl des Patienten auch eine rege Betriebsamkeit für das Klinikum Niederrhein charakteristisch ist. Überhöht wird die Aufnahme zusätzlich durch die Inszenierung dieses Motivs in einem Labor, das eher mit einer gewissenhaften als mit einer zügigen Arbeitsweise assoziiert werden kann.

III.1.19 Labor II – Das Mikroskop

An die rege Betriebsamkeit der Laborszenerie schließt sich nun eine Fotografie des gleichen Genres an, welche aber nun Ruhe und Akribie in den Vordergrund stellt:



Abbildung III.1.22: „Labor II – Das Mikroskop“

Das Motiv besticht durch seine Einfachheit: Eine ca. 50-jährige, weibliche Person mit kurzem, blondem Haar, die mit einem weißen Labor- oder Arztkittel und einem bräunlichen Wollrolli bekleidet ist, blickt mit leicht geneigtem Kopf in das schwarze Okular eines Mikroskops mit weißem Tubus.³⁶⁵ Vermutlich handelt es sich um ein Lichtmikroskop. Ihr

³⁶⁵ Hier kann nicht geklärt werden, ob es sich bei der Frau um eine Ärztin oder beispielsweise um eine Laborantin handelt. Für den Sinngehalt der Aufnahme ist dies offenbar aber auch nachrangig, da der Fotograf bei entsprechender Intention eindeutigere Hinweise auf den Berufsstand gegeben hätte.

Blick wirkt scharf und konzentriert. Dagegen ist der helle Hintergrund bis auf ein paar wenige Farbtönen komplett verschwommen.

Bedingt durch ihre Eindeutigkeit kann die Szene als eine Repräsentation für gewissenhafte und präzise Arbeit des Klinikums verstanden werden: Das Mikroskop steht per se für wissenschaftliche Analytik und ist hierfür schon ein klassisches Klischee. Auch der unkundige Betrachter versteht sofort den Bedeutungsinhalt dieser Aufnahme: Die Vergrößerung eines für das menschliche Auge unsichtbaren Untersuchungsmaterials mittels Technik.

Die „Schnappschuss-Technik“ evoziert – wie bei den anderen Aufnahmen – dabei einen größtmöglichen Eindruck von Sach- und Werteorientierung als handlungsleitende Maxime, die durch die suggerierte Authentizität sowie das Gefühl bekräftigt wird, als Betrachter gleichsam der Szene beizuwohnen. Insgesamt strahlt die Abbildung Ruhe und Sorgfalt aus und entschleunigt so die in der vorangegangenen Fotografie aufgebaute Dynamik.

III.1.20 Labortechnik

Nun folgt eine Detailaufnahme einer Apparatur:



Abbildung III.1.23: „Labortechnik“

Im Fokus steht eine schwarze Rotorscheibe mit konzentrischen Ringen, die aus kreisrunden und mit Kürzeln in weißer Druckschrift bezeichneten Einlässen gebildet sind und in denen teilweise zylinderförmige Behältnisse aus Glas und Metall mit Verschlusskappen aus durchsichtigem Kunststoff stecken. Am rechten Bildrand sind darüber hinaus auch noch zwei schwarze Zylinder zu erkennen. Die Nabe des Rotorblatts ist aus einem schwarzen und stumpf anmutenden Kunststoff gearbeitet. Links davon ist ein flaches, zylinderförmiges Element mit einem weißen Aufkleber und der handschriftlichen Kennzeichnung „26“ auf der Oberseite zu sehen.³⁶⁶

Dahinter ist ein ähnliches Element, welches allerdings blau ist; der auf seiner Oberseite noch gerade erkennbare Aufkleber weist eine rote Kennzeichnung auf. Dahinter ist ein zylinderförmiges Element aus schwarzem Gusseisen mit zwei kreisrunden Vertiefungen neben einem hellen Element zu sehen, das an seinen vertikalen Kanten abgerundet ist und dessen quaderförmige Form auf Metallfüßen steht. Insgesamt wirkt dieser Ausschnitt einer Apparatur wie eine Laborzentrifuge.

³⁶⁶ Ob es sich hierbei um eine Verschlusskappe oder um einen Regler handelt, kann auf Grund der fehlenden Kontur und der fast identischen Farbe zum Untergrund nicht mit letzter Sicherheit eruiert werden.

Auch auf diese Abbildung können die bereits in der Analyse der Aufnahmen mit dem Sujet „Medizintechnik“ herausgearbeiteten Ergebnisse angewendet werden: Die Abbildung von Labortechnik impliziert Präzision, naturwissenschaftliche Objektivität und Modernität bei Behandlung und Diagnostik.

Bestanden bislang die Szenerien in diesem Sujet aus Abbildungen, die das Personal des Klinikums bei der Arbeit unter Nutzung von Medizintechnik zeigten, so tritt nun zum ersten Mal eine Apparatur alleine in den Fokus. Auch wenn Komposition und Ausführung durchaus hochwertig anmuten, stellt diese Fotografie lediglich ein Stilleben eines technischen Motivs dar, das eher figurativen Charakter hat und es nicht vermag, über die konkrete Szenerie hinaus Assoziationen beim Betrachter zu erwecken. Schlussendlich wirkt die Aufnahme blass und hinterlässt beim Rezipienten den nüchternen Eindruck fotografischen Füllmaterials.

III.1.21 Beim Malen

Es schließt sich nun eine Fotografie an, die den Leser überrascht, da sie sich von den übrigen Aufnahmen vollkommen unterscheidet:



Abbildung III.1.24: „Beim Malen“

Im Fokus ist eine weibliche Person zu sehen, die gerade zum Betrachter seitlich abgewandt vor einem Bildträger steht und malt. Sie trägt ein apricotfarbenes, bräunliches Oberteil mit langen Ärmeln und hochstehendem Kragen, das aussieht wie ein legeres Sweatshirt, eine Uhr mit einem roten Armband. Die Person hat rot lackierte Fingernägel und trägt als Frisur einen Pagenschnitt mit ausrasiertem Nackenhaar. Trotz dieses markanten bzw. geradlinigen

Haarschnitts wirken die grau-blonden Haare ein wenig zerzaust und unfrisiert. Vom Gesicht sind nur die Kinn- und Backenpartie sowie das linke Ohr zwischen zwei Haarsträhnen zu sehen. Insgesamt mutet das Gesicht rundlich an, was durch den Pagenschnitt noch verstärkt wird. In Verbindung mit den breiten Oberarmen und dem fülligen Oberkörper erscheint ihre körperliche Konstitution pyknisch. Auf Grund der Perspektive fällt eine genauere Bestimmung des Alters schwer: Während Kopf und Oberkörper auf ein Alter von ungefähr 55 bis 65 Jahren hindeuten, legen die noch ziemlich faltenlosen Hände ein jüngeres Lebensalter nahe.

Mit der linken Hand hält sie ein weißes Taschentuch oder einen kleinen Lappen sowie zwischen Daumen und Zeigefinger ein kleines, rotes Behältnis aus Kunststoff, das ungefähr die Maße einer Verschlusskappe eines Reinigungsmittels aufweist und sich bei genauerer Betrachtung als ein Tablettenbecher für die Medikamentenausgabe in klinischen Einrichtungen entpuppt. Mit der rechten Hand führt sie einen kleinen, roten Pinsel, der in rote Farbe getaucht ist und wie ein Wasserfarbpinsel für Schul- oder Vorschulkinder aussieht, in Richtung des Bildträgers, welcher auf der Höhe des Brust- und Kopfbereichs der weiblichen Person angebracht ist und als „Staffelei“ fungiert.

Auf dem Bildträger ist das Motiv einer Blume mit gelben Blütenblättern, rot-braunem Stempel, grünem Stängel und zwei Stängelblättern vor einem blauen Hintergrund zu sehen. Auf zwei Blütenblättern – links und rechts oben – sind in einer uneinheitlichen Malweise jeweils noch Segmente in der rot-braunen Farbe des Stempels hinzugefügt worden: Links oben verläuft parallel zum Blatt ein längliches Element, und auf dem rechten Blütenblatt sind drei Striche schräg-vertikal in der oberen Hälfte angedeutet. Der Stängel der Blume endet abrupt im blauen Hintergrund, der ungleichmäßig in Streifen und teilweise um die Blume herum koloriert wurde, so dass dunklere und hellere Partien im Hintergrund entstehen.³⁶⁷ Dies deutet auf die Verwendung von einer Farbe auf Wasserbasis hin, da Öl- und Alkydfarben und selbst Acrylfarben beim ersten Auftrag eine sehr viel höhere Deckung erzielen. In Verbindung mit dem Wasserfarbpinsel ist hier davon auszugehen, dass es sich bei der Farbe um eine einfache und wasserlösliche Plakatfarbe handelt, da Aquarell- und Gouachefarben – unabhängig von der jeweiligen Pinselstärke – mit langstieligen und höherwertigen Pinseln

³⁶⁷ Um was es sich für eine Pflanze handelt kann auf Grund der undifferenzierten Malweise nicht bestimmt werden.

verwendet werden.³⁶⁸ Damit kann bereits an dieser Stelle der Schluss gezogen werden, dass das Bild nicht aus hochwertigen Malmaterialien entstanden ist.

Vielfach wurde die Blume mit der blauen Farbe für den Hintergrund übermalt. Dies ist besonders am linken Stängelblatt und an dem oberen und dem davon links gemalten Blütenblatt zu erkennen. Teilweise sind aber auch noch Areale um die Blüten- und Stängelblätter herum noch nicht bemalt, so dass partiell ein weißer Umrand entsteht.³⁶⁹ So weist dieser Sachverhalt auf das malerische Können der Person: Klare Abgrenzungen sowie homogene Farbverläufe sind unmöglich. Die Formgebung wirkt zittrig, suchend und motorisch unkoordiniert. Eine differenzierte Kolorierung durch das Mischen von Farben erfolgt nicht. Vielmehr wird hier auf die beiden Primärfarben Blau und Gelb sowie die Sekundärfarbe Grün – die Standardfarben eines Wasserfarbmalkastens – zurückgegriffen, um diese dominant in den Mittelpunkt zu rücken. Im Ganzen bewegt sich das Gemälde der Person auf dem Niveau eines Vorschulkindes. Zu beachten gilt dabei jedoch auch, dass bereits ab dem fünften Lebensjahr Kinder entweder eine Bodenlinie einziehen oder den unteren Bildrand als solche nutzen.³⁷⁰ Beides ist hier nicht erfolgt: Die Blume schwebt gleichsam im blauen Umraum, hat keinen Bezug zum Boden wirkt und somit innerhalb des blauen Hintergrunds isoliert. Auch die prinzipiell mögliche Lesart der Intention zu einer ornamentalen Darstellung einer Blume, wie z.B. bei der Serie „Flowers“ des US-amerikanischen Künstlers Andy Warhol, scheidet bereits im Vorfeld aus, da dann der Einbezug des Pflanzenstängels und der damit zugleich assoziierte, jedoch ausbleibende Boden entsprechend widersinnig wäre.³⁷¹ Letztlich erscheint das Bild für das Alter der Person bei einem entsprechenden Entwicklungsniveau – selbst bei fehlender Übung – ungekonnt und in Bezug sowohl auf die visuelle Wahrnehmung als auch auf das räumliche Vorstellungsvermögen sowie auf die koordinative Umsetzung tendenziell pathologisch. Damit

³⁶⁸ Zusätzlich wird die Farbe aus dem roten Behältnis auf den Pinsel aufgetragen, was auf eine etwas dickflüssige Farbe schließen lässt, die aus einer Tube in das Behältnis gegossen wurde. Dadurch scheiden Aquarellfarben bereits durch ihre andere Verarbeitungsweise aus.

³⁶⁹ Damit kann auf einen ursprünglich weißen Untergrund und höchstwahrscheinlich auf einen Malgrund aus Papier geschlossen werden. Dass es sich hier aller Wahrscheinlichkeit nicht um eine Leinwand handelt, leitet sich aus der Verwendung von wahrscheinlich wasserlöslicher Plakatfarbe ab, welche für Leinwände ungeeignet ist. Weiterhin wirkt die Oberfläche des Bildträgers glatt und ohne Struktur, was das Vorliegen einer Leinwand gänzlich unwahrscheinlich macht.

³⁷⁰ Vgl. Strauss 1983: 71-72

³⁷¹ In der aus dem Jahr 1970 stammenden Serie „Flowers“ von Andy Warhol sind ebenfalls in unterschiedlichen Farbvariationen nur die Blütenblätter und das darunter liegende Gras aus einer Frontalperspektive von oben dargestellt. Vgl. Osterwold 1989: 180 f.

lässt sich ein Schluss auf die Person selbst ziehen: Es handelt sich um eine Patientin des Klinikums.³⁷²

Um das Bild herum ist blaue Kunststofffolie, wie sie für Abfallsäcke verwendet wird, auf einen rechteckigen Untergrund faltig angebracht. Auf der oberen Seite und auf mittlerer Höhe links ist zu erkennen, dass zwei Folienschichten einander überlappen und somit mehrere Folienstücke für die Abdeckung auf den Untergrund geheftet wurden. Da die Folie leicht transparent ist, kann man erkennen, dass es sich bei dem Untergrund nicht um eine Staffelei handeln kann, da der Betrachter sonst die hierfür typischen Quer- und Längshölzer sehen könnte.³⁷³ Vielmehr erscheint der Untergrund homogen und durchgehend, so dass vermutet werden muss, dass der Untergrund aus einer massiven Platte besteht. In ihrer Gesamterscheinung wirkt die „Staffelei“ lieblos improvisiert, trist und erweckt beim Betrachter den Eindruck, dass sie lediglich die Funktion hat, das gesamte übrige Interieur vor möglichen Farbspritzern und Flecken zu schützen.³⁷⁴ Durch dieses unambitionierte, allein auf Reinlichkeit und Ordnung abzielende Provisorium tritt der eigentliche Sinn des Malens, über schöpferisches Tun – unabhängig vom Niveau des Bildproduzenten – ästhetische Erfahrung zu ermöglichen, in den Hintergrund bzw. wird von vornherein unmöglich gemacht. Der Schutz des Interieurs wird dementsprechend zum leitenden Handlungsmoment und nicht die Ermöglichung ästhetischer Erfahrung durch Malerei. Darüber hinaus impliziert die Art und Weise der Verkleidung mit Schutzfolie den Umstand, dass dem Bild bzw. der Erfahrung, die von der Patientin beim Malprozess potentiell gemacht werden könnte, ex ante keinerlei Wert beigemessen wird.

Blickt man in den Hintergrund, so ist links von der „Staffelei“ eine weitere weibliche Person zu sehen. Auch sie ist offenbar eine Patientin und sitzt zum Betrachter mit der seitlichen Rückenpartie abgewandt auf einem hellbraunen Stuhl mit Lehne an einem Tisch. Das kurze Haar mit einem breiten Mittelscheitel ist dunkelbraun. Bekleidet ist sie mit einer schwarzgrünen Weste und einem hellblauen Oberteil mit langen Ärmeln. Um ihren Hals ist eine weiße Armschlinge gelegt, die eine Orthese oder eine Schiene am linken Unterarm umfasst und diesen ruhig stellt. Der linke Unterarm liegt auf der Stuhllehne auf, über die der seitliche Teil der Weste – wahrscheinlich zur Polsterung des Unterarms – geworfen ist. Mit der rechten

³⁷² Eine Bewohnerin der in der Einleitung genannten Seniorenheime scheidet auf Grund der Schätzung der Alters von ungefähr 55 bis 65 Jahren aus, und die Zugehörigkeit zum Personal erübrigt sich ebenfalls.

³⁷³ Ein Querholz als Auflage für den Bildträger fehlt überdies.

³⁷⁴ Ein ausreichender Raum für eine angemessene Bildgestaltung ist hiermit bereits unmöglich.

Hand hält sie einen blauen oder grünen Stift, mit dem sie gerade anscheinend auf einem hellen Grund zeichnet. Die Sitzhaltung der Patientin wirkt nach links gekrümmt und damit krankengymnastisch nicht indiziert, wodurch ihr Gesamtbild krank, verletzlich und letztlich unversorgt erscheint.

Außer einem bläulichen Element hinter ihrer rechten Schulter und einem aufgeklappten Aktenordner sind weitere Details auf dem Tisch nicht zu erkennen. Im weiteren Hintergrund ist ein Fenster, das von einer Gardine und links von einem beigeen Vorhang aus einem schweren Stoff verdeckt ist. An der Decke hängt ein Mobilee in Form einer Wolke mit einem Gesicht mit zusammengekniffenen Augen und dicken Backen, welches einen Windstoss symbolisiert. Darunter hängen an Fäden drei dreieckige Elemente in unterschiedlichen Farben, die kleine Fallschirme darstellen könnten.³⁷⁵ An der Decke sind mehrere Glühlampen in einfachen goldfarbenen Fassungen aus Metall angebracht, wie sie in den 1970er Jahren modern waren. Rechts neben der Patientin im Vordergrund ist ein weiteres Fenster, das ebenfalls von einer Gardine verdeckt wird. Im Ganzen hat der Raum einen tristen, funktionalen Charakter und könnte ein typischer Aufenthaltsraum eines Krankenhauses sein.

Zusammenfassend lassen sich über den Kontext der Szenerie folgende Schlüsse ziehen: Es sind zwei Patientinnen, die in ihrer physischen Konstitution und ihrem allgemeinen Erscheinungsbild reduziert wirken, beim Malen bzw. Zeichnen abgebildet. Personal des Klinikums ist nicht zu sehen. Dennoch ist davon auszugehen, dass die „Staffelei“ von Mitarbeitern des Klinikums präpariert wurde. Malerei und Zeichnung sind bzw. können typische Elemente in der kunsttherapeutischen oder psychologisch-psychiatrischen Behandlung von Patienten sein. Eventuell ist das bildnerische Gestalten auch über den konkreten therapeutischen Zweck hinaus als zusätzliches Angebot in Psychiatrien oder anderen klinischen Einrichtungen mit Schwerpunkten wie Neurologie, Psychotherapie oder Psychosomatik denkbar. Die Lesart einer kunsttherapeutischen Behandlung scheidet aber bereits in diesem Fall ex ante aus, da es für eine sinnvolle kunsttherapeutische Betreuung einer entsprechenden Räumlichkeit bedarf. In der Regel wird diese Therapieform in Ateliers mit viel Tageslicht und einem entsprechenden Ambiente für die Auseinandersetzung mit den bildnerischen Aufgabestellungen vollzogen. Hier ist die Beleuchtung künstlich, dennoch ist

³⁷⁵ Auch wenn unterstellt werden muss, dass das Mobilee zum Zweck der Verschönerung des Raums aufgehängt wurde, wirkt es auf Grund des kindlich-naiven Motivs – wenn überhaupt – eher für einen pädiatrischen Bereich passend. Auf jeden Fall ist es unpassend für eine Räumlichkeit, in der sich erwachsene Personen aufhalten. Damit verkehrt eine solche Dekoration ihren ursprünglichen Zweck ins Gegenteil; sie wirkt vielmehr entwürdigend, da der Patient nicht als erwachsene Person, sondern als Kind behandelt wird.

aber Tageslicht durch die Fenster zu sehen, die aber mit Gardinen verhängt sind. Weiterhin mutet die „Staffelei“ provisorisch und letztendlich für ein freies Gestalten unter therapeutischen Gesichtspunkten nicht angemessen an.³⁷⁶ Außerdem gilt zu vermuten, dass bei der Intention des Fotografen, eine therapeutische Behandlung abbilden zu wollen, ein Therapeut mit in das Motiv aufgenommen würde. Somit wirkt die Lesart einer kunsttherapeutischen Behandlung unwahrscheinlich. Gleiches gilt für eine psychologisch-psychiatrische Behandlung, da auch hier der Therapeut konstitutiv für die Szenerie wäre. Letztlich verbleibt damit nur noch die Lesart, dass zwei Patienten in einer psychiatrischen oder einer schwerpunktmäßig psychotherapeutischen Einrichtung des Klinikums bei einer Praxis abgebildet wurden, die nicht im engeren Sinne zum therapeutischen Angebot gehört. Diese Lesart wird durch die gegenüber dieser Abbildung sehr viel professionelleren Aufnahmen der „Schnappschuss“-Serie des Klinikpersonals unterstützt. Auch wenn es sich hier wiederum um eine Momentaufnahme handelt, ist die Szenerie laienhaft fotografiert und kann nicht Produkt desjenigen Fotografen sein, der die „Schnappschuss“-Serie umgesetzt hat.³⁷⁷ Viel wahrscheinlicher ist es, dass diese Fotografie von einem Mitarbeiter des Klinikums stammt, der zu diesem Zeitpunkt gerade Dienst hatte und auch die „Staffelei“ improvisiert hat.

Insgesamt stellt diese Aufnahme den bislang größten Bruch zu der Ästhetik des dominierenden Sujets dar: Erstens ruft die Szene beim Betrachter den Eindruck eines entwürdigenden Umgangs mit den Patienten des Klinikums hervor: Es wird der abgebildeten Patientin und ihrem Tun keine Wertschätzung entgegengebracht; vielmehr schützt man das Interieur mit Folie, das eine sehr viel höhere Priorität als der Prozess des Malens selbst zu haben scheint.³⁷⁸ ³⁷⁹ Dies steht aber in einem direkten Widerspruch zu der propagierten Wertorientierung und dem christlichen Leitbild des Klinikums, das sich mit dieser Fotografie nicht als selbstgewähltes Ideal, sondern als künstlich kreierte Image entpuppt.

³⁷⁶ Wollte man hier eine kunsttherapeutische Behandlung unterstellen, so müsste man an der Professionalität des Therapeuten, ein solches Ambiente seinen Patienten anzubieten, zweifeln. Weiterhin schließen die rudimentären Malutensilien und die „Staffelei“ eine kunsttherapeutische Behandlung auf professionellem Niveau von vornherein aus.

³⁷⁷ Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auch anzunehmen, dass ein professionell ausgebildeter Kunsttherapeut die mangelnde Qualität einer solchen Aufnahme erkennen würde und dies nicht als sein eigenes Werk veröffentlichen wollte.

³⁷⁸ In einem solchen Fall wäre es aus Respekt dem Patienten gegenüber sinnvoller, solche Angebote zu unterlassen.

³⁷⁹ Von der laienhaften Umsetzung her korrespondiert diese Aufnahme mit den drei Abbildungen der Klinikgebäude und des Patientenführersprechers; mit seinem Motiv ist es aber die für das Image des Klinikums kontraproduktivste Aufnahme.

Ein weiterer Schluss drängt sich damit einhergehend auf: War die bislang diesen Qualitätsbericht dominierende „Schnappschuss“-Ästhetik von einem artifiziellen Charakter der Praxis professionellen Marketings, so verkehrt die Fotografie die Marketingziele des Klinikums an dieser Stelle nun ins Gegenteil um und hinterlässt einen für den Betrachter abschreckenden Eindruck.³⁸⁰ Bedingt durch den Umstand, dass es sich bei dem Qualitätsbericht um ein ediertes und intentional gestaltetes Medium der Kommunikationspolitik handelt, das von der Leitungsebene zur öffentlichen Verbreitung autorisiert wurde, muss davon ausgegangen werden, dass auch diese Fotografie, die eher ein Negativimage des Klinikums erzeugt, als gestalterisches Element für den Qualitätsbericht für die Außendarstellung entsprechend befunden und deshalb ausgewählt wurde. Somit scheidet für die Gestaltung des Qualitätsberichts eine professionelle Marketingagentur aus, da unter einer professionellen Leitung solch eine Aufnahme keine Berücksichtigung gefunden hätte. Vielmehr ist in diesem Zusammenhang zu subsumieren, dass einzelne Aufnahmen von einem professionellen Fotografen stammen, der eigens hierfür beauftragt wurde, dagegen andere bereits als laienhaftes Fotomaterial vorlagen oder für den Qualitätsbericht erst angefertigt wurden.³⁸¹ Die Urheberschaft dieser Fotos liegt damit aller Wahrscheinlichkeit nach bei Mitarbeitern des Klinikums. Gänzlich sicher ist aber, dass die Endredaktion des vorliegenden Qualitätsberichts beim Klinikum lag und die Mängel bezüglich der Imagebildung, die durch die laienhaften Aufnahmen entstanden sind, nicht erkannt wurden. Letztlich belegt dieser Umstand, dass das Klinikum Niederrhein die Absicht verfolgt, den Qualitätsbericht als Medium für seine Imagebildung im Rahmen der Kommunikationspolitik zu nutzen, aber nicht dazu im Stande ist, eine stringente und konsequente Marketingstrategie umzusetzen.

³⁸⁰ Wenn auch die intendierte Wirkung verfehlt wird, handelt es sich allerdings bei der vorliegenden Aufnahme um einen echten „Schnappschuss“ und damit um ein urwüchsiges Protokoll, das als authentisch zu verstehen ist. Dieser Umstand bewirkt einen für die Selbstdarstellungsabsichten des Klinikums kontraproduktiven Effekt, da die realen Zustände von den inszenierten Motiven hierdurch wohl mitunter eklatant abzuweichen scheinen. Das Missverhältnis zwischen suggerierter Authentizität der professionellen Aufnahmen und der wahren Authentizität dieses „Schnappschusses“ führt damit die Kommunikationsstrategie ad absurdum und ist in sich ein Beleg für die Krise des Klinikums.

³⁸¹ Dass unterschiedliche Mitarbeiter des Klinikums – z.B. ein ambitionierter Hobbyfotograf und ein Laie – die Fotografien angefertigt haben, scheidet als Lesart aus, da anzunehmen gilt, dass entweder der kompetentere Fotograf mit dieser Aufgabe betraut worden wäre, oder dieser spätestens bei oder nach der Endredaktion Einsicht in den Qualitätsbericht genommen und auf Grund seiner Kompetenz die Redakteure auf die Heterogenität bezüglich der visuellen Gestaltung hingewiesen hätte.

III.1.22 Das Stationszimmer

Nun folgt eine wiederum höherwertige Aufnahme des bereits bekannten Sujets „Mensch und Technik“:



Abbildung III.1.25: „Das Stationszimmer“

Ein heller Flachbildschirm auf einem Funktionsmöbel mit hellbrauner Tischplatte bestimmt das Zentrum dieser Fotografie. Auf dem Monitor sind vor einer türkisen Benutzeroberfläche in schwarzen Menüfenstern farbige Verlaufskurven mit spitzen Amplituden und den dazugehörigen Zahlenwerten abgebildet. Hierbei handelt es sich offensichtlich um unterschiedliche Vitalparameter. Oben sind diverse Icons für weitere Anwendungen zu sehen. Am unteren Rand der Benutzeroberfläche ist eine Leiste, auf der mittig „Siemens“ steht. Bereits an dieser Stelle lässt sich schließen, dass es sich hierbei um eine Monitoring-Software für den klinischen Bereich des Herstellers Siemens handelt. Vor dem Monitor liegt ein gelbes Papierdokument mit einem weißen Aufkleber. Rechts davon liegt ein Löffel aus Metall vor

einer grauen Tupperbox mit schwarzem Plastikdeckel.³⁸² Hinter dem Fuß des Monitors liegt eine graue Fernbedienung mit einem schwarzen Tastenfeld. Links steht eine Ablagebox für Dokumente mit Schubfächern, auf denen rote Aufkleber angebracht sind. Halb verdeckt wird die Ablagebox von einer unscharf abgebildeten Person, deren Profil vom Bildausschnitt nicht mehr erfasst wird. Lediglich die Nacken- und Schulterpartie, der hintere Teil der Backen mit dem linken Ohr und das dunkle, kurze Haar sind zu erkennen. Trotz der Unschärfe und des kleinen Ausschnitts erscheint die Person weiblich und leicht adipös. Bekleidet ist sie mit einem blauen Oberteil, das aller Wahrscheinlichkeit nach ein Kasack ist. In Verbindung mit der Monitoring-Software drängt sich hier die Schlussfolgerung auf, dass es sich um eine Krankenschwester in einem Stationszimmer handelt. Der Hintergrund ist durch zwei Fenster ausgefüllt, die durch einen Eckfeiler voneinander getrennt sind. Die Lichtreflexe auf dem linken Fenster verhindern, dass der Betrachter die verschwommenen Details dahinter erfassen kann. Durch das rechte Fenster ist aber unscharf ein Patientenzimmer zu erkennen. Hier steht ein Bett, in dem Konturen eines Patienten – wenn auch nur schemenhaft – wahrgenommen werden können. Über dem Bett ist ein Bettgalgen mit einer triangelförmigen Aufrichthilfe angebracht und links davon hängt ein Monitor an der Wand.

Diese Aufnahme kehrt nun wieder zurück zu den professionellen „Schnappschuss“-Fotografien. Auch das Sujet ist dem Betrachter vertraut. Als Kernaussage verbleibt hier, dass die Patienten des Klinikums mit moderner Medizintechnik versorgt werden. Das Monitoring verspricht dabei dem Betrachter, dass der gesamte Behandlungsverlauf des Patienten minutiös überwacht wird, selbst geringe Abweichungen von der Norm sofort erkannt und die entsprechenden Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. Die Abbildung von Medizintechnik ist somit als Komplement zum Gebrauchswertversprechen der humanistischen Werteorientierung im Umgang mit dem Patienten zu verstehen. Auch wenn die Krankenschwester sich vom Monitor abwendet, so erfüllt ihre Anwesenheit doch den Zweck eines Gebrauchswertversprechens auf Zuwendung und Präsenz des Personals und implementiert dieses quasi als ein weiteres zentrales Element direkt in die Abbildung. Ihre sich abwendende Körperhaltung, die eine andere Tätigkeit impliziert, erhöht dabei die Dynamik der Szenerie und verstärkt die Flüchtigkeit der Momentaufnahme und damit den suggestiven Eindruck von Authentizität. Bildet der Betrachter eine visuelle Achse zwischen der Krankenschwester und der Tupperbox und des davor liegenden Löffels, so kann durchaus die Assoziation entstehen, dass es sich

³⁸² Durch die Parallelität zwischen der unteren Kante des Monitors und des Löffels und seiner Laffe, die exakt bis zum rechten Bildausschnitt reicht, wirken Löffel und Tupperbox als Gestaltungselement künstlich drapiert.

hierbei um ihren Imbiss zwischen einzelnen Arbeitstätigkeiten handelt.³⁸³ Das schließt die Vermutung mit ein, dass die Krankenschwester sich nicht für eine Pause von ihrem Arbeitsplatz entfernen wird, also den durch die Verlaufskurven des Monitors repräsentierten Patienten alleine lässt, sondern permanent – als Garant für eine lückenlose Betreuung – präsent sein wird. Hierdurch wird der Aufnahme ein Charakter der Dauerhaftigkeit und Verlässlichkeit verliehen. Folgt man dieser Lesart, so vermischen sich damit die beiden Gebrauchswertversprechen „Werteorientierung“ und „moderne Medizintechnik“ stärker als in den vorangegangenen Aufnahmen der jeweiligen Sujets. Im Gesamteindruck transportiert aber auch diese artifiziell überhöht und trotz ihrer Flüchtigkeit gestellt wirkende Aufnahme die Botschaft einer apparativen Ausstattung des Klinikums auf höchstem Niveau.

³⁸³ Die Lesart, dass es sich um Patientennahrung handelt, erscheint unwahrscheinlich, da das Essen für die Patienten auf der Station, die nicht im Speisesaal essen können, zentral von der Krankenhausküche in mehrstöckigen Essenswagen auf die Stationen geliefert wird. Auch die Lesart, dass es sich hier um ein Gericht handelt, das von einem Patienten nicht gegessen wurde und später noch einmal serviert werden soll, wirkt unwahrscheinlich, da dies eher auf einem dafür vorgesehenen Tablett im Stationszimmer abgestellt würde als auf einer Tischplatte, auf der noch gearbeitet werden muss.

III.1.23 Arzt am C-Bogen

Es schließt sich ein weiteres Bild mit Medizintechnik an:



Abbildung III.1.26: „Arzt am C-Bogen“

Ein Arzt mit weißem Kittel steht vor einer Liege mit einer Bedienkonsole, Infusionsstativ und einem Display. Offenbar nimmt er die Einstellung eines bestimmten Modus vor. Hinter ihm steht ein C-Bogen und frontal gegenüber vier an ein Stativ angebrachte Monitore. Sofort erinnert diese Szene auf Grund der übereinstimmenden Apparate an die beiden Aufnahmen „Mensch und Technik – Apparatemedizin“.³⁸⁴ Lediglich kleine Unterschiede stechen hervor:

³⁸⁴ Daher wird gemäß dem Gebot der Sparsamkeit keine extensive Feinanalyse im Folgenden durchgeführt, da bereits an dieser Stelle durch die große Ähnlichkeit der Motivelemente einerseits und der Zugehörigkeit zum Sujet „Medizintechnik“ andererseits nicht zu erwarten ist, dass hieraus weiterführende Ergebnisse generiert werden können.

Bedingt durch die hellere, kältere Beleuchtung einer Lichtquelle unter der Decke wirkt der Raum verändert. Es könnte es sich also entweder um denselben Raum mit einer anderen Lichtquelle oder um einen weiteren Raum mit einer ähnlichen Ausstattung handeln.³⁸⁵ Der Umstand, dass hier aber nur vier Monitore, die passgenau in das Stativ eingehängt sind, zu sehen sind, deutet daher eher auf eine andere Räumlichkeit.

Der Arzt ist alleine, ohne einen Patienten abgebildet. Es ist auch kein Hinweis darauf zu finden, dass seine Tätigkeit in einem direkten Zusammenhang mit einem Patienten steht.³⁸⁶ Seine Bekleidung entspricht der normalen Berufskleidung des Stationsalltags. Er wirkt ruhig und fixiert mit seinem Blick das Display, so dass beim Betrachter der Eindruck entsteht, er prüfe einen Systemzustand der Apparatur oder ihre Funktionstüchtigkeit. Die Momentaufnahme strahlt eine gewisse Routine und Gelassenheit, gleichzeitig aber auch einen gewissenhaften Charakter aus und repräsentiert wiederum das Gebrauchswertversprechen auf die Sachorientierung des Klinikpersonals. Dennoch erzählt diese Szenerie aber keine Geschichte oder weckt beim Betrachter weiterführende Assoziationen: Dem Rezipienten wird die gesamte Szene offenbart; sie bietet keine Brüche oder Irritationen bei der Betrachtung, so dass auch keine Projektionsfläche für eine tiefere Auseinandersetzung oder für mögliche Spekulationen über den weiteren Hergang des Geschehens offeriert wird.³⁸⁷ Fototechnisch ist hier zudem zu konstatieren, dass trotz der „Schnappschuss“-Ästhetik keine Unschärfe außerhalb des Fokus der Aufnahme zu sehen ist, wodurch der Szenerie im Vergleich zu den anderen Momentaufnahmen weniger Spannung verliehen wird. Insgesamt fällt sie gegen die Mehrzahl der vorangegangenen Aufnahmen ab und erweckt den Eindruck, an dieser doch nun fortgeschrittenen Stelle des Qualitätsberichts eine Ersatzfunktion in Ermangelung besseren Fotomaterials mit mehr Projektionsfläche für den Betrachter zu übernehmen und das Sujet „Sachorientierung“ nur noch einmal zu wiederholen.

³⁸⁵ Denkbar ist, dass bei einem Eingriff – wie der zuvor dargestellten Herzkatheteruntersuchung – andere Lichtverhältnisse zur verbesserten Darstellung der Herzkranzgefäße auf den Monitoren herrschen müssen, wodurch sich das spärliche, wärmere Licht in den beiden vorangegangenen Aufnahmen erklären würde.

³⁸⁶ Dieser Umstand unterscheidet die dargestellte Szene – trotz der ähnlichen Apparaturen – jedoch maßgeblich von den Aufnahmen „Mensch und Technik – Apparatemedizin“.

³⁸⁷ Ein Grund für die geringe Wirkung auf den Betrachter kann in dem Umstand liegen, dass der Handlungszusammenhang ohne einen Patienten wiedergegeben ist, wodurch die Szene einerseits gestellt wirkt und andererseits keine Tiefe erlangt.

III.1.24 Mensch und Technik – Apparatedizin 3

Als nächste Aufnahme folgt ein Foto, das bezüglich des Formats in einem länglichen Ausschnitt zwar eine Variation darstellt, dessen Szene aber dennoch bekannt ist:



Abbildung III.1.27: „Mensch und Technik – Apparatedizin 3“

Bei dieser Aufnahme ist sofort klar, dass es sich um eine weitere Variante ein und desselben Motivs „Mensch und Technik – Apparatedizin“ handelt, das bereits zweimal zuvor dargestellt wurde: eine Herzkatheteruntersuchung. Wie die zweite Variante ist die Szene im Viertelprofil fotografiert worden. Auch hier wurde erneut eine lange Belichtungszeit zur Erhöhung der Dynamik des Geschehens und zur Betonung der Sachorientierung im Handeln verwendet.

Das längliche Format, bei dem das Kopfprofil der linken Person zur Hälfte abgeschnitten ist, hat einen für Werbezwecke höheren ästhetischen Effekt, als Aufnahmen, die den kompletten Oberkörper der abgebildeten Personen zeigen, da durch die Darstellung von Details oder Ausschnitten der Raum für Assoziationen des Betrachters vergrößert wird: Die Person betritt – quasi wie bei einem Bühnenauftritt – von links kommend den hier dargebotenen Ausschnitt der Szenerie. Beim Rezipienten könnte dabei die Frage aufkommen: Was hat die Person gerade gemacht? Was wird sie gleich tun? Damit wird auch die Dramaturgie der Szene zusätzlich erhöht.³⁸⁸

³⁸⁸ Gleiches bewirkt die fototechnisch erzeugte Unschärfe in der Kontur der Person und sorgt so für eine Artifizialität der Aufnahme. Insgesamt erinnert die Abbildung durch die hohe Unschärfe an die Aufnahme „Das Labor“.

Insgesamt bietet diese Abbildung aber trotz der Variation mit einem länglichen Format, das die bekannte Szene nur ausschnittsweise wiedergibt, keine neuen Informationen oder Eindrücke, welche die Aufmerksamkeit des Betrachters steigern könnten. Durch die nun dritte Variation des gleichen Themas entsteht vielmehr der Eindruck fotografischen Füllmaterials und eines kreativen oder konzeptionellen Unvermögens, sich mit einer solch begrenzten Anzahl von Motiven bei einem Klinikum dieser Größe mit mehreren Standorten, was allein schon eine prinzipielle Motivvielfalt impliziert, zu begnügen. Denkbar wären in diesem Zusammenhang u.a. Patientenzimmer, Foyers, ein Chefarzt bei der Visite, Dialysegeräte, andere medizintechnische Großapparate wie ein Kernspintomograph oder beispielsweise ein Herzschrittmacherlabor etc.

Auch wenn diese Aufnahme wiederum in der Ausführung durch einen professionellen Duktus geprägt ist, so verbleibt ein gewisses Unverständnis darüber zurück, warum hier nun ein Motiv, das vermutlich auch nur während eines Aufnahmetermins zustande kam, in drei Variationen durchdekliniert wird. Schlussendlich handelt es sich hierbei um einen Ausdruck unambitionierten und ungekonnten Gestaltungsvermögens der Redakteure dieses Qualitätsberichts und einen Beleg dafür, dass der vorliegende Bericht zwar den Anspruch verfolgt, mittels einer artifiziellen Gestaltung ein positives Image zu erzeugen und somit Werbung für das Klinikum als Ausdruck seiner Kommunikationspolitik zu betreiben, diesem aber in der Umsetzung nicht gerecht wird.

III.1.25 Technik – CT-Aufnahme

Es schließt sich eine Fotografie an, die nach der Aufnahme „Labortechnik“ nun zum zweiten Mal ein rein technisches Motiv ohne Personen zeigt:

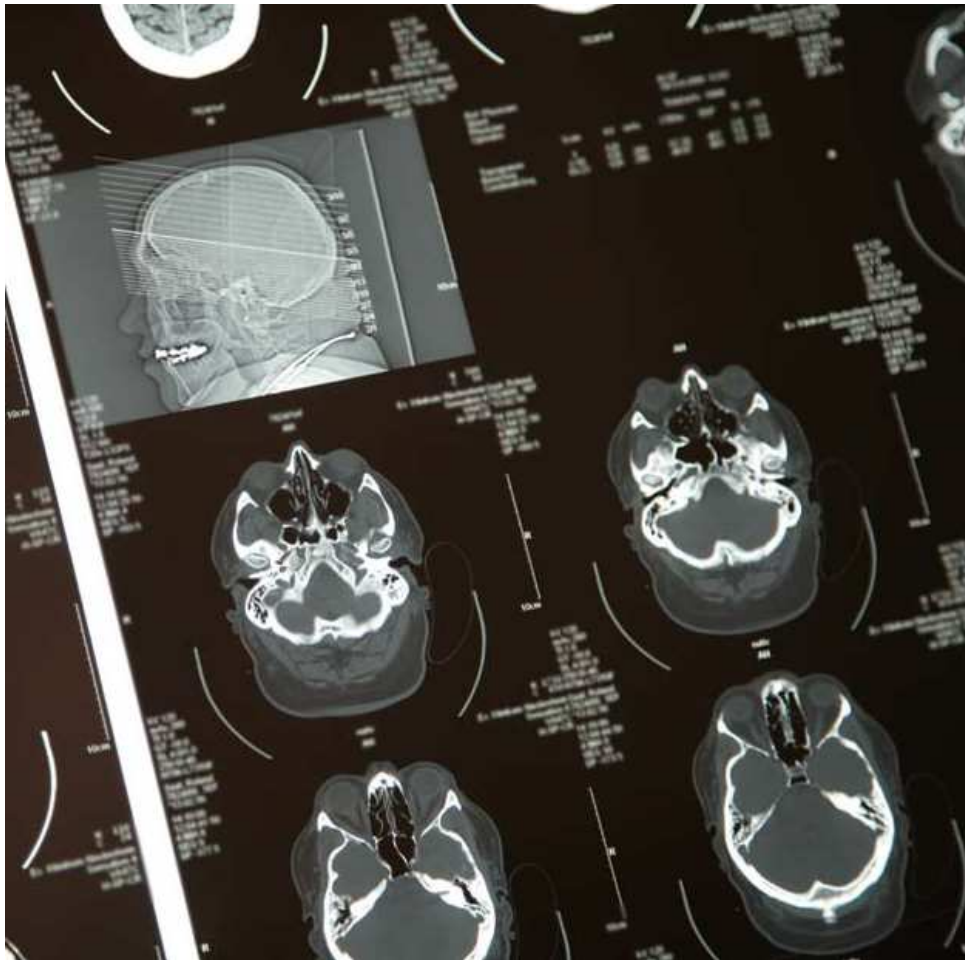


Abbildung III.1.28: „Technik – CT-Aufnahme“

Dargestellt ist eine radiologische Aufnahme von verschiedenen Schnittbildern eines Schädels sowie eines Kopfprofils mit schwarzem Hintergrund und weißen Gewebestrukturen. Dazwischen sind diverse Textsequenzen und Positionslinien zu sehen.³⁸⁹ Ober- und Unterkiefer und die Schädelkalotte sind hell und gut sichtbar abgebildet. Im Gegensatz zum knöchernen Gewebe sind dagegen die äußeren, weichen Gewebeschichten wie Kopfhaut, Nase, Lippen und Kinn in dunklen Grauwerten wiedergegeben. Bedingt durch die

³⁸⁹ Die Sequenzen sind so klein und unscharf, dass sie nicht mehr entziffert werden können.

Hervorhebung des Knochengewebes und die hier verwendete Schnitttechnik ist auf das bildgebende Verfahren der Computertomographie zu schließen.³⁹⁰

Auffällig ist bei dieser Aufnahme, dass nun zum zweiten Mal in der graphischen Gestaltung des Qualitätsberichts ein Motiv dargeboten wird, das rein technischer Natur ist und ohne eine menschliche Person auskommt. Die Fokussierung auf eine schnittbildgebende Technik, bei der eine Vielzahl von Röntgenaufnahmen die rechnerbasierte 3-D-Rekonstruktion von Gewebe ermöglicht und somit zu den bis heute avanciertesten Methoden in der Diagnostik zu zählen ist, hat dabei folgenden Effekt: Die Darstellung von Strukturen des Gewebes hat einen auf das konkrete Detail reduzierten, nüchternen und rein deskriptiven Charakter. Eine ontologische Wahrnehmung des Patienten als ganze Person weicht der Analyse seiner Körperlichkeit bzw. seiner materiellen Konstitution. Technik ermöglicht dabei Einblicke, die allein mit dem menschlichen Auge unmöglich wären. Somit ist Technik nichts anderes als Materialbeherrschung.³⁹¹ Hier wird der Körper des Patienten als „Material“ wahrgenommen, welches zum Gegenstand des technischen Verfahrens wird und durch dieses offenbar prinzipiell beherrschbar scheint.

Weiterhin wirkt eine solche Aufnahme für den der Radiologie unkundigen Betrachter wie ein Bruch mit seinen alltäglichen Sehgewohnheiten, da er etwas betrachten kann, was ihm ohne Technik verwehrt bliebe und was nicht Gegenstand seiner alltäglichen Betrachtungen ist: Die naturwissenschaftliche Faktizität der Aufnahmen und das Wissen, dass der Körperbau bei jedem Menschen im Prinzip die gleiche materielle Konstitution aufweist, impliziert beim Betrachter die Möglichkeit, seinen eigenen Körper in den Aufnahmen zu erahnen bzw. in diese zu projizieren. Insofern kann dieser Bruch mit den eigenen Sehgewohnheiten zu einer Bewusstwerdung über die Wissensasymmetrie zwischen Laie und Mediziner beim Betrachter führen und so einen Eindruck von Fortschrittlichkeit des Klinikums noch verstärken. Schlussendlich kann die Kernaussage – analog zu der Abbildung „Mensch und Technik – Apparatedizin“ – damit zusammengefasst werden, dass hier ein Gebrauchswertversprechen auf eine Behandlung auf höchstem medizintechnischem Niveau durch das Klinikum Niederrhein erfolgt.

³⁹⁰ Ein anderes bildgebendes Verfahren, das mit der Schnittbildtechnik arbeitet, ist die Magnetresonanztomographie. Aufnahmen der Magnetresonanztomographie werden allerdings nicht durch Röntgenstrahlung, sondern durch Magnetfelder erzeugt und finden besonders bei der Darstellung von Weichteilgewebe Verwendung. Da hier aber knöcherne Gewebestrukturen dominieren ist dieses Verfahren auszuschließen.

³⁹¹ Adorno 2003: 316

III.1.26 Mensch und Technik – CT-Aufnahme 2

Auf die CT-Aufnahme folgt eine weitere Abbildung mit einem ähnlichen Motiv:



Abbildung III.1.29: „Mensch und Technik – CT-Aufnahme 2“

Das Foto zeigt insgesamt sechs Bögen mit diversen Schnittbildern eines Computertomographen vor einem hell erleuchteten Röntgenfilmbetrachter und verbreitet eine dunkle, durch Schwarz und Weiß dominierte Atmosphäre.³⁹² Links steht eine männliche Person mit einem weißen Kittel, bei der es sich offensichtlich um einen Arzt handelt. Der Arzt steht mit dem Rücken zum Betrachter leicht seitwärts abgewandt und betrachtet die Schnittbilder. Sein rechter Arm scheint angewinkelt und der Kopf ein wenig nach vorne geneigt. Insgesamt strahlt seine Körperhaltung eine ruhige und gewissenhafte Prüfung der Bilder vor ihm aus.

Bereits an diesem Punkt ist zu konstatieren, dass diese Aufnahme in ihrer Kernaussage mit der vorherigen übereinstimmt: das Gebrauchswertversprechen für eine Behandlung mit hoch entwickelter Medizintechnik. Dabei wird die in der vorherigen Aufnahme bereits implizit

³⁹² Dass sich es bei diesen Aufnahmen ebenfalls um Bilder einer Computertomographie handeln muss, leitet sich aus den für dieses Verfahren typischen Kontrollaufnahmen des Oberkörpers eines Patienten und den sich darin befindlichen Organen ab.

ausgedrückte Wissensasymmetrie zwischen Arzt und medizinischem Laien noch einmal aufgenommen und durch die Anwesenheit eines Arztes gleichsam verstärkt: Hier ist ein Arzt zu sehen, der die diagnostischen Aufnahmen offensichtlich gewissenhaft prüft und deren konkreten Inhalte auch zweifelsfrei für eine kompetente Diagnose lesen kann. Dagegen kann der laienhafte Betrachter aus den einzelnen Querschnittsabbildungen im besten Fall lediglich die aufgenommenen Schnitte den dazugehörigen Körperregionen zuordnen. Ein Deuten spezifischer Details oder das Erkennen von Anomalien ist dem unkundigen Betrachter dagegen unmöglich. Durch diese Asymmetrie wird der Eindruck professioneller Kompetenz des Personals noch einmal betont, denn ihr Arbeitsgegenstand besteht in einem für den Rezipienten unbekanntem und aller Wahrscheinlichkeit nach angstbesetztem Milieu. Die dunklen Lichtverhältnisse der Räumlichkeit verleihen der Szenerie dabei noch zusätzlich eine Ausstrahlung des Unbekannten. Gleichwohl ist aber dem Leser stets bewusst, dass diese Tätigkeit auf die Heilung kranker Patienten abzielt, wodurch ein latenter und bereits im Vorfeld der Betrachtung bestehender Vertrauensvorsprung gegenüber diesem in der Regel negativ assoziierten Fremden zu unterstellen ist, was sich einerseits durch die Steigerung des entgegengebrachten Vertrauens und andererseits durch den Respekt der fachlichen Kompetenz des Klinikpersonals gegenüber auszuwirken vermag.

Insgesamt können damit die drei primären Assoziationen, die aus der Betrachtung dieses Motivs beim Rezipienten erwachsen, benannt werden: Kompetenz, Vertrauen und Fortschrittlichkeit. Diese Assoziationen setzen in konsequenter Weise die Kernbotschaften der diesen Qualitätsbericht dominierenden Sujets fort.

III.1.27 Mensch und Technik – CT-Aufnahme 3

Die Serie setzt sich fort mit der folgenden Abbildung und einem wiederum sehr ähnlichen Motiv:



Abbildung III.1.30: „Mensch und Technik – CT-Aufnahme 3“

Bereits der erste Blick auf das Motiv erzeugt den Eindruck thematischer Nähe zu den zwei vorangegangenen Aufnahmen: Im Zentrum ist vor einer hellen Tastatur ein dunkler Monitor zu sehen, auf dem eine Softwareanwendung zur digitalen Rekonstruktion von Gewebestrukturen läuft. Der Hintergrund der Benutzeroberfläche ist blau und der Großteil des Monitors ist in vier Quadranten unterteilt, wobei im Quadrant oben links eine Rekonstruktion eines Hüftgelenks und dem dazugehörigen Oberschenkelknochen abgebildet ist.³⁹³ Vor dem Monitor sitzt eine offensichtlich männliche Person mit dunklem, kurz geschnittenem Haarkranz. Er blickt in Richtung des Monitors, so dass der Betrachter lediglich seinen Hinterkopf sehen kann. Links neben ihm ist eine weitere Person nur noch ansatzweise zu erahnen, die aber offenbar auch männlich ist. Auch diese Person blickt auf den Monitor und

³⁹³ Die Inhalte der hellen Menüfenster rechts – ebenso wie die übrigen Elemente der Oberfläche – sind nicht zu erkennen.

nimmt dabei eine leicht gekrümmte Körperhaltung ein. Denkbar ist hier, dass die Person sich auf der Tischkante abstützt oder sich an den Stuhl der rechten Person anlehnt.³⁹⁴ Dieser Umstand verleiht der Szene einen gleichzeitig legeren, wie auch konzentrierten Charakter, der wiederum – wenn auch nicht so explizit – auf eine ausschließliche Sachorientierung im Handeln der beiden Personen hindeutet. Beide Personen sind unscharf abgebildet, so dass keine Rückschlüsse auf ihre Rolle oder Funktion durch ihre Erscheinung selbst gezogen werden können.

Rechts ist ein vollkommen verschwommenes, hellgraues Element, das nicht näher bestimmt werden kann. Im Hintergrund ist ein grün umrandetes Fenster mit einer hellgrauen Jalousette zu sehen. Durch die Jalousette sind zwei Behältnisse aus Kunststoff erkennbar. Das eine ist gelb, das andere grün. Dahinter liegt eine weitere Räumlichkeit, deren Interieur aber nicht zu bestimmen ist. Links ist eine grüne Türzarge, die darauf deutet, dass man durch diese Tür den dahinterliegenden Raum betreten kann. In Verbindung mit der digitalen Rekonstruktion eines Hüftgelenks lässt sich hier demnach die Vermutung äußern, dass es sich bei der Räumlichkeit um einen Überwachungsraum einer diagnostischen Abteilung – wie der Radiologie – und somit bei den Personen um Radiologen oder medizinisch-technische Assistenten handeln könnte.

Im Zentrum dieser Aufnahme setzt der Fotograf wiederum avancierte Medizintechnik in Szene. Der Rest ist sehr unscharf gehalten, was auf den erneuten Einsatz eines Teleobjektivs mit Zoom-Funktion hinweist und dem Foto einen professionellen Charakter vermittelt. Die Aufmerksamkeit der beiden Personen gilt ausschließlich der virtuellen Rekonstruktion eines Hüftgelenks mittels Software, wodurch erneut die bekannten Kernbotschaften „Sachorientierung“ und „technische Fortschrittlichkeit“ bekräftigt werden. Insgesamt bietet die Fotografie trotz der artifiziell erzeugten Unschärfe weniger Projektionsfläche für den Rezipienten als die Aufnahmen „Mensch und Technik – Apparatemedizin-3“ oder „Das Labor“.

³⁹⁴ Dass die Person auf einem Stuhl sitzen muss, impliziert die einer Sitzhaltung entsprechenden Höhe des Kopfes zum Monitor.

III.1.28 Die Krankenschwester

Die letzte Abbildung dieses Qualitätsberichts kehrt nun wieder zu dem anfangs dominierenden Sujet „Sachorientierung“ zurück:



Abbildung III.1.31: „Die Krankenschwester“

Die Abbildung zeigt im Profil eine Krankenschwester, die mit einem weißen Kasack bekleidet ist.³⁹⁵ Das lange blonde Haar ist mit einem Haargummi zu einem Pferdeschwanz zusammengebunden und der Pony fällt bis auf Nasenhöhe herab. Sie blickt auf eine hochkant auseinandergeklappte Akte, in welche sie mit einem Kugelschreiber eine Notiz nieder-

³⁹⁵ Dass es sich aller Wahrscheinlichkeit nach hier um eine Krankenschwester handelt, erklärt sich aus dem Umstand, dass bislang alle Ärzte in den Aufnahmen dieses Qualitätsberichts Arztkittel oder andere Accessoires trugen, die sie eindeutig als Mediziner auswiesen. Außerdem ist ein kurzärmeliger, weißer Kasack die typische Bekleidung für Pflegepersonal.

schreibt.³⁹⁶ Daneben steht eine weiße Tasse, die vom rechten Bildrand bis auf den Henkel und den linken Rand abgeschnitten ist. Durch den Fokus auf die Krankenschwester sind Vorder- und Hintergrund wie bei dem überwiegenden Teil der anderen Aufnahmen dieses Sujets unscharf bzw. verschwommen. Der Vordergrund ist kaum wahrnehmbar. Im Hintergrund ist ein Medikamententablett mit unterschiedlichen Arzneiverpackungen zu sehen. Dahinter stehen mehrere aufeinander gestellte Ablagefächer mit Dokumenten. An der vom Betrachter gegenüberliegenden Wand ist ein Papierhandtuchspender angebracht, über welchem ein Hängeschrank mit einer hellbeigen, leicht geöffneten Tür montiert ist, auf der weiße Papierzettel angebracht sind. Links davon sind die Fächer des Schranks und ein gelbes Behältnis zu sehen. Insgesamt wirkt die Räumlichkeit wie ein Stationszimmer.

Diese letzte Momentaufnahme in der vertrauten „Schnappschuss“-Ästhetik korrespondiert besonders mit den beiden Aufnahmen „Labor II – Das Mikroskop“ und „Arzt am C-Bogen“, da in diesen Abbildungen lediglich eine einzelne Person bei der Arbeit gezeigt wird.³⁹⁷ Besteht die Szene der beiden anderen Aufnahmen aus einer mikroskopischen Untersuchung bzw. aus der Prüfung oder Einstellung einer medizintechnischen Apparatur, so handelt es sich hier um die Dokumentationstätigkeit einer Krankenschwester. Letztlich wirken aber alle Aufnahmen des Sujets „Werteorientierung“ hinsichtlich ihrer Kernbotschaft austauschbar und variieren höchstens in ihrer gestalterischen Wirkung auf den Betrachter, die durch die fototechnische Umsetzung und der daraus resultierenden Projektionsfläche für Assoziationen des Betrachters – wie bei dem gezielten Einsatz von Unschärfe – bestimmt wird.³⁹⁸ Zusammenfassend ist dieses Foto in das Sujet „Sach- und Werteorientierung“ dieses Qualitätsberichts einzuordnen und in seiner Wirkung auf den Rezipienten – wie auch alle anderen Aufnahmen dieses Sujets mit der damit verbundenen Kernbotschaft einer ausschließlich am Wohl der Patienten orientierten Handlungsmaxime des Klinikums – eher als klassisch-konservativ zu verstehen, da es aller Wahrscheinlichkeit nach anzunehmen gilt, dass hiermit das integrale Grundbedürfnis nach Patientenorientierung von Personen antizipiert wird, die sich der Behandlung in einem Krankenhaus unterziehen müssen.

³⁹⁶ Was sie genau niederschreibt, ist allerdings nicht zu ermitteln. Schreiben als Tätigkeit für Dokumentationszwecke kann einerseits als Synonym für Gewissenhaftigkeit und Objektivität verstanden werden, andererseits erhöht der Umstand, dass dem Betrachter unklar bleibt, worum es sich handelt, die Projektionsfläche für Assoziationen und intensiviert damit die Auseinandersetzung mit der Abbildung selbst.

³⁹⁷ In diesem Zusammenhang bleibt nur kurz zu betonen, dass die anderen Aufnahmen, in denen mehrere Mitarbeiter des Klinikums in Interaktion abgebildet sind, als Kernaussage ebenfalls die Gewissenhaftigkeit und Sachorientierung des Personals im Arbeitshandeln in den Mittelpunkt stellen.

³⁹⁸ Bedingt durch die fehlende Unschärfe in der Abbildung „Arzt am C-Bogen“ fällt diese bezüglich der Spannung bzw. Dramaturgie – wie bereits betont – gegen die Aufnahmen „Labor II – Das Mikroskop“ und „Die Krankenschwester“ aber ab.

1.29 Zusammenfassung

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der einzelnen Analysen zusammengefasst. Daraufhin erfolgt ein Abgleich mit dem Qualitätsbericht des Klinikums Niederrhein aus dem Jahr 2008 unter der Fragestellung, ob und inwiefern sich solche Elemente der Kommunikationspolitik identifizieren lassen, die auf eine Veränderung der Kommunikationsstrategie vom Berichtsjahr 2006 zum Jahr 2008 schließen lassen, um hiermit die entwickelte Fallstrukturhypothese auf ihren Geltungsanspruch zu überprüfen.

Die aus den Analysen entwickelte Fallstrukturhypothese lautet dabei: Das Evangelische und Johanniter Klinikum Niederrhein versteht sich als ein Unternehmen und positioniert seine christlichen Grundwerte und die daraus für den Leser ableitbare Patientenorientierung zur Markenbildung bzw. zum eigenen Marketing in seinem Qualitätsbericht, der seinerseits als Medium des Marketings begriffen wird. Unterstützt wird diese Hypothese durch die weitestgehend artifizielle Gestaltung des Qualitätsberichts. Der Verweis auf die langjährige Tradition christlicher Fürsorge muss allerdings dahingehend verstanden werden, dass das Klinikum sich nicht von je her als Unternehmen begriffen haben muss, sondern dass dieses Verständnis vielmehr Ausdruck einer durch ökonomische Zwänge bedingten Umorientierung ist und als eine Botschaft verstanden werden kann, die sowohl Fortschrittlichkeit und Modernität wie auch christliche Wertgebundenheit und damit Sicherheit als ein Gebrauchswertversprechen zu propagieren versucht. Diese Kommunikationsstrategie erklärt sich aus der illustrativen Gestaltung des Qualitätsberichts mit den beiden wesentlichen Sujets „Werteorientierung“ und „Medizintechnik“. Auffällig dabei ist aber auch, dass einzelne für Werbezwecke kontraproduktive Motive den artifiziell-manierierten Charakter der professionellen Fotografien und ihre Aussagekraft aufheben. Schlussendlich ist diese Kommunikationsstrategie als Ausdruck einer Krise der eigenen Verortung und damit auch der Außendarstellung zu verstehen, so dass auf einen ambivalenten Typus der Kommunikationspolitik geschlossen werden muss.

In seiner Gesamterscheinung erstreckt sich die Kommunikationspolitik des Klinikums Niederrhein sowohl auf textliche als auch auf graphische Elemente – im engeren Sinn auf Fotografien. Alle Seiten sind einheitlich mit dem in der Analyse der Titelseite und des Inhaltsverzeichnisses beschriebenen graphischen Elemente in der Kopfzeile gestaltet: eine auf der Unterseite wellenförmige Farbfläche in Preußischblau mit dem Logo des Klinikums in

Form eines Kreuzes. Allein diese Kopfzeile ist als Zeugnis der Bemühungen einer artifiziellen und für das Klinikimage werbenden Gestaltung des Qualitätsberichts zu interpretieren.

Bereits das Inhaltsverzeichnis sowie die Einleitung belegen den Versuch des Klinikums, Marketing zu betreiben: Das Inhaltsverzeichnis folgt nicht der unter normalen Umständen anzunehmenden Reihenfolge der Kapitel A, B, C und D mit den vier Hauptkapiteln „A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses“, „B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen“, „C Qualitätssicherung“ und „D Qualitätsmanagement“.³⁹⁹ Für das Inhaltsverzeichnis konnte gezeigt werden, dass solche Kapitel nach vorne gezogen wurden, die weniger formale Vorgaben beinhalten und dem Textproduzenten somit mehr Freiheit in Bezug auf ihre Gestaltung und Inhalte ermöglichen. Dementsprechend sind sie von ihrer Anlage her für den Leser leichter verständlich zu gestalten, so dass sich auch Freiräume für die Kommunikationspolitik des Klinikums eröffnen. Unter dieser Perspektive ist das vorliegende Inhaltsverzeichnis Ausdruck eines Information-Placements, das einerseits für die Marketingpraxis typisch ist, aber andererseits Zweifel an der Objektivität der Kommunikationspolitik des Klinikums aufwirft.

Die Einleitung schließt sich diesem heterogenen Bild an: Einerseits wird eine holistische Anspruchshaltung betont, die als Gebrauchswertversprechen verstanden werden muss, eine dem Ideal christlicher Wertetradition folgende Fürsorge des Klinikums erwarten zu können, andererseits kennzeichnet der Textproduzent das Klinikum wiederholt als ein Unternehmen, das aus der Sache heraus schon als oberstes Ziel eine Gewinnerzielung anstreben muss. Dies bedeutet jedoch, dass die Betonung einer christlichen Fürsorge um den Patienten, also die Patientenorientierung, dahingehend verstanden werden muss, dass diese nicht um ihrer selbst willen vollzogen wird, sondern nur als Mittel zum Zweck fungiert. Hier entpuppen sich die Absätze, die das Thema der Patientenfürsorge behandeln und diese als selbstgewählten Auftrag im Sinne einer Mission verstanden wissen wollen, lediglich als wohlklingende Slogans, die bei genauerer Betrachtung für das Selbstbild des Klinikums destruktiv wirken und als Ausdruck einer Krise bezüglich seiner Selbstverortung zu werten sind. Diese Krise wird im ersten Absatz bereits durch die Fusion ehemals vier selbstständiger Krankenhäuser angedeutet. Hieraus konnte ein wesentliches Ergebnis der Analyse abgeleitet werden: Das Klinikum Niederrhein reagiert durch die Fusion von ehemals vier unabhängigen

³⁹⁹ Unter Einbindung der vom Gemeinsamen Bundesausschusses vorgegebenen und damit verpflichtenden Gliederung stellt dies eine Missachtung dieser Systematik dar. Für die Gliederung siehe: Gemeinsamer Bundesausschuss 2007d: 5

Krankenhäusern auf die veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem zur Nutzung von Synergieeffekten und zur Stärkung der eigenen Position am Markt: Es versteht sich nun als ein Unternehmen, wobei die Betonung einer christlichen Wertorientierung dabei zur Abgrenzung der eigenen Marke dient und schlussendlich Ausdruck von ungekonnten Marketingbemühungen ist.

Auf Ebene der Gestaltung nehmen besonders fotografische Abbildungen eine zentrale Stellung für die Kommunikationspolitik des Klinikums ein.⁴⁰⁰ Insgesamt weist der Qualitätsbericht 26 Fotografien auf. Diese differieren teilweise stark in Bezug auf ihre kommunikationspolitische Qualität: 19 Aufnahmen sind in der oben beschriebenen „Schnappschuss“-Ästhetik ausgeführt, zwei sind reine Portraits von Medizintechnik und fünf Aufnahmen sind offensichtlich von einem oder mehreren laienhaften Fotografen erstellt.

Von den 19 professionell erstellten Aufnahmen entsprechen 12 Fotografien eindeutig dem Sujet „Werteorientierung“.⁴⁰¹ Drei Abbildungen davon stellen nicht das Personal, sondern Medizintechnik und damit die fortschrittliche Ausstattung des Klinikums mit Medizintechnik in den Mittelpunkt und entsprechen dem reinen Sujet „Medizintechnik“.⁴⁰² Vier Aufnahmen dagegen verbinden beide Sujets miteinander, hinterlassen beim Betrachter aber einen blassen Eindruck und wirken wie Füllmaterial in Ermangelung besserer Aufnahmen.⁴⁰³

Bei den Aufnahmen, deren alleiniges Motiv in medizintechnischen Apparaten besteht, handelt es sich um die zwei Aufnahmen einer Zentrifuge und einem Computertomographiebild, die beide wie ein Detail eines Stillebens wirken.⁴⁰⁴ Die laienhaften Fotografien erstrecken sich von den drei Aufnahmen der einzelnen Klinikgebäude über das Portrait des Patientenführers bis hin zu der Abbildung von zwei malenden Patientinnen.⁴⁰⁵

⁴⁰⁰ Die konstitutive Bedeutung von Fotografien für die Kommunikationspolitik des Klinikums wurde bereits in der Analyse der Einleitung dieses Qualitätsberichts erörtert. Das leitende Argument besteht hierbei in der freien Gestaltbarkeit und Umsetzbarkeit von Aufmerksamkeitsstrategien bzw. Botschaften dem Leser gegenüber.

⁴⁰¹ Dies sind im Einzelnen folgende Motive: Das Titelbild, „Ärzte bei der Diagnostik“, „Ein Fachgespräch unter Kollegen“, „Blutproben“, „Zwei Krankenschwestern“, „Ein Krankenpfleger im Gespräch“, „Die Aufnahme“, „Mensch und Technik – Apparatedizin-2“, „Die Lagebesprechung“, „Das Labor“, „Labor II – Das Mikroskop“ und „Die Krankenschwester“.

⁴⁰² Dies sind im Einzelnen: „Mensch und Technik – Apparatedizin“, „Mensch und Technik – CT-Aufnahme-2“ und „Mensch und Technik – CT-Aufnahme-3“.

⁴⁰³ Hierbei handelt es sich um folgende Aufnahmen: „Augenheilkunde – Apparatedizin“, „Das Stationszimmer“, „Arzt am C-Bogen“ und „Mensch und Technik – Apparatedizin-3“.

⁴⁰⁴ Die rein medizintechnischen Motive sind: „Labortechnik“ und „Technik – CT-Aufnahme“.

⁴⁰⁵ Dies sind im Einzelnen: „Betriebsteil 1 – Das Evangelische Krankenhaus Duisburg-Nord“, „Betriebsteil 2 – Das Johanniter-Krankenhaus Oberhausen“, „Betriebsteil 3 – Das Herzzentrum Duisburg“, „Der Patientenführer“ und „Beim Malen“.

In erster Linie wird dem Leser durch die visuelle Gestaltung des Qualitätsberichts die Brüchigkeit und Inkonsequenz der Kommunikationspolitik des Klinikums bewusst: Weist der Qualitätsbericht einerseits Fotomaterial auf, welches das Produkt eines professionellen Fotografen ist, so mindern die laienhaften Aufnahmen immer wieder den Gesamteindruck.

Es gilt anzunehmen, dass ein Fotograf für die professionell aufgenommenen Aufnahmen vom Klinikum beauftragt wurde, möglichst werbewirksames Fotomaterial zu erstellen.⁴⁰⁶ Dieses wurde unter Einsatz eines Teleobjektivs und teilweise durch Langzeitbelichtung in der Ästhetik eines Schnappschusses artifiziell umgesetzt. Durch die Wahl, die Flüchtigkeit von Momentaufnahmen als Stilmittel der visuellen Gestaltung einzusetzen, wird die Absicht verfolgt, beim Betrachter den Eindruck von Authentizität im beruflichen Handeln des Klinikpersonals zu erwecken. Hierfür wurden Motive ausgewählt, die Assoziationen wie Wahrhaftigkeit der Werteorientierung und Verlässlichkeit evozieren und als das konstitutive Markenzeichen für das Klinikum Niederrhein in Form von Gebrauchswertversprechen fungieren. Die „Schnappschuss“-Ästhetik bewirkt darüber hinaus den Effekt einer Verkürzung der inneren Distanz, die der Rezipient bei der Betrachtung des jeweiligen Motivs einnimmt und bindet ihn fiktiv – quasi als imaginären Teilnehmer – in die Szene direkt ein.

Die Effekte von Verschwommenheit und Unschärfe, die sich aus dem Einsatz eines Teleobjektivs und der Langzeitbelichtung ergeben, lassen die Aufnahmen maniert und überhöht wirken. Beispiele hierfür sind: Das Titelbild und „Ein Krankenpfleger im Gespräch“. Aber auch durch die Einnahme unterschiedlicher, teilweise untypischer Positionen beim Fotografieren erhalten die Aufnahmen einen zusätzlich artifiziellen Charakter. Dies ist besonders bei den Abbildungen „Ärzte bei der Diagnostik“ und „Lagebesprechung“ zu beobachten, da hier die Personen aus einer Position abgelichtet wurden, die unter der zu erwartenden Normalhöhe liegen. Insgesamt entsteht demnach – trotz der Suggestion von Authentizität – bei der Reihe der professionellen Fotografien ein gestellter, inszenierter Charakter. Dies wird u.a. bei der Aufnahme „Ein Fachgespräch unter Kollegen“ deutlich, da hier der rechts im Bild stehende Arzt eine unnatürliche Handhaltung einnimmt, die auf eine Unsicherheit bezüglich der adäquaten Positur für ein Foto in „Schnappschuss“-Ästhetik

⁴⁰⁶ Diese Annahme erklärt sich durch die teilweise eklatanten Unterschiede bezüglich der Artifizialität des Fotomaterials. Zu verweisen ist hier auf die gestalterischen Differenzen zwischen Aufnahmen wie „Ein Krankenpfleger im Gespräch“ oder „Ärzte bei der Diagnostik“ und im Vergleich dazu „Beim Malen“ oder „Betriebsteil 2 – Das Johanniter-Krankenhaus Oberhausen“, die auf mindestens einen professionellen und einen unkundigen bzw. laienhaften Fotografen schließen lassen.

schließen lässt. Hierin drückt sich auch der inhärente Widerspruch aus, ein urwüchsiges Genre wie den „Schnappschuss“ als Stilmittel für inszenierte Motive nutzen zu wollen, wodurch diese Bilderserie für den Betrachter zusätzlich an Glaubwürdigkeit verliert.

Die Kombination aus einer „Schnappschuss-Ästhetik“ auf Ebene der Gestaltung und der Kernbotschaft der ausschließlich durch eine Sach- und Werteorientierung geleiteten Handlungsmaxime des Klinikums kann als eine klassisch-konservative Strategie der Kommunikationspolitik für Einrichtungen des Gesundheitswesens interpretiert werden. Als wesentliches Argument kann dabei die Antizipation des wesentlichen Grundbedürfnisses nach einer Sach- und damit Patientenorientierung von Personen gelten, die sich der Behandlung in einem Krankenhaus unterziehen müssen. Darüber hinaus belegt die folgende Printwerbung des Mineralölherstellers British Petroleum aus dem Jahr 1978 diese Hypothese:

BP zeigt, was im Öl alles steckt. Zum Beispiel: Fortschritt im Gesundheitswesen.

Öl hilft heilen.

In Krankenhäusern und Kliniken steht das Öl dem Dienst an der Menschheit am nächsten.

Denn aus den »Bausteinen« des Öls entstehen Spezialkunststoffe für medizinische Geräte. Öl steckt im Brutkasten und im Herzschrittmacher. In Röntgenapparaten und OP-Anzügen. An Schüsseln, Schalen, Schiebewagen – überall ist Öl beteiligt. An manchen Medikamenten ebenso.

Von der Vitamin-Kapsel bis zum Großlabor: die moderne Ölveredelung hat vieles verändert im Gesundheitswesen. Damit wir auch in Zukunft in allerbesten Händen sind.

Wir machen mehr aus Öl. Energie und neue Ideen.

BP

Abb.III.1.32: „Öl hilft heilen“⁴⁰⁷

Das Motiv zeigt eine Krankenschwester mit einer weißen Haube, die auf einem Teewagen die Kerzen einer Geburtstagstorte – wahrscheinlich für einen Patienten – anzündet.⁴⁰⁸ Weiterhin

⁴⁰⁷ Vgl. Westermann 1978: 6-7

stehen auf dem Teewagen Blumen, Glückwunschkarten und ein Kaffeeservice für mehrere Personen.⁴⁰⁹ Daneben sind zwei Krankenschwestern nur schemenhaft beim Gang über den Flur zu sehen. Offensichtlich wurde bei dieser Aufnahme ebenfalls wie bei der Abbildung „Das Labor“ eine Langzeitbelichtung als Effekt zur Betonung von Dynamik und Bewegung verwendet.⁴¹⁰ Im Hintergrund ist eine doppelflügelige Glastür mit der Aufschrift „Station“ vor einem mit Deckenlampen beleuchteten Gang zu sehen, womit es für den Betrachter evident ist, dass es sich um eine Szene in einem Krankenhaus handeln muss. Auch bei dieser Printwerbung ist die Kernbotschaft offensichtlich: Menschliche Zuwendung und Fürsorge – hier dargestellt durch die Vorbereitung einer Geburtstagsfeier für einen Patienten – ist trotz des hektischen Klinikalltags intrinsisch motiviert. Der Patient wird nicht nur medizinisch versorgt, sondern auch seine sozialen Bedürfnisse finden wie selbstverständlich entsprechende Beachtung.⁴¹¹ Auf Ebene der Gestaltung verfolgt die „Schnappschuss“-Ästhetik hier – ebenso wie bei den oben analysierten Fotografien – das Ziel, eine größtmögliche Authentizität der Szene zu suggerieren und wirkt dennoch maniert und artifiziell überhöht. Im Abgleich zu dem Qualitätsbericht des Klinikums Niederrhein und seiner Kommunikationspolitik belegt diese Printwerbung schlussendlich, dass das Sujet der Wertorientierung als Handlungsmaxime von Krankenhäusern ein klassisch etabliertes Konzept für die Kommunikationspolitik im Rahmen der Marketingpraxis darstellt, woraus sich die Entscheidung für dieses Sujet begründen ließe.

Das zweite Sujet in der Serie professionell erstellter Fotografien ist das der „Medizintechnik“. Hiermit wird die Fortschrittlichkeit und das hohe Niveau in der apparativen Ausstattung des Klinikums betont und die Stellung des Klinikums als Maximalversorger illustriert.⁴¹² Dabei wird dem Leser des Qualitätsberichts das zweite Gebrauchswertversprechen gegeben: naturwissenschaftliche Objektivität und Faktizität sowie die Kompetenz des Personals im Umgang mit Medizintechnik. Fraglich bleibt jedoch, weshalb sich der Fotograf auf die doch sehr begrenzte Anzahl von medizintechnischen Motiven beschränkt und beispielsweise das Motiv ein und derselben Herzkatheteruntersuchung dreimal variiert hat. In diesem

⁴⁰⁸ Bedingt durch die offensichtliche Nähe des Motivs zum Sujet „Sach- und Wertorientierung“ und aus Gründen der Sparsamkeit wird auf eine extensive Feinanalyse verzichtet.

⁴⁰⁹ Das Kaffeeservice für mindestens vier Personen impliziert eine Gesellschaft, die den Geburtstag am Krankenbett gemeinsam feiern wird: Der Patient muss demnach seinen Geburtstag nicht alleine feiern, sondern erlebt auch in dieser Ausnahmesituation eines Krankenhausaufenthaltes ein Stück alltäglicher Normalität.

⁴¹⁰ Eventuell handelt es sich auch nur um eine Krankenschwester, da die Statur, die dunklen Haare und die schwarzen Damenschuhe sich sehr ähneln.

⁴¹¹ Für das Sujet und die damit verbundene Kernbotschaft der Werbung ist es irrelevant, dass mit ihr nicht eine klinische Einrichtung, sondern die Produkte des Mineralölproduzenten British Petroleum beworben werden sollten.

⁴¹² Der Status als Maximalversorger wird bereits im ersten Satz der Einleitung hervorgehoben.

Zusammenhang ist anzunehmen, dass ein Klinikum der Maximalversorgung über mehr als die abgebildeten medizintechnischen Apparaturen verfügt.⁴¹³ ⁴¹⁴ Hierdurch wirken diese Wiederholungen auf den Betrachter retardierend und letztlich wie Füllmaterial, verfehlen aber gleichzeitig nicht das vom Klinikum intendierte Versprechen auf technische Fortschrittlichkeit. Subsumierend ist demnach das Sujet „Medizintechnik“ – trotz dieser brüchigen, wenig ambitionierten Gesamtgestaltung – als Komplement für das dominante Sujet „Werteorientierung“ zu verstehen.

Die in ihrer Gesamtheit sowohl künstlich überhöht als auch gleichzeitig brüchig bzw. nicht überzeugend wirkende Serie der professionellen Fotos wird noch zusätzlich durch die Reihe der laienhaften Aufnahmen in ihrer für den Betrachter negativen Wirkung übertroffen, so dass ein wohl durchdachtes und konsequent umgesetztes Gestaltungskonzept nun gänzlich undenkbar erscheint. Besonders die beiden Aufnahmen „Betriebsteil 2 – Das Johanniter-Krankenhaus Oberhausen“ und „Beim Malen“ stechen durch ihre für eine stimmig wirkende Kommunikationspolitik kontraproduktive Wirkung hervor. Die Abbildung „Beim Malen“ zeigt eine Patientin vor einer improvisierten „Staffelei“ bei einem ungekonnten bis hilflosen Versuch, eine Blume mit einer einfachen Plakatfarbe zu malen. Hier ist darauf zu verweisen, dass die Urheberschaft der Fotografie bei einem Mitarbeiter des Klinikums liegen muss. Die Momentaufnahme ist nun der erste authentische „Schnappschuss“ dieses Qualitätsberichts und verdreht gleich das mühsam um das Image einer Werteorientierung bemühte Fotomaterial ins Gegenteil um: Die Szene ruft beim Betrachter den Eindruck eines entwürdigenden Umgangs mit den Patienten und damit ein abschreckendes Bild des Klinikums hervor, da der abgebildeten Patientin und ihrem Tun offensichtlich keinerlei Wertschätzung entgegengebracht wird, sondern vielmehr der Schutz des Interieurs mit Folie im Vordergrund zu stehen scheint. Subsumierend ist hier der sich geradezu aufdrängende Widerspruch zu der propagierten Werteorientierung und dem in der Einleitung wiederholt betonten christlichen Leitbild des Klinikums hervorzuheben: In dieser Fotografie drückt sich schlussendlich die unüberbrückbare Dichotomie von Realität und Anspruch des Klinikums in Bezug auf das

⁴¹³ Denkbar wäre in diesem Zusammenhang beispielsweise ein Magnetresonanztomograph. Hier liegt die Vermutung nahe, dass der Termin für die Fotoaufnahmen seitens des Klinikums unter zeitlichen und örtlichen Restriktionen erfolgt ist.

⁴¹⁴ Außerdem werden mitunter Geräte wie eine Laborzentrifuge oder ein Lichtmikroskop – also die Standardausrüstung eines Krankenhauslabors – dargestellt, so dass die Aufnahmen nüchtern, aber für den Betrachter nicht neu wirken und durch ihre Eindeutigkeit wenig Reiz ausüben oder gar beim Rezipienten Assoziationen für eine tiefere Auseinandersetzung erwecken könnten. Aufmerksamkeitssteigernde Aufnahmen müssten in diesem Zusammenhang demnach Motive mit dem Potential für Brüche des Deutungsmusters der Rezipienten aufweisen oder eine „Geschichte“ erzählen.

Gebrauchswertversprechen einer patientenorientierten Behandlung aus und offenbart die Brüchigkeit seiner Kommunikationspolitik.

Einen weiteren Beleg für die inkonsequente und damit unprofessionelle Kommunikationspolitik des Klinikums liefert die Aufnahme „Betriebsteil 2 – Das Johanniter-Krankenhaus Oberhausen“. Das Motiv wirkt trostlos, verlassen und durch die defekte Parkbank unversorgt. Die weite Distanz des Fotografen zum Gebäude verstärkt den Eindruck von Verlassenheit und Melancholie: Durch ihren ausgrenzenden Charakter hat die Fotografie somit einen destruktiven Einfluss auf das Image eines Klinikums, welches seinen Patienten eine geborgene und bestmögliche Atmosphäre zur Rekonstitution ihrer Gesundheit bieten will. Bezieht man zu diesem Ergebnis den Qualitätsbericht des Klinikums Niederrhein aus dem Jahr 2008 mit ein, so fällt auf, dass die Aufnahme des Johanniter-Krankenhauses Oberhausen gegen eine neues Motiv des Gebäudes ausgetauscht wurde:



Abb.III.1.33: „Betriebsteil 2 – Das Johanniter-Krankenhaus Oberhausen - 2008“⁴¹⁵

⁴¹⁵ Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein gGmbH 2008: 6. Der gesamte Qualitätsbericht findet sich online im WWW unter der URL:
http://www.ejk.de/fileadmin/user_upload/Qualitaetsmanagement/QB2008.pdf

Schon beim ersten Betrachten ist sofort ersichtlich, dass diese Aufnahme – wenn auch wiederum ohne einen direkten Hinweis auf Sozialität – von sehr viel höherer Qualität ist als das Foto im Qualitätsbericht aus dem Jahr 2006.⁴¹⁶ Hier wird erstens eine inhärente Spannung durch das Spiel von Licht und Schatten erzeugt und zweitens zeigt die Aufnahme das Gebäude aus einer näheren Entfernung. Die Zufahrtsstraße im Zentrum führt direkt zum Eingang der Klinik, die bedingt durch die Nahaufnahme nun die gesamte Fotografie dominiert. Die Wahl, nur einen Ausschnitt des Gebäudes abzubilden, verringert den monolithischen Charakter, welcher der ursprünglichen Aufnahme einen abweisenden Charakter verlieh.

Wenn auch lediglich die drei parkenden Automobile, bei denen es sich um einen silbernen Kombi, ein grünes Mercedes-Cabriolet und einen dunkelgrünen VW-Golf IV handelt, sowie die zwei blauen Sonnenschirme auf der Terrasse des ersten Stocks auf Sozialität hinweisen, so ist dennoch hier zu konstatieren, dass die Aufnahme einen sympathischeren und auch artifiziielleren Eindruck vom Gebäude des Klinikums beim Betrachter hervorruft.⁴¹⁷ In Bezug auf einzelne Bildelemente ist hierbei darüber hinaus auffällig, dass der Himmel ein ganz ähnliches strahlendes Blau aufweist wie die Aufnahme im Qualitätsbericht 2006. Außerdem gleicht der vor dem Eingang parkende VW Golf hinsichtlich Farbe und Wagentyp exakt dem Wagen, der auch auf der Fotografie im Qualitätsbericht 2006 vor dem Eingangsbereich parkt. Aus diesen Übereinstimmungen ergibt sich die Schlussfolgerung, dass beide Aufnahmen von ein und demselben Fotografen an einem Termin zugleich produziert wurden. Hieraus lässt sich wiederum ableiten, dass bereits für den Qualitätsbericht 2006 eine Serie von Aufnahmen des Klinikgebäudes vorlag, aus welcher die Redakteure für das Berichtsjahr 2006 das Foto mit der objektiv minderwertigeren Qualität ausgewählt und für das Berichtsjahr 2008 dieses bei der illustrativen Gestaltung nicht mehr einbezogen haben. Dies bedeutet, dass im Nachhinein die ursprüngliche Aufnahme im Vergleich zu der aktuellen nicht als qualitativ angemessen durch die Redakteure erachtet wurde und man sich für die ästhetischere und damit auf den Betrachter sympathischer wirkende Fotografie entschieden hat, woraus sich ein weiterer Beleg ableiten lässt, dass das Klinikum seine Strategie zur Kommunikationspolitik

⁴¹⁶ Wenn auch besser als die ursprüngliche Aufnahme des Klinikums ist diese Aufnahme dennoch nicht von professioneller Qualität.

⁴¹⁷ Es gilt anzunehmen, dass im Genre der Gebäudefotografie von Krankenhäusern die Einbindung von möglichst vielen Menschen in das jeweilige Motiv dem Betrachter das Gefühl von Sozialität, Gemeinschaft und damit Sympathie vermittelt. Ist die Möglichkeit nicht gegeben, mehrere Personen abzubilden, so scheint es sinnvoller, allein die Ästhetik des Gebäudes in den Vordergrund zu heben, als nur eine einzelne Person – wie geschehen im Qualitätsbericht 2006 – in den Mittelpunkt des Motivs zu stellen, da hiermit leicht die Assoziation von Vereinsamung erweckt werden kann.

zu optimieren versuchte. Schlussendlich ist diese Umgestaltung aber zugleich auch der Beleg dafür, dass das Klinikum nicht nur bereits für den Qualitätsbericht 2006 über einen intentional für die Kommunikationspolitik angelegten Fundus an Bildmaterial verfügte, aus welchem ein für den Betrachter möglichst attraktives Bild ausgewählt werden sollte, sondern dass dieses Ziel – wenn auch in der konkreten Umsetzung misslungen – allein schon als Ausdruck der Bemühungen um eine Markenbildung für ein positives Image – und damit der konkreten Marketingpraxis des Klinikums – zu verstehen ist.

Ebenso wurde im Qualitätsbericht die Aufnahme „Betriebsteil 1 – Das Evangelische Krankenhaus Duisburg-Nord“ ausgetauscht:



Abb.III.1.34: „Betriebsteil 1 – Das Evangelische Krankenhaus Duisburg-Nord - 2008“

Abgebildet ist das Krankenhaus nun von einer anderen Perspektive, welche die Fassade eines langen und mindestens sechs Stockwerke hohen Traktes vor einem strahlend blauen Himmel zeigt.⁴¹⁸ Die Aufnahme wirkt monolithisch und in sich abgeschlossen. Das gleißende

⁴¹⁸ Zu verweisen ist an dieser Stelle, dass die Aufnahme des Gebäudes des Herzzentrums Duisburg von den Redakteuren des Qualitätsberichts 2008 unverändert aus dem alten Qualitätsbericht übernommen wurde. Auffällig ist zudem, dass obwohl die Einleitung der Qualitätsberichte sowohl für das Jahr 2006 als auch für das Jahr 2008 vier ehemals voneinander unabhängige Krankenhäuser nennt, nur drei Aufnahmen der einzelnen Klinikgebäude in den Qualitätsbericht aufgenommen wurden und das Evangelische Krankenhaus Dinslaken hierbei nicht aufgeführt ist. Hierfür wurde folglich ein eigener Qualitätsbericht angefertigt. Die Homepage des Klinikums zeigt überdies auf seiner Seite für die Qualitätsberichte vier einzelne Links zu den Berichten des jeweiligen Klinikteils, so dass der Eindruck entsteht, dass für jedes Krankenhaus ein eigener Bericht erstellt wurde. Recherchiert man aber die einzelnen Qualitätsberichte, so wird ersichtlich, dass die Berichte für das Evangelische Krankenhaus Duisburg-Nord, das Johanniter Krankenhaus Oberhausen und das Herzzentrum

Sonnenlicht wird durch ein Fenster reflektiert, was auf einen laienhaften Fotografen schließen lässt. Die Fotografie selbst gibt keine zwingenden Hinweise, dass es sich bei dem abgebildeten Gebäude um ein Krankenhaus handelt: Der Funktionsbau aus den 1960er oder 1970er Jahren könnten ebenso das Verwaltungsgebäude einer Behörde oder ein Universitätsgebäude sein. Somit wirkt das Gebäude für sich selbst.⁴¹⁹ Wie auch bei der Aufnahme des Johanniter-Krankenhauses Oberhausen im Qualitätsbericht 2008 steht der Fotograf näher an dem Objekt. Diese Position in Verbindung mit dem wolkenlosen Himmel und der die Aufnahme dominierenden Geometrie der Fassade sowie des Vorbaus lassen sie aber artifizieller als die ursprüngliche Abbildung des Evangelischen Krankenhauses Duisburg-Nord wirken.⁴²⁰ Insgesamt ist hier aber grundsätzlich zu subsumieren, dass die Redakteure des Qualitätsberichts für das Jahr 2008 – wie auch im Fall des Johanniter-Krankenhauses Oberhausen – die ursprüngliche Aufnahme für weniger gelungen hielten als die nun an diese Stelle gerückte aktuelle Fotografie. Allein dieser Umstand ist ein Beleg für die – wenn auch eher ungekonnten – Bemühungen um eine Optimierung der Selbstdarstellung anhand von Bildmaterial und damit Ausdruck des Bestrebens, die eigene Kommunikationspolitik zu verbessern.

Vergleicht man über die beiden ausgetauschten Abbildungen der Gebäude des Johanniter-Krankenhauses Oberhausen sowie des Evangelischen Krankenhauses Duisburg-Nord hinaus das gesamte Konzept der Illustration des Qualitätsberichts 2008 mit dem Bericht aus dem Jahr 2006, so fällt auf, dass der Qualitätsbericht für das Jahr 2008 in seiner graphischen Gestaltung teilweise stark abweicht.⁴²¹ ⁴²² Bereits die Titelseite wurde verändert: Während der

Duisburg trotz der einzelnen Links identisch sind. Lediglich der Qualitätsbericht des Evangelischen Krankenhauses Dinslaken weicht hiervon ab. Zum Vergleich siehe die Homepage des Evangelischen und Johanniter Klinikum Niederrhein unter: <http://www.ejk.de/startseite/qualitaetsberichte-des-klinikums/>. Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang, dass es sich hierbei nicht um einen Verstoß gegen die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses handeln muss, da dieser zwar für jeden Standort eines Krankenhauses einen eigenständigen Qualitätsbericht fordert, dennoch aber die Möglichkeit für Krankenhausträger einräumt, Qualitätsberichte für Krankenhäuser, die an einem regionalen Standort konzentriert sind, gemeinschaftlich zu verfassen. Vgl. hierfür Gemeinsamer Bundesausschuss 2007c: 5

⁴¹⁹ Da das Erdgeschoss vom unteren Bildrand abgeschnitten ist, wird auch die Erwartung des Betrachters nicht geweckt, eventuell Menschen als Hinweis auf Sozialität auf dieser Aufnahme zu sehen, so dass das Portrait weniger melancholisch wirkt als die ursprüngliche Aufnahme des Gebäudes im Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2006.

⁴²⁰ Ob diese Fotografie – analog zum Fotomaterial des Johanniter-Krankenhauses Oberhausen – ebenfalls in ein und demselben Fotoshooting aufgenommen wurde, aus welchem die Aufnahme „Betriebsteil 1 – Das Evangelische Krankenhaus Duisburg-Nord“ stammt, lässt sich trotz des ähnlich wirkenden Himmels nicht zwingend folgern.

⁴²¹ Hervorzuheben ist allerdings auch, dass sowohl das Inhaltsverzeichnis mit seiner Funktion des Information-Placement als auch die Einleitung inhaltlich nicht verändert wurden, was als ein Beleg für die ungekonnte Marketingpraxis einerseits und für die Krise des Klinikums Niederrhein bezüglich seiner Selbstverortung andererseits zu werten ist. Weiterhin gleichbleibend ist das graphische Element auf der Kopfzeile, der Schrifttypus und seine farbliche Gestaltung. Hieraus kann geschlossen werden, dass die Redakteure des Qualitätsberichts

Qualitätsbericht 2006 auf seiner Titelseite das Sujet „Werteorientierung“ mit der Abbildung einer Krankenschwester in sozialer Praxis betont, so wird nun eine Graphik in den Vordergrund gestellt:



Abb. III.1.35: Titelseite des EJK 2008⁴²²

trotz der Umgestaltung diese Elemente für das Corporate Design weiterhin als passend und zielführend erachtet haben.

⁴²² Entsprechend der Sparsamkeitsregel werden nur solche Aufnahmen oder graphischen Elemente analysiert, die für das veränderte Erscheinungsbild maßgeblich sind und zusätzlichen Erkenntnisgewinn über die Veränderung der Kommunikationsstrategie des Klinikums versprechen. Motive mit beispielsweise medizintechnischen Inhalten, die dem bereits analysierten Sujet ähneln oder gleichbedeutende Kernaussagen repräsentieren, werden wegen des zu erwartenden fehlenden Erkenntniszugewinns – ebenso wie sich wiederholende Aufnahmen – nachrangig behandelt, es sei denn, dass sie aus anderen Gründen – wie z.B. ein potentiell destruktiver Effekt auf die Kommunikationsstrategie – für das Forschungsinteresse dieser Analyse von Bedeutung sind.

Im Zentrum ist eine scherenschnittartige Graphik mit den Silhouetten einer Gruppe von Läufern in schwarz und zum Horizont hin abnehmenden Grautönen zu sehen. Zwei wellenförmig geschwungene, rote Linien verlaufen – von links und rechts sich verjüngend – auf die Brust des vordersten Läufers, der seine Arme in die Luft reckt. Hieraus entsteht der Eindruck, dass dieser Läufer als Sieger eine Ziellinie bei einem Leichtathletikwettbewerb passiert und das Zielband zerreißt. Links von dem Läufer ist die Sequenz „20 Jahre Herzzentrum“ zu lesen, was die Ankündigung eines Jubiläums von 20 Jahren impliziert. Rechts ist ein stilisiertes Herz aus einer blauen Hälfte links und einer roten Hälfte rechts abgebildet. Fuß- und Kopfzeile entsprechen in ihrer Gestaltung der alten Titelseite;⁴²³ lediglich ein kreisförmiges Element mit der ringförmigen Textsequenz „KTQ-Zertifikat“ und „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ ist zu dem wellenförmig, blauen Element der Kopfzeile hinzugetreten. Hierbei handelt es sich augenscheinlich um ein Zertifikat für das Qualitätsmanagement im Rahmen der Patientenversorgung, welches von der Gesellschaft KTQ, zu deren Gesellschaftern u. a. die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder der Hartmannbund gehören, in einem Zertifizierungsverfahren vergeben wurde. Die plakative Platzierung, das Zertifikat bereits auf die Titelseite zu setzen, muss in diesem Zusammenhang aber weniger als eine objektive Information auf eine von unabhängiger Stelle neutral geprüfte Auszeichnung, sondern vielmehr als ein Information-Placement der Marketingpraxis verstanden werden.

Insgesamt verwundert diese Titelseite, die bezüglich ihrer graphischen Gestaltung eher an eine unambitionierte Werbung für eine Sportveranstaltung erinnert und Assoziationen wie physisches Leistungsvermögen und Fitness, Kraft und Ausdauer und somit körperliche Gesundheit evoziert, als an ein Herzzentrum, in welchem Patienten mit kardiologischen Erkrankungen behandelt werden, die in der Regel nicht über eine Konstitution zur körperlichen Belastung eines Wettlaufs verfügen. Die einzig tragfähige Lesart in Bezug auf die Aussage dieser Titelseite deutet aber genau in diese Richtung, dass ein Gebrauchswertversprechen auf eine derartige Rekonstitution der Gesundheit gegeben wird, welche die Teilnahme an einem Wettlauf nach der Behandlung im Klinikum Niederrhein zu ermöglichen vermag. Schlussendlich bagatellisiert eine solche Botschaft die Ernsthaftigkeit einer kardiologischen Erkrankung, übersieht den Patienten in seiner ganzen Person und wirkt

⁴²³ Allerdings ändert sich der Bezug auf die gesetzliche Obliegenheit: Wurde im Qualitätsbericht 2006 der Subtitel „gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V [...]“ aufgeführt, so wird nun auf den Gesetzestext „§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V“ verwiesen, der nun offenbar die Erstellung von Qualitätsberichten regelt und als Ausdruck einer Veränderung der legislativen Verordnung zu interpretieren ist, welcher das Klinikum Niederrhein Folge zu leisten hat.

sich so kontraproduktiv auf das Ziel einer positiven Imagebildung aus. Wirkte das ursprüngliche Titelbild artifiziell überhöht und maniert, so besitzt diese Titelseite dagegen einen unambitionierten und gleichzeitig unbedachten Charakter. Auch hier zeigt sich die Strategie der Redakteure, den Qualitätsbericht für das Jahr 2008 Veränderungen zu unterziehen, woraus sich erneut ihre Absicht zu einer Verbesserung der Kommunikationspolitik ableiten lässt. Ob jedoch in diesem Zusammenhang das Ziel einer Imageaufwertung erreicht wurde, erscheint zweifelhaft.

Als nächstes graphisches Element, das im Qualitätsbericht 2006 noch nicht enthalten war und das auf der dem Inhaltsverzeichnis folgenden Seite positioniert ist, schließt sich erneut das Siegel der KTQ-Zertifizierung an:



Abb. III.1.36: „Das KTQ-Zertifikat“

Die Kernbotschaft ist hier eindeutig: Die Redakteure betonten noch einmal die Zertifizierung des Klinikums durch eine neutrale und unabhängige Stelle und geben damit ein Gebrauchswertversprechen auf die nachprüfbare Qualität bei der Patientenversorgung.⁴²⁴

⁴²⁴ Ein Abdruck des Zertifikats findet sich erneut auf Seite 20 des Qualitätsberichts. Auf Seite 22 ist ein vom Klinikum erstelltes Logo mit einem blauen und einem roten Händeabdruck zu sehen, das als eine Aktion des Hygienemanagements zur Desinfektion der Hände mit dem Slogan „Desinfektion... ...dran gedacht? Aktion saubere Hände“ aufruft. Das gleiche kreisrunde Logo ist auf Seite 24 mit der Textsequenz „Helfen, heilen, vorbeugen, desinfizieren. Aktion saubere Hände“ variiert. Weiterhin folgt als nächstes graphisches Element eine Zertifizierungsurkunde zur Stroke-Unit auf Seite 28. Hieraus kann wiederum ein Indiz dafür abgeleitet werden,

Durch die Platzierung hinter das Inhaltsverzeichnis und vor die Einleitung wird der Eindruck eines Information-Placement evident und legt den Schluss nahe, dass die Kommunikationsstrategie mit dem Versprechen auf Werteorientierung des Klinikums nun zu Gunsten auf die Kernbotschaft einer durch objektive Prüfungen legitimierten hohen Behandlungsqualität sowie konkreter Maßnahmen des Qualitätsmanagements ausgerichtet wird.

Als ein nächstes vom Qualitätsbericht 2006 abweichendes Motiv schließt sich ein Gruppenfoto an:



Abb. III.1.37: „Die Auszeichnung“

Das Foto zeigt sechs Personen, von denen zwei weiblich und vier männlich sind. Bis auf die Person links, bei der sofort ersichtlich ist, dass es sich um den Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann, handelt, tragen alle anderen Ansteckschilder, deren Text allerdings auf Grund der Größe nicht erkennbar ist. Dem Umstand entsprechend, dass Ansteckschilder im Allgemeinen die Funktion bzw. die Rolle

dass das Klinikum seine Kommunikationspolitik mit der Kernbotschaft eines transparenten und unabhängig bewerteten Qualitätsmanagements nun neu ausrichtet.

ihres Trägers sowie seine Zugehörigkeit zu einem spezifischen Kontext professioneller Praxis ausweisen und damit die Funktion einer Legitimierung erfüllen, ist darauf zu schließen, dass es sich hier um Repräsentanten des Klinikums Niederrhein handelt.⁴²⁵ Die männlichen Personen tragen dunkle Anzüge und Krawatten. Die beiden weiblichen Personen stehen aus der Perspektive des Betrachters am rechten Bildrand. Die Person ganz rechts trägt einen schwarzen Hosenanzug. Die Person links von ihr ist mit einer weißen Hose, braunem Gürtel und einer beige Jacke über einer weißen Bluse bekleidet. Im Hintergrund sind zwei Plakate, die an einem Stativ befestigt sind, sowie eine weiße Wand zu sehen, die mit einem kadmium-orangen Segment farblich abgesetzt ist. Die beiden männlichen Personen in der Mitte halten ein in einem silbernen Rahmen eingefasstes Schriftstück gemeinsam der Kamera entgegen. Das Dokument ist in der Mitte von dem weißen Hintergrund blau abgesetzt. Die einzige Sequenz, die für den Betrachter zu lesen ist, ist die grüne Überschrift: „Auszeichnung“.

Bereits an dieser Stelle kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Szene die Verleihung einer Auszeichnung an das Klinikum Niederrhein durch den Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen darstellt. Die Aufnahme entspricht dem Genre der Portraitfotografie und besitzt somit eine Erinnerungsfunktion, wirkt aber laienhaft durchgeführt. Die Stimmung scheint gelöst, ungezwungen und bedingt durch den Sachverhalt, dass fast alle Personen außer dem in der Mitte stehenden Mann links an der Kamera vorbeischaun, flüchtig, wodurch der Aufnahme dennoch ein eher authentischer als ein ins letzte Detail inszenierter Charakter verliehen wird.⁴²⁶ ⁴²⁷ Dieser Eindruck wird durch die laienhafte Umsetzung der Szenerie noch verstärkt. Für die Gesamterscheinung des Qualitätsberichts lässt sich hiermit festhalten, dass wiederum ein neues Sujet eingeführt wird, das im Qualitätsbericht für das Jahr 2006 noch keine Beachtung gefunden hat und in seiner Kernbotschaft aber mit der Aussage des Zertifikats übereinstimmt: Es wird ein Gebrauchswertversprechen für eine Patientenbehandlung auf höchstem Niveau unter

⁴²⁵ Denkbar sind in diesem Zusammenhang die Mitglieder der Geschäftsführung.

⁴²⁶ Aufnahmen von Auszeichnungen oder Preisverleihungen sind oftmals dadurch gekennzeichnet, dass die Personen, an welche die Ehrungen adressiert sind, nicht in den Fokus der Kamera blicken, sondern an ihr vorbei in Richtung eines möglichen Publikums. Zu konstatieren ist hier überdies, dass die Personen sich bewusst darüber sein müssen, dass sie gerade fotografiert werden. Dass sie dennoch eine legere Körperhaltung einnehmen und nicht in die Kamera blicken, verstärkt den Eindruck einer lockeren Atmosphäre der Szene und damit ihre Authentizität.

⁴²⁷ In diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, dass der Fotograf bei der Gruppe der abgebildeten Personen nicht um Aufmerksamkeit gebeten hat, da sonst eine inszeniertere Haltung sowie eine Blickaufnahme mit der Kamera durch die Personen zu erwarten gewesen wäre. Dennoch handelt es sich hier nicht um einen klassischen „Schnappschuss“, weil die Personen sich darüber klar sein mussten, dass ein Fotograf im Raum anwesend war und sie bei dieser offiziellen Veranstaltung fotografiert würden. Außerdem verhält sich die männliche Person, die hauptsächlich die Urkunde in ihren Händen hält, in einer für die Portraitfotografie typischen Positur und Mimik.

Berufung auf neutrale, vom Klinikum unabhängige Instanzen unterstrichen, die dem Leser des Qualitätsberichts gegenüber für dieses Versprechen die Funktion eines Leumunds erfüllen sollen. In diesem Fall handelt es sich um ein hochrangiges Mitglied der Landesregierung, den Landesminister Karl-Josef Laumann, dessen Position alleine bereits die Legitimität dieser Auszeichnung verbürgt.

Die Abbildungen „Das KTQ-Zertifikat“ und „Die Auszeichnung“ können dementsprechend als ein neues Sujet in der Kommunikationsstrategie des Klinikums verstanden werden, welches im Qualitätsbericht für das Jahr 2006 noch nicht enthalten war: „Bürgerschaft durch Dritte“. ⁴²⁸ Dabei fungiert es zur Authentifizierung des Gebrauchswertversprechens auf eine hohe Behandlungsqualität und ersetzt das ursprünglich im Qualitätsbericht 2006 enthaltene Sujet „Werteorientierung“, dessen Versprechen schlussendlich als Produkt der eigenen Kommunikationspolitik für den Leser in letzter Konsequenz nicht überprüfbar ist. Interpretiert werden kann es als eine Steigerung des ursprünglichen Gebrauchswertversprechens „Werteorientierung“ und betont dem Leser gegenüber nun die durch anerkannte Instanzen legitimierte Vertrauenswürdigkeit des Klinikums Niederrhein.

Als weitere graphische Neuerung des Qualitätsberichts 2008 werden Portraitfotos der Chefarzte in den einzelnen Kapiteln des Teils „B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen“ aufgeführt.⁴²⁹



Abb. III.1.38: „Der Chefarzt“

⁴²⁸ Zu schließen ist überdies, dass eine solche Zertifizierung im Jahr 2006 noch nicht vorlag, da sie sonst als Imagekampagne genutzt worden wäre. Gleiches gilt für die Auszeichnung.

⁴²⁹ Im Folgenden wird für die Portraitfotos der Chefarzte die erste Abbildung dieses Sujets stellvertretend für die weiteren Chefarzte exemplarisch analysiert

Abgebildet ist ein etwa 50- bis 55-jähriger Arzt in einem weißen Arztkittel. Sein dunkles, mittellanges Haar ist sorgsam zu einem Seitenscheitel gekämmt. Der Arzt trägt eine ovale Brille mit einem zierlichen, dunklen Gestell und schielt leicht. Sein Mund ist leicht geöffnet, als wolle er lächeln, und der Oberkörper ist etwas nach vorne geneigt. Bei der Aufnahme handelt es sich um ein Portrait in Form eines Bruststücks aus der Frontalansicht.

Der Hintergrund ist komplett verschwommen, nur links ist ein helles Objekt mit schwarzen und kobalttürkisen Segmenten zu sehen, das als eine technische Apparatur – wie ein Überwachungsmonitor oder ein Computerbildschirm – interpretiert werden kann.

Insgesamt wirkt das Portrait für dieses Genre nicht überzogen inszeniert. Vielmehr entsteht der Eindruck, als hätte der Fotograf etwas zu früh oder zu spät den Auslöser betätigt. Eventuell bestand aber auch bei dem Arzt eine gewisse Unsicherheit über die einzunehmende Pose bzw. Mimik. Letztendlich wirkt die Umsetzung des Portraits laienhaft. Über die Ebene der Umsetzung hinaus muss aber die Platzierung von Portraitfotos der Chefärzte der jeweiligen Abteilungen im Kapitel „B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen“ als ein neues Sujet gewertet werden, das ein eigenes Ziel verfolgt. Dieses Sujet gibt den Fachabteilungen ein „Gesicht“, so dass das Ziel dieser Kommunikationsstrategie dementsprechend als Personifikation des Klinikums verstanden werden kann.

Anhand der Sujets „Bürgerschaft durch Dritte“ und „Personifikation“ wird ersichtlich, dass das Klinikum eine bewusste Umorientierung innerhalb seiner Kommunikationspolitik mittels zweier neuer Strategien vorgenommen hat. Hieraus lässt sich ableiten, dass die Redakteure die ursprüngliche Strategie, den Qualitätsbericht 2006 mit den dominanten Sujets „Werteorientierung“ und „Medizintechnik“ zu gestalten, für das Berichtsjahr 2008 als unpassend erachtet haben. Darüber hinaus ist es ein Beleg für die Auseinandersetzung mit der eigenen Kommunikationsstrategie, die offensichtlich auch aus der Perspektive der Redakteure im Qualitätsbericht 2006 ihr Ziel nicht erreicht hat oder unter ihren Möglichkeiten verblieb. Somit deuten die beiden neuen Sujets „Bürgerschaft durch Dritte“ und „Personifikation“ auf einen Suchprozess hin zur Verbesserung der Außendarstellung. Schlussendlich ist dieser Umstand ein neuer Beleg für die Fallstrukturhypothese, dass das Klinikum Niederrhein sich in einer Krise bezüglich seiner Selbstverortung und damit auch seiner Kommunikationspolitik befindet. In Bezug auf den Charakter dieses Transformationsprozesses des Suchens nach einer

aus der Perspektive der Redakteure adäquaten Kommunikationsstrategie verbleiben in diesem Zusammenhang nur zwei Möglichkeiten: Entweder handelt es sich um einen transitorischen Prozess, der in Richtung eines professionellen Marketings weist und so Aufschluss darüber gibt, dass das Klinikum Niederrhein nun die selbstgewählte Verortung als ein Unternehmen internalisiert hat und dementsprechend agiert, oder die Kommunikationspolitik des Klinikums Niederrhein verbleibt mit einer weiterhin brüchigen und unprofessionellen Marketingstrategie ambivalent. Im letzteren Fall müsste hieraus eine Beharrlichkeit der im Qualitätsbericht 2006 identifizierten Krise des Klinikums gefolgert werden.

Um diese Fragestellung zu klären, ist im Folgenden nachzugehen, ob und welche weiteren neuen oder auch bereits bekannten Elemente in der Gestaltung des Qualitätsberichts 2008 auftauchen: Neben den neuen Sujets „Bürgerschaft durch Dritte“ und „Personifikation“ in der Kommunikationspolitik des Klinikums Niederrhein folgen nun aber nur noch Aufnahmen des bereits in der Analyse des Qualitätsberichts 2006 explizit erörterten Sujets „Medizintechnik“ und eine aus der Reihe „Werteorientierung“.⁴³⁰ Weiterhin schließen sich noch 16 Portraits der Chefärzte einzelner Abteilungen an, von denen die erste Aufnahme stellvertretend oben analysiert wurde. Bei den Aufnahmen des Sujets „Medizintechnik“ fällt auf, dass neben einigen neuen Aufnahmen medizintechnischer Geräte wie einem Wagen mit OP-Besteck, der in zwei Versionen variiert wird, einem Dialysegerät oder der Abbildung von zwei Kunststoffbeuteln mit einer Kochsalzlösung für Infusionen auch bereits aus dem Qualitätsbericht 2006 bekannte Motive wieder aufgenommen wurden.⁴³¹ Dies sind im Einzelnen der Reihenfolge nach: „Das Stationszimmer“, „Mensch und Technik – CT-Aufnahme-2“, „Das Mikroskop“, „Augenheilkunde – Apparatedizin“, „Mensch und Technik – Apparatedizin 3“ und „Mensch und Technik – Apparatedizin“. Außer dem Sujet „Medizintechnik“, das keine neue Aussage in sich trägt, sticht schlussendlich eine Aufnahme heraus, die bereits ebenfalls im Qualitätsbericht 2006 enthalten war und sich durch ihr eklatantes Missverhältnis zwischen vorgegebenem Anspruch und faktischer Realität maßgeblich negativ auf die Kommunikationspolitik des Klinikums auswirkt: „Beim Malen“.

⁴³⁰ Dabei handelt es sich um die letzte Aufnahme des Qualitätsberichts 2006 „Die Krankenschwester“, die im Abgleich mit anderen Abbildungen des Sujets weniger Wirkung auf den Betrachter als das Titelbild oder etwa „Ärzte bei der Diagnostik“ erzielt. Weiterhin übernommen wurden das Portrait des Patientenführersprechers und die Aufnahme des Gebäudes des Herzzentrums Duisburg.

⁴³¹ Die Aufnahmen des Sujets „Medizintechnik“ liefern in diesem Zusammenhang auf Grund ihrer inhaltlichen Nähe und gleichen Ästhetik keinen neuen Informationsgewinn und sind praktisch mit den Aufnahmen des gleichen Sujets im Qualitätsbericht 2006 austauschbar.

Vergleicht man auf Grundlage dieser Bilanz den Gesamteindruck des Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2008 mit dem Qualitätsbericht 2006, so lassen sich folgende Schlussfolgerungen für den Typus der Kommunikationspolitik des Klinikums Niederrhein ziehen: Das Sujet „Werteorientierung“, das den Qualitätsbericht 2006 u.a. dominierte, ist in dem Qualitätsbericht für das Jahr 2008 lediglich durch die Aufnahme „Die Krankenschwester“ vertreten, wurde somit für das Berichtsjahr 2008 praktisch aufgegeben und durch die Sujets „Bürgerschaft durch Dritte“ und „Personifikation“ ersetzt. Diese Strategie rückt die Kommunikationspolitik des Klinikums partiell eher in die Richtung einer werbenden Öffentlichkeitsarbeit als in die Richtung der suggestiven Gebrauchswertversprechen des Sujets „Werteorientierung“ im Qualitätsbericht 2006, da dem Leser reale Fakten präsentiert werden, auch wenn die damit verbundene Absicht zur Aufwertung des Images offensichtlich ist.

Trotz dieser umfassenden Umgestaltung des Layouts verbleiben als wesentliche Elemente des Qualitätsberichts 2008 dagegen das Information-Placement des Inhaltsverzeichnisses und die Einleitung mit ihren einerseits wohlklingenden, aber substanzlosen Werbeslogans und der in ihr enthaltenen Offenbarung einer umfassenden Krise der Selbstverortung andererseits. Auch die entwürdigende Momentaufnahme zweier Patientinnen „Beim Malen“ wurde nicht ausgewechselt, die nicht nur laienhaft umgesetzt ist, sondern auch durch ihren Inhalt die manipulative Wirkung sowohl des Sujets „Werteorientierung“ als auch der textlichen Werbebotschaften entlarvt und so der Kommunikationspolitik ein negatives Image verleiht. Unter Einbezug des Umstands einer tiefgreifenden Umkonzeptionierung gilt hier überdies zu vermuten, dass die Redakteure nicht nur nicht das negative Potential dieser Aufnahme für das Image des Klinikums erkannt haben, sondern es noch als imagefördernd auffassen und es erneut in den Qualitätsbericht einbinden.⁴³² Dieser Gesamteindruck wird überdies noch zusätzlich unterstrichen durch die zwar neu gestaltete Titelseite, die aber ebenfalls mit ihrem bagatellisierenden Charakter dem Qualitätsbericht 2008 ein für seine Zwecke ebenfalls unangemessenes Erscheinungsbild verleiht.

Vor dem Hintergrund der Fragestellung, ob es sich nun um einen transitorischen oder einen ambivalenten Typus der Kommunikationspolitik im Rahmen der Außendarstellung des Klinikums Niederrhein handelt, können die Ergebnisse wie folgt zusammengefasst werden: Die ursprüngliche Kommunikationsstrategie des Qualitätsberichts 2006 wurde von den

⁴³² Hieraus lässt sich ein weiterer Beleg für die Unprofessionalität der Kommunikationspolitik ableiten.

Redakteuren für das Berichtsjahr 2008 als unzulänglich befunden und weitgreifend überarbeitet und um zwei neue Sujets erweitert. Die wesentlichen Kernaussagen als Ausdruck einer unprofessionellen Marketingpraxis sind aber mit der Einleitung und dem Inhaltsverzeichnis identisch geblieben. Dementsprechend müssen trotz der Überarbeitung beide für die Kommunikationspolitik konstitutiven Elemente von den Redakteuren als entsprechend bewertet worden sein: Ihr kontraproduktiver Charakter wurde nicht erkannt. Gleiches gilt für die Aufnahme „Beim Malen“, die mit der Darstellung des realen Klinikalltags die für das Image des Klinikums negativste Wirkung erzielt. Hieraus erklärt sich das Ergebnis eines ambivalenten Typus der Kommunikationspolitik für den Fall des Klinikums Niederrhein, das einerseits offensichtlich Marketing durch eine suggestive Kommunikationspolitik zu betreiben versucht, was in sich bereits als Ausdruck der akzelerierenden Ökonomisierung des Krankenhaussektors zu interpretieren ist und als Folge dieser eine Krise der eigenen Selbstverortung verursacht, allerdings andererseits dieses Ziel in der Umsetzung gänzlich verfehlt.

Dem empirischen Kontrastdesign entsprechend, das in der theoretischen Diskussion bereits dargelegt wurde, wird nun die Analyse eines solchen Qualitätsberichts angestrebt, der in seiner Fallstruktur einen marketingaversen Charakter aufweist.

III.2 Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

III.2.1 Die Titelseite des Qualitätsberichts 2006

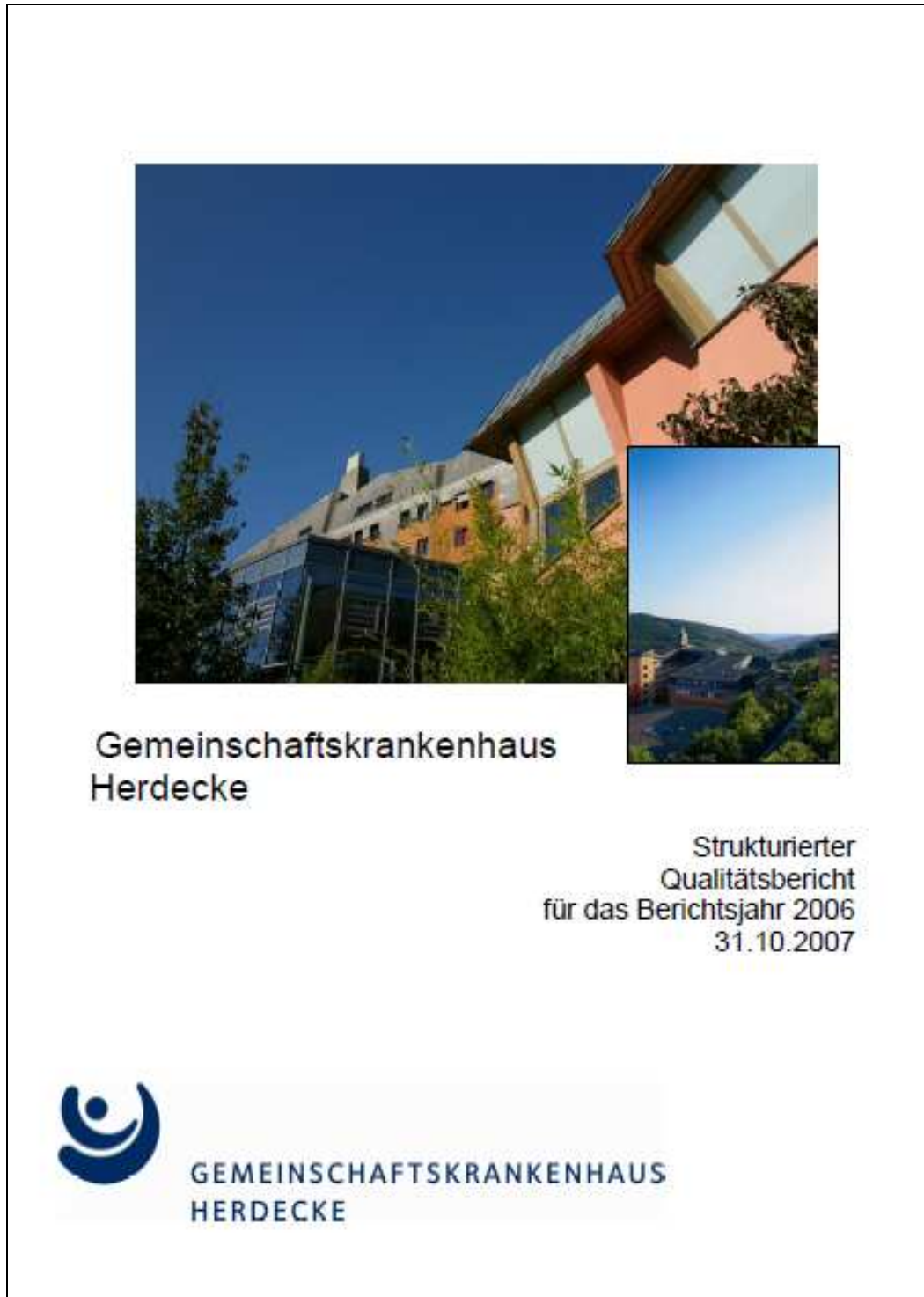


Abb. III.2.1: Die Titelseite des Qualitätsberichts 2006^{433 434}

⁴³³ Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke 2007. Der gesamte Qualitätsbericht findet sich online unter der URL: http://www.gemeinschaftskrankenhaus.de/Dateien/Service/GKH_Qualitaetsbericht_2006.pdf

Die Titelseite wird dominiert durch zwei Fotografien in der oberen Hälfte, die dem Betrachter als Collage präsentiert werden. Beide zeigen offensichtlich zwei Perspektiven ein und desselben Gebäudes:



Abb. III.2.2: Fotocollage der Titelseite

Die größere Abbildung präsentiert einen von unten her aufgenommenen Ausschnitt des Gebäudes: Im Vordergrund sind Buschwerk – u.a. ein Pfeilbambus – und ein dunkler Laubbaum vor einem gläsernen Vorbau zu sehen. Dahinter erhebt sich das Gebäude, welches in seiner organischen Farbigkeit hinten gelblich-ockerfarben und weiter vorne lachsfarben verputzt ist.⁴³⁵ Über dem gräulichen Betondach ist ein wolkenloser Himmel zu erkennen, der ungefähr die Hälfte der Abbildung einnimmt.

Die verwundenen und in sich mehrfach verwinkelten Fassadensegmente und überhängenden Dachgauben sowie die Farbwahl des Putzes spiegeln in ihrem Gesamteindruck einen organischen Baustil wider, der für die anthroposophische Architektur Rudolf Steiners oder

⁴³⁴ Der Rahmen wurde zur besseren Abgrenzung nachträglich eingefügt.

⁴³⁵ Der schwarze Rand um die Titelseite wurde aus Gründen der besseren Übersicht und zur Kennzeichnung der originalen Seitengestaltung des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke nachträglich zugefügt. Das graphische Element in der Kopfzeile des Qualitätsberichts des Evangelischen und Johanniter Klinikums Niederrhein machte dies überflüssig.

Carl Kempers typisch ist.⁴³⁶ ⁴³⁷ Das Gebäude ist langgestreckt und mindestens sechs Stockwerke hoch, ohne das Dachgeschoss mitzubersichtigen. Dementsprechend handelt es sich um einen für anthroposophische Bauten extrem großen Komplex mit einer spezifischen Funktion, so dass ein Privathaus ausgeschlossen werden kann und ein öffentlicher Verwendungszweck zwingend erscheint. Anthroposophische Architektur findet im Kontext einer öffentlichen Funktion in Deutschland besonders bei Waldorfschulen und –kindergärten oder Lehrinstituten Verwendung, deren Ausbildung auf den künstlerisch-menschenkundlichen Lehren Rudolf Steiners wie beispielsweise dem Studium der Heilpädagogik oder Heileurythmie basiert. Für ein Schul- oder Kindergartengebäude bzw. ein Ausbildungsinstitut erscheint das Gebäude allerdings dennoch zu groß und zu hoch, da Waldorfschulen eher als flachere Komplexe mit kappenartigen Dächern entworfen werden. Somit scheidet ein primär pädagogischer Verwendungszweck aus. Viel seltener dagegen wird dieser organische Baustil für Krankenhäuser und andere Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens wie Senioren- oder Pflegeheime eingesetzt.⁴³⁸ In Deutschland allerdings existieren drei Krankenhäuser mit einem solchen Baustil und in einer ungefähr vergleichbaren Größe: die Filderklinik in Stuttgart, die Klinik Öschelbronn und das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke.⁴³⁹ Welche Einrichtung in dieser Aufnahme dargestellt ist, lässt sich an dieser Stelle aber noch nicht zweifelsfrei beurteilen.

Insgesamt handelt es sich bei der Aufnahme um eine artifizielle Fotografie: Der Fotograf wählte nur einen Ausschnitt des Gebäudes, so dass ein monolithischer Eindruck trotz der nach oben gerichteten Perspektive verhindert wird. Ebenso wird eine mögliche Erwartung des Betrachters auf Menschen als Repräsentation sozialer Praxis bereits im Vorfeld durch diese Perspektive erst gar nicht erweckt, so dass diese potentielle Erwartung auch nicht enttäuscht werden kann.⁴⁴⁰ Obwohl das Gebäude offensichtlich mehrere Stockwerke hoch ist, geht nicht zuletzt durch die Begrünung im Vordergrund ein fast idyllischer Ausdruck von der Aufnahme aus. Auf Grund des warm wirkenden Lichts, des wolkenlosen Himmels und der Vegetation kann ein Entstehungszeitpunkt im Sommer vermutet werden. Dieser Umstand verleiht dem

⁴³⁶ Vgl. Kugler 1979: 107 ff.

⁴³⁷ Zur anthroposophischen Architektur Carl Kempers siehe Raske 1984: 15 ff.

⁴³⁸ Eine andere Lesart als die Abbildung eines öffentlichen Gebäudes mit der Funktion einer Lehranstalt, eines Krankenhauses oder eines Heimes im Stil anthroposophischer Architektur erübrigt sich in Ermangelung kompatibler Alternativen.

⁴³⁹ Bauten im anthroposophischen Architekturstil, die eine vergleichbare Größe aufweisen, sind das Hermann-Keiner-Haus in Dortmund und das Haus Aja Textor-Goethe, bei denen es sich um Seniorenheime handelt.

⁴⁴⁰ Hier sei nur kurz darauf verwiesen, dass die Fotografie des evangelischen Krankenhauses Duisburg-Nord im Qualitätsbericht 2008 aus einer ähnlichen Perspektive aufgenommen wurde und das Erdgeschoss durch den unteren Bildrand abgeschnitten ist. Dies mag ein Grund mit dafür sein, dass diese Abbildung – trotz ihres monolithischen Charakters – ästhetisch ansprechender als die Aufnahme im Qualitätsbericht 2006 erscheint.

Klinikportrait überdies einen ansprechenden und sympathischen Charakter. Somit kann diese Fotografie einerseits als artifizielles Produkt eines kompetenten Fotografen, der die Gebäudeaufnahme gekonnt zur positiven Außendarstellung eines Krankenhauses umgesetzt hat, und andererseits als Protokoll interpretiert werden, das beim Betrachter einen durchaus sympathischen Eindruck hinterlässt und die Assoziation von Geborgenheit zu evozieren vermag.

Die sehr viel kleinere Aufnahme unten rechts ist in einem Hochformat gestaltet, überlappt teilweise die Abbildung im Zentrum der Seite und ist mit einem dünnen schwarzen Rahmen zur Abgrenzung beider Fotografien voneinander versehen. Hier ist sofort ersichtlich, dass es sich um eine Luftbildaufnahme und damit ebenfalls um eine artifiziiell erstellte Fotografie handelt, die darüber hinaus aber zwingend professionell geplant und ausgeführt worden sein musste. Abgebildet sind diverse Gebäudekomplexe im gleichen Architekturstil wie in der großen Aufnahme. Neben den Komplexen sind Laubbäume zu erkennen und im Hintergrund erstrecken sich bis zum Horizont bewaldete Hügelketten, so dass auch hier von einem Aufnahmezeitpunkt im Sommer oder dem späten Frühling auszugehen ist. Der leicht kühl wirkende, weiß-blaue Himmel, der mehr als die Hälfte der Aufnahme einnimmt, und das von rechts einfallende Licht der noch tiefstehenden Sonne lassen auf einen Entstehungszeitpunkt des Fotos in den Morgenstunden schließen.

Zusammenfassend stellen beide Aufnahmen jeweils ein artifizielles graphisches Element dar. Sie erwecken beide den Eindruck eines idyllisch gelegenen Gebäudekomplexes und betonen den Himmel, der beim Betrachter Assoziationen wie Weite und Offenheit zu erwecken vermag. Ein harmonischer Gesamteindruck entsteht über den gestalterischen Einbezug des Himmels hinaus durch die Unterschiedlichkeit der Perspektiven: Wurde in der großen Abbildung eine aufsteigende Perspektive gewählt, so blickt der Betrachter bei der Luftbildaufnahme auf den Gebäudekomplex herunter, wodurch ein perspektivisches Gleichgewicht entsteht.⁴⁴¹ Lediglich der schwarze Rahmen der Luftbildaufnahme, dem zweifelsfrei die Funktion einer Abgrenzung der Fotos voneinander zukommt, wirkt etwas unpassend gewählt, da eine schwarze Einrahmung leicht die Konnotation einer Trauerkarte evozieren kann. Dies wird besonders am rechten Bildrand deutlich, der rechts seitlich von der großen Aufnahme einen harten Kontrast zum weißen Hintergrund der Titelseite bildet. Auch die Kompositionslogik der Collage, das größere Foto an seinem rechten unteren Rand durch

⁴⁴¹ Zu konstatieren ist hier überdies, dass das überlappende Foto rechts unten eher einen asymmetrischen Eindruck bewirkt.

eine kleine Aufnahme zu verdecken, erscheint aus ästhetischen Gründen nicht zwingend bzw. für die gesamte Bildwirkung nicht förderlich, da hierdurch den Einzelaufnahmen der Raum zur Entfaltung einer eigenen Suggestionskraft entzogen wird. Somit entsteht ein ästhetisches Missverhältnis zwischen der Artifizialität der Einzelaufnahmen und der Fotocollage, die beide in sich vereinigt und gleichzeitig ihre Qualität mindert. Dieser Umstand gibt Grund zu der Annahme, dass die Aufnahmen nicht aus aktuellem Anlass der Erstellung des Qualitätsberichts angefertigt wurden, um ein möglichst artifizielles Titelmotiv als Blickfang zu instrumentalisieren, sondern wahrscheinlich in einem Bilderarchiv bereits vorhanden waren, da sonst eine ambitioniertere Gestaltung dieses graphischen Elements zu erwarten gewesen wäre.⁴⁴² Dennoch überwiegt beim Betrachter der idyllische Eindruck der Bildinhalte, was wiederum als ein Beleg für ihre Qualität zu interpretieren ist: Insgesamt kann somit die Collage als Ausdrucksgestalt eines konservativ-unambitionierten Designs verstanden werden, die einerseits – bedingt durch die Motive und die offensichtlich fotografische Kompetenz in der Umsetzung – einen eigenen ästhetischen Wert für sich beanspruchen kann und wiederum andererseits sachlich und maßvoll verbleibt.⁴⁴³ Außerdem weist die Platzierung der Collage vor einem einfachen, weißen Hintergrund nicht auf den Versuch hin, die Gestaltung der Titelseite weiter artifiziert zu überhöhen. Somit kann die Fotocollage auch eher als ein Produkt konservativer Öffentlichkeitsarbeit als das einer Marketing- oder Kommunikationsstrategie mit werbender Botschaft interpretiert werden.

Unter der Collage ist als nächstes Gestaltungselement eine große Textsequenz zu sehen:

(1) „Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke“

Die Sequenz ist in der Schriftart ArialMT und Schriftgröße 24 gestaltet. Bei dem ersten Element „Gemeinschaftskrankenhaus“ handelt es sich um ein Kompositum mit dem Kern „Gemeinschaft“ und dem Kopf „Krankenhaus“. „Gemeinschaft“ bezeichnet in diesem Zusammenhang ein Kollektiv ganzer Personen und unterscheidet sich dadurch von einer Gesellschaft, deren Wesensmerkmal sich durch das Vorhandensein von Rollenträgern oder Vertragspartnern konstituiert.⁴⁴⁴ Der Kopf „Krankenhaus“ benennt eine Einrichtung zur

⁴⁴² Der Umstand, dass hier nicht nur eine Fotografie sondern eine Fotocollage eingefügt wurde, ist aber bereits in sich ein Beleg für die grundsätzliche Intention, ein artifizielles Element auf der Titelseite zu platzieren – auch wenn die Ausführung unambitioniert verbleibt.

⁴⁴³ Der maßvolle Eindruck erklärt sich nicht zuletzt dadurch, dass hier die Faktizität eines Gebäudes in den Mittelpunkt gestellt wird und nicht ein suggestives Gebrauchswertversprechen.

⁴⁴⁴ Oevermann 1996: 89

Behandlung und Versorgung von Patienten. Bereits hier kann somit geschlossen werden, wen der Kern des Kompositums adressiert: Die Zielgruppe dieses Krankenhauses wird als Kollektiv ganzer Personen wahrgenommen und nicht auf einzelne Vertragspartner im Sinne einer Kundenbeziehung reduziert, womit sich ein humanistisch-holistischer Anspruch bereits im Namen des Krankenhauses ausdrückt. Dabei wird das Kollektiv der Patienten nicht durch eine nähere Bestimmung exklusiv eingeschränkt, was impliziert, dass prinzipiell jeder Patient von vornherein mit einbezogen wird.

Hierauf folgt „Herdecke“. Herdecke ist eine Stadt, die an die Städte Witten, Dortmund und Hagen angrenzt. Mit dieser Sequenz klärt der Textproduzent den Leser nun schlussendlich auf, um welche Einrichtung es sich hierbei handelt: Das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke als erstes von dem Neurologen Gerhard Kienle 1969 gegründete anthroposophische Krankenhaus in Deutschland.

Auffällig ist bei der Gestaltung, dass die Sequenz in zwei Zeilen aufgeteilt ist und „Herdecke“ nicht bündig unter „Gemeinschaftskrankenhaus“ gesetzt wurde, sondern nach links übersteht.⁴⁴⁵ Hieraus entstehen prinzipiell zwei Lesarten:

- (1) Der Textproduzent hat die Sequenz absichtlich so formatiert, dass „Herdecke“ links überhängt, um dieses Element zu betonen.
- (2) Die Sequenz wurde nachlässig und unbeabsichtigt überhängend formatiert.

Lesart (1) stellt auf eine intentionale Hervorhebung der Sequenz „Herdecke“ ab. Dies würde allerdings einer sehr dezenten Betonung gleichkommen, da eine Akzentuierung durch einen größeren Schriftsatz oder Fettdruck sehr viel eindeutiger wäre und die Einprägung beim Leser erleichtern würde. Auch eine exponiertere Platzierung wäre in diesem Zusammenhang denkbar. Dagegen erscheint aber auch die Lesart (2) mit der Möglichkeit einer unsachgemäßen Formatierung als nicht zwingend, da bei genauerer Betrachtung beider Zeilen offensichtlich wird, dass die Breite des Überhangs gerade ungefähr einem halben Leerzeichen entspricht und ein unbeabsichtigtes Einfügen eines ganzen Leerzeichens mittels eines Textverarbeitungsprogramms ausschließt. Hieraus leitet sich der Schluss ab, dass eine

⁴⁴⁵ Unter Einbezug dieser Textsequenz in den Gesamteindruck der Titelseite nivelliert die Größe und die schwarze Schriftfarbe die Konnotation einer Trauerkarte, die mit der schwarzen Rahmung der Luftbildaufnahme prinzipiell denkbar wäre.

intentionale Formatierung mittels des Setzens eines Tabstopp, um hierdurch eine dezente Ausrückung nach links zu erzeugen, naheliegender erscheint.

Setzt man die Textsequenz dieser Lesart entsprechend in Beziehung zu der Collage der beiden Aufnahmen des Gemeinschaftskrankenhauses und bildet imaginäre Linien entlang der äußeren Eckpunkte der Fotos sowie der zweizeiligen Textsequenz, so entsteht ein sich nach oben verjüngendes Trapez, das zwar nicht gleichschenkelig ist, dem Erscheinungsbild aber grundsätzlich durch die geometrischen Bezüge zwischen Textsequenz und Fotos den Anschein eines Gleichmaßes verleiht und die Asymmetrie der Fotocollage abschwächt:



Abb. III.2.3: Trapezform der zentralen Elemente der Titelseite

Insgesamt erfüllt die Textsequenz damit zwei Aufgaben: Erstens bewirkt sie auf der gestalterischen Ebene den Eindruck eines geometrischen Gleichmaßes und verstärkt die nach oben gerichtete Perspektive der großen Aufnahme, indem sie eine imaginäre Beziehung zwischen ihren beiden Anfangsbuchstaben und dem Eckpunkt der Aufnahme links oben

herstellt und dadurch fast eine Symmetrie zur rechten Seite der Collage erreicht.⁴⁴⁶ Zweitens kennzeichnet sie auf inhaltlicher Ebene für den Leser eindeutig, um welches Krankenhaus und damit um welchen Herausgeber es sich handelt. Dabei steht sie mit der Fotocollage im ikonischen Zentrum der Titelseite und legt bedingt durch ihre Platzierung die Funktion eines Titels nahe. So unterscheidet sich diese Titelseite bereits hier grundlegend von der des Klinikums Niederrhein, welches die Sequenz „Qualitätsbericht“ unmissverständlich als Titelsequenz platziert hat und die Informationen zur herausgebenden Institution durch das Logo und die Anschrift erst in der Fußzeile präsentiert. Vielmehr wird hier nun der Herausgeber und damit das Krankenhaus selbst in den Mittelpunkt gerückt. Die Funktion des Protokolls, als Qualitätsbericht patientenrelevante Informationen über die eigene Einrichtung zu geben, tritt indessen in den Hintergrund.

Wandert der Blick des Betrachters nun zu den weiteren Elementen der Titelseite, so fällt als nächstes eine weitere schwarze Textsequenz rechts unterhalb der Fotocollage auf, die aber schnell übersprungen wird, da eine weitere Sequenz mit einem graphischen Element in der Fußzeile durch die artifizielle Gestaltung offensichtlich ein höheres Reizpotential für die visuelle Aufmerksamkeit besitzt:



Abb. III.2.4: Das Logo

Die Textsequenz „Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke“ wiederholt sich und bekräftigt erneut das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke als herausgebende Institution. Ihre Gestaltung weicht aber bis auf die Aufgliederung in zwei Zeilen untereinander und der

⁴⁴⁶ Ein geometrisches Gleichmaß wäre vollständig erreicht, wenn es sich um ein gleichschenkliges Dreieck handeln würde. Dies legt die Vermutung nahe, dass auf gestalterischer Ebene die Inbezugsetzung der Textsequenz zu der Fotocollage eher auf einem Schätzwert als auf einer genauen Messung beruht.

Verwendung des gleichen Schrifttypus von der ersten Sequenz unterhalb der Fotocollage ab: Einerseits ist diese zweite Sequenz durchgängig in Versalschrift verfasst und die einzelnen Majuskeln sind leicht auseinander gezogen, was das Erscheinungsbild lichter bzw. leichter werden lässt, andererseits sind die Buchstaben in einem Preußischblau gehalten und die Sequenz „Herdecke“ schließt sich in der unteren Zeile bündig an die obere Zeile „Gemeinschaftskrankenhaus“ an. Zusammenfassend entsteht beim Betrachter ein harmonisch-artifizieller Gesamteindruck. Verwunderlich erscheint aber, dass der Schrifttypus tendenziell nüchtern wirkt. Denkbar wäre in dem Zusammenhang eines anthroposophischen Krankenhauses auch die Verwendung eines entsprechenden Fonts wie die goetheanistischen Typographien Walther Roggenkamps um den anthroposophischen Hintergrund – im Sinne einer Markenbildung – auch visuell zu bekräftigen. Hier bleibt der Font aber nüchtern, so dass daraus auf eine Intention zur neutralen Gestaltung geschlossen werden kann, mit der ein möglichst großer Adressatenkreis vertraut ist. Dies impliziert zugleich, dass mit einer neutralen Erscheinung nicht die Absicht einer exklusiven Vergemeinschaftung verfolgt wird, die sich auf ein bestimmtes Kollektiv – beispielsweise mit einem anthroposophischen Hintergrund – begrenzt. In Verbindung mit der unterhalb der Fotocollage platzierten Sequenz „Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke“ tritt nun eine Iteration auf der Titelseite ein, die das Gesamtbild redundant erscheinen lässt.

Links oben von der Textsequenz ist ein graphisches Element zu sehen, das augenscheinlich als Logo fungiert und ebenfalls preußischblau ist. Zwei amorph wirkende, zu ihren Enden konisch zulaufende Bögen liegen übereinander. Der untere Bogen ist größer und länger, während der kleinere Bogen auf der linken Seite fast konzentrisch zum Unteren gestaltet ist. Darüber ist ein kleiner Kreis zu erkennen. Schon beim ersten Betrachten fällt die Nähe zu zwei stilisierten Armen – den Bögen – und dem Kopf eines Kindes – dem Kreis – auf. In seiner Gesamtheit stellt das Logo also ein Kind oder ein anderes schutzbedürftiges Wesen dar, welches fürsorglich in den Armen einer Person gehalten bzw. getragen wird. Beim Betrachter entsteht hiermit die Assoziation einer Mutter mit Kind oder einer Krankenschwester, die ein Neugeborenes auf einer Geburtsstation in ihren Armen hält. Über diesen Eindruck hinaus werden generell Assoziationen wie Fürsorglichkeit, Geborgenheit oder Liebe beim Rezipienten evoziert. Resümieren lässt sich somit, dass das Logo als ein Symbol für Schutz und Fürsorge zu interpretieren ist und artifiziell mit dem Schriftzug „Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke“ korrespondiert.

Wandert der Blick des Lesers nun zurück auf das letzte Element der Titelseite, das nach kurzer Wahrnehmung übersprungen und noch nicht detaillierter erfasst wurde, so ist folgende Textsequenz zu lesen:

(2) „Strukturierter
Qualitätsbericht
für das Berichtsjahr
2006
31.10.2007“

Die Sequenz ist rechtsbündig formatiert, erstreckt sich über vier Zeilen und ist in einer kleineren Schriftgröße als die Sequenz „Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke“ gehalten.⁴⁴⁷ Unter Rückgriff auf die erste Analyse des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein ist dabei gleich ersichtlich, was die beiden ersten Worte „Strukturierter Qualitätsbericht“, die auf zwei Zeilen aufgeteilt wurden, für das vorliegende Protokoll ankündigen: eine gesetzlich verordnete und standardisierte Broschüre zur Information und Entscheidungshilfe für Patienten, Ärzte und Krankenkassen.⁴⁴⁸ Somit repräsentiert diese Sequenz den eigentlichen Titel des Protokolls.

Es folgt in der dritten Zeile: „für das Berichtsjahr 2006“. Hiermit kennzeichnet der Textproduzent den zeitlichen Bezugsrahmen, für den der Bericht Geltung beansprucht. Implizit enthalten ist hierin die potentielle Existenz zurückliegender sowie noch folgender Berichtszeiträume.

Die gesamte Textsequenz endet in der vierten Zeile mit „31.10.2007“. Hierbei handelt es sich um ein Datum, das einen spezifischen Kalendertag bezeichnet. In der professionellen Praxis werden Kalenderdaten in der Regel zur Setzung von Fristen oder zur exakten Terminierung der Wirksamkeit einer bestimmten professionellen Praxis oder ihres zeitlichen Geltungsanspruchs benutzt. An dieser Stelle kann jedoch noch nicht zwingend geschlossen werden, ob es sich hierbei um eine Frist für die Erstellung des Qualitätsberichts handelt, ob

⁴⁴⁷ Die rechtsbündige Formatierung schließt weder vertikal bündig mit der Fotocollage ab, noch grenzt sie an den verlängerten Schenkel des imaginierten Trapezes, so dass sie vor dem weißen Hintergrund ohne gestalterischen Bezug zu den anderen Elementen frei schwebt.

⁴⁴⁸ Eine explizite Ausführung findet sich in der Analyse des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein.

das Datum den Tag der konkreten Veröffentlichung als Ausdruck ihrer Wirksamkeit ohne direkte Bezugnahme auf eine vorgegebene Frist oder lediglich den Tag der konkreten Erstellung selbst bezeichnet. Letztlich verleiht aber die Setzung eines Datums der Titelseite einen offiziellen Charakter, der einen Eindruck von bindender Legitimität beim Leser evoziert.

In der Gegenüberstellung mit dem Qualitätsbericht 2006 des Klinikums Niederrhein fällt allerdings auf, dass das Klinikum Niederrhein kein Kalenderdatum auf seiner Titelseite aufführt. Dagegen weist das Klinikum Niederrhein mit dem Hinweis „gemäß §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V“ auf die obligate Verbindlichkeit des Protokolls in Form einer legislativen Verpflichtung zur Erststellung dieses Qualitätsberichts explizit hin, die hier aber fehlt. Somit liegt die Vermutung nahe, dass der § 137 oder ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses – als das oberste Beschlussgremium für Krankenhäuser – u.a. auch die terminlichen Vorgaben für die Erstellung der Qualitätsberichte regelt und der Verweis „gemäß §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V“ eine terminliche Konkretisierung implizit enthält.⁴⁴⁹ Damit erscheint die Lesart, dass es sich bei der Sequenz um eine Frist handelt, grundsätzlich tragfähiger als die Lesarten, dass hier nur das Datum der konkreten Erstellung bzw. der Erfüllung einer Pflicht vor Ablauf einer verbindlichen Frist aufgeführt wurde. Darüber hinaus lassen die Differenzen zwischen dem Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke und dem Klinikum Niederrhein in Bezug auf die Attribuierung des „strukturierten Qualitätsberichts“ Rückschlüsse auf die unterschiedlich ausgerichteten Kommunikationsstrategien zu: Betont das Klinikum Niederrhein die Legitimität seines Qualitätsberichts durch den Verweis auf eine gesetzliche Vorgabe und damit auf die darin implizit enthaltene eigene Deautonomisierung, was wiederum als ein Indiz für die Bereitschaft zu interpretieren ist, die Legitimität dieses Gebotes unhinterfragt zu akzeptieren, so verkürzt das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke die Attribuierung seines Qualitätsberichts auf ein Kalenderdatum, das dem Leser lediglich einen offiziellen und bindenden Charakter nahelegt.⁴⁵⁰ Ohne das Wissen um den Qualitätsbericht des Klinikums Niederrhein und den hier vorliegenden Verzicht auf die Information über eine solche obligate

⁴⁴⁹ Unter Einbezug auf Kontextwissen sei hier nur kurz darauf verwiesen, dass gemäß eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses die Frist zur Erstellung der Qualitätsberichte für das Jahr 2006 vom 31. August 2007 auf den 31. Oktober 2007 umgeändert wurde. Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2007e: 1

⁴⁵⁰ Die Lesart, dass der Verweis des Klinikums Niederrhein auf den § 137 als intentionaler Ausdruck einer primär zu verstehenden Deautonomisierung interpretiert werden kann, scheidet hier aus, da bereits in der Analyse des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein nachgewiesen werden konnte, dass dieser Verweis durch den Textproduzenten als ein Gebrauchswertversprechen auf die Legitimität des Qualitätsberichts selbst instrumentalisiert und die Deautonomisierung dementsprechend für die Zwecke der Kommunikationsstrategie des Klinikums umfunktionalisiert wurde.

Verbindlichkeit zur Erstellung von Qualitätsberichten könnte es sich aber aus Sicht eines Lesers, der nicht über detailliertes Hintergrundwissen verfügt, auch prinzipiell einfach um das Datum der Veröffentlichung und damit der Wirksamkeit des Berichts handeln. Dementsprechend vermittelt die Beschränkung auf ein bloßes Datum generell einen selbstbestimmteren Eindruck als ein expliziter Verweis auf eine gesetzliche Vorschrift.

Zusammenfassend kann für die Titelseite festgehalten werden, dass ihre Gestaltung als Ausdruck der Kommunikationspolitik des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke im Gegensatz zu der des Klinikums Niederrhein keine suggestiven Gebrauchswertversprechen aufweist. Der schlichte Hintergrund ist weiß gehalten. Die Fotocollage enthält zwei artifizielle Abbildungen, von denen wenigstens die Luftbildaufnahme das Produkt professioneller Fotografie sein muss. Aber auch die große Aufnahme einer Fassade des Gemeinschaftskrankenhauses erweckt beim Betrachter den Eindruck von fotografischer Kompetenz. Der organisch-lebendige Gesamteindruck des goetheanistischen Architekturstils sowie die idyllisch anmutende Lage des Krankenhauses können im Rezipienten durchaus positiv besetzte Assoziationen wie Natürlichkeit, Geborgenheit oder Ganzheitlichkeit auslösen.⁴⁵¹ Dabei vermeiden die Aufnahmen dennoch den Eindruck von kitschiger Übertreibung oder Manieriertheit. Der weiße Hintergrund und die schwarze Umrahmung der Luftbildaufnahme, die aus pragmatischen Gründen zur Abgrenzung der beiden Fotografien voneinander gewählt wurde, sowie die Überlappung beider Aufnahmen, die sich dadurch den Raum zur Entfaltung einer eigenen Wirkung nehmen, verleihen der Gesamterscheinung trotz der Artifizialität der einzelnen Fotografien jedoch vielmehr einen konventionell-unambitionierten Charakter eines konservativen Designs.⁴⁵²

Der unterhalb der Fotocollage platzierte Name „Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke“ ruft als ersten Eindruck hervor, dass es sich hierbei um den Titel dieses Mediums handelt. Erst nachdem der Leser alle Element der Titelseite wahrgenommen hat, wird offensichtlich, dass sich der eigentliche Titel, der in einer kleineren Schriftgröße als die übrigen Textsequenzen verfasst ist, rechts unterhalb der Fotocollage befindet. Zu konstatieren ist dabei, dass der Titel

⁴⁵¹ Dieses Bild wird durch das Logo noch bekräftigt.

⁴⁵² Gleichwohl die Aufnahme eines Krankenhauses generell keine Aussage über die tatsächliche Behandlungsqualität und Patientenorientierung innerhalb der konkreten Einrichtung zu treffen vermag, so können dennoch die Architektur und das äußere Erscheinungsbild eines Krankenhauses positive wie auch negative Empfindungen evozieren und so Übertragungen auslösen. In diesem Fall handelt es sich um einen für deutsche Krankenhäuser eher untypischen Architekturstil, der in sich bereits die Nähe zur Anthroposophie ausdrückt und damit eine an Humanismus und Ganzheitlichkeit orientierte Handlungsmaxime des Personals nahezulegen vermag.

im Gegensatz zur Titelseite des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein nicht als Blickfang zu interpretieren ist und im Vergleich zu den beiden anderen Textsequenzen, die einen identischen Inhalt aufweisen, in den Hintergrund tritt. Auch der Verzicht auf die Information über die gesetzlich verordnete Obliegenheit und das darin implizit enthaltene Versprechen auf Angemessenheit und Legitimität des Inhalts des Qualitätsberichts lassen die Titelsequenz im Vergleich zur Kommunikationsstrategie des Klinikums Niederrhein nüchterner erscheinen. Gleichzeitig verstärkt die Entscheidung für die Anführung eines Kalenderdatums beim Leser eher den Eindruck einer autonomen Wahl des Zeitpunkts der Veröffentlichung dieses Qualitätsberichts als den einer gesetzlich fixierten Frist. Weiterhin bewirkt die Wiederholung des Namens „Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke“ in der Fußzeile mit dem Logo eine Redundanz in der textlichen Gestaltung der Titelseite, wodurch einerseits zwar der Name betont wird, aber andererseits ebenfalls freier Platz verbraucht wird, der für andere Instrumente der Kommunikationspolitik prinzipiell nutzbar wäre. Auch der Umstand, dass der Hintergrund komplett weiß gehalten ist und die weißen Freiräume die einzelnen graphischen wie auch textlichen Elemente dominieren, bewirkt überdies, dass trotz der Artifizialität des Logos sowie der trapezförmigen Korrespondenz zwischen Fotocollage und der Textsequenz „Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke“ der Eindruck entsteht, dass die Elemente nicht im Sinne einer Gesamtkomposition vor dem weißen Hintergrund aufeinander Bezug nehmen. Bei einer Verlängerung der Schenkel des Trapezes, die alle Elemente der Titelseite mit einbezieht, wird dies deutlich:



Abb. III.2.5: Das Trapez der Titelseite

Der rechtsbündig gestaltete Titel ist ohne Bezug zur Fotocollage oder zum rechten Trapezschenkel vor den weißen Hintergrund platziert. Das Logo wird durch den linken Trapezschenkel durchtrennt und verschiebt den ikonischen Schwerpunkt der Titelseite nach links, so dass ein leichtes Ungleichgewicht entsteht. Weiterhin wirken die unterschiedlichen Schriftfarben – hier das für die Textverarbeitung gewöhnliche Schwarz – vor dem weißen Hintergrund nicht nur hart, sondern darüber hinaus als sei die Gestaltung nicht in letzter Konsequenz bestrebt, ein möglichst hohes Maß an Artifizialität zu erreichen. Vielmehr liegt die Vermutung nahe, dass die graphischen und textlichen Elemente auf Basis einer vagen Abschätzung – und eben nicht als Ergebnis einer komponierten Gestaltung – zueinander in Bezug gesetzt wurden. Insgesamt ergibt sich somit ein Eindruck, der auf eine Kommunikationspolitik schließen lässt, die weniger auf werbende Botschaften und den Einsatz ästhetischer Reize mit dem Ziel einer suggestiven Beeinflussung des Lesers ausgerichtet ist, sondern vielmehr als das Produkt einer unmotivierten Öffentlichkeitsarbeit interpretiert werden kann und für eine Kommunikationsstrategie unter Gesichtspunkten des Marketings zu versachlicht und in ihrer Komposition zu unambitioniert wirkt.

Inhaltsverzeichnis eine kompakte Gliederung mittels Überschriften zur Orientierungshilfe in einem gedruckten oder digitalen Medium, repräsentiert seine inhärente Logik und kündigt die einzelnen Teilkapitel durch die Auflistung ihrer Überschriften an.^{454 455 456}

Als zweite Sequenz folgt:

(2) „Vorwort“

Die Sequenz ist in einem dunklen Blau in ArialMT verfasst.^{457 458} Das Kompositum „Vorwort“ leitet sich aus dem griechischen „prólogos“ ab und wird Texten als eine Einführung in die konkret vorliegende Themenstellung vorangestellt. Dabei erfüllt es in der Regel nicht die Aufgabe einer Einleitung, die an der reinen Sache selbst ausgerichtet ist, sondern bezieht zusätzlich Dankesklauseln oder etwa Reflexionen auf einer Metaebene über das Zustandekommen des Mediums mit ein und kann dementsprechend auch einen persönlichen Duktus des Textproduzenten repräsentieren.

In der nächsten Zeile schließt sich an:

(3) „Einleitung“

Im Gegensatz zum Vorwort gibt die an der reinen Sache ausgerichtete Einleitung einen thematischen Überblick.⁴⁵⁹ Im Rahmen eines Qualitätsberichts ist hier ein Portrait des

⁴⁵⁴ Im Folgenden werden für Begriffe, die bereits in der vorhergehenden Analyse explizit erörtert wurden, die Ergebnisse nur kurz zusammengefasst.

⁴⁵⁵ Weiterhin werden analog zur Vorgehensweise in der Analyse des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein primär solche Textsequenzen analysiert, die darauf schließen lassen, dass sie Kapitel bezeichnen, die grundsätzlich frei gestaltbar und so für Zwecke der Kommunikationspolitik konkret nutzbar sind.

⁴⁵⁶ Aus forschungsökonomischen Gründen der Sparsamkeit werden die zum Inhaltsverzeichnis gehörigen Seitenzahlen nur dann in die Analyse miteinbezogen, wenn sie den Anschein erwecken, Aufschlusspotential für die hier vorliegende Fragestellung innerhalb der pragmatischen Rahmung zu besitzen.

⁴⁵⁷ Aus Gründen der Sparsamkeit finden lediglich bei Abweichungen der Schrifttypus oder die Schriftgröße in der weiteren Analyse Beachtung. Zu betonen gilt hier aber der mangelnde Kontrast zwischen Schrift- und Hintergrundfarbe, der die Lesbarkeit des Inhaltsverzeichnisses nachhaltig erschwert. Der Umstand, dass das Inhaltsverzeichnis sich im Gegensatz zu dem des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein, welches nur eineinviertel Seiten zählt, über fünf Seiten erstreckt, verstärkt die mangelnde Lesbarkeit und erweckt den Eindruck, dass der Textproduzent das potentiell zu berücksichtigende Bedürfnis eines unkundigen Lesers nach Klarheit entweder nicht antizipiert hat oder diesem nicht entsprechen wollte.

⁴⁵⁸ Klickt der Leser diese Textsequenz mit dem Cursor an, so wird ein Hyperlink zu der Seite, auf dem das Vorwort aufgeführt ist, aktiviert. Eine Überprüfung der weiteren Textsequenzen ergibt, dass das gesamte Inhaltsverzeichnis mit Hyperlinks versehen wurde.

⁴⁵⁹ Auch hier ist ein Hyperlink für den Aufruf der betreffenden Seite hinterlegt.

Krankenhauses mit seinem Profil, dem Leitbild oder beispielsweise seiner Historie denkbar.⁴⁶⁰

(4) „A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses“

Unter Rückgriff auf die Analyse des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein kann bereits direkt geschlossen werden, dass der Majuskel „A“ am Anfang der Textsequenz das erste große Kapitel mit Informationen über das gesamte Krankenhaus ankündigt. Einzuschließen sind hierbei u.a. die Trägerschaft, der Organisationsaufbau, Versorgungsschwerpunkte, abteilungsübergreifende Angebote, Anzahl und Ausstattung der Räumlichkeiten sowie die Betten- und Fallzahlen. Schlussendlich verspricht die Einleitung nun deskriptive Informationen zum Aufbau, Angebot und der Organisationsstruktur des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke.⁴⁶¹

(5) „A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses“

Die Textsequenz beginnt mit einer Codierung aus dem Majuskel „A“ und der Ziffer „1“, zwischen die ein Bindestrich gesetzt ist, der auf die direkte Zugehörigkeit von Majuskel und Ziffer zueinander deutet. Es handelt sich also um eine Untergliederung des Kapitels „A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses“, das die Anschrift, Telefonnummern sowie die Email- und Internetadresse beinhaltet.

(6) „A-2 Institutskennezeichen des Krankenhauses“

Als nächstes Unterkapitel wird das Institutskennezeichen des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke angekündigt, das eine eindeutige Identifikation von Krankenhäusern und anderen medizinisch-therapeutischen Einrichtungen wie Rehabilitationskliniken oder Pflegeheimen für die Sozialversicherungsträger - in der Regel für die Leistungsvergütung – ermöglicht und lediglich eine koordinative Funktion übernimmt, die für Zwecke der Kommunikationspolitik dem Leser gegenüber gänzlich irrelevant erscheint. Die Untergliederung des Kapitels „A“ setzt sich durch die Ziffer „2“ in aufsteigender Form fort.

⁴⁶⁰ Eine explizite Erörterung zum Begriff „Einleitung“ findet sich in der Analyse des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein.

⁴⁶¹ Eine umfassende Diskussion der Sequenz „A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses“ findet sich in der Analyse des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein.

Es schließt sich an:

(7) „A-3 Standort(nummer)“

Das Kompositum „Standortnummer“ ist hier auffallend durch eine Klammer geteilt. Ein Standort bezeichnet eine lokale Positionsbestimmung. Im allgemeinen Sprachverständnis wird der Begriff „Standort“ häufig im Zusammenhang mit Wirtschaftsbetrieben und Produktionsstätten verwendet. Anzunehmen gilt hier dementsprechend, dass mit diesem Sequenzelement der Ort angeführt wird, an dem das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke ansässig ist. Der in Klammern gesetzte Kopf „(nummer)“ weist auf die Existenz einer Ziffer, die ein Bestandteil einer in der Regel logisch aufgebauten Reihenfolge von Ziffern ist und der eindeutigen Identifikation eines Elements aus einer Menge von Elementen dient. Die Klammerung des Kopfes legt die Vermutung nahe, dass sie eine hinweisende Funktion mit einem Begriff übernimmt, der aber nur zusätzlichen Informationswert besitzt. In Verbindung mit dem Kern des Kompositums „Standort“ kann an dieser Stelle geschlossen werden, dass die Sequenz „Standort(nummer)“ auf eine Codierung abzielt, die solchen klinischen Einrichtungen, die mehrere Häuser an unterschiedlichen Standorten unter gemeinschaftlicher Trägerschaft vereinigen, eine Nummer zu deren eindeutigen Identifikation zuweist.⁴⁶² Schlussendlich ist auch diese Sequenz als ein Ausdruck einer Dokumentation im Rahmen administrativer Tätigkeiten von Krankenhäusern zu interpretieren und scheint für die Fragestellung nach der Kommunikationsstrategie des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke und seiner Außendarstellung keinerlei Aufschlusspotential zu besitzen.

Den Ergebnissen der vorangegangenen Untersuchungen der Einzelsequenzen folgend ist unter Rückgriff auf die Analyse des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein indes zu konstatieren, dass das Design der Analyse auf solche Kapitel und Elemente der Qualitätsberichte ursprünglich abzielte, die möglichst viel Freiraum zur eigenständigen Gestaltung und damit zur Entwicklung einer eigenen Kommunikationspolitik und Markenbildung geben. Dagegen erscheinen die einzelnen Unterkapitel des Teils „A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses“ ungeeignet, da sie den formalen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses bei korrekter Erstellung des Qualitätsberichts folgen müssen. Dementsprechend erfolgt analog zu diesem Vorgehen im weiteren Verlauf der

⁴⁶² Unter Rückgriff auf die Analyse des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein ist bekannt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss prinzipiell die Erstellung eines Qualitätsberichts nicht durch den Träger, sondern durch seine einzelnen Einrichtungen vorsieht.

Analyse eine Konzentration auf die frei gestaltbaren Bereiche des Qualitätsberichts. Dabei handelt es sich um das Vorwort, die Einleitung und – sofern vorhanden – auf weitere Fotografien. Dennoch wird aus Gründen der Extensivität eine Untersuchung des Inhaltsverzeichnisses nach Abweichungen vorgeschaltet. Dabei steht im Mittelpunkt die Fragestellung, ob die Textproduzenten dieses Qualitätsberichts ein ähnliches Information-Placement durch eine eigenmächtige Umgliederung des Inhaltsverzeichnisses vornehmen und sich über die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses hinwegsetzen.

Hervorzuheben ist aber bereits an dieser Stelle, dass das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke im Gegensatz zum Klinikum Niederrhein die einzelnen Unterkapitel des Teils „A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses“ gesondert im Inhaltsverzeichnis aufführt, was als ein Indiz dafür interpretiert werden muss, dass der Textproduzent das Inhaltsverzeichnis nicht nur präzise, sondern fast akribisch gestaltet hat.⁴⁶³

Das Inhaltsverzeichnis setzt sich fort mit folgenden Sequenzen:

- (8) „A-4 Name und Art des Krankenhausträgers“
- (9) „A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus“
- (10) „A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses“
- (11) „A-6.1 Fachabteilungen“
- (12) „A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie“
- (13) „A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses“
- (14) „A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses“

⁴⁶³ Neben dem geringen Kontrast zwischen Schriftfarbe und Hintergrund kann für den unkundigen Leser diese Akribie leicht zur Verschlechterung der Lesbarkeit führen.

- (15) „A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses“⁴⁶⁴
- (16) „A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses“
- (17) „A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach §108/109 SGB V
(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)“
- (18) „A-13 Fallzahlen des Krankenhauses“
- (19) „A-13.1 Ambulante Zählweise“
- (20) „B- Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen“
- (21) „B-[1] Innere Medizin“

Mit dem Übergang der Textsequenz (19) auf (20) kann die oben gestellte Frage beantwortet werden: Das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke folgt der vorgegebenen Gliederung und schließt den auf Kennzahlen basierenden Teil zu den Struktur- und Leistungsdaten der einzelnen Fachabteilungen dem Kapitel A an. Im Folgenden wird zur Vollständigkeit noch überprüft, ob das Inhaltsverzeichnis der vorgegebenen Gliederung entspricht: Nach vier Seiten endet das Kapitel „B- Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen“ mit der Sequenz zum Unterkapitel „B-[12]12.3 Spezielles therapeutisches Personal“.⁴⁶⁵ Danach beginnt das Kapitel „C Qualitätssicherung“, an welches sich das Kapitel „D Qualitätsmanagement“ anschließt.⁴⁶⁶ Somit stellt sich das Inhaltsverzeichnis mit der bereits in der Analyse des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein antizipierten Kapitelabfolge dar, die hier vom Textproduzenten gemäß der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen Gliederung A, B, C und D eingehalten wird.

⁴⁶⁴ Diese Sequenz enthält analog zu der Analyse des Patientenführers des Klinikums Niederrhein die Bezeichnung „nicht-medizinische Serviceangebote“, woraus geschlossen werden kann, dass die Lesart einer begrifflichen Vorgabe zwecks Standardisierung bzw. Typisierung bestimmter Krankenhausleistungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wahrscheinlicher wirkt.

⁴⁶⁵ Aus Gründen der Sparsamkeit werden nur die zentralen Kapitelüberschriften überprüft.

⁴⁶⁶ Für eine ausführliche Diskussion der Sequenzen „B- Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen“, „C Qualitätssicherung“ und „D Qualitätsmanagement“ siehe die Analyse des Qualitätsberichts 2006 des Klinikums Niederrhein.

Insgesamt lässt sich für das Inhaltsverzeichnis zusammenfassen, dass sich hiermit der unpräzise, schlichte Eindruck, der dem Leser bereits durch die Titelseite vermittelt wurde, fortsetzt.

Verwunderlich wirkt die farbliche Gestaltung des Hintergrunds und die damit verbundene Kontrastarmut des Textes – hellblaues Milieu und dunkelblaue Schriftfarbe – auf den Rezipienten. Imponiert die Textseite durch ihr klares Weiß und den starken Kontrast zu den beiden schwarzen Textsequenzen sowie der Fotocollage, wodurch ein vergleichsweise hartes Erscheinungsbild entsteht, so präsentiert sich das Inhaltsverzeichnis undefiniert, wodurch seine Lesbarkeit und eine übersichtliche Orientierung hierin gemindert wird. Darüber hinaus wirkt es mit den fast fünf Seiten sehr detailliert und fast pedantisch–paragrafenhaft, wodurch der Anschein von Komplexität für den unkundigen Leser noch erhöht wird. Für den fachkundigen Leser – zuweisende Ärzte oder Mitarbeiter einer Krankenkasse – allerdings bietet sich mit den Hyperlinks eine benutzerfreundliche Funktion zur spezifischen Recherche je nach Interessenlage.

Im Abgleich mit dem Inhaltsverzeichnis im Qualitätsbericht 2006 des Klinikums Niederrhein, welches sehr viel kürzer gehalten ist, aber mit insgesamt 159 Seiten ein sehr viel längeres Dokument als den Qualitätsbericht des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke gliedert, wird offensichtlich, dass hier nur die übergeordneten Kapitel sowie die einzelnen Fachabteilungen aufgeführt und mit Hyperlinks versehen sind.⁴⁶⁷ Dies hat für den Leser den Nachteil, bei einer spezifischen Fragestellung das gesamte Kapitel lesen oder wenigstens überfliegen zu müssen, was prinzipiell aber eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Bericht bedeutet und damit auch eine zwangsläufige Bindung an die Kommunikationspolitik des Klinikums Niederrhein nach sich zieht.⁴⁶⁸ Dagegen besteht bei dem Qualitätsbericht des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke die Möglichkeit einer direkten Anwahl selektiver Informationen, so dass die Außendarstellung in diesem Fall eher als Informations- oder Öffentlichkeitsarbeit interpretiert werden kann. Auch die Folgeleistung, die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebene Gliederung der einzelnen Kapitel einzuhalten, weist in die Richtung einer neutraleren bzw. nüchternen Haltung als auf Seiten des Klinikums Niederrhein.

⁴⁶⁷ Die Seitenzahl des Qualitätsberichts 2006 des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke umfasst insgesamt 92 Seiten, wobei die letzten 86 Seiten mit Seitenzahlen versehen sind.

⁴⁶⁸ Dass im Zusammenhang mit dem Qualitätsbericht des Klinikums Niederrhein von Kommunikationspolitik auch in solchen Kapiteln gesprochen werden kann, die formalen Vorgaben folgen müssen und primär durch objektive Informationen und Kennzahlen geprägt sind, erklärt sich durch das wellenförmige Element mit dem Logo des Klinikums in der Kopfzeile, welches auf allen Seiten dieses Qualitätsberichts zum Zwecke der Markenbildung eingefügt wurde.

Schlussendlich lässt sich aus diesen Faktoren unter Einbezug der Analyse der Titelseite an dieser Stelle die Fallstrukturhypothese bilden, dass das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke seiner legislativ verbindlichen Informationspflicht durch die Erstellung eines Qualitätsberichts nachkommt, diesen aber nicht für eine Kommunikationspolitik mit dem Zweck einer Imageaufwertung oder Markenbildung instrumentalisiert.

Analog zur Vorgehensweise der ersten Analyse werden im Folgenden solche Protokolle untersucht, die der Kommunikationspolitik möglichst viel Raum bieten. In diesem Fall handelt es sich um das nun folgende Vorwort und die Einleitung.

III.2.3 Das Vorwort

An das Inhaltsverzeichnis schließt sich das Vorwort direkt an:



Abb. III.2.7: Das Vorwort

Das Vorwort erstreckt sich über die Hälfte der Seite, deren Hintergrund ebenso wie das Inhaltsverzeichnis in einem Hellblau gehalten ist.

In der Kopfzeile steht die Sequenz:

(1) „Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Strukturierter Qualitätsbericht 2006“

Die Sequenz ist in dem Dunkelblau der Schriftfarbe im Inhaltsverzeichnis gehalten und wiederholt den Eindruck, den der Leser von der Titelseite erlangt: Zuerst wird die herausgebende Institution aufgeführt, bevor der Werktitel folgt und dadurch innerhalb der Sequenz zurücktritt.⁴⁶⁹ Prinzipiell denkbar wäre in diesem Fall auch eine expressivere Formulierung, die das hier vorliegende Protokoll betont: „Strukturierter Qualitätsbericht 2006 des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke“. Dementgegen trennt der Textproduzent beide Sequenzelemente durch ein Komma, wodurch der nüchterne, fast unpersönliche Charakter des Kopfzeilentextes zusätzlich verstärkt wird und im Abgleich zu der artifiziellen Gestaltung der Kopfzeile im Qualitätsbericht des Klinikums Niederrhein unausgewogen und zu dicht an den oberen Seitenrand platziert wirkt. Im Ganzen erweckt diese Sequenz damit beim Leser den Eindruck eines unambitioniert gestalteten und auf seine bloße Funktion reduzierten Hinweises.

(2) „Vorwort“

Die Überschrift „Vorwort“ ist im Font ArialMT mit der Schriftgröße 20 und Fettdruck hervorgehoben. Für die Schriftfarbe wurde nun ein grünlicheres Kobaltcoelinblau gewählt, das in Verbindung mit der Kopfzeile und dem Hintergrund eine farbliche Disharmonie bis hin zu einem beißend erscheinenden Charakter des Gesamterscheinungsbilds der Seite erzeugt. Den obigen Ausführungen folgend bezeichnet die Sequenz inhaltlich eine Einführung des Textproduzenten, die Reflexionen über das Medium, Dankesklauseln oder einen persönlichen Duktus im Rahmen eines Editorials erlaubt.

(3) „Sehr geehrte Damen und Herren“

Nach dem Vorwort folgt eine der europäischen Höflichkeitskultur entsprechend typische und zugleich förmliche Anrede, die einerseits eine größtmögliche Distanz zwischen dem Textproduzenten und den Adressaten repräsentiert und bedingt durch ihre Unspezifität

⁴⁶⁹ Aufenanger, Garz und Kraimer weisen auf die Üblichkeit der Praxis hin, im Briefkopf – hier die Kopfzeile – die Absenderangabe aufzuführen und somit den offiziellen Charakter des Protokolls zu betonen. Aufenanger, Garz und Kraimer (1994): 232

andererseits an ein Kollektiv gerichtet wird, dass prinzipiell jede Person einschließen könnte. Trotz der hier fehlenden Exklusion impliziert die Anrede dabei dennoch ein rollenförmiges Verhältnis und ist damit als ein Ausdruck von Vergesellschaftung zu interpretieren. Auffällig ist dabei, dass entgegen der gewählten Förmlichkeit die erwartbare und grammatikalisch korrekte Hervorhebung der Anrede durch ein Komma ausbleibt und die Sequenz nicht entsprechend beendet wird.

Es schließt sich an:

(4) „Liebe Leserinnen und Leser“

Die erste förmliche Variante wird in der nächsten Zeile nun um eine persönlichere Form der Ansprache erweitert. Das Adjektiv „liebe“ präsupponiert in diesem Zusammenhang die Existenz einer Beziehung zwischen dem Textproduzenten und seinen Adressaten, die im Gegensatz zu der Implikation einer Rollenträgerschaft im ersten Fall jetzt vielmehr durch ihre zwanglose, auf die Privatheit der adressierten Personen sowie ihrer hierin ausgedrückten persönlichen Wertschätzung einen Ausdruck von Vergemeinschaftung darstellt. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang eine Fortführung durch „Liebe Freunde und Förderer“, mit welcher erstens eine emotional-personale Beziehung repräsentiert würde und zweitens eine Differenzierung des Adressatenkreis in zwei unterschiedliche Kollektive – einem Kollektiv von Rollenträgern und einem Kollektiv ganzer Personen – erfolgt.⁴⁷⁰ Die beiden Substantive „Leserinnen und Leser“ verwundern aber nach den Erwartungen, die das einleitende Adjektiv „liebe“ beim Rezipienten evoziert hat: Eine Anrede mit „Liebe Leserinnen und Leser“ findet sich oftmals in Kolumnen oder politisch eingefärbten Vorworten der Printmedien, bei denen die individuelle Meinungsäußerung eines Textproduzenten zu einem bestimmten Thema im Vordergrund steht. Dabei folgen solche Anreden einer Inszenierungslogik des Textproduzenten dahingehend, dass der Leser suggestiv als Mitglied eines intellektuellen Kollektivs adressiert wird.⁴⁷¹ Auch in diesem Zusammenhang impliziert das Adjektiv „liebe“ eine – faktisch nicht existent und damit irreal – personale Beziehung des Autors zu den

⁴⁷⁰ Das Beispiel „Liebe Freunde und Förderer“ transportiert implizit die Aussage, dass die Adressaten vom Textproduzenten über ihre spezifische Rolle hinaus als ganze Person wahrgenommen werden. Dies könnte beispielsweise für Personen zutreffen, deren Engagement allein durch das an einem gemeinnützigen bzw. rein an einem Sachzweck orientierten Ziel geleitet ist.

⁴⁷¹ Vergleiche hierzu die einleitende Kolumne des Kunstmagazins „ART“, in welcher der ehemalige Chefredakteur Axel Hecht in jeder Ausgabe Stellung zu einem aktuellen Thema bezogen hat. Zu konstatieren sei hier, dass die Anrede wörtlich „Liebe Leserin, lieber Leser“ lautet, wodurch der eigentliche Sinngehalt jedoch nicht verändert wird. Diese Anrede wird auch von dem aktuellen Chefredakteur, Tim Sommer, beibehalten.

Lesern seiner Kolumne, mit welcher auf die Indoktrination einer emotional-affektiven Verbundenheit abgezielt wird. Dabei drückt aber bereits die Bezeichnung des Adressaten als Leser in sich die Unspezifität der Beziehung zwischen Autor und Rezipient aus, da anzunehmen gilt, dass bei Kenntnis der Person des Empfängers seine spezifischen Attribute Berücksichtigung fänden. „Leserinnen und Leser“ stellen somit den kleinsten gemeinsamen Nenner für das Kollektiv der Rezipienten eines jeweiligen Textes dar.⁴⁷²

Hier wirkt die zweite Sequenz der Anrede darüber hinaus noch verwunderlicher: Zuerst wird eine förmlich-distanzierte Praxiseröffnung gewählt, dann suggeriert der Textproduzent in einem zweiten Schritt eine personale Beziehung zum Adressaten, die sich aber gleichsam nach genauerer Betrachtung den obigen Argumenten folgend wieder aufhebt. Sowohl „Damen und Herren“ wie auch „Leserinnen und Leser“ als Kern der Adressierung verbleiben unpersönlich-neutral und rekurren lediglich auf den Leser als einen Rollenträger, während die Adjektive „liebe“ und „sehr geehrte“ scheinbar die unterschiedlich semantischen Färbungen – einer Vergemeinschaftung bzw. einer Vergesellschaftung – verursachen. Hieraus entsteht der Eindruck einer Redundanz in der Anrede, die auf eine Suggestion unterschiedlicher Kollektive abzielt, aber faktisch einen zu einem Kollektiv vereinigenden, unspezifischen Adressatenkreis repräsentiert. Schlussendlich verbleibt in diesem Zusammenhang nur der Schluss, dass es sich bei der vorliegenden Anrede um eine rhetorische Figur handelt, mit der eine größtmögliche Projektionsfläche für die Leserschaft geschaffen werden soll, diejenige Anrede, die der jeweiligen Affinität näher kommt, auswählen zu können.

(5) „Vielen Dank für Ihr Interesse am Qualitätsbericht 2006 des Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke“.

Der Verfasser setzt zu Beginn des eigentlichen Vorworttextes eine Dankesklausel, mit der die Gewogenheit des Lesers, sich diesem Qualitätsbericht zu widmen, explizit honoriert wird und als Ausdruck einer moralischen Obliegenheit des Textproduzenten dafür verstanden werden soll.⁴⁷³ Zum ersten Mal wird damit der für dieses Protokoll maßgebliche Gegenstand in den Mittelpunkt gerückt. Dabei verbleibt die Herausgeberschaft neutral in der dritten Person

⁴⁷² Als lesende Rezipienten sind die Adressatenkreise „sehr geehrte Damen und Herren“ und „liebe Leserinnen und Leser“ identisch: Allein der Umstand, dass der Rezipient die erste Anrede gelesen hat, macht ihn zwangsläufig zum Leser.

⁴⁷³ Der Text ist linksbündig formatiert, woraus sich ein Flattersatz am rechten Bildrand ergibt, der dem Textbild einen unruhigen Charakter verleiht.

Singular, wodurch die entpersonalisierte bzw. die entitäre Institution des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke betont und vom Textproduzenten abstrahiert wird.

(6) „Mit dem vorliegenden Qualitätsbericht informieren wir Patienten, einweisende Ärzte und Kostenträger umfassend darüber, auf welche Weise wir eine hohe und gesicherte Qualität unserer Organisation sicher stellen.“

Der Gegenstand des Protokolls wird noch einmal wiederholt, um seine Funktion und den Kreis der Adressaten zu konkretisieren. Der Reihenfolge entsprechend stellen demnach Patienten die erste Adressatengruppe dar, auf die Ärzte und Kostenträger – hier Krankenkassen – folgen.⁴⁷⁴ Der Textproduzent wechselt nun von der dritten Person Singular in die erste Person Plural des Personalpronomens „ich“ und verleiht dem Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke somit einen personalen Charakter eines sich aus einzelnen Individuen bzw. Personen zusammensetzenden Kollektivs, so dass nun das in der Eingangssequenz evozierte Selbstverständnis einer neutralen Institution in das Bild einer individuierten Identität modifiziert wird: Dem Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke wird hierdurch ein Antlitz verliehen, welches präsupponiert, dass das Krankenhaus nur durch seine Mitarbeiter zu einem Krankenhaus wird. Im Kern akzentuiert der Hauptsatz die Mitteilung von erschöpfenden Informationen an die drei unterschiedlichen Adressatengruppen.

Der hierauf folgende Modalsatz kündigt nun die Begleitumstände dieser Auskunft an: „[...] auf welche Weise wir eine hohe und gesicherte Qualität unserer Organisation sicher stellen.“ Der Textproduzent verspricht Auskünfte über die instrumentelle Praxis, mit der bestimmte Qualitätsziele erreicht werden sollen. Diese Qualität wird im Positiv mit den beiden Adjektiven „hoch“ und „gesichert“ umschrieben, wodurch einerseits ein Versprechen auf die Güte der Patientenversorgung abgegeben und andererseits auf ihre Nachhaltigkeit abgestellt wird, auch zukünftig ein hohes Niveau erwarten zu können. Verwunderlich ist jedoch, dass die Qualität explizit auf die Organisation bezogen wird und dadurch die Qualität der Patientenversorgung, die als konstitutiver Auftrag von Krankenhäusern im Zentrum dieser Aussage stehen müsste, in dieser Konstruktion nur implizit enthalten ist.⁴⁷⁵ Weiterhin

⁴⁷⁴ Die Reihenfolge muss allerdings nicht zwangsläufig auf eine Wertigkeit der Adressierung deuten, da es prinzipiell möglich ist, dass der Textproduzent diese Reihenfolge nicht selbst gewählt hat, sondern einer Reihenfolge entspricht, die beispielsweise durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nominiert wurde.

⁴⁷⁵ In Bezug auf eine Organisation wäre der Begriff der Leistungsfähigkeit gebräuchlicher als die Verwendung von „Qualität“.

imponiert der aus der redundanten Verwendung des Adjektivs „gesichert“ und des Verbs „sichern“ folgende Pleonasmus ebenso wie die orthographisch falsche Schreibweise von „[...] auf welche Weise [...]“.

Entgegen der Prämisse, dass Einleitungssätze in der Regel die Aufgabe haben, durch klare und präzise formulierte Aussagen dem Leser den Einstieg in den vorliegenden Text zu vereinfachen, ist bei dieser Sequenz auf ein diffuses Gesamtbild der Textgestaltung zu schließen.

Es beginnt ein neuer Absatz mit:

(7) „Ziel des Gesetzgebers ist es, mit diesem Qualitätsbericht, der jedes zweite Jahr vorzulegen ist, mehr Transparenz für Menschen zu schaffen, die ein Krankenhaus beurteilen möchten.“

Prinzipiell erwartbar wäre eine Konkretisierung der oben vage angedeuteten Modalitäten zur Erreichung der Behandlungsqualität. Der Textproduzent wechselt jetzt aber vielmehr die Thematik und stellt die legislative Obliegenheit des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke zur regelmäßigen Erstellung von Qualitätsberichten in den Mittelpunkt, so dass eine Aufklärung ausbleibt, wie bzw. mit welchen Mitteln die Sicherstellung der Behandlungsqualität erreicht werden soll. Stattdessen wird bereits an dieser Stelle Zeugnis davon abgelegt, dass die Herausgabe des Qualitätsberichts nicht intrinsisch motiviert, sondern Ausdruck einer Deautonomisierung des Krankenhauses durch den Gesetzgeber ist. Hier ist zu konstatieren, dass für eine Kommunikationsstrategie mit dem Ziel einer werbenden Selbstdarstellung diese Vorgehensweise zu nüchtern und zu reduziert erscheint, da dem Textproduzenten generell die Möglichkeit gegeben ist, diese Information auch an einer anderen Stelle zu platzieren. Die Akzentuierung eines gesetzlichen Zwangs betont dagegen eine Verbindlichkeit, der alle Krankenhäuser in Deutschland unterliegen und nivelliert gleichsam das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke in Bezug auf mögliche Alleinstellungskriterien sowie einer intrinsischen Motivation, die hervorgehoben werden müssten, wenn das Ziel einer möglichst positiven Beeinflussung des Lesers hinsichtlich des Images des Krankenhauses verfolgt würde.⁴⁷⁶

⁴⁷⁶ Der Relativsatz „der jedes zweite Jahr vorzulegen ist“ verstärkt den Ausdruck der Deautonomisierung zusätzlich durch seinen autoritär-imperativen Duktus, der an bürokratische Vorgänge bei Behörden, Schulen oder beispielsweise Universitäten – z.B. Anträge für Aufenthaltsgenehmigungen, beglaubigte Kopien oder

Die Sequenz endet mit der Umschreibung des Ziels des Gesetzgebers und einer erneuten Nennung der Adressaten der Qualitätsberichte: „[...] mehr Transparenz für Menschen zu schaffen, die ein Krankenhaus beurteilen möchten.“ Der Textproduzent weicht von der im ersten Satz des Vorworts differenzierteren Auflistung der einzelnen Adressatengruppen – Patienten, einweisende Ärzte und Kostenträger – ab und stellt durch den Begriff „Menschen“ der Instanz des Gesetzgebers als Ausdruck von Vergesellschaftung die Ebene von Vergemeinschaftung ganzer Personen gegenüber. Dabei kennzeichnet er das Adressateninteresse als voluntaristisch und nivelliert die unterschiedlichen Beweggründe für das Interesse.⁴⁷⁷ Durch die in dieser Textsequenz immanent enthaltene Idealisierung, die offensichtlich mit der ursprünglichen Formulierung des Gesetzesgebers unvereinbar erscheint, aber gerade auf diese Bezug nimmt, erwächst nicht zuletzt ein diffuser und unambitionierter Eindruck.

(8) „Diesem Anliegen des Gesetzgebers schließen wir uns gerne an und sind uns sicher, durch eine transparente Darstellung unserer Qualität und Leistung in der Öffentlichkeit das vorhandene Vertrauen in unser Krankenhaus festigen zu können.“

Der Textproduzent teilt diese Sequenz in zwei Aussagen auf. Die erste besteht in einer Stellungnahme zu der gesetzlichen Obliegenheit, mit der eine scheinbar positive Haltung bzw. Begrüßung dieses Gebots seitens des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke lanciert wird. Dem Umstand der Deautonomisierung von Krankenhäusern entsprechend, die keine andere Wahl als die Erstellung von Qualitätsberichten zulässt, muss diese Aussage aber als eine wohlklingende Verklausulierung des eigentlichen Tatbestands interpretiert werden, mit der das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke seiner Folgeleistung suggestiv einen Beiklang von Autonomie und intrinsischer Akzeptanz zu geben versucht.

Als zweite Aussage schließt sich die Feststellung darüber an, dass das Krankenhaus seine Leistung transparent dokumentiert und durch sein Vorgehen die Sicherung „vorhandenen

Personal- oder Studentenausweise – erinnert. Solche Kontexte dienen dem Nachweis von Legitimität und sind durch die Bringschuld desjenigen charakterisiert, der den Nachweis beim Empfänger vorzulegen hat.

⁴⁷⁷ Es gilt anzunehmen, dass Personen, die sich mittels eines Qualitätsberichts über ein spezifisches Krankenhaus informieren, aus konkreten Beweggründen handeln. Im Fall von Patienten ist in der Regel ein unfreiwilliges Interesse durch einen Zwang zu unterstellen, der erst durch die Krankheit des Patienten selbst erwächst. Im Fall von Ärzten und Krankenkassen folgt die Information über Krankenhäuser ebenfalls nicht einer voluntaristisch bzw. intrinsischen Motivation, sondern ist vielmehr Ausdruck des rollenförmigen Handelns professionalisierter Praxis. Die Verwendung des Begriffs „Menschen“ legt in diesem Zusammenhang eine ausschließliche Adressierung von Patienten oder ihren Angehörigen nahe.

Vertrauens“ erhofft. In dieser Sequenz fällt einerseits die vorsichtige Formulierung auf, die sich durch die Abschwächung mittels eines erweiterten Infinitivs des Modalverbs „können“ ableitet, welches auf einen Optativ und damit auch auf die prinzipielle Möglichkeit eines Scheiterns verweist, andererseits werden die Adressaten mit der Bezeichnung „Öffentlichkeit“ – ebenso wie mit der weiter oben stehende Bezeichnung „Menschen“ – äußerst allgemein angesprochen und ihre Zugehörigkeit zu einem spezifischen Kollektiv wie Patienten, Ärzten oder Kostenträgern nivelliert. Insgesamt handelt es sich bei dieser Sequenz um ein Gebrauchswertversprechen, das sich allerdings nicht mit den suggestiv werbenden Slogans des Klinikums Niederrhein vergleichen lässt, da der Textproduzent durch die implizite Einräumung des Scheiterns eine größtmögliche Zurückhaltung im Versprechen wahrt und somit eine zusätzliche Höflichkeitsformel einbindet. Über den semantischen Gehalt der Sequenz fällt das doppelte Leerzeichen zwischen „[...] festigen [...]“ und „[...] zu können.“ am Ende auf, welches auf eine nachlässige Formatierung bei der Texterstellung sowie bei der Endredaktion und dementsprechend auf eine eher unambitionierte Kommunikationspolitik im Rahmen der Erstellung von Qualitätsberichten schließen lässt. Als Zwischenergebnis für die Überprüfung der in der Analyse des Inhaltsverzeichnisses gebildeten Fallstrukturhypothese ist bereits an dieser Stelle zu konstatieren, dass die ersten beiden Sätzen des zweiten Absatzes mit einer Strategie zur Instrumentalisierung des vorliegenden Qualitätsberichts, die den Zweck einer Imageaufwertung oder Markenbildung durch das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke verfolgen könnte, unvereinbar erscheinen.

(9) „Der Inhalt und Aufbau des Qualitätsberichts orientiert sich weitgehend an einer gesetzlich vorgeschriebenen Struktur.“

Es folgt eine Feststellung zum Qualitätsbericht selbst, mit welcher der Textproduzent die Deautonomisierung des Krankenhauses noch einmal unterstreicht und eine fast vollständige – aber nicht unbeschränkte – Folgeleistung der legislativen Vorgaben und der sich daraus abzuleitenden Standardisierung des Qualitätsberichts ankündigt.^{478 479} Da der Textproduzent

⁴⁷⁸ Merkwürdig erscheint, dass die „gesetzlich vorgegebene Struktur“ mit einem unbestimmten Artikel vom Textproduzenten versehen und so die Unbestimmtheit oder sogar eine Unbekanntheit dieser Vorgabe implizit ausgedrückt wird, obwohl eine intensive Auseinandersetzung der Redaktion dieses Qualitätsberichts mit dem legislativen Regelwerk zur Erstellung von Qualitätsberichten hier präsupponiert werden muss. Im Fall einer unbestimmten Verallgemeinerung der legislativen Vorschrift können für diese Textsequenz nur unkundige Leser als Adressaten – wie Patienten – in Frage kommen, da dieser schwammig formulierte Verweis eher einen narrativen als informativen Charakter trägt und für eine professionalisierte Adressatenschaft nicht in Frage kommt.

⁴⁷⁹ Auf der gestalterischen Ebene nimmt der Textproduzent ohne Zwang einen Zeilenumbruch vor, ohne allerdings mit einer zusätzlichen Leerzeile einen neuen Absatz zu markieren.

gleichwohl einerseits die Unmöglichkeit einer autonomen Autorenschaft explizit betont und andererseits sich Freiräume vorbehält, wird mit dieser Aussage darüber hinaus ex ante eine implizite Distanzierung von dem vorliegenden Protokoll und eine darin enthaltende Exkulpation ausgedrückt, woraus sich eine latente, passive Opposition dem Gebot zur Erstellung von Qualitätsberichten begründen lässt.

(10) „Dies bietet für den Leser den Vorteil der Vergleichbarkeit der Krankenhäuser – es bleibt aber wenig Raum, die individuellen Besonderheiten der Krankenhäuser darzustellen.“

Nun wird der Nutzensgewinn für den Leser hervorgehoben, welcher sich durch die vom Gesetzgeber eingeforderte Standardisierung ergeben soll, um diesen in einem zweiten Schritt durch eine Einschränkung gleich wieder zu nivellieren: „Individuelle Besonderheiten“ von Krankenhäusern erscheinen im Zusammenhang bei der Recherche in Qualitätsberichten vielmehr von entscheidender Bedeutung für den Leser. Somit drückt der Textproduzent erneut – nun aber viel offener – seine Kritik an der legislativen Obliegenheit im Allgemeinen sowie den sich hieraus ergebenden Implikationen für die konkrete Erstellung der Qualitätsberichte im Speziellen aus.

(11) „In der vorliegenden gesetzlich vorgelegten Form werden viele wichtige Informationen so dargestellt, dass sie nur von Experten richtig gelesen und interpretiert werden können.“

Der Textproduzent nimmt erneut ohne Zwang einen Zeilenumbruch vor, ohne mit einer zusätzlichen Leerzeile einen neuen Absatz zu markieren, wodurch der Flattersatz am rechten Zeilenrand das bereits unruhige Schriftbild nur noch unnötig verstärkt. Die Sequenz beginnt mit der Tautologie „[...] vorliegenden gesetzlich vorgelegten Form [...]“, die einerseits auf den Umstand abstellt, dass der Qualitätsbericht in seiner gegenwärtigen Ausführung jetzt vorhanden und einsehbar ist, und die andererseits vage die legislative Verbindlichkeit zur Vorlage dieser Version noch einmal markiert. Mit der Formulierung „viele wichtige Informationen“ und dem Konsekutivsatz „[...] dass sie nur von Experten richtig gelesen und interpretiert werden können.“ kehrt der Textproduzent explizit zu einem narrativen Duktus zurück, der sich bereits in der Formulierung von (9) „[...] an einer gesetzlich vorgeschriebenen Struktur [...]“ ausgedrückt hat und dem Leser mögliche

Verständnisbarrieren ankündigt, die aus einer Informations- und Wissensasymmetrie zwischen – hier nur implizit angedeutet – Laien und Sachkundigen erwachsen. Der hier dominierende narrativ-blumige Schreibstil und die Ankündigung von Verständnisschwierigkeiten lässt nur die Lesart zu, dass sich diese Sequenz an die Adressatengruppe der Patienten richtet, wodurch aber ein widersprüchliches Gesamtbild der Botschaft entsteht: Einerseits wirkt sie wie eine vorweggenommene Entschuldigung des Textproduzenten für das antizipierte Unvermögen des unsachkundigen Lesers, den Qualitätsbericht überhaupt verstehen zu können, andererseits birgt dieser Umstand in Kombination mit dem narrativen Duktus das Risiko eines Eindrucks beim Leser, dass der Textproduzent von einem niedrigeren als dem tatsächlichen Verständnisniveau ausgeht und den Rezipienten nicht angemessen wahrnimmt. Schlussendlich spiegelt dieses Vorgehen aber die eigene Unsicherheit des Textproduzenten bezüglich seiner Haltung gegenüber den „unsachkundigen“ Rezipienten des Qualitätsberichts des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke wider und ist in letzter Konsequenz ein genereller Ausdruck von Zweifel an der Sinnhaftigkeit des Gebots zur Erstellung von Qualitätsberichten, woraus sich ein weiterer Beleg für die oben angeführte Fallstrukturhypothese ableiten lässt.

(12) „Wir haben uns bemüht, unseren Bericht durch Erläuterungen und Ergänzungen möglichst verständlich zu machen und haben, wo die Vorgaben es zuließen, die komplizierten medizinischen Begriffe durch eine verständliche Sprache ersetzt.“

Der Textproduzent lässt eine weiteren Reflexion über die Erstellung des Qualitätsberichts im Perfekt folgen, mit welcher er seine Unternehmungen kennzeichnet, die Lesbarkeit des Qualitätsberichts zu erleichtern. Auch hier ist offensichtlich, dass allein die Gruppe der Patienten adressiert und der narrative Duktus mit der Passage „...komplizierten medizinischen Begriffe...“ aufrecht erhalten wird.⁴⁸⁰ Der Lokalsatz „[...] wo die Vorgaben es zuließen [...]“ betont die Restriktionen, welche die Bemühungen um eine bessere Lesbarkeit von vornherein einschränken, und drückt in Verbindung mit dem einleitenden Hauptsatz der Sequenz die grundsätzliche Skepsis des Textproduzenten am Erfolg seiner Bemühungen sowie in letzter Konsequenz einen latenten Zweifel an der Sinnhaftigkeit aus, Patienten als Adressaten eines

⁴⁸⁰ Eine ausschließliche Adressierung von Patienten im Vorwort erscheint indes durchaus nachvollziehbar, da Mitarbeiter von Krankenkassen sowie zuweisende Ärzte sich vermutlich nur für spezifische Informationen in Qualitätsberichten interessieren, so dass anzunehmen gilt, dass Vorworte oder Einleitungen in der Regel erst gar nicht gelesen werden.

Qualitätsberichts anzusprechen.⁴⁸¹ Unter dieser Perspektive, einerseits den Patienten zu adressieren, gleichzeitig an der Sinnhaftigkeit dieser Adressierung zu zweifeln, artikuliert sich in dieser Sequenz auf einer Metaebene eine *Contradictio in adiecto*.

(13) „Bitte lassen Sie sich nicht von den vielen eingefügten Tabellen abschrecken.“

Es schließt sich ein Appell an den Leser an, trotz der Restriktionen, die vom Textproduzenten nun mit der Tautologie „[...] vielen eingefügten Tabellen [...]“ illustriert werden, den Versuch zu unternehmen, sich dennoch den Qualitätsbericht zu erschließen.⁴⁸² Letztlich ist dieser Appell wiederum als eine Entschuldigung für die erschwerte Lesbarkeit zu interpretieren, die sich durch die Standardisierung mittels Tabellen aus Sicht des Textproduzenten ergibt.^{483 484} Der narrativ-blumige Schreibstil wird dabei beibehalten, wobei sich nun unter Einbezug der Sequenzen (11) und (12) der Eindruck verdichtet, dass der Textproduzent um einen empathischen Duktus in seiner Ausdrucksweise als Folge seiner Unsicherheit bemüht ist, den Leser auf entsprechende Weise einzuführen. Festzuhalten bleibt hier das Risiko einer unbeabsichtigten Abklassifizierung des Lesers durch einen Schreibstil, der diesen nicht auf Augenhöhe anspricht, sondern tendenziell seine fehlende Sachkundigkeit durch eine maniert wirkende Bemühtheit bzw. überprotektiv-pädagogische Fürsorge unnötig betont.

(14) „Wir möchten uns an dieser Stelle für die hervorragende und engagierte Arbeit unserer Mitarbeiter/innen bedanken.“

Mit der Dankesklausel an die Mitarbeiter des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke beschreitet der Textautor inhaltlich eine neue Ebene, ohne – analog zu den beiden Sequenzen (9) und (11) – einen neuen Absatz durch das Einfügen einer Leerzeile zu markieren.⁴⁸⁵ Der Dank wird allen Mitarbeitern ausgesprochen und nicht spezifisch begründet. Denkbar wäre eine explizite Honorierung derjenigen Mitarbeiter, die bei der Erstellung des Qualitätsberichts beteiligt gewesen sind. Prinzipiell möglich ist darüber hinaus ein Dank an die Mitarbeiter für

⁴⁸¹ Zur Vollständigkeit ist hier zu konstatieren, dass es sich bei den vom Textproduzenten angeführten Restriktionen um eine Folge der legislativen Obliegenheiten handelt, welche die Erstellung des Qualitätsberichts unter dem Gesichtspunkt der Lesbarkeit für unsachkundige Rezipienten erschweren.

⁴⁸² Das Adjektiv „eingefügt“ erübrigt sich durch die offenkundige Präsenz der Tabellen im Qualitätsbericht.

⁴⁸³ Es sei nur kurz darauf verwiesen, dass Tabellen in der Regel der Erhöhung von Übersichtlichkeit dienen.

⁴⁸⁴ Der Textproduzent räumt mit der Verwendung des Verbs „abschrecken“ explizit die Möglichkeit einer negativen Wirkung des Qualitätsberichts auf den Rezipienten ein. Dieser Umstand erscheint mit dem Ziel einer für das Image des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke werbenden Kommunikationsstrategie unvereinbar.

⁴⁸⁵ Entgegen den Sequenzen (9) und (11) wäre ein neuer Absatz auf Grund des Themenwechsels jetzt allerdings angebracht.

ihre geleistete Arbeit im Kontext der klinischen Praxis des Krankenhauses. Worauf der Dank sich hier im Einzelnen bezieht, lässt sich jedoch nicht eindeutig klären. Auffällig ist auf Ebene der Textproduktion, dass der allgemeinen Höflichkeitsregel entsprechend in der Adressierung des Personals sowohl die männliche als auch die weibliche Form aufgeführt wird, allerdings von der Version in der Ansprache, die beide Geschlechter vollständig ausschreibt und die weibliche Form voranstellt, jetzt abgewichen wird und somit ein einheitlicher Stil nicht aufrechterhalten wird.

(15) „Ein besonderer Dank gilt allen, die bei der Erstellung dieses Qualitätsberichts mitgewirkt haben.“

Der Textautor dankt erneut und präzisiert diese Klausel exklusiv für diejenigen Mitarbeiter, die an der Erstellung des Qualitätsberichts beteiligt waren. Hieraus lässt sich ein allgemeiner Dank allen Mitarbeitern des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke für ihre Arbeit in Sequenz (14) ableiten.

(16) „Herdecke, im Oktober 2007“

Es folgt nach zwei Leerzeichen eine kurze Angabe des Orts und der Zeit durch die Bestimmung des Monats und des Jahres, die zur abschließenden Kontextuierung für ein Vorwort üblich ist.

(17) „Dr. med. Stefan Schmidt-Troschke
für den Vorstand

Norbert Böckenhoff
Kaufmännischer Direktor

Sequenz (17) repräsentiert die beiden Verfasser des Vorworts bzw. die Verantwortlichen für den Qualitätsbericht: hier der Kaufmännische Direktor und ein Vorstandsmitglied, bei dem es sich vermutlich um den ärztlichen Direktor handelt. Verwunderlich ist allerdings, dass eine genaue Bestimmung der Funktion nicht vorgenommen wird, sondern vielmehr auf eine Repräsentation eines Kollektivs abgestellt wird, was impliziert, dass der „Vorstand“ mehrere Personen in sich vereinigt. Vorstände sind die vertretungsberechtigten Organe von Körperschaften wie Aktiengesellschaften, eingetragenen Vereinen oder auch von Einrichtungen wie Stiftungen. Hierbei handelt es sich offensichtlich nicht um eine Aktiengesellschaft, da als bekannt vorauszusetzen ist, dass es sich beim Gemeinschafts-

krankenhaus Herdecke um eine gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung handelt. Somit bleibt zu schließen, dass sich der hier genannte „Vorstand“ auf das Führungsgremium einer Stiftung oder eines Vereins beziehen muss. Unter Einbezug von Kontextwissen ist weiterhin bekannt, dass der Träger des Krankenhauses der Gemeinnützige Verein zur Entwicklung von Gemeinschaftskrankenhäusern e.V. ist, wodurch die Funktion der erst genannten Person als Vorsitzender oder Sprecher des Vorstands – in der Regel werden diese Rollenträger Repräsentanten bzw. Verantwortliche genannt – zu interpretieren ist. Auf Ebene der Gestaltung folgt die Sequenz dem nüchternen Gesamteindruck und ist nicht noch zusätzlich durch eine digitalisierte Unterschrift, die einer Inszenierungslogik der Personifikation folgt und oftmals in digitalen Medien mit dem Ziel vorzufinden ist, dem Rezipienten Nähe zu suggerieren, artifiziell überhöht.

Resümierend ergibt sich damit ein Erscheinungsbild, das keine Kompatibilität mit solchen Lesarten zulässt, die auf eine Kommunikationspolitik mit dem Ziel einer werbenden Markenbildung deuten: Auf der gestalterischen Ebene ist das in Relation zu dem vorhandenen Raum kurz gehaltene Vorwort mit einem Flattersatz rechts unambitioniert formatiert. Insgesamt wurden lediglich zwei Absätze gebildet, wobei eine Differenzierung des Fließtextes durch Absätze die Lesbarkeit – insbesondere vor dem hellblauen, Kontrastarmut erzeugenden Hintergrund – erleichtert hätten. Ein doppeltes Leerzeichen in Sequenz (8) weist auf eine nachlässige Endredaktion hin. Auf inhaltlicher Ebene imponiert die Verklausulierung einer latenten Opposition gegen die Erstellung von Qualitätsberichten sowie eine entschuldigende und defensive Haltung des Textproduzenten dem Leser gegenüber, die ihren Höhepunkt in dem Appell findet, sich von der Lektüre des Qualitätsberichts nicht abschrecken zu lassen. Es wird ein narrativ-schwammiger Schreibstil gewählt, der Gefahr läuft, dem Leser nicht auf gleicher Höhe zu begegnen, sondern diesem vielmehr ungewollt seine fachliche Unkundigkeit andient, so dass sich insgesamt hieraus ein Bild ableitet, das den vorliegenden Qualitätsbericht als Ausdruck einer für das Krankenhaus unumgänglichen Verpflichtung zeichnet, die ohne die Absicht einer um die Gunst von Patienten werbenden Instrumentalisierung erfüllt wird.

III.2.4 Die Einleitung

Als nächstes folgt die Einleitung:

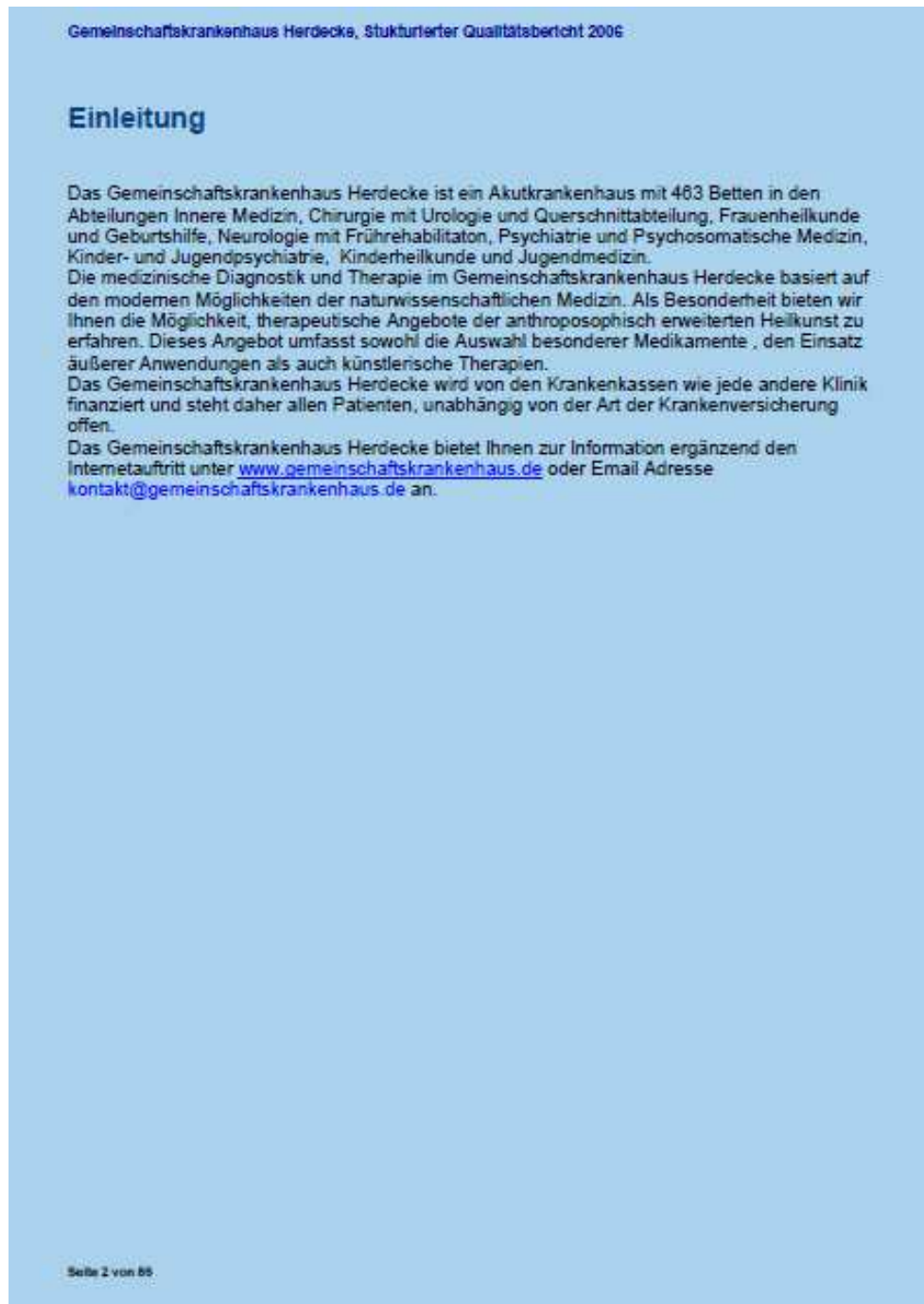


Abb. III.2.8: Die Einleitung des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke

Wie das Vorwort ist die Einleitung mit einer knappen Hälfte der Seite recht kurz gehalten. Die Kopfzeile sowie der Hintergrund sind ebenfalls identisch zum Vorwort und werden deshalb nicht noch einmal für sich im Einzelnen analysiert. Zu vermuten gilt jedoch, dass sich

die Kopfzeile mit ihrer Funktion eines nüchternen Hinweises auf den weiteren Seiten des Qualitätsberichts fortsetzt. Auffällig verbleibt in Anbetracht des zur Verfügung stehenden Seitenraums die an den oberen Seitenrand fast anstoßende, unambitioniert wirkende Platzierung der Sequenz.

(1) „Einleitung“

Die Überschrift ist im Font ArialMT mit der Schriftgröße 20, Fettdruck und demselben Kobaltcoelinblau des Vorworts gehalten. Gemäß der Analyse des Inhaltsverzeichnisses fungiert eine Einleitung als thematischer Überblick, der ein Portrait des Krankenhauses mit seinem Profil, dem Leitbild oder beispielsweise seiner Historie einschließt.

(2) „Das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke ist ein Akutkrankenhaus mit 463 Betten in den Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie mit Urologie und Querschnittabteilung, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Neurologie mit Frührehabilitation, Psychiatrie und Psychosomatische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderheilkunde und Jugendmedizin.“

Der Textproduzent skizziert ein Profil des Krankenhauses anhand seines Status der Tag- und Nachtaufnahme ambulant oder stationär zu behandelnder Patienten mit dringlichem Behandlungsbedarf, seiner Bettenzahl sowie seiner einzelnen Abteilungen. Direkt auffällig ist wiederum ein doppeltes Leerzeichen, das zwischen „[...] Kinder- und Jugendpsychiatrie, [...]“ und „[...] Kinderheilkunde [...]“ eingefügt wurde.

(3) „Die medizinische Diagnostik und Therapie im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke basiert auf den modernen Möglichkeiten der naturwissenschaftlichen Medizin.“

Durch den bestimmten Artikel werden Therapie und Diagnostik als eine Einheit zusammengefasst und mit der lokalen Präposition auf das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke konkret bezogen, wodurch der Eindruck einer Betonung entsteht. Gemäß der anthroposophischen Ausrichtung des Krankenhauses ist in diesem Zusammenhang denkbar, dass der Textproduzent im Folgenden auf das Angebot anthroposophischer Medizin oder auch homöopathischer Therapieansätze eingeht. Es folgt aber ein Verweis auf das Potential der

modernen Schulmedizin, die für den Einsatz von Medizintechnik und evident-naturwissenschaftlichen Verfahren steht. Der Textproduzent tritt somit möglichen Bedenken oder Vorurteilen gegenüber der anthroposophischen Medizin im Vornherein entgegen und akzentuiert den schulmedizinischen Schwerpunkt des Gemeinschaftskrankenhauses. Auf Ebene der Formatierung wird ein neuer Absatz begonnen, der allerdings nicht durch eine gesonderte Leerzeile markiert wird.

(4) „Als Besonderheit bieten wir Ihnen die Möglichkeit, therapeutische Angebote der anthroposophisch erweiterten Heilkunst zu erfahren.“

Nun folgt der bereits in Sequenz (3) erwartete – jedoch sehr zurückhaltende – Bezug auf die anthroposophische Medizin, die als ein Alleinstellungskriterium in Abgrenzung zu solchen Krankenhäusern verstanden werden kann, welche rein schulmedizinisch ausgerichtet sind. Durch den explizit optionalen Charakter von „Möglichkeit“ und „Angebote“ überträgt der Textproduzent dem Patienten die Entscheidungsautonomie, solche Therapieformen anzunehmen oder abzulehnen, wodurch allerdings die Indikation dieser Therapieformen implizit zur Disposition gestellt wird und diese lediglich den Charakter eines alternativen oder zusätzlichen Nutzens für den Patienten erhalten.

(5) „Dieses Angebot umfasst sowohl die Auswahl besonderer Medikamente , den Einsatz äußerer Anwendungen als auch künstlerische Therapien.“

Auffällig ist das Leerzeichen vor dem Komma in der Aufzählung, welches wie das doppelte Leerzeichen in Sequenz (3) auf eine nachlässige Formatierung schließen lässt. Inhaltlich wird unter Bezug auf (5) der Versuch einer Illustration unternommen, die aber insgesamt sehr unkonkret wirkt, da das „Angebot“ und die hierfür zugrundeliegenden Indikationen nicht näher spezifiziert werden: Im Zusammenhag mit künstlerischen Therapien sind u.a. Disziplinen wie Heileurythmie, Musik- oder Kunsttherapie denkbar. Äußere Anwendungen implizieren balneophysikalische Maßnahmen auf naturheilkundlicher Basis, während die medikative Therapie auf homöopathische oder anthroposophische Arzneimittel deuten. Insgesamt ist hier festzuhalten, dass dem Textproduzenten die Möglichkeit offen steht, die Besonderheiten anthroposophischer Behandlungsmöglichkeiten dezidierter und auch markanter in den Mittelpunkt seiner Ausführungen zu stellen und so die Alleinstellungskriterien hervorzuheben, mit denen sich das Gemeinschaftskrankenhaus

Herdecke von anderen Krankenhäusern absetzen und seine Attraktivität für eine bestimmte Klientel steigern könnte.

(6) „Das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke wird wie jede andere Klinik von den Krankenkassen finanziert und steht daher allen Patienten, unabhängig von der Art der Krankenversicherung offen.“

Es wird wiederum ein neuer Absatz eingeleitet, ohne eine Leerzeile zu setzen. Inhaltlich folgt eine Aussage, die das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke als ein öffentliches Krankenhaus kennzeichnet und die Unbeschränktheit des Zugangs für jedweden Patienten betont. Dabei nimmt der Textproduzent durch den expliziten Vergleich mit anderen Krankenhäusern eine Nivellierung vor und tritt möglichen Bedenken des Lesers entgegen, gesetzlich versicherte Patienten auszuschließen. Zu bemerken ist hier aber, dass diese Bedingungslosigkeit bereits in der Bezeichnung „Gemeinschaftskrankenhaus“ inhärent enthalten ist.

(7) „Das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke bietet Ihnen zur Information ergänzend den Internetauftritt unter www.gemeinschaftskrankenhaus.de oder Email Adresse kontakt@gemeinschaftskrankenhaus.de an.“

Die Einleitung wird mit einem Hinweis auf weiterführende Informationen geschlossen, der sowohl einen Link zur Homepage des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke sowie zu einem Mail-Client enthält.⁴⁸⁶ Dem Rezipienten des Qualitätsberichts wird somit eine nutzerfreundliche Möglichkeit geboten, mit welcher er sowohl zur Klärung bestehender Fragen oder Anliegen den Kontakt aufnehmen als auch sich auf der Homepage über das Profil des Krankenhauses näher informieren kann. Im Abgleich mit dem Qualitätsbericht des Klinikums Niederrhein, das bereits auf der Titelseite seine kompletten Kontaktdaten platziert hat, ist diese Sequenz allerdings sehr viel reduzierter gestaltet und erreicht diesem Vorgehen gegenüber lediglich einen viel schwächeren Grad einer Invitatio ad offerendum, da für eine Einladung eine Verlinkung zur Homepage bzw. zu einem Mail-Client ohne Angabe der telefonischen Durchwahl oder der Adresse als Offerte zur Besichtigung des Krankenhauses vor Ort eher zurückhaltend erscheint. Weiterhin wird der Hinweis auf die Möglichkeit zur Information durch den Textproduzenten als eine Ergänzung der Einleitung beschrieben,

⁴⁸⁶ Die Sequenz ist in einen neuen Absatz gesetzt, der erneut ohne eine zusätzliche Leerzeile an den vorangegangenen Text anschließt. Beide Links sind in blauer Schriftfarbe vom restlichen Text hervorgehoben und der Link zur Homepage des Gemeinschaftskrankenhauses ist zusätzlich unterstrichen.

welche jedoch – gemessen an ihrem im Vergleich geringen Umfang und ihrer restringierten Aussagekraft – bereits in sich wenig Informationswert für den Leser besitzt und so die Vermutung entstehen vermag, dass ein Aufsuchen des Internetauftritts ebenfalls keinen höheren Informationsnutzen verspricht.⁴⁸⁷

Abschließend belegen die Satzkonstruktion sowie ein orthographischer Fehler in dieser Sequenz den überwiegend unambitionierten Gesamteindruck der Einleitung: „E-Mail“ wird entgegen der amtlichen Rechtschreibung unkorrekt geschrieben und der hier erforderliche Viertelgeviertstrich zur Kennzeichnung der Verbindung zwischen „Email“ und „Adresse“ wird ebenfalls nicht gesetzt.⁴⁸⁸ Ferner fehlt der bestimmte Artikel „die“ vor „Email Adresse“, wobei der Textproduzent den Zweck der „Email-Adresse“ samt einer finalen Präposition voranstellt und diesen mit „[...] zur weiterführenden Information [...]“ benennt. Dieser Zweck bezieht sich jedoch sinnhaft eher auf den Internetauftritt, da eine Kontaktaufnahme via E-Mail auf einen kommunikativen Kontext und dementsprechend auf die Eröffnung einer gemeinsamen Praxis abzielt, um hierdurch Informationen zu gewinnen. Durch diesen Umstand bedingt böte sich für ein besseres Verständnis eine Formulierung an, die eine kausale Beziehung der Angabe der E-Mail-Adresse und ihrer Zweckbestimmung durch beispielsweise „[...] zur Kontaktaufnahme [...]“ konkretisieren würde.

Aus der Perspektive der Kommunikationspolitik schließt sich somit die Einleitung dem unambitionierten Erscheinungsbild, das aus dem Vorwort, dem Inhaltsverzeichnis sowie der Titelseite bereits erwachsen ist, an und festigt die Fallstrukturhypothese, dass dieser Qualitätsbericht keine Kompatibilität mit einem Produkt einer solchen Kommunikationspolitik aufweist, die das Ziel einer werbenden Markenbildung oder gar einer Imageaufwertung des Krankenhauses verfolgt: Trotz des vorhandenen Platzes verbleibt der Umfang der Einleitung – analog zum Vorwort – gering. Ebenso bewirkt die linksbündige Formatierung ohne eine explizite Kennzeichnung eigenständiger Absätze und dem sich hieraus ergebenden unruhigen Flattersatz eine schlechte Lesbarkeit des Textes und kann als Ausdruck eines fehlenden Anspruchs auf Prägnanz und Artifizialität gewertet werden.⁴⁸⁹

⁴⁸⁷ Ein Besuch des Internetauftritts des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke zeichnet allerdings ein anderes Bild: Bereits die Homepage weist u.a. eine Animation mittels eines weich überblendeten Fotostreams sowie einen Link zur Babygalerie des Krankenhauses, einen Hinweis auf die Platzierung unter den drei besten Klinik-Websites bei einem deutschlandweiten Wettbewerb sowie einen 360°-Panoramarundgang auf.

⁴⁸⁸ Auch wenn die unkorrekte Schreibweise „Email“ für „E-Mail“ durchaus verbreitet ist, läuft sie Gefahr, mit dem gleichnamigen Schmelzübergang verwechselt zu werden. Vgl. Duden 1996: 249

⁴⁸⁹ Die schlechte Lesbarkeit wird – analog zum Inhaltsverzeichnis und dem Vorwort – durch den hellblauen Hintergrund und die daraus erzeugte Kontrastarmut noch verstärkt.

Die Aussagen auf inhaltlicher Ebene wirken sehr zurückhaltend und mögliche Anpreisungen bleiben dort, wo eine Werbung mit den Alleinstellungskriterien möglich wäre, die sich aus der anthroposophischen Werteorientierung des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke ergeben, aus oder werden nur zaghaft angedeutet. Dementsprechend kann auch nur derjenige Rezipient, der über ein Basiswissen um die anthroposophische Medizin verfügt, diese Andeutungen lesen bzw. die sich dahinter verbergenden Details antizipieren. Auch die Nivellierung der spezifischen Ausrichtung des Krankenhauses durch den Vergleich mit jedweden anderen öffentlichen Krankenhäusern in Bezug auf die Art der Finanzierung und die hierin enthaltene Betonung einer Bedingungslosigkeit des Zugangs für Patienten weisen auf eine zurückweichende, fast entschuldigende Fürsprache für das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, die beim Leser den Eindruck zu erwecken vermag, dass der Textproduzent selbst eine Verpflichtung verspürt, mögliche Bedenken oder Vorurteile der Adressatenschaft gegenüber einer anthroposophischen Orientierung zu antizipieren und von vornherein entkräften zu müssen.⁴⁹⁰ Diese passive Haltung legt die Vermutung einer latenten Unsicherheit des Textproduzenten nahe, wie dem Leser begegnet werden soll, und ist in sich ein Beleg für das Fehlen einer Kommunikationsstrategie, die auf eine Werbung um die Gunst von Patienten ausgerichtet ist.

Wird der Qualitätsbericht des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke für das Berichtsjahr 2006 analog zum Vorgehen der Analyse des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein nach frei gestaltbaren Elementen und Protokollen für eine Markenbildung der Kommunikationspolitik – wie Fotografien, graphischen Elementen oder Slogans – abgesucht, so bietet das übrige Protokoll keine weiteren Anhaltspunkte, die oben entwickelte Fallstrukturhypothese zu falsifizieren. Dementsprechend folgt in der Zusammenfassung ein Abgleich mit dem Qualitätsbericht 2008 unter der Fragestellung, inwieweit die für das Berichtsjahr 2006 nüchtern kreierte Kommunikation den Lesern des Qualitätsberichts gegenüber Veränderungen in die Richtung von Marketingaktivitäten erfahren haben könnte.

⁴⁹⁰ Für den Fall, dass hinter dieser Nivellierung durch den Vergleich mit andern Krankenhäusern die Intention stehen sollte, hiermit gezielt die Attraktivität des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke für solche Patienten zu erhöhen, die der Anthroposophie gegenüber distanziert eingestellt sind, gilt anzunehmen, dass sich ein solcher Versuch genau in das Gegenteil verkehrt. Allerdings ist für diese Lesart auf die Einleitung zu verweisen, die eine um die Gunst potentieller Patienten werbenden Kommunikationsstrategie unwahrscheinlich werden lässt.

II.5 Zusammenfassung

Rekurrierend auf die Ergebnisse der Analysen der Titelseite, des Inhaltsverzeichnisses und des Vorwortes sowie der Einleitung ergibt sich das Gesamtbild einer auf das Notwendigste reduzierten Selbstdarstellung des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke.

Die Titelseite wirkt trotz der beiden artifiziellen Fotografien, die durchaus eine positive Ausstrahlung auf den Rezipienten haben, sowie des Logos insgesamt unambitioniert komponiert: Dies liegt erstens an der pragmatisch motivierten schwarzen Umrahmung des kleineren Fotos, der partiellen Verdeckung des größeren Fotos und der nicht zwingend erscheinenden Bildkomposition der gesamten Collage und der hierdurch entstehenden Minderung der Suggestionskraft der Einzelaufnahmen. In Bezug auf die ganze Titelseite wirkt die Platzierung der einzelnen Bild- und Textelemente vor dem dominant weißen Hintergrund so, als bestünde kein kompositorischer Bezug zwischen den einzelnen Elementen aufeinander oder wenigstens als sei die Umsetzung inkonsequent und laienhaft ausgeführt worden, obwohl sich mit einem ersten Eindruck ein sich nach oben verjüngendes Trapez als Ordnungsprinzip imaginieren lässt.⁴⁹¹ Im Ganzen ergibt sich somit das Bild einer konservativen Gestaltung, die nicht auf den Anspruch schließen lässt, durch einen werbenden Blickfang das Interesse des Lesers künstlich zu erwecken bzw. dessen Aufmerksamkeit an sich binden zu wollen. Aus der Art der Gestaltung wurde die These abgeleitet, dass die Fotografien nicht eigens für den Qualitätsbericht aufgenommen wurden, sondern bereits als Material zur Außendarstellung in einem Fotoarchiv vorlagen. Eine Recherche auf der Homepage des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke belegt diese These.

Das Inhaltsverzeichnis ist erschöpfend bis in die Unterkapitel ausgeführt, dementsprechend fünf Seiten lang und folgt – entgegen dem Versuch eines selektiven Information-Placements durch das Klinikum Niederrhein – der vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen Strukturierung. Sowohl die Hintergrund- als auch die Schriftfarbe wechseln nun in unterschiedliche Blautöne, die eine Kontrastarmut und damit eine schlechtere Lesbarkeit nach sich ziehen. Das komplette Inhaltsverzeichnis ist mit den entsprechenden Kapiteln und

⁴⁹¹ Aus der Art der Gestaltung wurde die These abgeleitet, dass die Fotografien nicht eigens für den Qualitätsbericht aufgenommen wurden, sondern bereits als Material zur Außendarstellung in einem Fotoarchiv vorlagen, da sonst ein ambitionierteres Design der Fotocollage zu erwarten gewesen wäre. Eine Recherche im Internetauftritt des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke belegt diese These: Sowohl die Luftbildaufnahme als auch die Fassadenaufnahme finden sich hier auf der Homepage: <http://www.gemeinschaftskrankenhaus.de/>

Unterkapiteln komplett verlinkt, so dass der Leser nicht durch ganze Kapitel geführt wird und sich so intensiver mit dem Bericht auseinandersetzen muss, sondern sich zielgenau und punktuell informieren kann.⁴⁹² In Verbindung mit der Titelseite konnte an dieser Stelle die Fallstrukturhypothese gebildet werden, dass das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke seiner legislativen Obliegenheit zur Erstellung eines Qualitätsberichts zwar nachkommt, damit aber nicht die Absicht einer Kommunikationspolitik im Sinne des Marketings verknüpft.

Das Vorwort ist im Vergleich zu dem verfügbaren Platz kurz gehalten und wirkt mit der linksbündigen Formatierung und dem sich hieraus ergebenden Flattersatz unambitioniert ausgestaltet, wodurch in Verbindung mit dem doppelten Leerzeichen in Sequenz (8) auf eine nachlässige Endredaktion geschlossen werden muss. Auf inhaltlicher Ebene verbleibt besonders der Eindruck, dass das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke ein verklausuliertes Zeugnis seiner Deautonomisierung zur Erstellung dieses Qualitätsberichts ablegt: Es wird ein defensiver und entschuldigender Stil gewählt, mit dem die sich für den unkundigen Leser aus den Vorgaben erwachsenden Verständnisprobleme vorweggenommen werden. Adressiert werden mit dem Vorwort somit ausschließlich Rezipienten, die entgegen der inkludierten Adressierung von Ärzten und Kostenträgern im ersten Absatz nicht zu einem dieser professionellen Kollektive gehören. Parallel zu der Vorwegnahme von Verständnisproblemen des Lesers drückt sich eine latente Opposition gegenüber der legislativen Obliegenheit zur Einhaltung eines standardisierten Aufbaus und Inhalts der Qualitätsberichte aus, die sich nicht zuletzt in dem Appell ausdrückt, sich von der Lektüre des Qualitätsberichts nicht abschrecken zu lassen. Gleichzeitig setzt sich aber die Wahl eines narrativ-schwammigen Schreibstils, der insbesondere in den Sequenzen (10) bis einschließlich (13) imponiert, dem Risiko aus, die Kompetenz des Lesers durch eine überprotektive Antizipation seiner fachlichen Unkundigkeit unintendiert abzuqualifizieren.

Die Einleitung setzt hinsichtlich ihrer Gestaltung, der inhaltlichen Ausführungen sowie der Adressierung den durch das Vorwort gewonnenen Eindruck fort: Ein kurzer, unambitionierter Text mit linksbündiger Formatierung, welcher wiederum mit den doppelten Leerzeichen in den Sequenzen (2) und (5) und der missglückten Satzkonstruktion in Sequenz (7) auf eine flüchtige Endredaktion schließen lässt.

⁴⁹² Es verbleibt anzunehmen, dass diese Hilfestellung an fachkundige Leser adressiert ist, die sich mit dem Qualitätsbericht im Kontext ihrer Profession auseinandersetzen und allein an spezifischen Informationen interessiert sind.

Auf inhaltlicher Ebene verbleiben die Aussagen sehr zurückhaltend und bieten u.a. durch den verwunderlich anmutenden Hinweis auf die Bedingungslosigkeit des Zugangs und der damit verbundenen Betonung, auch Patienten gesetzlicher Krankenversicherungen zu behandeln, Informationen, die im Allgemeinen als bekannt vorauszusetzen sind. Darüber hinaus wirkt die Nivellierung durch den Vergleich mit anderen Krankenhäusern fast wie eine entschuldigende Fürsprache für das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, welche die Vermutung über eine subjektiv empfundene Verpflichtung des Textproduzenten nahe legt, mögliche Bedenken oder Vorurteile gegenüber einer anthroposophischen Orientierung, die sich beispielsweise aus einer mangelnden Informationslage des Lesers erklären könnte, von vornherein entkräften zu müssen. Auch die Möglichkeit, die Einleitung für Anpreisungen von Alleinstellungskriterien zu nutzen, die sich aus der anthroposophischen Werteorientierung des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke ergeben, wird außer Acht gelassen.

Insgesamt drückt diese passive Haltung eine latente Unsicherheit des Textproduzenten im Umgang mit dem Leser aus und muss als ein weiterer Beleg für die Fallstrukturhypothese verstanden werden, dass das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke keine Kommunikationspolitik mit einem für das eigene Image werbenden Marketing verfolgt, sondern mit seinem Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2006 letztlich ein Protokoll präsentiert, welches lediglich als das Resultat einer für das Krankenhaus unumgänglichen Obliegenheit zu interpretieren ist.

Um die Möglichkeit zu untersuchen, dass der für das Berichtsjahr 2006 erstellte Qualitätsbericht für die Kommunikationsstrategie des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke im Rahmen seiner Außendarstellung mittels Qualitätsberichten nicht repräsentativ sein könnte, erfolgt analog zum Vorgehen der Analyse der Kommunikationspolitik des Klinikums Niederrhein ein Abgleich mit dem Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2008.

Stellt man den Qualitätsbericht des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke für das Berichtsjahr 2006 dem für das Berichtsjahr 2008 gegenüber, so ist bereits auf der Titelseite direkt ersichtlich, dass der Qualitätsbericht für das Jahr 2008 sowohl in seiner graphischen als auch in der textlichen Gestaltung der Bereiche, die eine um die Gunst des Rezipienten werbende Kommunikationspolitik zulassen, den aus dem Berichtsjahr 2006 bereits bekannten nüchternen bis zurückhaltenden Charakter fortsetzt bzw. diesen noch übertrifft. Bereits die Titelseite wurde verändert: Während der Qualitätsbericht 2006 auf seiner Titelseite noch eine

Fotocollage und das Logo des Krankenhauses vorzuweisen hatte, so verbleibt nun lediglich ein karger Gesamteindruck:

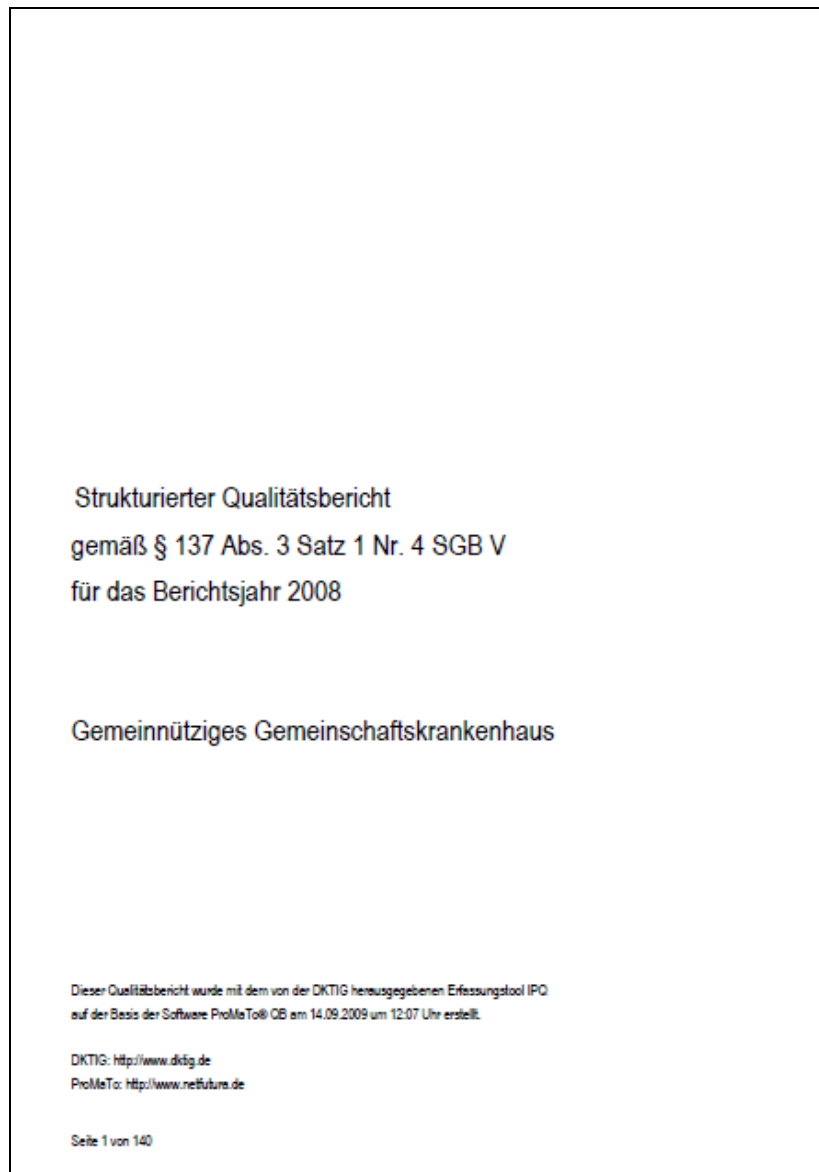


Abb. III.2.9: Die Titelseite 2008

Die Titelseite ist vor einem weißen Hintergrund ohne jegliches graphisches Element gestaltet, wobei der obere Bereich mit ca. 40 Prozent vollständig leer verbleibt.⁴⁹³ Der Text ist durchgehend in schwarzer Schriftfarbe gehalten und der Schrifttypus wechselt im Vergleich zum Qualitätsbericht 2006 in „ArialNarrow“ mit der Schriftgröße 21. Direkt auffällig für eine Titelseite ist die in der Fußzeile bereits hier aufgeführte Seitenzahl, wodurch sich der

⁴⁹³ Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke 2009. Der Qualitätsbericht des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke 2008 ist abrufbar unter der URL: <http://www.gemeinschaftskrankenhaus.de/index.php5?page=57&lang=0>

nüchterne Charakter des Protokolls in Verbindung mit dem reduzierten Erscheinungsbild zusätzlich verstärkt. Betitelt ist der Qualitätsbericht nun mit:

(1) „Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2008“

Entgegen der Gestaltung der Titelseite für das Berichtsjahr 2006 wird jetzt der Gegenstand des Protokolls, der explizite Bezug auf die legislative Obliegenheit zur Erstellung des Qualitätsberichts sowie der Geltungszeitraum in den Mittelpunkt gerückt.^{494 495} Auffällig ist dabei, dass die erste Zeile um ein Leerzeichen eingerückt ist und somit an die linksbündige Formatierung nicht exakt anschließt.

(2) „Gemeinnütziges Gemeinschaftskrankenhaus“

Der Textproduzent lässt dem Titel den Namen der für den Qualitätsbericht verantwortlichen Instanz folgen, wobei der Name von der allgemein bekannten Betitelung „Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke“ nun aber abweicht und unter Auslassung der Ortsbezeichnung „Herdecke“ in einen Pleonasmus umgewandelt wird. Durch die Auslassung der Ortsbezeichnung entzieht diese Formulierung dem Krankenhaus sein genuines Wesen und könnte prinzipiell auch ein anderes Gemeinschaftskrankenhaus mit einer solchen Attribuierung – wie beispielsweise die Filderklinik – adressieren, so dass bereits an dieser Stelle der Schluss gezogen werden kann, dass dieses Vorgehen mit einem Versuch zur Markenbildung oder Imageaufwertung des Gemeinschaftskrankenhauses unvereinbar

⁴⁹⁴ Eine extensive Erörterung der Sequenz „strukturierter Qualitätsbericht“ sowie des Bezugs auf die gesetzliche Vorgabe hierfür und den Berichtszeitraum findet sich in der Analyse der Titelseite des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein.

⁴⁹⁵ Analog zum Bezug auf den veränderten Gesetzestext, der in den Qualitätsberichten des Klinikums Niederrhein vom Berichtsjahr 2006 auf 2008 festzustellen war, wird nun ebenfalls auf den Gesetzestext „§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V“ verwiesen. Zu konstatieren bleibt, dass das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke für das Berichtsjahr 2006 keinen Verweis auf die Gesetzesregelung aufgeführt und so die explizite Betonung einer gesetzlich Regelung und den damit verbundenen rechtmäßigen Charakter des Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2006 unterlassen hat. Gemäß den Vorschriften des Gemeinsamen Bundesausschusses hätte allerdings auch für das Berichtsjahr 2006 eine explizite Aufführung des Gesetzestextes „§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V“ erfolgen müssen. Dementsprechend stellt diese Unterlassung einen Verstoß gegen den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses dar und kann als ein weiterer Ausdruck der latenten Opposition des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke gegen die Erstellung von Qualitätsberichten interpretiert werden. Für die Vorgabe zur Aufführung des Gesetzestextes im Berichtsjahr 2007 vergleiche Gemeinsamer Bundesausschuss 2007d: 4. Für die Vorgabe zur Aufführung des Gesetzestextes im Berichtsjahr 2009 vergleiche Gemeinsamer Bundesausschuss 2009: 2

erscheint. Warum der Textproduzent hier allerdings selbst den geläufigen Namen des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke ausspart, lässt sich letztlich nicht klären.

(3) „Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 14.09.2009 um 12:07 Uhr erstellt.“

Im unteren Fünftel der Seite schließt sich eine Sequenz in „ArialNarrow“ und der Größe 10 an, mit der auf die automatisierte Erstellung des Qualitätsberichts rekuriert wird. Die Abkürzung „DKTIG“ bezeichnet dabei die Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH, die als ein Tochterunternehmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft Leistungen für Krankenhäuser in den Bereichen Datenübermittlung sowie Informationsverarbeitung und deren Integration anbietet. Zusätzlich werden Informationen über das genutzte Internetportal „IPQ“ und die verwendete Software gegeben.⁴⁹⁶ Abschließend wird die Sequenz mit dem Kalenderdatum und der genauen Uhrzeit der Erstellung beendet.

Insgesamt handelt es sich um eine Sequenz, die formal-nüchterne Informationen über die technischen Modalitäten des Zustandekommens des vorliegenden Qualitätsberichts präsentiert und wie ein Deutungsmusterbruch auf den Rezipienten wirkt, da mithin dem Leser – ob unkundiger Patient oder fachkundiger Arzt – kein Zugewinn an Informationen geliefert wird: Für eine Recherche über ein spezifisches Krankenhaus mittels seines Qualitätsberichts erscheinen Angaben auf der Titelseite zur technischen Realisation eher irrelevant als sinnvoll, was die Vermutung nahe legt, dass diese Angabe nicht vom Textproduzenten intentional gewählt wurde, sondern vielmehr eine standardisierte Voreinstellung der verwendeten Software ist und damit standardisiert auf den Titelseiten der Qualitätsberichte erscheint, die mit der Software „ProMaTo® QB“ erstellt werden. Dieser Lesart entsprechend handelt es sich schlussendlich um ein Information-Placement der DKTIG und damit um eine Bewerbung des eigenen Produkts. Unter der Bedingung, dass eine solche standardisierte Voreinstellung durch den Nutzer der Software auch individuell verändert werden könnte, würde das Vorgehen, die für den Rezipienten irrelevante Voreinstellung beizubehalten, den Eindruck einer unambitionierten Gestaltung der Titelseite zusätzlich verstärken.

⁴⁹⁶ Das Internetportal „IPQ“ ermöglicht die Erstellung von Qualitätsberichten in den Datenformaten XML und PDF.

Auch hier ist ein weißer Hintergrund gewählt worden, der den Kontrast zu der schwarzen Schriftfarbe verstärkt und damit die Lesbarkeit erleichtert. Die Überschrift „Inhaltsverzeichnis“ ist im Font ArialNarrow in der Schriftgröße 21 verfasst, während die übrigen Kapitelüberschriften in Arial und der Schriftgröße 12 gestaltet sind.

Auffällig ist, dass dieses Inhaltsverzeichnis von dem aus dem Berichtsjahr 2006 teilweise abweicht: Ein Vorwort findet keine Beachtung mehr, die übergeordneten Überschriften der vier wesentlichen Teilgebiete „A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses“, „B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen“, „C Qualitätssicherung“ und „D Qualitätsmanagement“ wurden vom Textproduzenten ausgelassen, so dass beispielsweise das Kapitel „A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses“ direkt mit dem Unterkapitel „A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses“ begonnen wird. Ferner wurde die Reihenfolge der einzelnen Unterkapitel in „B- Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen“ entgegen ihrer ursprünglichen Gliederung verändert.⁴⁹⁷ Weiterhin fällt auf, dass die im Inhaltsverzeichnis des Qualitätsberichts 2006 den einzelnen Kapiteln noch zugeordneten Seitenzahlen ebenfalls außer Acht gelassen wurden, so dass man lediglich noch mit den auch in diesem Qualitätsbericht eingefügten Hyperlinks zielgenau durch das Protokoll navigieren kann und die Seitenzahlen in diesem Qualitätsbericht infolgedessen ihre Funktion zur Orientierung im Dokument verlieren.

Insgesamt ergibt sich somit ein Gesamtbild eines wenig artifiziellen, auf seine grundlegende Funktion zur Übersicht reduzierten Inhaltsverzeichnisses. Wie im Qualitätsbericht aus dem Jahr 2006 wird hier der versachlichte Eindruck, den bereits die Titelseite erweckt hat, bestärkt und der durch die Ausführlichkeit bedingte pedantisch–paragrafenhafte Charakter fortgesetzt: Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebene Gliederung wird wie für das Berichtsjahr 2006 auch im Jahr 2008 eingehalten und die direkte Verlinkung zu den einzelnen Kapiteln weist auf eine an der reinen Sache orientierte Informationspolitik.

⁴⁹⁷ Die Reihenfolge gliedert sich nun wie folgt auf: B-[1] Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Tagessätze), B-[2] Pädiatrie, B-[3] Neurochirurgie, B-[4] Psychosomatik/Psychotherapie, B-[5] Innere Medizin, B-[6] Kinder- und Jugendpsychiatrie, B-[7] Allgemeine Chirurgie, B-[8] Frauenheilkunde und Geburtshilfe, B-[9] Neurologie, B-[10] Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Tagessätze), B-[11] Allgemeine Psychiatrie und B-[12] Abteilung für Rückenmarkverletzte und Frührehabilitation. Hieraus ergibt sich, dass alle Fachabteilungen berücksichtigt wurden, jedoch lediglich B-[10] Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Tagessätze) und B-[12] Abteilung für Rückenmarkverletzte und Frührehabilitation an die gleiche Position in der Gliederung gesetzt wurden wie im Berichtsjahr 2006. Eine Klärung der Gründe für diese Umstrukturierung erscheinen für die hier zu untersuchende Fragestellung aus Gründen der Sparsamkeit allerdings irrelevant.

Letztlich weist der Umstand, dass das unambitionierte Vorwort des Berichtsjahres 2006 aus dem aktuellen Qualitätsbericht genommen wurde, nicht durch ein neues Vorwort ersetzt wurde und folglich das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke ein frei gestaltbares Element zur positiven Selbstdarstellung der eigenen Institution erst gar nicht mehr einzubringen versucht, auf die Tendenz hin zu einer weiteren Reduzierung einer solchen Kommunikationspolitik, die das Ziel einer Fürsprache oder Anpreisung dem Leser gegenüber verfolgen könnte.

Es schließt sich die Einleitung an:

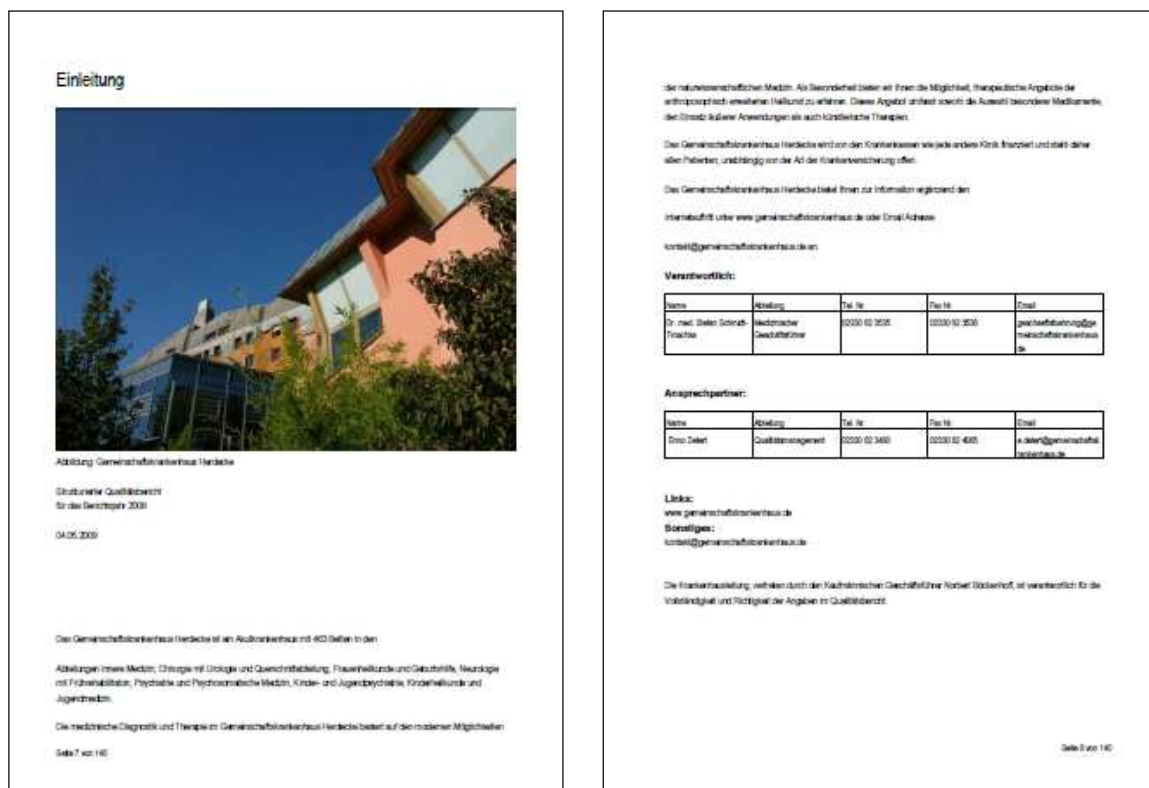


Abb. III.2.11: Die Einleitung 2008

Direkt unterhalb der Überschrift ist die von der Titelseite des Qualitätsberichts 2006 bekannte größere Aufnahme der Fotocollage platziert, wobei die Luftbildaufnahme entfernt wurde. Diese Entscheidung verleiht dem Gesamtbild der Seite einen klareren, prägnanteren Charakter als zuvor. Gefolgt wird die Aufnahme von der Sequenz:

(6) „Abbildung: Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke“

Der Text ist wie die übrige Einleitung in der Schriftart „ArialNarrow“ mit der Größe 11 verfasst und fungiert als eine Abbildungslegende, deren Funktion in der Erklärung des Bildinhalts bzw. zu dessen Einordnung besteht. Im Gegensatz zum Qualitätsbericht aus dem Jahr 2006 ist diese Legende neu und konkretisiert nach der unspezifischen Benennung in Sequenz (2), mit der prinzipiell jedes gemeinnützige Gemeinschaftskrankenhaus adressiert werden könnte, nun eindeutig die herausgebende Instanz des Qualitätsberichts: das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. Gleichzeitig wirkt die Abbildungslegende und die explizite Nennung des Gemeinschaftskrankenhauses an dieser für das Protokoll nun fortgeschrittenen Stelle aber redundant und unpassend, da zu unterstellen gilt, dass der Leser dieses Dokument intentional und im Wissen, dass es sich um den Qualitätsbericht des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke handelt, ausgewählt hat, um sich über dieses zu informieren. Weiterhin sind Abbildungslegenden eher typisch für wissenschaftliche Arbeiten, Kunstbücher, Lexika oder andere Medien, die primär unter spezifischen Richtlinien und der Maßgabe der objektiven Überprüfbarkeit der Verbreitung von Wissen dienen. Dagegen wirkt eine Abbildungslegende für suggestive Zwecke der Werbung kontraproduktiv, da gerade hier die Auslösung positiv besetzter Emotionen, Assoziationen und Einstellungen meist durch in erster Linie nicht direkt überprüfbare Gebrauchswertversprechen angestrebt wird.⁴⁹⁸ Beim Einsatz von graphischen Elementen oder Fotografien in der Werbung wirkt überdies die zusätzlich explizite Erläuterung, dass es sich um eine – für den Rezipienten bereits augenscheinlich ersichtliche – Abbildung handelt, unpassend.

(7) „Strukturierter Qualitätsbericht
für das Berichtsjahr 2008“

Der Textproduzent wiederholt die bereits von der Titelseite bekannte Sequenz und verkürzt diese, in dem er den expliziten Bezug auf die legislative Obliegenheit entfernt, wobei die für den Leser erneute Aufführung des Titels keinen zusätzlichen Informationsgewinn darstellt.

⁴⁹⁸ Generell könnte diese Aufnahme zwar als ein Gebrauchswertversprechen im Sinne eines möglichen Slogans „Wo Anthroposophie drauf steht, ist auch Anthroposophie drin“ an solche Rezipienten interpretiert werden, die der Anthroposophie zugewandt sind und hierdurch eine positive Verstärkung erfahren. Die Überprüfbarkeit an der Realität spricht allerdings für die Faktizität der Abbildung und lässt suggestive Zwecke als unwahrscheinlich wirken.

(8) „04.05.2009“

Nun schließt sich ein Datum an, das mit dem Erstellungszeitpunkt des Qualitätsberichts auf der Titelseite „[...]14.09.2009 [...]“ nicht übereinstimmt und ein Kalenderdatum knapp vier Monate vor seiner Erstellung bezeichnet. Prinzipiell ergibt sich daraus die Lesart, dass es sich hierbei um das Datum handelt, an welchem die Einleitung verfasst wurde. Eine weitere Lesart besteht in der Möglichkeit, dass das Datum den Beginn der Erstellung des Qualitätsberichts markiert, der dann knapp vier Monate später am 14.09.2009 abgeschlossen wurde. Eine zweifelsfreie Klärung, welche Lesart als zwingend zu interpretieren ist, erscheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch noch nicht möglich.

Nach dem Datum folgt nun der eigentliche Text der Einleitung, welcher exakt dem Text entspricht, der bereits aus der Einleitung des Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2006 bekannt ist.⁴⁹⁹ ⁵⁰⁰ Formal bleibt die linksbündige Formatierung und der Flattersatz rechts bestehen, allerdings ist der Text nun in sechs Absätze, die durch Leerzeilen explizit gekennzeichnet sind, aufgegliedert, was in Verbindung mit dem weißen Hintergrund und der dadurch verstärkten Kontrastbildung die Lesbarkeit eindeutig verbessert. Weiterhin fällt auf, dass die letzte Sequenz mit der missglückten Satzkonstruktion beibehalten, jedoch jetzt in drei Absätze geteilt wurde und die beiden Links, die ursprünglich farbig hervorgehoben wurden, im Schwarz des übrigen Textes belassen wurden. Letztlich setzt die Einleitung damit den nüchternen, unambitionierten Eindruck fort, der sich bereits auf der Titelseite und dem Inhaltsverzeichnis dem Rezipienten aufdrängt. Verwunderlich ist überdies, dass auch die ursprüngliche Sequenz (7) aus der Einleitung des Qualitätsberichts 2006 „Das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke bietet Ihnen zur Information ergänzend den Internetauftritt unter www.gemeinschaftskrankenhaus.de oder Email Adresse kontakt@gemeinschaftskrankenhaus.de an“ nicht korrigiert wurde, woraus sich die Vermutung ergibt, dass die gesamte Einleitung bei der Endredaktion für das Berichtsjahr 2008 nicht Gegenstand einer Überprüfung gewesen sein kann. Schlussendlich ist allein dieser Umstand Ausdruck einer unambitionierten Außendarstellung. Recherchiert man im

⁴⁹⁹ Für eine umfassende Erörterung der Einleitung siehe die dazugehörige Analyse. Hier sei nur kurz darauf verwiesen, dass die aktuelle Einleitung ohne Not – das Foto hätte etwas kleiner gestaltet werden können – über zwei Seiten verläuft und direkt an zwei Tabellen angrenzt, was dem Erscheinungsbild einen unpräzisen Charakter verleiht.

⁵⁰⁰ An dieser Stelle kann bezüglich der beiden Lesarten zum Datum oberhalb des Einleitungstextes die erste Lesart ausgeschlossen werden, da der Text bereits mindestens zwei Jahre zuvor angefertigt worden sein muss, so dass das Datum als Kennzeichnung des Beginns der Erstellung des Qualitätsberichts aus Ermangelung anderer kompatibler Lesarten zu interpretieren gilt.

Qualitätsbericht 2008 weiter nach Hinweisen, welche die Fallstrukturhypothese widerlegen könnten, lassen sich analog zum Qualitätsbericht 2006 solche Protokolle nicht identifizieren, so dass im Folgenden die Ergebnisse der Analyse zusammengefasst werden können.

Resümierend lässt sich im Vergleich der beiden Qualitätsberichte des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke für die Berichtsjahre 2006 und 2008 den obigen Ausführungen entsprechend ein durchweg unambitioniertes Gesamtbild ohne jegliche Intention zu einer Kommunikationsstrategie mit dem Ziel der Markenbildung bzw. der Imageaufwertung zeichnen.

Wurde im Qualitätsbericht 2006 wenigstens im Vorwort eine eigene Stellung bezogen, auch wenn diese als verklausulierter Ausdruck einer latenten Opposition gegen die Deautonomisierung durch das Gebot zur Erstellung von Qualitätsberichten zu verstehen ist und implizit die Desillusionierung des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke bezüglich des Informationsnutzens und damit der Sinnhaftigkeit von Qualitätsberichten ausdrückt, so wurde im Berichtsjahr 2008 auf selbst diese Stellungnahme verzichtet. Dieses Bild wird ebenfalls durch den Vergleich der beiden Titelseiten gestützt: Wurde die Titelseite im Jahr 2006 noch zweimal mit dem Namen des Gemeinschaftskrankenhauses – einmal an zentraler Position unterhalb der Fotocollage und einmal als artifizielle, farblich von den restlichen Textelementen abgehobene Sequenz mit einem artifiziellen Logo – versehen, so verbleibt auf der Titelseite des Jahres 2008 ein nüchterner Namenszug, der die Ortsbezeichnung auslässt und so sich selbst seiner Genuinität beraubt. Das bereits im Jahr 2006 auf eine Fotocollage reduzierte Mittel, einen visuellen Eindruck des Krankenhauses zu vermitteln, wurde im Jahr 2008 auf das Minimum – lediglich eine Fotografie einer Fassade des Gebäudes – gesenkt, so dass die artifizielle Luftaufnahme keinerlei Berücksichtigung mehr findet. Weiterhin wurde sogar die farbliche Gestaltung des Hintergrunds in das gängig sachliche Schwarz-Weiß umgeändert. Zuallerletzt ist aber die inhaltlich unveränderte sowie orthographisch unkorrigierte Übernahme der Einleitung Ausdruck der entwickelten Fallstrukturhypothese einer fehlenden Intention, mit dem Qualitätsbericht ein Medium zur Bewerbung eines überregional bekannten Krankenhauses zu nutzen.

Im Folgenden wird nun ein Qualitätsbericht analysiert, der eine um die Lesergunst werbende Strategie im Rahmen professionellen Marketings als Kontrast zu den beiden vorangegangenen Typen der Kommunikationspolitik von Krankenhäusern verspricht.

III.3 Sana-Klinikum Remscheid

III.3.1 Die Titelseite des Qualitätsberichts 2006



Abb. III.3.1: Die Titelseite 2006 des Sana-Klinikums Remscheid⁵⁰¹

⁵⁰¹ Sana-Klinikum Remscheid 2006. Der gesamte Qualitätsbericht für das Jahr 2006 ist online abrufbar unter der URL: http://www.klinikfuehrer-rheinland.de/images/qsreports/260510826_QB_2006.pdf

Die Titelseite wird durch zwei graphische Elemente dominiert: Im unteren Drittel ist eine Reihe von drei quadratischen Fotografien vor einer in transparenten Grautönen gehaltenen Lilie zu sehen, die sich mit ihrer Blüte und dem dazugehörigen Stängel über dreiviertel der Seite erstreckt.

Die drei Fotografien besitzen exakt das gleiche Format und sind ohne einen Rahmen auf Höhe des unteren Blütenkelches positioniert. Die linke Abbildung zeigt augenscheinlich einen Arzt mit Stirnglatze, weißem Kittel, dessen Ärmel leicht zu den Ellenbogen zurückgeschoben sind, und dunkler Krawatte. Mit seiner linken Hand stützt er einen von einer rosafarbenen Decke umschlungenen Säugling mit dunklen Haaren. Der Kopf des Arztes ist nach links gedreht, wobei seine Augen ein über seine Schulter hinweg befindliches Ziel fokussieren. Sein Mund ist leicht geöffnet, so dass durchaus denkbar ist, dass er gerade zu einem Sprechakt ansetzt oder diesen gerade beendet. Sein rechter Arm ist angewinkelt und Daumen und Zeigefinger sind auseinandergespreizt, um einen Abstand oder ein Längenmaß zu gestikulieren. Hierdurch wird offensichtlich, dass es sich bei dem Ziel um eine weitere, außerhalb des Bildausschnitts befindliche Person handeln muss, die mit dieser Geste adressiert wird. Im linken Hintergrund ist eine mit weiß geflieste Wand unterhalb eines Fenster und rechts ein weiteres Fenster und eine Gardine mit horizontal verlaufenden gelben Streifen zu sehen. Auf dem Fenstersims sind mehrerer Gegenstände – u.a. ein Stapel mit gefalteten Handtüchern oder eventuell auch Windeln – abgestellt, während auf der weißen Tischplatte eine Verpackung und eine Spenderflasche mit Desinfektionsmittel zu erkennen sind.

Schon bei der ersten Betrachtung fällt die inhaltliche Nähe mit dem Sujet einer ausschließlich an der Sache selbst orientierten Handlungsmaxime zu der Abbildung „1.9 Ein Fachgespräch unter Kollegen“ des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein für das Berichtsjahr 2006 auf: Die Gestik des Arztes und sein geöffneter Mund evozieren im Betrachter die Vorstellung eines konzentrierten Fachgesprächs, in welchem der Arzt eine medizinische Diagnose stellt oder einen Sachverhalt erklärt.⁵⁰² Sein Gesicht wirkt in der Wangenpartie leicht errötet und die linke Hand ist durch einen erhöhten Muskeltonus gekennzeichnet, was wiederum den Eindruck von Konzentration und Sachorientierung verstärkt. Wie auch im Qualitätsbericht 2006 des Klinikums Niederrhein wurde für das Sujet „Werteorientierung“ durch den Bildproduzenten eine „Schnappschuss“-Ästhetik zur Suggestion von Authentizität und

⁵⁰² Ob es sich bei dem durch Daumen und Zeigefinger angedeuteten Abstand um die Repräsentation einer Norm oder den Hinweis auf eine Pathologie handelt, lässt sich anhand der Fotografie allerdings nicht feststellen.

Natürlichkeit der Szenerie gewählt. Durch den Einbezug eines Säuglings, bei dem es sich durchaus um einen realen Patienten im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung handeln könnte, wird in der abgebildeten Szene im Vergleich zu den meisten Motiven des Qualitätsberichts 2006 des Klinikums Niederrhein, die weitestgehend – bis auf die Aufnahmen „1.21 Beim Malen“ und „1.11 Zwei Krankenschwestern“ – ohne die explizite Darstellung von Patienten auskommen, nun jedoch stärker die Praxis ärztlichen Handelns konkretisiert und der Realität angenähert.⁵⁰³ Die Aussparung der vom Arzt adressierten Person lässt dem Betrachter Raum für Assoziation – beispielsweise könnte es sich hierbei um die Mutter des Kindes, einen weiteren Arzt oder Pflegepersonal handeln - und verstärkt zudem die Spannung der Szene, so dass die Abbildung insgesamt als ein Gebrauchswertversprechen für intrinsisch motivierte Fürsorge, Zuwendung sowie ärztliche Fachkompetenz interpretiert werden kann.

In der Mitte der Serie ist der Eingangsbereich eines Gebäudes hinter einem bepflanzten Rondell zu sehen, in welchem ein Pavillon aus Metall zu dekorativen Zwecken steht. Dahinter ist eine blaue Drehtür mit einem grauen Vorbau im Eingangsbereich zu erkennen. Das Mauerwerk im Erdgeschoss ist abwechselnd mit Steinen in einem helleren und dunkleren Grau abgesetzt, während darüber das Gebäude weiß verputzt wurde. Im ersten Stock sind helle Gardinen mit einem regelmäßigen Faltenwurf hinter eine Fensterfassade wahrzunehmen, die durch helle Streben vertikal und horizontal in Einzelsegmente unterteilt ist. Rechts von der Fassade zurückgesetzt steht ein verglaster Trakt, hinter welchem sich wiederum ein hellbeiger bis gelblicher Gebäudeteil erhebt. Der vom Fotografen ausgewählte Ausschnitt lässt keine Rückschlüsse auf die Größe des Gebäudes ziehen. Allerdings deuten das Rondell, die Drehtür, die das Betreten und gleichzeitige Verlassen einer großen Personengruppe ermöglicht, auf einen öffentlichen Kontext des Gebäudes und damit auf einen großen, mehrstöckigen Komplex hin. Im Wissen darum, dass hier der Qualitätsbericht eines Krankenhauses vorliegt, muss in diesem Zusammenhang auf die Abbildung des Eingangsbereichs des Krankenhausgebäudes geschlossen werden.

Die Abbildung rechts zeigt eine blonde Krankenschwester mit Ohrsteckern in einem dunkelblauen Kasack. Sie ist dem Betrachter mit dem Rücken links seitlich abgewandt und

⁵⁰³ Die Aufnahme „III.1.11 Zwei Krankenschwestern“ zeigt den Ausschnitt von Beinen eines Patienten, der auf einem Krankenhausbett liegt. Ob es sich bei der abgebildeten Person um einen realen Patienten handelt, konnte auf Grund des Ausschnitts nicht festgestellt werden. Weiter beinhalten die Fotoserie einer oder mehrerer Herzkatheteruntersuchungen zwar teilweise Abbildungen menschlichen Gewebes auf den Monitoren, diese wirken jedoch sehr viel abstrakter als die Darstellung von Personen.

schaut nach links, so dass ihr Gesicht nur im Profil erkennbar ist. An den Händen trägt sie Einmalhandschuhe und betätigt mit der rechten Hand das orange Flusskontrollrad eines an einem Infusionsstativ angebrachten Infusionsbestecks. Ihre linke Hand fixiert dabei das Infusionsstativ, so dass aus der Perspektive des Betrachters ein daneben befindlicher Vitalparameter-Monitor teilweise verdeckt wird. Rechts und links hängen von oben zwei weiße, spiralförmige Kabel herunter. Links ist ein weiteres oranges Flusskontrollrad zu erkennen. Im Hintergrund ist lediglich eine weiße Kabelblende mit grünen Steckdosen wahrnehmbar, in welche schwarze Stecker mit schwarzen Kabeln eingeführt sind.

Auch diese Fotografie nimmt in der bekannten „Schnappschuss“-Ästhetik das Sujet der Werte- bzw. Sachorientierung auf und transportiert inhaltlich das gleiche Gebrauchswertversprechen wie die Aufnahme des Arztes mit Säugling links. Ästhetisch korrespondiert sie darüber hinaus durch die Blickrichtung der Krankenschwester: Fokussiert der Blick des Arztes eine rechts außerhalb des Bildausschnitts befindliche Person, so blickt die Krankenschwester nach links. Auch ihr Blickfokus liegt außerhalb des für den Betrachter sichtbaren Ausschnitts der abgebildeten Szene. Führt man ihren Blick allerdings imaginär über den Bildausschnitt der rechten Fotografie und über die in der Mitte positionierten Darstellung des Eingangsbereichs des Krankenhauses hinweg, so richtet sich ihr Fokus genau auf den Kopf des Arztes, wodurch auf einer Metaebene eine ästhetische Bezugnahme und ein artifizielles Gleichmaß in der Gestaltung der drei Fotografien geschaffen wird.

Der Hintergrund der Titelseite wird durch eine artifizielle transparent wirkende und in Grautönen gehaltenen Lilie dominiert.⁵⁰⁴ Die Lilie steht in voller Blüte, so dass sich ihre Blütenblätter trompetenförmig auslehnen. Von den insgesamt sechs Blättern ragen zwei – jeweils links und rechts – über den Bildrand hinaus. Bei den Blättern, die frontal aufgenommen wurden, sind die vertikal, fast parallel zueinander zur Blattspitze verlaufenden Blattadern in einem hellen Grauton gut zu erkennen, während die umliegenden Epidermisbereiche mit dünnen Zellschichten fast weiß wirken. Im Zentrum der Blüte sind fünf Staubfäden mit Beutel und zwei Griffeln mit Narbe zu sehen. Diese sind – genauso wie die seitlichen Blütenblätter – sehr viel dunkler und dadurch zum Hintergrund kontrastreicher dargestellt. Der im Vergleich zu den Blättern sehr viel dickere Pflanzenstiel verläuft aus der Perspektive des Betrachters leicht nach links gebogen über den unteren Seitenrand hinaus und

⁵⁰⁴ Durch die Größe bedingt kann ihre Bedeutung für die ästhetische Gestaltung der Seite als mit der Fotoserie ebenbürtig charakterisiert werden, obwohl sie im unteren Teil ihres Blütenkelchs von der Fotoserie verdeckt ist.

teilt das untere Fünftel der Seite exakt mittig.⁵⁰⁵ Auch dieser ist in einem dunkleren Grauton als die aus der frontalen Perspektive aufgenommenen Blütenblätter dargestellt. Hieraus lässt sich schließen, dass bei der vorliegenden Aufnahme offensichtlich kein fotografisches Verfahren mittels einer einfachen Lichtbildtechnik verwendet wurde: Bei einer Schwarz-Weiß-Fotografie würden die in der Realität übereinstimmenden Farben auf dem Abzug mit identischen Weiß-, Grau- oder Schwarztönen zueinander korrespondieren. Dementsprechend müssten die Blütenblätter die gleichen, deckenden Grautöne aufweisen. Hier changieren jedoch die weißlich und gräulichen Abstufungen in Abhängigkeit von der Breite des Zellgewebes, wodurch dünnes Zellgewebe helle und breites Zellgewebe dunkle Töne bewirken.⁵⁰⁶ Vielmehr deutet diese Art der Reproduktion auf Nutzung eines bildgebenden Verfahrens medizinischer Diagnostik – hier ein digitales Röntgenbild mit schwacher Strahlung – hin.

Der bereits beim ersten Betrachten evozierte Eindruck von höchster Artifizialität und Filigranität wird durch die Vergegenwärtigung, dass für die Aufnahme ein hochtechnisiertes Verfahren, das exklusiv in professionalisierten Kontexten zur Anwendung kommt, noch gesteigert. Darüber hinaus entspricht die Darstellung einer Lilie mit einem solchen Reproduktionsverfahren einem Bruch herkömmlicher Deutungsmuster des Rezipienten: Motive der Röntgentechnik werden in der Regel mit rein medizinisch-diagnostischen Kontexten assoziiert, also dort, wo das Ziel die Kosten- und Mittelaufwendungen nach herrschender Meinung rechtfertigt, ein Bild zur Indikationsstellung und Therapie von Erkrankungen zu ermöglichen, deren Diagnose für das menschliche Auge unmöglich wäre. Die röntgentechnische Darstellung einer Pflanze ist in diesem Rahmen ebenfalls nur in professionalisierten Kontexten – wie beispielsweise in der naturwissenschaftlichen Forschung – denkbar. Dennoch wäre hier auch die Sichtbarmachung der im Inneren der Pflanze befindlichen Strukturen auf Grund des Fehlens ethischer Bedenken ohne weiteres mittels feiner Querschnitte möglich. Ein wissenschaftlicher Nutzensgewinn durch eine Röntgenaufnahme erscheint demnach für die heutige Zeit auch eher als unwahrscheinlich, da eine Erkundung der Anatomie und Physiologie von Pflanzen bereits vor Hunderten von Jahren begonnen wurde und gegenwärtig einen Erkenntnisstand erreicht zu haben scheint, der durch die vorliegende Aufnahme keine weitere Bereicherung erfährt. Dementsprechend wird

⁵⁰⁵ Die Gesamtgestalt der Lilie lässt auf eine Madonnenlilie schließen, die in ihrer Symbolkraft mit Reinheit und Unschuld assoziiert werden kann. Siehe hierzu Lingen (1974): 222

⁵⁰⁶ Besonders sichtbar wird dieser Sachverhalt beim Vergleich der Blütenblätter, die alle in der Realität einen identischen Zellaufbau haben, hier jedoch in Abhängigkeit ihrer Lage unterschiedlich variieren.

die Röntgenaufnahme einer Lilie stärker durch ihre ästhetische Aussagekraft dominiert. Die Nutzung einer primär der Medizin vorbehaltenen Technik, bei der aber das Ziel einer Artifizialisierung des Motivs verfolgt wird, deutet in diesem Zusammenhang auf die Intention einer Überhöhung des ästhetischen Gehalts der Aufnahme und damit der ästhetischen Erfahrung des Rezipienten. Hierin drückt sich eine Umfunktionalisierung von Technik aus, diese ihrem eigentlichen Bestimmungsgegenstand zu entheben und sie zur Steigerung des artifiziellen Ausdrucks einer Fotografie anzuwenden, womit gleichsam eine Botschaft des Bildproduzenten verbunden ist, die nicht allein auf die Repräsentation fotografischer Kompetenz reduziert werden kann, sondern dem Rezipienten zudem vermittelt, dass eine Technik über ihren indizierten Verwendungszweck hinaus verwendet werden konnte: Allein die Möglichkeit, Medizintechnik zur ästhetischen Überhöhung eines Motivs zweckentfremden zu können, impliziert somit neben naturwissenschaftlich-technischer Kompetenz eben auch Exklusivität, Distinktion und damit Macht. Letztlich transportiert das Konzept der Aufnahme einer Lilie mittels Röntgentechnik ein Gebrauchswertversprechen des Bildproduzenten auf fachliche, technische und ökonomische Überlegenheit und reicht unter Einbezug der Analysen der Motive mit dem Sujet „Medizintechnik“ im Qualitätsbericht des Klinikums Niederrhein für das Berichtsjahr 2006 über das Versprechen auf eine naturwissenschaftlich fundierte und einer aus moderner Medizintechnik resultierenden hohen Behandlungsqualität weit hinaus.⁵⁰⁷

Nach der Betrachtung der Lilie wandert der Blick des Rezipienten nach oben rechts auf ein graphisches Element, bei dem es sich offensichtlich um ein Logo handelt:



Abb. III.3.2: Das Logo von Sana

⁵⁰⁷ Das Gebrauchswertversprechen als Kernbotschaft der Motive mit dem Sujet „Medizintechnik“ im Qualitätsbericht des Klinikums Niederrhein für das Berichtsjahr 2006 ist in dieser Aufnahmen ebenfalls enthalten. Für eine detaillierte Erörterung siehe die Analysen des Qualitätsberichts.

Im Zentrum stehen drei königsblaue Flächen, welche an die Grundform eines Parallelogramms erinnern, dessen vertikalen Seiten abgerundet wurden. Die einzelnen Flächen sind an der horizontalen Seite gespiegelt, so dass sich eine S-förmige Figur ergibt. Die oberste Fläche ist rechts oben mit einem weißen Kreis versehen, welcher wie ein Auge wirkt und der Gesamtfigur das Aussehen einer abstrahiert illustrierten Schlange verleiht. Vertikal verläuft im gleichen Farbton eine Linie, an deren oberen Ende ein ebenfalls königsblauer Kreis positioniert wurde. Die S-förmige Fläche erweckt in Verbindung mit der Linie beim Betrachter sofort die Assoziation zu der bekannten Symbolik des Äskulapstabes als Metapher für die Heilkunst des griechischen Gottes Äskulap und damit für Humanmedizin. In seiner Gesamtgestalt erscheint das Logo durch den hohen Abstraktionsgrad einerseits und die Prägnanz andererseits, mit einfachen geometrischen Formen die Ausdrucksgestalt des Äskulapstabes und der sich um ihn windenden Natter – trotz der Zweidimensionalität und ohne die Suggestion eines räumlichen Eindrucks – für den Rezipienten sofort erkennbar darzustellen, wie das artifizielle Produkt eines professionellen Graphikers.

Unter der Graphik ist die Sequenz „sana“ in dem identischen Blau und komplett in Minuskeln positioniert.⁵⁰⁸ Der Begriff „sana“ leitet sich aus dem Infinitiv des lateinischen Verbs „sanare“ ab und bedeutet „heilen“. In der vorliegenden Flexionsform bezeichnet Sana den Imperativ Singular und bedeutet „heile“. Über den Sinngehalt des Verbs „sanare“ hinaus benennt „sana“ die gleichnamige Klinikgesellschaft. Die Sana Kliniken AG gehört u.a. neben der Rhön Klinikum AG, der Helios Kliniken GmbH, der Damp Holding, der Asklepios Kliniken GmbH und den Paracelsus Kliniken zu den größten privaten Klinikbetreibern in Deutschland und ist eine Tochtergesellschaft privater Krankenversicherer wie Allianz, Signal Iduna Gruppe, Debeka und der Deutschen Krankenversicherung AG. Da keine weiteren Rückschlüsse auf einen anderen Bedeutungsinhalt der Textsequenz gegeben wird, ist somit zwingend zu schließen, dass das vorliegende Protokoll von der Sana Kliniken Ag ediert wurde und der Schriftzug das graphische Element hinsichtlich seiner Repräsentationsfunktion der Autorenschaft nur noch konkretisiert. In seiner Gesamtheit wirkt das Logo nicht zuletzt durch das abstrahierte, aber dennoch eindeutige Motiv sowie den in Minuskeln gehaltenen Schriftzug artifiziell und ästhetisch ausgewogen. Durch seine Positionierung am rechten oberen Rand der Seite wirkt es wie ein Briefkopf als Identitätshinweis und unterstreicht den offiziellen Charakter des Protokolls innerhalb eines professionellen Kontextes.

⁵⁰⁸ Bei dem Schrifttypus handelt es sich um den zurückhaltenden Font „Arial“.

Nach dem Logo wandert der Blick des Betrachters am rechten Seitenrand herunter zu den drei Textsequenzen unterhalb der Serie mit den drei Fotografien. Der Textproduzent führt die erste Sequenz an:

(1) „Sana-Klinikum Remscheid“

Analog zum Qualitätsbericht des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke für das Berichtsjahr 2006 führt auch hier der Textproduzent zuerst den Namen des Krankenhauses an, betont die Zugehörigkeit zur Betreibergesellschaft Sana und konkretisiert den Standort mit der Stadt Remscheid, die im Bergischen Land südlich der Stadt Wuppertal liegt.⁵⁰⁹

(2) „Akademisches Lehrkrankenhaus für die
Medizinische Fakultät der Ruhr-Universität-Bochum“

Es folgt die zweite Sequenz, die rechtsbündig an der ersten ausgerichtet ist und über zwei Zeilen in dem Font „ArialMT“ und der kleineren Schriftgröße 10 mit gleicher Schriftfarbe gestaltet wurde. Der Anfang kennzeichnet das Sana-Klinikum Remscheid als ein Krankenhaus, an dem die praktische Ausbildung von Medizinstudenten vollzogen wird. Beendet wird die Sequenz mit der Konkretisierung, an welche Hochschulinstitution das Klinikum angebunden ist: die Medizinische Fakultät der Ruhr-Universität-Bochum.

Die Textsequenz präsupponiert einerseits eine feste Kooperation mit der Ruhr-Universität und andererseits die akademische Befähigung der leitenden Ärzte, Lehraufgaben zu übernehmen. Eine Betonung der Anbindung an eine Universität und damit die Partizipation an wissenschaftlicher Forschung und Lehre bereits auf der Titelseite erscheint in diesem Zusammenhang wie die Anpreisung eines Prädikats zur Eigenwerbung sowie ein Gebrauchswertversprechen für fachliche Kompetenz auf Hochschulniveau. Besonders der zusätzliche Hinweis auf die medizinische Fakultät wirkt gestelzt, da eine Kooperation eines Klinikums mit einer anderen Fakultät abwegig erscheint, woraus sich das Vorliegen einer inhärenten Tautologie erklärt. Die Intentionalität dieser Formulierung voraussetzend, kann hier demgegenüber aber das Ziel zur Steigerung des Gebrauchswertversprechens abgeleitet werden, da anzunehmen gilt, dass die maniert wirkende Betonung beim Rezipienten Assoziationen wie Legitimität, Autorität sowie Renommee evozieren soll. Dieser Eindruck

⁵⁰⁹ Als Font wurde „ArialMT“ in der Schriftgröße 14 im gleichen Königsblau des Logos gewählt.

wird durch den Charakter eines Subtitels des Klinikums, welcher sich aus der Platzierung direkt unterhalb von „Sana-Klinikum Remscheid“ in der gleichen Schriftfarbe ergibt, noch zusätzlich verstärkt.

Als letzte Textsequenz folgt:

(3) „Qualitätsbericht 2006“

Die Sequenz weicht nun von den anderen ab: Sie ist im Font „Arial-BoldMT“, in der Schriftgröße 11 gestaltet und mit einem Indigoblau dunkler als der restliche Text hervorgehoben. Inhaltlich kündigt der Textproduzent den Gegenstand des Protokolls sowie den Geltungszeitraum an und verspricht Informationen u.a. über Fachabteilungen und Qualitätsmanagement des Sana-Klinikums Remscheid.⁵¹⁰

Resümierend trägt die Titelseite nicht zuletzt durch die Blütenblätter der Lilie einen sich öffnenden und sich in den Bildraum entfaltenden Charakter, der den Betrachter dazu einlädt, seinen Blick entlang der einzelnen Gestaltungselemente wandern zu lassen. Trotz der zurückhaltenden, freilassenden Gesamtgestalt wirken die einzelnen Elemente ausgewogen zueinander komponiert. Die in unterschiedliche Richtung geneigten Blütenblätter der Lilie übernehmen dabei unterschwellig die Führung des Blickwinkels und sorgen gleichzeitig für eine ausgewogene Gesamtkomposition: So weist das zweite Blütenblatt von rechts empor zum Logo der Titelseite und die linken Blütenblätter legen sich wie ein imaginäres Dach auf die links positionierte Fotografie des Arztes mit einem Säugling. Das Blütenblatt rechts legt den Schwerpunkt auf den rechten Bildrand, an dem die textlichen Elemente sowie das künstliche Logo ausgerichtet sind, und die linken Blütenblätter gleichen durch ihre Abwärtsbewegung hin zur Blattspitze die Betonung der rechten Seite wieder aus. Gleichzeitig verleiht die gesamte Lilie der Titelseite einen aufstrebenden Charakter.⁵¹¹

Die Artifizialität der Lilie im ikonischen Zentrum übernimmt darüber hinaus die wesentliche Prägung der Seite. Die Entstehung der Abbildung – eine Röntgenaufnahme – drückt dabei den Anspruch auf eine Omnipotenz der Sichtbarmachung. Hierin ist implizit das

⁵¹⁰ Für eine dezidierte Erörterung des Begriffs „Qualitätsbericht“ siehe die Analyse des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein für das Berichtsjahr 2006.

⁵¹¹ Durch die Positionierung der textlichen Elemente auf der rechten Seite fällt es dem Betrachter leicht, seinen Blick entlang des rechten Seitenrandes nach unten wandern zu lassen.

Gebrauchswertversprechen auf einen diagnostischen Blick enthalten, der sich nicht allein auf den Patienten in der konkreten Untersuchung beschränkt. Durch den Deutungsmusterbruch, entgegen der allgemeinen Erwartung eine Technik, die exklusiv den professionalisierten Kontexten der Medizin zur Verfügung steht, umzufunktionalisieren und für die Produktion von Ästhetik zu nutzen, wird dem Rezipienten das Versprechen auf fachliche Kompetenz und einen Mitteleinsatz geäußert, die über eine hinreichende Versorgung hinausgehen und als Ausdruck von Distinktion verstanden werden kann.⁵¹² Die ästhetische Überhöhung des Motivs transportiert die Botschaft einer fachlichen, technischen, aber auch ökonomischen Überlegenheit und repräsentiert auf einer Metaebene das Sujet „Medizintechnik“, das bereits aus der Analyse des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein aus dem Berichtsjahr 2006 bekannt ist, wobei der hierin innewohnende Gehalt von Artifizialität die Abbildung über den rein medizinischen Kontext erhebt und für sich alleine steht. In Verbindung mit dem Sujet „Werte- und Sachorientierung“ der Serie der quadratischen Fotografien, die wiederum für sich einzelne Konnotationen zu evozieren vermögen, wird eine Synthese beider Sujets bereits auf der Titelseite erreicht, so dass ihre Aussagekraft komplexer wird, obwohl die Gesamtkomposition im Rezipienten einen freilassenden Eindruck erweckt und nicht zwingend wirkt. Das Zusammenspiel der unterschiedlichen Sujets und Ebenen vermitteln damit schlussendlich das Bild einer harmonischen Gesamtkomposition, die auf einen professionalisierten Entstehungskontext, eine ausgearbeitete und reflektierte Konzeption sowie eine konsequente Umsetzung im Rahmen der Kommunikationspolitik schließen lässt.

⁵¹² Die Verwendung von Röntgentechnik beispielsweise in Bereichen der Materialprüfung sei hier außer Acht gelassen.

III.3.2 Die Landkarte

Auf die Titelseite schließt sich die Seite mit einer grafischen Abbildung an:

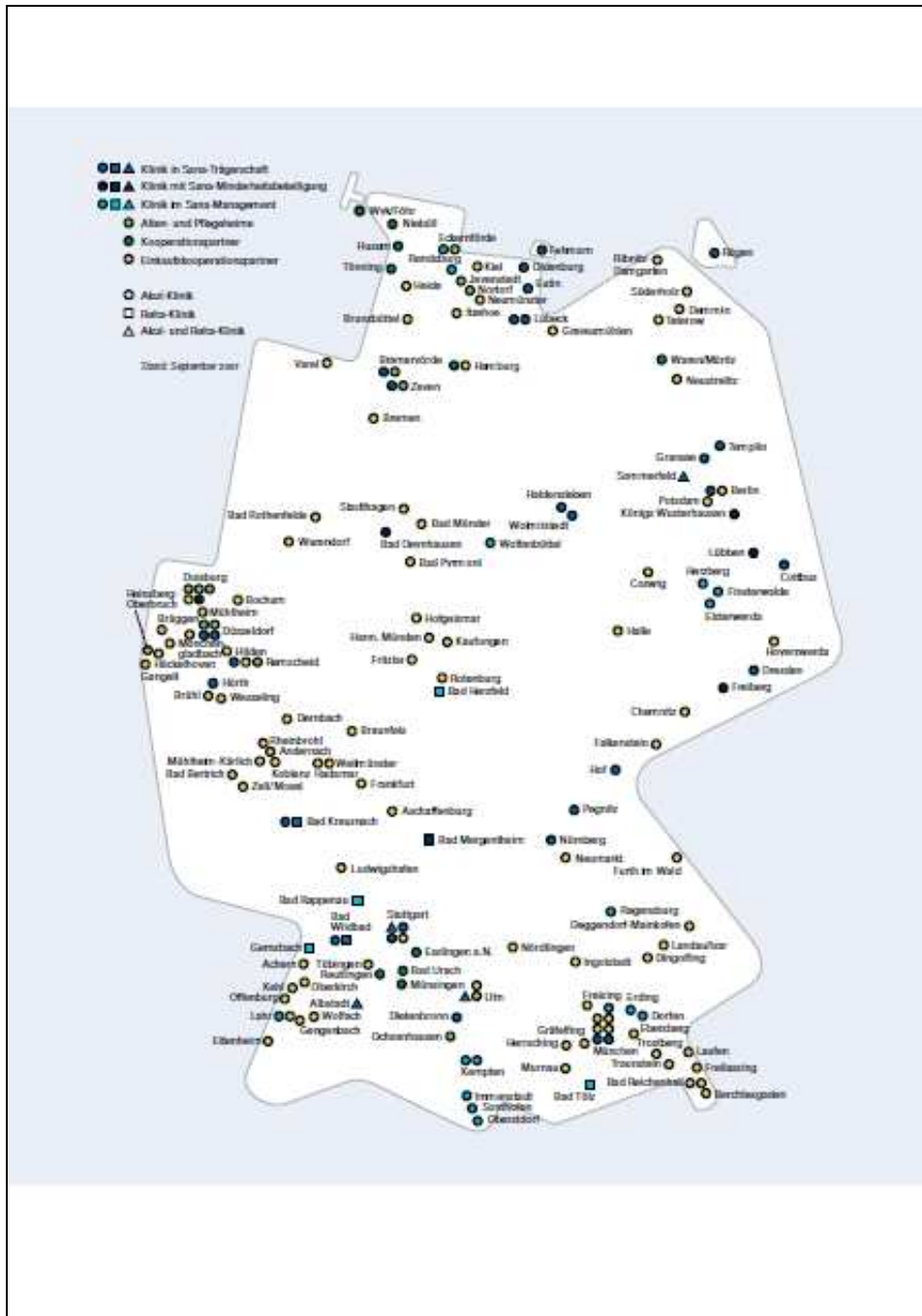


Abb. III.3.3: „Die Landkarte“⁵¹³

⁵¹³ Der Rahmen um die Seite wurde nachträglich eingefügt.

Die Seite wird dominiert durch eine Landkarte der Bundesrepublik Deutschland mit stilisierten Umrissen vor einem blau-grauen Rechteck. Der Umriss wird durch eine graue Linie markiert, während das Bundesgebiet weiß gehalten ist. Über das Bundesgebiet sind Quadrate, gleichschenklige Dreiecke und Kreise in Kobaltblau, Indigo, Azurblau, Gelb, Wiesengrün, Dunkelgrün mit den dazugehörigen Städtenamen verteilt, die sich besonders in Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein konzentrieren. Links über der Karte ist eine Legende positioniert: Kreise bezeichnen Akut-Kliniken, Quadrate symbolisieren Reha-Kliniken und gleichschenklige Dreiecke stehen für Akut- und Reha-Kliniken. Kobaltblaue Kreise, Quadrate und Dreiecke markieren Kliniken in Sana-Trägerschaft. Die Kolorierung mit Indigo kennzeichnet Kliniken mit einer Minderheitsbeteiligung von Sana, während Azurblau für Kliniken unter dem Management von Sana stehen. Wiesengrüne Kreise markieren Seniorenheime, dunkelgrüne Kreise repräsentieren Kooperationspartner und gelbe Kreise bilden Einkaufskooperationspartner ab.⁵¹⁴ Unter der Legende ist die Sequenz „Stand: September 2007“ zu lesen, mit welcher der Zeitpunkt benannt wird, für den die Graphik Geltung beansprucht.

Durch den vom realen Grenzverlauf abstrahierten Umriss wird der Graphik ein artifizieller Charakter verliehen: Trotz der Abweichungen ist das in Weiß abgebildete Territorium sofort als das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland zu erkennen. In Verbindung mit dem blau-grauen Hintergrund des Rechtecks wird der Graphik ein dezentes Gesamtbild verliehen. Die einzigen Farbakzente werden durch die geometrischen Figuren gesetzt, mit denen die Standorte von entweder direkt zu Sana gehörenden Einrichtungen oder sogenannten Kooperationspartnern markiert werden. Fraglich ist hier, was unter „Kooperationspartnern“ zu verstehen ist. Die einzige kompatible Lesart erscheint in diesem Zusammenhang, dass es sich um einen professionellen Kontext handeln muss, in welchem Sana eine Kooperation mit anderen Akteuren unterhält, die organisatorisch, rechtlich und ökonomisch von Sana unabhängig sind. Für das Krankenhauswesen ist beispielsweise denkbar, dass Kooperationen mit Akteuren für die Erbringung von solchen Leistungen eingegangen werden, die intern von Sana ausgeführt werden. Im Rahmen der stetigen Ökonomisierung des Gesundheitswesens bzw. des Krankenhaussektors erscheinen in diesem Rahmen Kooperationsbeziehungen zu externen Labors z.B. für histologische Untersuchungen nach chirurgischen Eingriffen, Sanitätshäusern, Konsiliarärzten, externen Sozialdiensten, niedergelassenen Ärzten oder auch

⁵¹⁴ Die in der Legende original verwendete Bezeichnung für Seniorenheime lautet: „Alten- und Pflegeheime“.

Universitäten realistisch.⁵¹⁵ Eindeutiger einzugrenzen sind „Einkaufskooperationspartner“, mit denen offensichtlich aus ökonomischen Gründen Verbindungen mit dem Ziel der Kosteneffizienz in der Beschaffungswirtschaft eingegangen werden: Lebensmittellieferanten, Hersteller von Medizintechnik, Reinigungsunternehmen, Wäschereien, Sanitätshäuser oder Großküchen.

Auf den ersten, flüchtigen Blick erweckt die Karte beim Betrachter den Eindruck, dass der Konzern fast im gesamten Bundesgebiet in einem dichten Netz mit seinen Häusern vertreten ist. Lediglich in Teilen Niedersachsens, Mecklenburg-Vorpommerns, Thüringens, Sachsen-Anhalts sowie des Saarlands wirken die insgesamt 175 Symbole ausgedünnt. Bei genauerer Betrachtung fällt aber auf, dass die Anzahl der Symbole, die eine Trägerschaft von Krankenhäusern durch Sana markieren, sich auf 35 belaufen. 20 Einrichtungen stehen unter dem Management von Sana, was eine Beauftragung durch den eigentlichen Träger impliziert, 6 Kliniken gehören in einer Minderheitsbeteiligung zum Konzern und 13 Seniorenheime werden vor allem in Nord- und Westdeutschland betrieben. Neben weiteren 10 von Sana unabhängigen Kooperationspartnern fällt demnach der mit Abstand größte Anteil der Symbole auf die verbleibenden 91 Einkaufskooperationspartner, welche ebenfalls als eigenständig zu interpretieren sind. Hierdurch dünnt sich das zuerst als sehr dicht wahrgenommene Netz aus. An dieser Stelle deutet die Frage, warum insgesamt 101 Symbole, die eigenständige Einheiten darstellen, auf die Landkarte mit aufgenommen wurden, obwohl dies für den Leser des Qualitätsberichts keinen weiteren Informationsgewinn darstellt, da hier zu präsupponieren gilt, dass der vorliegende Qualitätsbericht intentional zur Information über das Sana-Klinikum Remscheid ausgewählt wurde, in die Richtung einer Lesart, welche die Darstellung als einen Versuch versteht, eine möglichst große Präsenz des Konzerns über das gesamte Bundesgebiet hinweg zu suggerieren. Schlussendlich übernimmt die Landkarte damit die Funktion einer visualisierten Botschaft, bundesweit tätig zu sein und den Anspruch zu haben, weiter zu wachsen, was in sich als eine Demonstration von ökonomischer Macht zu interpretieren ist. Darüber hinaus erklärt sich der ökonomische Impetus dieser Abbildung allein bereits aus der Aufführung von Einkaufskooperationspartnern, deren einziger Zweck ja in einer Kostenoptimierung bzw. einer Effizienzsteigerung liegt.

⁵¹⁵ Ein Blick auf die Karte verrät aber, dass die Stadt Bochum nicht als ein Standort eines „Kooperationspartners“, sondern eines „Einkaufskooperationspartners“ verzeichnet ist, woraus sich ableiten lässt, dass Sana die Ruhr-Universität-Bochum nicht als einen „Kooperationspartner“ versteht.

Zusammenfassend besticht die gesamte Seite durch ihren ästhetischen Gehalt: Der abstrahierte Umriss des Grenzverlaufs wirkt artifiziell und die bewusste Farbauswahl verzichtet auf Farben mit hohem Aktivitätspotential wie Orange oder Rot zu Gunsten zurückhaltender Farbtöne. Daraus muss zwangsläufig gefolgert werden, dass es sich analog zur Titelseite bei dieser Darstellung um das Produkt einer professionellen Gestaltung – z.B. einer Grafik- oder Werbeagentur – handelt. In Verbindung mit der Suggestion einer über das Bundesgebiet dicht verteilten Präsenz weist die Graphik in die gleiche Richtung, da hier zu unterstellen gilt, dass dieses Vorgehen das Resultat einer Kommunikationsstrategie sein muss, die lang im Voraus konzipiert und kreativ umgesetzt wurde.

Auch der Umstand, dass in einem Qualitätsbericht, dessen Aufgabe in der Informierung des Lesers mit konkreten Angaben über das dieses Medium editierende Krankenhaus liegt, auf der zweiten Seite eine Darstellung der Konzernstandorte folgt, die keinen informativen Mehrwert über das betreffende Krankenhaus besitzen, weist auf eine Instrumentalisierung des Qualitätsberichts zur Bewerbung in eigener Sache hin und ist dementsprechend als ein Selbstverständnis von Sana zu verstehen, als ein Unternehmen zu agieren, das Marketing als ein Instrument zur präventiven Außendarstellung nutzt. Im Abgleich zum Qualitätsbericht des Klinikums Niederrhein für das Berichtsjahr 2006 entsteht beim Rezipienten der Eindruck, dass sich die vorliegende Seite – analog zur Titelseite – aber nicht annähernd so zwingend um Artifizialität bemüht ist wie das Kommunikationskonzept des Klinikums Niederrhein. Damit lässt sich die Fallstrukturhypothese ableiten, dass das Sana-Klinikum Remscheid eine Kommunikationspolitik professionellen Marketings betreibt, das sich aus dem vorliegenden Protokoll ableiten lässt.

Im Folgenden wird – analog zu den beiden vorangegangenen Analysen – der Qualitätsbericht weiterhin sequentiell analysiert und bei einer Erhärtung der Fallstrukturhypothese besonders nach solchen Elementen untersucht, welche auf eine Möglichkeit zur Falsifikation dieser hindeuten.

III.3.3 Das Deckblatt

Nach der Landkarte folgt eine Schutztitelseite, die einem zugleich reduzierten und dennoch ästhetischen Deckblatt eines Buches gleicht:

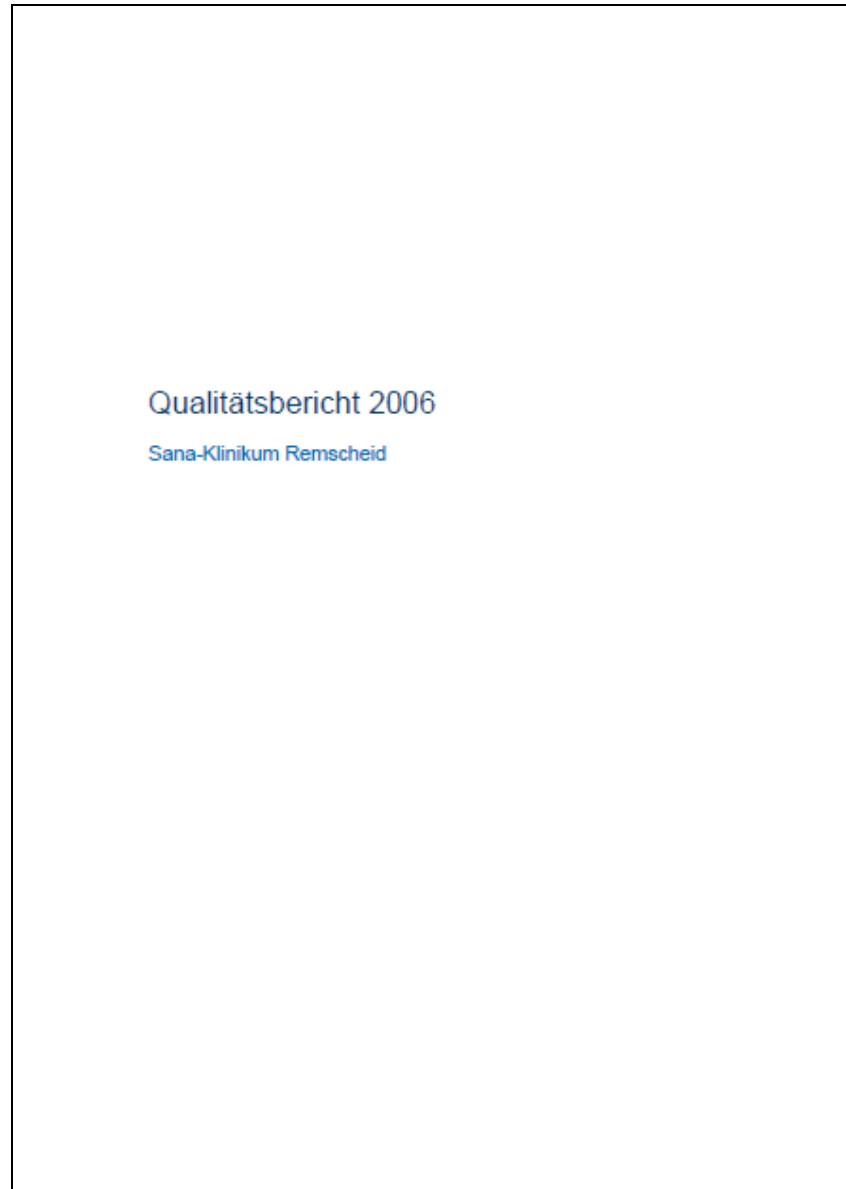


Abb. III.3.4: „Das Deckblatt“⁵¹⁶

Die Seite ist komplett weiß gehalten. Allein zwei Textsequenzen sind in der oberen Hälfte zu sehen. Die obere ist im Font „ArialMT“ in der Größe 21 und einem Indigoblau verfasst. Hiermit wiederholt der Textproduzent den Titel des Protokolls erneut, nachdem dieser auf der Titelseite bereits als letzte Textsequenz unten rechts aufgeführt wurde. Auf dieser Seite wird

⁵¹⁶ Der Rahmen wurde zur besseren Abgrenzung der Seite nachträglich eingefügt.

der Titel allerdings durch die Schriftgröße und die zentrale Position vor einem weißen Hintergrund einprägsam hervorgehoben.⁵¹⁷ Ihm folgt die Sequenz „Sana-Klinikum Remscheid“. Auch diese Sequenz wird nun nach der Titelseite erneut wiederholt. Sie ist im Schrifttypus „ArialMT“ in der Größe 14 und einem hellen Königsblau gestaltet.

In ihrer Farbauswahl korrespondieren beide Textsequenzen mit denen der Titelseite, während hier ein größerer Schriftgrad genutzt wurde.⁵¹⁸ Entgegen den Qualitätsberichten des Klinikums Niederrhein und des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke für das Berichtsjahr 2006 fällt auf, dass im vorliegenden Qualitätsbericht auf die Titelseite nicht das zu erwartende Inhaltsverzeichnis folgt. Vielmehr schließt sich eine Landkarte an, die bei schnellem Überblättern den Eindruck einer bundesweiten Präsenz der Sana-Kliniken suggeriert, und darauf eine reduziert gestaltete Seite, die für sich alleine bereits den Eindruck einer Titelseite oder eines Deckblatts zu erwecken vermag. Wurde durch den Textproduzenten auf der Titelseite das Sana-Klinikum Remscheid mit dem artifiziellen Logo rechts oben, seinem Namen unterhalb der Fotoserie und der als Subtitel fungierenden Sequenz „Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum“ in den Vordergrund gerückt, so wird nun auf dieser Seite umgekehrt verfahren und die Sequenz „Qualitätsbericht 2006“ als Titel des Protokolls betont. Das Zurücktreten des Namenszuges hinter den Titel bewirkt dementsprechend eine Versachlichung des Erscheinungsbilds. Zu konstatieren gilt hier allerdings, dass die ersten beiden artifiziellen Seiten bereits durch ihren Fokus auf das Sana-Klinikum Remscheid eine Prägung des Rezipienten mit dem Fokus auf Sana und weniger auf den Qualitätsbericht selbst bewirkt haben.⁵¹⁹ Darüber hinaus lässt sich aus der Wiederholung eine nicht zwingende Erforderlichkeit dieser Seite ableiten.⁵²⁰

Schlussendlich ergibt sich somit ein Gesamtbild, das nicht auf einen sachlichen Zwang dieser Seite schließen lässt, sondern vielmehr auf das zusätzliche Gestaltungselement mittels eines Deckblatts, welches das Ziel einer Ästhetisierung des Qualitätsberichts verfolgt und Ausdruck einer professionellen Konzeptionierung ist, mit der das zugleich reduzierte und artifizielle Erscheinungsbild konsequent fortgesetzt wird.

⁵¹⁷ Für eine detaillierte Erörterung des Begriffs „Qualitätsbericht“ siehe die Analyse des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein für das Berichtsjahr 2006.

⁵¹⁸ Beide Sequenzen sind linksbündig gestaltet.

⁵¹⁹ Im Gesamtbild wird die reduzierte Artifizialität der beiden vorangegangenen Seiten hier fortgesetzt.

⁵²⁰ Die fehlende Erforderlichkeit ist auch bei der vorhergehenden Seite mit der Landkarte zu konstatieren.

III.3.4 Das Leitbild

Als nächstes schließt sich das Leitbild des Sana-Klinikums Remscheid an:

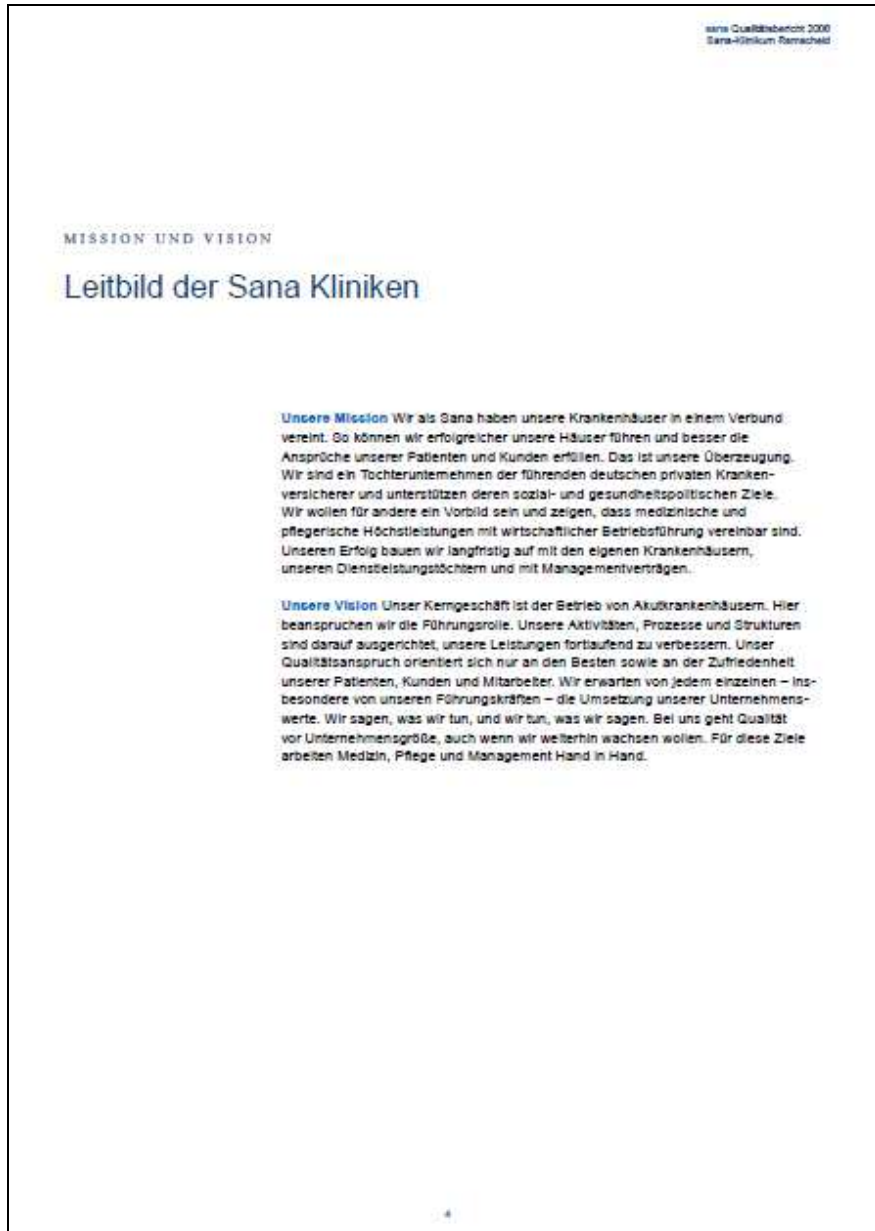


Abb. III.3.5: „Das Leitbild“⁵²¹

Die Seite weicht formal von den vorangegangenen ab. Rechts oben ist eine Kopfzeile eingefügt: „sana Qualitätsbericht 2006 Sana-Klinikum Remscheid“. Auffällig ist dabei, dass „sana“ der Textsequenz des Logos entsprechend und der restliche Text über zwei Zeilen

⁵²¹ Der Rahmen wurde zur besseren Abgrenzung der Seite nachträglich eingefügt.

hinweg in dem bekannten Indigo gestaltet wurde. Die dem „Qualitätsbericht 2006“ vorangestellte Sequenz „sana“, welche für die Information darüber, um was für ein Protokoll es sich hier handelt, redundant ist, deutet in diesem Zusammenhang auf eine Profilierung der Firma des Konzerns hin und muss so als ein Versuch der Markenbildung über die reine Funktion der Absenderangabe hinweg interpretiert werden.⁵²² Die Kopfzeile wirkt überdies durch die Aufteilung über zwei Zeilen und die rechtsbündige Ausrichtung zu einem Block sehr viel artifizieller als die Kopfzeile des Qualitätsberichts des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke für das Berichtsjahr 2006. Zusätzlich fällt die mittig angeordnete Seitenzahl „4“ in der Fußzeile auf, die in dem zum Logo identischen Königsblau gehalten ist.

Dominiert wird die Seite durch zwei Absätze, die mit zwei zusätzlichen Überschriften betitelt sind. Die erste, kleinere Überschrift ist in dem für diesen Qualitätsbericht neuen Barock-Antiqua-Schrifttypus „Times-Roman“ in der Schriftgröße 9 gestaltet, mit dem im Gegensatz zu dem reduzierten, serifenlosen Schrifttyp Arial ein traditionelles und präventioseres Gesamtbild erzeugt wird:

(1) „Mission und Vision“

Der Begriff „Mission“ leitet sich aus dem lateinischen Verb „mittere“ für „entsenden“ bzw. „schicken“ ab und bezeichnet im alltäglichen Sprachgebrauch einen selbstgewählten Auftrag oder ein Mandat. Im Zusammenhang mit einem Qualitätsbericht eines Krankenhauses gilt zu vermuten, dass hiermit die Berufung auf einen dem Gemeinwohl dienenden Sachzweck als Leitbild für das konkrete Wirken repräsentiert werden soll.⁵²³ Die kopulative Konjunktion „und“ verbindet beide Begriffe, stellt sie auf eine gleiche Ebene und demonstriert so eine gleiche Wertigkeit aus Sicht des Textproduzenten. „Vision“ bedeutet – aus dem lateinischen Substantiv „visio“ übersetzt – „Anblick“ und kennzeichnet in der Regel das Ideal eines Kollektivs.⁵²⁴ Das Erreichen eines Ideals impliziert immer eine Adressierung einer kommenden Zeit, ist somit immer auf die Zukunft gerichtet und impliziert einen Drang auf Verbesserung. In Gänze drückt die Textsequenz die Ankündigung einer Aussage über das

⁵²² Die Absenderangabe wird in der zweiten Zeile aufgeführt.

⁵²³ „Mission“ im Kontext konfessioneller Überzeugungs- und Werbungsaktivitäten zur Gewinnung neuer Mitglieder verweist auf tradierte Werte und Normen religiöser Kollektive. Darüber hinaus legt der Begriff „Bahnhofsmission“ einen karitativen Selbstzweck nahe.

⁵²⁴ Der Sparsamkeitsregel entsprechend wird auf die Erörterung sowohl in einem Verständnis von Halluzination als auch religiöser Sinneserfahrung verzichtet.

selbstgewählte Ideal auf Grundlage einer universalen Verknüpfung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft aus.

(2) „Leitbild der Sana Kliniken“

Bedingt durch ihre Schriftgröße vom Grad 21 und der Rückkehr zu der prägnanteren, klareren Schriftart Arial MT übernimmt diese Sequenz die Funktion der eigentlichen Überschrift. Ein Leitbild ist ein in der Regel schriftlich fixierter Kodex, der den grundsätzlichen Zweck, die Ziele, globale Werte und Normen sowie spezifische intra- und interorganisationale Verhaltensregeln eines Krankenhauses darstellt.⁵²⁵ Somit wird die weiter oben platzierte Sequenz „Vision und Mission“ in dieser Überschrift semantisch eingeschlossen. Für die Beendigung der Sequenz erscheint eine Konkretisierung durch die Nennung des spezifischen Krankenhauses „Sana-Klinikum Remscheid“ als wahrscheinlich. Dagegen wird überraschend mit „der Sana Kliniken“ geschlossen, wodurch eine Verbindlichkeit für alle dem Verbund von Sana zugehörigen Einrichtungen ausgedrückt wird. Weiterhin impliziert diese Formulierung eine zentralisierte Kommunikationspolitik und einen professionalisierten Entstehungskontext des Leitbilds, in welchem der Text entweder in Abteilungen, die für die Kommunikationspolitik des Konzerns zuständig sind, oder in Kooperation der Führungsebenen mit einer Agentur erarbeitet wurde. Somit gibt die Überschrift einen Rückschluss darauf, dass die Außendarstellung von Sana auf eine Geschlossenheit abzielt, dadurch eine Standardisierung kommuniziert, obgleich auch Unterschiede zwischen einzelnen Einrichtungen prinzipiell bestehen können, und den nachfolgenden Text dadurch auf allgemeine Aussagen über den Konzern reduziert.

(3) „Unsere Mission“

Der Beginn des ersten Absatzes ist in dem vom Logo bekannten Königsblau gegenüber dem schwarz gehaltenen Fließtext hervorgehoben. Die Sequenz endet nicht mit einem erwartbaren Doppelpunkt oder einem anderen Satzzeichen – wie einem Bindestrich – zur Kennzeichnung einer näheren Konkretisierung durch den nun folgenden Text. Dennoch deutet die farbliche Hervorhebung und das abrupte Ende auf die Funktion einer Ankündigung oder Betitelung des Absatzes hin. Inhaltlich drückt sich ein selbstgewählter Zweck aus, der durch das

⁵²⁵ Vgl. von Eiff 2007d: 29

Possessivpronomen betont wird und womit eine Akzeptanz – wenn nicht sogar eine Inkorporation – aller bei Sana beschäftigten Mitarbeiter artikuliert wird.

(4) „Wir als Sana haben unsere Krankenhäuser in einem Verbund vereint.“

Mit „Wir als Sana“ stellt der Autor ein Personalpronomen an den Anfang der Sequenz, das die Mitarbeiter von Sana in den Vordergrund rückt, wodurch eine Personifizierung des Konzerns erreicht wird. Dabei drückt die Apposition „als Sana“ ein anderes Verhältnis der Mitarbeiter zu Sana aus als die ebenfalls denkbare Verbindung durch eine Präposition wie „von“: Während „von“ eine Ausschließlichkeit des Bezugs der Mitarbeiter zu Sana und damit eine Reduzierung auf ihre Rolle als Angestellte implizieren würde, artikuliert „als“ ein freilassenderes Verhältnis zwischen Mitarbeitern und Konzern, hebt zusätzlich den personalisierten Charakter der Sequenz hervor und lässt die Möglichkeit zu, die Mitarbeiter über ihre Rolle im Unternehmen hinaus auch als ganze Person zu verstehen. Hierdurch entsteht ein voluntaristisch-demokratischer Wesenszug, der den Konzern und die ihm eigenen Ziele in den Hintergrund treten lässt und gleichsam einen Sachzweck oder Wesensgrund suggeriert, weshalb ein Kollektiv sich zur Erwirkung eines spezifischen Zwecks zusammengefunden hat.

Die Endung klärt nun den Leser darüber auf, um welchen Zweck es sich handelt: Die Fusionierung einzelner – vermutlich einst unabhängiger – Krankenhäuser unter das Dach eines Mutterkonzerns. Verwunderlich ist hier, dass eine nähere Erläuterung für diesen Wesensgrund ausbleibt, da eine ausschließliche Priorisierung der Führung von Krankenhäusern in einem Verbund durch alle Mitarbeiter von Sana nicht zwingend oder direkt ersichtlich erscheint.⁵²⁶ In ihrer Gesamtheit drückt die Textsequenz somit ein Statement zu dem Wesen des Konzerns Sana aus, das sowohl einen Sachzweck als auch einen demokratisch herbeigeführten Konsens über diesen Zweck bei allen Mitarbeitern von Sana suggeriert.

(5) „So können wir erfolgreicher unsere Häuser führen und besser die Ansprüche unserer Patienten und Kunden erfüllen.“

⁵²⁶ Außerdem ist ein demokratisches Mitspracherecht bei Entscheidungen über den Zweck bzw. die Ziele eines Konzerns bis in die unteren Hierarchieebenen hinein unreal, woraus sich bereits allein der suggestive Charakter der Sequenz erklärt.

Es folgt die Begründung mit einem erfolgreicherem Management der im Verbund befindlichen Krankenhäuser sowie einer verbesserten Anspruchsbefriedigung von Patienten und Kunden. Der erste Grund erschließt sich aus einem rein ökonomischen Argument, da die Zusammenlegung von Krankenhäusern Synergieeffekte und Kostenersparnisse – z.B. für die Einkaufspolitik oder etwa die Auslagerung von Leistungen ohne direkten Bezug zum Patienten an eigene Tochterunternehmen wie konzerneigene Labore – verspricht. Der zweite Grund richtet sich auf eine Optimierung der Leistungen gegenüber Patienten und Kunden. Im ersten Fall handelt es sich augenscheinlich um die Verbesserung der Behandlungsqualität. Diese ist in Bezug auf eine mögliche Spezialisierung von einzelnen Fachkliniken oder beispielsweise durch die kosteneffizientere Anschaffung von avancierter Medizintechnik mittels Mengenrabatten durchaus nachvollziehbar. Der zweite Fall erscheint dagegen unklarer: Kunden von Krankenhäusern. Kunden implizieren einen freien Markt, der als Allokationsmechanismus für Transaktionen Angebot und Nachfrage regelt und die Wahlfreiheit seiner Akteure stillschweigend voraussetzt. Welches Kollektiv in diesem Zusammenhang nun adressiert wird, gilt im Folgenden zu klären: Die Kernleistung von Krankenhäusern besteht in der Behandlung von Patienten. Für Patienten ist eine Wahlfreiheit bereits durch die traumatische Krise der Krankheit als Ursache der Notwendigkeit ihrer Behandlung nicht mehr gegeben. Bei zuweisenden Ärzten und Krankenkassen handelt es sich um zwei weitere Gruppen, die unmittelbar mit dem Behandlungsprozess verbunden sind. Niedergelassene Ärzte scheiden im Vorfeld als Kunden von Krankenhäusern aus, da sie keine Leistungen nach dem Äquivalenzprinzip von Krankenhäusern für sich nachfragen. Krankenkassen finanzieren den Krankenhausaufenthalt und die Behandlung der bei ihnen versicherten Patienten und könnten dementsprechend als Nachfrager einer medizinischen Leistung für ihre Versicherten auftreten. Allerdings ist eine Krankenkasse – ob gesetzliche oder private Krankenversicherung – legislative dazu verpflichtet, die Behandlungskosten zu tragen.⁵²⁷ Hieraus erklärt sich die Unmöglichkeit, eine Behandlung an- oder abzulehnen, und somit ebenfalls das Fehlen einer für einen freien Marktakteur konstitutiven Wahlfreiheit. Als letzte Akteursgruppe, die direkt mit Krankenhäusern verbunden sind, kommen noch Unternehmen in Frage, die ihre Produkte oder Dienstleistungen in den Leistungsprozess der Behandlung direkt oder indirekt einfließen lassen. Denkbar sind hier Hersteller von Medizintechnik, Wäschereien oder histologische Labore. Diese treten allerdings als Anbieter und nicht als Nachfrager von Leistungen auf, so dass auch diese letzte Gruppe nicht als Kunden adressiert werden kann. Bedingt durch das fehlende Passungsverhältnis zu jedweder

⁵²⁷ Abgesehen von diesem Argument wurde bereits in der Analyse der Titelseite darauf hingewiesen, dass der Klinikenbetreiber Sana eine Tochtergesellschaft privater Krankenversicherungen ist.

der vier Gruppen, lässt sich an dieser Stelle allein der Schluss ziehen, dass der Begriff „Kunden“ aus einem ökonomisierenden Kontext gewählt wurde und mit seiner unspezifischen Projektionsfläche eine unklare Adressierung verfolgt. Der Umstand aber, dass an dieser Stelle der Begriff überhaupt gewählt wurde, spricht für eine Perspektive, welche die Leistung von Krankenhäusern verbetriebswirtschaftlichend wahrnimmt und damit den Patienten prinzipiell ebenfalls als Kunden versteht.

Zusammenfassend ist hier zu konstatieren, dass die Begründung für das Verbundsystem der Krankenhäuser unter der Führung von Sana durch den Verweis auf ökonomische Vorteile vollzogen wird: Durch die Voranstellung betriebswirtschaftlicher Beweggründe in der Textsequenz drückt sich offensichtlich eine Priorisierung aus, die noch vor einer Verbesserung der Behandlungsqualität von Patienten angeführt wird. Der Zusatz „und Kunden“ rückt die Sequenz jedoch nach dem Exkurs zum Patienten wieder augenblicklich in eine betriebswirtschaftliche Dimension, wodurch ein Selbstbezug in der Darlegung der eigenen Mission zum Ausdruck kommt und die wesentliche Leistung eines Krankenhauses – die Behandlung von Patienten – in den Hintergrund rückt.

Stilistisch ist weiterhin auffällig, dass diese Textsequenz als Begründung für (4) fungiert und dennoch ein eigenständiger Hauptsatz gewählt wurde, obwohl eine Verbindung durch eine kausale Konjunktion wie „da“ oder „weil“ möglich gewesen wäre. Dadurch erreicht der Autor eine Prägnanz der beiden Sätze und zugleich eine erhöhte Einprägsamkeit, so dass hier in Verbindung mit der primären Fokussierung des Unternehmens und seiner Ziele auf semantischer Ebene ein Schluss gezogen werden muss, der die beiden Sequenzen als Slogans einer professionalisierten Marketingpraxis versteht: Das ökonomische Selbstverständnis von Sana wird nicht wie beim Klinikum Niederrhein durch wohlklingende, suggestive Botschaften über eine christliche Motivation oder eine Gemeinwohlbindung unglaubwürdig nivelliert, sondern offen kommuniziert und als Vorteil gegenüber anderen Krankenhäusern verstanden.

(6) „Das ist unsere Überzeugung“

Der Autor schließt eine sloganhafte Bekundung der vorangegangenen zwei Sequenzen an, verleiht ihrer Aussagekraft dadurch Nachdruck und betont damit die ökonomische Ausrichtung von Sana als Wertvorstellung.

(7) „Wir sind ein Tochterunternehmen der führenden deutschen privaten Krankenversicherer und unterstützen deren sozial- und gesundheitspolitischen Ziele.

Erneut wird der Text mit dem Personalpronomen „Wir“ begonnen, so dass die Mitarbeiterschaft von Sana über ihre Rollenträgerschaft hinaus als eine Gemeinschaft ganzer Personen gekennzeichnet wird. Das darauf folgende Verb „sind“ kündigt eine Konkretisierung des grundsätzlichen Wesens dieses Kollektivs an, wobei die Auflösung überrascht: Der Autor kennzeichnet Sana als ein durch private Krankenversicherungen in Deutschland gegründetes Unternehmen, das einerseits als Kapitalgesellschaft rechtlich unabhängig, aber andererseits ökonomisch an seine Muttergesellschaften gebunden ist.⁵²⁸ Damit kommt auf einer ersten Ebene das Selbstverständnis zum Ausdruck, dass Sana als ein Unternehmen mit den dazugehörigen Zielen wie Existenzsicherung am Markt und Gewinnerzielung begreift. Auf einer zweiten Ebene impliziert der Begriff „Tochterunternehmen“ eine direkte Abhängigkeit zu den Muttergesellschaften und zugleich eine Selbstreferentialität dieses Konstrukts, die beispielsweise über das Verhältnis der Klinikengruppe Helios zu ihrem Mutterkonzern Fresenius, einer weltweit operierenden Aktiengesellschaft im Bereich Pharma und Medizintechnik, hinausgeht, da hier neben der niedergelassenen Ärzteschaft die zwei wesentlichen Akteursgruppen des Gesundheitswesens in einem Konzernverbund vereinigt sind: den Kostenträger für eine stationäre Behandlung im Krankenhaus und den Leistungserbringern dieser Behandlung.

Die Sequenz endet mit einer Solidaritätsbekundung mit den Zielen der privaten Krankenversicherungen hinsichtlich ihrer Sozial- und Gesundheitspolitik, die aber nicht weiter ausgeführt werden und damit unkonkret verbleiben. Grundsätzlich denkbar ist in diesem Kontext aber eine Pluralisierung des Gesundheitswesens, die entgegen dem Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenkassen auf ein sich nach dem individuellen Krankheitsrisiko bemessenden Äquivalenzprinzip für die Beitragsrechnung, die Bildung von Rücklagen ebenso wie eine Gewinnerzielungsabsicht abstellt.

⁵²⁸ Wie bereits in der Analyse der Titelseite ausgeführt, ist bekannt, dass es sich bei den Muttergesellschaften von Sana um private Krankenversicherungen wie Allianz, Debeka, der Deutschen Krankenversicherungs AG und der Signal Iduna Gruppe handelt. Der überraschende Charakter der Kennzeichnung durch den Autor erklärt sich in diesem Zusammenhang durch den Beginn der Textsequenz „Wir sind“, da eine Beschränkung auf die Firma „Sana“ und die damit verbundene Versachlichung hier treffender wäre. Die zusätzliche Beschreibung der Krankenversicherungen als „führend“ trägt einen präventösen Charakter und korrespondiert mit dem distinguierten Wesen der Landkarte auf der zweiten Seite dieses Qualitätsberichts.

(8) „Wir wollen für andere ein Vorbild sein und zeigen, dass medizinische und pflegerische Höchstleistungen mit wirtschaftlicher Betriebsführung vereinbar sind.“

Der Autor stellt wiederum das Personalpronomen „Wir“ an den Anfang der Sequenz, wodurch nun drei von fünf Sätzen identisch beginnen, so dass hieraus der Schluss eines stilistischen Konzepts als Ausdruck einer professionellen Kommunikationsstrategie gezogen werden muss, die als stellvertretende Stimme für alle Mitarbeiter von Sana eine Geschlossenheit gemeinsam geteilter Glaubenssätze suggerieren soll. Inhaltlich drückt die Sequenz eine distinguierte Anspruchshaltung aus, mit der dem Leser implizit ein Gebrauchswertversprechen darauf gegeben wird, dass Krankenhäuser, die nicht zum Konzern gehören, von Sana geführte Einrichtungen als Leit- oder Idealbild zu verstehen haben. Damit werden einerseits eine Qualitätsführerschaft wie auch eine Pionierstellung eingefordert und gleichzeitig die Leistungsqualität von Krankenhäusern in fremder Trägerschaft andererseits ohne nähere materielle Begründungen abgewertet.

Die im Text nachgelagerte Präzisierung, warum Sana eine Vorbildfunktion für sich beansprucht, zielt auf die Vereinbarkeit von medizinischen und pflegerischen Leistungen mit einer „wirtschaftlichen Betriebsführung“ ab. Auffällig ist der Superlativ „Höchstleistungen“, der im allgemeinen Sprachgebrauch eher im Zusammenhang mit sportlicher oder technischer Leistungsfähigkeit – wie z.B. Weltrekorde im Sport oder Motorkraft – assoziiert wird, um ein Höchstmaß darzustellen, das über den üblichen bzw. adäquaten Einsatz zur Zielerreichung weit hinaus geht und daher nicht permanent und auch nicht von jeder Person abgerufen werden kann. „Höchstleistungen“ werden in der Regel ein einziges Mal erreicht, um dann als zu diesem Zeitpunkt gültigen Maßstab übertroffen zu werden, so dass ein neuer Standard Geltungskraft erlangt. Hieraus erklärt sich sowohl ein exklusiver als auch ein wettbewerblicher Charakter von „Höchstleistungen“. Höchstleistungen im medizinischen oder pflegerischen Kontext sind dagegen schwerer vorstellbar. Weiterhin ist die Behandlung von Patienten eben nicht nur auf die behandelnde Person, welche die Leistung – ob nun Pflege oder Ärzte – zu erbringen hat, reduziert, sondern erfordert immer auch die aktive Mitarbeit des Patienten selbst, so dass die Verwendung von „Höchstleistungen“ in diesem Kontext unpassend wirkt.^{529 530} Insgesamt stellt die Verwendung von „Höchstleistungen“ im

⁵²⁹ Zur Kennzeichnung solcher Leistungen in der Medizin, die zum Zeitpunkt ihrer konkreten Erbringung – wie beispielsweise die erste Herztransplantation an einem Menschen durch den Herzchirurgen Christiaan Barnard – einzigartig und als Versuche mit einem offenen Ausgang zu charakterisieren sind, erscheint der Begriff „Pionierleistung“ an dieser Stelle deshalb treffender.

klinischen Kontext damit eine verklausulierte Anspruchshaltung im Superlativ dar, die eher einer implizit enthaltenen Werbung für Wettbewerb in der klinischen Versorgung nahe kommt, als die Aussage über eine Behandlungsqualität auf höchstem Niveau zu treffen.

Als zweiter Gegenstand der möglichen Vereinbarkeit wird die „wirtschaftliche Betriebsführung“ genannt. Das Adjektiv „wirtschaftlich“ umschreibt effizientes Handeln, das zur erfolgreichen Zielerreichung unter bestimmten Restriktionen wie Personal, Mittel oder auch Kapital vollzogen wird. Insofern ist Wirtschaftlichkeit für ein Krankenhaus – unabhängig von seiner Trägerschaft – ein grundsätzliches Wesensmerkmal klinischer Einrichtungen und darüber hinaus sogar ein wesentlicher Entstehungsgrund für Krankenhäuser.⁵³¹ Das Substantiv „Betriebsführung“ wirkt dagegen auffälliger, da mit seinem Kern „Betrieb“ – wie bereits in der Analyse des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein erörtert – eine begriffliche Nähe zur industriell und standardisierten Produktion von Wirtschaftsunternehmen hergestellt wird, mit der die Individualität des spezifischen Behandlungsprozesses nivelliert wird und dementsprechend das Wesen von Krankenhäusern verfehlt.

Zusammenfassend präsupponiert der Text, dass „medizinische und pflegerische Höchstleistungen“ und eine „wirtschaftliche Betriebsführung“ bis zum Zeitpunkt der Entstehung der Sequenz noch als Antipoden galten, die es zukünftig zu synthetisieren gilt. Dabei wird eine Aussage über die prinzipielle Vereinbarkeit von Wirtschaftlichkeit und der Behandlung von Patienten, die in sich ja bereits ein konstitutives Wesensmerkmal von Krankenhäusern ausmacht, durch den unpassenden Begriff „Höchstleistung“ zur werbenden Eigendarstellung umfunktionalisiert und durch die Anspruchshaltung auf eine Vorbildfunktion für andere Kliniken, ohne dass hierfür materielle Gründe erbracht wurden, in einen hülsenhaften Slogan transponiert.

(9) „Unseren Erfolg bauen wir langfristig auf mit den eigenen Krankenhäusern, unseren Dienstleistungstöchtern und mit Managementverträgen.“

⁵³⁰ Allerdings wird im Zusammenhang mit der Technisierung der Apparatedizin der Begriff der Hochleistungsmedizin im allgemeinen Sprachgebrauch immer häufiger.

⁵³¹ Hier sei nur kurz darauf verwiesen, dass die historische Entstehung von Krankenhäusern als Zentrum zur Behandlung kranker Personen an einem spezifischen Ort, der medizinische Ressourcen sowie Fachpersonal in sich vereinigt, durch eben die ökonomische Komponente der Zentralisierung befördert worden sein muss.

Der Absatz zur Mission der Sana Kliniken wird beendet mit einer Aussage zu den Modalitäten des Erfolgs von Sana unter dem Hinweis, dass dieser mit den aus der Landkarte der zweiten Seite dieses Qualitätsberichts bereits teilweise bekannten Tätigkeitsfeldern – die Unterhaltung von konzerneigenen Krankenhäusern und Dienstleistungstöchtern sowie die Übernahme von Managementaufgaben in Krankenhäusern unter anderer Trägerschaft – ausgebaut werden soll.⁵³² Auffällig ist, dass bislang Dienstleistungstöchter von Sana keine Erwähnung gefunden haben. Bei Dienstleistungstöchtern könnte es sich um Wäschereien, Labore, Anbieter und Wartungsdienste von Medizintechnik, Unternehmen aus dem Bereich Facility Management oder beispielsweise auch Sanitätsdienste handeln. Der Umstand aber, dass der Autor an dieser Stelle explizit die Dienstleistungstöchter von Sana hervorhebt, weist allein schon auf die betriebswirtschaftliche Diversifikation und Ausdifferenzierung des Konzerns, der sich offensichtlich damit nicht auf die stationäre Versorgung und Behandlung von Patienten spezialisiert hat, sondern sich entlang der gesamten Wertschöpfungskette des Gesundheitswesens positioniert. Dementsprechend transportiert die Sequenz eine Botschaft, die Sana als autarken, nach Macht strebenden Akteur innerhalb des Gesundheitswesens kennzeichnet und ist nicht zuletzt Ausdruck einer präventösen Anspruchshaltung, die mit der Landkarte auf der zweiten Seite in toto korrespondiert.

Weiterhin ist auffallend, dass der Begriff „Erfolg“ inhaltlich nicht weiter ausgeführt wird, aber sich offenbar auf die Vereinbarkeit „medizinischer und pflegerischer Höchstleistungen“ mit „wirtschaftlicher Betriebsführung“ bezieht, so dass hiermit nicht eine Behandlungsqualität auf höchstem Niveau als einzig vorrangige Mission expliziert wird, sondern als mindestens gleichrangiges Ziel die Unternehmenszwecke einer Gewinnerzielungsabsicht und eines Wachstums des Konzerns offen hervortreten. Weiterhin weisen lediglich die zwei Adjektive „medizinisch“ und „pflegerisch“ sowie die drei Substantive „Patienten“, „Krankenhäuser“ und „Krankenversicherer“ auf ein medizinisches Tätigkeitsfeld hin, so dass in Gänze die Ausführungen zur Mission von Sana durch einen stark betriebswirtschaftlich geprägten Duktus bestimmt werden, der primär den Konzern und seine Stärken betont, ohne diese weiter zu konkretisieren, wodurch die „Mission“ als handlungsleitende Maxime letztlich nur durch ökonomische Beweggründe erklärt werden kann und beispielsweise mit der Kommunikationspolitik von Unternehmen der Konsumgüterindustrie prinzipiell austauschbar ist.

⁵³² Die Sequenz wird wieder mit einem Possessivpronomen begonnen, wodurch die Personalisierungsstrategie in der Außendarstellung konsequent weitergeführt wird.

(10) „Unsere Vision“

Der Autor kündigt mit der in blauer Schriftfarbe gehaltenen Sequenz und dem Beginn eines zweiten Absatzes nun Aussagen zur Vision – also den Idealen und Zielen von Sana – an.

(11) „Unser Kerngeschäft ist der Betrieb von Akutkrankenhäusern.“

Durch die erneute Voranstellung des Personalpronomens „unser“ wird die Inszenierungslogik einer Personalisierung des Konzerns Sana beibehalten. Denkbar wäre nun eine Fortführung mit „unser Ideal“ oder „unser Auftrag“. Demgegenüber bezieht sich der Autor auf das „Kerngeschäft“ von Sana, das mit der Führung von Krankenhäusern zur Akutbehandlung von Patienten beschrieben wird. Hier drückt sich allerdings ein inhärenter Widerspruch aus, der bereits in (5) aufgetreten ist: Das Kerngeschäft eines Unternehmens stellt seine wichtigste – in der Regel auch absatz- bzw. gewinnstärkste – Sparte am Markt dar. Ein Markt als Allokationsmechanismus für Angebot und Nachfrage präsupponiert in diesem Zusammenhang die Autonomie, ein Angebot an- oder ablehnen zu können, die im Fall einer akuten Behandlungsnotwendigkeit aber nicht mehr vorliegt, so dass die Sequenz als das Ergebnis einer Verbetriebswirtschaftlichung zu verstehen ist, welche die generative Struktur des Krankenhauswesens verkennt.

(12) „Hier beanspruchen wir die Führungsrolle“

Es folgt eine prätentiose Aussage mit dem Anspruch, als Träger medizinischer Einrichtungen den Sektor der deutschen Akutkrankenhäuser zu dominieren, womit die verbetriebswirtschaftlichende Perspektive auf das Gesundheitswesen, welche die vorangegangenen Sequenzen dominierte, nochmals intensiviert wird, da das Streben nach einer „Führungsrolle“ auch immer die Existenz anderer Akteure voraussetzt, zu denen sich derjenige Akteur, der nach Führung strebt, in einem Wettbewerb befindet.

(13) „Unsere Aktivitäten, Prozesse und Strukturen sind darauf ausgerichtet, unsere Leistungen fortlaufend zu verbessern.“

Die bekannte Eröffnung mit einer Inszenierungslogik, die eine Personalisierung des Konzerns Sana durch das anfängliche Possessivpronomen erreichen soll, wird fortgesetzt. Inhaltlich

wird ein Gebrauchswertversprechen auf eine fortlaufende Verbesserung der Leistungsqualität gegeben. Die Modalitäten zur Verbesserung verbleiben bis auf die Botschaft, dass die „Aktivitäten, Prozesse und Strukturen“ in sich bereits in Richtung einer ständigen Optimierung angelegt sind, unkonkret.

(14) „Unser Qualitätsanspruch orientiert sich nur an den Besten sowie an der Zufriedenheit unserer Patienten, Kunden und Mitarbeiter.“

Analog zum vorangegangenen Sequenzbeginn proklamiert der Autor in der Inszenierung einer Personalisierung von Sana das Versprechen auf eine ausschließliche Orientierung an Superlativen und dementsprechend die Zugehörigkeit zu den „Besten“. Nachgelagert erfolgt eine Ausweitung des Adressatenkreises, mit dem nun auch eine Konkretisierung einhergeht: „Patienten, Kunden und Mitarbeiter“. Wie bereits in (5) werden als Zielgruppen Patienten und „Kunden“ genannt, wobei auch hier unklar verbleibt, wer mit „Kunden“ gemeint sein könnte.⁵³³ Als neue Adressatengruppe tritt nun das Personal von Sana hinzu, wodurch der Autor die Mitarbeiterorientierung des Konzerns als Ausdruck seiner Unternehmenskultur und damit implizit Werte wie Sinnstiftung und Zufriedenheit der Mitarbeiter für sich proklamiert.⁵³⁴ Jedoch entsteht durch diese Aussage ein Konsistenzproblem: Wurde bislang durch das Personalpronomen „wir“ eine Inszenierungslogik verfolgt, die eine Repräsentation aller Mitarbeiter des Konzerns verfolgte und diese im Leitbild der Sana Kliniken quasi mit „einer Stimme“ direkt zum Leser sprechen lässt, exkulpiert sich der Autor hier, stellt sich zwischen den Leser und das Personal von Sana und begibt sich auf die Metaebene eines omnipotenten Erzählers, woraus sich insgesamt ein sloganhaft-präventiöser Charakter dieses Gebrauchswertversprechens ergibt, das einen breiten inhaltlichen Spagat zwischen Qualität, Patientenorientierung und Unternehmenskultur wagt und somit eine große Projektionsfläche für den Leser bietet.

(15) „Wir erwarten von jedem einzelnen – insbesondere von unseren Führungskräften – die Umsetzung unserer Unternehmenswerte.“

⁵³³ Eine detaillierte Erörterung möglicher Lesarten in der Sequenz (5) ergab keine eindeutige Klärung, um was für ein Kollektiv es sich bei den „Kunden“ von Sana handeln könnte. Allerdings konnte trotz der unspezifischen Adressierung auf eine Verbetriebswirtschaftlichung im Ausdruck des Autors geschlossen werden.

⁵³⁴ Wilfried von Eiff und Kerstin Stachel weisen auf die existentielle Bedeutung der Unternehmenskultur im Krankenhauswesen hin. Vgl. von Eiff, Stachel 2007: 18 ff.

Im gleichen Stil wird nun die Forderung auf eine konsequente Folgeleistung der Wertgrundsätze von Sana durch jeden einzelnen Mitarbeiter postuliert, wobei das Personal mit einer Leitungsfunktion in seiner Verantwortung betont wird. Inhaltlich ist dieses Postulat obsolet, da die Akzeptanz und Befolgung von Unternehmensgrundsätzen professionelles Handeln in einer Organisation erst konstituiert. Über diese Ebene hinaus erfüllt die Sequenz aber ein Versprechen auf Transparenz, Objektivität, Ordnung und Erwartbarkeit dem Adressaten gegenüber und ist insgesamt ein Werbetext, der Sicherheit beteuert und die Anspruchshaltung aus (14) fortsetzt.

(16) „Wir sagen, was wir tun, und wir tun, was wir sagen.“

Es folgt ein weiterer Slogan in Form der Epanodos, die als Positionsfigur durch überkreuzte Wortwiederholungen eine sprachmelodische Akzentuierung des Versprechens auf Authentizität und Konsequenz verfolgt. In Verbindung mit den vorangegangenen Sequenzen dient die Aussage als Bürgschaft bzw. Nachdruck für diese.

(17) „Bei uns geht Qualität vor Unternehmensgröße, auch wenn wir weiterhin wachsen wollen.“

Der Autor beschränkt durch die lokale Präposition „bei“ und den Bezug auf das Personalpronomen „wir“ im Dativ Plural die Bekundung, dem eigenen Qualitätsanspruch eine höhere Priorität als der Konzerngröße einzuräumen, auf Sana ein und transportiert durch diese Eingrenzung implizit die Botschaft, dass diese Priorisierung von Qualität für andere Klinikträger nicht gelten muss. Dementsprechend dient die Anfangssequenz als ein Abgrenzungsmerkmal, mit dem eine höherwertige Versorgung als in anderen Einrichtungen suggeriert werden soll. Auffällig ist der betriebswirtschaftliche Ausdrucksstil, da durch den Gebrauch des Begriffs „Unternehmensgröße“ generell das Selbstverständnis eines jeden Krankenhauses als Wirtschaftsbetrieb präsupponiert wird und damit den ökonomischen Duktus im Leitbild des vorliegenden Qualitätsberichts als legitim und anerkannt unterschwellig darstellt. Die Sequenz endet mit der konzessiven Einräumung der Absicht nach weiterem Unternehmenswachstum, dem aber gegenüber dem in (14) geäußerten Qualitätsanspruch eine Nachrangigkeit zugewiesen wird. Das Adverb „weiterhin“ weist in diesem Zusammenhang allerdings auf eine zeitliche Dimension des Wachstumsprozesses hin, der sich von der Vergangenheit bis in die Zukunft erstreckt und somit eine Kontinuität des

Unternehmenswachstums impliziert und zumindest die eindeutige Priorisierung des Qualitätsanspruchs im Sequenzbeginn so nivelliert. Zusammenfassend handelt es sich hierbei um eine distinguierte Selbstdarstellung von Sana in Bezug auf die Leistungsqualität des Konzerns einerseits und um eine prätentiose Absichtserklärung auf eine Stärkung der eigenen Position im Krankenhaussektor andererseits, die durch einen ökonomischen Duktus dominiert wird.

(18) „Für diese Ziele arbeiten Medizin, Pflege und Management Hand in Hand.“

Das Leitbild der Kliniken, die in einer Trägerschaft von Sana stehen, wird mit dieser Sequenz beendet: Im Wesentlichen wird eine Geschlossenheit der drei – für Krankenhäuser maßgeblichen – Personalsäulen, Ärzte, Pflege- und Verwaltungspersonal, postuliert. Auch hier setzt der Autor eine rhetorische Figur mit dem Ziel der Vermenschlichung der drei Säulen des Krankenhauspersonals: die Personifikation.

Überraschend ist die Kennzeichnung der vorangegangenen Sequenzen als „Ziele“: Bis auf (14), welche die Anspruchsorientierung von Sana nachgelagert auch an den Patienten ausrichtet, bietet der gesamte Absatz zu der Vision des Konzerns lediglich Aussagen, die sich auf Sana selbst beziehen und eher Feststellungen eines Ist-Zustands als selbstgesetzten Zielvorgaben gleichen: den Betrieb von Akutkrankenhäusern, eine ausschließliche Orientierung an den Besten, eine konsequente Umsetzung der Unternehmenswerte durch die Mitarbeiter, sowie die Priorisierung von Qualität. Einzig das Anstreben einer Führungsrolle und das Wachstum des eigenen Unternehmens können in diesem Zusammenhang als Zielvorstellungen im engeren Sinne gewertet werden. Folglich dominiert hier – unabhängig von Feststellungen oder Zielsetzungen – eine Selbstreferentialität die Selbstdarstellung von Sana. Die für eine Vision von Krankenhäusern erwartbaren Aussagen wie karitative oder am Gemeinwohl orientierte Ziele werden demgegenüber zu Gunsten einer primär ökonomischen Motivation erst gar nicht getroffen. Diese Art der Eigendarstellung setzt sich gleichwohl dem Risiko aus, mit etablierten Wertvorstellungen über das Wesen und die Aufgabe von Krankenhäusern zu konfliktieren, bewahrt sich aber gleichzeitig eine grundsätzliche Authentizität, da ökonomische Zielvorgaben – eine Gewinnerzielungsabsicht einschließend – für private Klinikbetreiber konstitutiv ist und eine Andienung karitativer Zwecke als Selbstzweck leicht in Frage gestellt werden könnte. Unter dieser Perspektive erscheint die Wahl einer Kommunikationsstrategie, die sich auf eine primäre Betonung der Leistungsstärke

und Qualität des Konzerns – ähnlich wie bei Unternehmen aus beispielsweise der Konsumgüterindustrie – beruft, als ein logisches Konzept der Selbstdarstellung.

Zusammenfassend korrespondieren die Ausführungen der „Vision“ mit denen der „Mission“. Beide Absätze sind im Gegensatz zu der Einleitung des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein für die Berichtsjahre 2006 und 2008 äußerst neutral gehalten.⁵³⁵ Dies kann nicht zuletzt aus der Verwendung solcher Begriffe abgeleitet werden, die auf einen direkten Zusammenhang der Ausführungen mit der Unterhaltung und Führung von Krankenhäusern schließen lassen: Insgesamt weist der Fließtext der beiden Absätze 172 Worte auf, von denen insgesamt 12 Begriffe eindeutig in Verbindung mit der stationären Behandlung von Patienten stehen. Dies sind im Einzelnen nach ihrem Auftreten im Text die sechs Substantive: Krankenhäuser, Patienten, Krankenversicherer, Akutkrankenhäuser, Medizin und Pflege.⁵³⁶ vier weitere Adjektive finden sich zusätzlich mit „sozial- und gesundheitspolitisch“, „medizinisch“ und pflegerisch“.

Tauscht man diejenigen Begriffe, die im direkten Zusammenhang mit dem Krankenhauswesen stehen, aus und ersetzt diese durch Begrifflichkeiten beispielsweise aus der Konsumgüterindustrie, so könnte der Text ohne weiteres für eine Selbstdarstellung eines Unternehmens aus diesem Sektor dienen. Im Folgenden wird dies exemplarisch für ein Handelsunternehmen aus der Lebensmittelindustrie dargelegt, wobei die ausgetauschten Begriffe durch Anführungszeichen markiert sind:

Unsere Mission – Wir als „SlowFood-Origin“ haben unsere „Lebensmittelmärkte und Cateringservices“ in einem Verbund vereint. So können wir erfolgreicher unsere Häuser führen und besser die Ansprüche unserer „Zulieferer“ und Kunden erfüllen. Das ist unsere Überzeugung. Wir sind ein Tochterunternehmen der führenden deutschen privaten „Interessenverbände der Lebensmittelindustrie“ und unterstützen deren „ernährungs- und wirtschaftspolitischen“ Ziele. Wir wollen für andere ein Vorbild sein und zeigen, dass „kulinarische“ und „personalintensive“ Höchstleistungen mit wirtschaftlicher Betriebsführung vereinbar sind. Unseren Erfolg

⁵³⁵ Zu erinnern gilt in diesem Zusammenhang daran, dass das Klinikum Niederrhein eine christlich motivierte Fürsorge für Patienten der Region in den Vordergrund seiner Mission stellte.

⁵³⁶ Die Anzahl von acht Substantiven im Text erklärt sich durch die zweimalige Verwendung der Begriffe „Patienten“ und „Krankenhäuser“. Somit handelt es sich insgesamt um lediglich acht unterschiedliche Begriffe.

bauen wir langfristig auf mit den eigenen „Niederlassungen und Cateringdiensten“, unseren Dienstleistungstöchtern und mit Managementverträgen.

Unsere Vision – Unser Kerngeschäft ist der Betrieb von „Feinkostläden“. Hier beanspruchen wir die Führungsrolle. Unsere Aktivitäten, Prozesse und Strukturen sind darauf ausgerichtet, unsere Leistungen fortlaufend zu verbessern. Unser Qualitätsanspruch orientiert sich nur an den Besten sowie an der Zufriedenheit unserer „Zulieferer“, Kunden und Mitarbeiter. Wir erwarten von jedem einzelnen – insbesondere von unseren Führungskräften – die Umsetzung unserer Unternehmenswerte. Wir sagen, was wir tun, und wir tun, was wir sagen. Bei uns geht Qualität vor Unternehmensgröße, auch wenn wir weiterhin wachsen wollen. Für diese Ziele arbeiten „Handel“, „Gastronomie“ und Management Hand in Hand.

Das konstruierte Beispiel belegt die Neutralität sowie die semantische Variabilität des Textes. Weiterhin auffällig sind die durchgehend kurz gehaltenen Sätze. Beispielsweise klärt erst die Sequenz (5) auf, weshalb Sana seine Krankenhäuser zu einem Verbund vereint hat. Denkbar wäre hier eine Verbindung beider Sätze durch eine finale oder kausale Konjunktion wie „damit“ oder „weil“. Demgegenüber besitzt aber eine Taktung in kurzen Sequenzen den Vorteil, die Sätze prägnanter und damit für den Leser einprägsamer zu gestalten. Diese Lesart korrespondiert überdies mit dem wiederholten Einsatz rhetorischer Figuren, die einen werbenden Charakter des Textes belegen. Hier sticht insbesondere der markige Slogan „Wir sagen, was wir tun, und wir tun, was wir sagen“ als suggestive Verbürgung für Authentizität und Konsequenz hervor.

Insgesamt stellt sich damit das Leitbild der Sana Kliniken als ein Werbetext dar, dessen Konzept auf die ökonomischen und qualitativen Stärken von Sana abstellt. Diese werden nur indirekt illustriert. Die Betonung medizinischer und pflegerischer „Höchstleitungen“, die ausschließliche Orientierung an den „Besten“, die Hervorhebung der Patientenzufriedenheit sowie die in (15) fast autoritär formulierte Aussage zu den Erwartungen des Konzerns seinen Mitarbeitern gegenüber transportieren aber das Versprechen auf die Stärke von Sana und so eine Projektionsfläche für die Behandlungsqualität. Ein solches Vorgehen bietet aus marketingrelevanten Gesichtspunkten einen entscheidenden Vorteil: Der konstitutive Gegenstand von Krankenhäusern – die Behandlung von Menschen mit einer traumatischen Krise – wird hiermit umgangen. Das Leitbild hebt dementsprechend die Stärken von Sana in

den Vordergrund, exkulpiert negativ besetzte Attribute von Krankenhäusern – wie Leiden, Schmerz und Tod – und setzt sich mithin nicht dem Risiko aus, den Leser Abschreckendes zu vergegenwärtigen. Vielmehr setzt das Leitbild konsequent auf einen Fortschritts- und Wachstumsglauben, die Legitimität ökonomischer Prinzipien im Gesundheits- und Krankenhauswesen und versucht so ein positives Image des Konzerns zu lancieren, woraus sich ein professionelles Konzept der Kommunikationspolitik von Sana ableiten und die weiter oben entwickelte Fallstrukturhypothese erhärten lässt.

Darüber hinaus ist allein die Überschrift „Leitbild der Sana Kliniken“ ein Beleg für die Professionalität der Außendarstellung, da der Plural „Kliniken“ auf ein zentral ediertes Leitbild deutet, das für alle Einrichtungen von Sana Gültigkeit beansprucht. Ein zentral erstelltes Leitbild weist dementsprechend in letzter Konsequenz entweder auf eine für dieses Tätigkeitsfeld eigens abgestellte Abteilung oder die Zusammenarbeit mit einer Beratungs- bzw. Werbeagentur für die Konzeption und Umsetzung der Kommunikationspolitik in diesem Qualitätsbericht hin, so dass im Folgenden analog zu den Analysen der vorangegangenen Qualitätsberichte mit der Untersuchung der Fotografien im vorliegenden Protokoll fortgeföhren wird.

III.3.5 Das Inhaltsverzeichnis

<small>sana Qualitätsbericht 2006 Sana-Klinikum Remscheid</small>	
INHALTSVERZEICHNIS	
	<p>08 GRÜßWORT GESCHÄFTSFÜHRUNG SANA KLINIKEN ÖMBB & CO. EGAA Informierte Patienten entscheiden</p> <p>10 EDITORIAL DER KLINIK Spitzenleistungen durch Qualitätsmanagement</p> <p>13 SANA-KLINIKUM REMSCHEID ÖMBB Ein modernes Schwerpunktkrankenhaus für Remscheid und Umgebung</p> <p>15 BERGISCHES BRUSTZENTRUM Auf dem Weg zur Zertifizierung</p> <p>18 KTQ-ZERTIFIZIERUNG Mit einem übergreifenden Qualitätssystem spürbare Verbesserungen bewirken</p> <p>20 KUNDENZUFRIEDENHEIT: EIN WEISER Wissen, was niedergelassene Ärzte erwarten</p> <p>23 KUNDENZUFRIEDENHEIT: PATIENTEN „Unsere Auftraggeber sind die Patienten“</p> <p>26 ZENTRALE THEMEN Das Sana Medizin Board – Impulsgeber auch im Jahr 2006</p> <p>28 ZENTRALE THEMEN Ethik-Statut</p>

Abb. III.3.6: „Das Inhaltsverzeichnis“⁵³⁷

Nach dem Leitbild der Sana Kliniken und Ausführungen zur Unternehmenskultur von Sana, die mit der Aussagelogik des Leitbilds in Gänze übereinstimmen und daher nicht im Detail aus forschungsökonomischen Gründen hier Berücksichtigung finden, da hieraus keinerlei zusätzliches Aufschlusspotential für den vorliegenden Fall bzw. gar eine Falsifikation der

⁵³⁷ Der Rahmen wurde zur besseren Abgrenzung der Seite nachträglich eingefügt.

Fallstrukturhypothese herausgearbeitet werden kann, schließt sich das Inhaltsverzeichnis mit einer großen Abbildung an. Die hochformatige Fotografie erstreckt sich über etwas mehr als die Hälfte der Seitenhöhe und ist links neben dem Inhaltsverzeichnis primär auf der unteren Hälfte positioniert. Über der Aufnahme ist die Überschrift „Inhaltsverzeichnis“ und rechts oben die vom Leitbild bereits bekannte Kopfzeile eingefügt. Das Sujet erinnert sofort an die Abbildungen „Labortechnik“ und „Technik – CT-Aufnahme“ des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein aus dem Berichtsjahr 2006: eine Detailaufnahme von Objekten in Form eines Stillebens. Im ikonischen Zentrum sind sechs weiße Plastikbecher, die in einer blauen Plastikwanne stehen, mit jeweils mehreren weißen und noch leeren Einweg-Kunststoffspritzen unterschiedlicher Größe zu sehen.

Dadurch, dass die Spritzen sich mit ihren Zylinder in den Plastikbechern in der überwiegenden Zahl überkreuzen, zeigen ihre Kolben in unterschiedliche Richtungen. Trotz der unterschiedlichen Richtungen entsteht dabei aber kein unruhiges Gesamtbild, sondern eine harmonische Ausgewogenheit in der Gestaltung, was als Beleg für eine professionelle Fotografie dienen kann. Verlängert man diese Richtungen durch imaginäre Linien, so weisen einzelne Kolben auf die Kapitelüberschriften des rechts von der Abbildung befindlichen Inhaltsverzeichnisses. Dies ist unter anderem bei der rechten Spritze des rechts oben positionierten Bechers der Fall, deren Kolben auf die oberste Kapitelüberschrift weist.

Darüber hinaus fällt unter Einbezug der Titelseite auf, dass die Richtungen der Kolben mit der kelchförmigen Ausbreitung der Blütenblätter der Lilie korrespondieren. Weiterhin harmonisiert das Blau der Plastikwanne mit dem helleren Königsblau der Seitenzahlen sowie den Kapitelüberschriften des Inhaltsverzeichnisses, so dass sich ein ästhetisches Gesamtbild ergibt, das als Indiz für ein kreatives Marketingkonzept verstanden werden muss.

Ein Blick auf das Inhaltsverzeichnis klärt den Leser nun auch über das Verständnis des Begriffs „Kunde“ auf: Im unteren Drittel des Inhaltsverzeichnisses sind zwei Kapitelüberschriften zu lesen: „Kundenzufriedenheit: Einweiser“ und „Kundenzufriedenheit: Patienten“. Die im Leitbild der Sana Kliniken noch nicht aufklärbare Verwendung von „Kunde“ soll dementsprechend Ärzte und Patienten repräsentieren, woraus sich eine der Sache nach unangemessene verbetriebswirtschaftlichende Umdeutung der Beziehung zwischen Krankenhäusern und Ärzten bzw. Patienten durch Sana erklärt.

III.3.6 Der Geschäftsführer

Nach einer weiteren Seite, die das eigentliche Inhaltsverzeichnis mit den vom gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen vier Kapiteln aufführt, schließt sich ein Portraitfoto an:



Abb. III.3.7: „Der Geschäftsführer“⁵³⁸

Im Zentrum der minimalistisch gehaltenen Seite steht eine fast quadratische Fotografie in schwarz-weißer Farbe einer männlichen Person mit kurzem schwarzen Haar, Brille und dunklem Anzug mit Hemd und gestreifter Krawatte. Die Person hat den Mund geöffnet, so dass Ober- und Unterkiefer gut sichtbar sind. Die Lippenstellung deutet auf den Beginn oder das Ende eines Sprechaktes. Die Augen blicken den Betrachter direkt an, so dass eine direkte Beziehungsaufnahme suggeriert wird. Die Mimik ist sowohl freundlich als auch konzentriert. Die linke Hand ist am unteren Bildrand mit dem Rücken zum Leser gewandt. Der Daumen ist fast vertikal nach oben gerichtet und die restlichen Finger weisen im 45-Grad-Winkel vom

⁵³⁸ Der Rahmen wurde zur besseren Abgrenzung der Seite nachträglich eingefügt.

Rezipienten aus gesehen nach links oben. Die Hand ist locker und entspannt, woraus ein erklärender, der Aussage Nachdruck verleihender Gestus abzuleiten ist. Im Hintergrund sind vertikale Schatten zu erkennen, die auf einen Vorhang hindeuten. Die Aufnahme erinnert vom Gestus gleich an die Aufnahme „Ein Fachgespräch unter Kollegen“ des Qualitätsberichts 2006 des Klinikums Niederrhein, das eine Werte- und Sachorientierung als Kernbotschaft lanciert; indes handelt es sich aber hier um ein Portraitfoto einer einzelnen Person.

Oberhalb der Abbildung ist die Sequenz „Informierte Patienten entscheiden“ in dem bekannten hellen Königsblau zu lesen.⁵³⁹ Darüber steht in dem filigraneren Times-Roman, in Indigoblau und Versalschrift: „GRUSSWORT GESCHÄFTSFÜHRUNG SANA KLINIKEN GMBH & CO. KGAA“. Damit ist für den Leser sofort offensichtlich, dass nun eine Ansprache der Geschäftsführung angekündigt wird.⁵⁴⁰ In Verbindung der beiden Sequenzen zueinander ergibt sich damit ein ästhetisches Spiel von Farben und Formen, mit dem sich der edle Gesamteindruck der vorangegangenen Seiten fortsetzt. Unterhalb der Fotografie findet sich über zwei, voneinander farblich abgesetzten Zeilen die Legende: „Dr. Michael Philippi“ und „Geschäftsführer“.

Zusammenfassend wird durch das Portraitfoto dem Betrachter jetzt ein Gesicht der Geschäftsführung von Sana gegeben und eine direkte verbale Ansprache dessen auf Augenhöhe suggeriert. Diese Umsetzung korrespondiert mit dem Slogan oberhalb der Fotografie. Überraschend ist allerdings, dass das Grußwort nicht direkt im Anschluss auf das Foto folgt.⁵⁴¹ Diese Vorgehensweise bewirkt entgegen der Erwartung aber eine Fokussierung des Fotos durch den Leser, eine gesteigerte Einprägung des Geschäftsführers und somit eine Personifikation von Sana, woraus sich folglich ein durchdachtes Konzept und ein professioneller Charakter in der Außendarstellung des Qualitätsberichts ableiten lässt.

⁵³⁹ Es sei hier nur kurz darauf verwiesen, dass der Text dem ökonomischen Ausdrucksstil des Leitbilds entspricht und diese Formulierung eine autonome Entscheidung des Patienten auf Basis umfassender Informationen unter dem Paradigma von Rationalität suggeriert. Dementsprechend wird der Patient zum Kunden umdefiniert, der im Verständnis eines Homo oeconomicus handelt, so dass die – auch bei einer umfassenden Aufklärung des Patienten durch einen Arzt unauflösbare – Informationsasymmetrie einerseits und die nicht existente Entscheidungsautonomie des Patienten andererseits hier beschönigend nivelliert werden. Dass das theoretische Konstrukt des Homo oeconomicus über das Gesundheitswesen hinaus selbst auch in primär ökonomischen Kontexten kontrovers diskutiert wird, zeigen Bourdieu et al. exemplarisch für die französische Immobilienwirtschaft. Vgl. Bourdieu et al. 2002: 28 ff.

⁵⁴⁰ Die Kopfzeile wird wiederum im gleichen Stil fortgesetzt, so dass sich die oben aufgestellte These eines sich durch das Protokoll konstant durchziehendes Gestaltungselement erhärtet, wodurch der artifizielle und prätentiose Charakter der Seitengestaltung nur noch erhöht. Aus Gründen der Sparsamkeit findet eine Behandlung der Kopfzeile im Folgenden lediglich dann statt, wenn sich Abweichungen feststellen lassen.

⁵⁴¹ Ein Blick auf die folgende Seite zeigt, dass dem Grußwort eine eigene Seite eingeräumt wurde

III.3.7 Die Klinikleitung

Auf das Grußwort folgt nun eine weitere Seite mit vier Portraitfotos:



Abb. III.3.8: „Die Klinikleitung“⁵⁴²

In der gleichen Ästhetik der Text- und Gestaltungselemente wie die Seite mit dem Portrait des Geschäftsführers von Sana werden hier nun die leitenden Mitarbeiter des Klinikums Remscheid mit Farbfotos portraitiert: die beiden Verwaltungsleiter, der ärztliche Direktor sowie die Pflegeleiterin.⁵⁴³ Analog zum Portrait des Geschäftsführer wird dem Klinikum nun in einer Personifikationsstrategie ein Gesicht verliehen, so dass der Leser sich ein konkretes Bild vom leitenden Personal des Klinikums machen kann, wobei die Aussagelogik zum Grußwort der Geschäftsführung identisch bleibt.

⁵⁴² Der Rahmen wurde zur Abgrenzung der Seite – wie auch für die folgenden Seiten – nachträglich eingefügt.

⁵⁴³ Als Überschrift dient der Slogan: „Spitzenleistungen durch Qualitätsmanagement“.

III.3.8 Das Klinikum Remscheid

Als nächste Fotografie schließt sich eine Aufnahme des Klinikums Remscheid an:

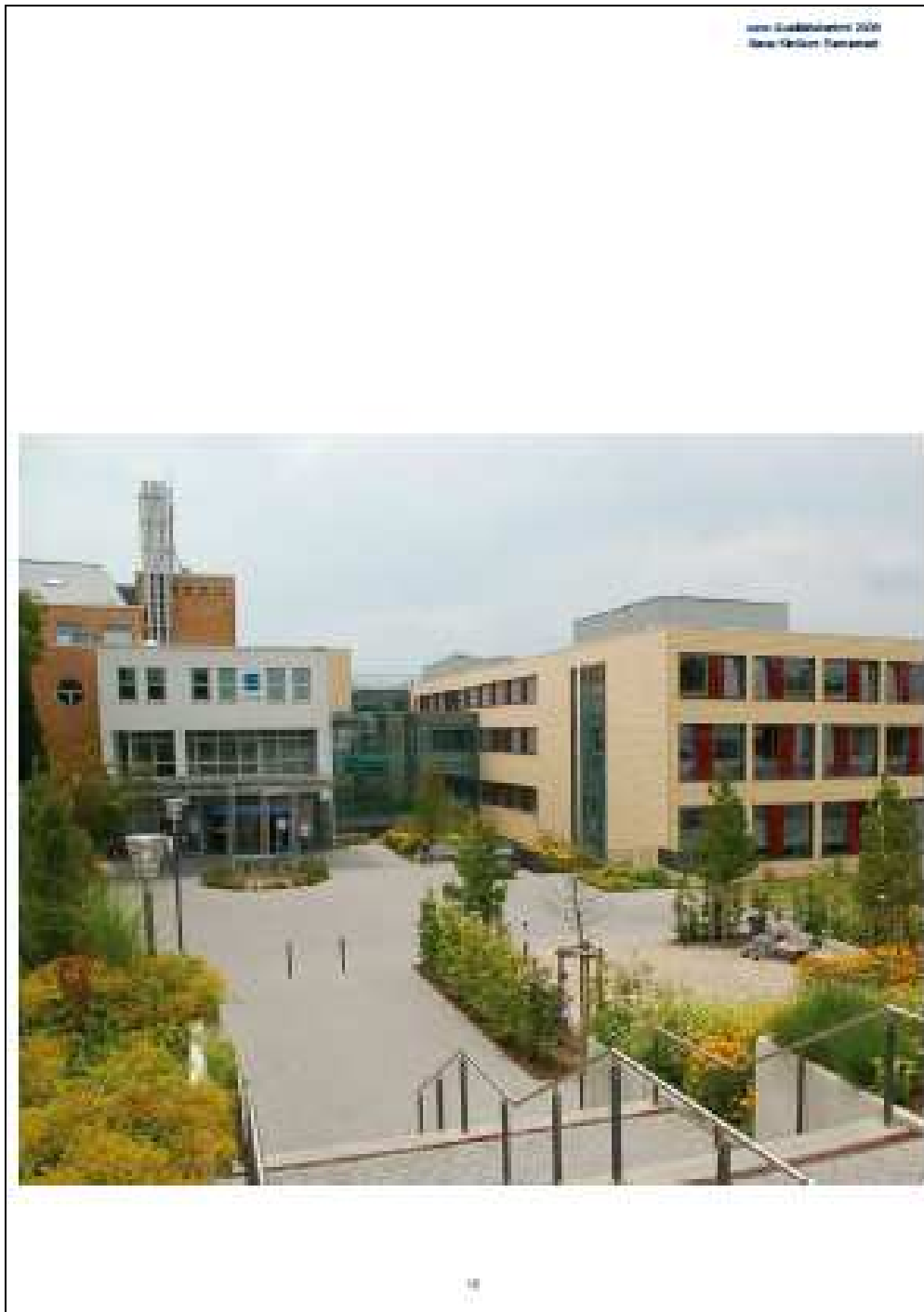


Abb. III.3.9: „Das Klinikum Remscheid“

Das Foto, das vom oberen Absatz einer breiten Treppe mit drei Stahlgeländern aufgenommen wurde, zeigt mehrere Trakte des Klinikums vor einem leicht bedeckten Himmel.

Rechts ist ein beiger, kubusförmiger Bau über drei Etagen mit großen Fenstern und Flachdach zu sehen. Auf dem Dach sind zwei quaderförmige Aufbauten errichtet. Links davon steht ein verglaster Kubus als Verbindungstrakt zum hell verputzten Eingangsbereich, der bereits auf der Titelseite in der Mitte der Fotogalerie abgebildet wurde. Im Hintergrund überragt ein Trakt aus Ziegeln den Eingangsbereich, auf dem das Logo von Sana zwischen der obersten Fensterreihe gut sichtbar angebracht ist. Architektonisch deutet er auf einen anderen, weniger modernen Stil als die Kubusbauten: Links ist ein hellgraues Spitzdach zu erkennen. Rechts sind die Fenster klein und quadratisch hinter einer freistehenden Schornsteinanlage mit drei Rohrmasten aus Edelstahl gehalten. Die Anbringung der Schornsteinanlage an der Außenfassade legt den Schluss nahe, dass sie beim ursprünglichen Bau des Gebäudes noch keine Berücksichtigung gefunden hat, da sie sonst aller Wahrscheinlichkeit nach als eine Innenkonstruktion geplant worden wäre und dementsprechend nachträglich angebaut wurde. Das Rundfenster links oberhalb des Eingangsbereichs könnte somit ebenfalls im Rahmen der Umbauarbeiten entstanden sein.

Im Vordergrund ist ein grau gepflasterter Vorplatz zu erkennen, der links und rechts von bepflanzten Beeten eingerahmt ist. Rechts vorne ist ein durch eine Hecke abgeteilter Platz mit Kies oder Sand, auf dem an beiden Seiten eine Reihe geschwungener Parkbänke aus Holz stehen. Auf der rechten Seite sitzt hier ein Mann mit hellem T-Shirt, der liest.⁵⁴⁴ Ihm quer gegenüber sitzen zwei Personen, die für den Betrachter durch die Hecke nur auf den zweiten Blick erkennbar sind. Weiterhin stehen links vor dem Eingangsbereich zwei Personen hinter zwei Laternen, rechts von der Drehtür mit dem Blumenrondell eine weitere Person mit einem weißen Oberteil und eine Person sitzt auf einer Bank desselben Typs vor dem Glaskubus.

Zusammenfassend strahlt die Abbildung eine fotografische Kompetenz aus: Besonders die farbliche Harmonie der Gebäude mit der Bepflanzung geben dem Foto einen ästhetischen Charakter. Weiterhin ist die Perspektive, mit welcher – diagonal über die Treppe hinweg – der beige, ästhetischere Kubus stärker betont wird als der ältere Trakt, für eine Außendarstellung gekonnt gewählt. Das Foto postuliert Ruhe, dennoch wirkt es durch die insgesamt mindestens sieben Personen nicht verwaist wie beispielsweise die Aufnahme des Johanniter-Krankenhauses Oberhausen, wodurch sich insgesamt ein professioneller Charakter in der Darstellung des Klinikums begründen lässt.

⁵⁴⁴ Blütenstand und die Kleidung des Mannes lassen eine Entstehung der Fotografie im Sommer vermuten.

III.3.9 Arzt und Eingangsbereich

Auf der übernächsten Seite folgen die zwei Aufnahmen eines Arztes und des Eingangsbereichs des Klinikums, die beide im unteren Drittel der Seite positioniert sind und das Gestaltungselement der Titelseite mit der Fotoserie fortsetzen:

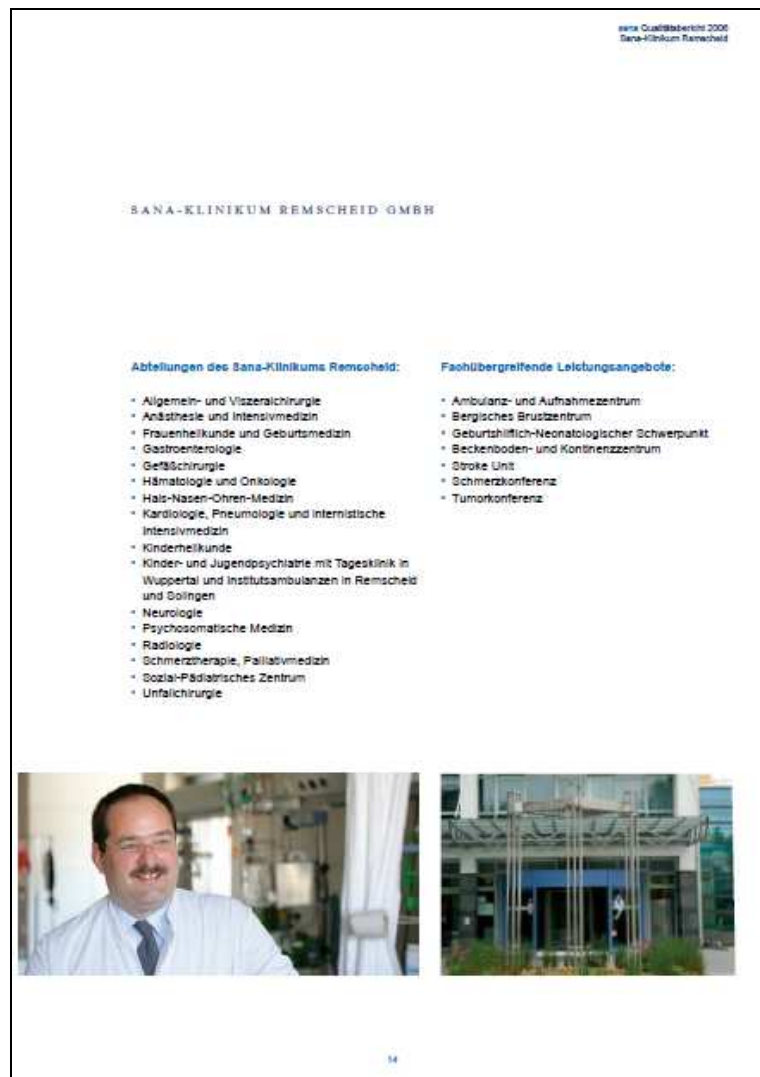


Abb. III.3.10: „Arzt und Eingangsbereich“⁵⁴⁵

Die linke und größere Abbildung zeigt augenscheinlich einen Arzt mit einem weißen Arztkittel, Hemd und grauer Krawatte vor medizintechnischen Geräten und einem Vorhang.

⁵⁴⁵ Der Rahmen wurde zur besseren Abgrenzung nachträglich eingefügt. Da es nun offensichtlich ist, dass das weiße, zurückhaltende Gesamtbild ein Gestaltungsmittel des Qualitätsberichts sein muss, wird auf die nachträgliche Einrahmung nur noch dann eingegangen, wenn sich Abweichungen feststellen lassen. In Bezug auf das Vorgehen werden beide Fotografien parallel analysiert, da die Positionierung auf derselben Höhe und in unmittelbarer Nachbarschaft eine Bezugnahme beider Fotos aufeinander impliziert.

Der Arzt ist von pyknischer Konstitution.⁵⁴⁶ Er trägt eine zierliche, randlose Brille, einen Oberlippenbart und über der fliehenden Stirn kurzes dunkles Haar. Er lächelt freundlich in Richtung einer durch die Aufnahme nicht erfassten Person. Hierdurch wird die Projektionsfläche für Assoziationen, wer denn nun – vielleicht ein Kollege, Patient oder Angehöriger – angelächelt wird und weshalb, vergrößert und so die Möglichkeit eröffnet, dass der Rezipient sich eine eigene Lesart imaginiert, um so den dem Foto innewohnende Reiz zu erhöhen. Die Aufnahme erinnert dementsprechend zugleich an die Abbildung „Ein Krankenpfleger im Gespräch“ des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein für das Jahr 2006 und die in diesem Bericht wiederholt eingesetzte „Schnappschuss“-Ästhetik. Auch das hier gewählte Sujet ist aus dem Qualitätsbericht des Klinikums Niederrhein bereits bekannt: Werte- und Sachorientierung. Allerdings strahlt die Aufnahme eine sehr viel größere Natürlichkeit als die Aufnahmen des Klinikums Niederrhein aus, woraus sich ein authentischeres Gesamtbild und gleichzeitig einen professionelleren Charakter der Fotografie ableiten lässt, da in diesem Zusammenhang eine entspanntere Atmosphäre als beispielsweise bei der Aufnahme „Ein Fachgespräch unter Kollegen“ im Bericht 2006 des Klinikums Niederrhein geherrscht haben muss.⁵⁴⁷

Die rechte Aufnahme, die weniger breit ist, zeigt nun zum dritten Mal den Eingangsbereich des Sana Klinikums Remscheid mit blauer Drehtür und Blumenrondell. In Verbindung mit der Aufnahme des Arztes links entsteht eine wechselseitige Bezugnahme beider Fotos aufeinander: Das Lächeln des Arztes erweckt Sympathie und verleiht dem Klinikum erneut ein Gesicht. Der Eingangsbereich ist dementsprechend das verbindende Element zwischen dem Rezipienten und eben diesem Arzt, der durch sein gemütliches Äußeres jedwede Scheu vor der Institution Krankenhaus nimmt und ein Gebrauchswertversprechen darauf gibt, dass der Patient sich in guten Händen befindet und im Klinikum eine Kultur herrscht, die auf ein Lächeln im Klinikalltag nicht verzichten will. Somit ist die erneute Wiederholung des Eingangsbereichs quasi als *Invitatio ad offerendum* zu deuten, dass die suggestive Botschaft transportiert, durch diese Tür zu dem Arzt mit dem freundlichen Lächeln zu gelangen. Zusammenfassend ist die Kombination beider Aufnahmen und die dadurch entstehende Projektionsfläche Ausdruck einer professionellen Kommunikationsstrategie, mit der die Fallstrukturhypothese erhärtet wird.

⁵⁴⁶ Vgl. Hall, Lindzey 1979: 14 f.

⁵⁴⁷ Zur Erinnerung: Der Arzt auf der linken Seite der Aufnahme „Ein Fachgespräch unter Kollegen“ wurde in einer unnatürlichen Körperhaltung mit einer auf Verlegenheit hindeutenden Handstellung aufgenommen.

III.3.10 Diagnostik

Die nächste Seite schließt sich an mit zwei identisch positionierten Aufnahmen aus der Diagnostik des Krankenhauses im unteren Drittel der Seite:



Abb. III.3.11: „Diagnostik“

Links ist ein Arzt vor einem Röntgenfilmbetrachter mit Gefäßstrukturen bei der Diagnostik und in der rechten – wiederum weniger breiten – Aufnahme ist eine männliche Person – entweder ein Patient oder eventuell auch ein Arzt – in Schutzbekleidung bei einer radiologischen Diagnostik zu sehen. Hinter ihm befindet sich eine weibliche Person, bei der es sich um eine Ärztin oder eine Röntgentechnische Assistentin handeln könnte. Da aber nur das Gesichtsprofil zu erkennen ist und daher kein Rückschluss auf ihre Funktion über die

Kleidung möglich ist, bleibt diese Frage – ebenso wie die nach der Rolle der männlichen Person – offen für alle Projektionen. Allerdings verrät ihr vom Betrachter aus nach rechts geneigter, konzentrierter Blick, mit dem sie eventuell einen außerhalb des Bildausschnitts befindlichen Monitor betrachtet, sowie der Umstand, dass sie sich in einer diagnostischen Räumlichkeit mit einer Konsole mit zwei Monitoren befindet, eine Zugehörigkeit zum Personal des Klinikums.

In Verbindung zueinander korrespondieren die zwei Abbildungen mit der Fotoserie auf der Titelseite, da sich durch die unterschiedlichen Blickrichtungen der insgesamt drei Personen ein ästhetisches Gleichgewicht ihrer einzelnen Blickrichtungen ergibt: Der Arzt blickt nach links und leicht nach unten, die weibliche Person nach rechts unten und die männliche Person des rechten Bildes nach hinten auf die Monitore, so dass sich eine Betonung des Fluchtpunkts im rechten Bild ergibt.⁵⁴⁷

In ihrem Sujet korrespondieren die Bilder mit dem zweiten wesentlichen Motiv des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein für das Berichtsjahr 2006: Medizintechnik. Die rechte Aufnahme korrespondiert – wenn auch weniger dramatisch umgesetzt – mit der Darstellung „Mensch und Technik – Apparatedizin“ sowie „Augenheilkunde – Apparatedizin“. Besonders die linke Aufnahme erinnert an die Abbildung „Mensch und Technik – CT-Aufnahme-2“. Allerdings wirkt die vorliegende Abbildung gekonnter umgesetzt. Der Arzt ist mit seinem Gesichtsprofil im Gegensatz zu der Umsetzung durch das Klinikum Niederrhein gut zu erkennen, bei der man nur eine dunkle und schemenhafte Silhouette wahrnehmen konnte, so dass hier Personifikation erreicht wurde. Darüber hinaus strahlt die Aufnahme neben der Konzentration und Sachorientierung des Arztes auch eine inhärente Ruhe aus, die beispielsweise in der Abbildung „Zwei Ärzte bei der Diagnostik“ des Berichts vom Klinikum Niederrhein einer gesteigerten Anspannung weicht und damit Unruhe symbolisiert. Zusammenfassend repräsentieren beide Aufnahmen die Kernbotschaft des Sujets „Medizintechnik“: Fachkompetenz und eine technische Ausstattung auf höchstem Niveau, die dem Patienten die Sicherheit versprechen, eine größtmögliche Behandlungsqualität erwarten zu können. Im Abgleich mit den Darstellungen dieses Sujets durch das Klinikum Niederrhein erscheinen die beiden Fotografien in ihrer Gesamtheit professioneller.

⁵⁴⁷ Der Umstand, dass der Patient auf die Monitore blickt, korrespondiert mit dem Slogan „Informierte Patienten entscheiden“ oberhalb des Grußworts der Geschäftsleitung dieses Qualitätsberichts.

III.3.11 Chirurgen

Auf der folgenden Seite wird das Layout mit zwei Abbildungen im unteren Seitendrittel fortgesetzt, so dass an dieser Stelle der Schluss gezogen werden kann, dass es sich hierbei um ein für den Qualitätsbericht charakteristisches Gestaltungskonzept handelt:



Abb. III.3.12: „Chirurgen“

Links dominiert eine Fotografie von zwei Personen vor einer Wand mit braunen Kacheln, während rechts ein Logo positioniert wurde. Beide – links eine weibliche und rechts eine männliche Person mit Brille – tragen einen grünen Kittel, einen weißen, herabhängenden

Mundschutz und eine grüne OP-Haube, die unter dem Kinn zusammengeknotet ist, was den Kontext einer Operation impliziert und die beiden Personen als Rollenträger des Klinikums ausweist. Analog zu der geschlechtsspezifischen Rollenverteilung der Leitung des Klinikums, eine Frau als Pflegedirektorin und ein Mann als ärztlicher Direktor, sowie der gängigen Geschlechtsrollenstereotypen ist hier davon auszugehen, dass die männliche Person Arzt ist. Die weibliche Person kann sowohl eine Ärztin als auch eine OP-Assistentin aus der Pflege sein.

Die Aufnahme trägt durch den herabhängenden Mundschutz und die leicht seitliche Drehung des Arztes einen flüchtigen Charakter: Sein Kopf ist nach links geneigt und der Mund geöffnet, was den Beginn oder die Beendigung eines Sprechaktes nahe legt, während die weibliche Person freundlich lächelt. Insgesamt entsteht so der Eindruck einer Momentaufnahme im Stil der „Schnappschuss“-Ästhetik, die das leitende Gestaltungsmittel im Qualitätsbericht 2006 des Klinikums Niederrhein war. Beide Personen blicken aber demgegenüber nun in die Kamera, so dass eine direkte Kontaktaufnahme mit dem Leser suggeriert wird, wodurch eine neue Gattung der Inszenierungslogik etabliert wird: War der Leser bislang stiller Zuschauer und hatte nur indirekt Teilhabe an den abgebildeten Szenerien der „Schnappschuss“-Ästhetik, so wird er nun explizit adressiert. Diese Vorgehensweise verstärkt die Imagination eines Einbezugs in die klinische Praxis eines Krankenhauses, die mit der „Schnappschuss“-Ästhetik bereits gleichsam vorlag. Der Rezipient wird dementsprechend selbst zum fiktiven Akteur in dieser Praxis, was eine erhöhte Aufmerksamkeit und damit eine nachdrückliche Einprägung bewirkt. Bei dem Sujet handelt es sich um die bereits bekannte Gattung „Werte- und Sachorientierung“, die allerdings um eine kommunikative Facette durch das direkte Anblicken erweitert wird. Das Lächeln der weiblichen Person bewirkt überdies eine Nivellierung des ernsten und akuten Charakters einer Operation.

Rechts davon steht ein Logo in den Farben Blau, Grau und Schwarz. Betitelt ist es mit „Bergisches Brustzentrum Remscheid – Solingen“. Der graue Kreis mit dem Monogramm „BB“ illustriert den Text, der durch einen kleinen blauen Kreis mit dem großen grauen Kreis in Beziehung gesetzt wird. Inhaltlich wird ein Versorgungszentrum im Bergischen Land für Brustkrebskrankungen bezeichnet. Insgesamt übernimmt diese Abbildung die Funktion eines Gütesiegels und damit eines Gebrauchswertversprechens wie eine Urkunde oder eine Zertifizierung, die eine offiziell anerkannte Legitimität der Versorgungsqualität ausweist.

III.3.12 Klinische Praxis

Die nächste Seite zeigt im oberen Drittel wiederum zwei Fotos aus dem klinischen Berufsalltag mit dem Sujet „Werte- und Sachorientierung“:



Abb. III.3.13: „Klinische Praxis“

Links ist eine etwas breitere Aufnahme als rechts zu sehen, so dass die Lesart eines bewusst gewählten Gestaltungsmittels der Bezugnahme von zwei Fotos aufeinander gestärkt wird.⁵⁴⁸

Das linke Foto zeigt einen Arzt in einem Depot, der den Betrachter wiederum freundlich und direkt anblickt und dabei ein künstliches Hüftgelenk zeigt, als wolle er dieses erklären. In der rechten Abbildung schiebt ein Krankenpfleger einen Patienten auf einer modernen Transportliege. Die Konturen sind – besonders rechts – verschwommen, was auf eine lange Belichtungszeit schließen lässt, mit der Geschwindigkeit und Geschäftigkeit des Personals illustriert werden soll. Zusammenfassend lässt sich hier eine durchweg gelungene Gestaltung feststellen, bei der das linke Foto die direkte Adressierung des Lesers fortsetzt und die rechte Abbildung die bereits aus I.18 bekannte rege Betriebsamkeit aufnimmt.

⁵⁴⁸ Aus forschungsökonomischen Gründen der Sparsamkeit werden im Folgenden die Analysen nur dann extensiv vollzogen, wenn entweder substantiell Neues oder Abweichungen von der Fallstrukturhypothese auftreten.

III.3.13 Detailaufnahmen

Auf der übernächsten Seite schließen sich zwei Detailaufnahmen von männlichen Händen an:



Abb. III.3.14: „Detailaufnahmen“

Auch hier wird das Gestaltungskonzept für die Formatierung der Abbildungen beibehalten. Inhaltlich erinnern beide Aufnahmen an eine Variation von III.1.13 „Blutproben“. Links beklebt eine männliche Person –wahrscheinlich ein Pfleger in einem weißen Kurzarmkasack – Kanülen mit Klebeetiketten, auf denen Strichcodes zu erkennen sind, und rechts liegt die Hand eines Arztes auf einer Akte.⁵⁴⁹ Entsprechend III.1.13 ist hier die Kernbotschaft: Patienten- und Werteorientierung, fachliche Kompetenz und professionelles Handeln. Demgegenüber strahlen die hier vorliegenden Fotos eine größere Wärme und Nähe aus, da die Personen keine sterilen Einweghandschuhe tragen. Die Kombination eines Pflegers links und eines Arztes rechts stellt darüber hinaus in Verbindung mit dem Leitbild eine Illustration der Sequenz (18) „Für diese Ziele arbeiten Medizin, Pflege [...] Hand in Hand“ dar, woraus sich ein weiterer Beleg der Fallstrukturhypothese einer konsequent umgesetzten Kommunikationsstrategie im Rahmen eines professionellen Marketingkonzepts ableiten lässt. Auf Ebene der Gestaltung weisen die diagonalen Handstellungen imaginär auf den unter die Fotos platzierten Text, was auf eine intentionale Beeinflussung der Blickführung des Lesers und damit auf eine professionelle Darbietung von Bildern und Inhalten im Rahmen der Kommunikationsstrategie hinweist. Zusätzlich entsteht durch diese Kombination ein ästhetisches Gleichmaß beider Fotos zueinander.

⁵⁴⁹ Dass es sich um einen Arzt handelt, legt der Ärmel eines Arztkittels oder eines weißen Oberhemds nah.

III.3.14 Besprechung I

Nach der Exkursion in Detailaufnahmen tritt wieder die Inszenierungslogik der Personifikation mittels der „Schnappschuss“-Ästhetik in den Vordergrund:



Abb. III.3.15: „Besprechung I“

Im Zentrum sitzen drei weibliche Personen – vermutlich links zwei Ärztinnen in weißen Arztkitteln mit Stehkragen und eine Krankenschwester mit einem weißen Kasack.⁵⁵⁰ Die

⁵⁵⁰ Der Umstand, dass die drei Personen sitzen, erklärt sich durch das Fenster im Hintergrund auf Kopfhöhe der Personen, wodurch sich wiederum der Kontext einer Stationsbesprechung begründen lässt.

beiden Ärztinnen haben den Mund leicht geöffnet, was auf einen Sprechakt deutet, und schauen nach unten auf ein für den Betrachter außerhalb des Fotoausschnitts befindliches Objekt – eventuell eine Krankenakte.

Die Krankenschwester schaut konzentriert mit zusammengepressten Lippen auf die Ärztin in der Mitte, woraus sich ableiten lässt, dass diese das Wort führt. Die zusammengepressten Lippen und der aufmerksame Blick betonen hier aber einzig und allein die Konzentration und Sachorientierung der Krankenschwester. Ein Hinweis auf eine Anspannung durch Stress bietet die Aufnahme dagegen nicht. Dies wird nicht zuletzt durch die positive und offene Mimik der in der Mitte sitzenden Ärztin ex ante ausgeschlossen. Viel eher stellt sich das Gesamtbild einer kollegialen Diskussion.

Offensichtlich wird auch diese Szenerie durch das Sujet „Werte- und Sachorientierung“ dominiert und erinnert an III.1.12 „Ein Fachgespräch unter Kollegen“. Allerdings ist die Momentaufnahme natürlicher, es gibt keine Hinweise darauf, dass die abgebildeten Personen sich durch die Anwesenheit eines Fotografen beeinflussen lassen, woraus sich nicht nur ein höherer Grad an Glaubwürdigkeit der gestellten Szenerie, sondern auch ein professionellerer Habitus des Fotografen im Gegensatz zu III.1.12 darstellt. Auf Ebene der Gestaltung wird nun ein einziges Foto auf dem unteren Seitendrittel positioniert, mit der Einhaltung des Formats allerdings auch wiederum die gleiche Ästhetik aufrechterhalten.

III.3.15 Besprechung II

Es folgt eine fast identische Szenerie unter Einbehaltung der gestalterischen Ästhetik von zwei Aufnahmen im unteren Seitendrittel:



Abb. III.3.16: „Besprechung II“

In der gleichen Inszenierungslogik der vorangegangenen Seiten wird in der linken Abbildung eine direkte Kontaktaufnahme suggeriert, bei der eine Schwester in einem hellgelben Kasack verständnisvoll und freundlich lächelnd direkt in den Kamerafokus blickt, und rechts eine Besprechung zwischen drei Bediensteten des Klinikums dargestellt. Hier stehen offensichtlich drei Ärzte – ein Arzt mit Halbglatze und Brille und zwei jüngere Ärztinnen – vor einer grauen Tür. Alle schauen wiederum auf ein außerhalb des Fotoausschnitt gelegenes Ziel. Denkbar scheint hier ein vorbereitendes Fallgespräch bei einer Visite, da alle drei Personen auf ein offenbar in den Händen des Arztes befindliches Objekt – wahrscheinlich eine Krankenakte – blicken und der Arzt spricht. Am rechten Bildrand ist eine weitere graue Tür zu sehen, so dass ein Stationsflur und eine Visite in dieser Abteilung als tragfähigste Lesart erscheinen. Insgesamt lässt sich analog zur vorherigen Aufnahme auch hier das gekonnt umgesetzte Sujet der „Werte- und Sachorientierung“ als Gesamtausdruck der Seitengestaltung ableiten.

III.3.16 Sonographie und Hotelservice

Als nächstes schließen sich zwei Aufnahmen in der nun für diesen Qualitätsbericht typischen Gestaltung an:

sana Qualitätsbericht 2006
Sana-Klinikum Remscheid

KUNDENZUFRIEDENHEIT: PATIENTEN

„Unsere Auftraggeber sind die Patienten“

Bereits an der ersten Sana-Patientenbefragung im Jahr 2004 wurden 12.000 Patienten aus 24 Krankenhäusern der Sana gebeten, ihre Meinung über ihren Krankenhausaufenthalt zu äußern. Der Informationswert wurde so hoch bewertet, dass bereits 2005 34 Kliniken mit insgesamt über 100 Fachabteilungen teilnahmen, um von ca. 20.000 Patienten zu erfahren, wie sie die Qualität der Behandlung in den Sana-Kliniken beurteilen.

Die Qualität der Versorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten zu erfahren ist das Ziel der Sana Kliniken. Die Methodik der Sana-Patientenbefragung mit dem Picker-Instrument trägt dem Rechnung: In Interviews mit mehr als 20.000 Patienten wurde herausgefunden, was für Patienten wirklich zählt, was ihnen bei ihrem Krankenhausaufenthalt am wichtigsten ist. Darauf gründet der Fragebogen, der insgesamt 67 Fragen zu folgenden Themen stellt:

- zum Arzt-Patienten-Verhältnis
- zum Pflegepersonal-Patienten-Verhältnis
- zur Zimmerausstattung
- zum Erfolg der Behandlung
- und zum Essen

Die Auswertung dieses Fragebogens zeigt deutlich Stärken und Probleme in der Versorgungsqualität auf. Befragung und Auswertung sind so angelegt, dass das Verbesserungspotenzial danach auf der Hand liegt und gezielte Veränderungsmaßnahmen rasch eingeleitet werden können.

Vorteil für viele Einrichtungen: durch den Vergleich der eigenen Ergebnisse mit anderen Sana-Einrichtungen und der Picker-Vergleichsgruppe, die aus ca. 100 weiteren Kliniken besteht, kann die Leistungseinschätzung gut objektiviert werden.



22

Abb. III.3.17: „Sonographie und Hotelservice“

Die linke Abbildung zeigt einen Behandlungsraum mit Vorhang, in dem ein Arzt auf den Monitor eines Sonographiegeräts blickt. Sein Kopf ist vom Betrachter aus nach links gedreht, der rechte Arm ist hinter dem Monitor auf die Seite des Sonographiegeräts abgestützt und die

Lippen sind geschlossen, wobei die Mundwinkel zu einem Lächeln leicht nach oben gezogen sind.⁵⁵¹ Der aufmerksame Blick auf den Monitor, auf dem der Patient nur indirekt durch die Bildgebung repräsentiert wird, impliziert hier bereits die Sachorientierung des Arztes. Darüber hinaus drückt seine Mimik Gelassenheit und Optimismus aus. Auch das Abstützen des Arms deutet auf Routinisierung und Selbstverständlichkeit im Umgang mit dem Gerät hin und komplettiert damit die Beschaulichkeit der Szenerie. Insgesamt kann demnach die Aussagelogik der Aufnahme dem diesen Qualitätsbericht dominierenden Sujet einer ausschließlichen Werte- und Sachorientierung zum Wohl des Patienten zugeordnet werden.

Auf dem rechts platzierten Foto ist eine weibliche Person mit dunklem Haar, weißem Oberteil und lindgrüner Jacke zu sehen, an die ein Namensschild angeheftet ist. Die Person blickt direkt in die Kamera und lächelt – wie zu einer Begrüßung – den Betrachter freundlich an. Ihre Arme sind auf einer weißen Theke abgestützt. Im Hintergrund stehen Stühle mit blauen Rückenlehnen um einen Tisch, auf dem ein Platzdeckchen, eine Blumenvase und ein aufgeschlagenes Buch abgelegt sind, ein Flipchart, hinter dem ein Bild zu erkennen ist, sowie ein weiterer Schreibtisch mit einem Computer, einer Tischlampe und Dokumenten. Sowohl die Theke als auch das Namensschild weisen auf eine Rolle hin, deren Aufgabenkontext im direkten Umgang mit Patienten oder Angehörigen liegt. Denkbar wäre eine Rezeption, eine Patientenaufnahme oder ein Informationspunkt, an dem die erste Betreuung von Patienten und Angehörigen sowie alle relevanten Modalitäten für den Aufenthalt im Krankenhaus geregelt werden. Auffällig ist bei dieser Abbildung der offene Charakter der Räumlichkeit, die sich von der für Ämter oder Universitäten typischen Abgeschlossenheit durch eine Verglasung der Pforte unterscheidet und eine interaktivere sowie stärker am Service orientierte Funktion nahe legt, die grundsätzlich eher an den Aufenthalt in einem Hotel erinnert.⁵⁵²

Insgesamt korrespondieren die beiden Fotos erneut mit dem ästhetischen Gestaltungskonzept: Eine Momentaufnahme ärztlicher Praxis und eine direkte Adressierung des Lesers mittels Anblicken. Über das Sujet der Sachorientierung in der medizinischen und pflegerischen Versorgung hinaus wird hier zusätzlich ein Versprechen auf Service und die Sicherstellung der Aufenthaltsqualität durch einen freundlichen Ansprechpartner gegeben und so die Vorstellungen des Rezipienten über die stationäre Aufnahme in einem Krankenhaus auf das Niveau eines Hotelaufenthalts mit einem neuen Sujet verschoben: Hotelservice.

⁵⁵¹ Auch diese Momentaufnahme eines Arztes in „Schnappschuss“-Ästhetik strahlt – trotz ihrer Inszenierung – eine größere Natürlichkeit als die Aufnahmen des Qualitätsbericht 2006 des Klinikums Niederrhein aus.

⁵⁵² Solche verglasten Pfortnerlogen finden sich jedoch immer noch in älteren Krankenhäusern.

III.3.17 Zwei Ärztinnen

Entgegen dem Gestaltungsmittel der doppelten Fotos am unteren oder oberen Seitenende folgt eine Aufnahme, die das gleiche Format hat wie die Abbildung III.8 des Klinikgebäudes und damit nicht – trotz des anderen Formats – vom Gesamtkonzept abweicht oder irritiert:

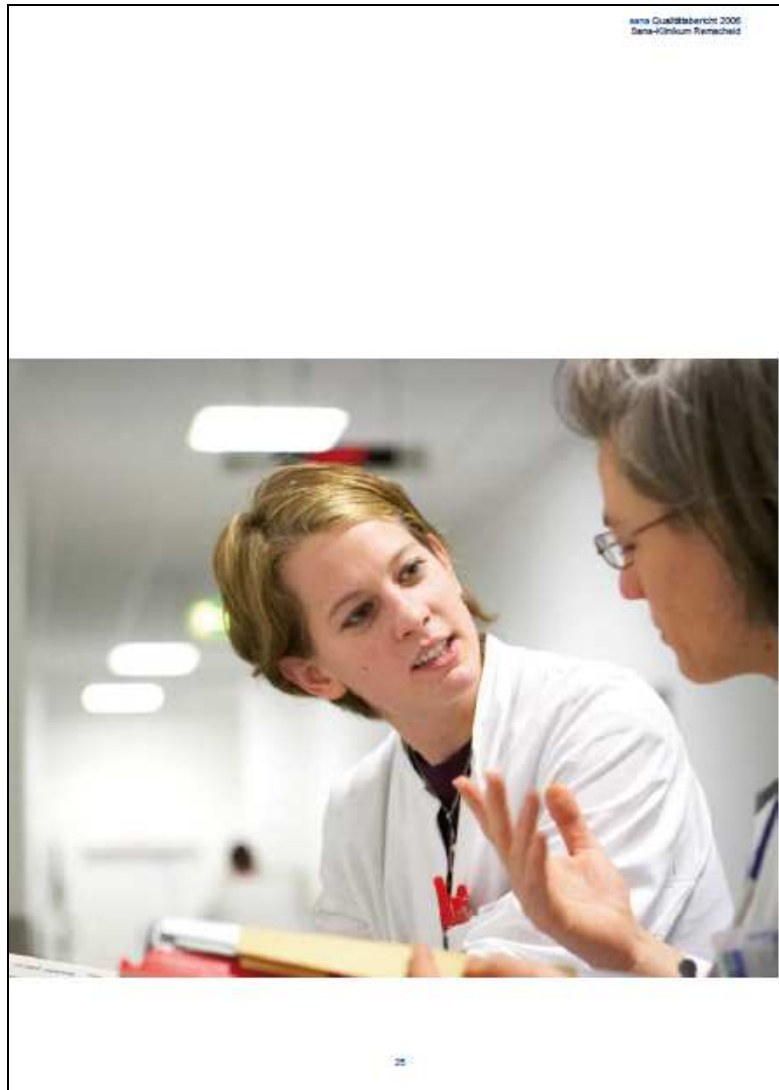


Abb. III.3.18: „Zwei Ärztinnen“

Im ikonischen Zentrum ist eine junge Ärztin zu sehen.⁵⁵² Ihr Mund ist bei geschlossenem Kiefer leicht geöffnet und sie blickt konzentriert eine ältere Ärztin mit ergrautem Haar und Brille rechts von ihr an.⁵⁵³

⁵⁵² Dass es sich um eine Ärztin handelt, belegt ihr Arztkittel, in dessen Brusttasche rote Kugelschreiber stecken.

⁵⁵³ Hier dienen wiederum der weiße Arztkittel mit langen Ärmeln, das Namensschild und das Stethoskop vor dem Brustkorb als Beleg für den Berufsstand einer Ärztin.

Auch ihr Mund ist leicht geöffnet und ihre Augen blicken nach unten auf eine Krankenakte, die sie in ihrer linken Hand hält. Ihre rechte Hand ist gedreht, so dass der Handteller nach oben zeigt, während alle Finger – bis auf den gestreckten Zeigefinger – leicht angewinkelt sind: In Verbindung mit dem geöffneten Mund deutet die Szene auf einen Sprechakt, der durch die Gestik erläutert werden soll.

Im Hintergrund ist unscharf ein weißer Korridor mit erleuchteten Deckenlampen und eine dunkelhaarige Person zu erkennen, die sich auf die Tür am Ende des Flurs zubewegt. Die Unschärfe des Hintergrunds gibt in diesem Zusammenhang Aufschluss über den Einsatz eines Zooms oder eines Teleobjektivs mit geringer Tiefenschärfe bei der Erstellung der Fotografie.

Auf Ebene der Umsetzung handelt es sich erneut um eine Momentaufnahme in „Schnappschuss“-Ästhetik, wobei die Fokussierung des ikonischen Zentrums und die Unschärfe der Peripherie an die Aufnahmen im Qualitätsbericht des Klinikums Niederrhein für das Berichtsjahr 2006 erinnern.

Inhaltlich fällt die Korrespondenz der Abbildung mit III.1.12 „Ein Fachgespräch unter Kollegen“ auf: die Inszenierung eines Dialogs zwischen zwei Medizinerinnen in ihrer beruflichen Praxis und die gestische Erläuterung durch einen der beiden Gesprächspartner. Daraus erklärt sich auch das bekannte Sujet der Werte- und Sachorientierung. Festzuhalten ist hier aber, dass die Gestik der Ärztin einerseits sehr viel weicher und weniger nachdrücklich als die Körpersprache des Arztes in III.1.12 wirkt. Ebenso wirkt die Körperhaltung sowie die Mimik der jungen Ärztin links natürlicher als die des zuhörenden Arztes der betreffenden Aufnahme im Qualitätsbericht 2006 des Klinikums Niederrhein.⁵⁵⁴

Demnach stellt sich die Umsetzung des Sujets im Qualitätsbericht des Sana Klinikums Remscheid entgegen III.1.12 durch die Ungezwungenheit und Flüchtigkeit – analog zu den vorangegangenen Momentaufnahmen – ebenfalls natürlicher und damit näher an der Realität dar, womit sich einmal mehr der professionellere Duktus in der Kommunikationsstrategie von Sana begründen lässt.

⁵⁵⁴ Es sei nur kurz darauf verwiesen, dass die Wirkung von Natürlichkeit einer inszenierten Aufnahme ex ante eine *Contradictio in adiecto* darstellt. Dieser Widerspruch in sich wurde bereits weiter oben explizit ausgeführt.

III.3.18 Die Detailaufnahme von Kunststoffspritzen

Als nächstes wird eine einzelne Abbildung von Spritzen präsentiert, die dem Format der Doppelaufnahmen gleicht und in der Darstellungsform eines Stillebens präsentiert wird:



Abb. III.3.19: „Die Detailaufnahme von Kunststoffspritzen“

Die Abbildung zeigt die Zylinder von fünf Kunststoffspritzen, deren Düsen mit roten Verschlussstopfen versehen sind und unterschiedlich farbige Flüssigkeiten beinhalten. Unterhalb der Spritzen liegt ein rot bedrucktes Formular mit unterschiedlich formatierten Spalten und Zeilen aus gelblichem Papier mit handschriftlichen Notizen, die nicht entzifferbar sind. Allerdings ist rechts unten die vorgedruckte Sequenz „Allerg“ zu lesen, die teilweise von einem Verschlussstopfen verdeckt wird und offenbar für „Allergien“ steht. Dieser Sequenz schließt sich in der gleichen Zeile ein handschriftlicher Eintrag an. In der Zeile darunter ist der Vordruck „Sonstiges“ zu lesen, hinter dem ein länglicher, handschriftlicher Strich folgt, woraus sich das Vorliegen eines Formulars zur Anamnese eines Patienten ableiten lässt. Zusammenfassend deckt sich das Stilleben mit der Abbildung III.3.6 „Das Inhaltsverzeichnis“ bzw. „Labortechnik“ aus dem Qualitätsbericht 2006 des Klinikums Niederrhein und führt den Leser auf die Ebene der Sachorientierung im Arbeitsalltag des Klinikums. Das Arrangement, die drei transparenten Spritzen im ikonischen Zentrum durch zwei bläuliche Spritzen an den Rändern einzurahmen, deutet auf eine ästhetische Komposition und damit auf eine gekonnte Umsetzung.

III.3.19 Mundschutz und Infusionsbeutel

Es folgen zwei Fotografien im Stil der gewohnten Doppelaufnahmen:



Abb. III.3.20: „Mundschutz und Infusionsbeutel“

Links ist in einem Ausschnitt das geneigte Viertelprofil des Kopfs einer weiblichen Person mit weißem Mundschutz und OP-Haube zu sehen, die vom Betrachter aus nach rechts schaut.⁵⁵⁵ Rechts daneben ist ein Infusionsbeutel sowie eine grüne Infusionshalterung aus Kunststoff im Detail abgebildet. Auch diese Kombination besticht durch ihr ästhetisches Gleichmaß und korrespondiert mit der Abbildung III.3.14 „Detailaufnahmen“: Die Neigung des Kopfes korrespondiert spiegelbildlich mit der Neigung des Infusionsbeutels, wodurch sich imaginär eine Trichterform bildet, die den Blick auf den Text unterhalb der beiden Fotos führt. Die etwas schwächere Neigung des Kopfprofils als die des Infusionsbeutels wird dabei durch die sehr viel eindrücklichere Ausstrahlung eines menschlichen Antlitzes ausgeglichen und die Ästhetik des Zusammenspiels beider Fotos so zusätzlich unterstützt, so dass sich ein weiterer Beleg für den professionellen Charakter der Kommunikationsstrategie von Sana ableiten lässt.

⁵⁵⁵ Ob es sich bei der Person um eine Ärztin oder eine Krankenschwester handelt, kann hier nicht ermittelt werden.

III.3.20 Probenflasche und Krankengymnastik

Auf der nächsten Seite schließen sich zwei Fotos in Entsprechung zum Gestaltungskonzept dieses Qualitätsberichts an:



Abb. III.3.21: „Probenflasche und Krankengymnastik“

In der linken Fotografie ist ein Probenfläschchen – ein Testkit – in der linken Hand einer weiblichen Person abgebildet. Rechts ist eine krankengymnastische Therapieeinheit zu sehen, in der eine Therapeutin mit drei Patienten aufrechtes Sitzen trainiert. Analog zu der wechselseitigen Bezugnahme der Fotos von III.3.14 und III.3.20 aufeinander sowie der Blickführung des Lesers in Richtung des Textes wird auch hier dieses Konzept konsequent umgesetzt: Sowohl das Testkit als auch der linke Arm der Therapeutin zeigen nach oben auf den Text.⁵⁵⁶ Überdies führt eine imaginäre Verlängerung des Armrückens der linken Aufnahme direkt zum ausgestreckten Zeigefinger der linken Hand der Therapeutin im Foto rechts, so dass sich auch hier ein ästhetisches Gleichmaß als Ausdruck professioneller Gestaltung ergibt.

⁵⁵⁶ Der empor strebende Ausdruck des Fotos wird durch die aufrechte Rückenlage der vier Personen sowie die blauen Vorhänge zusätzlich verstärkt.

III.3.21 OP und Kinderfüße

Als letzte Doppelaufnahme dieses Qualitätsberichts schließen sich die Abbildung aus einem Operationssaal und ein Foto von Kinderfüßen an:



Abb. III.3.22: „OP und Kinderfüße“

Im ikonischen Zentrum der linken Aufnahme ist ein Anästhesist in OP-Kleidung abgebildet, der seine Hand zur Bedienung eines außerhalb des Fotoausschnitts befindlichen Geräts ausstreckt. Hinter ihm ist ein Operationsteam bei einem Eingriff zu erkennen, während das rechte Foto zwei verschränkte Kinderfüße zeigt, die von einer weiblichen Hand schützend gehalten werden.⁵⁵⁷ Auch hier nehmen die Aufnahmen wechselseitig Bezug aufeinander. Dabei ist das konstitutive Element jeweils eine Hand: links bei der Bedienung von Medizintechnik und rechts bei der liebevollen Fürsorge um ein Kind.⁵⁵⁸ Hieraus ergibt sich eine Dualität der Aussagelogik, die neben fachlicher Kompetenz und medizintechnischem Fortschritt ebenso Fürsorge und menschliche Nähe als Ausdruck von Werte- und Sachorientierung in der Unternehmenskultur von Sana gekonnt postuliert.

⁵⁵⁷ Es sei hier nur kurz angemerkt, dass das Bein im Vordergrund einen leicht klumpigen Eindruck macht.

⁵⁵⁸ Es sei nur kurz darauf verwiesen, dass die Füße und die Hand wiederum die Blickführung imaginär in Richtung des Textes leiten.

III.3.22 Röntgenaufnahmen

Der Serie der Doppelaufnahmen folgen nun zwischen den einzelnen Kapiteln noch drei Abbildungen, die mit Röntgentechnik erstellt wurden. Bei der ersten handelt es sich um ein Blutdruckmessgerät:

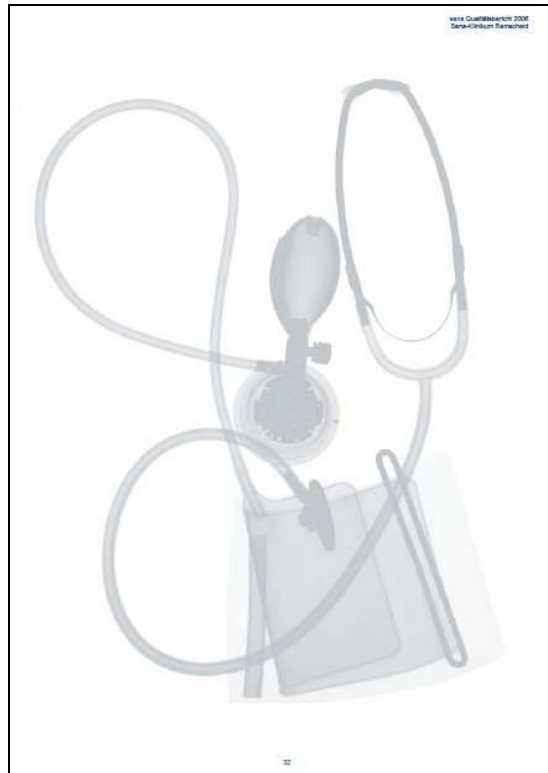


Abb. III.3.23: „Das Blutdruckmessgerät“

Die Aufnahme markiert das Ende der Eigendarstellung von Sana vor dem Teil „A – Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses“. Gut zu erkennen sind die Manschette, das Stethoskop, der Druckmesser sowie die Schläuche und der Kunststoffball zum Druckaufbau der Manschette. Auf der Ebene der Gestaltung setzt die Abbildung die Ästhetik der Titelseite fort. Wurde zuerst eine Lilie mittels Röntgentechnik aufgenommen, so wurde nun das Motiv eines Stethoskops gewählt, das allgemein bekannt ist und als ein klassisches Synonym für den Beruf des Arztes gilt. Ebenso wie bei der Lilie imponieren die filigranen, zurückhaltenden Strukturen und Nuancen, die der Abbildung einen künstlerischen Ausdruck verleihen und gleichsam in gekonnter Weise einen Rückbezug zur Praxis von Krankenhäusern auf einer Metaebene erzeugt.

Im Übergang zum Kapitel „C – Qualitätssicherung“ schließt sich nun das Motiv eines Seepferdchens in einer dritten Röntgenaufnahme an:

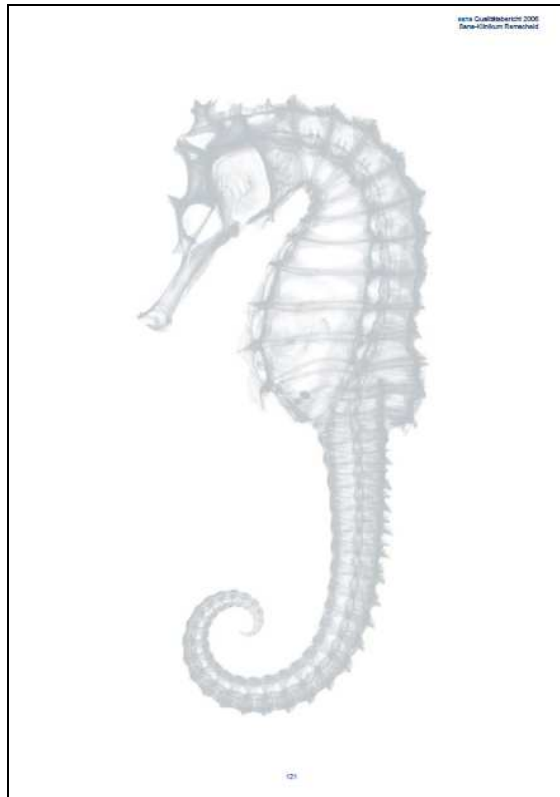


Abb. III.3.24: „Das Seepferdchen“

Auch hier erstreckt sich das Motiv über die gesamte Seite, woraus sich erklärt, dass die Autoren des Qualitätsberichts diesem künstlerischen Gestaltungselement nicht nur viel Raum geben, sondern diesem auch einen exponierten Wert beimessen. Der Bruch mit üblichen Sehgewohnheiten, beispielsweise eine Lilie bzw. ein Blutdruckmessgerät zu durchleuchten und in filigranen Grauabstufungen darzustellen, geht bei dieser Abbildung aber noch einen Schritt weiter: Ein der Gattung der Fische zugehöriges Seepferdchen ist ein Lebewesen. Stärker als bei einer Lilie ist hier durch die knöchernen Strukturen und die große Augenhöhle eine Projektionsfläche für den Rezipienten gegeben, anatomische Analogien zu der eigenen Konstitution zu erkennen.⁵⁵⁹ Auch die Ähnlichkeit des Kopfes mit der eines Pferdes oder der

⁵⁵⁹ Es sei an dieser Stelle nur auf die begriffliche Übereinstimmung des lateinischen Namens von Seepferdchen – Hippocampus – mit der größten limbischen Struktur des menschlichen Gehirns hingewiesen (vgl. dazu Zimbardo/Gerrig 1999: 71 f.). Unter Einbezug der aus Verletzungen oder Deformationen dieser Strukturen resultierenden Funktionsdefizite der Aufmerksamkeit, Verhaltensorganisation, Gedächtnisdefekte und Bewusstseinsveränderungen (Lurija 1998: 276) führt die Abbildung auf einer Metaebene assoziativ in die klinische Praxis zurück. Darüber hinaus ist ein assoziativer Vergleich bei der Betrachtung einzelner Details der hellgrauen Strukturen in der Abbildung mit dem menschlichen Gehirn durchaus denkbar.

spiralförmig gedrehte Abdomen gleichen Tieren mit einem hohen Wiedererkennungswert für den Menschen. Im alltäglichen Leben hat das Seepferdchen – nicht zuletzt durch sein possierliches Äußeres und der hieraus resultierenden positiven Attribuierung – in Wappen oder beispielsweise im Logo des gleichnamigen Schwimmbadzeichens für Kinder Verwendung gefunden. Durch die lichten Strukturen und die grauen Abstufungen des Körpers erinnert das abgebildete Seepferdchen aber auch an Versteinerungen – wie beispielsweise die eines Ammoniten – und entgeht dadurch einer potentiell negativen Assoziation durch zu große Realitätsnähe: Insgesamt wirkt die Abbildung erhaben, ästhetisch und skulptural, womit sich einmal mehr der künstlerische Charakter in der visuellen Gestaltung begründen lässt.

Die letzte Aufnahme des Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2006 stellt wiederum ein zäsiertes Element dar und findet sich zwischen den Teilen „C – Qualitätssicherung“ und „D – Qualitätsmanagement“:

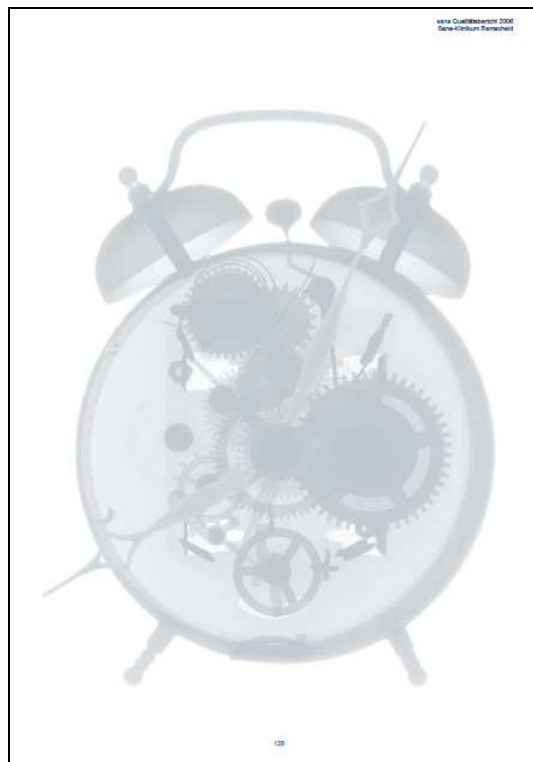


Abb. III.3.25: „Der Wecker“

Die Röntgenaufnahme zeigt einen handelsüblichen mechanischen Wecker mit Uhrwerk, verspielten Zeigern, Hebelarm mit Hammer und Glocken. Auch hier ist die Darstellung des

Weckers über eine gesamte Seite ein Beleg für die Bedeutung des Röntgenbilds als ein wesentliches Gestaltungselement dieses Qualitätsberichts. In seiner Symbolkraft ist ein Uhrwecker eindeutig: Genauigkeit und Präzision. Die Durchleuchtung eines Uhrengehäuses und die Freilegung des Uhrwerks mit seinem gezahnten Räderwerk steigern überdies aber diese Symbolkraft und nehmen den Slogan des Leitbilds der Sana Kliniken (18) „Für diese Ziele arbeiten Medizin, Pflege und Management Hand in Hand“ nach III.3.14 visuell erneut auf. Damit wird eine Projektionsfläche geschaffen, welche die präzise ineinander greifenden Zahnräder mit den drei Säulen Medizin, Pflege und Verwaltung assoziieren lässt. Weiterhin wird ein mechanisches Uhrwerk dargestellt, das gemeinhin als Synonym für Handwerkskunst und hochwertige Qualität steht, so dass hier auf ein unterschwelliges Gebrauchswertversprechen durch eine assoziative Illustration geschlossen werden kann.

Insgesamt handelt es sich bei dieser letzten Abbildung – wie bei den anderen Aufnahmen auch – um eine komponierte und durchweg künstlerische Darstellung, die im Vergleich zu den Aufnahmen der beiden Qualitätsberichte des Klinikums Niederrhein Distinktion ausstrahlt. Die Durchleuchtung mittels Röntgenstrahlung eines Weckers und die damit verbundene Enthebung aus dem rein medizinischen Verwendungskontext, der für diese Technik konstitutiv ist, führt zu einer Ästhetisierung eines Alltagsgegenstands, der nun durch das Aufnahmeverfahren auf die Ebene eines Kunstwerks erhoben wird und eine assoziative Symbolik für die Eigendarstellung von Sana entwickelt.⁵⁶⁰ Der Ausdruck von Macht und Exklusivität erklärt sich durch die Zweckentfremdung der Röntgentechnik und eben den Zugang von Sana zu technischer Kompetenz, die Motive für eine ästhetische Überhöhung entgegen den alltäglichen Sehgewohnheiten darstellen zu können, und ist somit als ein Gebrauchswertversprechen auf fachliche, technische und ökonomische Überlegenheit des Konzerns zu verstehen. Auf Ebene dieses Versprechens verrät aber die Durchleuchtung von Objekten, Tieren und Pflanzen überdies nicht nur den Anspruch, jedweden Untersuchungsgegenstand transparent erscheinen zu lassen, sondern gibt auch Aufschluss über die reduktionistische Perspektive auf Krankheit und Patient, die durch den Umstand der Sichtbarmachung den Patienten von seiner ganzen Person auf die Funktionseinheiten seines Körpers bzw. auf seine Krankheit reduziert.⁵⁶¹ Ein solches Versprechen lässt demgegenüber aber die Unwägbarkeit als konstitutives Wesenselement von Krankheit außer Acht.

⁵⁶⁰ Für eine explizite Erörterung der Ästhetik von Röntgenaufnahmen, die mit ihrem Motiv von dem eigentlichen Bestimmungsgrund der diagnostischen Bildgebung des Patientenkörpers abweichen, siehe die Analyse III.3.1 „Die Titelseite“.

⁵⁶¹ Foucault 2008: 132 f.

III.3.23 Zusammenfassung

In der Analyse des Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2006 konnte der professionelle Duktus in der Kommunikationspolitik von Sana herausgearbeitet und die in III.2 entwickelte Fallstrukturhypothese belegt werden. Hierfür waren insbesondere folgende Gründe maßgeblich: Die Titelseite, die Landkarte, das Leitbild, die graphische Gestaltung mit den Doppelaufnahmen sowie die – inklusive der Titelseite – insgesamt vier Röntgenbilder.

Mit seinem Layout synthetisiert die Titelseite die maßgeblichen Gestaltungselemente. Die Röntgenaufnahme wird in Beziehung zu der Serie von drei Fotografien gesetzt, bei denen die beiden Äußeren in der Ästhetik eines flüchtigen Moments das Sujet der Werte- und Sachorientierung im Arbeitshandeln des Klinikpersonals in den Vordergrund stellt. Die Blütenblätter der Lilie leiten die Blickführung des Lesers zu den zentralen Text- und Bildelementen dieser Seite und unterstützen die Kernbotschaft einer fürsorgliche Behandlung in der linken Aufnahme zusätzlich durch die über dieser Fotografie gewölbten Blütenblätter, die Assoziationen an ein Dach zulassen. Auch der imaginär verlängerte Blick der Krankenschwester rechts in Richtung des Arztes auf dem linken Foto nimmt den im Leitbild der Sana Kliniken textlich explizierten Slogan in (18) „Für diese Ziele arbeiten Medizin, Pflege [...] Hand in Hand.“ vorweg, so dass sich hier eine umfassende Konsistenz in der Umsetzung der Eigendarstellung von Anfang bis Ende des Qualitätsberichts ableiten lässt.

Die prätentiose Landkarte ist Ausdruck einer distinguierten Imagebildung, die auf den ersten Blick einen höheren Grad der direkten Präsenz von Sana in Deutschland suggeriert, als dies bei genauerer Auseinandersetzung mit der Legende der Fall ist. Der Umstand aber, dass Sana 35 Akutkrankenhäuser in eigener Trägerschaft und 20 Häuser mit Managementverträgen führt, weist auf die Stärke des Konzerns hin, die offen und selbstbewusst mit der ästhetisch gestalteten Landkarte präsentiert wird. Auch das Leitbild setzt nach der Schutztitelseite, die eine prätentiose Analogie zu einem Buch nahe legt, diese Außendarstellung fort: Auffällig sind hier die prägnante und kurze Formulierung der Sätze, ihr sloganhafter Duktus und die große Projektionsfläche des Textes. Bis auf die acht Begriffe, die einen direkten Bezug auf das Krankenhauswesen haben, lässt der übrige Text keine zwingenden Rückschlüsse auf das Vorliegen eines Leitbildes einer Klinik zu. Das konstruierte Alternativbeispiel der Selbstdarstellung eines Handelsunternehmens der Lebensmittelbranche zeigte, dass der Text auch für andere Sektoren semantisch durch den Austausch der entsprechenden Begriffe

durchaus funktionieren kann. Die hiermit belegte Austauschbarkeit bei einer gleichzeitigen Projektierbarkeit des Textes ist aber in diesem Zusammenhang nicht als Mangel der Kommunikationsstrategie zu verstehen, sondern im Gegenteil als Ausdruck der Professionalität. Der Text erreicht eine Nivellierung des konstitutiven Gegenstands von Krankenhäusern: Krankheit.⁵⁶² Auch die palliative Behandlung von Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung finden im Leitbild im Gegensatz zu den Qualitätsberichten 2006 und 2008 des Klinikums Niederrhein keine Berücksichtigung, wodurch negativ besetzte Themen wie Sterben und Tod, die zur alltäglichen Praxis von Akutkrankenhäusern gehören, eingegrenzt werden. Vielmehr wird in der Selbstdarstellung die Unternehmensphilosophie von Sana selbstbewusst und präventiv in den Mittelpunkt der Ausführungen gestellt, die mit einer selbstreferentiellen Imagebildung einhergeht. Dieses Vorgehen, nicht den zentralen Gegenstand der Werbung, also das beworbene Produkt oder die Leistung eines Unternehmens in das Zentrum zu rücken, sondern eine Projektionsfläche für positive Assoziationen des umworbenen Adressatenkreises zu schaffen, findet man durchaus auch in der gängigen Marketingpraxis der Konsumgüter- und Dienstleistungsindustrie: Beispiel hierfür sind u.a. der Slogan der Deutsche Bank AG „Leistung durch Leidenschaft“ oder „Nichts ist unmöglich“ des Automobilherstellers Toyota, die beide keinen direkten Rückschluss auf die beworbene Leistung bzw. das Kerngeschäft dieser Unternehmen zulassen, aber dennoch einen solch hohen Bekanntheitsgrad erreicht haben, dass sie in den allgemeinen Sprachgebrauch Einzug hielten. Dieser Logik folgend steht nicht das Produkt selbst im Fokus der Kommunikation, sondern die Disposition und damit der Habitus des umworbenen Konsumenten.⁵⁶³ Eine suggestive Nivellierung der Ernsthaftigkeit der Kernleistung von Krankenhäusern kommt dementsprechend einer Bagatellisierung gleich, die den Leser des Leitbilds einerseits bewusst in eine positiver besetzte Themenstellung als die der Krankheit führt, und andererseits aber Ausdruck professionellen Marketings ist, da mit dieser Strategie nicht auf die Erweckung einer Nachfrage abgezielt wird, die nicht besteht. Der professionellere Charakter dieser Kommunikationspolitik wird insbesondere im Kontrast zur Selbstdarstellung des Klinikums Niederrhein deutlich, das in der Einleitung seiner Qualitätsberichte eine christlich und humanistische Mission und den intrinsischen Auftrag, den Patienten als ganze Person zu verstehen, postuliert, um dann die hieraus resultierende Erwartungshaltung des Lesers durch

⁵⁶² Der Begriff „Krankheit“ findet dementsprechend auch keine Berücksichtigung. Dagegen thematisiert das Klinikum Niederrhein in seinen Qualitätsberichten für die Berichtsjahre 2006 und 2008 in der Einleitung das Thema „Krankheit“ explizit mit der Formulierung „kranke Menschen“.

⁵⁶³ Vgl. Postman 1988: 158

die Darstellung der realen Praxis des Klinikums mit der Aufnahme III.1.24 „Beim Malen“ in das Gegenteil zu verkehren.

Die Doppelaufnahmen auf dem oberen oder unteren Seitenende, die trotz Inszenierung eine stärkere Natürlichkeit im Geschehen als die des Klinikums Niederrhein aufweisen, setzen als konsequent umgesetzte Gestaltungselemente das ästhetische Gesamtbild des Qualitätsberichts fort. Das dominierende Sujet ist auch hier die Werte- und Sachorientierung im Arbeitshandeln des Klinikpersonals. Als ein zusätzliches Stilmittel gegenüber dem Qualitätsbericht 2006 des Klinikums Niederrhein treten Momentaufnahmen hinzu, in denen das abgebildete Personal direkt in die Kamera blickt: Durch das Anblicken wird eine suggestive Unmittelbarkeit zwischen der abgebildeten Person und dem Leser des Qualitätsbericht hergestellt. In seiner Funktion dient diese Motivwahl als Gebrauchswertversprechen auf Vertrauen und Patientenorientierung in der Inszenierungslogik einer Personifikation von Sana durch seine Mitarbeiter. Auch dieses Stilmittel, mit dem Authentizität und Zutrauen aufgebaut werden sollen, findet sich als gängiges Instrument in der Praxis der Werbung.⁵⁶⁴

Auf Ebene der Gestaltung konnte eine direkte Bezugnahme der Fotos aufeinander durch die imaginäre Verlängerung der ikonischen Pfade⁵⁶⁵ identifiziert werden, woraus sich einerseits das ästhetische Gleichmaß der graphischen Gestaltung und andererseits die konsequente Fortsetzung der Komposition der Titelseite ableitet. Über die wechselseitige Bezugnahme hinaus weisen die ikonischen Pfade als Instrument der Blickführung des Lesers auf den Text, woraus sich ein weiterer Beleg für die professionelle Kommunikationspolitik ergibt.

Die Röntgenaufnahmen runden das professionelle Profil des Qualitätsberichts ab: Sie sind Ausdruck einer auf Distinktion abzielenden Kommunikationsstrategie, mit der sowohl ein Anspruch auf totale Transparenz wie auch ein symbolischer Rückbezug auf die klinische Praxis erreicht wird. Als Gestaltungselement prägen sie durch ihren künstlerischen Ausdruck die Ästhetik des vorliegenden Qualitätsberichts.

Im Folgenden wird – dem Vorgehen in den vorangegangenen Analysen entsprechend – der Qualitätsbericht des Sana Klinikums Remscheid für das Berichtsjahr 2008 zur Überprüfung

⁵⁶⁴ Für die Verwendung dieses Stilmittels sei nur kurz auf Wahlwerbung, Konsum- und Investitionsgütermarketing verwiesen. Für das Segment des Investitionsgütermarketings der französischen Bauwirtschaft siehe: Bourdieu et al. 2002: 100 ff.

⁵⁶⁵ Loer 1994: 349

untersucht, ob und inwiefern sich Differenzen in Bezug zur Kommunikationspolitik im Qualitätsbericht 2006 identifizieren lassen.

Die Titelseite des Qualitätsberichts 2008 zeigt Veränderungen im Detail, während das Gesamtkonzept aber beibehalten wird:⁵⁶⁶



Abb. III.3.26: „Die Titelseite 2008“

Die Lilie ist nun nicht mehr mittig und aufrecht abgebildet, sondern verläuft diagonal, von links nach rechts über das Titelblatt und weist direkt auf das Logo von Sana. Die Serie mit den drei quadratischen Fotos ist geblieben, wobei die Motive hier variiert wurden: eine den Leser direkt anblickende Ärztin mit freundlichem Lächeln, eine Ärztin oder Krankenschwester im Gespräch mit einer männlichen Person und zwei Chirurgen bei einem

⁵⁶⁶ Sana-Klinikum Remscheid 2008. Der gesamte Qualitätsbericht für das Jahr 2008 ist online verfügbar unter der URL: http://www.sana-klinikum-remscheid.de/uploads/tx_templavoila/Remscheid_QB08_01.pdf

operativen Eingriff. Weiterhin fällt auf, dass der prätentiose Subtitel „Lehrkrankenhaus für die Medizinische Fakultät der Ruhr Universität Bochum“ auf dieser Titelseite keine Beachtung mehr findet und weggelassen wurde. Trotz dieser Variationen bleibt das Gesamtkonzept der Gestaltung identisch. Die Röntgenaufnahme dominiert das Layout und lenkt die Blickführung, während die Fotoserie der Inszenierungslogik einer Personifikation des Klinikums durch sein Personal folgt, wobei die aus dem Qualitätsbericht 2006 bekannte Strategie, mit einem Foto auf dem die abgebildete Person den Leser direkt „anblickt“ und auf diese Weise ein Versprechen auf Vertrauenswürdigkeit lanciert wird, nun bereits zum Anfang eingesetzt wird. Auch das Logo sowie die Textelemente bleiben gleich positioniert, woraus sich nicht zuletzt die Nähe zur Titelseite für das Berichtsjahr 2006 erklärt.

Wie im Qualitätsbericht 2006 folgt auf der zweiten Seite die Landkarte mit den Standorten von Sana:

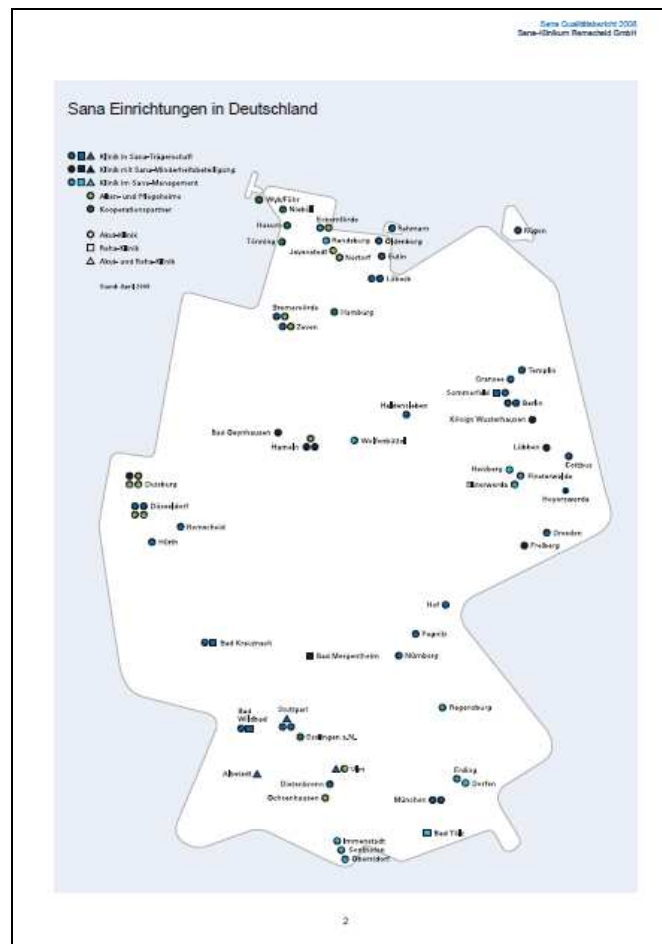


Abb. III.3.27: „Die Landkarte 2008“

Direkt auffällig ist im Vergleich zum Berichtsjahr 2006 die verringerte Anzahl der Symbole. Mit Blick auf die Legende erklärt sich diese reduzierte Gesamterscheinung durch die Außerachtlassung der „Einkaufskooperationspartner“ auf der Karte. Ebenfalls ist bei genauerer Betrachtung ersichtlich, dass im Einzelnen sich Veränderungen in der Präsenz von Sana ergeben haben: So fehlen in der vorliegenden Ausgabe Kliniken im Sana-Management beispielsweise in Kempten, Freising und Bad Rappenau. Ebenso findet das Alten- und Pflegeheim in Waren/Müritz keine Berücksichtigung, während aber zwei Akut- und Reha-Kliniken in Hameln aufgeführt werden, die im Jahr 2006 noch nicht auf der Landkarte vertreten waren. Dieser Umstand lässt auf den Zukauf sowie die Aufgabe von Häusern durch Sana und damit auf eine für private Klinikbetreiber konstitutive, auf Profit ausgerichtete Unternehmenspolitik schließen, die unrentable Standorte abstößt und in profitable investiert. Unter Berücksichtigung der bereits in III.2 erörterten Ästhetik der Gesamterscheinung dieser Landkarte ist diese Variation damit Ausdruck einer auf Aktualität abzielende Kommunikationspolitik, wobei der reduziertere Charakter als in 2006 sich hier – ohne die Einkaufskooperationspartner – weniger präventiv und erdrückend darstellt.

Hierauf schließt sich das Deckblatt an, das unverändert bleibt und den Buchcharakter des Qualitätsberichts vor dem folgenden Inhaltsverzeichnis manifestiert:



Sana Qualitätsbericht 2008
Sana-Kliniken Betriebsrat GmbH

INHALTSVERZEICHNIS

4	INHALTSVERZEICHNIS
6	MISSION UND VISION Leitbild der Sana Kliniken
8	SANA ETHIK-STATTUT Die Menschenwürde und Autonomie jedes einzelnen Patienten haben Vorrang vor allen Anderen
10	GRÜßWORT DES VORSTANDS DER SANA KLINIKEN AG Engagement für vorbildliche Kliniken
12	EDITORIAL DER KLINIK Qualität im Dialog mit Patienten und niedergelassenen Ärzten
16	SANA-KLINIKUM BENSHEID (GMBH) Medizinisch, menschlich und modern
18	DAS SERIE AMBU-LANG- UND SUPPLEMENTÄR-TEAM Erstversorgung der Patienten per Helikopter-Notruf-System (MTC) sorgt für schnellere Anbahnung
18	QUALITÄTSMANAGEMENT Qualität mit Auszeichnung: Unsere Klinik wurde sich 2008 mit 97% zertifiziertem lassen.
20	KUNDENZUFRIEDENHEIT EINWISSEN Gute Noten von niedergelassenen Ärzten
22	KUNDENZUFRIEDENHEIT PATIENTEN 20 bestnoten Patienten unsere Klinik

Abb. III.3.28: „Das Inhaltsverzeichnis 2008“

Das Inhaltsverzeichnis ist wiederum analog zum Qualitätsbericht 2006 gestaltet. Allerdings liegt auch hier eine kleine Variation im Motiv vor.

Während 2006 Kunststoffspritzen in den Mittelpunkt gerückt wurden, so steht nun eine Infusion vor einem verschwommenen Röntgenfilmbetrachter im Fokus. Die Analogien sind dabei aber gleich ersichtlich: ein kühles Stilleben von einem technischen Motiv, in dessen ikonischem Zentrum ein allgemein bekanntes Objekt aus Kunststoff gestellt ist. Im Gegensatz zum Jahr 2006 dominiert hier nicht die sternenförmige Richtung der Kunststoffspritzen, welche die ikonischen Pfade der Lilienblätter auf der Titelseite stellvertretend aufnehmen, sondern eine längliche, sich nach unten verzügende Grundform, die diagonal von links nach rechts verläuft. Dementsprechend bildet sie ein spiegelbildliches Komplement zu der Lilie auf der Titelseite dieses Qualitätsberichts und führt mit ihrem nach unten gerichteten ikonischen Pfad als *Invitatio ad offerendum* die Blickrichtung des Lesers auf den Text der folgenden Seiten. Auch hier ist die Seitengestaltung mit den Überschriften zu allgemeinen Themen sowie das auf der nächsten Seite positionierte Inhaltsverzeichnis deckungsgleich zum Qualitätsbericht 2006. Hierauf folgt das Leitbild der Sana Kliniken, das im identischen Wortlaut zu dem des Berichts im Jahr 2006 unverändert bleibt, womit der wichtigste Beleg für die Konsolidierung der Kommunikationspolitik von Sana vorliegt und auch hier die Fallstrukturhypothese eines professionellen Marketings belegt wird.

Untersucht man – analog zum Vorgehen in den beiden vorangegangenen Analysen – zur Vollständigkeit die weiteren Fotografien, so folgt eine Aufnahme des Geschäftsführers von Sana im Rahmen des Grußworts:

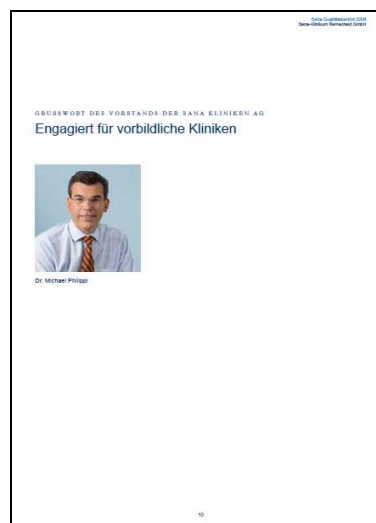


Abb. III.3.29: „Der Geschäftsführer 2008“

Auch hier ist insgesamt das Layout der Seite gleichbleibend zum Grußwort. Allerdings wurde der ursprüngliche Werbespruch „Informierte Patienten entscheiden“ durch den selbstreferentiellen Slogan „Engagiert für vorbildliche Kliniken“ ersetzt und ein Farbfoto des Geschäftsführers linksbündig mit der Überschrift eingefügt, wobei aber das Format und die Größe gleich geblieben sind.⁵⁶⁷ Wurde das Portrait im Berichtsjahr 2006 durch den dunklen Anzug und die Gestik mit der linken Hand dominiert, die den Sprechakt illustrieren soll, so lächelt der Geschäftsführer mit leicht gedrehtem Oberkörper hier in den Kamerafokus, was der Szene eine gewisse Leichtigkeit gibt. Auffällig ist, dass er entgegen dem vorherigen Bericht kein Sakko trägt, sondern lediglich ein Oberhemd und eine ähnlich gestreifte Krawatte wie auf der Abbildung 2006. Das Fehlen einer förmlichen Anzugjacke erzeugt dabei eine gewisse Vertrautheit bzw. Nähe in der Szenerie, welche die fehlende Gestik aus 2006 quasi ersetzt, so dass sich auch hier eine Parallelität zwischen beiden Aufnahmen ableiten lässt. Insgesamt bewirkt darüber hinaus das analoge Seitenlayout und der Umstand, dass der Text des Grußworts nicht, wie es allgemein zu erwarten wäre, direkt unterhalb des Fotos folgt, sondern erst auf der nächsten Seite. Dieses Vorgehen erzeugt aber eine Fokussierung des Portraits beim Leser, eine gesteigerte Einprägung und somit eine Personifikation von Sana durch den Geschäftsführer, woraus sich folglich ein professionelles Konzept für die Außendarstellung des Qualitätsberichts erklärt.



Abb. III.3.30: „Die Klinikleitung 2008“

⁵⁶⁷ Auch hier ist das Foto allein auf der Seite platziert, während das eigentliche Grußwort – wie im Qualitätsbericht 2006 – erst eine Seite später auftaucht. Der Slogan „Engagiert für vorbildliche Kliniken“ spiegelt indes einen im Vergleich zu „Informierte Patienten entscheiden“ eher zurückhaltenden Charakter wider, der weniger eine suggestive Autonomie des Patienten als das Versprechen auf Qualität postuliert.

Als nächstes schließen sich in der gleichen Systematik im Aufbau des Berichts die Aufnahmen der Klinikleitung an. Ebenfalls wurden dabei neue Portraits eingefügt, die nun auch nicht mehr auf zwei Reihen mit jeweils zwei Aufnahmen aufgeteilt sind, sondern in eine Reihe gestellt wurden. Auch diese Aufnahmen – wie bereits 2006 – besitzen ein quadratisches Format und nehmen das Stilelement der Fotoreihen auf den beiden Titelseiten wie auch der Doppelaufnahmen innerhalb des Qualitätsberichts auf, wodurch das formale Gestaltungsmittel fortgesetzt wird.

Nach der identischen Abbildung des Gebäudes vom Sana Klinikum Remscheid folgen nun die aus dem Qualitätsbericht 2006 in ihrer Ästhetik hinlänglich vertrauten Aufnahmen, die sich nur in den Motiven von ihren Vorgängern unterscheiden und in Bezug auf das Sujet allerdings keine Veränderung erfahren haben und dementsprechend kein zusätzliches Aufschlusspotential besitzen, so dass sie der Vollständigkeit halber hier aufgeführt, der Sparsamkeitsregel folgend aber nicht mehr im Einzelnen analysiert werden:

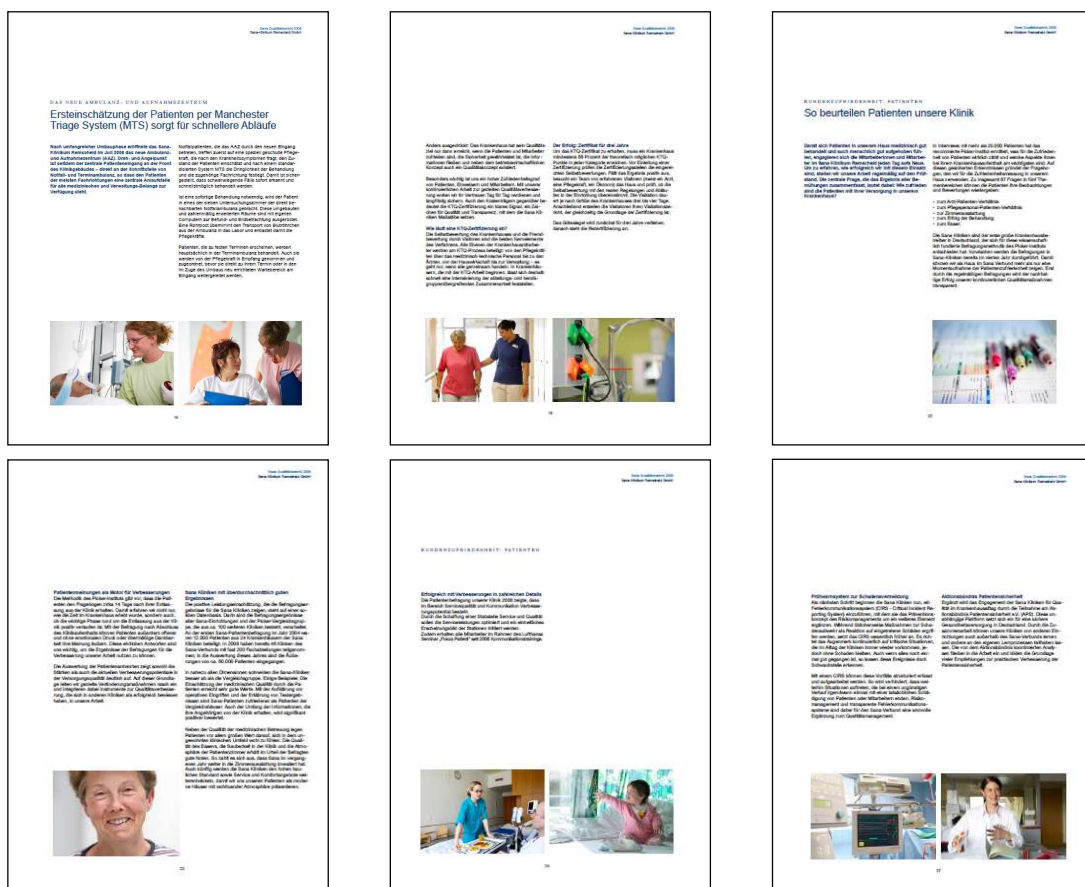


Abb. III.3.31: „Die Doppelaufnahmen 2008“

Die Aufnahmen zeigen die beiden Sujets Medizintechnik sowie Werte- und Sachorientierung in unterschiedlichen Variationen: das Personal des Klinikums in fürsorglicher Interaktion mit Patienten, ein Kleinkind auf einem Bett, zwei Krankenschwestern im Gespräch, Medizintechnik und eine Ärztin mit einer Krankenakte. Zwei aufeinander folgende Seiten weichen dabei von dem Gestaltungskonzept der Doppelaufnahmen ab: eine Abbildung von Monovetten zur Blutentnahme mit unterschiedlich farbigen Verschlüssen und das Foto einer Patientin:



Abb. III.3.32: „Die Einzelaufnahmen“

Während die Abbildung von Monovetten als Variation von III.3.19 keine Neuerung darstellen, ist das Portrait einer älteren, weiblichen Person mit gestreiftem Oberteil, die in die Kamera gütig und dankbar lächelt, neu. Hierbei handelt es sich offensichtlich um die Darstellung einer Patientin: Das Oberteil entspricht nicht der gängigen Berufsbekleidung der Pflege oder der Ärzteschaft in einem Krankenhaus, das Allgemeinbild ist leicht kachektisch

mit starken Gesichtsfalten und den deutlich sichtbaren, altersbedingten Fetteinlagerungen ober- und unterhalb der Augen, wodurch sich ein Ausdruck von Gebrechlichkeit ableitet.⁵⁶⁸



Abb. III.3.33: „Die Patientin“

Wie bei den Aufnahmen III.3.12 und III.3.13 blickt eine Person direkt in die Kamera und stellt eine unmittelbare Beziehung zum Leser in der nun vertrauten Inszenierungslogik der Personifikation her. Diese Fotografie zeigt allerdings keinen Mitarbeiter von Sana, sondern eine Patientin. Das Gebrauchswertversprechen auf Behandlungsqualität, Patientenorientierung sowie die Botschaft, den Patienten als ganze Person wahrzunehmen, bleibt hier gleich. Darüber hinaus stellt die Abbildung einer Patientin, die eine Fotografie von sich mit einem Lächeln gewährt, nicht nur eine Verstärkung, sondern viel mehr eine Bestätigung dieses Versprechens dar. Sie tritt als unabhängiger Bürge auf, der bereits selbst die Behandlung in einem Krankenhaus von Sana erfahren hat und nimmt dem Leser, der potentiell ebenfalls zum Kollektiv der Patienten gehören könnte, negative Assoziationen und die Angst, die im Zusammenhang mit der Behandlung in einem Krankenhaus erwachsen können.⁵⁶⁹ Auch hier wirkt die Szene – soweit für eine Inszenierung möglich – nicht übertrieben artifiziell, da

⁵⁶⁸ Ein Blick auf den dazugehörigen Text, der sich mit dem Thema der Patientenzufriedenheit und Maßnahmen der Patientenbefragung in klinischen Einrichtungen von Sana auseinandersetzt, belegt diese Lesart.

⁵⁶⁹ Es sei nur kurz darauf verwiesen, dass die Qualitätsberichte vermutlich besonders von solchen Adressatenkreisen gelesen werden, die sich – entweder für sich oder für ihre Angehörigen – im Rahmen einer bevorstehenden Aufnahme in ein Krankenhaus über dieses informieren wollen.

es sich bei der Person um eine von ihrer Konstitution her durchaus realistisch vorstellbare Patientin handelt.⁵⁷⁰ Damit ist diese Verstärkung des Versprechens auf Patientenorientierung durch Sana nicht nur ein Beleg für die Professionalität der Außendarstellung, sondern auch der Beweis für das konsolidierte Konzept der Kommunikationspolitik von Sana, den Leser direkt durch eine Inszenierungslogik des „Blickkontakts“ zu adressieren.⁵⁷¹

Als letztes Gestaltungsmittel folgen lediglich die Röntgenaufnahmen in identischer Reihenfolge, Positionierung und Motivwahl wie im Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2006: das Blutdruckmessgerät, das Seepferdchen und der mechanische Wecker. Die Beibehaltung dieses Konzepts ist ein weiterer Beweis für den konsolidierten Charakter der Kommunikationsstrategie von Sana. Der Vergleich der Qualitätsberichte 2006 und 2008 zeigt dementsprechend den professionellen Duktus in der Außendarstellung des Sana Klinikums Remscheid. Beibehalten wurden das Leitbild, das Deckblatt, die Aufnahme des Klinikgebäudes und die Röntgenaufnahmen, während die Titelseite, die Landkarte sowie die Doppelaufnahmen nur leicht in der Motivwahl variiert wurden. Im Gegensatz zum Berichtsjahr 2006 weist der Qualitätsbericht einen leicht reduzierteren Charakter auf. Dies erklärt sich durch die Außerachtlassung der Kooperationspartner auf der Landkarte mit den Standorten von Sana und die Anzahl von lediglich sechs illustrierten Seiten nach dem Foto des Klinikgebäudes. Dagegen besitzt die Strategie zur Personifikation durch die Abbildung von Patienten einen stärkeren Impetus als die Fotoserien im Jahr 2006, wodurch sich eine Angleichung des Niveaus in Bezug auf die Aussagekraft der Illustration erklären lässt. Zusammenfassend sind damit beide Qualitätsberichte Ausdruck professioneller Kommunikationspolitik, die wie das Klinikum Niederrhein die Sujets Medizintechnik sowie Werte- und Sachorientierung in den Mittelpunkt der Imagebildung stellt, diese aber viel konsequenter und gekonnter umsetzt und zu einer konsistenten Marketingstrategie synthetisiert.

⁵⁷⁰ Die scheinbare Natürlichkeit bzw. die gegebene Realitätsnähe steht ohne Zweifel im Widerspruch zu dem Entstehungskontext der Fotografie sowie der hierfür konstitutiven Einverständniserklärung der abgebildeten Person. Ob es sich nun um eine reale Patientin oder eine andere Person handelt, ist für diesen Sachverhalt dabei irrelevant. Die Realitätsnähe erklärt sich aber aus dem Umstand, dass für die Aufnahme eine Person mit ergrauten Schläfen und leichten Zahnfehlstellungen gewählt wurden, die als Ausdruck von Authentizität verstanden werden müssen.

⁵⁷¹ Auf Ebene der Gestaltung verbleibt die Frage, weshalb auf den beiden Seiten jeweils nur ein Foto abgebildet wurde: Ein Blick auf die Seite mit dem Portrait der Patienten zeigt, dass der zu den Aufnahmen gehörige Text sehr viel länger ist als der Text auf den anderen Seiten. Hier überlappt der dritte Absatz der rechten Spalte der Seite um vier Zeilen den oberen Rand einer Fotografie, die eingefügt hätte werden müssen, um das Gestaltungselement der Doppelaufnahmen fortzusetzen. Das Stilleben mit den Monovetten auf der davor liegenden Seite ist zudem auf der rechten Seite positioniert, so dass sich im Vergleich der beiden Seiten ein homogenes Gleichgewicht ergibt und vermutlich der überlange Text neben dem Patientenportrait dieses Abweichen vom Gesamtkonzept verursacht.

IV Zusammenfassung, Diskussion der Ergebnisse und Schlussbemerkung

Im Folgenden wird ein Überblick über die Ergebnisse dieser Arbeit gegeben. Dabei steht im Zentrum der Diskussion die generative Struktur des Krankenhauswesens unter besonderer Berücksichtigung der akzelerierenden Ökonomisierung dieses Sektors des Sozialsystems und ihrer Implikationen für den Untersuchungsgegenstand: Zu Beginn erfolgt eine bündige Übersicht der theoretischen Argumentation und ihrer Ergebnisse. Danach werden die im Rahmen der empirischen Feinanalyse erarbeiteten Fallstrukturen der untersuchten Krankenhäusern, die sich aus ihrer jeweiligen Kommunikationspolitik ableiten ließen, einander gegenübergestellt. Dieses Vorgehen zielt darauf ab, Aufschlüsse über die jeweiligen Strategien der als Idealtypen einzustufenden Beispiele zu erlangen, wie diese dem Trend einer Ökonomisierung begegnen. Die sowohl im theoretischen als auch im empirischen Teil herausgearbeitete Bedeutung der visuellen Wahrnehmung für die Kommunikationspolitik bildet den Abschluss dieser Arbeit ebenso wie einen skizzenhaften Ausblick auf weitere Forschungsfragen.

IV.1 Theoretische Implikationen

Mit der theoretischen Diskussion über die generative Struktur des Krankenhauses konnten die genuinen Besonderheiten des Krankenhauswesens herausgestellt und kontrastiv zu den Determinanten des Dienstleistungssektors abgegrenzt werden. Im Zentrum der Praxis von Krankenhäusern steht das Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient.⁵⁷² Das Arbeitsbündnis wird durch den Patienten eröffnet, wodurch sich die Norm einer Passivität des Erbringers medizinisch-therapeutischer Leistungen im Vorfeld der gemeinsamen Praxis bedingt. Wesentlicher Grund hierfür ist der zentrale Gegenstand des Arbeitsbündnisses: die Krankheit bzw. die traumatische Krise des Patienten. Gemäß der Terminologie Ulrich Oevermanns konnte dieser Gegenstand nach einer historischen Herleitung und der in diesem Zusammenhang diskutierten Verständnisweisen eben nicht als allgemein klassifikatorisches Gegenteil von Gesundheit, sondern gerade als konkrete Ausdrucksgestalt der Konstitution des Patienten auf seinen Begriff gebracht werden.⁵⁷³ Analog zum Gedankenexperiment von Thomas Loer, die drei wesentlichen Personalsäulen eines Krankenhauses – Verwaltung, Ärzteschaft und Pflege – voneinander abzugrenzen und ihre jeweilige Bedeutung für das

⁵⁷² Die Ärzteschaft steht in diesem Zusammenhang stellvertretend für die Krisenbewährung im Arbeitsbündnis, das in einem Krankenhaus allerdings darüber hinaus auch pflegerisches und therapeutisches Personal vereinigt.

⁵⁷³ Vgl. Oevermann 1996: 127

faktische Vorliegen einer solchen Einrichtung herauszustellen, welche die konstitutiven Kriterien eines Krankenhauses erfüllt, konnte zusätzlich die medizinisch-pflegerische Praxis als Kern des Krankenhauses herausgestellt werden.⁵⁷⁴ Demnach steht die Personalsäule der Verwaltung mit ihrer ökonomischen Organisationsfunktion gemäß dieser gedanklichen Kontrastierung im Dienst der medizinisch-pflegerischen Praxis und nicht umgekehrt. Anders ausgedrückt: Ein Krankenhaus, dessen Personal einzig für die Verwaltung und nicht für die Behandlung seiner Patienten tätig wäre, würde im allgemeinen Verständnis den Status eines Krankenhauses verlieren.

Hieraus ließ sich das Wesen des Krankenhauses mit der Zentralisierung medizinisch-pflegerischer Behandlung von Patienten an einem Ort begründen.⁵⁷⁵ Der gedankliche Exkurs zur Versorgung erkrankter Kinder im heimischen Umfeld illustrierte dieses Wesen spiegelbildlich und kristallisierte den sozialen Charakter der Behandlung kranker Personen heraus: Dort, wo es die Konstitution der erkrankten Person erlaubt, vollzieht sich die Versorgung in seinem privaten Umfeld und ist rein sozialer Natur. Für das oben genannte Beispiel bedeutet dies, dass nach Diagnose und Bestimmung der Therapie beim Haus- oder Kinderarzt der weitere Prozess zur Rekonstitution der Gesundheit des Patienten zu Hause erfolgt und die Eltern die Stellvertretung des Arztes mit der Gabe von Medikamenten übernehmen. Erst, wenn eine Genesung im häuslichen Umfeld nicht mehr möglich ist, also der Grad der traumatischen Krise das Eingreifen medizinisch-pflegerischer Professionen unmittelbar am Patienten erfordern, erfolgt die Überweisung des Patienten in ein Krankenhaus. Letztlich konnte mit dieser Argumentation die für das Wesen des Krankenhauses generative Struktur bestimmt werden: Auslagerung sozialer Praxis.

Diesem sozialen Charakter der Praxis von Krankenhäusern steht ein akzelerierender Trend zur Ökonomisierung und Standardisierung entgegen. Trotz der ständigen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik lässt sich mit der Einführung der Diagnosis Related Groups die wohl stärkste Ausprägung dieses Ökonomisierungstrends identifizieren, die einen Zielkonflikt zwischen der Kostenstruktur und der Behandlungsqualität im Krankenhauswesen nach sich zieht. Über die Diagnosis Related Groups und ihre Auswirkungen auf das Krankenhauswesen hinaus konnten in diesem Zusammenhang die wesentlichen Folgen dieser Tendenz zur

⁵⁷⁴ Vgl. Loer 2009: 4 f.

⁵⁷⁵ Dieses Wesen läuft seiner Sache nach analog zu dem ökonomischen Argument, welches die Bündelung von Ressourcen wie Personal und technische Ausstattung an einem Ort zur Behandlung des Patienten betont, während die Therapie von Patienten in ihrem heimischen Umfeld mittels technischer Ressourcen als unpraktikabel und nur in spezifischen Kontexten als sinnvoll oder notwendig erscheint.

Vergesellschaftung skizziert werden: Verdrängungswettbewerb zwischen Krankenhäusern, wachsender Kostendruck und Konkurrenz um Patienten, Ressourcenknappheit des Gesundheitswesens. Verschärft wird diese Entwicklung durch den demographischen Wandel und die Rückgänge der aus versicherungspflichtiger Beschäftigung resultierenden Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen.

Als Ausdruck der Standardisierung und der zunehmenden Dokumentationspflichten konnte zusätzlich die legislative Verpflichtung von Krankenhäusern identifiziert werden, alle zwei Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht anfertigen zu müssen. Das primäre Ziel dient der Information der drei wesentlichen Adressatengruppen Patienten, zuweisende Ärzte und Krankenversicherer – zur Bewertung der jeweiligen Krankenhäuser. Dabei ist diese vom Gesetzgeber eingeschlagene Strategie zur Erhöhung der Transparenz im Krankenhaussektor nicht nur Folge einer legislativ verpflichtenden Standardisierung und damit einer Deautonomisierung, sondern eben auch einer wachsenden Ökonomisierung zu verstehen, da Standardisierung immer auch einen Ausdruck von Ökonomisierung beinhaltet.⁵⁷⁶ Neben diesem in der Sache begründeten Wechselspiel von Standardisierung und Ökonomisierung kann aber allein durch die Vorgaben für die Qualitätsberichte der politische Wille zum Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander abgelesen werden: Den Krankenhäusern bleibt es selbst überlassen, die Qualitätsberichte eigenständig zu gestalten, so dass eine für die eigene Einrichtung positiv werbende Selbstdarstellung begünstigt wird. Mit dieser Möglichkeit sind Qualitätsberichte nicht mehr als ein reines Informationsmedium zu verstehen, mit dem Krankenhäuser auf Basis ihrer reinen Kennzahlen miteinander verglichen werden können, sondern auch als Ausdruck der Kommunikationspolitik des einzelnen Krankenhauses, wie diese Informationen einerseits präsentiert werden und welche zusätzlichen Elemente zur Außendarstellung den Adressaten gegenüber genutzt werden. Bei der Diskussion dieser potentiellen Möglichkeiten, über Qualitätsberichte Klinikmarketing zu betreiben, konnten prinzipiell Elemente mit Potential für Marketingaktivitäten herausgearbeitet werden: der Einsatz graphischer Gestaltungselemente und von Fotografien als Instrument zur Erweckung positiv besetzter Assoziationen oder zur Personifikation eines Krankenhauses durch sein Personal, die Präsentation von Leitbildern oder die direkte Adressierung des Lesers durch ein Gruß- oder Vorwort. Diese Elemente konnten

⁵⁷⁶ Es sei hier nur kurz anzumerken, dass die zeitliche Koinzidenz zwischen der Einführung der Qualitätsberichte als Ausdruck der Zunahme von Dokumentationspflichten einerseits und die wachsende Ökonomisierung durch das Fallpauschalensystem DRG in diesem Zusammenhang auffällig ist.

dementsprechend über die theoretischen Annahmen hinaus auch in der empirischen Analyse als wesentliche Instrumente der Kommunikationspolitik belegt werden.

Resümierend konnte mit den Qualitätsberichten demnach eine Entwicklung nachgezeichnet werden, in der den Krankenhäusern im Rahmen der Wettbewerbsverschärfung ein zusätzliches Medium vom Gesetzgeber verordnet wurde, dessen Potentiale nicht allein auf ein vergleichendes Benchmarking reduziert werden kann, sondern vielmehr auf einen mehrdeutigen Charakter hinweisen: Neben der klaren Festlegung für die Darbietung der faktischen und damit für den Adressaten wesentlichen Informationen wurden auch Freiräume eröffnet, Marketing zu betreiben. Als ein wichtiges Ergebnis der theoretischen Diskussion stellt dementsprechend die Verpflichtung zur Erstellung von Qualitätsberichten mit dem darin enthaltenen Freiraum zur Kommunikationspolitik im Rahmen des Klinikmarketings letztlich eine vom Gesetzgeber induzierte Protegierung der Ökonomisierung im Krankenhauswesen dar, da sonst auch in diesem Kontext eine rigidere Reglementierung erfolgt wäre.

Die Kommunikationspolitik als das wesentliche Instrument des Marketing im Rahmen der Erstellung von Qualitätsberichten stand folglich im Zentrum der weiteren Erörterung. Nach einem kurzen geschichtlichen Abriss wurde ausgehend von der herrschenden Meinung der betriebswirtschaftlichen Lehre dieses Instrument auf ihre potentiellen Wirkungsgrade aus einer teleologischen Perspektive untersucht. Folgende Bilanz kann zum Kontext der Kommunikationspolitik dabei gezogen werden: Der essentielle Gehalt der gängigen betriebswirtschaftlichen Definitionen zur Kommunikationspolitik lässt sich auf ein Kommunikationsmodell zuspitzen, in dem der Sender – das Unternehmen – unter Auswahl eines spezifischen Kanals eine Botschaft an die zu adressierenden Klientel – der potentielle Kunde – übermittelt. Ziel dieser Botschaft ist die Beeinflussung dieser Klientel gemäß der vorher definierten Absichten des Unternehmens, wobei das Spektrum von der reinen Darbietung faktischer Informationen bis hin zur intendierten Beeinflussung von Einstellungen und Verhaltensmustern reichen kann. Mittels des in der Marketingtheorie gebräuchlichen Kommunikationsmodells von Heribert Meffert zur kommunikationstheoretischen Interpretation von Werbung konnte die genuine Wesensstruktur der Kommunikationspolitik herausgearbeitet werden:⁵⁷⁷ Auf die Aussendung einer intendierten Botschaft mittels einer spezifischen Codierung erfolgt die Dekodierung und Interpretation durch den Empfänger. Damit erwächst die Notwendigkeit, die Botschaft in einer solchen Art zu chiffrieren, dass der

⁵⁷⁷ Vgl. Meffert 1982: 414 f.

Empfänger diese möglichst – seiner eigenen Dispositionen – einfach decodieren, um so die Botschaft über die Erweiterung eigener Bedeutungsinhalte und Assoziationen lernend zu inkorporieren. Letztlich ließ sich hieraus ableiten, dass die Kommunikationspolitik weniger auf die konkreten Produkte oder Dienstleistungen abzielt, die sie als Gegenstand kommuniziert, sondern vielmehr auf die Erreichung und Entsprechung des Habitus der adressierten Klientel.

Im Weiteren konnte die essentielle Bedeutung des Einsatzes von Bildinhalten und damit der visuellen Wahrnehmung für die Kommunikationspolitik erörtert werden, die sich maßgeblich durch die neuropsychologischen Besonderheiten der zerebralen Organisation visueller Wahrnehmung erklären lässt. Über diese neuropsychologischen Determinanten hinaus wurde in diesem Zusammenhang auf die Beschreibungsdichte von Bildinhalten abgestellt, die mit rein textlichen Strategien der Kommunikation nicht erreicht werden können. Parallel zum Ziel der Kommunikationspolitik, den Adressaten über die Dekodierung der Botschaft zum Lernen zu animieren, ist dieser Prozess bei der Wahrnehmung von Bildinhalten durch deren Assoziationspotential eingegraben. Sie erfordert eine eigene Interpretation des Rezipienten, der diese Interpretation mit seinem Habitus – kombiniert, transformiert und somit die Assoziationsdichte des Bildes durch die hiermit einhergehende Subjektivierung noch verstärkt. Dieses Argument war dementsprechend auch ausschlaggebend für die Konzentration auf Bildelemente in der empirischen Feinanalyse, da auf diese Weise die latente Sinnstruktur der einzelnen Qualitätsberichte untersucht werden konnte. Auch das Argument, dass Bildinhalte über ihre Repräsentationsfunktion eine scheinbare Reduktion von Unsicherheit durch die ästhetisch-visuelle Konkretisierung beim Rezipienten – dem in einer traumatischen Krise befindlichen Patienten – erzielen, war für das methodische Vorgehen in der empirischen Analyse von leitender Bedeutung. Resümierend konnte in diesem Kapitel – analog zu der noch darzulegenden Asymmetrie zwischen Arzt und Patient – die inhärente Asymmetrie zwischen der Darbietung von Bildinhalten und deren Rezeption und damit ihre Relevanz für die Kommunikationspolitik dargelegt werden: Bei der Rezeption von Bildern besteht strukturell ein Unvermögen des Betrachters, das ihm Dargebotene simultan mit dem Faktischen abgleichen zu können. Das Bild stellt somit das zentrale Medium dar, über die Ästhetisierung des Kommunikationsgegenstands ein Gebrauchswertversprechen aufzubauen.⁵⁷⁸ Damit konnte die Kommunikationspolitik als genuine Ausdrucksgestalt der Distinktion eines Unternehmens sowie seiner Einflussnahme auf seine Umwelt abgeleitet

⁵⁷⁸ Vgl. Haug 1972: 49 ff. u. Haug 1971: 10 ff.

werden. In den empirischen Analysen konnte dementsprechend, dort wo die Kommunikationsstrategien und ihre inhaltliche Umsetzung als professionell interpretiert werden konnte, primär positive und hoffnungserweckende Botschaften – ob nun textlicher oder visueller Natur – identifiziert werden.

Während der Abriss zu Befunden der Kommunikationspolitik durch ausgewählte Beispiele die obigen Ausführungen empirisch belegen konnte, standen für die theoretische Diskussion die Restriktionen der Kommunikationspolitik im Gesundheitswesen an zentraler Stelle. Neben der Erörterung der engen legislativen Beschränkungen für die Kommunikationspolitik im Krankenhauswesen – namentlich durch das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb, dem Heilmittelwerbegesetz sowie im ärztlichen Standesrecht – sowie der sich hieraus ergebenden Implikationen für die Praxis des Klinikmarketing wurde den materiellen Gründen eine exponierte Stellung zugedacht, warum sich das Krankenhauswesen einer freien Werbepraxis faktisch entziehen muss. Ausgangspunkt der Argumentation stellten die strukturellen Besonderheiten dieses Sektors dar, die bereits im Kapitel zur generativen Struktur des Krankenhauses herausgestellt worden waren und sich anhand der grundsätzlichen Differenzen zwischen Dienstleistung und Arbeitsbündnis illustrieren lassen. Als ein wesentliches Argument konnte in diesem Zusammenhang die bereits diskutierte Autonomie des Konsumenten, freie Entscheidungen für oder gegen Produkte und Dienstleistungen gemäß seiner Dispositionen zu treffen, herausgestellt werden, die in einem kategorischen Widerspruch zur Situation des Patienten steht: Seine traumatische Krise bewirkt eine tiefgreifende Einschränkung seiner Autonomie, so dass die Entscheidung über das Annehmen oder das Ablehnen im Regelfall nicht mehr gegeben ist. Weiterhin erfolgt die Eröffnung eines Behandlungsverhältnisses nicht durch den Arzt oder das Krankenhaus, sondern durch den Patienten als Resultat seines Leidensdrucks. Letztlich konnte gezeigt werden, dass die Spielräume der Kommunikationspolitik durch die für das Verhältnis von Patient und Klinik konstitutive Asymmetrie und das hierin begründete unauflösbare Informations- und Wissensgefälle vollends eingengt werden. Ein weiteres Argument bestand in der Problematik, beim Patienten eine innerliche Öffnung für werbende Botschaften zu erreichen, da seine primäre Fokussierung auf die Rekonstitution seiner Gesundheit einerseits und seine Risikowahrnehmung auf Grund der Unsicherheit über den Ausgang des Behandlungsprozesses andererseits eine habituelle Offenheit nachhaltig erschweren. Resümierend ergaben sich damit für die Kommunikationspolitik und die Effizienz ihrer Anwendung im Krankenhauswesen bereits allein aus materiellen Gründen resultierende Restriktionen, die

eine unmittelbare Übernahme der Axiome der Marketinglehre über die Kommunikationspolitik in den klassischen Anwendungsgebieten für diesen spezifischen Sektor als problematisch erscheinen lassen.

Aus dieser Argumentation leitet sich ein wesentliches Argument ab, das wie eine Klammer die einzelnen Untersuchungsgegenstände miteinander verbindet. Diese können im wesentlichen durch drei Pfade beschrieben werden: das genuine Wesen des Krankenhauses mit seiner sozialen Eigengesetzlichkeit, die wirtschaftliche Krise im Gesundheitswesen und der daraus resultierende Wettbewerbsdruck der Krankenhäuser sowie der einsetzende Trend zur Praxis des Klinikmarketing. Wenn der Auslegung gefolgt wird, dass Marketing – und hier im Speziellen werbende Kommunikationspolitik – dem strukturellen Wesen des Arzt-Patienten-Verhältnisses bzw. dem Arbeitsbündnis als Kern der Praxis von Krankenhäusern grundsätzlich zuwiderläuft, dieser Trend sich allerdings flächendeckend als fester Bestandteil der empirischen Praxis von Krankenhäusern nachweisen lässt, so muss hier auf eine Reaktion der Krankenhäuser auf den wachsenden Wettbewerbsdruck geschlossen werden. Da aber kein adäquates Passungsverhältnis zwischen dem Zwang zur Ökonomisierung und der aktiven Werbung um die Behandlung von Patienten in einem solchen Verständnis besteht, dass es sich hierbei auch faktisch um ein Instrument handeln könnte, welches sein Ziel zu erreichen vermag, wird die Krise des Krankenhauswesens erst gänzlich offensichtlich: Anstatt sich auf probate Instrumente zu konzentrieren, die Aussicht darauf versprechen, die Ökonomisierung im Krankenhauswesen wirtschaftlich sinnvoll zu kanalisieren, werden Axiome der Betriebswirtschaftlehre, die in anderen Sektoren funktionieren, ohne Beachtung der genuinen Besonderheiten des Gesundheitswesens übernommen und angewendet. Anders ausgedrückt: Der Einsatz des unprobaten Instruments der um die Gunst des Patienten werbenden Kommunikationspolitik ist in sich bereits ein irreversibler Ausdruck der Krise, in der sich das Krankenhauswesen gegenwärtig befindet. Da eine Krisenlösung nur dann Aussicht auf Erfolg hat, wenn der Krise mit der ihr entsprechenden Strategie begegnet wird, kann vor dem Hintergrund der Fragestellung dieser Arbeit der Schluss gezogen werden, dass der Trend zum Krankenhausmarketing weniger als Krisenlösung, sondern als Ausdruck dieser Krise selbst zu verstehen ist. Demgegenüber erscheinen zielführende Impulse für ein entsprechendes Renommee eines Krankenhauses in seiner fachlichen Reputation sowie positiven Erfahrungswerten bei niedergelassenen Ärzten und Patienten zu liegen. Werte wie Offenheit, Vertrauenswürdigkeit, Kompetenz und fachliche Expertise sind allerdings Charakteristika, die nur über einen langen Zeitraum aufgebaut werden können und nicht durch kurzfristige

Kampagnen zu realisieren sind. Additiv ist hier aber auch der Umstand einzubeziehen, dass Kommunikationspolitik – ob nun Werbung oder Öffentlichkeitsarbeit – mittlerweile zum State of the Art einer jeden größeren Organisation gehört und sich hieraus ein gewisser Zugzwang erklärt, diesem Trend zu entsprechen.

IV.2 Empirische Befunde

Die empirische Analyse diente der Überprüfung der Thesen unter besonderer Berücksichtigung der Fallstrukturen der ausgewählten Krankenhäuser.⁵⁷⁹ Hierbei wurde im Rahmen eines Kontrastdesigns die im Kapitel zu den empirischen Befunden der Kommunikationspolitik im Krankenhauswesen entwickelte Typologie mit drei möglichen Idealtypen überprüft.⁵⁸⁰ Die drei theoretisch denkbaren Idealtypen waren dabei: ein diffuser Typus, der das selbst gewählte Ziel professionellen Marketings verfehlt und dieses kontraproduktiv und ungekonnt umsetzt mit einem negativen Effekt auf die eigene Außendarstellung, ein professionell-gekonnter Typus sowie ein Typus ohne die Intention einer werbenden Kommunikationspolitik. Auf Grund der extensiven und teilweise weitreichenden Analysen konnten hierbei eindeutige Ergebnisse bereits bei den Qualitätsberichten für das Berichtsjahr 2006 generiert werden, die sich in der Überprüfung der Qualitätsberichte für das Jahr 2008 verifizieren ließen.

Als erstes Protokoll wurde der Qualitätsbericht des Evangelischen und Johanniter Klinikums Niederrhein ausgewählt. Die hier hieraus abgeleitete Fallstruktur zeigte einen diffusen Typus, da das Klinikum Niederrhein sich einerseits als ein Unternehmen präsentiert, andererseits aber seine christlichen Grundwerte und seine 100 jährige karitative Tradition in den Vordergrund stellt.⁵⁸¹ Dieser Wandel wurde als Beleg dafür gewertet, dass sich das Klinikum einem grundlegenden Transformationsprozess unterwerfen musste, was zusätzlich durch die Fusion vier ehemals eigenständiger Krankenhäuser untermauert werden konnte. Die aus der Betonung christlicher Grundwerte ableitbare Patientenorientierung wurde dementsprechend

⁵⁷⁹ Für die Suche nach geeigneten Qualitätsberichten wurde auf Grund der hohen Anzahl von 2087 Krankenhäusern in der Bundesrepublik eine Begrenzung durch die Konzentration auf das Bundesland Nordrhein-Westfalen vorgenommen, das mit 432 Krankenhäusern im Jahr 2007 dasjenige Bundesland mit den meisten Krankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland darstellte (vgl. Statistisches Bundesamt 2009: 237). Sobald ein Qualitätsbericht in seinem ersten Gesamteindruck die hier vorliegenden Kriterien erfüllte und Aufschlusspotential für die Fragestellung versprach, wurde dieser für die Feinanalyse ausgewählt.

⁵⁸⁰ Zum Begriff des Idealtypus siehe: Weber 1988: 191

⁵⁸¹ Der diffuse Charakter bewirkte nicht zuletzt die im Vergleich zu den anderen beiden Qualitätsberichten überdurchschnittliche Länge der Analyse.

als eine Strategie zur Marken- bzw. Imagebildung interpretiert.⁵⁸² Auch das artifiziell, fast manieriert wirkende Gesamtdesign des Qualitätsberichts wie auch die für die Illustration gewählten Fotografien mit den wesentlichen Sujets „Werteorientierung“ und „Medizintechnik“ konnten als Beleg für diese These identifiziert werden. Die Betonung einer langjährigen Tradition christlicher Fürsorge ebenso wie ihre illustrative Umsetzung mit dem Sujet „Werteorientierung“ waren letztlich wesentliche Argumente dafür, dass über den Versuch einer werbenden Imagebildung hinaus sich hierin der Ausdruck einer durch ökonomische Zwänge bedingten Umorientierung finden lässt. Während auf der Ebene der Botschaftsinhalte primär die christliche Wertgebundenheit und damit Sicherheit als ein Gebrauchswertversprechen propagiert wurden, so belegte ihre ungekonnte und für Werbezwecke kontraproduktive Umsetzung – u.a. durch das leicht durchschaubare Information-Placement des Inhaltsverzeichnisses und die Abbildung „Beim Malen“ – das Unvermögen, die Qualität einer professionellen Kommunikationspolitik zu erreichen, die das Klinikum seiner selbstgewählten Zielsetzung gemäß positioniert. Zusammenfassend konnte mit dieser Kommunikationsstrategie die Krise des Klinikums Niederrhein bezüglich seiner eigenen Verortung sowie seiner diffus-ambivalenten Corporate Identity belegt werden.

Im Rahmen der zweiten Analyse wurde der Qualitätsbericht des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke untersucht. Auf Grund des sehr reduzierten und eindeutigen Wesens entfiel dabei die Analyse sehr viel bündiger als die Untersuchung des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein. Hier konnte derjenige Typus identifiziert werden, der sich ohne jegliche Intention zum Marketing präsentiert. Sowohl der Qualitätsbericht 2006 als auch der für das Berichtsjahr 2008 gaben keine Anhaltspunkte für einen werbenden Charakter. Im Zentrum der Diskussion standen insbesondere das Vorwort und die Einleitung: Hier imponierten die nachlässige Endredaktion, der unambitioniert wirkende Flattersatz, die bewusste Vorwegnahme von Verständnisproblemen, die durch die Lektüre des Qualitätsberichts entstehen kann, sowie das verklausulierte Zeugnis der Deautonomisierung durch die legislative Pflicht zu Erstellung des Qualitätsberichts. Trotz des defensiven Ausdrucks konnte eine eindeutige Opposition gegenüber dieser Pflicht und der Standardisierung des Aufbaus und der Inhalte der Qualitätsberichte identifiziert werden. Auffällig war weiterhin, dass im Jahr 2008 selbst auf das Vorwort als eine Möglichkeit der Selbstdarstellung ohne gesetzliche Vorschriften verzichtet wurde. Insgesamt bot sich so ein Bild, das die offensichtliche Desillusionierung des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke und seiner pessimistischen

⁵⁸² Es sei nur kurz darauf hingewiesen, dass Markus Holtel hierin einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil für Krankenhäuser sieht. Vgl. Holtel 2003: A2635 ff.

Einschätzung bezüglich des Informationsnutzens und damit der Sinnhaftigkeit von Qualitätsberichten ausdrückt. Dementsprechend konnte mit dem Qualitätsbericht des Gemeinschaftskrankenhauses letztlich ein Protokoll analysiert werden, welches lediglich als das Resultat einer für das Krankenhaus unumgänglichen Obliegenheit zu interpretieren ist. Ein Abgleich mit dem Internetauftritt des Gemeinschaftskrankenhauses, der durchaus als Produkt einer durchdachten und professionell umgesetzten Kommunikationsstrategie gewertet werden muss, konnte dieses Ergebnis zusätzlich festigen.

Als drittes und letztes Protokoll des empirischen Teils wurde der Qualitätsbericht des Sana Klinikums Remscheid analysiert. Ausschlaggebend für die Vermutung, dass es sich hierbei um die Fallstruktur einer professionellen Marketingstrategie handelt, war der Umstand, dass Sana einer der größten privaten Klinikbetreiber in der Bundesrepublik Deutschland ist und als Konzern somit die Kanäle professionalisierter Kommunikationspolitik bereits fest in seine Unternehmenskultur inkorporiert hat. Diese Hypothese konnte im Rahmen der Analyse verifiziert werden. Zusätzlich konnten keine wesentlichen Unterschiede in der Qualität der Kommunikationspolitik beim Abgleich zwischen den Jahren 2006 und 2008 festgestellt werden. Maßgeblich tragend waren im Rahmen des Qualitätsberichts folgende Gründe: Die Titelseite, die Landkarte, das Leitbild, die graphische Gestaltung mit den Doppelaufnahmen sowie die – inklusive der Titelseite – insgesamt vier Röntgenbilder. Neben dem professionellen Gestaltungsduktus der Titelseite sowie der Landkarte mit ihrer präventösen Wirkung konnte insbesondere das gedankliche Experiment, die im Leitbild verwendeten Begriffe, die Aufschluss auf die Konzerntätigkeit im Gesundheitswesen gaben, durch solche Begriffe zu ersetzen, die der Lebensmittelindustrie entlehnt wurden, den originären Marketingcharakter der Außendarstellung belegen. Ebenso hervorzuheben ist auf der Ebene der Gestaltung die teilweise direkte Bezugnahme der Fotos aufeinander durch die imaginäre Verlängerung der ikonischen Pfade⁵⁸³, woraus sich einerseits der hohe ästhetische Gehalt und andererseits die konsequente Fortsetzung der Komposition der Titelseite ableiten ließ. Letztlich belegten im Rahmen der Illustration die Röntgenaufnahmen die Professionalität der Kommunikationspolitik von Sana durch die Qualitätsberichte. Insgesamt konnten sie als ein Ausdruck einer auf Distinktion abzielenden Kommunikationsstrategie interpretiert werden: Diese transportierte gekonnt den Zugang zu technischen Ressourcen, die exklusiv professionellen Kontexten vorbehalten ist, wie auch die professionelle Kompetenz auf Ebene der Gestaltung. Auf der inhaltlichen Ebene konnte der Anspruch auf totale Transparenz und

⁵⁸³ Loer 1994: 349

der symbolische Rückbezug auf die klinische Praxis herausgestellt werden, so dass hier eine sehr komplexe Beschreibungsdichte dominierte. Als Gestaltungselement prägen sie durch ihren künstlerischen Ausdruck die Ästhetik dieser Qualitätsberichte von Sana und müssen als die stärkste Ausdrucksgestalt künstlerischen Wirkens im Rahmen der in dieser Arbeit analysierten Kommunikationselemente verstanden werden. Letztlich drückt sich mit diesem Niveau der Kommunikation von Sana ein inkorporiertes Selbstverständnis aus, das professionelles Marketing zum festen Bestandteil der Unternehmenskultur von Sana integriert. In Summe lässt sich daraus schließen, dass allein schon der Gründungszweck von Sana – der auf Gewinnerzielung ausgerichtete Betrieb von Einrichtungen im Gesundheitswesen – das historisch gewachsene und in Gänze ausgebildete Selbstbild eines Wirtschaftsunternehmens konstituiert.

IV.3 Schlussbemerkung

Anhand der Analysen unterschiedlicher Kommunikationspolitiken der drei Krankenhäuser zeigten sich nicht nur die starken Differenzen in Bezug auf die Qualität der Strategien, ihrer Umsetzung und somit auch ihrer Wirkungen auf den Adressaten, sondern auch die im letzten Qualitätsbericht des Sana Klinikums Remscheid identifizierbaren ästhetischen Potentiale und künstlerischen Ausdrucksgestalten. Die im Rahmen der Analyse des Qualitätsberichts des Klinikums Niederrhein dominierenden Sujets „Medizintechnik“ – und „Werteorientierung“ können zwar als naheliegende, aber eben auch weniger innovative Sujets für die visuelle Gestaltung der Kommunikationspolitik von Krankenhäusern vermutet werden, das Beispiel der Röntgenaufnahmen des Qualitätsberichts von Sana weitet aber die potentiell denkbaren Spielräume demgegenüber immens aus. Ein spiegelbildlicher Abgleich des Umgangs legitimer Kunst mit dem Sujet der Medizin lassen über die Kunstgeschichte hinweg – ob nun Rembrandt van Rijn als klassischer Maler des 17. Jahrhunderts oder Damien Hirst als zeitgenössischer Künstler – eine sehr viel freiere und kategorischere Auseinandersetzung mit diesem Sujet vermuten.⁵⁸⁴ Eine für die Fortsetzung dieses Forschungsinteresses befruchtende Fragestellung könnte dementsprechend in einer kontrastiven Analyse der Perspektiven der Kunst auf dieses Sujet in Verbindung mit einem Abgleich weiterer empirischer Befunde der Kommunikationspolitiken von Krankenhäusern über das limitierende Medium der Qualitätsberichte hinaus liegen, um hieraus strukturelle Gemeinsamkeiten wie auch generative Unterschiede abzuleiten.

⁵⁸⁴ Für Rembrandt van Rijn siehe: Giltaij 2003: 175. Für Damien Hirst siehe: Stange 1999: 227

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Ackermann, Friedhelm (1994): Die Modellierung des Grauens. Exemplarische Interpretation eines Werbeplakates zum Film „Schlafwandler“ unter Anwendung der „Objektiven Hermeneutik“ und Begründung einer kultursoziologischen Bildhermeneutik. In: Garz, Detlef, Klaus Kraimer (eds.): Die Welt als Text. Theorie, Kritik und Praxis der objektiven Hermeneutik. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 195-225
- Adam, Wilhelm (1969): Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten. In: Erwin von Beckerath et al. (eds.): Handwörterbuch der Sozialwissenschaften. 6. Band. Stuttgart, Tübingen, Göttingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck): 272-276
- Adorno, Theodor W. (2003): Ästhetische Theorie. In: Rolf Tiedemann, Gretel Adorno, Susan Buck-Morss, Klaus Schultz (eds.): Gesammelte Schriften. Band 7. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Adorno, Theodor W. (2003): Minima Moralia. Reflexionen aus dem beschädigten Leben. In: Ders.: Gesammelte Schriften. Band 4. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Amedick & Sommer (2010): Homepage. Online im WWW: URL: <http://www.amedick-sommer.de/klinikmarketing/qualitaetsberichte.php#> [Zugriff am 24.04.2010]
- Arnold, Michael (1993): Die Rolle des Akutkrankenhauses im Versorgungssystem der Zukunft. In: Badura, Bernhard, Günter Feuerstein, Thomas Schott (eds.): System Krankenhaus, Arbeit, Technik und Patientenorientierung. München: Weinheim: 15-27
- Aufenanger, Stefan, Detlef Garz, Klaus Kraimer (1994): Pädagogisches Handeln und moralische Atmosphäre – Eine objektiv-hermeneutische Dokumentenanalyse im Kontext schulischer Interaktion. In: Garz, Detlef, Klaus Kraimer (eds.): Die Welt als Text. Theorie, Kritik und Praxis der objektiven Hermeneutik. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 226-246
- Ayaß, Ruth (2003): Zwischen Innovation und Repetition: Der Fernsehwerbespot als mediale Gattung. In: Willems Herbert (ed.): Die Gesellschaft der Werbung. Kontexte und Texte. Produktionen und Rezeptionen. Entwicklungen und Perspektiven. 1. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag: 155-171
- Bahner, Beate (2001): Ärztliche Werbung aus rechtlicher Sicht. In: Kreyher, Volker J. (ed.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Heidelberg: R. v. Decker's Verlag: Hüthig GmbH & Co. KG: 597-613

- Barth, Dieter (2001): Rechtliche Rahmenbedingungen des medizinischen Marketing in Klinik und Praxis. In: Kreyher, Volker J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Marketing. Heidelberg: R. v. Decker's Verlag: Hüthig GmbH & Co. KG: 615-631
- Bates, David W. et al. (2001): Reducing the Frequency of Errors in Medicine Using Information Technology. In: Journal of the American Medical Informatics Association Volume 8 Number 4 Jul / Aug 2001: 299-308
- Bauch, Jost (2000): Medizinsoziologie. Lehr- und Handbücher der Soziologie. München; Wien: Oldenbourg
- Becker, Andreas, Udo Beck (2006): Markt- und Konkurrenzanalyse auf Basis des Qualitätsberichts nach § 137 SGB V. In: Das Krankenhaus. 98. Jahrgang. Nr. 3. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH: 203-209
- Bell, Daniel (1985): Die nachindustrielle Gesellschaft. Frankfurt am Main; New York: Campus Verlag
- Berndt, Ralph (1993): Kommunikationspolitik im Rahmen des Marketing. In: Berndt, Ralph, Arnold Hermanns (eds.): Handbuch Marketing-Kommunikation. Strategien – Instrumente – Perspektiven – Werbung – Sales Promotions – Public Relations – Corporate Identity – Product Placement. Wiesbaden: Gabler: 3-18
- Birnbacher, Dieter (1999): Ethische Probleme der Rationierung im Gesundheitswesen. In: Brudermüller, Gerd (ed.): Angewandte Ethik und Medizin. Schriftenreihe des Instituts für Angewandte Ethik e.V.; Band 1. Würzburg: Königshausen und Neumann: 49-64
- Boerkamp, Ellis (1995): Assessing professional services quality. An application in health care. Capelle a/d IJssel: Labyrinth Publication
- Boessneck, Bernhard (1985): Werbung kompetent beurteilen: Ihre Anzeigen, Prospekte, Folder bewerten Sie jetzt verlässlich mit dem Lern-Kriterien-System. Landsberg am Lech: Verlag Moderne Industrie
- Borgetto, Bernhard, Karl Kälble (2007): Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Bourdieu, Pierre (1987): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Bourdieu, Pierre, Loïc J. D. Wacquant (1996): Reflexive Anthropologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp

- Bourdieu, Pierre et al. (2002) : Der Einzige und sein Eigenheim. Erweiterte Neuausgabe der Schriften zu Politik & Kultur 3. Hamburg: VSA-Verlag
- Brechtel, Thomas, Thomas Pilz (2004): Krankenhaus-Qualitätsbericht. Inhalt und Nutzen für Krankenhäuser. In: Arzt und Krankenhaus. Ausgabe 3/2004: 71-74
- Brechtel, Thomas, Ralf Zöll (2007): Der neue gesetzliche Qualitätsbericht – Neuerungen und Veränderungen für die aktuelle Bearbeitung: Worauf ist 2007 zu achten? In: Arzt und Krankenhaus. Ausgabe 4/2007: 118-120
- Brennan, Troyen A. et al. (2004): Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. In: Qual Saf Health Care 2004 April;13 (2):145–152
- Brinkmann, Anne (2004): Die Bedeutung von Einweiserkennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. In: Pfaff, Holger et al. (eds.): „Weiche“ Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement – Stakeholderinteressen zielgerichtet erkennen und einbeziehen. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber: 109-124
- Bruckenberger, Ernst (1989): Dauerpatient Krankenhaus. Diagnosen und Heilungsansätze – Herausgegeben im Auftrag der Bank für Sozialwirtschaft. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Bruhn, Manfred (1993): Integrierte Kommunikation als Unternehmensaufgabe und Gestaltungsprozeß. In: Bruhn, Manfred, Dieter Dahlhoff (eds.): Effizientes Kommunikationsmanagement. Konzepte, Beispiele und Erfahrungen aus der integrierten Unternehmenskommunikation. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel
- Bruhn, Manfred (1997): Kommunikationspolitik. Grundlagen der Unternehmenskommunikation. München: Vahlen
- Buchholz, Werner (1983): Krankenhäuser im Wettbewerb. Ansätze zu einer Neuordnung des Krankenhauswesens. Berlin: Duncker & Humblot
- Bundesärztekammer (2006): (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. Online im WWW: URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBOStand20061124.pdf> [Zugriff am 23.07.2010]
- Bundesministerium der Justiz (2006): Heilmittelwerbegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 1994 (BGBl. I S. 3068). Ausfertigungsdatum: 11.07.1965. Neugefasst durch Bek. v. 19.10.1994 I 3068; zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 26.4.2006 I 984. Online im WWW: URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/heilmwerb/gesamt.pdf> [Zugriff am 23.07.2010]

- Bundesministerium der Justiz (2010): Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. März 2010 (BGBl. I S. 254). Ausfertigungsdatum: 03.07.2004. Neugefasst durch Bek. v. 3.3.2010 I 254. Online im WWW. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/uwg_2004/gesamt.pdf [Zugriff am 23.07.2010]
- Bundessozialgericht (2002): Urteil Az: B 1 KR 28/02 R. Online im WWW: URL: [http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/f79a8096ad98496fc12571e700442be0/61591cc69ffde2c5c1256ffc003c739e/\\$FILE/BSG_B1KR28_02R_Permanent-Make-up.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/f79a8096ad98496fc12571e700442be0/61591cc69ffde2c5c1256ffc003c739e/$FILE/BSG_B1KR28_02R_Permanent-Make-up.pdf) [Zugriff am 21.06.2010]
- Camphausen, Bernd (1983): Auswirkungen demographischer Prozess auf die Berufe und Kosten im Gesundheitswesen – Stand, Struktur und Entwicklung bis zum Jahr 2030. Medizinische Informatik und Statistik. Berlin; Heidelberg; New York; Tokyo: Springer-Verlag
- Carson, Ronald A. (1997): Der Paradigmenwechsel in der Medizinethik. Die Arzt-Patienten-Beziehung aus amerikanischer Sicht. In: Tröhler, Ulrich, Stella Reiter-Theil (eds.): Ethik und Medizin: 1947 – 1997; Was leistet die Kodifizierung von Ethik. Göttingen: Wallenstein: 273-286
- Cartwright, Dorwin (1949): Some Principles of Mass Persuasion: Selected Findings of Research on the Sale of United States War Bonds. In: Human Relations July 1949 2: 253-267
- Chomsky, Noam (1975): Reflexionen über die Sprache. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Cockerham, William C. (1978): Medical Sociology. In: Smelser, Neil J. (ed.): Prentice-Hall Series in Sociology. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc.
- Cölfen, Hermann (2002): Semper idem oder Jeden Tag wie neu? Zum Wandel des Weltbildes in deutschen Werbeanzeigen zwischen 1960 und 1990. In: Willems Herbert (ed.): Die Gesellschaft der Werbung. Kontexte und Texte. Produktionen und Rezeptionen. Entwicklungen und Perspektiven. 1. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag: 657-673
- Cooper, Jeffrey B. et al. (2002): Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. In: Qual. Saf. Health Care 2002.11: 277-282
- Clade, Harald (1973): Das kranke Krankenhaus – Reform der inneren Struktur. Köln: Deutsche Industrieverlags-GmbH

- Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (2008): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2008. Online im WWW. URL: <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/110/aid/4224/title/Krankenhaus-Barometer> [Zugriff am 26.06.2010]
- Duden (1996): Rechtschreibung der deutschen Sprache. 21., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Mannheim: Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG
- Dziewior, Yilmaz (1999): Cindy Sherman. In: Grosenick, Uta, Burkhard Riemenschneider (eds.): Art at the Turn of the Millenium. Köln: Benedikt Taschen Verlag: 466-469
- Elfes, Klaus (2001): Grundlagen des Klinik-Marketing. In: Kreyher, Volker J. (ed.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Heidelberg: R. v. Decker's Verlag: Hüthig GmbH & Co. KG: 389-409
- EuromedClinic (2010): Homepage. Online im WWW: URL: http://www.euromed.de/klinik/ueber_uns/ [Zugriff am 27.07.2010]
- Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein (2006): Strukturierter Qualitätsbericht gemäß §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V für das Berichtsjahr 2006. Online im WWW: URL: http://www.ejk.de/uploads/media/Evangelisches_Krankenhaus_Duisburg_2006.pdf [Zugriff am 17.04.2009]
- Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein gGmbH (2008): Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB über das Berichtsjahr 2008. Online im WWW: URL: http://www.ejk.de/fileadmin/user_upload/Qualitaetsmanagement/QB2008.pdf [Zugriff am 17.04.2009]
- Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein (2010): Homepage. Online im WWW: URL: <http://www.ejk.de/> [Zugriff am 27.07.2010]
- Faller, Hermann, Hermann Lang (2006): Medizinische Psychologie und Soziologie. 2. vollständig neu bearbeitete Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Faxon, Nathaniel W. (1949) (ed.): The Hospital in Contemporary Life. Cambridge: Harvard Unic. Press
- Felder, Stefan, Stefan Fetzer, Jürgen Wasem (2008): „Was vorbei ist, ist vorbei“: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung. In: Klauber, Jürgen, Bernt-Peter Robra, Henner Schellschmidt (eds.): Krankenhaus-Report 2007 Krankenhausvergütung - Ende der Konvergenzphase? Stuttgart, New York: Schattauer-Verlag: 143-153

- Felser, Georg (1997): Werbe- und Konsumentenpsychologie: eine Einführung. Stuttgart: Schäffer-Poeschel
- Fickel, Norman (1995): Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland auf die Ausgaben für Gesundheit: eine Simulationsanalyse. Europäische Hochschulschriften: Reihe 5, Volks- und Betriebswirtschaft; Bd. 1676. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH
- Fischer, Dieter (1988): Marktstruktur und Marktverhalten in der Krankenhauswirtschaft. Spardorf: René F. Wilfer
- Fischlein, Jörg, Tomas Pfänder (2008): Industrielles Klinikmanagement. 1. Auflage. München: FinanzBuch Verlag GmbH
- Flintrop, Jens (2005): Qualitätsberichte als Marketing-Instrument. In: Deutsches Ärzteblatt. Jahrgang 102. Heft 38. 23. September 2005: 2522-2524
- Foucault, Michel (1994): Überwachen und Strafen – Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Foucault, Michel (2008): Die Geburt der Klinik – Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Ungekürzte Ausgabe. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Friedemann, Jan et al. (2009): Zur Verständlichkeit der Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser. Systematische Auswertung und Handlungsbedarf. In: Gesundheitswesen; 71. Jahrgang. Januar 2009. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag KG: 3-9
- Freud, Sigmund (1932): Meine Berührung mit Josef Popper-Lynkeus. In: Ders. (1971): Über Träume und Traumdeutungen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH: 117-121
- Freud, Sigmund (1938): Abriss der Psychoanalyse. In: Ders. (1983): Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. 17. Band: Schriften aus dem Nachlass. Frankfurt am Main: Fischer: 63-138
- Fürle, Alwin (1985): Probleme des ethischen Handelns bei der Unterbringung psychisch Kranker aus medizinhistorischer Sicht. In: Kaiser, Wolfram und Arina Völker (eds.): Ethik in der Geschichte von Medizin und Naturwissenschaften. Halle an der Saale: Wissenschaftspublizistik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: 123-128
- Gadamer, Hans-Georg (1964a): Zum Problem der Intelligenz. In: Ders. (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 65-83

- Gadamer, Hans-Georg (1964b): 17. Philosophische Bemerkungen zum Problem der Intelligenz. In: ders. (1987): Gesammelte Werke. Band 4. Neuere Philosophie. – 2. Probleme – Gestalten. Tübingen: Mohr: 276-287
- Gadamer, Hans-Georg (1990): Philosophie und praktische Medizin. In: Ders. (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 121-132
- Garz, Detlef, Klaus Kraimer (1994): Die Welt als Text. Zum Projekt einer hermeneutisch-rekonstruktiven Sozialwissenschaft. In: Garz, Detlef, Klaus Kraimer (eds.): Die Welt als Text. Theorie, Kritik und Praxis der objektiven Hermeneutik. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 7-22
- Gerfeldt, Ewald (1953): Das Krankenhaus und seine Betriebsführung. Ein Hand- und Nachschlagebuch über Bau, Einrichtung und Betrieb der Krankenanstalten in Gesetz, Verwaltungsrecht und Rechtsprechung nach heutiger Geltung für Krankenhausleiter, Ärzte, Verwaltungsbeamte, Behörden und Architekten. - 2. erweiterte Auflage. Stuttgart: Piscator-Verlag
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2007a): Vereinbarungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, 17. Oktober 2006. Veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006: 7258
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2007b): Die gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser lesen und verstehen. Online im WWW: URL: [http://www.uk-erlangen.de/e467/e830/e\(307/inhalt/8308/2007-12-20-Lesehilfe-Q.pdf](http://www.uk-erlangen.de/e467/e830/e(307/inhalt/8308/2007-12-20-Lesehilfe-Q.pdf) [Zugriff am 17.04.2009]
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2007c): Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 SGB V über Anlage 2 zur Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Online im WWW: URL: http://www.dkgev.de/media/file/2477.RS035-07_Anlage2-Vorabinformation_zum_Q-Bericht.pdf [Zugriff am 16.02.2010]
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2007d): Anlage 2 zur Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser – Ausfüllhinweise zum Qualitätsbericht. Online im WWW: URL: http://www.aokprodialog.de/inc_ges/download/dl.php/nds/krankenhaus/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/krankenhaus/qualitaetssicherung/qb_anlage2_210607.pdf [Zugriff am 16.02.2010]

- Gemeinsamer Bundesausschuss (2007e): Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Veränderung der Vereinbarung §137 Abs.1 Satz 3 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Zeitpunkt und Veröffentlichung der Qualitätsberichte). 10. Mai 2007. Online im WWW: URL: (http://www.g-ba.de/downloads/39-261-428/2007-05-10-Vb-Qb-Zeitpunkt_BAnz.pdf) [Zugriff am 03.03.2010]
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2009): Anlage 1 zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß §137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGBV über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser – (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R). Online im WWW: URL: <http://www.g-ba.de/downloads/83-691-13/Vb-Qualit%C3%A4tsbericht-Anl1-2009-03-19.pdf> [Zugriff am 10.08.2009]
- Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe (2010): Homepage. Online im WWW: URL: <http://www.krankenhaus-havelhoehe.de/> [Zugriff am 27.07.2010]
- Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke (2007): Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2006 – 31.10.2007. Online im WWW: URL: http://www.gemeinschaftskrankenhaus.de/Dateien/Service/GKH_Qualitaetsbericht_2006.pdf [Zugriff am 04.03.2010]
- Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke (2009): Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2008. Online im WWW: URL: <http://www.gemeinschaftskrankenhaus.de/index.php5?page=57&lang=0> [Zugriff am 04.03.2010]
- Georg Westermann Verlag (ed.) (1978): Westermann Monatshefte – Welt Kunst Kultur. Ausgabe: Juni 1978. Braunschweig: Georg Westermann Verlag, Druckerei und Kartographische Anstalt GmbH&Co.: 7-8
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2009): Allgemeine Krankenhäuser. Online im WWW: URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=2034::Krankenhaus [Zugriff am 23.05.2010]
- Giltaij, Jeroen (2003): Rembrandt *Rembrandt*. Frankfurt am Main: Städelsches Kunstinstitut / Wolfartshausen: Edition Minerva Hermann Farnung

- Goethe, Johann Wolfgang (1982): *Naturwissenschaftliche Schriften. Mit Einleitungen, Fussnoten und Erläuterungen im Text* herausgegeben von Rudolf Steiner. 3. Band. Dornach: Rudolf Steiner Verlag
- Goethe, Johann Wolfgang (1994): *Die Tafeln zur Farbenlehre und deren Erklärungen. Zweite Auflage.* Frankfurt am Main: Insel Verlag
- Göttlich, Udo (1995): *Der Alltag als Drama – Die Dramatisierung des Alltags. Anmerkung zur kulturellen Bedeutung der amerikanischen Fernsehserie.* In: Müller-Doohm, Stefan, Klaus Neumann-Braun (eds.): *Kulturinszenierungen.* 1. Auflage: Frankfurt am Main: Suhrkamp: 89-113
- Goffman, Erving (1958): *On the Characteristics of Total Institutions.* In: *Proceedings of the Symposium on Preventive and Social Psychiatry, Walter Reed Army Institute of Research, Washington D.C: U.S. Govt. Print. Off.:* 43-84
- Grimal, Pierre (1969): *Römische Kulturgeschichte.* Frankfurt am Main, Wien, Zürich: Büchergilde Gutenberg
- Grober, Julius (1911a): *Vorwort zur ersten Auflage.* In: Ders. (ed.): *Das deutsche Krankenhaus. Handbuch für Bau, Einrichtung und Betrieb der Krankenanstalten.* Verlag Gustav Fischer, Jena
- Grober, Julius (1911b): *Planwirtschaft im Krankenhauswesen.* In: Ders. (ed.): *Das deutsche Krankenhaus. Handbuch für Bau, Einrichtung und Betrieb der Krankenanstalten.* Verlag Gustav Fischer, Jena: 1-12
- Haberling, Wilhelm (1909): *Die Militärlazarette im Alten Rom.* *Deutsche Militärärztliche Zeitschrift.* 38. Berlin: Ernst Siegfried Mittler und Sohn: 441-467
- Habermas, Jürgen (1981a): *Theorie des kommunikativen Handelns.* 2. Bände. 1. Band. Frankfurt: Suhrkamp
- Habermas, Jürgen (1981b): *Theorie des kommunikativen Handelns.* 2. Bände. 2. Band. Frankfurt: Suhrkamp
- Hall, Calvin S., Gardner Lindzey (1979): *Theorien der Persönlichkeit.* Band II. München: Beck
- Halling, Thorsten (2007): *Öffentliche Gesundheit – Staat und Individuum.* In: Noack, Thorsten, Heiner Fangerau, Jörg Vögele (eds.): *Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin.* München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer: 109-116

- Haubrock, Manfred (2007): Marketing als marktorientierte Unternehmensführung. In: Haubrock, Manfred, Walter Schär (eds.): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber: 381-393
- Haug, Wolfgang Fritz (1971): Kritik der Warenästhetik Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Haug, Wolfgang Fritz (1972): Warenästhetik, Sexualität und Herrschaft. Gesammelte Aufsätze. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Hauptert, Bernhard (1994): Objektiv-hermeneutische Fotoanalyse am Beispiel von Soldatenfotos aus dem zweiten Weltkrieg. In: Garz, Detlef, Klaus Kraimer (eds.): Die Welt als Text. Theorie, Kritik und Praxis der objektiven Hermeneutik, Frankfurt am Main: Suhrkamp: 281-314
- Heinritz, Richard: (1911): Deutsches Krankenhaus in S. Paulo (Brasilien). Deutsche medizinische Wochenschrift. Ausgabe 11; 37: 507-508
- Heller, Eva (2008): Wie Farben wirken. Farbpsychologie – Farbsymbolik – Kreative Farbgestaltung. 4. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Heyll, Uwe (2007): Medizin und Ökonomie. In: Noack, Thorsten, Heiner Fangerau, Jörg Vögele (eds.): Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer: 89-97
- Hoegl, Martin (2005): Innovationsteams. In: Elmar D. Konrad (ed.): Aspekte erfolgreicher Unternehmensgründungen. Hinweise – Vorgehen – Empfehlungen. Münster / New York / München / Berlin: Waxmann Verlag GmbH
- Holtel, Markus (2003): Christliches Profil als Chance. Die Unternehmenskultur christlich geführter Krankenhäuser könnte bald ein entscheidender Vorteil am Markt sein. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 1000. Heft 41. 10. Oktober 2003: A 2635-2637
- Hontschik, Bernd (1994): Lebenskrise und chirurgischer Eingriff. Die Bedeutung interfamiliärer Krisen für die Indikation der Appendektomie. In: Von Uexküll, Thure et al. (eds.): Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Stuttgart; New York: Schattauer: 53-62
- Horkheimer, Max, Theodor W. Adorno (1971): Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente. Frankfurt am Main: Fischer
- IgeL-Marketing: Homepage. Online im WWW: URL: <http://www.igel-marketing.com/news/Krankenhausmarketing> [Zugriff am 24.04.2010]

- Imdahl, Max (1980): Giotto. Arenafresken. Ikonographie, Ikonologie, Ikonik. München: Fink
- Jetter, Dieter (1966): Geschichte des Hospitals. Band 1 – Westdeutschland von den Anfängen bis 1850. Wiesbaden: Franz Steiner Verlag GmbH
- Jetter, Dieter (1971): Geschichte des Hospitals. Band 2 – Zur Typologie des Irrenhauses in Frankreich und Deutschland (1780 – 1840). Wiesbaden: Franz Steiner Verlag GmbH
- Jonitz, Günter, Regina Klakow-Franck: Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Information versus Marketing. In: Deutsches Ärzteblatt. Jahrgang 102. Heft 43. 28. Oktober 2005: A 2902
- Jung, Carl Gustav (1999): Erinnerungen, Träume, Gedanken von C. G. Jung. Aufgezeichnet und herausgegeben von Aniela Jaffé. 11. Auflage 1999. Zürich; Düsseldorf: Walter Verlag
- Kadar, Zoltan (1985): Ärztliche Ethik in der mittelbyzantinischen Epoche: Krankenpflege und soziale Fürsorge zur Zeit der Komnenos-Kaiser. In: Kaiser, Wolfram und Arina Völker (eds.): Ethik in der Geschichte von Medizin und Naturwissenschaften. Halle an der Saale: Wissenschaftspublizistik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: 44-46
- Kaller, Paul Kurt (1996): Juristisches Taschenlexikon. Wiesbaden: Quelle & Meyer. UTB für Wissenschaft
- Kästner, Ingrid (1985): Ethische Positionen zum Tierexperiment in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In: Kaiser, Wolfram und Arina Völker (eds.): Ethik in der Geschichte von Medizin und Naturwissenschaften. Halle an der Saale: Wissenschaftspublizistik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: 88-94
- Kant, Immanuel (2003): Kritik der reinen Vernunft. Kritik der praktischen Vernunft. Kritik der Urteilskraft. Wiesbaden: Fourier Verlag GmbH
- Katholisches Klinikum Mainz (2010): Homepage. Online im WWW: URL: <http://www.katholisches-klinikum-mz.de/das-kkm.html> [Zugriff am 24.07.2010]
- Kick, Hermes Andreas (2005): Patienten oder Kunden – Therapeutische Offerte oder Marketing: Anthropologische Unterscheidung und ethische Konsequenzen. In: Kick, Hermes Andreas, Jochen Taupitz (eds.): Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit. Münster: LIT Verlag: 151-178

- Kick, Hermes Andreas (2006): Die Rolle von Patienten und Kunden. Ethische Verantwortung des Therapeuten. Gesundheit und Krankheit können keinen Warencharakter annehmen. In: Deutsches Ärzteblatt. Jahrgang 103. Heft 15. 5. Mai 2006: A1206-A1208
- Kliniken Erlabrunn (2006): Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V für das Berichtsjahr 2006. Online im WWW: URL: http://www.erlabrunn.de/csdata/download/1/de/2006_qm_bericht_kliniken_erlabrunn_gmbh_236_238.pdf [Zugriff am 24.04.2010]
- Kliniken Erlabrunn (2008): Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2008. Online im WWW: URL: http://www.erlabrunn.de/csdata/download/1/de/2008_3_strukturierter_qualita___niken_erlabrunn_ggmbh_237_239.pdf [Zugriff am 24.04.2010]
- Kloepfer, Rolf, Hanne Landbeck (1991): Ästhetik der Werbung: der Fernsehspot in Europa als Symptom neuer Macht. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Kohn, L. et al. (200): To Err Is Human: Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. Washington D.C.: National Academy Press
- Kreyher, Volker J. (2001): Gesundheits- und Medizinmarketing – Herausforderungen für das Gesundheitswesen. In: Ders. (ed.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Heidelberg: R. v. Decker's Verlag: 1-53
- Kugler, Walter (1979): Rudolf Steiner und die Anthroposophie – Wege zu einem neuen Menschenbild. – 2. Aufl. Köln: DuMont
- Laux, Eberhard, Roland Dumont du Voitel (1977): Überwachung der Wirtschaftlichkeit. In: WIBERA Wirtschaftsberatung Aktiengesellschaft (ed.): Wirtschaftliches Krankenhaus – Management Planung Rechnungswesen Prüfung. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Verlag W. Kohlhammer
- Leape, Lucian L. (2006): When Good Doctors Go Bad – A Systems Problem. In: Annals of Surgery. Volume 244. Number 5. November 2006: 649-652
- Liebermann, Sascha, Thomas Loer (2009): Krisenbewältigung oder Verantwortungsdelegation? Analytische Anmerkungen zum Arbeitsbündnis in fallorientierter Beratung von Organisationen. In: Arbeits- und Industriesoziologische Studien (AIS). Jahrgang 2., Heft 1, Juni 2009: 29-42
- Liese Wilhelm (1922): Geschichte der Caritas.1. Band. Freiburg: Caritasverlag

- Lingen (1974): Lexikon. Erarbeitet nach den Unterlagen der Lexikon-Redaktion des Verlages F.A. Brockhaus. Köln: Lingen Verlag
- Loer, Thomas (1994): Werkgestalt und Erfahrungskonstitution. Exemplarische Analyse von Paul Cézannes „Montagne Sainte-Victoire“ (1904/1906) unter Anwendung der Methode der objektiven Hermeneutik und Ausblicke auf eine soziologische Theorie der Ästhetik im Hinblick auf eine Theorie der Erfahrung. In: Garz, Detlef, Klaus Kraimer (eds.): Die Welt als Text. Theorie, Kritik und Praxis der objektiven Hermeneutik. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 341-382
- Loer, Thomas (2009): Standardisierung und Fallorientierung in der Arzt/Patient-Interaktion im Krankenhaus. Vorbereitende Überlegungen zu einer empirischen Studie nebst einer exemplarischen Analyse. Erscheint in: Kettner, Matthias, Peter Koslowski (eds.): Wirtschaftsethik in der Medizin: Wieviel Ökonomie ist gut für die Gesundheit? (Arbeitstitel) Unveröffentlichter Aufsatz im Sammelband. München: Wilhelm Fink (im Druck)
- Lurija, Alexander R. (1998): Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Lüthy, Anja (2001): Internet und Intranet als Marketinginstrument im Krankenhaus. In: Kreyher, Volker J. (ed.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Heidelberg: R. v. Decker's Verlag: Hüthig GmbH & Co. KG: 143-163
- Lüthy, Anja, Uta Buchmann (2009): Marketing als Strategie im Krankenhaus – Patienten- und Kundenorientierung erfolgreich umsetzen. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Malich, Burkhard (1985): Der Arzt in der Darstellung des Konrad von Ammenhausen. In: Kaiser, Wolfram, Arina Völker (eds.): Ethik in der Geschichte von Medizin und Naturwissenschaften. Halle an der Saale: Wissenschaftspublizistik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg: 46-53
- Malinowski, Bronislaw (1975): Eine wissenschaftliche Theorie der Kultur. Und andere Aufsätze. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Mante, Harald (1970): Farb-Design in der Fotografie. Ravensburg: Otto Maier
- Marckmann, Georg (2005): Rationalisierung und Rationierung: Allokation im Gesundheitswesen zwischen Effizienz und Gerechtigkeit. In: Kick, Hermes Andreas, Jochen Taupitz (eds.): Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit. Münster: LIT Verlag: 179-200

- Mayer, Hans (1993): Wirkungen der Kommunikationspolitik. In: Berndt, Ralph, Arnold Hermanns (eds.): Handbuch Marketing-Kommunikation. Strategien – Instrumente – Perspektiven – Werbung – Sales Promotions – Public Relations – Corporate Identity – Product Placement. Wiesbaden: Gabler: 209-224
- Mead, George Herbert (1903): Die Definition des Psychischen. In: Hans Joas (1987): Gesammelte Aufsätze / George Herbert Mead. Band 2. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 83-148
- Mead, George Herbert (1987): Wissenschaft und Lebenswelt* (Nachlaß). In: Hans Joas: Gesammelte Aufsätze / George Herbert Mead. Band 2. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 14-87
- Meffert, Heribert (1982): Marketing. Einführung in die Absatzpolitik; mit Fallstudie VW-Golf. 6. durchges. Aufl. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH
- Meffert, Heribert (2000): Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele. 9. überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH
- Meffert, Heribert, Manfred Bruhn (2006): Dienstleistungsmarketing. Grundlagen – Konzepte – Methoden. Mit Fallstudien. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH
- Meissner, Sabine, Sven Neumann (2005): Bedeutung von Unternehmensmarken bei (Krankenhaus-)Fusionen für das Personalmanagement und die Mitarbeiterintegration: In: Von Eiff, Wilfried (ed.): Unternehmensverbindungen. Strategisches Management von Kooperationen, Allianzen und Fusionen im Gesundheitswesen. Schriftenreihe: Gesundheitswirtschaft. Wegscheid: WIKOM GmbH: 268-293
- Memelsdorff, Franz (1911): Die Finanzgebarung der Krankenanstalten. In Julius Grober (ed.): Das deutsche Krankenhaus. Handbuch für Bau, Einrichtung und Betrieb der Krankenanstalten. Verlag Gustav Fischer, Jena: 866-905
- Mikl-Horke, Gertrude (1997): Industrie- und Arbeitssoziologie. – 4., unwesentlich veränd. Aufl. – München; Wien: Oldenbourg
- Navarro, Vincente (1976): Medicine under Capitalism. New York: Prodist
- Niechzial, Michael (2007): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. In: Nagel, Eckhard (ed.): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistung, Weiterentwicklung. 4., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Köln: Deutscher Ärzte Verlag: 223-240

- Norgall, Thomas (2007): Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Eine vertane Chance. In: Deutsches Ärzteblatt. Jahrgang 104. Heft 34-35. 27. August 2007: 2367-2368
- Oehme, Steffen, Oehme Wolfgang (2001): Marketing für ärztliche Leistungen. In: Kreyher, Volker J. (ed.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg: R.V. Decker's Verlag: 365-388
- Oevermann, Ulrich et al. (1979): Die Methodologie einer „objektiven Hermeneutik“ und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: Soeffner, Hans-Georg (ed.): Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Stuttgart: Metzler: 352-434
- Oevermann, Ulrich, Jörg Tykwer (1991): Selbstinszenierung als reales Modell der Strukturlogik von Fernsehkommunikation. Eine Analyse der >Tagesthemen< vom 2. Oktober 1990. In: Müller-Doohm, Stefan, Klaus Neuman-Braun (eds.): Öffentlichkeit, Kultur, Massenkommunikation: Beiträge zur Medien- und Kommunikationssoziologie. Oldenburg: BIS-Verlag: 267-315
- Oevermann, Ulrich (1993): Die objektive Hermeneutik als unverzichtbare methodologische Grundlage für die Analyse von Subjektivität. Zugleich eine Kritik der Tiefenhermeneutik. In: Jung, Thomas, Stefan Müller-Doohm (eds.): „Wirklichkeit“ im Deutungsprozess: Verstehen und Methoden in den Kultur- und Sozialwissenschaften. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 106-189
- Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, Arno, Werner Helsper (eds.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 70-182
- Oevermann, Ulrich (1998): Der professionalisierungstheoretische Ansatz eines Teilprojekts „Struktur und Genes professionalisierter Praxis als Ortes der stellvertretenden Krisenbewältigung“, seine Stellung im Rahmenthema des Forschungskollegs und sein Verhältnis zur historischen Forschung über die Entstehung der Professionen im 19. und 20. Jahrhundert. Unveröffentlichtes Manuskript. Frankfurt am Main
- Oevermann, Ulrich (2004): Sozialisation als Prozess der Krisenbewältigung. In: Geulen, Dieter, Hermann Veith (eds.): Sozialisationstheorie interdisziplinär. Aktuelle Perspektiven. Stuttgart: Lucius und Lucius
- Oevermann, Ulrich (2009): Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis

- von Sozialarbeit. In: Becker, Roland et al. (eds.): Professionalität in der sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS-Verlag: 113-142
- Osten, Philipp (2007): Krankenhäuser. In: Noack, Thortsen, Heiner Fangerau, Jörg Vögele (eds.): Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer: 98-108
- Osterwold, Tilman (1989): Pop Art. Köln: Benedikt Taschen Verlag
- Parsons, Talcott (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin – eine soziologische Analyse. In: König, René, Margret Tönnemann (eds.) (1970): Probleme der Medizin-Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3. Opladen: Westdeutscher Verlag: 10-57
- Packard, Vance (1957): Die geheimen Verführer. Der Griff nach dem Unbewussten in jedermann. Düsseldorf: Econ-Verlag GmbH
- Pepels, Werner (1994): Werbung und Absatzförderung: Kommunikationsprozeß, Kommunikationsstrategie, Werbeziel, Werbeobjekt, Werbebudget, Absatzquelle, Zielpersonengruppe, Positionierung, Kampagnenformat, Marktsegmentierung, Werbeeffizienzmessung, Klassische Werbemedien, Nicht-klassische Werbemedien. Wiesbaden: Gabler
- Pickert, Mike (1994): Die Konzeption der Werbung: Determinanten, Strategien, Kommunikués; mit Tabellen. Heidelberg: Sauer, Zürich: Verl. Industrielle Organisation
- Postman, Neil (1988): Wir amüsieren uns zu Tode. Urteilsbildung im Zeitalter der Unterhaltungsindustrie. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Raffée, Hans, Klaus-Peter Wiedmann (1993): Corporate Identity als strategische Basis der Kommunikationspolitik. In: Berndt, Ralph, Arnold Hermanns (eds.): Handbuch Marketing-Kommunikation. Strategien – Instrumente – Perspektiven – Werbung – Sales Promotions – Public Relations – Corporate Identity – Product Placement. Wiesbaden: Gabler: 43-67
- Raske, Hilde (ed.) (1984): Der Bau: Studien zur Architektur und Plastik des 1. Goetheanum von Carl Kemper. – 3. Aufl. Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben
- Reinhardt, Dirk (1993): Von der Reklame zum Marketing. Geschichte der Wirtschaftswerbung in Deutschland. Berlin: Akademie Verlag GmbH

- Reiwald, Paul (1975): Malinowski und die Ethnologie. In: Malinowski, Bronislaw: Eine wissenschaftliche Theorie der Kultur. Und andere Aufsätze. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 7-18
- Richter, Rudolf, Eirik G. Furubotn (2003): Neue Institutionenökonomik. Eine Einführung und kritische Würdigung. 3. Auflage. Tübingen: Mohr-Siebeck
- Riegl, Gerhard F. (2000): Krankenhaus-Marketing & Qualitätsmanagement. Großes Handbuch für das Erfolgs-Management in Hospitälern. 1. Auflage. Augsburg: Verlag Prof. Riegl & Partner GmbH
- Rohde, Johann Jürgen (1974): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. 2., überarbeitete Auflage. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart
- Sana-Klinikum Remscheid (2006): Strukturierter Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V. Online im WWW: URL: http://www.sana-klinikum-remscheid.de/uploads/tx_templavoila/Remscheid_QB06_01.pdf [Zugriff am 10.07.2009]
- Sana-Klinikum Remscheid (2008): Strukturierter Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V. Online im WWW: URL: http://www.sana-klinikum-remscheid.de/uploads/tx_templavoila/Remscheid_QB08_01.pdf [Zugriff am 10.07.2009]
- Saunders, Lyle (1955): Cultural Difference and Medical Care: The Case of the Spanish-Speaking People of the Southwest. New York J Am Med Assoc. 1955;157(13):1170
- Scheier, Christian, Dirk Held (2008): Wie Werbung wirkt. Erkenntnisse des Neuromarketing. Freiburg; Berlin; München: Rudolf Haufe Verlag
- Schindler, A. W. et al. (2007): Marketing im Krankenhaus – (K)ein Thema? In: AINS – Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie. 09; 2007. Stuttgart: Georg Thieme Verlag: 656-660
- Schipperges, Heinrich (1987): Der Garten der Gesundheit: Medizin im Mittelalter. – 2. Aufl. – München; Zürich: Artemis-Verlag
- Schipperges, Heinrich (1999): Krankheit und Kranksein im Spiegel der Geschichte. Schriften der Mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse der Heidelberger Akademie der Wissenschaften; Nr.5.). – Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Hongkong; London; Mailand; Paris; Singapur; Tokio: Springer
- Schmalen, Helmut (1985): Kommunikationspolitik. Werbeplanung. Stuttgart; Berlin; Köln; Mainz: Kohlhammer

- Schmidbauer, Manfred: Das kreative Netzwerk. Wie unser Gehirn in Bildern spricht. Wien; New York: Springer
- Schmidt, Hartmut (2005): Gesundheitsreport. Büttelborn: HPS Research
- Schmidt, Siegfried J. (2003): Werbung oder die ersehnte Verführung. In: Willems Herbert (ed.): Die Gesellschaft der Werbung. Kontexte und Texte. Produktionen und Rezeptionen. Entwicklungen und Perspektiven. 1. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag: 101-119
- Schünemann, Wolfgang B. (1993): Wirtschaftsprivatrecht: juristisches Basiswissen für Wirtschaftswissenschaftler. 2., überarb. Aufl. Stuttgart; Jena: G. Fischer. UTB für Wissenschaft
- Schulze, Sabine (ed.) (1992): Edward Hoper 1882-1967 - Katalog zur Ausstellung in der Kunsthalle Schirn, Frankfurt 1992. Ostfildern/Stuttgart: Dr. Cantz'sche Druckerei
- Schweiger, Günter, Gertraud Schrottenecker (1995): Werbung – Eine Einführung. 4. , völlig neu bearb. und erw. Auflage. Stuttgart; New York: UTB
- See, Hans (1973): Die Gesellschaft und ihre Kranken oder brauchen wir das klassenlose Krankenhaus? Ein Beitrag zur politischen Soziologie der Medizin. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Seiden, Samuel C., Paul Barach (2006): Wrong-Side/Wrong-Site, Wrong-Procedure, and Wrong-Patient Adverse Events. Are They Preventable? In: Archives of Surgery. 2006. Volume141:931-939
- Siebeg, Josef (1980): Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus. Schriften des Deutschen Krankenhausinstituts – Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf – Düsseldorf; Band 15. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Verlag W. Kohlhammer
- Siegrist, Johannes (1978): Arbeit und Interaktion im Krankenhaus: Vergleichende medizinsoziologische Untersuchungen in Akutkrankenhäusern. 1. Auflage. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2004): § 107 Abs. 1. Online im WWW. URL: http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0510700 [Zugriff am 23.06.2010]

- Sozialgesetzbuch Fünftes Kapitel (SGB V) (2009): § 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung vom 19.03.2009. Online im WWW: URL: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/137.html> [Zugriff am 16.07.2009]
- Stange, Raimar (1999): Damien Hirst. In: Grosenick, Uta, Burkhard Riemenschneider (eds.): Art at the Turn of the Millenium. Köln: Benedikt Taschen Verlag: 226-229
- Statistisches Bundesamt (2008): Krankenhauslandschaft im Umbruch, Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 10.12.2008. Online im WWW: URL: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2008/Krankenhaeuser/begleitheft__krankenhaeuser,property=file.pdf [Zugriff am 03.07.2009]
- Statistisches Bundesamt (2009): Statistisches Jahrbuch 2009. 9 Gesundheitswesen. Online im WWW: URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/SharedContent/Oeffentlich/B3/Publikation/Jahrbuch/Gesundheit,property=file.pdf> [Zugriff am 08.08.2009]
- Steffen, Petra (2004): Patientenzufriedenheit als Zielgröße für das strategische Krankenhausmanagement. In Pfaff, Holger et al. (eds.): „Weiche“ Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement – Stakeholderinteressen zielgerichtet erkennen und einbeziehen. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber: 85-108
- Steiner, Rudolf (1991): Menschenwerden, Weltenseele und Weltengeist. Zweiter Teil: Der Mensch als geistiges Wesen im historischen Werdegang. 2. Auflage Gesamtausgabe, Dornach: Rudolf Steiner Verlag
- Strauss, Michaela (1983): Von der Zeichensprache des kleinen Kindes: Spuren der Menschwerdung. 3. Auflage. Verlag Freies Geistesleben GmbH, Stuttgart
- Thieme, H. Jörg (1995): Wirtschaftssysteme. In Dieter Bender et al. (eds): Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik. Band 1. 6. überarb. und erw. Aufl. –1995. Verlag Franz Vahlen GmbH, München: 3-48
- Thomas, Eric J., Troyen A. Brennan (2000): Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. In: British Medical Journal 2000; 320: 741-744
- Tritten, Gottfried (1981): Erziehung durch Farbe und Form. Ein methodisches Handbuch für das bildnerische Gestalten und Denken. 3. Auflage. Bern: Verlag Paul Haupt
- Troeltsch, Ernst (1923): Die Soziallehren der christliche Kirchen und Gruppen. 1. Band. Tübingen: Verlag von J. C. B. Mohr (Paul Siebeck)

- Vincent, Charles et al. (2000): How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. In: British Medical Journal 2000. Volume 320:777-781
- Von Eiff, Wilfried (2007a): Hospital Branding: Von der Markenkultur zum Magnet-Krankenhaus. In: Von Eiff, Wilfried, Kerstin Stachel (eds.): Unternehmenskultur im Krankenhaus. Band 1 der Reihe „Leistungsorientierte Führung und Organisation im Gesundheitswesen. 2. Auflage. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung: 43-64
- Von Eiff, Wilfried (2007b): Vorwort. In: Von Eiff, Wilfried, Kerstin Stachel: Unternehmenskultur im Krankenhaus. Band 1 der Reihe „Leistungsorientierte Führung und Organisation im Gesundheitswesen. 2. Auflage. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung: IX
- Von Eiff, Wilfried (2007c): Die neue Marktdynamik im Gesundheitswesen. In: Von Eiff, Wilfried, Kerstin Stachel: Unternehmenskultur im Krankenhaus. Band 1 der Reihe „Leistungsorientierte Führung und Organisation im Gesundheitswesen. 2. Auflage. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung: 2-8
- Von Eiff, Wilfried (2007d): Unternehmensleitbild als Voraussetzung einer zukunftsorientierten Unternehmenskultur – Thesen zur Änderung der Organisationskultur in Krankenhäusern. In: von Eiff, Wilfried, Kerstin Stachel (eds.): Unternehmenskultur im Krankenhaus. Band 1 der Reihe „Leistungsorientierte Führung und Organisation im Gesundheitswesen, Verlag Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh: 29-41
- Von Eiff, Wilfried, Kerstin Stachel (2007): Zweck, Merkmale und Elemente von Unternehmenskulturen. In: von Eiff, Wilfried, Kerstin Stachel (eds.): Unternehmenskultur im Krankenhaus. Band 1 der Reihe „Leistungsorientierte Führung und Organisation im Gesundheitswesen, Verlag Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh: 18-28
- Von Engelhardt, Dietrich (1997): Wissenschaftlicher Fortschritt im soziokulturellen Kontext. Naturwissenschaft, Medizin und Mythos nach Nürnberg. In: Tröhler, Ulrich, Stella Reiter-Theil (eds.): Ethik und Medizin: 1947 – 1997; Was leistet die Kodifizierung von Ethik. Göttingen: Wallenstein: 147-160
- Von Engelhardt, Michael, Christa Hermann (1999): Humanisierung im Krankenhaus – Empirische Befunde zur Professionalisierung der Patientenversorgung. Weinheim; München: Juventa
- Vossebein, Ulrich (2000): Marketing-Intensivtraining, 2. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler

- Voswinkel, Stephan (2007): Dienst als Leistung? Ambivalenzen einer intersubjektiven Arbeit. In: WestEnd Neue Zeitschrift für Sozialforschung. 4. Jahrgang. Heft 1,2007. Frankfurt am Main und Basel: Stroemfeld Verlag: 59 -76
- Weber, Max (1980): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. 5. Auflage (Studienausgabe). Tübingen: Mohr
- Weber, Max (1988): Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. 7 Taschenbuchbd. Tübingen: Mohr
- Wernet, Andreas (2006): Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik. 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Westhofen, Martin (1999): Operative Hochleistungsmedizin. Handlungszwang zwischen ärztlicher Ethik, wirtschaftlichem Erfolg und Qualitätskontrolle. In: Brudermüller, Gerd (ed.): Angewandte Ethik und Medizin. Schriftenreihe des Instituts für Angewandte Ethik e.V.; Band 1. Würzburg: Königshausen und Neumann: 171-184
- White Mamba (2010): Homepage. Online im WWW: URL: <http://www.white-mamba.de/> [Zugriff am 24.04.2010]
- WHO (1946): Constitution of the World Health Organization. Online im WWW: URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> [Zugriff am 21.06.2010]
- Wörz, Markus (2008): Erlöse – Kosten – Qualität: Macht die Krankenhausträgerschaft einen Unterschied? Eine vergleichende Untersuchung von Trägerunterschieden im akutstationären Sektor in Deutschland und den Vereinigten Staaten von Amerika. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Wuttke, Rainer (2000): Facility Management: Eine Chance zur Überwindung der Investitionsunfähigkeit der Krankenhäuser. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft - Ergänzungsheft 4/2000: Krankenhausmanagement 2000. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Gabler: 89-104
- Zimbardo, Philip G., Richard J. Gerrig (1999): Psychologie. Bearb. von Siegfried Hoppe-Graf; I. Engel. 7., neu übers. und bearb. Aufl. – Bern; Heidelberg; New York; Barcelona; Hong Kong; London; Mailand; Paris; Tokio: Springer
- Zurstiege, Guido (1998): Mannsbilder – Männlichkeit in der Werbung. Eine Untersuchung zur Darstellung von Männern in der Anzeigenwerbung der 50er, 70er und 90er Jahre. Opladen: Westdeutscher Verlag

Zurstiege, Guido (2003): Die Gesellschaft der Werbung – was wir beobachten, wenn wir die Werbung beobachten, wie sie die Gesellschaft beobachtet. In: Willems Herbert (ed.): Die Gesellschaft der Werbung. Kontexte und Texte. Produktionen und Rezeptionen. Entwicklungen und Perspektiven. 1. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag: 121-138

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt entnommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Anhang

CD-Rom der analysierten Qualitätsberichte