

Verband

Interview mit dem neuen
Vorsitzenden Ingo Morell
S.3

Thema

Leistungsgruppen und
Versorgungsstufen
S.8

kkvd -aktuell

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V.



Liebe Leserinnen und Leser, seit der letzten Ausgabe unseres Heftes im vergangenen November ist vieles passiert. Im Bund gibt es eine neue Regierungskonstellation mit einer Ampel-Koalition. Die Covid-19-Pandemie hat weitere Wellen durchlaufen und damit die Kliniken immer wieder sehr belastet. Und der grausame Krieg in der Ukraine hat uns alle aufgerüttelt und erschüttert und ist täglich in unseren Gedanken. Ein Lichtblick dabei war und ist die große Hilfsbereitschaft, mit der die katholischen Krankenhäuser bundesweit so schnell aktiv geworden sind, um bei der Versorgung geflüchteter Menschen zu helfen und Transporte mit Medikamenten und Ausrüstung in das Kriegsgebiet zu schicken. Dies zeigt einmal mehr,

wie sehr sich die Krankenhäuser nicht nur als Gesundheitseinrichtungen, sondern auch als engagierte Akteure der Zivilgesellschaft verstehen. Ihnen allen herzlichen Dank für Ihren Einsatz!

Seit Dezember haben wir eine neue Bundesregierung. Aufgrund der Ballung der Krisen kommt sie nur schrittweise dabei voran, ihre gesundheitspolitische Agenda anzugehen. Im Koalitionsvertrag ist vorgesehen, dass eine Regierungskommission Vorschläge zur Reform der Krankenhausstrukturen und -finanzierung erarbeitet. Danach sollen mit einem Bund-Länder-Pakt die Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg gebracht werden. »

In dieser Ausgabe von „kkvd-aktuell“ beschreiben die beiden krankenhauspolitischen Fachpolitiker der Bundestagsfraktionen von SPD und Union, welche Anforderungen sie an eine solche Reform stellen. Gleichzeitig nehmen wir zwei Schlagworte in den Blick, die sich in Bezug auf die künftige Krankenhausplanung im Koalitionsvertrag der neuen Regierung wiederfinden, allerdings noch ohne jegliche Definition: „Leistungsgruppen“ und „Versorgungsstufen“. Was sind die Charakteristika dieser beiden Planungsinstrumente? Welchen Weg schlägt Niedersachsen gerade ein, das nach Nordrhein-Westfalen seine Krankenhausplanung nun gleichfalls neu aufstellt? Auch dazu finden Sie in diesem Heft interessante Fachbeiträge.

Doch Wahlen und neue Personalien gab es nicht nur in der Bundespolitik, sondern auch in unserem Verband. Ingo Morell wurde von der Mitgliederversammlung des kkvd Ende November zum neuen Verbandsvorsitzenden bestimmt. Er folgt damit auf unseren langjährigen Vorsitzenden Theo Paul, den wir Anfang Juni bei unserem Fachtag in Berlin auch offiziell verabschiedet werden (s. Kasten unten). Ingo Morell schildert im ausführlichen Interview ab S. 3, wo die Krankenhauspolitik derzeit steht und welche Schwerpunkte der kkvd in seiner Arbeit setzt. Außerdem beschreibt er, worauf es bei der Umsetzung der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen ankommen wird.

Neben allen politischen Themen hat mich in den letzten Monaten auch die Krise sehr bewegt, in der sich die katholische Kirche derzeit befindet. Der Verlust an Vertrauen und Glaubwürdigkeit ist enorm.

Nun kehren auch Menschen, die in ihren Kirchengemeinden tief verwurzelt und hoch engagiert waren, der Kirche den Rücken. Das geht an die Substanz.

Mit der Aktion „OutInChurch“ haben uns über einhundert Mitarbeitende aus katholischen Einrichtungen daran erinnert, dass es für queere Menschen noch immer Sorgen und Hürden gibt, an ihrem Arbeitsplatz offen zu ihrem Lebens-

modell zu stehen. Mich hat das sehr nachdenklich gemacht, denn Vielfalt ist in unseren katholischen Krankenhäusern heute eigentlich gelebter Alltag. Das hat auch die Beteiligung der Einrichtungen an unserer Kampagne „Vielfalt ist gesund“ sehr deutlich gezeigt. Es gibt also noch einiges zu tun, damit sich alle Mitarbeitenden bei uns vollständig angenommen und respektiert fühlen. Und wir müssen vielleicht einigen Stereotypen, die katholischen Einrichtungen noch immer zugeschrieben werden, stärker entgegenwirken. In dieser Nachdenklichkeit wünsche ich Ihnen viel Freude beim Lesen dieser Ausgabe.

Mit besten Grüßen
Ihre
Bernadette Rummelin



Bernadette Rummelin
Geschäftsführerin (Sprecherin)
des kkvd
E-Mail: bernadette.ruemmelin@caritas.de

Aus dem Verband

kkvd hat einen neuen Vorstand

Ende November 2021 hat die Mitgliederversammlung des kkvd turnusgemäß einen neuen Vorstand gewählt. Zum Nachfolger des bisherigen Vorsitzenden Theo Paul wurde Ingo Morell bestimmt, langjähriger Geschäftsführer der gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe (GFO).

In den Vorstand wurden außerdem gewählt: Dirk Albrecht (Contilia, Essen), Andreas Barthold (Alexianer, Münster), Martin Bosch (St. Josefs-Hospital, Wiesbaden), Thomas Brobeil (Vinzenz von Paul Hospital, Rottweil), Monika Hilsmann (MKS Kath. St. Paulus Gesellschaft, Schwerte), Jochen Messemer (Marienhaus, Waldbreitbach), Hartmut Münzel (Angela von Cordier-Stiftung, Remagen), Martin Pohlmann (Landes-Caritasverband Oldenburg), Ansgar Veer (St. Bonifatius Hospitalgesellschaft, Lingen) sowie Matthias Warmuth (BBT-Gruppe, Koblenz).

Auf seiner konstituierenden Sitzung Anfang Februar 2022 kooperierte der neue Vorstand als zusätzliche Mitglieder: Peggy Kaufmann (St. Elisabeth-Krankenhaus, Leipzig), Gerrit Krause (Alexianer, Münster) sowie Esther van Bebbber (Caritasverband für das Erzbistum

Paderborn). Zudem wurde Ansgar Veer das Amt des stellvertretenden Vorsitzenden übertragen.

Die Mitgliederversammlung und die Wahlen fanden erstmals in der Verbandsgeschichte digital statt. Um solche innovativen Tagungs- und Entscheidungsformen bei Bedarf auch in Zukunft nutzen zu können, sollen der nächsten Mitgliederversammlung entsprechende Änderungsvorschläge zur Satzung vorgelegt werden. Die Amtszeit des neuen kkvd-Vorstands läuft bis 2025. mō

Seien Sie mit dabei! Beim kkvd-Fachtag am 1. Juni 2022

Die Krankenhauspolitik der neuen Bundesregierung ist Schwerpunkt unseres diesjährigen Fachtags am 1. Juni, 10 bis 16 Uhr, in Berlin. Vertreter:innen von Politik und Verbänden diskutieren mit Praktiker:innen aus den Kliniken. Und: Der langjährige kkvd-Vorsitzende Theo Paul wird feierlich verabschiedet. Mehr Infos: www.kkvd.de; Anmeldung per E-Mail: veranstaltung.kkvd@caritas.de

Politik

„Unsere Interessen deutlich vertreten“

Seit Ende November 2021 ist Ingo Morell der neue Vorsitzende des kkvd. Die Mitgliederversammlung wählte ihn zum Nachfolger von Theo Paul, dem ehemaligen Generalvikar des Bistums Osnabrück, der nach zehn Jahren nicht erneut kandidiert hatte. Morell ist als langjähriger Geschäftsführer der Gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe (GFO) ein erfahrener Praktiker. Durch sein Engagement in den Krankenhausgesellschaften in Nordrhein-Westfalen und auf Bundesebene sowie

in Kirchen- und Caritas-Gremien sind dem neuen Vorsitzenden des kkvd die Verbandsarbeit und die Politik bestens vertraut. Dem Vorstand des kkvd gehört Ingo Morell bereits seit 2009 an. Im gleichen Jahr übernahm er auch das Amt des stellvertretenden Vorsitzenden.

kkvd aktuell sprach mit Ingo Morell über die Zukunft der katholischen Krankenhäuser, die Rolle des kkvd und über aktuelle politische Herausforderungen.

Bild Caritas in NRW/Achim Pohl



Ingo Morell

Letztes Jahr hat Theo Paul seinem Nachfolger mit auf den Weg gegeben: „Bleiben Sie zuversichtlich bei der Arbeit für die Zukunft der katholischen Krankenhäuser!“ Wie steht es mit Ihrer Zuversicht?

Da muss man ein wenig unterscheiden. Schauen Sie sich an, was in der Welt passiert, beispielsweise den Krieg in der Ukraine, dann ist es mit der Zuversicht ganz schön schwer. Was die Zukunft der katholischen Krankenhäuser angeht, bin ich trotz aller krankenhauspolitischen Diskussionen optimistisch. Wir werden für eine gute Gesundheitsversorgung gerade auch in der Fläche gebraucht. Und wir haben in den zurückliegenden, strukturell turbulenten Jahren gezeigt, dass wir veränderungsbereit und zukunftsorientiert sind. Das sollten wir uns erhalten. Auch die Auswirkungen der Pandemie sind nicht zu unterschätzen. Besorgt macht mich

zudem die Krise, in der sich die katholische Kirche befindet. Was beispielsweise bei der Aufarbeitung der Missbrauchsfälle ans Tageslicht kommt, ist erschreckend. Selbstverständlich treibt das auch die Menschen um, die in den katholischen Krankenhäusern arbeiten.

„Wichtig ist, was wir tun, und wie wir es tun“

Zur Krise der Kirche hinzu kommen die Diskussionen über die Loyalitätspflichten für Mitarbeiter:innen in katholischen Einrichtungen.

Das stimmt. Ich persönlich halte es für grundfalsch, Loyalitätspflichten mit der privaten Lebensführung oder der sexuellen Orientierung zu vermengen. Mir ist wichtig, dass unsere Einrichtungen aus einer christlichen Haltung heraus arbeiten und dass dies auch nach außen spürbar wird. Es geht darum, was wir tun – und wie wir es tun. Im Arbeitsalltag erlebe ich immer wieder konfessionslose Mitarbeitende, die den christlichen Geist mehr mitbringen als manch andere. Die sexuelle Orientierung sollte für die Träger kein Grund zu arbeitsrechtlichen Konsequenzen sein. Aber wir müssen noch mehr tun, damit niemand in unseren Teams das Gefühl hat, sich verstecken zu müssen, oder Diskriminierung fürchtet. Außerdem ist wichtig, dass die Grundordnung jetzt schnell überarbeitet wird.

Die neue Bundesregierung will laut Koalitionsvertrag das kirchliche Arbeitsrecht, den sogenannten „Dritten Weg“, auf den Prüfstand stellen. Was halten Sie davon?

Mein Eindruck ist, der „Dritte Weg“ wird immer nur am Streikverbot gemessen. Aber schauen Sie sich an, welche Ergebnisse mit dem „Dritten Weg“ für die Mitarbeitenden erzielt werden, braucht sich diese Alternative zum Tarifvertragsrecht nicht zu verstecken. Nur ein Beispiel: Bei der Caritas werden Pflegekräfte in der Altenhilfe genauso bezahlt wie diejenigen in der Krankenpflege. Das ist

andernorts oft nicht der Fall. Zudem finden auch bei uns Verhandlungen zwischen Mitarbeiterseite und Dienstgebern statt. Aber wir setzen bei Konflikten auf Schlichtung statt Streiks oder Ausspernung. Das ist kein Kuschelkurs, beide Seiten müssen zu- und abgeben, um am Ende zu gemeinsamen Lösungen zu kommen. Den Kritiker:innen des „Dritten Weges“ kann ich raten, sich die Ergebnisse und den Weg dahin einmal genau anzuschauen. Ich bin überzeugt, der „Dritte Weg“ ist definitiv nicht schlechter als der „Zweite Weg“ mit Tarifverträgen.

„Die Kliniken aus dem Hamsterrad befreien“

Die neue Bundesregierung hat sich auch eine grundlegende Krankenhausreform vorgenommen. Dafür sollen eine Regierungskommission eingesetzt und ein Bund-Länder-Pakt geschmiedet werden. Welche Erwartungen haben Sie daran?

Ganz wesentlich wird sein, wie die Regierungskommission zusammengesetzt ist und mit welchem Auftrag sie arbeitet. Wir haben kein Erkenntnis-, sondern ein Konsensproblem. Meine Hoffnung ist außerdem, dass sich bei der Pflege schnell etwas tut. Werden die Pflegepersonaluntergrenzen durch die Pflegepersonal-Regelung (PPR) 2.0 ersetzt, dann wäre schon einiges gewonnen.

Hohe Priorität sehe ich auch bei der Reform der Krankenhausfinanzierung. Die Kliniken müssen endlich aus dem Hamsterrad befreit werden, in das sie geraten, wenn sie ihre Vorhaltekosten und Investitionen nur noch durch immer höhere Fallzahlen finanzieren können.

Bei der Krankenhausplanung wird viel vom Verhalten der Länder abhängen. Dass wir am Ende für alle sechzehn Bundesländer eine einheitliche Krankenhausplanung bekommen, kann ich mir nicht vorstellen. Dafür fehlt mir im Moment noch die Fantasie.

In der Tat schlagen die Länder gerade sehr unterschiedliche Wege bei der Krankenhausplanung ein. Niedersachsen will künftig auf eine gestufte Versorgung setzen. Nordrhein-Westfalen geht einen anderen Weg mit Leistungsbereichen und -gruppen. Wo liegen die Stärken und Schwächen dieser Modelle?

Es gibt keinen Königsweg bei der Krankenhausplanung. Bei den Versorgungsstufen, seien es drei oder fünf, frage ich mich, wie die genau definiert und abgegrenzt werden sollen. Geht es nach Menge, entweder der Fall- oder Bettenzahl, wird das der Versorgungsrealität nicht gerecht. Das Modell mit Leistungsbereichen und -gruppen in Nordrhein-Westfalen hat auch seine Tücken. Es bietet allerdings die Möglichkeit, dass Kliniken in Teilbereichen Maximalversorgungsniveau haben können, ohne dass dies für das ganze Haus gelten muss. So können sie sich differenzierter aufstellen. Das spiegelt auch die Realität in den Krankenhäusern wider.

„Strukturenreformen kosten Geld“

Am 15. Mai wird in Nordrhein-Westfalen (NRW) gewählt. Danach geht die Umsetzung der neuen Landes-Krankenhausplanung in die entscheidende Phase. Worauf kommt es dabei an?

Der jetzige Landesgesundheitsminister hat uns zugesagt, dass die neue Krankenhausplanung ein lernendes System ist. Ich erwarte, dass diese Zusage steht, egal wer nach der Wahl die Regierung stellt. Das ist wichtig, denn bei der Umsetzung werden wir viele Vorgaben nochmals hinterfragen und gegebenenfalls korrigieren müssen.

Außerdem geht es nicht ohne Öffnungsklauseln. Nordrhein-Westfalen ist abseits seiner Ballungsgebiete auch ein Flächenland, beispielsweise in Westfalen-Lippe oder im Hochsauerlandkreis. Dort gibt es Krankenhäuser, die die neuen Planungsvorgaben nicht erfüllen können, aber trotzdem für die Versorgung notwendig sind. Niemand will diese Häuser schließen oder umwidmen, auch nicht die Krankenkassen oder die Landesregierung. Da wird man andere Wege finden müssen.

Klar ist schließlich: Ohne zusätzliches Geld vom Land wird die Umsetzung des Krankenhausplans nicht gelingen. Ich weiß von den katholischen Trägern, dass sie zu deutlichen Strukturveränderungen bereit sind. In Nordrhein-Westfalen haben wir viele Verbünde, die das als Chance sehen. Aber der Abbau von Kapazitäten oder die Zusammenlegung von Häusern kostet Geld, das weder die katholischen noch die anderen Krankenhäuser selbst aufbringen können. Wir haben die Zusage der Spitzen aller Parteien, die derzeit für eine Regierungsbildung in Frage kommen, dass sie dafür Landesmittel aufbringen wollen. Doch entscheidend ist, was nach der Wahl passiert.

Die Coronapandemie hat die Krankenhäuser und ihre Teams in den vergangenen beiden Jahren sehr in Atem gehalten. Was sind Lehren aus dieser Zeit?

Ich kann mich gut an den Sommer 2021 erinnern. Draußen auf den Straßen sprach kaum noch jemand über die Pandemie, aber in den Krankenhäusern war Corona weiter sehr präsent. Jetzt heißt es aus der Politik, in diesem Sommer könnten die Kliniken in den Normalbetrieb wechseln. Doch das gilt aus meiner Sicht für die wenigsten Häuser. Vielmehr müssen wir uns laut Expertenmeinung auf neue Infektionswellen im Herbst und Winter einstellen. Die Pandemie wird uns also wohl noch eine Weile begleiten.

Trotzdem ist gerade jetzt der richtige Zeitpunkt, um für künftige Krisen vorzusorgen. Heute wissen wir, wo der Schuh drückt und welche Investitionen sinnvoll und nötig sind, um die Krankenhäuser langfristig krisenfest zu machen. Das reicht von baulichen Maßnahmen bis hin zur Digitalisierung. Notwendig ist eine ausreichende Investitionsfinanzierung. Wenn die Länder das nicht stemmen

können, sollte der Bund mit zielgerichteten Förderprogrammen mit einsteigen.

Außerdem haben wir bei der Pandemiebewältigung davon profitiert, dass es in Deutschland vergleichsweise viele Krankenhäuser gibt. Das heißt nicht, dass jetzt jeder Standort unverzichtbar ist. Es wird weitere Zusammenlegungen und Umwidmungen geben. Aber wir brauchen Reservekapazitäten, um in einer Krise handlungsfähig zu bleiben.

„Normale‘ Kranke nicht aus dem Blick verlieren“

Wo sehen Sie die katholischen Krankenhäuser in Deutschland in zehn Jahren?

Wir werden in den nächsten zehn Jahren auch im katholischen Bereich eine weitere Konzentration der Träger und der Standorte erleben. Dabei sind gerade in den ländlichen Gebieten kreative Ideen gefragt, wie wir mit Standorten umgehen. Denn die medizinische Versorgung in den ländlichen Regionen wird ohne uns stellenweise schwierig.

Mein Wunsch ist außerdem, dass wir trotz aller Spezialisierung der Medizin die ganz „normalen“ Kranken nicht aus dem Blick verlieren: Die katholischen Krankenhäuser sind neben der Spezialisierung und medizinischen Versorgung auch dafür da, die Menschen wohnortnah zu versorgen. Muss eine Patientin für einen unkomplizierten stationären Aufenthalt 60 Kilometer weit fahren, geht das zu Lasten des Kontakts zu Angehörigen und Freunden, die diese Strecke nicht jeden Tag fahren können. Dabei wissen wir doch, wie wichtig das soziale Netz für die Genesung ist.

Was ist der Beitrag des kkvd auf diesem Weg?

Schaut man zehn Jahre zurück, stellt man fest: Die Krankenhauslandschaft ist heute heterogener als damals. Und damit hat auch die Bandbreite der Interessen stark zugenommen. Wir können daher nicht selbstverständlich davon ausgehen, dass die Interessen der katholischen Krankenhäuser, die einen besonderen Schwerpunkt auf die Daseinsvorsorge legen, von allen anderen mitvertreten werden. Wir müssen selbst unsere Stimme erheben. Wenn wir in Berlin nicht auftreten und auch mal laut sind, dann werden die Dinge, die uns wichtig sind, einfach hinten runterfallen. Darum braucht es den kkvd.

Hat der kkvd deswegen im vergangenen Jahr seine Verbandsstrategie neu ausgerichtet?

Ja, wir müssen unsere Interessen und Ansichten deutlicher vertreten. Das gilt innerhalb der Deutschen Krankenhausgesellschaft, aber auch außerhalb, im politischen Berlin. Kern der Strategie ist, dass sich der kkvd in seiner Arbeit gleichzeitig auch ein Stück konzentriert. Wir müssen nicht nochmals wiederholen, was in den

Rundschreiben der Deutschen Krankenhausgesellschaft bereits aufgeschrieben wurde, sondern unsere Positionen in den Politikbereich und in die Gesellschaft bringen. Daher haben wir drei Schwerpunkte gesetzt.

Wir wollen deutlich machen, dass die freigemeinnützige Trägergesellschaft ein Zukunftsmodell ist, das Gemeinwohlorientierung und nachhaltiges Wirtschaften gut miteinander verbindet.

Wichtig ist uns zudem, die Bedeutung regionaler Versorgungsstrukturen und einer regionalen Planung für die Daseinsvorsorge zu unterstreichen sowie die Bedeutung von Menschlichkeit, Zuwendung und Fürsorge im Umgang miteinander hervorzuheben. Zusätzlich wollen wir uns über die Diözesan-Caritasverbände auch in den Bundesländern besser vernetzen, denn die Landesebene wird für uns immer wichtiger, gerade im Bereich der Krankenhausplanung.

Schließlich wollen wir auch die Mitglieder stärker mitnehmen. Denn es ist aus der Praxisperspektive vor Ort schon schwer nachzuvollziehen, nach welchen ganz anderen Regeln die Politik in Berlin funktioniert. Wir sehen uns da in der Pflicht, stärker zu kommunizieren, was wir tun, welche Themen akut sind und wie die Prozesse im Berliner Politikbetrieb ablaufen.

Das lädt zu einer Abschlussfrage ein: Was unterscheidet den Berliner Politikbetrieb von der Interessenvertretung auf lokaler oder Landesebene?

Lokal- und Landespolitik sind viel näher dran an den realen Problemen. In Berlin habe ich manchmal das Gefühl, hier gibt es eine Art von virtueller Welt und man schaut daher anders auf die Probleme. Demnach sollte am liebsten alles bundesweit vereinheitlicht und klar vorgegeben werden, ohne die regionalen Besonderheiten im Blick zu haben.

Ein gutes Beispiel dafür sind die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Frühchen-Stationen. Die sind bis heute nicht umgesetzt, weil sie schlicht an der Realität vorbeigehen. Und davor haben wir von Anfang an gewarnt.

Leider erleben wir es immer öfter, dass man in der Bundespolitik gutgemeinte Ideen entstehen, die vor Ort nicht umsetzbar sind. Auch das ist unsere Aufgabe als kkvd, nämlich dafür zu sorgen, dass in der Politik das reale Leben nicht aus dem Blick gerät.

Die Fragen stellte Herbert Möller.

2023 als „Jahr der Krankenhausfinanzierung“

Die Coronapandemie hat eine weltweit tiefe Krise verursacht. Ihre gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und vor allem gesundheitspolitischen Herausforderungen sind immens.

Die Pandemie hat verdeutlicht, wie belastbar das deutsche Gesundheitssystem ist. Trotz einer erhöhten Zahl von Covid-19-Erkrankten erwies sich unsere Krankenhausstruktur, im Vergleich zu der unserer europäischen Nachbarn, als äußerst widerstandsfähig und drohte nicht zu kollabieren. Das liegt besonders am medizinischen und pflegerischen Personal, das Großartiges geleistet hat.

Die neue Fortschrittskoalition unter Bundeskanzler Olaf Scholz hat es sich mit Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach zur Aufgabe gemacht, die Krankenhausfinanzierung weiterzuentwickeln und um erlösunabhängige Vorhaltepauschalen zu erweitern. Denn vielerorts werden Fallpauschalen der Betriebskosten-Erwirtschaftung zur Querfinanzierung von Investitionen herangezogen, die originär und gesetzlich Aufgabe der Bundesländer sind. Das führt zu einer Unterfinanzierung anderer Versorgungsbereiche. Erklärtes Ziel ist es ferner, das Fallpauschalensystem strukturell weiterzuentwickeln, um mögliche Fehlanreize zu unterbinden. Dabei soll die Qualität der Behandlungen weiter verbessert werden.

Als Arzt im Klinikum Braunschweig, einem kommunalen Maximalversorger, habe ich die Umstellung ins Fallpauschalen-System, die Fehlanreize sowie die Arbeitsverdichtung in Medizin und Pflege hautnah miterlebt. Für mich steht daher fest, dass erlösunabhängige Vorhaltepauschalen einen substantziellen Beitrag zu einer strukturell auskömmlichen Krankenhausfinanzierung darstellen können. Mit einem sozialdemokratischen Kanzler und Karl Lauterbach als Gesundheitsminister bin ich zuversichtlich, dass uns dies gelingen wird.

Grund für meine Zuversicht ist, dass das Gesundheitsministerium erklärt hat, sich dieser Herausforderung entschieden anzunehmen. Noch im ersten Halbjahr 2022 soll hierzu eine Regierungskommission eingesetzt werden. Minister Lauterbach hat bereits erklärt, dass er sich eine wissenschaftliche und vor allem evidenzbasierte Herangehensweise wünscht, die innerhalb eines Jahres zu substantziellen Ergebnissen führen soll. Unser aller Ziel muss sein, durch eine solche Weiterentwicklung 2023 zu einem „Jahr der Krankenhausfinanzierung“ zu machen.

Dr. Christos Pantazis
SPD-Bundestagsabgeordneter und
im Gesundheitsausschuss
Berichterstatter seiner Fraktion für
die stationäre Versorgung



Lange Aufgabenliste für Minister Lauterbach

SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP haben in ihrem Koalitionsvertrag sowohl die Stärkung der Pflege als auch eine Reform der Krankenhausfinanzierung und der Krankenhausstrukturen verankert. Die Notfallversorgung soll künftig in integrierten Notfallzentren erfolgen. Zudem will die Koalition die Ambulantisierung und die sektorenübergreifende Versorgung ausbauen. Zusätzlich steht das kirchliche Arbeitsrecht auf der Agenda der neuen Bundesregierung: Sie will gemeinsam mit den Kirchen eine Angleichung an staatliches Arbeitsrecht prüfen.

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat mit dem Koalitionsvertrag eine lange gesundheitspolitische Aufgabenliste bekommen, die allerdings mehr wie eine Ansammlung von Einzelmaßnahmen wirkt als wie eine durchdachte Strategie. Ihre Umsetzung ist angelaufen, gebremst von der Pandemiebekämpfung, die noch immer viel Aufmerksamkeit erfordert.

Für das herausragende Engagement der Pflegekräfte in der Pandemie stellt die Koalition eine Milliarde Euro zur Auszahlung eines Pflegebonus bereit, hälftig für Krankenhäuser und Altenpflegeeinrichtungen. Die Bonuszahlung wird bis zu 3.000 Euro steuerlich freigestellt. Gleichwohl hält sich die Begeisterung darüber angesichts der Umsetzungskonzepte aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) in Grenzen. Sowohl Pflegeverbände als auch die Krankenhausesseite kritisieren, ein Bonus für Wenige führe erneut zu einer Ungleichbehandlung in den Teams. Der kkvd hat sich daher gemeinsam mit anderen Verbänden dafür ausgesprochen, den Pflegebonus durch einen Steuerfreibetrag für die Jahre 2021 und 2022 zu ersetzen, der allen in Kliniken Beschäftigten zugute käme.

Noch viele Fragen zur PPR 2.0

Um die Arbeitsbedingungen in der Pflege schnell und spürbar zu verbessern, ist im Koalitionsvertrag unter anderem angekündigt, in Kliniken die Pflegepersonalregelung (PPR) 2.0 als Übergangsinstrument einzuführen. Ziel ist, einen bedarfsgerechten Qualifikationsmix zu erreichen und damit eine am wirklichen Pflegebedarf der Patient:innen orientierte Personalausstattung, die vollständig refinanziert wird. Für Irritationen sorgt allerdings die Diskussion darüber, ob die PPR 2.0 anstelle der Pflegepersonaluntergrenzen oder mit ihnen gleichzeitig angewendet werden soll. Beim Krankenhaushausgipfel der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ließ der Parlamentarische Staatssekretär Edgar Franke schließlich offen, ob die PPR 2.0 überhaupt in die Umsetzung kommt.

Hin zur sektorübergreifenden Versorgungsplanung

Die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung will die Bundesregierung im Rahmen eines Bund-Länder-Paktes auf den Weg bringen. Dazu soll eine Regierungskommission Empfehlungen erarbeiten, die dem Vernehmen

nach aber vor allem mit Wissenschaftler:innen und nicht mit Vertreter:innen aus der Praxis, beispielsweise den Kliniken, besetzt wird. Vorgesehen ist, dass die Krankenhausplanung künftig auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basiert und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demografischen Entwicklung orientiert. Zum Auftrag der Kommission gehören auch Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung. Dabei soll das Fallpauschalen-System (DRGs) um nach Versorgungsstufen differenzierte erlösunabhängige Vorhaltepauschalen ergänzt werden.



Bild BMG/Thomas Ecke

Von vielen Seiten dringlich angefragt: Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach.

Zur Förderung der Ambulantisierung ist geplant, für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung in Form einer „Hybrid-DRG“ einzuführen. Dies wirft insbesondere die Frage auf, wie die höheren Vorhaltekosten der Kliniken – durch ihre multiprofessionellen Teams und deren Ausstattung – hierbei Berücksichtigung finden wird. Zudem sollen die ambulante Bedarfs- und die stationäre Krankenhausplanung gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiterentwickelt werden. Für die Notfallversorgung sieht der Koalitionsvertrag integrierte Notfallzentren vor, in denen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kliniken eng zusammenarbeiten.

Jenseits der gesundheitspolitischen Agenda wollen die Koalitionspartner gemeinsam mit den Kirchen prüfen, inwiefern das kirchliche Arbeitsrecht dem staatlichen Arbeitsrecht angeglichen werden kann. Aus den Regierungsfractionen sind bereits Stimmen zu hören, die eine deutliche Einschränkung oder gar Abschaffung des kirchlichen Arbeitsrechts fordern. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf dem Streikverbot. Aus Sicht des kkvd hat sich der „Dritte Weg“ bewährt. Er sollte daher nicht aus politischen Gründen aufgegeben werden. **mö**

Wohnortnah Kliniken mit Grundversorgung!

Die Krankenhausversorgung in Deutschland ist nach wie vor eine der besten in Europa, ja weltweit. Viele Akteure sorgen Tag für Tag dafür, dass aus Kranken und Verletzten wieder gesunde Menschen werden oder zumindest, dass chronisch Kranke gut mit ihrer Situation zurechtkommen. Zu diesen Akteuren gehören auch die kirchlichen Träger, deren Mitarbeiter, beseelt durch das Ideal des christlichen Menschenbildes, hochmotiviert ihren Dienst am Nächsten tun: Mit ein paar Stichworten wie „Ambulantisierung“, „sektorenübergreifende Versorgung“ oder „innovative Versorgungsstrukturen“ im Koalitionsvertrag der Ampel ist die notwendige Strukturreform halt noch lange nicht getan.

Elementar bleibt für mich und die Union die Garantie der Versorgung auf dem Land, insbesondere einer flächendeckenden Notfallversorgung. So wichtig das Intensivieren einer integrativen Versorgung auch ist, so wichtig ist es, flächendeckend und wohnortnah Kliniken mit einer elementaren Grundversorgung vorzuhalten.

Patientenorientierung zählt: von Kompetenzzentren bis zur sprechenden Medizin

Für schwerwiegendere Eingriffe sollten wir Qualität und ärztliche Professionalität in klinischen Fachzentren bündeln. Nicht jedes Kreiskrankenhaus muss in der Lage sein, Herzklappen einsetzen können. Aber das Krankenhaus, das dies praktiziert, muss personell, finanziell, pflegerisch und technisch-materiell optimal ausgestattet sein. Die Bildung von Kompetenzzentren zur Optimierung der Qualität ist nicht nur ökonomisch sinnvoll, sondern das Beste, was Patient:innen passieren kann. Und darauf kommt es an.

Generell – auch in den stationären Einrichtungen – müssen wir die sprechende Medizin aufwerten. Allein das ausführliche Gespräch mit dem Arzt kann Wunder wirken. Neben der dringend notwendigen Entlastung des ärztlichen und pflegerischen Personals von Bürokratie und Nachweispflichten im Arbeitsalltag müssen wir die Gewinnung von mehr Ärzt:innen und Pfleger:innen als vorausschauende Daueraufgabe sehen – nicht nur dann, wenn es „brennt“. Auch werden wir nicht umhinkommen, die Bezahlung des ärztlichen und des Pflegepersonals an unseren Krankenhäusern an die Realität der hohen beruflichen Anforderungen anzupassen. Das haben die unermüdet für uns und unsere Angehörigen kämpfenden Helfer:innen in Weiß mehr als verdient.

Stephan Pilsinger
CSU-Bundestagsabgeordneter und
im Gesundheitsausschuss
Berichterstatte seiner Fraktion
für die Krankenhausversorgung



Themenschwerpunkt

Leistungsgruppen und Versorgungsstufen prägen die künftige Krankenhausplanung

In der Krankenhausplanung in Deutschland kündigt sich ein Wandel an. Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung vom Dezember 2021 heißt es: „Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg. Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende [...] Krankenhausplanung erarbeiten.“ Zwei Werkzeuge soll es also künftig in der Krankenhausplanung geben: die Gliederung der angebotenen Leistungen nach Leistungsgruppen und die Definition von Versorgungsstufen. Welche Vorteile und Herausforderungen bringt diese neue Planung mit sich? Welche konkreten Auswirkungen sind zu erwarten?

Leistungsgruppen sind zunächst ein völlig wertneutrales Instrument zur Gliederung der Leistungen, die ein Krankenhaus erbringt. Bislang treten diese Leistungen in der Krankenhauspraxis als Hauptdiagnosen und Prozeduren-Codes in Erscheinung. Für die Abrechnung werden Fälle in DRGs eingeordnet, wobei weitere Faktoren wie zum Beispiel die Beatmungsdauer mit einbezogen werden. Eine exakte Darstellung des kompletten Leistungsspektrums eines Hauses bringt also eine große Datenmenge mit sich, die kaum überblickt oder kommuniziert werden kann.

Leistungsgruppen bündeln die Planungsdaten

Die nun geplante Einordnung der Fälle in Leistungsgruppen erleichtert die Kommunikation und damit auch die Krankenhausplanung erheblich. Denn die Leistungsgruppen schreiben eine innere Logik zur Einordnung der Fälle vor. Damit reduzieren sie die Datenmenge enorm, die man bei der Planung handhaben muss.

Grundsätzlich können Leistungsgruppen verschiedenen Ordnungssystemen folgen:

- ♦ Sie können nach der konventionellen Fachgruppensystematik (der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer folgend) gegliedert werden – also zum Beispiel in Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie oder Neurologie.
- ♦ Sie können nach der Komplexität gegliedert sein, also zum Beispiel in die kardiologische Grundversorgung, spezifische kardiologische Leistungen wie die interventionelle Kardiologie und in hochkomplexe kardiologische Leistungen wie minimalinvasive Operationen an Herzklappen.
- ♦ Sie können nach Krankheitsgruppen (nosologisch) gegliedert sein. Hier würden zum Beispiel Gefäßerkrankungen zusammengefasst, unabhängig davon, von welchem Facharzt sie behandelt werden.

Diese Ordnungssysteme können auch miteinander kombiniert werden. Beispielsweise nutzt der Krankenhausplan Nordrhein-Westfa-

len 2021 eine Leistungsgruppensystematik, die grundsätzlich der Weiterbildungsordnung folgt und daraus bestimmte, komplexe Prozeduren in separate Leistungsgruppen abtrennt. Das Ziel dabei ist, sich auf eine sinnvolle Gliederung der möglichen Leistungen zu einigen. Erst dadurch wird die Zusammenarbeit der verschiedenen Parteien in der Krankenhausplanung möglich, so dass gemeinsam Versorgungskonzepte erarbeitet werden können.

Politik nimmt die Gewichtung vor

Welche konkreten planerischen Ziele ergeben sich aus der Nutzung der Leistungsgruppen? Das bleibt eine rein politische Gewichtung. Welche räumliche Distanz bei welcher Leistungsgruppe angemessen ist, ob die Zahl der Leistungserbringer drastisch reduziert werden soll, wie häufig bestimmte Leistungen vorgehalten werden oder welche strukturellen Anforderungen an die Krankenhäuser gestellt werden – das sind politische Entscheidungen. Leistungsgruppen sind lediglich ein neutrales Werkzeug in der Umsetzung.

Allerdings kann eine optimale Versorgungsstruktur nur dann erreicht werden, wenn alle Parteien konstruktiv zusammenarbeiten – also Krankenkassen, Planungsbehörden und Krankenhäuser. Bei der Erarbeitung gemeinsamer Konzepte muss aber transparent sein, wer aktuell welche Leistungsgruppen in welchem Umfang versorgt. Die detailgetreue Gruppierung der Fälle ist jedoch nur anhand vertraulicher Patient:innendaten möglich. Typischerweise werden hier Abrechnungsdaten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) genutzt. Selbst wenn man einen Datenaustausch zwischen den Parteien so gestalten könnte, dass er in Bezug auf den Patient:innen-Datenschutz vertretbar wäre, bliebe das Problem, dass es sich hierbei um „Betriebsgeheimnisse“ der Krankenhäuser handelt. Die Politik steht also vor einem Dilemma: Gute Kommunikation und Zusammenarbeit erfordern Transparenz, aber die benötigten Daten sind sensibel.

Eine Lösung ist, öffentliche, frei verfügbare Daten auszuwerten und so die Leistungsgruppen-Fallzahlen abzuschätzen. Das ist mittels komplexer statistischer Modelle möglich. Auf diese Analysen hat sich beispielsweise die Vebeto GmbH spezialisiert. Eine andere Lösung könnte darin liegen, dass die Landesministerien für die nötige Transparenz sorgen. Uns ist aber noch kein praktisches Beispiel bekannt, wie ein solcher Datenaustausch so umgesetzt werden kann, dass die Interessen aller Parteien gewahrt sind.

Was bietet demgegenüber die Definition von Versorgungsstufen für die Planung?

Die Zuordnung in beispielsweise die Grund-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung erleichtert ebenfalls die Kommunikation. Bei diesen Kategorien schwingt die gängige Vorstellung mit, dass zur Grundversorgung weniger komplexe Leistungen gehören, dass daneben ein Haus der Schwerpunktversorgung in manchen Bereichen sowohl Grundversorgung als auch höher komplexe Leistungen erbringt und dass ein Maximalversorger „alles“ anbietet.

Auch Versorgungsstufen können unterschiedlich definiert werden: Man kann sie anhand von Leistungsgruppen festlegen, kann sich aber auch an der Fachabteilungsstruktur (und damit der Weiterbildungsordnung) orientieren oder an anderen Richtlinien. Der Bericht der Enquetekommission Niedersachsen vom Februar 2021 sieht eine Kombination von Kriterien für die Versorgungsstufen vor: Häuser werden nach ihrer Fachabteilungsstruktur eingeordnet, nach der Teilnahme an der Notfallversorgung laut G-BA-Richtlinie oder auch anhand der Vorhaltung bestimmter Strukturen (Labor, Intensivstation, Radiologie ...) sowie bei Maximalversorgern anhand der Bettenzahl.

Analog zu den Leistungsgruppen gilt aber: Die gesamte inhaltliche Ausgestaltung der Versorgungsstufen ist Gegenstand politischer Entscheidungen. Sollen Häuser der Grundversorgung für einzelne Segmente hochspezialisierte Leistungen anbieten dürfen oder nicht? Soll immer derselbe Umfang von Leistungen zur Grundversorgung gehören? Will ein Bundesland verstärkt auf eine gegenseitige, komplementäre Ergänzung der Krankenhäuser setzen oder eher auf Wettbewerb? Die Antworten lassen sich nicht daraus ableiten, welche Werkzeuge zur Umsetzung der Krankenhausplanung benutzt werden.

Die Anwendung von Leistungsgruppen in Nordrhein-Westfalen (NRW) und von Versorgungsstufen in Niedersachsen scheint je unterschiedliche Ziele zu verfolgen. In NRW werden Leistungsgruppen vornehmlich dazu genutzt, komplexe Leistungen stärker zu zentralisieren und damit zu professionalisieren. Beispielsweise wurden Leistungsgruppen für komplexe viszeralkirurgische Eingriffe definiert, so dass man planerisch verhindern kann, dass solche Eingriffe an manchen Häusern nur wenige Male im Jahr durchgeführt werden. Ebenso erlaubt die Ausgestaltung in NRW den effizienteren Einsatz von Investitionsgütern. So kann zum Beispiel die Zahl der Versorger in der interventionellen Kardiologie reduziert werden, was bei den verbleibenden Versorgern zu einer höheren Auslastung der Herzkatheterlabore führt.

Die in Niedersachsen vorgeschlagenen Versorgungsstufen erscheinen restriktiver, da sie hierarchischer sind und somit eine weniger differenzierte Planung erlauben. Die Enquetekommission in Niedersachsen schlägt beispielsweise vor, dass Häuser niedriger Versorgungsstufe spezielle Leistungen nur dann erbringen dürfen, wenn diese nicht von einem Haus höherer Versorgungsstufe im gleichen Gebiet angeboten werden. Dies würde es kleineren Grund- und Regelversorgern nicht mehr erlauben, sich in ausgewählten Feldern zu spezialisieren. Das könnte dazu führen, dass die stationäre Versorgung in Niedersachsen an Vielfalt verliert.

Leistungsgruppen und Versorgungsstufen sind also zwei von vielen Werkzeugen, die in der Krankenhausplanung eingesetzt werden können. Sie transportieren aber nicht von sich aus ein bestimmtes politisches Ziel. Im Koalitionsvertrag lauten die bundespolitischen Ziele: „[Die Kommission] legt Empfehlungen für eine Weiterent-

wicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt. Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.“ Dies sind die eigentlichen Kernpunkte der politischen Gestaltung.

Dabei kann man auch das Beste aus beiden Welten kombinieren: die Planung mit Leistungsgruppen wie in NRW, die eine vielfältige Krankenhauslandschaft erhalten kann, und die Anpassung der Finanzierung anhand von Versorgungsstufen. Die Auswirkungen der beiden Planungsansätze auf die Häuser des kkvd hängen ganz wesentlich davon ab, wie die Politik sie mit Leben füllt.

**Dr. Eberhard Hansis (li.)
und Dr. Hannes Dahnke (re.)**
*Gründer und Inhaber
der Vebeto GmbH, Hamburg*



Niedersachsen führt neues Stufensystem ein

Im Januar 2022 haben die Regierungsfractionen im niedersächsischen Landtag, SPD und CDU, einen Entwurf zur Neufassung des Landes-Krankenhausgesetzes veröffentlicht. Kernstücke der Reform sind die Schaffung von acht Versorgungsregionen sowie die Zuordnung der Kliniken zu einer von drei Versorgungsstufen. Es ist geplant, das Gesetz noch vor der Landtagswahl am 9. Oktober 2022 zu beschließen.

Die Zielsetzungen des Gesetzentwurfs sind klar formuliert: Mit ihm soll eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in Niedersachsen sichergestellt werden. Zielbild sind leistungsstarke, eigenverantwortliche und wirtschaftlich handelnde Kliniken. Zudem ist vorgesehen, mit ambulanten regionalen Gesundheitszentren die wohnortnahe medizinische Versorgung in der Fläche zu gewährleisten. Neben der Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung legt der Entwurf auch einen besonderen Fokus auf die Bedürfnisse von demenziell erkrankten Patient:innen. So sollen künftig an allen Krankenhäusern Demenzbeauftragte eingesetzt werden.

In Niedersachsen wird es mit dem neuen Krankenhausgesetz künftig acht statt bisher vier Versorgungsregionen geben: Nord, Nord-West, Nord-Ost (einschließlich Braunschweig), Süd, Hannover, Lüneburg, Oldenburg sowie Osnabrück. In jeder Region soll mindestens ein Krankenhaus liegen, das als Maximalversorger eingestuft ist und über mindestens 600 Betten verfügt. Dabei ist ungeklärt,

ob zwei oder mehr benachbarte Krankenhäuser der Regel- beziehungsweise Schwerpunktversorgung als Maximalversorger kooperieren und gemeinsam agieren können.

Von den übrigen Kliniken wird rund ein Drittel als Schwerpunktversorger eingestuft. Sie sollen für alle Hilfesuchenden und Patient:innen innerhalb von 45 Minuten erreichbar sein. Die anderen rund zwei Drittel werden der Grund- und Regelversorgung zugewiesen, für die eine Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten vorgesehen ist. Das Stufensystem wird an Leistungskriterien und der Bettenzahl ausgerichtet.

In Niedersachsen gibt es 168 Krankenhausstandorte. Nach Einschätzung der Landespolitik könnten in den nächsten zehn Jahren davon 30 bis 40 wegfallen. Das Land soll künftig Krankenhäuser ganz oder teilweise vom Markt nehmen, wenn sie ihren Versorgungsauftrag über längere Zeit nicht erfüllen. Nach welchen Kriterien dies entschieden wird, ist offen. Die Befugnisse der Planungsbehörde werden insgesamt erweitert.

Wegfallende Krankenhäuser könnten durch regionale Gesundheitszentren ersetzt werden, die in das Landeskrankenhausgesetz als neues Strukturelement der Gesundheitsversorgung mit aufgenommen werden sollen. Sie sind als erste Anlaufstelle für die Menschen und ihre wohnortnahe Rund-um-die-Uhr-Versorgung gedacht. Hier sollen beispielsweise Haus- und Facharztpraxen sowie Physiotherapie und Pflegedienste unter einem Dach angesiedelt werden.

Die Neufassung des Krankenhausgesetzes befindet sich noch im parlamentarischen Verfahren. Sie sollte an mehreren Stellen nachgebessert werden: So ist wichtig, bei den Strukturveränderungen die Trägervielfalt zu beachten. Damit keine weißen Flecken in der Versorgungslandschaft entstehen, müssen zudem beispielsweise bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Ausnahmeregelungen von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) getroffen werden. Neu und schwierig zu beurteilen ist eine Regelung, nach der bei Versorgungsentscheidungen künftig Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, vorrangig berücksichtigt werden. Dies hat sicherlich negative Auswirkungen beispielsweise auf Fachkrankenhäuser, die spezifische Aufgaben übernehmen. Auch darf die Zuordnung in Stufen keinen Einfluss auf den jeweiligen Versorgungsauftrag eines Krankenhauses nehmen oder zu Einschränkungen in der Versorgung führen. Dies gilt auch für Kliniken mit besonderer Fachausrichtung, beispielsweise bei der Psychiatrie und Psychotherapie.

Ganz grundsätzlich ändert auch eine neue Krankenhausplanung nichts daran, dass die Investitionskostenförderung ausgebaut werden muss. Dies ist unverzichtbar, um den bestehenden Investitionsstau zu reduzieren und die Krankenhäuser mit mehr Mitteln für den Ausbau der Digitalisierung zukunftsfähig zu machen. Kritisch ist eine Regelung zu sehen, nach der das Land im Falle einer Krankenhausbauförderung beziehungsweise Einzelförderung von länger genutzten Anlagegütern (§ 9 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsge-

setz) die Pauschalfördermittel für einen begrenzten Zeitraum kürzen kann.

Auch bleibt es eine große Herausforderung, die ausufernde Bürokratie in den Kliniken zurückzufahren. Und es ist wichtig, die Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen im Krankenhaus mehr in den Fokus zu rücken. Die neue Funktion des/der Demenzbeauftragten sollte in ihren Aufgaben aber so ausgestaltet sein, dass sie nicht zu einer zusätzlichen Bürokratielast für das Klinikpersonal wird.

Ansgar Veer

*Stellvertretender kkvd-Vorsitzender sowie
Hauptgeschäftsführer der St. Bonifatius
Hospitalgesellschaft Lingen*



Verband

Flagge zeigen für Vielfalt

Im Januar 2022 haben sich 125 queere Mitarbeitende kirchlicher Einrichtungen mit einem Manifest und in einer Fernsehdokumentation für eine Kirche ohne Angst stark gemacht. Sie berichteten von Diskriminierung und Ausgrenzung auch in der Kirche, und sie fordern unter anderem Änderungen im kirchlichen Arbeitsrecht ein. Dabei werden sie von zahlreichen katholischen Verbänden und Einrichtungen unterstützt.

Zu den Unterstützern gehören das katholische Marienhospital Stuttgart, die BBT-Gruppe, die St. Paulus Gesellschaft Dortmund sowie der Katholische Hospitalverbund Hellweg, ein Träger mit drei Krankenhäusern, zwei Wohn- und Pflegeheimen sowie einer Schule für Gesundheitsberufe in der Region zwischen Dortmund und Soest.

Der Geschäftsführer des Hospitalverbunds, Christian Larisch, und Kommunikationsleiterin Karin Riedel berichten, warum der Verbund den Aufruf unterstützt:

„Vor wenigen Wochen gaben hauptamtlich beschäftigte LGBTQ+-Mitarbeitende¹ in der katholischen Kirche ein mutiges Zeichen und bekannten sich öffentlich zu ihrer sexuellen Identität. Der Katholische Hospitalverbund Hellweg begrüßt und unterstützt diese Initiative #OutInChurch. Den Initiator:innen gilt großer Respekt. Das Verschweigen-Müssen der eigenen sexuellen Identität muss aufhören, es hat vielen Menschen großes Leid zugefügt.“



„Der Katholische Hospitalverbund Hellweg hat lange schon eine gelebte Praxis. Für uns hat LGBTIQ+ ebenso wie das Leben in einer Partnerschaft oder Ehe mit einem Partner oder einer Partnerin des gleichen Geschlechts keinen Einfluss auf Beschäftigung oder Akzeptanz in unserem Unternehmen. Vielfalt ist ein wesentliches Merkmal unseres Verbundes.“ Dieses Zitat stammt aus dem Statement, das Geschäftsführung und Träger des Verbundes anlässlich #OutInChurch als Rundschreiben zunächst an alle Mitarbeitenden versandten. Kurz darauf wurde es zudem extern auf den Internetseiten der Krankenhäuser und Pflegeheime sowie über die Presse veröffentlicht.

Weitere Aussagen sind: Wir sind überzeugt, dass diese Diversität sich konkret positiv auswirkt auf unsere Aufgabe, den Dienst am Nächsten in unseren Einrichtungen zu tun. #wirlebenbuntevielfalt, das ist unser Leitgedanke für die Zusammenarbeit in unseren Krankenhäusern, Senior:inneneinrichtungen, Medizinischen Versorgungszentren, der Servicegesellschaft, der Schule für Gesundheitsberufe und dem Hospiz. Damit stehen wir im Schulterschluss mit vielen weiteren caritativen Trägern und Verbänden.

Viele unserer rund 3900 Kolleg:innen haben auf die Bestärkung des Manifestes #OutInChurch durch den Hospitalverbund aktiv und

ausnahmslos positiv reagiert. „Ich bin stolz darauf, in einem Unternehmen zu arbeiten, das diese Vielfalt positiv unterstützt“, hieß es in einer von vielen Mails, die die Geschäftsführung erreichten.

Über die von der Initiative #OutInChurch angesprochenen Forderungen halten wir eine Reform des kirchlichen Arbeitsrechts gleichermaßen für unerlässlich und sehen uns hier unterstützt von Entscheidungsträger:innen in Kirche und Caritas.

Mit einem klaren Statement zu den grundlegenden Werten unseres Unternehmens endet die Positionierung: „Wir im Katholischen Hospitalverbund Hellweg stehen für ein Handeln nach christlichem Menschenbild. Die Würde jedes Einzelnen ist unantastbar. Dies prägt uns und gibt uns Halt in unserem Auftrag, an der Seite der Menschen zu stehen.“

Karin Riedel

*Leiterin der Unternehmenskommunikation
beim Kath. Hospitalverbund Hellweg*

Anmerkung

1. LGBTIQ+ steht für: lesbisch, schwul, bi-, trans- und intersexuell sowie queer (mit Offenheit für weitere geschlechtliche Identitäten).



Am 28. Oktober 2021 feierte die Stiftung Bildung im kkvd „40 plus 1“ Jahre ihres Bestehens. Im Maternushaus in Köln sprach aus diesem Anlass Dirigent Peter Stangel (kleines Foto) über das „Führen mit Takt und Taktstock“. Das Bildungswerk für Führungskräfte der katholischen Krankenhäuser war am 27. März 1980 in Freiburg gegründet worden.

Bilder Jo Schwartz

Bild Astrid Ackermann

NACHGEDACHT



Theo Paul

lebt in Osnabrück.

Er war bis 2021 Vorsitzender des kkvd und bis 2020 Generalvikar des Bistums Osnabrück

Erneuerbare Energie liegt zuerst auch in uns selbst

Im Frühjahr schickte der frühere kkvd-Vorsitzende Theo Paul an Freunde und Bekannte einen Brief mit Gedanken zur gesellschaftlichen Lage. Was er schrieb, hat uns sehr bewegt. Daher

sind wir dankbar, hier einen kleinen Auszug des Textes von Theo Paul abdrucken zu können:

Wenn ich vor zehn Jahren damit konfrontiert worden wäre, was heute Querdenker, Impfgegner, Klimaleugner, AfD-Mitglieder oder Sympathisanten vertreten, dann hätte ich geantwortet: Das kann nicht sein, wir sind eine aufgeklärte Demokratie. Die Vernunft wird sich durchsetzen.

Mittlerweile weiß ich: Auch unsere Demokratie ist nicht selbstverständlich; sie ist sehr verwundbar. Es gibt Strömungen in unserem Land, die sind für unser Miteinander eine Belastung und Gefahr. Auch die anhaltende Diskussion um eine Impfpflicht kann ich nicht nachvollziehen. Natürlich ist Freiheit ein hohes und zu schützendes Gut. Freiheit hat aber immer auch mit Verantwortung zu tun. Für mich heißt Impfpflicht: Ich nehme verantwortete Freiheit wahr. Unser Zusammenleben braucht nicht nur eine Freiheit von, sondern auch eine Freiheit für.

Die Stärke einer sozial-ökologisch erneuerten Marktwirtschaft zeigt sich in der Konkretisierung von Freiheit und Solidarität. Wir kommen auf zwei Beinen. Ich vermisse diese grundsätzlichen Diskussionen in der Öffentlichkeit. Für unsere Zukunft sind sie überlebenswichtig. Wir müssen die Elemente der katholi-

schen Soziallehre im Blick behalten: Personalität, Subsidiarität, Solidarität und Nachhaltigkeit. (...) Als Kirche durchleben wir im Augenblick eine fundamentale Krise. Wie können wir mit all unseren Schatten noch die Botschaft vom Licht vermitteln? Wo sind junge Menschen, die für das Evangelium brennen? In den zurückliegenden Stunden habe ich noch einmal den Synodenbeschluss „Unsere Hoffnung“ aus dem Jahr 1975 gelesen. Ein Abschnitt hat für mich eine besondere Aktualität: „Nicht nur das Wachstum unseres wirtschaftlichen Potentials ist begrenzt, wie man uns heute einschärft; auch das Potenzial an Sinn sei begrenzt, und es ist, als gingen die Reserven zur Neige und als bestünde die Gefahr, dass den großen Worten, unter denen wir unsere eigene Geschichte betreiben – Freiheit, Emanzipation, Gerechtigkeit, Glück – am Ende nur noch ein ausgelaugter, ausgetrockneter Sinn entspricht.“ (In: Gemeinsame Synode der Bistümer in Deutschland. Offizielle Gesamtausgabe, Freiburg, 2012, S. 91) Das Potenzial an Sinn ist begrenzt. Als Christen und Kirche können wir Inhalte anbieten, die sich in der Geschichte bewährt haben. Mit unseren Licht- und Schattenseiten. In den vergangenen Tagen wurden wir wieder einmal mit unseren Schattenseiten konfrontiert. Diese skandalösen Meldungen führen zu Blockaden in unserem kirchlichen Handeln. Die Enttäuschung und Ohnmacht ist überall spürbar.

Trotzdem: Zurzeit diskutieren wir viel über erneuerbare Energien. Das ist gut so. Erneuerbare Energie liegt aber nicht nur im Wind oder in der Erde. Sie liegt zuerst auch in uns selbst. Sie ist Geschenk des Heiligen Geistes. Diese Energie benötigen wir innerhalb und außerhalb der Kirche.

Theo Paul

IMPRESSUM

www.kkvd.de

Herausgegeben vom Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)
Große Hamburger Straße 5, 10115 Berlin, Tel. 0 30/2 40 83 68-11

Redaktion: Bernadette Rümmelin (rü) (Sprecherin der Geschäftsführung; verantwortlich), Thomas Vorkamp (vo), (Geschäftsführer; verantwortlich), Herbert Möller (mö), Klemens Bögner (neue caritas)

Redaktionsbeirat: Birgit Trockel (bt), Karoline Körber (kö), Markus Lauter (ml)

Redaktionssekretariat: Jennifer Riedel, Tel. 0 30/2 40 83 68-15, Fax: -22, E-Mail: kkvd-aktuell@caritas.de

Vertrieb: Bettina Weber, Lambertus-Verlag GmbH; Tel. 07 61/3 68 25-0, Fax: 3 68 25-33,
E-Mail: neue-caritas@lambertus.de

Titelbild: Adobe Stock/keatikun

Nachdruck und elektronische Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung. ISSN 2190-4448.



Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.