

Verband

Fachtag und feierliche
Verabschiedung von
Theo Paul
S.2

Thema

Krankenhaus-, Pflege-
und Reha-Politik aktuell
S.6

kkvd-aktuell

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V.



Liebe Leserinnen und Leser, es war eine schöne Erfahrung, nach zweieinhalb Jahren endlich wieder eine kkvd-Veranstaltung in Präsenz erleben zu können. Rund 100 Gäste waren Anfang Juni nach Berlin gekommen, um mit uns über die Krankenhauspolitik der Bundesregierung zu diskutieren und unseren langjährigen Vorsitzenden Theo Paul feierlich zu verabschieden.

Schon am Vorabend nutzten viele Angereiste die Gelegenheit zum informellen Austausch bei unserem Get-together. Und es zeigte sich erneut, dass Videokonferenzen den persönlichen Kontakt einfach nicht ersetzen können. Beim Fachtag selbst sprach der neue für Krankenhauspolitik zuständige Abteilungsleiter im Bundesgesund-

heitsministerium, Michael Weller, erstmals vor Klinik-Fachpublikum. Zudem hatten wir Gerald Gaß, den Vorstandsvorsitzenden der Deutschen Krankenhausgesellschaft, zu Gast, der dringlichen Handlungsbedarf in der Krankenhauspolitik sehr deutlich herausarbeitete.

Theo Paul mit einem kleinen Festakt für seine verdienstvolle Arbeit als kkvd-Vorsitzender zu danken und ihn feierlich zu verabschieden war uns ein besonderes Anliegen. Dass dies gelang, lag nicht zuletzt an der sehr persönlichen und in der Haltung klaren Laudatio, die Pater Hans Langendörfer hielt. Der minutenlange stehende Applaus der Anwesenden für Theo Paul zum Schluss der Feierstunde

zeigte eindrücklich, wie sehr er in unserem Verband verankert ist und geschätzt wird.

Impressionen und einen ausführlichen Bericht zum Fachtag und der Verabschiedung finden Sie auf den ersten Seiten dieser Ausgabe von *kkvd* aktuell. Einen kleinen Auszug der Laudatio auf Theo Paul können Sie zudem auf der letzten Seite in der Rubrik „Nachgedacht“ lesen.

Daneben beschäftigt sich dieses Heft im Schwerpunkt mit der politischen Agenda der Bundesregierung in den Themenfeldern Krankenhaus, Pflege und Rehabilitation. Wir haben Ihnen einen Überblick der aktuellen Baustellen zusammengestellt und erläutern, für welche Anliegen wir uns in der politischen Lobbyarbeit in Berlin starkmachen. Ganz oben steht hier natürlich die Forderung nach einem Inflationsausgleich für die Krankenhäuser. Hinzu kommen die notwendige weitere wirtschaftliche Sicherung für Kliniken und Reha-Einrichtungen in der anhaltenden Pandemie. In der Pflegepolitik sind viele Aufgaben hinlänglich beschrieben und diskutiert. Die Bundesregierung muss nun umsetzen, was sie in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt hat. Immerhin ist die von uns lange geforderte Einführung der Pflegepersonal-Regelung (PPR) 2.0 endlich in Sicht. Doch

das ist nur ein einzelner Baustein unter vielen notwendigen, um die Pflege aufzuwerten und den Beruf attraktiver zu machen.

Schließlich greifen wir in dieser Ausgabe auch die aktuelle Debatte um die neue kirchliche Grundordnung auf. Ende Mai hat die Bischöfliche Arbeitsgruppe Arbeitsrecht einen überarbeiteten Entwurf vorgelegt, der nun im Stellungsverfahren ist. Wir haben mit dem Vorstandsvorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft caritativer Unternehmen (AcU), Matthias Scholz, darüber gesprochen, wie er den Entwurf bewertet und welchen Nachbesserungsbedarf er sieht (s. S. 11).

Ich wünsche Ihnen erholsame Sommerwochen und eine schöne Lektüre mit diesem Heft!

Mit besten Grüßen
Ihre Bernadette Rümmelin



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

Verband

Fachtag diskutierte Reformagenda und globale Krisen – und würdigte Theo Paul

Es war der Tag der feierlichen Verabschiedung unseres langjährigen *kkvd*-Vorsitzenden Theo Paul: Am 1. Juni 2022 trafen sich mehr als 100 Vertreter:innen zum Fachtag des *kkvd* im Berliner Hotel Aquino, um die Gesundheitspolitik der Ampel-Regierung zu diskutieren. Der *kkvd*-Vorsitzende Ingo Morell begrüßte die Gäste. „Die Pandemie ist in den Krankenhäusern nicht zu Ende“, so sein Blick auf die anhaltend angespannte Lage in den Häusern. Zusätzlich bringen die vom Ukraine-Krieg ausgelöste Inflation finanzielle Belastungen für Kliniken. „Wir haben die Kosten, bekommen das aber nicht refinanziert“, so Morell. Hier müsse die Politik handeln.

Warnungen vor kaltem Strukturwandel

Mit Blick auf die anstehende Krankenhausreform sagte Ingo Morell: „Wir werden uns dem Strukturwandel nicht verschließen, auch wenn es unangenehm wird.“ Er warnte jedoch vor unregelmäßigen Strukturveränderungen durch die Hintertür.

Auch Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), warb in seinem Vortrag eindringlich für „eine verantwortliche Strukturentwicklung statt eines kalten Strukturwandels“. Dass die Reformen nicht vorankommen, habe mehrere

Gründe. Einer davon: „Es gibt kein klares, operationalisierbares Ziel.“ Zudem fehle es der Politik an Mut und politischem Willen, die Versorgungsstrukturen zu modernisieren, so Gerald Gaß.

Bund und Länder am Zug

Aus seiner Sicht müssen Bund und Länder nun gemeinsam handeln: „Es muss sofort eine Bund-Länder-Zukunftskommission eingesetzt und beauftragt werden.“ Für die Krankenhausplanung seien bundesweite Orientierungsvorgaben denkbar, aber das Letztentscheidungsrecht müsse bei den Ländern bleiben, so der DKG-Chef. Die vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzte Regierungskommission sei zudem in der Pflicht, Lösungen für eine faire Finanzierung zu finden. Auch Gerald Gaß unterstrich die Kooperationsbereitschaft der Krankenhäuser: „Wir machen ein Angebot für eine gute Zukunft mit weniger Misstrauen und Bürokratie sowie mehr Attraktivität, um junge Menschen als Fachkräfte zu gewinnen.“

Aktuelle Krisen als Problem

Michael Weller ist seit Mitte Mai der für die Krankenhausversorgung zuständige Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium. Auf dem *kkvd*-Fachtag sprach er erstmals vor Krankenhauspublikum. Er versicherte: „Es wird keine kalte Strukturbereinigung geben. Das ist gesetzt.“ Ursachen für den stockenden Reformprozess seien vor allem die aktuellen Krisen, von Corona bis zum Krieg in der Ukraine.



Rund 100 Gäste waren der Einladung nach Berlin gefolgt.



kkvd-Vorsitzender Ingo Morell eröffnete den Fachtag.

Expertise soll zur Reform hinführen

Die vom Gesundheitsministerium eingesetzte Regierungskommission habe sich mittlerweile konstituiert und zu zwei Sitzungen getroffen. In der Zusammensetzung zeige sich ein „spannender Mix“ an Mitgliedern. „Die Regierungskommission macht nicht die fertige Reform“, erläuterte Weller weiter, „die Kommission soll Expertise aus verschiedenen Perspektiven einbringen und etwas zwischen einer Stellungnahme und einem Gutachten erarbeiten.“ Darauf folge dann der politische Prozess, der voraussichtlich schrittweise in mehrere Gesetzgebungsverfahren münden werde.

Mit Blick auf die Arbeitsagenda seines Hauses betonte der Abteilungsleiter, den dringlichsten Handlungsbedarf gebe es bei Geburts-

hilfe und Pädiatrie. Auch für die Notfallversorgung werde das Ministerium zügig Reformvorschläge machen. Dem werde sich dann die Krankenhausreform anschließen. „Das ist das wichtigste Reformprojekt“, so Michael Weller.

Theo Paul festlich verabschiedet

Nach der Reformdebatte leitete kkvd-Geschäftsführerin Bernadette Rümmelin zur feierlichen Verabschiedung von Theo Paul über. Der ehemalige Generalvikar des Bistums Osnabrück war von März 2011 bis November 2021 Vorsitzender des kkvd.

Eine kurze Videoeinspielung zeigte Stationen seiner zehnjährigen Amtszeit. Danach hielt der frühere Sekretär der Deutschen Bischofs-



Abteilungsleiter Michael Weller (re.) sprach in seiner neuen Funktion erstmals vor Krankenhauspublikum.



Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft, mahnte klare Ziele bei der Krankenhausreform an.



Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der DKG (li.), und Laudator Pater Hans Langendörfer SJ (rechts) bei der Feierstunde zur Verabschiedung von Theo Paul (Mitte).



Stehender Applaus für den ehemaligen kkvd-Vorsitzenden Theo Paul.

konferenz, Pater Hans Langendörfer, eine Laudatio auf Theo Paul. Mit einem Augenzwinkern berichtete Langendörfer, dass in Theo Pauls Kindheit der elterliche Nebenerwerbsbetrieb ebenso wie das benachbarte Krankenhaus in Bad Laer über ein Pferd verfügte: „Man tat sich zusammen und lieh sich gegenseitig sein Pferd aus, wenn etwas Besonderes zu tun war – und schon war eine lebenslange Freund-

schaft zwischen Krankenhäusern und Theo Paul begründet.“ Insbesondere lobte Hans Langendörfer die praktische Solidarität seines Studienfreundes Theo Paul – sie hatten gemeinsam die Frankfurter Jesuiten-Hochschule St. Georgen besucht: „Er ist beseelt von dem Gedanken, dass Gesundheit ein Gemeingut ist, vergleichbar dem Wasser und der Luft, und deshalb alle Zugang zu ihr haben müssen“, so Langendörfer. „Der politisch-praktische und durch innere Freiheit getragene Ansatz von Theo Paul zeigt sich auch darin, dass er nachdrücklich für eine Revision des kirchlichen Dienst- und Arbeitsrechts eintrat.“ Die aktuelle Aktion #OutInChurch, bei der 125 queere Haupt- und Ehrenamtliche ihre jeweilige Beziehungsgeschichte darstellen und Wertschätzung erwarten, bezeichnete Hans Langendörfer als hilfreich: „Sie hat ein Momentum in die Debatte gebracht, das eine Novellierung der Grundordnung befördert.“



Theo Paul dankt für die Würdigung.

In seinem Wirken für den kkvd bewahrt habe sich Theo Paul „das einfühlsame, menschenfreundliche und immer auch humorvoll-distanzierte Auftreten – seine sympathische Coolness, die begleitet wird von institutioneller und ethisch-prinzipieller Sensibilität und Achtsamkeit, orientiert zum Beispiel an der Sozialethik der Kirche“, schloss der Laudator. Er dankte Theo Paul für seine Arbeit, in die er reichlich Herz und Verstand eingebracht habe.

Ingo Morell, der neue kkvd-Vorsitzende, betonte, die Wahl von Theo Paul zum kkvd-Vorsitzenden sei damals ein Glücksgriff für den Verband gewesen. Mit seiner menschlichen, lebensnahen und offenen Art habe er bestens zur Haltung der katholischen Krankenhäuser gepasst. Er dankte seinem Vorgänger für die gute Zusammenarbeit und für die wichtigen praktischen und geistlichen Impulse, die er dem Verband gegeben habe. Dem folgte lange anhaltender, stehender Applaus der Anwesenden im Saal. Stellvertretend für die kkvd-Mit-



Christel Bienstein, Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK), bei einem ihrer pointierten Podiumsbeiträge.



Ansgar Veer, stellvertretender kkvd-Vorsitzender und Hauptgeschäftsführer der St. Bonifatius Hospitalgesellschaft Lingen, auf dem Podium.

glieder überreichten Ingo Morell und Bernadette Rümmelin an Theo Paul eine Ausstattung und einen Gutschein für künftige Reisen mit dem Rad und der Bahn (s. Titelbild).

Renaissance echter Landes-Krankenhausplanung

Nach der Mittagspause diskutierte ein hochkarätig besetztes Podium

von Expert:innen aus Politik, Verbänden und Krankenkassen mögliche konkrete Weichenstellungen für eine Krankenhausreform.

Für die Regierungsmehrheit im Bundestag erläuterte der Abgeordnete Armin Grau (Bündnis 90/Die Grünen) die Vorhaben im Koalitionsvertrag. Notwendig sei eine Reform der Krankenhausfinanzierung und -planung. Die Krankenhäuser würden gemäß ihrer



Engagierte Diskussionsrunde am Nachmittag mit Expert:innen aus Politik und Praxis – v. li.: Christel Bienstein (DBfK), Armin Grau (MdB, Grüne), Ates Gürpınar (MdB, Linke), Jana Ehrhardt-Joswig (Moderatorin), Georg Kippels (MdB, CDU/CSU), Ansgar Veer (kkvd), Matthias Mohrmann (AOK Rheinland/Hamburg).

jeweiligen Versorgungsstufe spezifische Aufgaben bekommen. Bei der Krankenhausplanung verwies Grau auf das Beispiel Nordrhein-Westfalen. „Ich hoffe auf eine Renaissance der echten Landes-Krankenhausplanung“, denn „die Landesebene macht die Krankenhausplanung, das hat Zukunft“, so der Grünen-Abgeordnete.

Vom Bund gesteuerter Masterplan

Christel Bienstein, Präsidentin des Berufsverbands der Pflegeberufe (DBfK), vertrat die Ansicht: „Wir haben nicht zu wenige Pflegende, sie sind nur falsch verteilt.“ Sie forderte Mut zum systemischen Denken und für die Krankenhausplanung „einen vom Bund gesteuerten Masterplan“. Die Pflegekräfte belastete zudem das Gefühl, aufgrund der enormen Arbeitslast nicht die professionelle Pflege leisten zu können, die sie eigentlich gelernt hätten.

PPR 2.0 noch immer nicht im Parlament

Die Personalausstattung in der Pflege war auch zentrales Anliegen von Ates Gürpınar, Bundestagsabgeordneter der Fraktion Die Linke. Die Pflegepersonal-Regelung (PPR) 2.0 soll laut Koalitionsvertrag eigentlich bis zur Einführung eines wissenschaftlich fundierten Personalbemessungs-Instruments in den Kliniken Anwendung finden. Doch „die PPR 2.0 ist noch immer nicht im Bundestag gelandet“, so Gürpınar. Das sei aber dringend notwendig für die Umsetzung.

Matthias Mohrmann, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg, betonte: „Die Krankenhausversorgung ist kein Konsumgütermarkt.“ Wettbewerb führe bei Krankenhäusern nur sehr begrenzt zum Erfolg. Dies müsse bei der Reform mitbedacht werden. Er bemängelte zudem, dass die Länder den Kliniken nicht die nötigen Mittel für Investitionen zur Verfügung stellten. Im Zweifel müsse dann künftig auch der Bund einspringen.

Aus Sicht von Georg Kippels, Bundestagsabgeordneter der CDU/CSU-Fraktion, sollten Entscheidungen über die Versorgungsstrukturen auch weiterhin vor Ort getroffen werden. Er verwies zudem darauf, dass Patient:innen heute mündiger und kundiger seien. „Wir müssen an neue Versorgungskonzepte denken, in denen die Krankenhäuser eine verantwortliche Rolle spielen“, so der Unions-Abgeordnete. Die eingesetzte Regierungskommission könne eine ganzheitliche Reform jedenfalls nicht leisten.

Gute Versorgung über Netzwerke

Der stellvertretenden kkvd-Vorsitzende Ansgar Veer unterstrich in der lebhaften Diskussion, vor welchen Problemen und Herausforderungen die Kliniken wegen der unzureichenden Investitionsförderung stehen. Hinzu kämen Kosten aufgrund von Pandemie und Inflation, die – anders als bisweilen behauptet – im Landesbasisfallwert nicht eingepreist seien. Mit Blick auf die Krankenhausplanung sagte der Hauptgeschäftsführer der St. Bonifatius Hospitalgesellschaft Lin-gen: „In der Praxis haben die Kliniken über Netzwerke gezeigt, dass wir Versorgung gut machen.“

mö

Thema

Eine Krankenhausreform bei knappen Kassen – wie kann das gelingen?

Die Bundesregierung steht vor einer großen Herausforderung: In Zeiten zunehmender Ressourcenknappheit muss sie die Krankenhauspolitik und die zugehörige Rahmengesetzgebung gestalten. Der eklatante Personalmangel in den Kliniken sowie knappe Kassen bei Bund, Ländern und der Krankenversicherung sind dabei schon fast vertraute Sorgen. Doch in Folge der Coronapandemie werden die finanziellen Spielräume noch geringer. Gleichzeitig verzeichnen die Krankenhäuser aufgrund sinkender Fallzahlen geringere Erlöse, und die Ausgleichszahlungen sind im zweiten Jahr der Pandemie weitgehend eingestellt worden.

Zähes Ringen um die wirtschaftliche Sicherung bei hoher Inflation

Mit dem Krieg in der Ukraine werden nun auch Energie und zahlreiche Verbrauchsgüter knapp. Das führt zu höheren Kosten nicht nur für die Haushalte, sondern auch für die Kliniken, die nicht nur den medizinischen Betrieb aufrecht erhalten müssen, sondern ihre Patient:innen rundum versorgen. Doch die Krankenhäuser können höhere Energiekosten anders als beispielsweise viele Unternehmen nicht in Form höherer Preise an die Kund:innen weitergeben. Im aktuellen System der Krankenhausfinanzierung müssen sie diese Kostensteigerungen aus ihrer eigenen Substanz decken.

Daher setzen wir uns aktuell besonders dafür ein, dass die Kliniken einen Inflationsausgleich bekommen, um ihre durch die Pandemie ohnehin angespannte wirtschaftliche Situation nicht noch weiter zu verschärfen. Das wird ein zähes Ringen, da die Politik die Ausgaben im Gesundheitsbereich eigentlich zurückfahren will. Doch es ist unvermeidlich, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten und um zu verhindern, dass die Kliniken am Ende bei den Personalkosten sparen müssen. Der vorliegende Entwurf zum GKV-Stabilisierungsgesetz zeigt die Sparmaßnahmen des Gesundheitsministeriums deutlich.

kkvd fordert neuen Rettungsschirm für den Herbst – und Abschaffung des Selbstbehalts

Ende Juni 2022 ist zudem die letzte Ausgleichsfinanzierung für die Pandemiefolgen in den Kliniken ausgelaufen. Ein neuer Rettungsschirm ist nicht in Sicht. Das ist extrem kurzfristig, da spätestens für Herbst und Winter eine neue Corona-Infektionswelle erwartet wird. Auch wenn dabei die Zahl schwerer Verläufe beherrschbar bleiben sollte, droht doch ein hoher Krankenstand auch beim Klinikpersonal, so dass ein normaler Regelbetrieb weiterhin nicht in Sicht ist.

Wir fordern daher, dass die Bundesregierung jetzt Regelungen auf den Weg bringt, die spätestens im Herbst als Rettungsschirm für die Kliniken wirksam werden können. Das würde den Krankenhäusern

etwas mehr Planungssicherheit im anhaltenden Krisenmodus geben. Zudem muss endlich der Selbstbehalt von zwei Prozent im Rahmen des Ganzjahresausgleichs für die bisherigen Ausgleichszahlungen zurückgenommen werden. Dieser Selbstbehalt sorgt bei vielen Häusern für eine große Defizitlücke, die ihre Liquidität und wirtschaftliche Stabilität gefährdet.

Regierungskommission fokussiert einseitig auf Zentralisierung

Unabhängig von diesen kurzfristigen Erfordernissen hat sich die Bundesregierung eine große Krankenhaus-Strukturreform vorgenommen. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat Anfang Mai dafür eine Regierungskommission eingesetzt, deren Zusammensetzung Fragen aufwirft: Wieso wurde das Gremium so klein gestrickt, wenn es eigentlich vielfältige Expertise und Erfahrungen zusammentragen soll? Und warum kommen die Vertreter:innen mit Praxisbezug fast ausschließlich aus universitären Einrichtungen?

In ihrer Zusammensetzung bildet die Regierungskommission die Erfordernisse einer flächendeckenden Krankenhausversorgung nicht ab. Durch ihre starke Anbindung an die Universitätsklinika entsteht vielmehr ein sehr konzentrierter Blick auf stark zentralisierte Strukturen, wie sie für Einrichtungen der Maximalversorgung üblich sind. Regionale Versorgungskonzepte und vernetzte Strukturen sowie die Anforderungen der Grund- und Regelleistungen in der Flächenversorgung drohen dabei aus dem Blick zu geraten.

Wichtig ist daher, dass die Regierungskommission deutlich mehr Expertise aus der Breite der Praxis einbindet und die Bundesregierung sehr zügig eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einsetzt, so dass die unterschiedlichen regionalen Bedarfe und Perspektiven Berücksichtigung finden.

Besonders dringlicher Handlungsbedarf besteht bei Geburtshilfe und Pädiatrie

Klar ist, dass eine Strukturreform nur mit einer gleichzeitigen Überarbeitung der Krankenhausfinanzierung gelingen kann. Insbesondere bei Geburtshilfe und Pädiatrie ist schnelles Handeln gefragt, da die Menschen ansonsten lange Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen und so die flächendeckende gesundheitliche Daseinsvorsorge weiter ins Wanken gerät. Schon jetzt hat die Ausdünnung des Versorgungsnetzes in einigen Regionen eine kritische Grenze erreicht. Notwendig ist, dass in Geburtshilfe und Pädiatrie Vorhaltekosten pauschal erstattet werden, so dass die Stationen unabhängig von Schwankungen bei den Fallzahlen wirtschaftlich betrieben werden können. Eine vollständige Herauslösung dieser Bereiche aus dem Fallpauschalensystem ist nach Ansicht des kkvd hingegen nicht notwendig und auch nicht sinnvoll.

Neues Modell für ambulante Notfallversorgung

Tempo machen will das Bundesgesundheitsministerium auch bei der

Reform der ambulanten Notfallversorgung. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat angekündigt, der Regierungskommission dafür zügig ein eigenes Konzept vorzulegen. Wir haben in den letzten Monaten sehr intensiv in einer Arbeitsgruppe der Deutschen Krankenhausgesellschaft mitgearbeitet, die ein praxis- und patient:innenorientiertes Modell entwickelt hat. Kernstück ist, dass ambulante Notfälle künftig grundsätzlich in „Integrierten Notfallzentren (INZ)“ an Krankenhausstandorten mit einer stationären Notfallstufe behandelt werden sollen.

Diese INZ bestehen aus einer von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) betriebenen Portal- oder Bereitschaftspraxis sowie der vom Krankenhaus eigenständig unterhaltenen Notfallaufnahme. Wochentags im Zeitfenster von 7 bis 19 Uhr wird an einem gemeinsamen Tresen auf Basis eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens entschieden, wo eintreffende Patient:innen behandelt werden. Das Modell setzt auf bestehenden Versorgungsstrukturen auf und gewährleistet klare Strukturen und Verantwortlichkeiten. Auch hier gilt: Die Erstattung von Vorhaltekosten in bevölkerungsarmen Regionen ist notwendig, um eine flächendeckende Versorgung zu sichern.

Psychiatrie: Ganzhaus-Ansatz statt Stationsbezug

Zu wenig Beachtung findet angesichts der aktuellen Debatten über die Krankenhausreform die Lage in der psychiatrischen Versorgung. Die Überarbeitung der Richtlinie zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist mittlerweile abgeschlossen. Ab dem 1. Januar 2023 greifen nunmehr Sanktionen, die bei Nichteinhaltung der Personalvorgaben vorgesehen sind. Darauf müssen sich die Kliniken strategisch und strukturell vorbereiten.

Die Vorgaben der PPP-RL sind weiterhin strikt auf das Kriterium „Station“ bezogen. Daher wird Personal, das Patient:innen bislang flexibel, setting- und sektorenübergreifend begleitet hat, künftig an die Klinik-Stationen gebunden sein. Das wird zur Gefahr für dezentrale und gemeindenahere psychiatrische Versorgungsangebote. Hier droht insbesondere ein Rückbau der teilstationären Angebote. Daher setzen wir uns weiterhin dafür ein, dass die Regelungen der PPP-RL flexibilisiert werden und der starre Stationsbezug einem Ganzhaus-Ansatz weicht. Nur so können die in der psychiatrischen Versorgung schon sehr weit vorangeschrittenen sektorenübergreifenden Behandlungskonzepte gesichert werden.

Bernadette Rummelin

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



Pflegepolitik: Wer früher losgeht, ist eher auf dem Weg

„Fortschrittsprogramm“ – es ist schon etwas Zeit vergangen, seit die Ampel ihren Koalitionsvertrag so überschrieb. Und tatsächlich nahm sich die Koalition in Berlin damals so einiges vor, was nicht auf ein Tempolimit in der Gesundheitspolitik hätte schließen lassen. Umso bitterer ist es nach einem Dreivierteljahr, in dem man zumindest eine anfängliche Umsetzung dieses Fortschrittsprogramms hätte erwarten dürfen, zu konstatieren: Um den Fortschritt zu messen, bedarf es keines Schrittzählers, sondern eher eines Bewegungsmelders.

Nach der Politik der ruhigen Hand kommt nun offenbar die Politik der ruhigen Füße. Fortschritt ist nur da möglich, wo die Richtung stimmt, heißt es zwar. Doch angesichts der Lage möchte man ergänzen: Fortschritt ist aber auch nur da möglich, wo es Bewegung gibt.

Seit 2020 wird Pflege im Krankenhaus über das sogenannte Pflegebudget abgerechnet. Es ist die Folge schlechten politischen Handwerks und in gewisser Weise perfide, dass gleich für das erste Jahr seiner Gültigkeit sechs von zehn Krankenhäusern kein Pflegebudget abschließen konnten. In der Praxis bedeutet das für viele Krankenhäuser, dass sie den personellen Aufwuchs der letzten Jahre zu einem erheblichen Teil nicht bezahlt bekommen haben. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Krankenhäuser mit über acht Milliarden Euro in nicht vergütete Vorleistung gegangen sind. Wer sich ehrlich machen will, kann hier viel bewegen – für eine gute Pflege.

Kostenträger sollen auf den Abschluss von Pflegebudgets dringen

Deshalb haben wir uns im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Pflegebonusgesetz einerseits dafür eingesetzt, den Pflegeentgeltwert für Krankenhäuser, die kein Pflegebudget abschließen konnten, in einer angemessenen Höhe festzuschreiben. Andererseits haben wir uns für einen Anreizmechanismus starkgemacht, der die Kostenträger motivieren soll, endlich auf den Abschluss von Pflegebudgets mit Krankenhäusern hinzuwirken.

Das sogenannte Pflegebonusgesetz bedarf eigentlich keiner Erwähnung, sondern eher einer Einordnung. Denn: Die Konstruktion des Pflegebonus ist eine Katastrophe – und das auch noch in Wiederholung. Der Pflegebonus ist keine Weltverbesserung, er ist eine Verschlimmbesserung. Statt als wertschätzende Geste wird der Pflegebonus allerorten als Spaltpilz wahrgenommen. Dass politische Verantwortliche den Hinweis darauf mantraartig vor sich her tragen, löst genauso wenig die strukturellen Probleme in der Pflege, die dringend angegangen werden müssen, wie die Einmalzahlung selbst. Es drückt die Pflegenden umso mehr, dass sonst keine Signale eines Aufbruchs zu vernehmen sind. Die Ampel-Koalition wähnt sich zwar auf dem Weg, aber so richtig losgegangen ist es irgendwie noch nicht.

Beispielsweise ist die Pflegepersonalbemessung für die Krankenhäuser im Bundesgesundheitsministerium offenbar längere Zeit in eine Sackgasse geraten, obwohl sich die Ampel-Koalition eigentlich verpflichtet hatte, die Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) als Interimsinstrument einzuführen. Und auch wenn nun doch etwas Bewegung in die Angelegenheit zu kommen scheint, muss endlich wirklich ein paar Gänge höher geschaltet werden, wenn das Ziel doch eine gute Pflege sein soll.

Langer Weg zum attraktiven Pflegeberuf

In den letzten Jahren sind einige Schritte gemacht worden, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern, die Professionalisierung der Pflege voranzubringen und die Versorgung so zu gestalten, dass alle Gesundheitsberufe ihren Stärken entsprechend zum Behandlungserfolg beitragen können. Wir sind allerdings nur auf dem Weg, aber noch nicht am Ziel.

Die Einführung der Pflegepersonalregelung muss mit der Entwicklung eines Grade-Skill-Mixes einhergehen, der einen qualifikationsgerechten Personaleinsatz sicherstellt und lebenslanges Lernen innerhalb der beruflichen Pflege befördert. Zu diesem Zweck braucht es eine bundesweite Pflegeassistentenausbildung.

Zugleich muss der Beschreibung von pflegerischen Vorbehaltsaufgaben im Pflegeberufegesetz die Entwicklung eines Handlungsrahmens folgen, durch den Pflegenden ihre je eigene Expertise voll in die Versorgung einbringen können. Darüber hinaus muss die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten den Charakter von Modellprojekten verlieren, um auf Augenhöhe mit anderen Heilberufen agieren zu können. Und mit der Entwicklung von Aufgabenfeldern gilt es, die regulatorischen Grundlagen für die Akquirierung, Qualifizierung und Finanzierung akademisch qualifizierter Pflegekräfte zu schaffen. Dieses Mehr an Verantwortung bedeutet auch ein Mehr an Möglichkeiten für eine Karriere in der Pflege und damit eine zunehmende Attraktivität des Pflegeberufs.

Fortschritt heißt, mehr Weg hinter sich zu lassen. Damit Pflegenden ihre Rolle und Krankenhäuser ihren Auftrag weiterhin wahrnehmen können, ist die Politik gefragt, wahrnehmbare Wegweiser zu setzen, die über eine Herbststrategie hinausgehen – und Fortschritt zum Programm zu machen.



Markus Lauter

Referent für Pflege und Politik
beim Katholischen Krankenhausverband
Deutschlands (kkvd)

E-Mail: markus.lauter@caritas.de

Reha: Gesetzgeber und Kostenträger müssen jetzt Verantwortung übernehmen

Die Covid-19-Pandemie geht auch an Rehabilitationskliniken nicht spurlos vorbei. Die notwendigen Hygiene- und Abstandsmaßnahmen führen seit fast zweieinhalb Jahren zu erheblichen Mehrkosten. Gleichzeitig brachte das Verbot, Leistungen zu erbringen, im ersten Lockdown in einzelnen Bundesländern vollständige Erlösausfälle. Krankenhäuser waren immer wieder gehalten oder gezwungen, ihr Angebot an elektiven Leistungen einzuschränken. In der Folge fiel auch die Anschlussheilbehandlung in den Reha-Kliniken aus.

Frühere Coronahilfen verwandeln sich in Lasten

Der Gesetzgeber hat auf die dadurch entstandenen finanziellen Belastungen unterschiedlich reagiert. Die Leistungen von Reha-Kliniken werden nicht nach einem verlässlichen Vergütungssystem finanziert, sondern müssen durch jede Klinik mit jeder Krankenkasse oder den Rentenversicherungsträgern einzeln verhandelt werden.

Die Rentenversicherungsträger hatten bezüglich der coronabedingten Hygiene-Mehraufwendungen zunächst unbürokratisch einen täglichen Zuschlag gewährt. Der Gesetzgeber hatte mit dem Sozialdienstleister-Einsatz-Gesetz (SodEG) darüber hinaus eine Grundlage geschaffen, um Erlösausfälle zu kompensieren. Demnach sind gewährte Hilfen subsidiär zu anderen Leistungen, und eventuelle Überzahlungen werden zurückgefordert. Jedoch wurde die im Gesetz nicht eindeutige Berechnung etwaiger Überzahlungen derart restriktiv in die Praxis übernommen, dass die Kliniken nun erheblichen Rückzahlungsforderungen ausgesetzt sind. Diese sind aus dem laufenden Betrieb nicht zu erwirtschaften, sondern müssen – so vorhanden – aus der Substanz der Träger finanziert werden. Die gesetzgeberische Intention der Unterstützung für soziale Träger, deren Leistungen von besonderer gesellschaftlicher Bedeutung sind, ist damit vollständig konterkariert.

Da die Zahlungen nach dem SodEG formal an eine epidemische Lage geknüpft sind, können Kliniken bereits seit April 2022 diese Unterstützungsleistungen nicht mehr in Anspruch nehmen. Auch gibt es keine Hinweise, dass die Rentenversicherung über den 30. Juni 2022 hinaus den sogenannten Hygienezuschlag zahlt. Angesichts von Sommer- und Herbstwellen sowie einem sehr hohen Krankenstand stoßen diese Entscheidungen, mit denen die Lasten eines verantwortlichen Hygienemanagements vollständig auf die Kliniken übertragen werden, auf großes Unverständnis.

Verlängerung coronagemäßer Vergütung tut not

Die gesetzlichen Krankenkassen wurden durch den Gesetzgeber verpflichtet, bis zum 30. Juni 2022 die bestehenden Vergütungsvereinbarungen an die coronabedingt besondere Situation der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen anzupassen. Das Bundesgesundheits-

ministerium (BMG) hat aktuell noch die Möglichkeit, diese Verpflichtung bis zum 24. September 2022 zu verlängern. Gemeinsam mit dem Deutschen Caritasverband setzt sich der kkvd für eine Finanzierung der Corona-Schutzmaßnahmen ein.

Im Referentenentwurf des Covid-19-Schutzgesetzes war noch vorgesehen, dass die entsprechenden Vereinbarungen auch über dieses Datum hinaus verlängert werden können. Das ist leider im Kabinettsentwurf nicht mehr enthalten. Damit ist auch mit einer Verlängerung bis zum 24. September wohl nicht mehr zu rechnen.

Es stößt auf großes Unverständnis, dass ein solches Gesetz zum Schutz der Bevölkerung und „insbesondere vulnerabler Personengruppen“ die Finanzierung infektionsmedizinisch notwendiger Maßnahmen in der Reha nicht absichert. Denn gerade für die im Durchschnitt viel älteren und häufig chronisch erkrankten Rehabilitand:innen der Krankenkassen bleiben Infektionsschutzmaßnahmen weiterhin lebensnotwendig.

Extreme Kostensteigerungen ohne Kompensation

Auch der seit Februar herrschende Krieg in Europa führt zu Kostensteigerungen bei der Energieversorgung, bei Nahrungsmitteln, Gütern des täglichen Bedarfs sowie speziellen Medizinprodukten. Nahezu alle Sachkostenbereiche in den Reha-Einrichtungen sind betroffen. Bislang haben weder Sozialleistungsträger noch der Gesetzgeber Verantwortung übernommen und Möglichkeiten geschaffen, um diese in den Vergütungssätzen nicht einkalkulierten Extrempreise zu kompensieren.

Schließlich erfordert die Klimakrise zeitnah hohe Investitionen in CO₂-Einsparung, Hitzeschutz und in Vorkehrungen gegen Extremwetter. Hinzu kommen erhebliche Investitionen in die Digitalisierung, denn die erwarteten Folgen der demografischen Entwicklung – Zunahme der alternden Bevölkerung, Fachkräftemangel, sinkende Sozialversicherungsbeiträge – sind sonst nicht kompensierbar. Doch die bestehenden Vergütungssätze berücksichtigen seit Jahren notwendige Investitionen nicht ausreichend. Daher muss dringend ein Sonderinvestitionsprogramm her, um die medizinische Reha zukunftsfähig zu halten. Schließlich nimmt der Bedarf an Rehabilitation weiter zu, denn viele Folgen der Coronapandemie wie Post-Covid- und Long-Covid-Symptome sowie Erkrankungen aufgrund von Isolation, Bewegungsmangel, psychischen Belastungen oder verzögerter akutmedizinischer Behandlungen erfordern ihre Leistungen.



Karoline Körber
 ist Referentin für Rehabilitation und Recht
 beim Katholischen Krankenhausverband
 Deutschlands (kkvd)
 E-Mail: karoline.koerber@caritas.de

Aktuell**Unterwegs mit einer Babylotsin im Hamburger Marienkrankenhaus**

Das katholische Marienkrankenhaus im Hamburger Stadtteil Hohenfelde versorgt jährlich rund 93.000 Patient:innen. Zu ihm gehört auch das Perinatalzentrum Level 1, in dem Neugeborene mit sehr geringem Gewicht dank modernster Technik versorgt werden können. Voriges Jahr kamen hier 3568 Babys zur Welt.

Ich bin mit Carmen Canales verabredet. Sie ist Sozialpädagogin und außerdem eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ im Sinne des Kinder- und Jugendschutzgesetzes. Seit 2011 arbeitet sie als Babylotsin auf der Geburtsstation im Marienkrankenhaus.

Das Programm Babylotse wurde von der Stiftung SeeYou der Katholischen Kinderklinik Wilhelmstift entwickelt und geht auf die Vision des Kinderarztes und Neonatologen Sönke Siefert zurück. Warum, so fragten sich Ärzt:innen beispielsweise, besuchen manche Eltern ihre Neugeborenen auf der Neonatologie nicht? Nachfragen ergaben: Vielen fehlte schlicht das Geld für die Fahrkarte oder eine Betreuung für die Geschwisterkinder daheim.

Den Teufelskreis aus Armut und Gesundheitsrisiken durchbrechen

Das verweist beispielhaft auf einen empirisch gut belegten Sachverhalt: Etwa 13 Prozent der Familien in Deutschland sind in belasteten Lebenslagen. Ihre Kinder haben ein deutlich höheres Risiko für Frühgeburt, Adipositas, ADHS, Diabetes etc. Die Ursache dafür liegt in einem komplexen Zusammenspiel aus Armut, schlechten Lebensverhältnissen, eingeschränkter Teilhabe und geringem Bildungsstatus. Meist haben auch die Mütter und Väter dieser Kinder einen schlechteren Gesundheitsstatus als wohlhabende Eltern. Carmen Canales bringt es auf den Punkt: „Alle Eltern wollen gute Eltern sein – aber nicht alle können es.“ Hier setzt die Unterstützung durch Babylotsinnen in den Geburtskliniken ein. Im Mittelpunkt ihrer Arbeit steht das Wohlergehen der Neugeborenen.

Anstellungsträgerin von Carmen Canales ist die Stiftung SeeYou, während das Krankenhaus Büro und Sachmittel stellt. Inzwischen haben alle Geburtskliniken in Hamburg das Programm Babylotse umgesetzt, mit unterschiedlichen Kooperationen und Anstellungsträgerschaften. (Das Universitätsklinikum hat ein eigenes Lots:innenprogramm.)

Die Aufgaben der Babylots:innen sind im Klinikprozess systematisch verankert. Um einen möglichen Beratungsbedarf von Familien zu erfassen, füllt das medizinische Personal beim Geburtsplanungsgespräch circa in der 34. Schwangerschaftswoche mit der Mutter/dem Vater einen Screeningbogen, den sogenannten Wilhelmbogen, aus. Abgefragt werden medizinische und psychosoziale Daten, zum Beispiel: Gibt es finanzielle Engpässe? Besteht

Eine Studie im Auftrag des Deutschen Caritasverbandes zur Arbeit von Babylots:innen in Zeiten der Pandemie belegt die positiven Effekte der Lotsentätigkeit bei Müttern ebenso wie bei medizinisch-pflegerischen Fachkräften. Kostenloser Download unter: www.neue-caritas.de, Rubrik „Spezialausgaben“.

eine Allein-Elternschaft oder eine psychische Mehrbelastung? Oder Drogenkonsum?

Carmen Canales sichtet die Bögen umgehend, und bei Hinweisen auf belastete Lebensumstände geht sie auf die Mutter/die Familie mit einem Gesprächsangebot zu. Dafür bleibt nur ein kleines Zeitfenster, denn die meisten Wöchnerinnen verlassen nach längstens drei Tagen die Klinik; in Pandemiezeiten noch schneller. In diesem persönlichen Beratungsgespräch baut die Babylotsin eine Vertrauensbasis auf und benennt problematische Faktoren offen und klar. Vor allem aber bietet sie konkrete Unterstützung und Entlastung an, zum Beispiel bei der Suche nach einer Nachsorge-Hebamme oder einem Haushaltshilfe-Antrag; sie vermittelt Migrationsberatung, Kurse, Eltern-Treffs und vieles mehr. Mit den Anbietern sozialer und gesundheitlicher Hilfen in Hamburg ist Carmen Canales gut vernetzt; sie lotst frischgebackene Familien durch die teils unübersichtliche Angebotspalette der Frühen Hilfen.

Babylots:innen bilden eine Brücke aus dem Gesundheitssystem Klinik in das System der Frühen Hilfen aus Angeboten der Kinder- und Familienhilfen, Gesundheitshilfen oder Frühförderung. Da fast alle Kinder in Kliniken geboren werden, ist dies der Ort, auch psychosozial belastete Familien zu erreichen, bevor die Versorgung von Kindern prekär wird. Grundsätzlich ist die Beratung für die Eltern freiwillig, doch gibt es klare Grenzen und einen gesetzlichen Schutzauftrag für alle, die mit Kindern arbeiten – auch in der Geburtsklinik (§ 8a SGB VIII). Wenn beispielsweise eine Schwangere alkoholisiert zur Entbindung kommt, wohnungslos oder minderjährig ist oder Zeichen häuslicher Gewalt zeigt, muss die Klinik das Jugendamt informieren. In der Regel ist dabei der Sozialdienst des Krankenhauses beteiligt.

Immer wieder fassungslos steht Carmen Canales vor bürokratischen Hürden – Digitalisierung: Fehlanzeige, Amtssprache: Deutsch allein. Für Rückfragen ist niemand erreichbar. Und manchmal lässt die Geburtsurkunde auf sich warten – doch die ist Voraussetzung für alle weiteren Leistungen.

Ulrike Wössner

Referentin Frühe Hilfen beim
Deutschen Caritasverband

E-Mail: ulrike.woessner@caritas.de



NACHGEFRAGT

Die Grundordnung muss glaubwürdig gelebt werden können

Bild AcU



Ende Mai legte die Bischöfliche Arbeitsgruppe Arbeitsrecht einen Entwurf zur Überarbeitung der Grundordnung des kirchlichen Dienstes vor. Dem voraus gingen Diskussionen über die bisher von Mitarbeitenden kirchlicher Einrichtungen geforderten Loyalitätspflichten. kkvd aktuell sprach darüber mit Matthias Scholz, dem Vorstandsvorsitzenden

der Arbeitsgemeinschaft caritativer Unternehmen (AcU).

Die Zahl der Austritte aus der katholischen Kirche erreichte 2021 mit rund 360.000 einen neuen Rekord. Hat das auch Auswirkungen auf die Arbeit in den kirchlichen Unternehmen?

Ja, in zweifacher Hinsicht: Zum einen treffen caritative Dienstgeber immer öfter auf Bewerber:innen, die aus der katholischen Kirche ausgetreten sind. Nach der geltenden Grundordnung dürften sie nicht eingestellt werden, auch wenn sie fachlich und persönlich bestens geeignet sind. Zum anderen gibt es langjährige Mitarbeitende, die sich jetzt zum Kirchenaustritt entscheiden. Die Träger gehen damit unterschiedlich um. Manche sehen darüber hinweg, andere suchen das Gespräch. Zur Kündigung kommt es meiner Kenntnis nach nur noch selten.

Wie bewerten Sie hier den Entwurf der neuen Grundordnung?

Er ist ein deutlicher Fortschritt. Gut, dass jetzt auch die Caritas ausdrücklich als Grundvollzug der Kirche genannt wird. Wichtig ist zudem, dass Diversität anerkannt wird, und zwar mit Bezug auf den Katalog des allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes. Letztlich sollen alle bisherigen Loyalitätspflichten zur persönlichen Lebensgestaltung wegfallen, ausgenommen der Kirchenaustritt. Diese Ausnahme ist für uns allerdings ein großer Kritikpunkt. Denn in der Sozial- und Gesundheitsbranche herrscht Fachkräftemangel. Bleibt der Austritt aus der katholischen Kirche ein Ausschlusskriterium für den Dienst in caritativen Einrichtungen, befinden sich ihre Träger weiterhin in einer Zwickmühle: Entweder sie ignorieren hier die Grundordnung, oder sie halten sich daran und nehmen erhebliche Konsequenzen für ihre Arbeit in Kauf. Zu der letzten Option sind immer weniger bereit. Aus unserer Sicht sollte man eine Regel, die von sehr vielen in der Praxis nicht gelebt werden kann, aus der Grundordnung heraus-

lassen. Dass die verfasste Kirche mit Blick auf ihre direkten Mitarbeiter:innen eventuell eine andere Haltung hat, kann ich verstehen. Doch das wäre auch außerhalb der Grundordnung regelbar. Und: Wenn die Grundordnung auch eine einladende Zielrichtung hat, könnte hier signalisiert werden, die Tür ist weiter offen. Uns als Dienstgeberverband fehlt zudem eine eindeutige Feststellung, dass die Koalitionsfreiheit nicht nur für die Mitarbeitenden gilt, sondern auch für die Dienstgeber. Es wäre ein Leichtes, die jetzt nur auf die Beschäftigten bezogenen Passagen im Entwurf paritätisch zu formulieren, das brächte mehr Klarheit.

Das kirchliche Arbeitsrecht, der „Dritte Weg“, steht insgesamt in der Kritik. Wie denken Sie darüber?

Der Dritte Weg hat über sehr lange Zeit Konfliktlösungsmodelle entwickelt, die funktionieren. Das ist seine Hauptstärke. Es gibt paritätische Kommissionen aus Mitarbeitenden und Dienstgebern, die miteinander verhandeln. Für Beschlüsse ist eine deutlich qualifizierte Mehrheit nötig. Ist eine Einigung nicht möglich, gibt es ein abgestuftes Schlichtungsverfahren bis hin zur Zwangsschlichtung. Solche Schlichtungsmodelle halten heute auch in andere Rechtsbereiche Einzug, beispielsweise im Familienrecht. Mediation, Schlichtung und Schiedsgerichte gelten hier als modern. Warum man nun ausgerechnet ein so modernes Konfliktlösungsmodell über Bord kippen soll, kann ich nicht nachvollziehen. Vielmehr stellt sich doch umgekehrt die Frage, ob Streiks und Aussperrungen in Deutschland heute noch sinnvolle Instrumente sind. Das gilt insbesondere für die Sozial- und Gesundheitsbranche, in der wir für Menschen da sind, die sich in existenziell schwierigen oder auch bedrohlichen Situationen befinden. Hier blockiert ein Streik nicht die Produktion bestimmter Güter, sondern die bestmögliche Sorge um Menschen.

Sehen Sie beim Dritten Weg auch Reformbedarf?

Wir schreiben sehr viel vom öffentlichen Dienst ab. Dabei könnten die Vereinbarungen durch echte Verhandlungen für beide Seiten noch deutlich attraktiver gestaltet werden. Vieles aus dem öffentlichen Dienst ist nicht passgenau zu unseren Einrichtungen. Bei uns gibt es beispielsweise viel mehr Altenhilfe-Einrichtungen als im kommunalen Bereich. Und auch bei den Krankenhäusern bestehen Unterschiede: Kommunale Häuser sind oft größere Einheiten, während wir auch mit kleineren Häusern die Versorgung in strukturschwachen Gebieten sicherstellen.

mō

NACHGEDACHT

Katholische Krankenhäuser sind ein Lackmoustest der Nächstenliebe

Bild kkvd/Jens Jeske



Pater Dr. Hans Langendörfer SJ war 25 Jahre lang Sekretär der Deutschen Bischofskonferenz. Diese Textpassage und das Bild stammen von seiner Laudatio auf Theo Paul im Juni 2022 (s. S. 2 ff.).

Eine zentrale Überzeugung von Theo Paul ist: Die Sorge für Kranke und Sterbende gehört zum unverzichtbaren Profil christlich geprägten Lebens. Sie kann ihm Glaubwürdigkeit verleihen.

Das ist ein sehr wichtiger Aspekt. Denn die katholische Kirche ist hierzulande in einen Strudel geraten, in dem ihr mehr und mehr die Glaubwürdigkeit aberkannt und die Wertschätzung entzogen wird. Sie kennen die Forsa-Umfrage, wonach nur noch zwölf Prozent der Bevölkerung großes Vertrauen in die Kirche haben (2017: 28 Pro-

zent, evangelische Kirche 2021: 33 Prozent). Die von den Amtsgerichten für Bonn und Umgebung für 2021 mitgeteilten Austrittszahlen haben sich gegenüber 2019 verdoppelt. Die „Bild“ fasst zusammen: „Die Kirche brennt.“ Und man liest die nicht unbedingt von Bedauern geprägte Meldung, dass katholische und evangelische Kirche gemeinsam keine 50 Prozent der Bevölkerung mehr repräsentieren.

Ich weiß, dass diese krisenhafte Entwicklung weithin selbstverschuldet ist und nicht anderen angelastet werden darf. Es sind ja bei uns im Katholizismus nicht nur die Verbrechen vor allem an Kindern und jungen Leuten, sondern auch massive Reformdefizite – nicht selten eng mit den Fragen sexueller Gewalt verbunden –, die zu den großen Erschütterungen führen.

Hinzu kommt, dass der kirchliche Glaube zunehmend im Wettbewerb steht mit anderen religiösen Orientierungen. An die Stelle „Gottes“ tritt mehr und mehr eine „höhere Macht“, die allerdings ethisch nicht dieselbe Verbindlichkeit bringt wie der traditionelle Gottesglaube.

Es ist daher von unschätzbare Bedeutung, ob das entscheidende Distinctivum des Christentums – die Liebe Gottes und ihre Weitergabe in der Liebe zum Nächsten – spürbar und kraftvoll gelebt und in der Gesellschaft wahrgenommen wird. Man darf katholische Krankenhäuser und soziale Einrichtungen nicht glorifizieren und nicht überfordern; doch sind gerade sie der Lackmoustest einer Kirchenwelt, die sich treu bleiben will.

Und tatsächlich: Wieviel soziale Wärme und wieviel Menschenliebe würden ohne unsere Krankenhäuser fehlen! Demütig und doch auch selbstbewusst dürfen und sollen wir das feststellen. Und damit den Dank an die unendlich vielen Haupt- und Ehrenamtlichen verbinden, die in dieser Welt tätig sind. Für die Behandlungsabläufe nicht Produktionsprozesse sind, sondern Hilfe für menschliche Personen.

Hans Langendörfer

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: [kkvd/Jens Jeske](mailto:kkvd@jens-jeske.de)

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



Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.