

neue  
caritas

**Thema**  
Kooperationen und  
Fusionen  
S. 6

**Politik**  
Generalistische  
Pflegeausbildung  
S. 11

# kkvd -aktuell

Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.



**Liebe Leserinnen und Leser,** ein Sprichwort sagt: Was lange währt, wird endlich gut. Lassen Sie mich also mit einer guten Nachricht anfangen. Die beiden Kölner Träger „Stiftung der Cellitinnen“ und „Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria“ können ihre Einrichtungen nun endlich unter einem Dach zusammenführen. Knapp sieben Jahren haben sie daran gearbeitet und dabei hatten sie einige Hürden zu nehmen, beispielsweise das Kartellrecht. Warum und wie der Zusammenschluss nun endlich gelang, können Sie in dieser Ausgabe von „kkvd aktuell“ lesen.

Überhaupt haben wir diesmal den Schwerpunkt Kooperationen und Fusionen gewählt, denn der katholische Krankenhausmarkt ist ordentlich in Bewegung. Das zeigt vor allem eines: Wir verschließen

uns notwendigen Veränderungen nicht, im Gegenteil, wir engagieren uns aktiv. So stellen wir exemplarisch sechs Regionen vor, in denen Kliniken Fusionen geplant, entwickelt oder auch schon umgesetzt haben.

Zusammenschlüsse bündeln die Kräfte und schaffen Synergien. Zudem zeigen sie, dass Spezialisierung auf hohem Qualitätsniveau und mit entsprechenden Leistungsmengen auch in Klinikverbänden und -netzwerken möglich ist. Zentralisierte Megakliniken braucht es dafür nicht. Durch Verbände bleibt die Krankenhausversorgung in erreichbarer Nähe. Dies leistet einen wichtigen Beitrag, um die Versorgung der Patient:innen bestmöglich zu sichern.

Gleichwohl kann niemand auch bei solchen wichtigen Anstrengungen die politische und wirtschaftliche Großwetterlage außer Acht

lassen. Viel beachtet wurde vor etwas über einem Jahr die Ankündigung der beiden großen katholischen Träger St. Franziskus-Stiftung Münster und Marienhaus Waldbreitbach, zu fusionieren. Grünes Licht vom Kartellamt gab es bereits im vergangenen Sommer.

Doch gleichzeitig ist im politischen Raum einiges passiert. Insbesondere die Pläne der Regierungskommission von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach für eine Klinikreform haben im Krankenhaussektor viele Fragen aufgeworfen. Dies und die extrem angespannte wirtschaftliche Lage auf dem Klinikmarkt haben die Planungssicherheit dahinschmelzen lassen.

So kommt es nicht unerwartet, dass Marienhaus und die St. Franziskus-Stiftung einen Gang runterschalten möchten. Sie gehen den gemeinsamen Weg zunächst als strategische Partnerschaft weiter. Mehr dazu finden Sie ebenfalls in dieser Ausgabe.

Selbstverständlich informieren wir Sie auch mit Berichten zur Krankenhausreform und zur Pflegepolitik über die Schwerpunkte unserer Arbeit. Und wir möchten die Mitgliedseinrichtungen einladen, sich an der Ausschreibung des diesjährigen kkvd Sozialpreises zu beteiligen. Das Motto lautet „healthcare for future“. Worum es dabei geht, lesen Sie auf der letzten Seite.

Mit Veränderungen habe ich dieses Editorial begonnen, mit einer weiteren Veränderung möchte ich enden. Das Format „kkvd aktuell“

hat Sie nun 13 Jahre zuverlässig über die Arbeit unseres Verbands informiert. Doch die Zeit bleibt nicht stehen und Medien sowie die Bedürfnisse der Leser:innen ändern sich. Daher möchten wir unsere digitalen Informationsangebote ausbauen und auch dieses Format entsprechend weiterentwickeln. Die Print-Ausgabe von „kkvd aktuell“ sowie der Versand als Einleger der „neuen caritas“ wird mit der Ausgabe 3/2023, die am 31. Juli erscheinen wird, eingestellt.

Danach stehen Ihnen digitale Nachfolge-Medien zur Verfügung, über die wir in der nächsten und letzten Ausgabe ausführlich informieren. Wir versprechen uns von dieser Weiterentwicklung, Sie deutlich aktueller auf dem Laufenden halten zu können. Zudem freuen wir uns darauf, mit Ihnen in einen engeren Austausch einzutreten.

Nun wünsche ich Ihnen aber viel Spaß beim Lesen dieser Ausgabe!

Mit besten Grüßen  
Bernadette Rummelin



**Bernadette Rummelin**  
Geschäftsführerin des kkvd  
E-Mail: [bernadette.ruemmelin@caritas.de](mailto:bernadette.ruemmelin@caritas.de)

## Politik

### Krankenhausreform: Subsidiarität muss erhalten bleiben

Die Regierungskommission hat im Dezember Empfehlungen für eine grundlegende Reform der Krankenhausvergütung vorgelegt. Verbunden damit sind allerdings auch massive Änderungen für die Krankenhausplanung, die erhebliche Auswirkungen auf die Struktur und Verteilung der deutschen Krankenhäuser haben werden.

Die Umsetzung der Reformvorschläge wird seit Februar in unterschiedlichen Arbeitsgruppen mit Expert:innen aus dem Bundesministerium sowie den Landesgesundheitsministerien erarbeitet. Aufgrund großer Differenzen wurde eine Überarbeitung des Konzepts von Leistungsgruppen und Versorgungsleveln vereinbart, die am 23. Mai erwartet wird.

Erst eine Auswirkungsanalyse DKG im Februar hatte die praktischen Folgen der ursprünglichen Vorschläge aufgezeigt: eine großflächige Schließung kleiner und mittlerer Krankenhausstandorte und massive Einschränkungen hinsichtlich der Auswahl und Erreichbarkeit stationärer Angebote.

Besonders betroffen wären die katholischen freigemeinnützigen Häuser. Typischerweise stellen sie eher Einheiten mittlerer Größe dar, die sich durch eine hohe fachliche Spezialisierung einerseits und besondere menschliche Zugewandtheit auf der anderen Seite auszeichnen. In der jeweiligen Spezialisierung werden jeweils hohe Behandlungszahlen erreicht, die teilweise die benachbarter Maximalversorger übersteigen.

Häufig sind diese Krankenhäuser in Verbundstrukturen eines Trägers organisiert, so dass im Rahmen dieses Verbundes in der Summe der Standorte auch eine große Fächerbreite erreicht werden kann, die mit der eines Maximalversorgers vergleichbar ist. Um den bevölkerungsbedingten Behandlungsbedarf zu decken, müssten bei Schließung dieser Standorte in erheblichem Maß Kapazitäten an bestehenden großen Häusern erweitert und ausgebaut werden. Ob sich die allgemeine Annahme bestätigt, dass sich das rar gewordene medizinische Fachpersonal dann automatisch dort konzentrieren würde, ist zweifelhaft. Zu befürchten ist vielmehr eine Abwanderung in andere Bereiche.

Ein Verzicht auf kleinere – häufig freigemeinnützig oder privat organisierte – Krankenhäuser hätte deutliche Züge einer Verstaatlichung des Krankenhauswesens. Eine solche Abkehr von der Subsidia-

rität ist problematisch. Sichern doch freigemeinnützige Strukturen seit jeher bedarfsnotwendige Versorgungsinnovationen und einen wirtschaftlichen Mitteleinsatz, der nicht mit der aktuell politisch kritisierten „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens zu verwechseln ist.

Eine Konzentration der Krankenhausversorgung auf wenige große Standorte ist nicht sinnvoll. Der Vorteil einer Versorgung auf vielen spezialisierten Schultern schafft resiliente Strukturen. Das ist mit zentralisierten Großkliniken nicht möglich. Der Ausfall einer großen Struktur (Hygieneskandale, Cyberattacke, Hochwasser) kann nicht aufgefangen werden. In Coronazeiten konnten kleine und mittlere Häuser Maximalversorger entlasten. Eine entlastende Struktur entfällt.

In der Bund-Länder-Arbeitsgruppe wird die von der Regierungskommission vorgeschlagene Zuordnung von Leistungsgruppen zu Versorgungsstufen glücklicherweise weiterhin diskutiert. Bestehende auf hohem Niveau spezialisierte Krankenhausstrukturen dürfen nicht geschlossen werden, nur weil ihr Versorgungsangebot nicht so breit ist wie das von Großkliniken.

Wichtig ist aber auch, ein Augenmerk auf das eigentliche Herzstück der Reformbemühungen zu richten: ein verändertes Vergütungssystem und die seit langem geforderte Einführung einer Vorhaltekostenfinanzierung. Bedarfsnotwendige Krankenhäuser müssen abgesichert sein und dürfen nicht gezwungen werden, die Deckung ihrer Grundkosten für die Vorhaltung von Basis- und Notfalleistungen durch Fall- und Mengensteigerungen erwirtschaften zu müssen.

Der vorliegende Vorschlag basiert nicht auf einer Kalkulation der real anfallenden Kosten für Vorhalteleistungen, die ein Krankenhaus benötigt, um zum Beispiel ausreichend ärztliches Personal für eine 24/7-Notfallversorgung vorzuhalten. Vielmehr wird ein willkürlich gesetzter Prozentanteil aus den DRG-Erlösen der Kliniken pauschal herausgenommen, wobei das Erlösvolumen nach einem nicht näher definierten Schlüssel umverteilt werden soll. Es wird ein System von pauschalen „Vorhaltevergütungen“ vorgeschlagen, die für alle Kliniken einer Leistungsgruppe einheitlich hoch sein sollen und somit differenzierte unterschiedliche Mindeststrukturanforderungen in keiner Weise berücksichtigen können. Die vorgesehenen Vorhaltepauschalen reichen aber nicht aus, um die notwendigen, mengenunabhängigen Kosten für die Vorhaltung einer Krankenhausstruktur zu decken. Das Delta müssen die Krankenhäuser weiterhin über die fallabhängige Vergütung aus dem Rest-DRG-Anteil erwirtschaften. Die daraus erzielbaren Erlöse werden aber geringer sein als bisher, da ein Teil bereits als Vorhaltepauschale verteilt sein wird. In der Folge gibt es kein Ende des Hamsterrads; dieses muss sich vielmehr noch schneller drehen, um die notwendigen Einnahmen zu erwirtschaften.

Notwendig sind echte Vorhaltekostenpauschalen, die über die Kalkulation der Kosten ermittelt werden, die bei einer tarifgerechten Entlohnung des für die Vorhaltung der jeweiligen stationären Leistungen erforderlichen Krankenhauspersonals anfallen.

Überflüssige Krankenhausstandorte sollten nicht als „Level-I-Kliniken“ verbrämt werden. Die Politik muss mit Krankenhausschlie-

ßungen ehrlich umgehen. Dazu gehört ein verlässlicher Ausgleich der anfallenden Schließungskosten. Sollte am Standort einer überflüssig gewordenen Krankenhausstruktur anderweitiger Versorgungsbedarf entstehen, ist dieser selbstverständlich zu decken.

Dies kann durch neue Versorgungsangebote wie ambulant-stationäre Zentren mit Pflegeschwerpunkt erfolgen. Solche Strukturen haben jedoch nichts mit den komplexen Versorgungsangeboten gemein, wie sie durch Krankenhäuser erbracht werden. Dies ist transparent zu machen und klar zu benennen. kö

## Notfallreform: Patient:innen besser lenken

Die Regierungskommission hat Vorschläge zur Reform der Notfallversorgung entwickelt. Ein hoher Anteil der Belastung der Notfallambulanzen der Krankenhäuser ist auf Fehlansprache zurückzuführen. Patient:innen finden zur Behandlung ihrer Beschwerden und Leiden keinen Zugang zu den ambulanten Versorgungsstrukturen.

Dies hat unterschiedliche Ursachen: Ambulante Angebote stehen nicht in ausreichender Kapazität zur Verfügung, und häufig sind auch Angebotszeiten nicht passgenau für die Hilfesuchenden. In der Folge wenden sie sich an die Notfallambulanzen der Krankenhäuser. Notwendig ist es daher, die Lenkung von Patient:innen in die Versorgungsstrukturen des ambulanten Sektors und der KVen zu verbessern. Dazu kann das Konzept der Integrierten Leitstellen (ILS) hilfreich sein. Der Vorschlag der Kommission, ambulante Angebote auch in ihrer Fachlichkeit zu erweitern und zu ergänzen, in dem etwa Angebote telemedizinischer Beratung, einer pflegerischen Notfallversorgung, psychosoziale Kriseninterventionsdienste oder Botendienste für Medikamente geschaffen werden sollen, geht in die richtige Richtung.

Äußerst problematisch und fachlich nicht nachzuvollziehen ist der Vorschlag, Integrierte Notfallzentren (INZ) nicht an Level-I-Häusern einzurichten. In INZ kooperiert die stationäre Notfallaufnahme mit Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigung. So wird sichergestellt, dass Patient:innen, die auf anderem Weg nicht das ambulante Versorgungsangebot erreichen, spätestens dort, in räumlicher Nähe des Krankenhauses, die Möglichkeit erhalten, ambulant versorgt zu werden. Solche Strukturen müssen an jedem Krankenhaus, das an der stationären Notfallversorgung teilnimmt, eingerichtet werden können. Die Entscheidung, ob eine Behandlung ambulant oder stationär erfolgen muss, kann in vielen Fällen nicht im Vorfeld getroffen werden. Dann muss auch in einem Level-I-Haus die Möglichkeit bestehen, Patient:innen nicht nur in der stationären Notfallaufnahme, sondern auch mit den Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung behandeln zu können, ohne dass dazu weite Wege überbrückt und Patient:innen weggeschickt werden müssen. Die Reform der Notfallversorgung sollte in einem zweiten Schritt nach der Krankenhausreform umgesetzt werden – wenn absehbar ist, an welchen Standorten welche Form der stationären Notfallversorgung angeboten wird. kö

## ECKPUNKTE FÜR EINE KRANKENHAUSREFORM

Zur weiteren Ausgestaltung der Krankenhausreform hat der Katholische Krankenhausverband Deutschland (kkvd) Ende April folgende Eckpunkte vorgelegt:

1. Die Reform muss von der bestmöglichen Versorgung der Patient:innen aus gedacht werden. Zentrale Maßstäbe sind daher Qualität und Erreichbarkeit. Ziel der Reform muss es sein, regionale Versorgungsbedarfe optimal zu decken und so Versorgungssicherheit herzustellen. Grundbaustein für eine bedarfsgerechte und qualitätssteigernde Krankenhausplanung sollten Leistungsgruppen sein. Die Definition von Leistungsgruppen kann der Bund nur gemeinsam mit den Ländern vornehmen. Die Zahl und Ausgestaltung der Leistungsgruppen darf im Interesse der Praxistauglichkeit nicht zu kleinteilig sein. In Nordrhein-Westfalen wurde mit langem Vorlauf ein Konzept von 60 somatischen Leistungsgruppen erarbeitet. Daran sollte sich die Krankenhausreform orientieren. Zudem sind die bestehenden Anforderungen an die fachärztliche Weiterbildung zu berücksichtigen.

2. In welchem Umfang und wie viele Krankenhäuser von den Ländern Versorgungsaufträge für die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen bekommen, entscheidet sich anhand des konkreten regionalen Versorgungsbedarfs. Über die Leistungsgruppen werden Strukturanpassungen eingeleitet, eine fachliche Schwerpunktbildung befördert und aufgrund höherer Fallzahlen die Qualität weiter verbessert. Gleichzeitig ist es notwendig, die Wahlfreiheit der Patient:innen und den Wettbewerb um eine höhere Versorgungsqualität sicherzustellen. Daher sollte auch aus Gründen der Versorgungssicherheit bundeseinheitlich vorgegeben werden, dass die Leistungsgruppen jeweils von mehr als einem Krankenhaus in angemessener Distanz angeboten werden. Neben dem Wettbewerb bleiben so auch die Aus- und Weiterbildung sowie Reservekapazitäten für die Notfallversorgung gewährleistet.

3. Die Einführung bundeseinheitlicher Versorgungs-Level ist für die Krankenhausplanung weder erforderlich noch hilfreich. Sie würden eine weitgehende Umstrukturierung der bestehenden Kliniklandschaft erfordern und in Netzwerken gewachsene Maximalversorgungsstrukturen zerschlagen. Ihre Umsetzung würde somit hohe Umwandlungs- und Aufbaukosten erzeugen. Zudem bringt es für die Versorgungsqualität keinen Mehrwert, medizinisch nicht voneinander abhängige Fachgebiete an Megakliniken zu zentralisieren. Vielmehr droht, dass dort

nicht auf allen Gebieten gleichmäßig in Qualitätssteigerungen investiert wird. Und längere Wege zum Arbeitsplatz könnten dazu führen, dass dringend benötigte Fachkräfte den Kliniken den Rücken kehren.

4. Eine überregionale Koordination der Klinikversorgung durch Universitätsklinika ist nicht notwendig. Viele Kliniken arbeiten schon jetzt in Verbundstrukturen oder regionalen Netzwerken eng abgestimmt zusammen. Sinnvoll ist hingegen, die digitale Vernetzung zwischen den Krankenhäusern auszubauen, um so den telemedizinischen Austausch zu erleichtern und anhand individueller Beurteilungen beispielsweise über Weiterverlegungen zu entscheiden. Hierbei kommt es auf die besondere fachliche Expertise der zugeschalteten Abteilung an, die nicht zwingend an einer Uniklinik angesiedelt ist. In der Pandemie war die Zahl der Covid-19-Patient:innen phasenweise besonders hoch und schwer kalkulierbar. In solchen Krisenlagen ist eine Koordinierung der Kliniken vor Ort sowie überregional mit Hilfe des Kleeblattkonzepts nötig und möglich. In der Regelversorgung ist dies jedoch nicht sinnvoll. Ganz grundsätzlich sollte eine sinnvolle Aufgaben- und Ressourcenteilung zwischen Universitätsklinika mit Fokus auf die Forschung und besonders komplexe Behandlungssituation einerseits sowie den anderen Krankenhäusern für eine qualitativ hochwertige Regelversorgung andererseits angestrebt werden. Angesichts ihres breiten Aufgabenportfolios ist nicht zwingend davon auszugehen, dass Universitätsklinika auch in der Regelversorgung die höchste Qualität erbringen.

5. Die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft wird Verschiebungen und Zusammenlegungen, an einigen Orten auch Schließungen erfordern. Hier muss die Politik ehrlich und transparent sein. Wo eine Standortschließung die sinnvollste Option ist, darf dies nicht durch eine Umwidmung zu einer ambulant-stationären Level-Ii-Einrichtung kaschiert werden. Wo es kein Krankenhaus mehr braucht, kann, aber muss nicht zwingend ein Gesundheitszentrum entstehen. Notwendig ist, klare Kriterien und Strukturmittel auch für ein Schließung bereitzustellen. Grundsätzlich gilt: Die von der Kommission vorgeschlagenen Level-Ii-Einrichtungen sind keine Krankenhäuser mehr. Sie sind vielmehr neue Versorgungseinrichtungen mit einem Leistungsangebot, das Krankenhäuser ergänzen wird. Es ist ein Gebot der Kommunikationsklarheit, diesen Unterschied in der gesellschaftlichen Diskussion herauszu-

arbeiten. Level-1-Einrichtungen werden eine neue, interdisziplinäre und erweiterte Form der ambulanten Versorgung darstellen. Hierfür müssen entsprechende Planungs- und Finanzierungsgrundlagen geschaffen werden, um diese neue Form der ambulanten Versorgung abbilden und abrechnen zu können.

6. Die Pflege-Ausbildung muss auch künftig überall dort möglich sein, wo professionelle Pflege stattfindet. Nur so kann die Bundesregierung ihr gestecktes Ziel erreichen, die Ausbildungszahlen um zehn Prozent zu steigern. Eine starre Level-Einteilung gefährdet dieses Ziel, wenn sich kleine und mittlere Krankenhäuser als Träger der praktischen Pflegeausbildung zurückziehen müssten und ihre Ausbildungskapazitäten verloren gehen würden.

7. Krankenhausleistungen sind ein wichtiger Teil der Daseinsvorsorge, genauso wie beispielsweise der Rettungsdienst oder die Feuerwehr. Ihre Vorhaltung muss flächendeckend und bedarfsgerecht sichergestellt sein, unabhängig davon, wie oft sie tatsächlich abgerufen werden. Daher setzen wir uns für eine pauschale Finanzierung der notwendigen Vorhaltekosten in den bedarfsnotwendigen Krankenhäusern ein. Diese Vorhaltekosten sind krankenhausspezifisch sowie anhand der anfallenden Kosten, zumindest für eine Basisvorhaltung in allen Kliniken, zu ermitteln. Zudem müssen die Vorhaltekosten die Personalkosten für ein rund um die Uhr verfügbares Leistungsangebot decken. Eine rein pauschale, prozentuale Herausnahme eines abstrakten Anteils aus dem DRG-Erlösvolumen würde das aktuelle Finanzierungsproblem der Krankenhäuser nicht lösen, den ökonomischen Druck auf die Kliniken erhöhen und letztlich nur zu einer Gewinner- und Verliererdiskussion führen. Für die katholischen Krankenhäuser, die einen erheblichen Anteil der Ausbildungsarbeit in Gesundheitsberufen leisten, ist zudem wichtig, dass die Vorhaltefinanzierung die Kosten für die Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals deckt. Auch klinisch-ambulante Leistungen in Krankenhäusern müssen auskömmlich finanziert werden.

8. Überall in Deutschland sollten die Menschen auf eine resiliente Krankenhausstruktur vertrauen können, deren Stärke in der Dezentralität liegt. Über die Bildung fachlicher Schwerpunkte werden für die jeweilige Leistungsgruppe hohe Fallzahlen erreicht. Durch diese Dezentralität ist sichergestellt, dass auch bei regionalen Ausfällen (zum Beispiel Cyberattacke,

Brand, Klimafolgen wie Hochwasser, Pandemie) eine Versorgung aufrechterhalten werden kann.

9. Bundeseinheitliche Vorgaben zur Krankenhausplanung sind so auszugestalten, dass der Grundsatz der Trägervielfalt bei ihrer Anwendung gewahrt bleibt. Nicht ohne Grund wird im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Vielfalt der Krankenhaussträger herausgestellt und vorgegeben, dass nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten ist. Die Trägervielfalt sorgt in der Versorgungspraxis für einen gesunden Wettbewerb um Qualität und Innovation. Zudem ermöglicht sie das Angebot besonderer wertebasierter Versorgungskonzepte, wie sie gerade in den kirchlichen Einrichtungen üblich sind.

10. Fachkliniken ohne Notfallstufe übernehmen wichtige elektive Versorgungsleistungen. Sie müssen im Rahmen der Krankenhausplanung weiterhin berücksichtigt werden dürfen, indem ihnen Leistungsgruppen und damit ein bestimmter Versorgungsauftrag zugewiesen werden kann. Auf die dort vorgehaltene Expertise können wir nicht verzichten.

11. Die psychiatrische Versorgung kann nicht Bestandteil der geplanten Krankenhausreform sein. Ihre Strukturen unterscheiden sich grundlegend von der akutstationären Versorgung. So arbeitet die Psychiatrie schon heute gemeindenah vernetzt und sektorenübergreifend. Zudem werden in Modellprojekten bereits Regionalbudgets erprobt. Die Ausgangssituation und die Herausforderungen sind hier völlig anderer Natur als in der somatischen Krankenhauslandschaft.

12. Die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen versinken in Bürokratie. So sind Pflegekräfte mittlerweile jeden Tag drei Stunden mit Dokumentationspflichten beschäftigt. Diese Zeit fehlt bei der Versorgung und für Zuwendung zu den Patient:innen. Auch die Budgetverhandlungen vor Ort werden durch kleinteilige Anforderungen und Nachweispflichten ausgebremst. Die Bundesregierung muss ihr angekündigtes Maßnahmenpaket zur Entbürokratisierung nun schnellstens auf den Weg bringen. Zudem muss die Reform der Krankenhausfinanzierung eine deutliche Vereinfachung des Abrechnungssystems mit sich bringen. Datensammelwut und zu viele Regularien vermindern die Transparenz, anstatt sie zu erhöhen.

## Nachgefragt

„Härtefallfonds wird weder der Höhe nach noch vom Mechanismus her der Lage gerecht“



**Prof. Dr. Harald Schmitz** ist seit 2014 Vorstandsvorsitzender der Sozialbank mit Sitz in Köln und Berlin, lehrt an der Universität Köln und ist in mehreren Aufsichtsgremien von Unternehmen im Gesundheits- und Sozialwesen.

**Als Spezialbank verfügt die Bank für Sozialwirtschaft (BfS) über tiefes Wirtschaftswissen zu Unternehmen, Einrichtungen und Organisationen in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung. Harald Schmitz, Vorstandsvorsitzender der Sozialbank, sieht zum Beispiel große Herausforderungen im steuerlichen Gemeinnützigkeitsrecht und in der Regulatorik des Finanzsystems.**

**kkvd aktuell: Nur noch drei Prozent der Krankenhäuser bewerten ihre wirtschaftliche Lage als gut. Von dem für sie bereitgestellten Härtefallfonds kommt nur ein Bruchteil der Mittel bei den Kliniken an. Wie schauen Sie derzeit auf**

**die Krankenhausbranche? Welche Möglichkeiten sehen Sie, ihre Lage zu verbessern?**

Harald Schmitz: Die Krankenhausbranche steht vor einem historischen Transformationsprozess. Dieser ist aber nur in Teilen durch die Pandemie, Inflation und Energiepreissteigerungen begründbar. Vielmehr zeigt sich bereits seit vielen Jahren, dass unser ausschließlich auf Fallzahlen basierendes Vergütungssystem nicht in der Lage ist, eine hochwertige flächendeckende Versorgung dauerhaft zu sichern. Zudem zwingen der sich seit langem abzeichnende Fachkräftemangel und die notwendige Ambulantisierung von Leistungen die Krankenhäuser zu einem Strategiewechsel.

Investitionen werden nicht wie gesetzlich vorgesehen ausreichend finanziert. Kurzfristige Kostensteigerungen können nicht weitergegeben werden. Die zwingend notwendige Finanzierung der Transformation in neue Angebotsstrukturen ist nicht vorgesehen. Eine Reform der Finanzierungssystematik ist schon lange überfällig. Die derzeitigen Reformüberlegungen gehen zwar in die richtige Richtung, sie reichen aber nicht aus, um die kurz- und langfristigen Herausforderungen zu bewältigen. So bedarf es einer Finanzierung der Transformation über viele Jahre, insbesondere in ländlichen Regionen. Eine pauschale Verteilung des Härtefallfonds von nun 2,5 Milliarden Euro wird weder der Höhe nach noch vom Mechanismus der Lage gerecht.



**Viele kommunale Krankenhäuser bekommen Finanzspritzen aus steuerfinanzierten Haushalten der Kommunen, um Defizite aufzufangen. Freigemeinnützige Kliniken in aller Regel nicht – welche Möglichkeiten und Alternativen sehen Sie?**

Die kommunal- und landespolitisch nachvollziehbare Defizitfinanzierung durch steuerfinanzierte Eigenkapitalzuführungen oder Gesellschafterdarlehen führt zu einer Verstärkung der ohnehin ungleichen Rahmenbedingungen unter den Krankenhausträgern. Große private Konzerne können sich bisher sehr gut über den Kapitalmarkt finanzieren. Freigemeinnützige Träger haben in aller Regel keine finanziellen Ressourcen mehr, um ihre Einrichtungen zu stützen. Die Aufnahme von Fremdkapital scheidet immer häufiger auch daran. Gleichzeitig ist die für Banken sehr wichtige Kapitaldienstfähigkeit angesichts der unsicheren Finanzierungsbedingungen immer öfter nicht mehr nachweisbar. Ohne weitere Maßnahmen würde die Krankenhausplanung immer häufiger durch das Insolvenzrecht vollzogen mit unabsehbaren Folgen für die flächendeckende Versorgung.

**Gibt es Bedarf, auch weitere politische Rahmenbedingungen zu ändern, um die freigemeinnützige Trägerform zu erhalten beziehungsweise zu unterstützen? Wenn ja, welche?**

Insgesamt ist es dringend geboten, Planungssicherheit zu verschaffen und nicht in Aktionismus zu verfallen. Um das erfolgreiche, mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 1972 fixierte gleichberechtigte Nebeneinander von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern zu erhalten, sind wieder gleiche Bedingungen für alle zu schaffen. Der gewaltige Investitionsbedarf für die Strukturtransformation, die Umsetzung von Nachhaltigkeitsanforderungen und die Digitalisierung müssen zwar grundsätzlich mit öffentlichen Mitteln finanziert werden. Ohne die Aktivierung von privatem Kapital wird dies aber nicht möglich sein. Daher sollten neue Wege gegangen werden, die allen Trägern Zugang zu privatem Kapital ermöglichen. Das gilt insbesondere für die gemeinnützigen Träger, zu denen auch die öffentlichen gehören. Daher stellen sich Herausforderungen im steuerlichen Gemeinnützigkeitsrecht ebenso wie in der Regulatorik des Finanzsystems. Beispielsweise gehören Krankenhäuser nicht zur finanzregulatorisch privilegierten Infrastruktur.

**Die Bundesregierung plant eine grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. Durch den verstärkten Einsatz von Vorhaltekostenpauschalen soll die „Ökonomie“ zurückgedrängt werden. Wie bewerten Sie die derzeit auf dem Tisch liegenden Pläne?**

Ökonomisches Handeln bedeutet, mit knappen Ressourcen optimale Ergebnisse zu erzielen. Daher ist die Ökonomie im Gesundheitssystem systemimmanent. Die gesonderte Finanzierung von Vorhaltekosten ist zwingend notwendig. Mit der Einführung eines DRG-Systems vor 20 Jahren, mit dem weltweit einmalig das gesamte Budget über Fallpauschalen verteilt wird, war klar, dass eine Systemergänzung zur Finanzierung der Vorhaltung notwendiger Strukturen früher oder

später notwendig wird. Im Detail sind die Vorschläge der Regierungskommission noch zu optimieren. Gleiches gilt für die Ausgestaltung der Level in der Kombination mit Leistungsgruppen.

**Aus Sicht einer Bank: Herrscht genug Transparenz über die Verwendung der Erlöse im Krankenhausbereich? Wie beurteilen Sie die Debatte über eine Begrenzung der Gewinnausschüttung für Krankenhäuser?**

Die Transparenz im Krankenhausbereich ist vergleichsweise hoch, nicht zuletzt auch durch die Arbeit des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Die Abkehr vom ineffizienten Selbstkostendeckungsprinzip in den 1980er- und 1990er-Jahren hat enorme Effizienzreserven gehoben. Sparsames Wirtschaften wurde belohnt, weil politisch gewollt Gewinne entstehen durften. Das ist auch ein wesentlicher Grund für den starken Anstieg des Anteils privatgewerblicher Träger seitdem und die Mobilisierung des dahinterstehenden Kapitals. Gewinne sind auch betriebswirtschaftlich zwingend notwendig, um investitions- und innovationsfähig zu bleiben.

Unterschiede gibt es in der Gewinnverwendung. Bei gemeinnützigen Trägern dürfen Gewinne nicht ausgeschüttet werden. Sie verbleiben zweckgebunden im System. Es gibt also dort keine Eigenkapitalrendite. Die Fremdkapitalverzinsung wird dagegen als selbstverständlich anerkannt. Letztlich geht es um die Frage, wie neben öffentlichen Mitteln weiteres Kapital für das notwendige enorme Investitionsvolumen mobilisiert wird. Eine risikoadjustierte Verzinsung wird es geben müssen. So wären auch spezielle Fonds vorstellbar, deren Mittel als Nachrangdarlehen an Krankenhäuser vergeben wer-

den. Diese könnten durch öffentliche Mittel oder privates Kapital gespeist werden. Für privates Kapital wäre vermutlich eine zumindest teilweise Absicherung durch die öffentliche Hand notwendig, um die Verzinsung in einem für das System akzeptablen Niveau zu halten.

**Welche Herausforderungen und Chancen sehen Sie für die Sozialbank? Was ist zu tun, um Krankenhäuser als stabile Säule in unserem Gemeinwesen zu erhalten und zu stärken?**

Seit mittlerweile 100 Jahren stehen wir als Finanzier und Berater an der Seite der Leistungserbringer in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft. Und das wird auch so bleiben. Unsere Eigentümer, die Wohlfahrtsverbände, stehen mit uns für diese Kontinuität. In diesen 100 Jahren gab es viele, teils existenzielle Krisen in der Sozialwirtschaft insgesamt, aber auch im Krankenhausbereich. Wir werden weiterhin alles uns Mögliche tun, um auch die Herausforderungen dieser Zeit gemeinsam mit unseren Kunden zu bewältigen. Leider macht es uns die zunehmende Regulatorik im Bankensektor nicht immer leicht.

Wichtig ist es, mit vereinten Kräften dafür zu kämpfen, dass politisch langfristige Strategien entwickelt und umgesetzt werden, um unsere gemeinwohlorientierte Trägervielfalt zu erhalten. Das wird aber nur mit ökonomischem und medizinischem Sachverstand zu erreichen sein, nicht mit Dogmatik.

Viele Krankenhausträger haben in den vergangenen Jahren, insbesondere in ländlichen Gebieten, teils hohe Verluste in Kauf genommen, um – in der Hoffnung auf eine auskömmliche Finanzierung in der Zukunft – die Versorgung aufrechtzuerhalten. Auch das darf nicht vergessen werden. **Das Interview führte Rainer Middelberg**

Bild Bernd Arnold

Die Zentrale der Bank für Sozialwirtschaft in Köln.



## Strategische Partnerschaft wird Synergien im dynamischen Gesundheitsmarkt schaffen

**Aufgrund der deutlich veränderten sowie sehr dynamischen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser auf Bundes- und Landesebene haben sich die St. Franziskus-Stiftung Münster und die Marienhaus-Gruppe entschieden, den im vergangenen Jahr eingeschlagenen gemeinsamen Weg zunächst in Strategischer Partnerschaft weiterzugehen.**

Beide freigemeinnützigen Träger halten diesen modifizierten Weg der Zusammenarbeit für die derzeit beste Form der Kooperation, um sich im herausfordernden Gesundheitsmarkt gegenseitig unterstützen und Synergien realisieren zu können. Ein gesellschaftsrechtliches Zusammengehen bleibt unter Berücksichtigung der veränderten Rahmenbedingungen das gemeinsame Ziel. Die Franziskus Stiftung und die Marienhaus-Gruppe positionieren sich mit der Strategischen Partnerschaft Seite an Seite für die Herausforderungen, die sich aus den wirtschaftlichen Auswirkungen der Energiekrise und der inflationsbedingten Steigerung der Sach- und Personalkosten ergeben. Vor allem aber sind die grundlegend veränderten Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser durch die Reformpläne auf Bundes- wie auf Landesebene zu berücksichtigen.

Bilder/Montage St. Franziskus-Stiftung und Marienhaus-Gruppe



Bereit für Synergien: St. Franziskus-Stiftung und Marienhaus-Gruppe.

Große, zukunftsfähige Projekte mit erheblichen finanziellen und strategischen Auswirkungen werden sowohl aufseiten der Franziskus Stiftung als auch aufseiten der Marienhaus-Gruppe jetzt daraufhin geprüft, ob in enger Kooperation Synergien erzielt werden können. „Chancen bieten sich beispielsweise für IT-Projekte und den Einkauf und die Logistik von Medizinprodukten“, betont Nils Brüggemann, Vorstandsvorsitzender der Franziskus Stiftung. „Beide Träger wollen auch die Digitalisierung der Prozesse gemeinsam weiter vorantreiben und dazu unter anderem jeweils beim Partner bereits implementierte Projekte nutzen“, so der Vorsitzende der Geschäftsführung der Marienhaus GmbH, Sebastian Spottke.

Beide Träger arbeiten weiterhin eng und vertrauensvoll zusammen und verfolgen das gemeinsame Ziel, in den jeweiligen Versorgungsregionen die erste Wahl für die ambulanten und stationären Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner, Gäste sowie Mitarbeitende zu sein. Beide Träger verbinden die gemeinsamen franziskanischen Wurzeln und ihre Werteorientierung. Dies soll auch in Zukunft fester Bestandteil bei der Versorgung der Menschen in Deutschland sein.

### Franziskus Stiftung

Die St. Franziskus-Stiftung Münster zählt zu den größten konfessionellen Krankenhausgruppen Deutschlands. Sie wird nach modernen Managementkonzepten geführt. Die Stiftung trägt Verantwortung für derzeit 14 Krankenhäuser sowie neun Behinderten- und Senioreneinrichtungen in den Ländern Nordrhein-Westfalen und Bremen. Darüber hinaus hält sie Beteiligungen unter anderem an ambulanten Rehabilitationszentren, Pflegediensten und Hospizen. In den Einrichtungen der Franziskus Stiftung werden jährlich über 587.000 Menschen stationär und ambulant behandelt, in den Langzeiteinrichtungen etwa 1000 Menschen betreut. Über 14.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sorgen für kranke, behinderte und alte Menschen. Der Vorstand besteht aus Nils Brüggemann (Vorsitzender) und Daisy Hünefeld.

### Marienhaus-Gruppe

Die Marienhaus-Gruppe ist einer der großen christlichen Träger sozialer Einrichtungen in Deutschland. Rund 13.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sorgen in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland tagtäglich für das Wohl der Menschen. Die Gruppe betreibt Kliniken an 15 Standorten, vier medizinische Versorgungszentren, 18 Einrichtungen für Menschen im Alter, zwei Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen an drei Standorten, 13 stationäre und ambulante Hospize, neun Bildungseinrichtungen sowie weitere vier Einrichtungen. In den Einrichtungen der Marienhaus-Gruppe werden jährlich über 480.000 Menschen stationär und ambulant behandelt, in den Langzeiteinrichtungen etwa 2000 Menschen betreut. Die Marienhaus GmbH übernimmt dabei die Steuerung der Marienhaus-Gruppe. Die Geschäftsführung liegt bei Sebastian Spottke (Vorsitzender), Sabine Anspach, Silvia Kühlem, Alexander Schuhler und Christoph Wagner.





Bild Stiftung der Cellitinnen

Thomas Gäde und Dieter Kesper (r.) bilden gemeinsam den Vorstand der neuen Stiftung der Cellitinnen in Köln. Gäde war zuvor Geschäftsführer der Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria. Dieter Kesper war Vorstandsvorsitzender der Stiftung der Cellitinnen e. V.

### Nachgefragt

## Zusammenschluss eröffnet neue Gestaltungsspielräume

**Bis zum Zusammenschluss zur Stiftung der Cellitinnen e. V. als großem Krankenhausträger mussten Thomas Gäde und Dieter Kesper viele Steine aus dem Weg räumen. Heute leiten sie den Verbund gemeinsam, der in Köln sogar größer als die Uniklinik und die Kliniken der Stadt ist. Das eröffnet Chancen für eine aktive Rolle in der Krankenhausplanung.**

### Woran lag es, dass sich der Zusammenschluss der beiden Stiftungen so lange hingezogen hat?

Bereits im Juni 2016 fanden erste Gespräche zwischen Geschäftsführung und Vorstand der Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria und der Stiftung der Cellitinnen e. V. statt. Nach Zusammenstellung der erforderlichen Unterlagen erfolgte noch im gleichen Jahr zunächst eine informelle Voranfrage beim Bundeskartellamt, der 2018 die Antragstellung folgte. Ende 2018 haben wir den Antrag auf Genehmigung des Zusammenschlusses zurückgezogen, weil das Bundeskartellamt uns keine Zustimmung in Aussicht stellte. Wir haben dann nach anderen Wegen gesucht, ohne unser Ziel aus dem Blick zu verlieren. Dann deutete sich die Novellierung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen an.

### Welche Neuregelung im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) machte letztlich den Weg frei?

Durch die Novellierung des GWB im Jahr 2021 wurde für uns der Weg frei: § 187 Abs. 9 erlaubt einen Zusammenschluss, wenn eine standortübergreifende Konzentration von medizinischen Fachbereichen erfolgt. Zudem muss ein Fördertatbestand durch das Bundesland als Krankenhausplanungsbehörde vorliegen. In unserem Fall wurden die Chirurgie und Innere Medizin in einem Krankenhaus der Stiftung der Cellitinnen e. V. geschlossen und die Leistungen an

zwei andere Krankenhäuser verlegt. Weitere Fachabteilungen wie Plastisch-Ästhetische und Schilddrüsenchirurgie werden von den Krankenhäusern der Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria in die andere Richtung wechseln. Somit wurde für und mit dem Zusammenschluss direkt eine übergreifende Konzentration klinischer Leistungen praktiziert.

### Gerade in Köln ist Ihr Verbund stark vertreten. Wie verändert sich Ihre Rolle in der Krankenhausversorgung im Vergleich zu den anderen Trägern vor Ort und wie profitieren die Patient:innen davon?

Unser gemeinsamer Trägerverbund verfügt allein in Köln über acht Krankenhäuser mit über 2000 Krankenhausplanbetten. Damit sind wir größter Klinikträger der Stadt: vor der Kölner Uniklinik mit 1604 Betten und den Kliniken der Stadt Köln mit 1407 Betten. Das verleiht uns eine solide Größe.

Vor allem die Akutkrankenhäuser beider früherer Organisationen können jetzt ihre Leistungen gezielter aufeinander abstimmen. Dies ermöglicht eine noch bessere Versorgung unserer Patientinnen und Patienten, weil wir Kompetenzen zusammenführen. Auch für unsere Reha- und psychiatrischen Fachkliniken, Pflegeeinrichtungen für Senioren und Menschen mit Behinderung eröffnet der Zusammenschluss neue Gestaltungsspielräume.

### Welche Auswirkungen sehen Sie durch die Krankenhausplanung in NRW auf Ihre künftige Arbeit?

Im Verbund lassen sich Leistungen bündeln, die nur in geringer Anzahl erbracht werden, was auch bereits im Rahmen der Antragstellung zur Krankenhausplanung Ende 2022 gegenüber dem Land NRW und den Krankenkassen erfolgt ist. Nach ersten Erkenntnissen werden die Kostenträger unsere Vorstellungen weitgehend unterstützen. Durch die Umwidmung eines somatischen Krankenhauses in Köln in eine Fachklinik für seelische Gesundheit haben wir zudem bereits einen wichtigen Beitrag im Sinne der Krankenhausplanung erbracht. Wir sind also quasi der erste Krankenhausträger in Köln, der handelt, bevor die Planungsrunde in ihre entscheidende Phase tritt.

### Sie haben in zahlreichen Informationsveranstaltungen über den Zusammenschluss informiert. Was haben Sie dabei für Ihre Arbeit gelernt?

In 17 Vor-Ort-Veranstaltungen haben wir weit über 1.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus erster Hand über den Zusammenschluss informiert. Flankiert wurden die Veranstaltungen durch eine Kampagnenzeitung und eine Website zum Zusammenschluss sowie Giveaways mit dem neuen Logo und einem Podcast, auf dem wir beide im Interview zu hören sind.

Die „Roadshow“ durch unsere Häuser war eine wichtige Etappenreise, die uns direktes Feedback zum Zusammenschluss gegeben

hat. Allein mit so vielen Kolleginnen und Kollegen ins Gespräch zu kommen ist ja einmalig und für uns als Vorstand eine nicht alltägliche Erfahrung. Insgesamt haben wir große Zustimmung zur erfolgten Trägerfusion erfahren. Natürlich gab es auch Fragen dazu, wie es jetzt weitergeht, vor allem aus dem Krankenhausbereich. Davon konnten wir aber nicht alle vollständig beantworten. Denn zum einen stecken wir mitten in der Umsetzung unseres Zusammenschlusses, und zum anderen wissen wir noch nicht, welche Auswirkungen die Krankenhausplanung NRW auf unser Angebot haben wird.



### **Worin liegt der Mehrwert des Zusammenschlusses für Ihre fast 14.000 Mitarbeiter:innen?**

Der überwiegend größte Teil unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist zufrieden, weil es viele Perspektiven, aber keine tiefgreifenden Veränderungen gibt. So haben sich beispielsweise die internen Karriereöglichkeiten vergrößert. Jetzt ist es möglich, in einem noch weiteren Umfeld Neues auszuprobieren – in ein anderes Haus oder einen neuen Fachbereich zu rotieren –, ohne den Arbeitgeber wirklich wechseln zu müssen.

Auch die Beibehaltung der AVR und der betrieblichen Altersversorgung über die KZVK sowie die Zusammenführung unserer umfangreichen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten bilden ein starkes Signal: Denn sie tragen zur Mitarbeiterbindung und Arbeitgeberattraktivität maßgeblich bei. Nicht zuletzt ist die Freude am Beruf die wichtigste Motivation für die tägliche Arbeit.

Das Interview führte Herbert Möller

## KATHOLISCHER KRANKENHAUSMARKT IN BEWEGUNG

**Die konkreten Umwälzungen im Bereich der Trägerschaften katholischer Krankenhäuser sind weit größer, als dies mitunter öffentlich wahrgenommen wird. Das belegt eine beispielhafte Zusammenstellung von Kooperationen, die vor kürzerer Zeit vollzogen oder beschlossen wurden beziehungsweise noch geplant sind.**

### » Vollzogen

#### **Kath. St. Paulus Gesellschaft**

Die Kath. St. Paulus Gesellschaft wurde im Juni 2021 nach intensiven Gesprächen aus vier Krankenhausgesellschaften offiziell gegründet. Sie verfügt über zwölf Krankenhäuser in Castrop-Rauxel, Dortmund, Lünen, Schwerte, Hamm und Werne. Zudem sind vier Senioreneinrichtungen und eine Jugendhilfe Teil des Unternehmensverbundes. Mit knapp 10.000 Mitarbeiter:innen und einem Jahresumsatz von circa 900 Millionen Euro ist die Kath. Paulus Gesellschaft bundesweit der siebtgrößte Gesundheitsverbund unter den freigemeinnützigen-konfessionellen Trägern. „Ein erster wichtiger Schritt war und ist der kontinuierliche Austausch zwischen den Mitarbeitenden der bisherigen Trägergesellschaften. Coronabedingt war dies leider immer wieder nur mit Einschränkungen möglich. Es gilt gegenseitiges Vertrauen aufzubauen und gleichzeitig erste Veränderungen auf den Weg zu bringen. Gerade auch die aktuellen Entwicklungen im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung in NRW machen schon jetzt deutlich, welche Potenziale in unserem großen Verbund stecken“, kom-

mentiert Jürgen Beyer, einer der vier Geschäftsführer der Paulus Gesellschaft, die Chancen der Fusion.

#### **Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe und Katholische Hospitalgesellschaft Südwestfalen**

Nach der Zustimmung des Kartellamtes übernahm im Juni 2021 die Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe (GFO) rückwirkend zum 1. Januar 2021 51 Prozent an der Katholischen Hospitalgesellschaft Südwestfalen. Die Hospitalgesellschaft, die ein Krankenhaus mit zwei Standorten (St. Martinus-Hospital Olpe und St. Josefs-Hospital Lennestadt) betreibt, bleibt zunächst eine eigenständige Gesellschaft. Zum GFO-Verbund zählen zehn Akutkrankenhäuser an 17 Standorten. Insgesamt umfasst er mehr als 100 Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz mit rund 15.000 Mitarbeiter:innen. Ziel des Zusammenschlusses ist eine vertiefte und abgestimmte Zusammenarbeit von Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungszentren und Altenhilfeeinrichtungen.

### » Beschlossen

#### **BBT Paderborn und Ev. Krankenhaus St. Johannisstift Paderborn**

Das katholische Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn der BBT-Gruppe und das Evangelische Krankenhaus St. Johannisstift Paderborn haben im Februar 2023 ihre Zusammenführung mit derzeit rund 2200 Mitarbeiter:innen verkündet. Das Bundeskartellamt

## Politik

### Schaffen wir Orte, wo Pflege Wissen schafft!

**Mit der Pflegeberufereform von 2017 ist die Grundlage gelegt, dass aus drei Pflegeberufen ein Pflegeberuf wird. Der kkvd hat sich gemeinsam mit anderen Verbänden für die einheitliche, generalistische Pflegeausbildung starkgemacht.**

Während und nach dem Gesetzgebungsverfahren gab es auch Kritik, dass in der Praxis wichtige Kompetenzen verloren gehen würden. Dafür steht der Beweis allerdings noch aus, zumal viele Menschen das lebenslange Lernen als natürlichen Teil moderner Erwerbsbiografien betrachten. Eine anfängliche Ausbildung reicht heutzutage nicht aus, um ein ganzes Berufsleben zu bewältigen. Zu schnell ist der Prozess der Wissensgenerierung und zu hoch ist der Spezialisierungsgrad in der Arbeitswelt.

Diese Erfahrung machen Menschen in der Pflegeausbildung seit Jahrzehnten: Wer Pflege lernt, lernt schnell, dass jeder Einsatzort andere An- und Herausforderungen mit sich bringt, die zwar

empirische, aber auch evidenzbasierte Wissensvermehrung brauchen.

Um den Theorie-Praxis- und den Praxis-Theorie-Transfer von Erkenntnissen in der Pflege zu verbessern, ist bei der Pflegeberufereform auch die Möglichkeit geschaffen worden, Pflege primärqualifizierend – sozusagen als Erstausbildung – zu studieren. Doch anders als die berufliche Pflegeausbildung, die durch zunächst steigende Auszubildendenzahlen glänzen konnte, kämpfen primärqualifizierende Studiengänge durchweg mit niedrigen Studierendenzahlen. Die durchschnittliche Studienplatzauslastung liegt bei nicht einmal 50 Prozent, mancherorts nicht einmal bei zehn Prozent. Es klafft beim Pflegestudium also eine riesige Lücke zwischen Angebot und Nachfrage, aber auch zwischen Zustand und Ziel.

Der Wissenschaftsrat hat sich bereits 2012 für eine Akademisierungsquote von 10 bis 20 Prozent ausgesprochen. Im Jahr 2021 haben sich 508 Menschen nach der Regelung des Pflegeberufegesetzes erstimmatrikuliert. Gleichzeitig haben 61.458 Menschen die Pflegeausbildung aufgenommen. Das entspricht einer Akademisierungs-

hat das Vorhaben genehmigt. Das St. Johannisstift soll als Elektivkrankenhaus und das Brüderkrankenhaus als Akutkrankenhaus profiliert werden. Die Häuser sollen in eine eigene Gesellschaft eingebracht werden, deren Mehrheitsgesellschafter die BBT-Gruppe werde. Geplant sei ein ökumenisches Unternehmensprofil, berichtet Christoph Robrecht, Regionalleiter der BBT-Gruppe Paderborn. Zur BBT-Gruppe zählen 100 Gesundheits- und Sozialeinrichtungen in NRW, Rheinland-Pfalz, im Saarland sowie in Baden-Württemberg mit 14.000 Mitarbeiter:innen.

#### **KERN Katholische Einrichtungen Ruhrgebiet Nord**

Die KKRN GmbH und die St. Augustinus Gelsenkirchen GmbH haben im März 2023 verkündet, gemeinsam die KERN Katholische Einrichtungen Ruhrgebiet Nord GmbH bilden zu wollen. Kartellrechtliche Prüfungen sind noch nicht abgeschlossen. Der Verbund würde mit 7500 Mitarbeiter:innen an über 30 Standorten einer der größten Arbeitgeber in Medizin, Pflege und Pädagogik im Ruhrgebiet. Die NRW-Krankenhausplanung war nicht allein ausschlaggebend für diesen Weg, wie Matthias Feller, Vorsitzender des Aufsichtsrates der KKRN GmbH erklärt: „Wir möchten uns auch zukünftig an christlichen Werten orientieren und uns als leistungsstarker, konfessioneller Träger auch im Wettbewerb um die besten Fachkräfte positionieren.“

#### » Geplant

##### **Krankenhäuser Martha-Maria und St. Theresien in Nürnberg**

Das evangelisch-methodistische Diakoniewerk Martha Maria e. V. und die katholische TGE – gTrägersgesellschaft mbH für die Einrich-

tungen der Schwestern vom Göttlichen Erlöser (Niederbronner Schwestern) Provinz Deutschland streben in Nürnberg den Zusammenschluss ihrer beiden Krankenhäuser Martha-Maria Krankenhaus und St. Theresien-Krankenhaus als gleichberechtigte Partner an. Eine gemeinsame Medizinstrategie soll 2023 entwickelt werden und der Zusammenschluss 2024 erfolgen. Entstehen würde ein Krankenhaus mit zwei Standorten und rund 1600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Für den Hauptgeschäftsführer der Trägergesellschaft TGE des St. Theresien-Krankenhauses, Rainer Beyer, ist das Krankenhaus Martha-Maria „ein natürlicher Partner“: „Unser christliches Wertefundament erleichtert uns einen möglichen Zusammenschluss. Wir vertreten in der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten die gleichen christlichen Grundwerte, beide Häuser haben in der Nürnberger Bevölkerung traditionell einen guten Ruf und genießen hohes Vertrauen. Darüber hinaus sind unsere beiden Krankenhausstandorte nur etwa 1,5 Kilometer auseinander. Das alles wird uns ein Zusammengehen erleichtern.“

##### **Kliniken Dritter Orden und Barmherzige Brüder Bayern**

Die Kliniken Dritter Orden gGmbH und der Krankenhausverbund der Barmherzigen Brüder in Bayern planen die Überführung ihrer Krankenhäuser in München und Passau in die neue Ordenskliniken gGmbH. „Das breite Leistungsspektrum mit den im Markt bekannten Spezialisierungen unserer Häuser macht die Ordenskliniken gGmbH damit im Großraum München und in der Region Passau zu einem starken Akteur der Gesundheitsversorgung“, sind sich Markus Morell und Nadine Schmid-Pogarell, die Geschäftsführer:innen beider Krankenhäuser, einig.

quote von 0,82 Prozent. Das ist weit weg von dem, was der Wissenschaftsrat empfiehlt. Und das geht in eine völlig andere Richtung als die Zielsetzungen der Konzentrieren Aktion Pflege, in deren Rahmen sich Bundesregierung und Verbände auf die „Ausbildungsoffensive Pflege“ und damit eine Erhöhung der Studiengangsbelegung geeinigt haben.

Die Ampel-Parteien haben sich deshalb darauf verständigt, eine Vergütung des Pflegestudiums auf- und damit Barrieren abzubauen. Im April 2023 hat das Bundesgesundheitsministerium einen Gesetzentwurf vorgelegt. Das Pflegestudium soll künftig im Finanzierungssystem der beruflichen Pflegeausbildung berücksichtigt und damit über den Ausgleichsfonds finanziert werden. Wie in der beruflichen Pflegeausbildung soll es nun einen Träger der praktischen Ausbildung geben, der nicht nur die Organisation und Koordination übernimmt, sondern auch die Vergütung. Das primärqualifizierende Pflegestudium soll ein duales Studium werden – getragen durch eine hochschulische Qualifikation und eine praktische Anbindung an Strukturen der Gesundheitsversorgung.

Für Krankenhäuser bietet sich die Möglichkeit, auf die seit Jahren steigende Quote der Menschen mit Hochschulzugangsberechtigung zu reagieren und im „war for talents“ mehr Menschen mit diesem Bildungslevel zu akquirieren. Es bietet sich aber auch die Möglichkeit, mit höher qualifiziertem Personal eine komplexere Versorgung sicherstellen sowie ein sektorenübergreifendes Case-Management übernehmen zu können.

Mit der Akademisierung in der Pflege bietet sich die Chance, hochqualifiziertes Pflegefachpersonal zu gewinnen, Versorgungsprozesse neu zu gestalten und die Pflegequalität weiterhin zu steigern.

Schaffen wir Orte, wo Pflege Wissen schafft! ml

## Kongress

### CleanMed in Berlin und online

Die CleanMed Berlin findet am 7. Juni 2023 als Präsenz-Kongress in Kooperation mit der Organisation Health Care Without Harm statt, die parallel dazu online die englischsprachige CleanMed Europe ausrichtet. Dort gibt es vom 5. bis 9. Juni spannende Onlineformate: World Environment Day, Net Zero Hospitals, Pharmaceutical Threats to the Environment, Championing Frontline Staff, Innovative Solutions. Kongress-Programm: [www.cleanmed-berlin.de](http://www.cleanmed-berlin.de)

## IMPRESSUM

Herausgegeben vom Katholischen Krankenhausverband Deutschland 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), Rainer Middelberg (rm, Büro für Kommunikation feinjustiert), Christine Mittelbach (neue caritas)

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

Redaktionssekretariat: Jennifer Riedel, Tel. 0 30/2 40 83 68-15, Fax: -22, E-Mail: [kkvd-aktuell@caritas.de](mailto: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](mailto:neue-caritas@lambertus.de)

Titelbild: [stock.adobe.com/Irina84](https://stock.adobe.com/Irina84)

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

## KKVD SOZIALPREIS 2023



### healthcare for future

Es ist wieder so weit: In diesem Jahr hat der Katholische Krankenhausverband Deutschland erneut den „kkvd Sozialpreis“ ausgeschrieben. Im Fokus stehen diesmal Aktionen, Projekte und Initiativen, die heute die Weichen für eine bessere Zukunft stellen. Dies können große und kleine Maßnahmen zum Klimaschutz und zur Energieeinsparung sein, aber auch ein besonderes Engagement in der Geburtshilfe oder bei der Ausbildung der Fachkräfte von morgen und übermorgen. Zudem freuen wir uns über Bewerbungen mit innovativen Versorgungskonzepten etwa an der Schnittstelle zwischen den ambulanten und den stationären Sektoren. Teilnehmen können alle katholischen Mitgliedskrankenhäuser sowie Krankenhausträger, Reha-Einrichtungen und Caritasverbände, die mit einem unserer Mitgliedshäuser kooperieren. Bewerbungen sind bis zum 31. Juli 2023 möglich. Es wird einen Jurypreis sowie einen Online-Voting-Preis geben.

Nähere Informationen zum Bewerbungs- und Auswahlverfahren: [www.kkvdsozialpreis.de](http://www.kkvdsozialpreis.de)

[www.kkvd.de](http://www.kkvd.de)



Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V.