

Klaus Baumann, Johannes Eurich,
Karsten Wolkenhauer (Hrsg.)

Konfessionelle Krankenhäuser

Strategien
Profile
Potenziale

Kohlhammer

Kohlhammer

Klaus Baumann
Johannes Eurich
Karsten Wolkenhauer (Hrsg.)

Konfessionelle Krankenhäuser

Strategien – Profile – Potenziale

Verlag W. Kohlhammer

Die Drucklegung dieses Bandes wurde gefördert durch KPMG.

Alle Rechte vorbehalten

© 2013 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Reproduktionsvorlage: michon, Wickerer Weg 19, 65719 Hofheim/Ts.

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-022651-7

Inhalt

Klaus Baumann / Johannes Eurich / Karsten Wolkenhauer

Vorwort. 7

Klaus Baumann / Johannes Eurich

Konfessionelle Krankenhäuser: Strategien – Profile – Potenziale.

Einleitende Überlegungen. 9

Spiritualität als Profil

Michael Fischer

Spiritualität – ein Alleinstellungsmerkmal kirchlicher Krankenhäuser?. 25

Astrid Giebel

Christliche Spiritualität als Markenkern kirchlicher Krankenhäuser. 38

Strategische Optionen

Philipp Schwegel

Marktstrukturen kirchlicher Krankenhausträger 47

Bernd Helmig / Vera Hinz / Stefan Ingerfurth

Strategische Positionierung konfessioneller Krankenhäuser. 70

Dieter Tschulin / Florian Drevs / Ann-Kathrin Seemann

Konfessionelle Krankenhäuser – überlebte Organisationen?

Eine empirische Studie zur Wahrnehmung konfessioneller Krankenhäuser

aus Sicht der deutschen Bevölkerung. 81

Rechtliche und personale Rahmenbedingungen

Utz Andelewski

Rechtliche Rahmenbedingungen für konfessionelle Krankenhäuser. 103

Renate Oxenknecht-Witzsch

Arbeitsrechtliche Herausforderungen für konfessionelle Krankenhäuser –

aus der Sicht des Arbeitsrechts der katholischen Kirche. 110

Axel Smend

Der Aufsichtsrat im konfessionellen Krankenhaus 120

Martin von Hören

Vergütung von Krankenhaus-Führungskräften –
Empirische Erkenntnisse, aktuelle Herausforderungen und Tendenzen 122

Potenziale und Erfolgsfaktoren

Volker Penter

Zukünftige Potenziale im konfessionellen Krankenhaus 141

Michael Karaus / Uta Buch

Qualitätskennzahlen im Gesundheitswesen aus konfessioneller Perspektive . . . 153

Axel Paeger

Fusionen, Kooperationen und De-Fusionen –
Erfolgsfaktoren und unterschätzte Aspekte 167

Werner Schwartz

Chancen und Risiken von Fusionen.
Das Beispiel der Diakonissen Speyer-Mannheim 176

Bernd Molzberger

Die Bedeutung der HR-Due Diligence bei Unternehmenstransaktionen 194

Autorinnen, Autoren und Herausgeber 199

Vorwort

Der vorliegende Tagungsband vereint Beiträge des Symposiums „Zukunft konfessioneller Krankenhäuser“, das am 10. und 11. März 2011 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg stattfand. Ziel dieser wissenschaftlichen Fachtagung war es, ein konfessionsübergreifendes und interdisziplinär ausgerichtetes Forum zu schaffen, um aktuelle Herausforderungen kirchlicher Krankenhäuser zu analysieren, ihre Potenziale und Perspektiven aufzuzeigen sowie zukunftsweisende Strategien zu entwickeln.

Der große Zuspruch, auf den diese Veranstaltung bei evangelischen wie katholischen Krankenhausträgern gleichermaßen stieß, belegt den Diskussionsbedarf, den Entscheidungsträger und Führungskräfte in einer Phase des Umbruchs bei einer profil-wahrenden Positionierung am Markt haben. Aus den Wünschen nach einem kontinuierlichen Austausch jenseits von Institution, Konfession und Profession und nach einer vertieften wissenschaftlichen Begleitung und Beratung ist mit diesem Symposium fast zwangsläufig auch die Idee entstanden, eine „Deutsche Stiftung für Christliche Krankenhäuser“ (desck+) zu gründen. Diese zwischenzeitlich errichtete gemeinnützige Stiftung trägt nun dem Anliegen der Forschungsförderung Rechnung und soll den Wissenschafts-Praxis-Dialog wie auch den Austausch von Führungskräften christlicher Krankenhäuser konfessionsübergreifend anregen.

Auf dem Heidelberger Symposium zur Zukunft konfessioneller Krankenhäuser haben Referentinnen und Referenten aus Wissenschaft und Praxis wichtige Impulse gegeben und einen regen Austausch untereinander gepflegt – die Beiträge dieses Bandes bilden dies ausschnittsartig ab.

Hanna Horst, Christina Kenner und Lena Maurach, allesamt studentische Mitarbeitende am Diakoniewissenschaftlichen Institut der Universität Heidelberg, haben engagiert, unermüdlich und mit scharfem Blick fürs Detail bei der Bearbeitung der eingereichten Beiträge für die Publikation mitgearbeitet – ihnen sei hierfür herzlich gedankt. Unser besonderer Dank gilt Dietmar Kauderer, der – als wissenschaftlicher Mitarbeiter ebenfalls am Diakoniewissenschaftlichen Institut der Universität Heidelberg tätig – die redaktionelle Arbeit bei der Herausgabe dieses Bandes zu großen Teilen geleistet hat. Ohne die großzügige Unterstützung von Sponsoren wären die Durchführung des Symposiums und der Druck dieses Bandes nicht möglich gewesen. Unser ganz besonderer Dank für Ihre Unterstützung gilt der KPMG AG.

Das zweite Symposium der Deutschen Stiftung für Christliche Krankenhäuser (desck+) wird zurzeit vorbereitet. Wir freuen uns darauf, gemeinsam mit den Verantwortungsträgern der christlichen Krankenhäuser vom 28. Februar bis 1. März

2013 an der Heidelberger Universität die Arbeit unter dem Thema „Marke christliches Krankenhaus – Strategie, Innovation, Kommunikation“ fortzusetzen.

Die Herausgeber
Klaus Baumann Johannes Eurich Karsten Wolkenhauer

Konfessionelle Krankenhäuser: Strategien – Profile – Potenziale

Einleitende Überlegungen

SORGE UM DIE KRANKEN – TEIL CHRISTLICHER IDENTITÄT

Beim kranken Mitmenschen zu sein, ihm beizustehen und für ihn zu sorgen, auch ohne – wie in den Evangelien von Jesus berichtet wird – auf *wunderbare* Weise heilen zu können, war ein durchgängiges Verhalten der Christen, das die antike römische und mittelalterliche europäische Kultur prägte und veränderte. Jesus selbst hat sich in seinem irdischen Wirken stets den Leidenden zugewandt. Beim kranken Menschen zu sein entspricht einem jener entscheidenden Werke, die Jesus in der Endgerichtsrede Mt 25,31–46 nennt: „Kranke besuchen“. Mit seinem Wort über die Sorge für die Kranken hat Jesus, so der bedeutende Kirchenhistoriker Adolf von Harnack schon Anfang des 20. Jahrhunderts, „die dienende Liebe an den Kranken in den Mittelpunkt der Religion gestellt und sie allen seinen Jüngern auf die Seele gelegt. Die alte Christenheit hat diese Verpflichtung im Herzen behalten und in der Tat verwirklicht. [...] Die Kirche hat ein festes Institut der Kranken- und Armpflege in frühester Zeit ausgebildet und viele Generationen hindurch in Wirksamkeit gehalten. Es ruhte auf der breiten Grundlage der Gemeinde; es empfing seine Weihe aus dem Gemeindegottesdienst“¹. Das Wirken des an Leib und Seele Heil und Heilung bringenden Jesus Christus und sein Liebesgebot übersetzte die Kirche – so Harnack – in tatkräftige Sorge für die seelisch und leiblich Kranken mit einem Ethos der honorarfreien Heilung und der Pflege. Diese Diakonie war ein humanisierender Dienst für die Kranken, der in die Gesellschaft hinein ausstrahlte und kulturverändernd wirkte.² Die Sorge für die Kranken gehört daher zu den zentralen Aufgaben christlicher Religionspraxis.

Christliche Einrichtungen der Kranken-, Behinderten- und Altenhilfe leben aus diesen Wurzeln und verstehen sich als unaufgebbaren Aspekt christlicher Religionsausübung und Religionsfreiheit. Auch unter den heutigen gesellschaftlichen und kirchlichen, gesetzlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen nehmen sie den christlichen Auftrag zur Krankenheilung wahr und versuchen Antworten auf die spezifischen Herausforderungen gesundheitlicher Dienste in einem regulierten System zu geben.

1 Adolf von Harnack, *Die Mission und Ausbreitung des Christentums*, Leipzig ⁴1924, 147–149.

2 Vgl. Klaus Baumann, *Hilfekultur als Kulturhilfe. Die organisierte Nächstenliebe (Caritas/Diakonie) der Kirche als Kulturfaktor*, in: Johannes Eurich/Christian Oelschlägel (Hg.), *Diakonie und Bildung*. Heinz Schmidt zum 65. Geburtstag, Stuttgart 2008, 109–126.

Im Blick auf das insgesamt gute Gesundheitssystem in Deutschland kann jedoch hinterfragt werden, ob und in welcher Weise christliche Krankenhäuser (noch) dazu nötig sind, diese Aufgabe zu erfüllen – und ob sie dies auch tun. Zwar sind sie tragende Säulen des Krankenhaussystems in Deutschland, zugleich aber auch in vielfältigen Systemzwängen verwoben und gegenüber der „breiten Grundlage der Gemeinde“ und „dem Gemeindegottesdienst“ verselbständigt, so dass kircheninterne Kritiker fragen, ob es denn eine „evangelische Nierentransplantation“ oder einen „katholischen Herzschrittmacher“ brauche. Ein Rückzug aus dem Regelsystem der Krankenversorgung hin zu Konzentration auf spirituelle Angebote und Betreuung tendiert entweder in eine Richtung, die interessanterweise schon Harnack kirchengeschichtlich diagnostizierte: „Was die therapeutischen Methoden anlangt, so war es wie heute; je weltflüchtiger und weltfeindlicher die Christen waren, um so skeptischer und erbitterter waren sie auch gegen die übliche Behandlungsweise“³ – eine kritische Spitze schon damals gegen unhaltbare pastoralthérapeutische oder charismatische Heilungsversprechen. Oder er verfestigt einen Dualismus im Blick auf den kranken Menschen, in dem der christliche Glaube für Fragen von Gesundheit, Krankheit und Genesung des Menschen keine Rolle spielt – und ähnlich wenig für die gerechte (s.o.) Sorge um die Kranken selbst.

In welche Zukunft steuern die christlichen bzw. konfessionellen Krankenhäuser in Deutschland? Wie sind ihre Prognosen auf dem umkämpften, gleichwohl stark regulierten Markt des Krankenhaus- bzw. Gesundheitswesens? Was haben sie auf diesem Markt überhaupt zu suchen – und unter welchen Bedingungen? Welche Rolle spielen die christliche Identität und die damit verbundenen Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken für die Zukunft des christlichen Krankenhauses? In welchem Maße spielt ihre Konfessionalität oder Christlichkeit praktisch oder systemisch eine Rolle, erst recht im Blick auf den sogenannten „Dritten Weg“? Und wie tragen sie zu mehr Gerechtigkeit und Menschlichkeit im Gesundheitswesen bei?

CHRISTLICHE KRANKENFÜRSORGE IN DER GESCHICHTE – EIN EXEMPLARISCHER RÜCKBLICK

Die Ausbreitung von Armenhospitälern in Europa ist in direktem Zusammenhang mit der Wirkungsgeschichte des christlichen Liebesgebots zu sehen. Unter Bezug auf Nächstenliebe und Barmherzigkeit begann sich eine öffentliche Gesundheitsfürsorge zu entwickeln, die den medizinisch höher entwickelten Kulturen der abendländischen Antike fremd war: die Asklepien der Griechen und Römer dienten rein als Herbergen für Pilger auf ihrer Wallfahrt zu den Heiligtümern des Gottes der Heilkunst, Asklepios. Auch die römischen Valetudinarien hatten keinen karitativen, sondern vielmehr einen ökonomischen Zweck: sie sollten die Arbeitskraft von

3 Harnack, 150.

Sklaven und Legionären wiederherstellen.⁴ Insofern scheiden sie ideengeschichtlich als Vorläufer mittelalterlicher Hospize, die sich der Armen und Kranken fürsorgend annahmen, aus. Erst das Christentum mit der Betonung des „Christus medicus“⁵ machte aus den antiken Herbergen sozial-karitative Hospize. Vereinzelt sind dazu Beispiele aus frühchristlicher Zeit überliefert. So wurde Basilius der Große, Bischof von Caesarea, auch für die Gründung einer Einrichtung für arme und kranke Menschen im Jahr 368 n. Chr. bekannt.

Einen wichtigen Schub erfuhr die Verbreitung von Krankenhospizen in der Folge der Kreuzzüge: so gab es in Europa bereits im Mittelalter Klöster der Antoniter oder in benediktinischer Tradition, die sich der Krankenpflege angenommen hatten; eine Erweiterung dieser Tradition erfolgte – nicht nur in quantitativer Hinsicht – aber vor allem durch die Ritter der Kreuzzüge. Diese lernten im Heiligen Land die Heilkünste der arabischen Welt kennen und gründeten dort Krankenpflege-Einrichtungen, die dann eine maßgebliche Rolle in der Entwicklung der Ritterorden gespielt haben. So hat sich der Johanniterorden im 12. Jahrhundert von einem Kampforden zu einer Hospitalgemeinschaft und dann zu einem geistlichen Orden entwickelt.⁶ Spätestens nach den Niederlagen gegen die Mamelucken und der Vertreibung aus dem Heiligen Land Ende des 13. Jahrhunderts kehrten die Ritter nach Europa zurück und förderten die Idee der Hospitäler in ihren Heimatländern.

Im 17. Jahrhundert erfolgte ein nächster qualitativer Sprung in der Entwicklung der Krankenfürsorge: Standen bis dato die Einrichtungen armen und kranken Menschen gleichermaßen offen, so dass vor allem die hygienischen Probleme nicht in den Griff zu bekommen waren, so wendeten sich die Hospitäler nun – ausgehend von einer Innovation im Orden der Barmherzigen Brüder (Johannes von Gott), die jedem Kranken sein eigenes Bett mit frischen Laken zuwies – von der allgemeinen Armenfürsorge stärker der reinen Krankenpflege zu. Die Ordensbrüder entwickelten zudem Regeln in der Krankenversorgung, die sich bald durchsetzten: „Der Medicus und der Chirurgus werden die Kranken des Tages zwey Mal besuchen.“⁷

Der Einsatz von Ärzten wurde in der Folge zu einer Selbstverständlichkeit in der Krankenpflege. Mit der beginnenden Industrialisierung stellten sich den Hospitälern ganz neue Herausforderungen: Zum einen nahm die Verelendung des Proletariats verheerende Ausmaße an, zum anderen kamen mit zunehmendem Handel fremde Krankheiten nach Europa. Die Patienten in den Kranken- und Seuchenanstalten infizierten sich gegenseitig. Die entstandenen Staatskrankenanstalten blieben bis ins 19. Jahrhundert Versorgungsstätten des Proletariats – reiche Menschen

4 Vgl. Charlotte Frank, Wo die Viren hüpfen, in: Süddeutsche Zeitung vom 24.03./25.03.2012, V2/6.

5 Vgl. Matthias Dörnemann, Krankheit und Heilung in der Theologie der frühen Kirchenväter, Tübingen 2003.

6 Vgl. Jürgen Sarnowsky, Die Johanniter. Ein geistlicher Ritterorden in Mittelalter und Neuzeit, München 2011, 14 ff.

7 Zit. n. Frank, ebd.

ließen den Arzt lieber zu sich nach Hause kommen. Jedoch brachte das 19. Jahrhundert entscheidende Fortschritte in der Entwicklung der modernen Medizin wie auch des „Rechts auf Gesundheit“. Der Preußische Staat sah sich in der Verantwortung, Vorkehrungen für die Gesundheit seiner Bürger zu treffen. Städte mit mehr als 5.000 Einwohnern wurde 1835 die Bildung von „Sanitäts-Kommissionen“ aufgelegt.⁸

Gleichzeitig erhielten die christlichen Kirchen das Recht, eigene Wohltätigkeitsanstalten zu gründen, was diese auch zur Gründung konfessioneller Krankenhäuser nutzten. Eine weitere Neuerung ging in Deutschland – unter dem Eindruck der in Frankreich von Vincent de Paul gegründeten „barmherzigen Schwestern“ (Vinzentinerinnen) und den in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstandenen katholischen Frauenkongregationen (Catharina Damen, Pauline von Malinckrodt u.a.) – auch aus der Arbeit der evangelischen Diakonissen hervor: Angeregt durch Besuche in Großbritannien und den Niederlanden entsandte der Kaiserswerther Pfarrer Theodor Fliedner zusammen mit seiner Frau Gemeindegewestern zur Krankenpflege in Städte und Dörfer. Diakonissen und „barmherzige Schwestern“ trugen maßgeblich zum Entstehen erster professioneller Handlungsformen in der Krankenpflege bei und wurden stilbildend für ein neu entstehendes Berufsbild: das der Krankenschwester. Die christlichen Spitäler wurden mit dem Siegeszug der modernen Medizin zu Bürgerkrankenhäusern, die – politisch gestützt und gesellschaftlich akzeptiert – vom Ethos der christlichen Krankenpflege teilweise bis heute profitieren: einer von Gottes Liebe motivierten menschenfreundlichen Sorge um diejenigen, die gerade in der vulnerablen Situation einer Erkrankung auf die Hilfe anderer angewiesen sind.

SPIRITUALITÄT ALS PROFIL CHRISTLICHER KRANKENFÜRSORGE

Mit den Ordensschwestern bzw. Diakonissen dominierten in den konfessionellen Krankenhäusern Akteurinnen, die eine christliche Grundhaltung in der Krankenpflege verkörperten und dies auch nach außen hin durch ihre Tracht sichtbar signalisierten. Dabei war mit dem Einsatz der Schwestern oftmals ein überaus aufopferungsvoller Dienst für kranke Menschen verbunden, der aus christlicher Liebe motiviert und verbunden mit christlicher Frömmigkeit ausgeübt wurde. Auch wenn das krankenpflegende Handeln selbst sich grundsätzlich am christlichen Anspruch der Sorge für kranke Menschen messen und auch kritisieren lassen muss, so stand den Krankenhäusern mit den Diakonissen eine Trägergruppe zur Verfügung, die explizit für die christliche Identität des Hauses einstand und die maßgeblich das Klima des Hauses und die darin ausgeübte Frömmigkeitspraxis („Spiritualität“) mitprägte.

8 Vgl. ebd.

Mit dem zahlenmäßigen Rückgang der Ordensschwestern und Diakonissen bei gleichzeitiger Zunahme anderer professioneller Pflegekräfte und weiterer Berufsgruppen, die dem christlichen Glauben meist mit mehr Distanz und einer anderen Grundhaltung gegenüber standen, entstand hier eine Lücke, die seitdem durch keine andere Trägergruppe ausgefüllt werden konnte. Auch die Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger kommen hier nicht Betracht, da sie zum einen schon rein zahlenmäßig eine viel kleinere Gruppe darstellen und zum anderen auch eine andere Funktion innerhalb der Krankenfürsorge innehaben. Zudem vollzieht sich auch in der Krankenhausseelsorge ein Wechsel in der konzeptionellen Grundlage der Arbeit, die die Seelsorgenden stärker als integralen Teil des Krankenpflege-Teams begreift und ihnen eine spezifischere Funktion im Heilungs- oder Begleitungsprozess zuordnet.⁹

Neben dem bereits angesprochenen Wandel der Krankenpflege von einer in ihren Anfängen vor dem Werthintergrund christlicher Nächstenliebe ausgeübten Pflege hin zu einer professionellen Tätigkeit ist auch das veränderte Verständnis von Frömmigkeit anzusprechen: Wurde früher Frömmigkeit als positive Ausübung christlichen Glaubens verstanden, so erscheint der Begriff heute vielen Menschen als langweilig oder antiquiert.¹⁰ Stattdessen hat der Begriff der Spiritualität eine starke Verbreitung gefunden, wohl auch, weil er in seiner semantischen Breite als Container-Begriff für die unterschiedlichsten Formen spätmoderner Religiosität stehen kann.¹¹ Im Zuge der Pluralisierung religiöser Orientierungen – gleichermaßen auf Seiten der Mitarbeitenden wie auf Seiten der Patientinnen und Patienten – sind heute auch in christlichen Krankenhäusern unterschiedlichste Formen spiritueller Praxis neben den traditionellen christlichen Formen (Andachten, Gottesdienste, Gebetszeiten etc.) anzutreffen.¹²

Vor diesem Hintergrund ist die Fragestellung aufschlussreich, die **Michael Fischer** in seinem Beitrag verfolgt. Fischer fragt danach, inwiefern Spiritualität zum Wesenskern und ihre Gestaltung zum Grundauftrag kirchlicher Gesundheitseinrichtungen gehören, und expliziert dies anhand der biblischen Erzählung von der Heilung eines Aussätzigen. Dabei spannt er den Bogen von der sozio-religiösen Entwicklung in Deutschland hin zu der Frage, wie kirchliche Einrichtungen im modernen Gesundheitswesen vor dem Hintergrund gegenwärtiger Herausforderungen die Dimensionen des christlichen Glaubens in ihren Unternehmensalltag

9 Vgl. Erhard Weiher, *Mehr als Begleiten – ein neues Profil für die Seelsorge im Raum von Medizin und Pflege*, Mainz 1999; Eckhart Frick/Traugott Roser (Hg.), *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge um den kranken Menschen*, Stuttgart 2011. Anders akzentuiert Doris Nauer, *Seelsorge*, Stuttgart 2007.

10 Vgl. Christian Möller, *Der heilsame Riss. Impulse reformatorischer Spiritualität*, Stuttgart 2003.

11 Vgl. Johannes Eurich: *Diakonische Spiritualität*, in: Volker Herrmann (Hg.), *Diakonische Existenz im Wandel. „Hephata – tu dich auf!“* (DWI-Info 39), Heidelberg 2007, 294–306; Arndt Büssing/Niko Kohls (Hg.), *Spiritualität transdisziplinär*, Heidelberg 2011.

12 Vgl. Erhard Weiher, *Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende*, Stuttgart 2008.

integrieren können. Welche Folgen sich aus einem solchen Selbstverständnis konfessioneller Träger hinsichtlich Qualitätsmanagement, Seelsorge, Mitarbeitenden, Führungskräften und Leitbild ergeben, zeigt Fischer unter Rückgriff auf aktuelle Rahmenbedingungen auf und stellt diese bewusst in den Kontext der biblischen Botschaft von der Barmherzigkeit und Zuwendung zu den Hilfsbedürftigen.

Einen anderen Zugang zur Spiritualität in christlichen Krankenhäusern wählt **Astrid Giebel**: sie eröffnet den Blick auf Spiritualität als Alleinstellungsmerkmal des christlichen Krankenhauses. Ihr Beitrag nimmt die mit dem Begriff der Spiritualität verbundenen Traditionen auf und baut eine Brücke zum modernen Modell sogenannter DiakonieCare-Kurse, die Menschen in Pflegeberufen Kernkompetenzen im Umgang mit existentiellen Fragen vermitteln sollen. Anhand praxisnaher Beispiele dokumentiert Giebel, dass christliche Spiritualität die ihr eigene Form und Gestalt braucht, um im persönlichen wie auch im beruflichen Kontext wirksam zu werden, und sich daraus die Aufgabe für die Leitungsebene des konfessionellen Krankenhauses ableitet, Mitarbeitenden einen Zugang zu eben solcher religiöser Sprachfähigkeit zu ermöglichen.

STRATEGISCHE OPTIONEN – CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Krankenhausstatistik) waren im Jahr 2010 von 2.064 Krankenhäusern 630 (30,5 Prozent) in öffentlicher, 679 (32,9 Prozent) in privater und 755 (36,6 Prozent) in freigemeinnütziger Trägerschaft; von den freigemeinnützigen Krankenhäusern waren wiederum über 86 Prozent – damit also ca. ein Drittel aller Krankenhäuser in Deutschland – in kirchlicher, d.h. katholischer oder evangelischer Trägerschaft. Diese sind – abgesehen von ihren großen rechtlich eigenständigen Trägergesellschaften – in der Regel im Deutschen Evangelischen Krankenhausverband e.V. (DEKV; rund 250 Kliniken und Gesundheitseinrichtungen) oder im Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD; rund 435 Kliniken) organisiert. Konkretisiert für Allgemeinkrankenhäuser, ihre Betten- und Belegungszahlen wie auch die Verweildauer verschieben sich die Zahlen etwas:

Die 539 öffentlichen Allgemeinkrankenhäuser stellten 2010 223.400 Betten, die 644 freigemeinnützigen Allgemeinkrankenhäuser 164.300 Betten und die 575 Allgemeinkrankenhäuser in privater Trägerschaft stellten 74.700 Betten. Bei 63.786.000 Belegungstagen behandelten die öffentlichen Allgemeinkrankenhäuser 8.667.000 Fälle (Verweildauer 7,3 Tage, Auslastung 77,7 Prozent), die freigemeinnützigen an 44.563.000 Belegungstagen 6.075.000 Fälle (7,3 Tage, 74,3 Prozent) und die privaten an 20.438.000 Belegungstagen 2.743.000 Fälle (7,5 Tage, 74,9 Prozent). Im Jahr 2010 wurden laut Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes in den 2.064 Krankenhäusern in Deutschland also rund 18 Mio. „Fälle“ behandelt mit einer mittleren Verweildauer in den Allgemeinkrankenhäusern von ca.

7,9 Tagen. Im Jahr 2000 hatte die „Fall“-Zahl 17,3 Mio. betragen mit einer mittleren Verweildauer von 9,7 Tagen.

2010; Quelle: destatis	Gesamtzahl Prozent	Öffentliche Träger	Private Träger	Freigemeinnützige Träger
Krankenhäuser	2.064 100%	630 30,5%	679 32,9%	755 36,6%
Bettenzahl insges. Tsd.	502,7			
Auslastung insges.	77,4%			
Fälle insges. Mio.	18,0			
Allgemeinkrankenhäuser	1.758	539	575	644
Bettenzahl (in Tsd.)		223,4	74,7	164,3
Belegungstage (in Tsd.)		63.786	20.438	44.563
Fälle (in Tsd.)		8.667	2.743	6.075
Verweildauer (Tage)		7,3	7,5	7,3
Auslastung		77,7%	74,9%	74,3%

Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) betragen 2010 die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen für Krankenhausbehandlungen 58,1 Mrd. Euro (32,5 Prozent der gesamten GKV-Ausgaben), die der Privaten Krankenversicherungen 6,4 Mrd. Euro (25 Prozent der gesamten PKV-Ausgaben), beide mit seit Jahren steigender Tendenz.

Die Statistik verdeutlicht, dass Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft zwar knapp ein Drittel aller Krankenhäuser in Deutschland ausmachen. Jedoch sinkt ihr Anteil an Allgemeinkrankenhäusern – wenn auch nicht so stark wie der in öffentlicher Trägerschaft. Während die öffentlichen Allgemeinkrankenhäuser im Durchschnitt eine besonders hohe Bettenzahl aufweisen – hier ist besonders an die großen Universitätskliniken zu denken –, verfügen die privaten über eine unter dem Durchschnitt liegende Bettenzahl. Freigemeinnützig getragene Allgemeinkrankenhäuser, zu denen die kirchlichen gehören, weisen demgegenüber eine gemessen an der Zahl der Betten und Fälle mittlere Größe auf.

Das Krankenhauswesen in Deutschland steht unter hohem ökonomischen Druck bei steigenden Versorgungskosten und Reduzierung öffentlicher Refinanzierungen. Der durch die Einführung von DRG-Fallpauschalen noch stärker als zuvor regulierte Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt tendiert neben einer Reduzierung von Bettenzahlen und Verweiltagen mit dem Ziel höherer Auslastungsquoten zur „Marktbereinigung“ durch Verkauf und/oder Schließung von Kliniken wie auch zu der verstärkten Praxis, wo möglich, Operationen ambulant statt stationär durchzuführen. Die Anzahl ambulanter Operationen nach §115b SGB V von 0,58 Mio. in 1.059 Krankenhäusern im Jahr 2002 stieg auf 1,85 Mio. in 1.264 Kran-

kenhäusern 2010. Zusätzliche ambulante Operationen, die von dazu ermächtigten Ärztinnen und Ärzten durchgeführt wurden und deren Kosten das Anderthalbfache der ambulanten Krankenhaus-Operationen ausmachen, sind hierbei nicht mitgezählt. Im Jahr 2009 lag deren Fallzahl bei ca. 4,5 Mio., so dass die Zahl ambulant durchgeführter Operationen zusammengenommen bei über 6 Mio. pro Jahr liegt. Ambulantes Operieren, das durch den medizinischen Fortschritt in Operationstechnik und Anästhesie erleichtert wird, kostet weniger Geld und erspart den Patienten einen stationären Aufenthalt – vor wie nach der Operation – im Krankenhaus.

Philipp Schwegel nimmt vor dem Hintergrund einer Analyse der Marktstrukturen christlicher Krankenhäuser eine weitergehende Differenzierung der Trägerstrukturen vor. Mit Bezug auf den Steuerungs-, Ressourcen- und Synergieansatz entwickelt er in seinem Beitrag sechs Trägergrundtypen, nach denen sich kirchliche Krankenhäuser unterscheiden lassen. Bei der empirischen Untersuchung der Marktstruktur konzentriert er sich angebotsseitig auf die Trägerstrukturen, deren regionale Verteilung und Größe und kontrastiert dies nachfrageseitig mit der demographischen Struktur und Einkommenssituation der Bevölkerung sowie der Verteilung einweisender Ärzte. So lässt sich z. B. empirisch nachweisen, dass sich Ordenskrankenhäuser im Vergleich zu anderen kirchlichen Trägertypen in einem attraktiveren Nachfrageumfeld befinden.

Angesichts des wachsenden Wettbewerbsdrucks wird die strategische Positionierung auch im deutschen Krankenhaussektor immer wichtiger, so **Bernd Helmig**, **Vera Hinz** und **Stefan Ingerfurth**. Doch welche Strategien verfolgen Krankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft? Sind bei ihnen Werteorientierung und Strategiewahl miteinander verknüpft und beeinflussen diese wiederum den Erfolg? Die Ergebnisse ihrer empirischen Studie belegen zwar einerseits, dass die Trägerschaft als solches keinen Einfluss auf die Wahl des Strategietyps hat, dass aber andererseits der gewählte Strategietyp sehr wohl maßgeblichen Einfluss auf den Erfolg hat. Vor diesem Hintergrund plädieren die Autoren für das Verfolgen der dynamisch-flexiblen Strategie eines „Goldsuchers“. Strategisches Krankenhausmarketing, soviel wird in diesem Zusammenhang bereits klar, geht über die Gestaltung eines Markenzeichens und die Etablierung einer Marke weit hinaus und muss, soll es erfolgreich sein, wiederum eingebettet sein in Kooperationsstrategien mit Ein- und Zuweisern wie mit Dienstleistungs-, Industrie- und Servicepartnern.

Zu den „strategischen Ressourcen“ kirchlicher Krankenhäuser gehört zweifellos auch ihre christliche Tradition. Diese wertvolle, weil identitätsstiftende Ressource, die bisweilen als – vermeintliches oder tatsächliches – Alleinstellungsmerkmal beschrieben wird, muss allerdings in ihrer Bedeutung für die Wahl eines Krankenhauses relativiert werden. So werden christliche Häuser von Patientinnen und Patienten zwar durchaus als vertrauenswürdiger eingestuft – hier kommt der christliche Traditionsbezug zum Tragen –, aber zugleich werden sie eben auch als weniger kompetent als ihre Konkurrenten in privater Trägerschaft wahrgenommen, wie **Dieter K. Tscheulin**, **Florian Drevs** und **Ann-Kathrin Seemann** in einer experi-

mentellen Studie nachweisen. Deren Ergebnisse legen nahe, die trägerspezifischen Einstellungen im Marketing gezielt zu adressieren und dabei zugleich die medizinische Kompetenz als entscheidungsrelevanten Faktor herauszustellen.

Christliche Krankenhäuser stehen somit im Wettbewerb eines stark regulierten Gesundheitsmarktes mit seinen Chancen und Zwängen; sie stehen jedoch auch in den Spannungen und Verheißungen, die sich aus ihrer christlichen Identität und darum notwendig gemeinnützigen Orientierung in einer pluralistischen Gesellschaft ergeben. Neben betriebswirtschaftlichen Fragen haben christliche Krankenhausträger beachtliche Verantwortung dafür, auch sozialpolitische Lobbyarbeit für ein menschenwürdiges Gesundheitssystem in Deutschland und Europa zu leisten. Auch darin – wie im täglichen Krankenhausbetrieb – können sie die christliche Option für und mit den Armen und Bedrängten aller Art konkretisieren.

Die Jahreskampagne des Deutschen Caritasverbandes 2012 macht aufmerksam: „Armut macht krank. Wo es an Einkommen, Perspektiven und Bildung fehlt, ist Krankheit ein häufiger Begleiter.“ Sie weist nicht nur auf die Gefahren einer Zwei- oder gar Drei-Klassen-Medizin hin, in der Armutsbetroffene sich keine gute Gesundheitsversorgung leisten können. Besonders wohnungslosen oder langzeitarbeitslosen Menschen und ihren Familien, Asylbewerberinnen und -bewerber oder Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität ist der Zugang zu gesundheitlichen Diensten erschwert. Was viele Ärztinnen und Ärzte, therapeutische und Pflegekräfte sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in diesem Bereich niederschwellig und unbürokratisch zusammen mit Diakonie und Caritas und anderen Initiativen leisten, verdient besondere Erwähnung.¹³ Sie ergänzen, was dem System fehlt, nicht ohne dies dem System kritisch zurückzumelden (um es nicht in seinen Defiziten durch ihr Tun zu stabilisieren). Wo stehen hier die christlichen Krankenhäuser – und wie steht es für diese und die folgenden Aspekte um die Realisierung der genannten „Mehrwerte“?

Soziale Ungleichheit manifestiert sich besonders in Unterschieden in puncto materieller Wohlstand, Bildung, berufliche Stellung und soziale Anerkennung. Diese Unterschiede spiegeln sich in den körperlichen und psychischen Belastungen, in Erholungsmöglichkeiten und zwischenmenschlicher Unterstützung, in der gesundheitlichen Versorgung und besonders in unterschiedlichem Gesundheitsverhalten: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Compliance mit der Krankheitsbehandlung. Diese Unterschiede wirken sich aus auch in der Anfälligkeit für Erkrankungen (Morbidität) und in der Lebenserwartung (Mortalität).¹⁴ Armutsgefährdete Männer in Deutschland haben eine um elf Jahre geringere Lebenserwartung als Männer, die über mehr als 150 Prozent des Durchschnittseinkommens verfügen; bei Frauen sind dies immerhin acht Jahre. Menschen in relativer Armut ab 45 Jahren haben eine höhere Krankheitsrate. Das Schlaganfallsrisiko der niedrigsten Bildungsgruppe ist dreimal höher als in der höchsten. Erwerbslose sind doppelt so

13 Vgl. Johannes Eurich, Verarmt, verscharrt, vergessen. Zum Sterben und Tod von Menschen ohne festen Wohnsitz, in: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 63. 2012, 92–100, 97 ff.

14 Vgl. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.

häufig krank wie Erwerbstätige. Besonders aber schlagen sich Armut(sgefährdung) und ein niedriger sozialer Status bei Kindern und Jugendlichen aufgrund solcher Zusammenhänge in einer durchschnittlich schlechteren Gesundheit nieder (Übergewicht, Depressivität, psychische Belastungen und gesundheitliche Auffälligkeiten). In diesem Licht gilt auch: Wer arm ist, ist nicht nur häufiger, sondern auch anders krank.

Wo und wie situieren sich hier die kirchlichen Krankenhäuser? Welche Spielräume lassen sich in einem regulierten Gesundheitssystem für die Wahrnehmung des christlichen Auftrags besonders bei den oben genannten Risikogruppen entdecken und nutzen? Welche Bedeutung kann hier die Zusammenarbeit mit weiteren gesellschaftlichen Gruppen und Diensten wie Sozialstationen, Kirchengemeinden etc. haben?

Die Prognos-Studie im Auftrag von DEKV und KKVD von Oktober 2009 hat Einstellungen zu kirchlichen Krankenhäusern erhoben und bezeichnet diese als wertorientiert, innovativ und wettbewerbsstark. Mit der Darstellung ihrer Leistungsfähigkeit, Situation und Bedeutung für die Krankenhausversorgung in Deutschland sollte einem Wahrnehmungsdefizit in der öffentlichen und politischen Diskussion begegnet werden und gezielt der Blick auf die kirchlichen Krankenhäuser gerichtet werden, da diese einen vielfachen „Mehrwert“ in die deutsche Krankenversorgung einbrächten. Dieser Mehrwert, den kirchliche Krankenhäuser böten, bestehe darin, dass sie

1. für Werte stehen
2. ihre Versorgung am Patienten ausrichten
3. Spitzenmedizin bieten, innovativ und modern sind
4. solide wirtschaften und in die Qualität der Versorgung investieren
5. attraktive Partner für die Vernetzung sind
6. ein würdiges Sterben ermöglichen
7. die regionale Versorgung sichern und Versorgungslücken schließen
8. sich in der Ausbildung engagieren
9. den Wettbewerb bereichern und Wahlmöglichkeiten sichern
10. erfolgreich ehrenamtliches Engagement in die Patientenversorgung einbinden.

Im Grunde sind dies weitgehend Mehrwerte aus der christlich motivierten Verwirklichung des Prinzips der Freien Wohlfahrt im sozialstaatlichen Gefüge Deutschlands. Es öffnet im Rahmen gesetzlicher Regelungen den Raum für Hilfeleistungen für Menschen in Not durch unterschiedlich motivierte gesellschaftliche Gruppen und Vereinigungen. Es gewährleistet auf diese Weise neben der Hilfe selbst sowohl Wahlmöglichkeiten für die Hilfe Suchenden als auch die Verwirklichung des mitbürgerlichen Bedürfnisses und Rechtes zu helfen.¹⁵ Sozialethisch bemerkenswert

15 Vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit, hrsg. v. Deutschen Verein für Öffentliche und Private Fürsorge, Frankfurt a.M. 2002, 350.

ist darüber hinaus, dass Gelder der Sozial- und Krankenversicherungen in Überschussituationen nicht in private Renditen abfließen können, wie dies bei privaten Trägern der Fall ist, sondern stets wieder zweckgebunden gemeinwohlorientiert zurückgelegt bzw. reinvestiert werden müssen. Es erscheint ethisch gerechter, dass Beiträge für Sozial- und Krankenversicherungen nicht für private Gewinne abgeschöpft werden können, sondern im System sozialer Sicherung für das Gemeinwohl bleiben müssen. Dies wird selten, wenn überhaupt, thematisiert. Auch die Frage, wie die Dynamisierung im Wettbewerb durch private Anbieter erhalten bleiben kann, ohne damit zugleich die Logik der Gewinnmaximierung für die *shareholder* zu bedienen, sondern das Gemeinwohl aller *stakeholder* zu realisieren, wird kaum ernsthaft diskutiert und noch weniger systemkritisch beantwortet.

RECHTLICHE UND PERSONALE RAHMENBEDINGUNGEN

Aber kirchliche Krankenhäuser agieren nicht nur in einem Feld, das reich ist an sozialpolitischen und sozialetischen Herausforderungen; vielmehr müssen sie sich auch bei der Regelung und Gestaltung ihrer Binnenverhältnisse an christlichen Ansprüchen messen lassen. Es sind nicht zuletzt die Besonderheiten des kirchlichen Arbeitsrechts, wie sie sich im „Dritten Weg“, in der Mitarbeitervertretung und den Loyalitätspflichten äußern, die eine Herausforderung für konfessionelle Krankenhäuser darstellen. **Utz Andelewski** widmet sich daher in seinem Beitrag den wesentlichen Unterschieden von weltlichem und kirchlichem Arbeitsrecht. Aus seiner Analyse der Besonderheiten, die sich für Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft aus dem sogenannten Dritten Weg ergeben, leitet er die These ab, dass es gerade das kirchliche Arbeitsrecht ist, aus dem sich ein Wettbewerbsvorteil für kirchliche Krankenhäuser ergibt. Doch sehen nicht wenige gerade in der Nutzung derartiger „Vorteile“ das Prinzip der Dienstgemeinschaft u.a. durch die zunehmende Leiharbeiterbeschäftigung oder das Fehlen von Unternehmensmitbestimmung bedroht. So fordert **Renate Oxenknecht-Witzsch** auch für kirchliche Trägerverbände eine kircheneigene Regelung. Fragen der Corporate Governance, also der legitimatorischen und organisatorischen Ausgestaltung der Unternehmensverfassung, spielen so auch im Krankenhausbereich zunehmend eine wichtigere Rolle: Welche Aufgaben hat der Aufsichtsrat in einem konfessionellen Krankenhaus? Wie ist seine Rolle gegenüber Vorstand und Geschäftsführung zu bestimmen? Welche Kompetenzen braucht es, um diese Rolle zu gestalten und die Aufgaben adäquat und effizient zu meistern? Auf diese Fragen antwortet **Axel Smend** in seinem einführenden Beitrag, indem er ein konkretes Anforderungsprofil an den Aufsichtsrat in einem Krankenhaus kirchlicher Trägerschaft skizziert.

Das macht deutlich: ein konfessionelles Krankenhaus braucht exzellente Führungskräfte. Doch wie können diese gewonnen und gehalten werden? Auf Idealismus oder ausdrücklich christliches Selbstverständnis von Führungskräften *allein* können die Krankenhaus-Organisationen realistischer Weise nicht zählen, weder in

puncto Exzellenz noch in puncto Masse bzw. Auswahl an potenziellen Führungskräften. Im Instrumentenkoffer des sogenannten „Head-Hunting“ spielen die Gehälter und Vergütungen – Stichwort „Bonus-Zahlungen“ – selbstverständlich eine wichtige Rolle. **Martin von Hören** legt zwei Aspekte der Vergütungspolitik dar, die besonders relevant zur Wahrung der Wettbewerbsfähigkeit sind: Zunächst die marktconforme Vergütung, denn eine nicht-marktgerechte Bezahlung ist sowohl bei Unter- als auch bei Überzahlung von entscheidendem Nachteil für das Unternehmen. Der zweite erfolgskritische Aspekt ist die Nutzung der Vergütung als Steuerungsinstrument: Hier zeigt der Autor, wie durch den sinnvollen Einsatz von variablen Gehaltssystemen ein Mehrwert für das Unternehmen geschaffen werden kann. Nicht weiter thematisiert wird die Frage, inwiefern nicht-monetäre Elemente Anreize für hervorragende Führungskräfte sein können, die mit der christlichen Identität und Unternehmenskultur kirchlicher Krankenhäuser verbunden sind, mit ihren spezifischen Potenzialen und Perspektiven.

POTENZIALE UND ERFOLGSFAKTOREN

Die Verschiebungen in den Makrostrukturen verstellen leicht den Blick dafür, dass sich nicht nur die deutsche Krankenhauslandschaft insgesamt verändert, sondern jedes einzelne Krankenhaus vor Ort: das Krankenhaus von morgen ist nicht mehr das von heute. Der Wandel greift tief hinein in die Organisation Krankenhaus, stellt überkommene Strukturen, Prozesse und Abläufe, ja sogar die Architektur in Frage und macht strategische Fragen allerorten virulent. Die Einführung des G-DRG-Fallpauschalensystems stellt dabei sicher die einschneidendste Veränderung der ökonomischen Rahmenbedingungen dar, weil sie erlösseitig die Finanzierung eines Krankenhauses grundlegend veränderte und so, quasi intramuskulär, Anreizstrukturen induzierte, die an der organisationalen Oberfläche erst mit einiger Verzögerung sichtbar werden. Es ist absehbar, dass die Organisationsstruktur des Krankenhauses zukünftig in einem stärkeren Maße den Zahlungsströmen folgt, die Krankenhausorganisation mithin weniger entlang medizinischer Abteilungen und Fachgebiete verläuft als an Krankheitsbildern und Fallgruppen.

Die aus Qualitäts- wie aus Kostengründen erforderliche, gesundheitspolitisch gewollte Spezialisierung und Schwerpunktbildung macht die Organisation Krankenhaus an ihren Rändern durchlässig, etablierte Sektorengrenzen verschwimmen: Krankenhäuser müssen sich in zunehmendem Maße öffnen und horizontal wie vertikal Kooperationen eingehen, die netzwerkartige Formen annehmen und eines spezifischen Managements bedürfen. Die Fähigkeit zur Kooperation wird zur Schlüsselkompetenz erfolgreicher Krankenhäuser – eine besondere Herausforderung gerade für konfessionelle Krankenhäuser mit ihren in charakteristischer Weise ausgeprägten Organisationskulturen. Kirchliche Träger, die nicht selten neben einem Krankenhaus auch Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe betreiben, können zwar lokal oft auf einen reichen Erfahrungsschatz bei der Integration prä-