

Jutta Mader

Professionelle Krankenhaus- seelsorge

Chance und Aufgabe für Kirchen
und konfessionelle Träger

Kohlhammer

150 Jahre
Kohlhammer

Jutta Mader

Professionelle Krankenhausseelsorge

Chance und Aufgabe für Kirchen
und konfessionelle Träger

Verlag W. Kohlhammer

Diese Arbeit wurde gefördert durch ein Marienhaus-Stipendium sowie durch das Bistum Trier.

1. Auflage 2017

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-033182-2

E-Book-Format:

pdf: ISBN 978-3-17-033183-9

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Inhaltsverzeichnis

I	Einleitung	9
1.	Persönliche Motivation	9
2.	Forschungslage	10
3.	Ziel der Arbeit	10
4.	Methoden	11
5.	Aufbau	11
6.	AdressatInnen	13
7.	Lesehinweise	14
8.	Danksagung	15
II	Zeichen der Zeit	17
A	Krankenhäuser Deutschlands im Wandel	17
1.	Rahmenbedingungen aller Krankenhäuser	17
1.1.	Rahmenbedingungen gesundheitspolitischer Art	17
1.2.	Rahmenbedingungen ökonomischer Art	19
1.3.	Rahmenbedingungen struktureller Art	23
2.	Spezifika katholischer Krankenhäuser	25
2.1.	Historische Entwicklung	25
2.2.	Kirchlichkeit und Grundordnung	28
2.3.	Aktuelle Diskussion um das kirchliche Kerngeschäft	35
3.	Wahrnehmungen „an der Basis“	39
3.1.	PatientInnen und Angehörige	39
3.1.1.	Situation des Krankseins und Krankheitserleben	39
3.1.2.	Auswirkungen der ökonomischen Bedingungen	47
3.1.3.	Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf Häuser in katholischer Trägerschaft	49
3.2.	MitarbeiterInnen	50
3.2.1.	Arbeitsplatz mit Schicksalsdramatik	51
3.2.2.	Auswirkungen der ökonomischen Bedingungen	54
3.2.3.	Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf Häuser in katholischer Trägerschaft	61

B	Pastorale Planung deutscher (Erz-)Bistümer	
	im Wandel	65
1.	Kirchliche Rahmenbedingungen für katholische Pastoral	65
1.1.	Rahmenbedingungen kirchenpolitischer Art	66
1.2.	Rahmenbedingungen ökonomischer Art	70
1.3.	Rahmenbedingungen struktureller Art	74
2.	Gesellschaftliche Rahmenbedingungen	
	für Krankenhaus-Pastoral	85
2.1.	Spiritualität und Religiosität	85
2.2.	Ergänzende bzw. alternative Konzepte	
	zur professionellen Krankhausseelsorge	89
2.2.1.	Qualifizierung des Ehrenamts	89
2.2.2.	BegleiterInnen in der Seelsorge	94
2.2.3.	Spiritual Care	97
3.	Wahrnehmungen „an der Basis“	103
3.1.	Katholikinnen und Katholiken	103
3.2.	Spirituell Suchende	107
3.3.	Menschen in Krankheit und Krise	108
III	Professionelle Krankhausseelsorge	
	im 21. Jahrhundert	111
1.	Seelsorge – trotz Hypotheken ein wertvoller Begriff	111
2.	Seelsorge als Profession	114
3.	Fundiertes Seelsorgekonzept auf der Höhe der Zeit	121
3.1.	Notwendigkeit und Funktion des Seelsorgekonzeptes	121
3.2.	Aspekte und Perspektiven von Seelsorgekonzepten	127
3.2.1.	Gottesbild	127
3.2.2.	Menschenbild	132
3.2.3.	Gesundheits- und Krankheitsverständnis	141
3.2.4.	Bedeutung des Ortes Krankenhaus	149
3.2.5.	AdressatInnen der Seelsorge	150
3.2.6.	Mehrdimensionalität der Seelsorge	157
3.2.7.	Komplexe mehrdimensionale Alltagspraxis	168
3.2.8.	Vielfältige Vernetzungen	177
3.2.9.	Grenzen seelsorglichen Handelns	181

4. Persönliche Voraussetzungen professioneller SeelsorgerInnen	187
4.1. Professionelles Berufsethos	187
4.2. Komplexes Rollenprofil	188
4.3. Komplexes Kompetenzprofil	194

IV Krankenhausseelsorge und das Profil des konfessionellen Krankenhauses

1. Aktuelle Debatte um die Spezifika des christlichen Profils	203
1.1. Problemskizze und historischer Überblick	203
2. Vergleich der Positionen	207
2.1. Motive christlicher Profilbildung	207
2.2. Erfahrbarkeit des Profils	211
2.3. Verantwortung für das Profil	225
3. Das konfessionelle Krankenhaus:	
Christliche Gemeinde am besonderen kirchlichen Ort	234
3.1. Gleichwertig gelebte Grundvollzüge	234
3.1.1. Diakonia – kompetentes Hilfshandeln	237
3.1.2. Koinonia – solidarische Gemeinschaft	239
3.1.3. Liturgia – gefeierte Gottesnähe	240
3.1.4. Martyria – spürbare Froh-Botschaft	242
4. Beitrag der konfessionellen Krankenhausseelsorge	244
4.1. Krankenhausseelsorge als Fachdienst am kirchlichen Ort	244
4.2. Krankenhausseelsorge und gelebte Grundvollzüge	246
4.3. Krankenhausseelsorge und ihre Rahmenbedingungen	251
4.4. Konfessionelle Krankenhausseelsorge und Spiritual Care	257

V Plädoyer für notwendige Weichenstellungen

VI Anhang

A Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen	285
B Verzeichnis der Abbildungen	286
C Literaturverzeichnis	287
D Literaturverzeichnis Internet	324

Die Arbeit ist allen kranken Menschen gewidmet
sowie all jenen, die sich privat oder beruflich
um kranke Menschen kümmern.



Statue des segnenden Heiligen Franz von Assisi
im Garten des Krankenhauses „Maria Hilf“ Bad Neuenahr
Marienhaus Klinikum im Kreis Ahrweiler
(Foto: privat)

I Einleitung

1. *Persönliche Motivation*

Schon während des Studiums und im Rahmen meiner Diplomarbeit befasste ich mich intensiv mit Seelsorgekonzepten im Umfeld von Krankheit – mit der Frage, ob Krankenhauseelsorge sich als ‚heilend‘ oder ‚heilsam‘ verstehen kann und welcher Ansatz glaubwürdiger ist. Nach dieser spannenden theoretischen Beschäftigung mit Seelsorge wagte ich den Sprung in die Praxis: Von Februar 2009 bis Ende Januar 2010 konnte ich ein Praktikumjahr in der Seelsorge zweier Akutkliniken sowie eines Hospizes und einer Psychiatrischen Klinik absolvieren. Seit Februar 2010 bin ich in der Krankenhauseelsorge des Marienhaus Klinikums im Kreis Ahrweiler angestellt, in einem Akuthaus und einer Geriatriischen Reha-Klinik. Die KollegInnen im ökumenischen Seelsorgeteam unseres Hauses, in den regionalen Arbeitsgemeinschaften vor Ort wie auch überregional im eigenen Bistum (Trier) erlebe ich als gut ausgebildete, verantwortungs- und qualitätsbewusst arbeitende SeelsorgerInnen mit Leidenschaft für die Frohe Botschaft und für ihre berufliche Tätigkeit. Die meisten von ihnen sind lange Zeit in diesem Feld tätig und arbeiten mit einer hohen Zufriedenheit in diesem Beruf, der oftmals Berufung ist, der aber auch an die persönlichen Grenzen führen kann.

Die Frage nach der Zukunft der Krankenhauseelsorge stellte sich mir im Kontext einer Studie mit Brustkrebspatientinnen, an der ich mitarbeitete. Die Studie erhob, welche Wünsche und Bedürfnisse diese Frauen hinsichtlich einer spirituellen Begleitung hätten.¹ Aus den Ergebnissen der Befragung sollte als theologische Dissertation ein Konzept zur spirituellen Begleitung der Patientinnen entwickelt werden. Die Studie ergab, dass viele der Frauen in ihrer Krankheitssituation ein großes Bedürfnis nach kontinuierlicher Einzelbegleitung haben, über den meist sehr kurzen stationären Krankenhausaufenthalt hinaus. In ihrer Pfarrei fanden sie dafür vielfach keine entsprechenden AnsprechpartnerInnen; die Krankenhauseelsorge wäre eigentlich auf Grund ihrer fachlichen Kompetenz für diese Aufgabe prädestiniert. Eine solche extramurale Seelsorge² ist jedoch wegen der ohnehin schon knappen personellen Ressourcen im Bereich Krankenhauseelsorge nicht möglich. Der angegebene große Bedarf seitens der PatientInnen kann derzeit nicht erfüllt werden – und wie wird das wohl in Zukunft sein, auf dem Hintergrund sinkender Personalzahlen in den pastoralen Berufsgruppen?

1 Die Untersuchung „m-spirit“ wurde 2010 an zwei Krankenhäusern des Brustzentrums Mittelrhein (Marienhaus-Kliniken ‚Maria Hilf‘ in Bad Neuenahr, ‚St. Elisabeth‘ in Neuwied) von einer Forschungsgruppe der PTHV durchgeführt.

2 Extramural = über die Mauern des Krankenhauses hinaus arbeitend.

Auf diesem Hintergrund entstand eine neue Blickrichtung der Dissertation. Sie fragt nun, wie Krankenhauseelsorge überhaupt langfristig zukunftsfähig sein kann. Können kranke Menschen, ihre Angehörigen und die MitarbeiterInnen (gerade in den kirchlichen Häusern) weiterhin darauf hoffen, im Arbeitsalltag und in Krisen professionell seelsorglich begleitet zu werden? Können die Beiträge dieser seelsorglich tätigen TheologInnen auch weiterhin Impulse für eine christliche Spiritualität des Hauses, für Weiterbildung und Ethik und letztlich auch für die Theologie setzen? Trotz vielfältig geäußelter Wertschätzung für die Krankenhauseelsorge ist offen, welchen Stellenwert sie tatsächlich in den Planungen der Verantwortlichen hat. Letztlich geht es um die Frage: Wie ernst nehmen EntscheiderInnen der katholischen Kirche in Deutschland, namentlich der (Erz-)Bistümer und katholischen Träger, ihren Auftrag, bei den leidenden und sterbenden Menschen zu sein?

2. *Forschungslage*

An grundlegender und fundierter Literatur zur Krankenhauseelsorge fehlt es nicht. In den letzten Jahren wurden einige wegweisende Werke vorgelegt, z.B. von Dorothee Haart (2007) „Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus“, die sehr detailliert die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie die betrieblich-organisatorischen Herausforderungen dieser komplexen Organisation als Umfeld der Krankenhauseelsorge beschreibt. Michael Fischer arbeitet in „Das konfessionelle Krankenhaus“ (2009) Besonderheiten konfessioneller Trägerschaft heraus und befasst sich ausführlich mit Professionalität und Qualität der Krankenhauseelsorge. Michael Klessmann lässt (2013) auch in der vierten Auflage seines Kompendiums „Handbuch der Krankenhauseelsorge“ unterschiedliche Autoren aus verschiedenen (ökumenischen) Perspektiven zu Wort kommen. Doris Nauer publizierte die dritte, erweiterte Auflage ihres Standardwerks „Seelsorge“ (2014), das ausführlich und fundiert christliche Seelsorge auf der Höhe der Zeit charakterisiert. Ihr neuestes Werk (2015) „Spiritual Care statt Seelsorge?“, setzt sich detailliert mit Konvergenzen und Differenzen dieser beiden Praxisfelder ‚spiritueller Begleitung‘ auseinander.

3. *Ziel der Arbeit*

Diese Arbeit profitiert von den genannten Werken. Sie fragt aber darüber hinaus nach der Zukunftsfähigkeit der professionellen Krankenhauseelsorge im Kontext sich verändernder Rahmenbedingungen in Gesundheitswesen und Kirche. Auf dem Hintergrund der gegenwärtigen Herausforderungen in den beiden genannten Kontexten scheint die Zukunft professioneller katholischer Krankenhauseelsorge unsicher, obwohl ihr hohe Kompetenz als der modernste Seelsorgeberuf attestiert wird. Die vorliegende Arbeit verweist auf Chancen, die eine professionelle Krankenhauseelsorge auf der Basis ihrer spezifischen und unverletzlichen Kompetenzen für die Kirche in Deutschland und

insbesondere die kirchlichen Einrichtungen und deren Profilbildung beinhaltet. Besonderes Augenmerk wird auf die mögliche spezifische Rolle der Krankenhausseelsorge in Einrichtungen katholischer Träger gerichtet. Mit diesem neuen Ansatz möchte die Arbeit Bistumsverantwortliche und EntscheiderInnen in konfessionellen (nicht nur in katholischen) Krankenhausträgern für Zukunftsperspektiven sowie für die Stärkung einer zeit- und menschengemäßen Krankenhausseelsorge sensibilisieren. Denn für die Menschen vor Ort, für die Kirche insgesamt und insbesondere für konfessionelle Träger ist es entscheidend, ob qualifiziert ausgebildete und in ökumenischen Teams professionell agierende KrankenhausseelsorgerInnen auch weiterhin die Seelsorge im Krankenhaus tragen.

4. *Methoden*

Die Arbeit stützt sich auf vielfältige Literatur des deutschsprachigen Raums. Zu Wort kommen in erster Linie TheologInnen (beider Konfessionen), aber auch ExpertInnen anderer Bereiche (z.B. ärztlicher, pflegender, therapeutischer Berufe sowie aus Wirtschaft, Soziologie und Politik) aus den Kontexten Gesundheitswesen, Kirche und Seelsorge werden berücksichtigt.³ So entsteht ein Überblick über den aktuellen Stand der Diskussion bezüglich Aufgaben, Herausforderungen, Anforderungen und Strukturen der Krankenhausseelsorge. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und quantitativer Handhabbarkeit bezieht sich der Blick auf Trägerschaft und Kirche in dieser Arbeit weitgehend auf den katholischen Bereich. Eine eigens durchgeführte Nachfrage bei allen deutschen (Erz-)Bistümern bezüglich personeller Ausstattung und Stellenwert der Krankenhausseelsorge fließt mit ein. Trotz dieser methodischen Focussierung auf den katholischen Bereich können die Erkenntnisse auch für nicht-katholische christliche Kontexte von Interesse sein.

Da ich selbst seit 2009 in der Krankenhausseelsorge tätig bin, profitiere ich sehr von den Beobachtungen und Erfahrungen aus eigener Alltagspraxis.⁴ Zudem erhalte ich hilfreiche Hinweise von KollegInnen unseres Teams wie von anderen KollegInnen unterschiedlicher Trägerschaften, der regionalen Arbeitsgemeinschaft und bei Bistumstagungen.

5. *Aufbau*

In Teil II wird mit dem Blick auf die ‚Zeichen der Zeit‘ der gesellschaftliche und strukturelle Kontext der Krankenhausseelsorge dargestellt. Darin behandelt der erste thematische Block (A) die im Wandel befindliche Situation der Krankenhäuser Deutschlands. Zunächst werden die Rahmenbedingungen

3 Vgl. ‚Gaudium et Spes‘ 62 sowie FÖRST, JOHANNES (2012) S. 75: Die Pastoraltheologie sei „auf die Zusammenarbeit mit weiteren wirklichkeitsrezeptiven Wissenschaftsfächern und -disziplinen angewiesen (Inter- und Transdisziplinarität der Theologie).“

4 Vgl. KRÄMER / MADER (2015) S. 264-270.

dargestellt, die für alle Krankenhäuser (unabhängig von deren Trägerschaft) bestehen. Diese Rahmenbedingungen sind gesundheitspolitischer, ökonomischer und struktureller Art. Die Spezifika Katholischer Krankenhäuser stellen Träger und Leitungen vor besondere zusätzliche Herausforderungen. Dargestellt werden die historische Entwicklung, die relevanten Forderungen zur Kirchlichkeit der Einrichtung auf Basis der Grundordnung sowie die Diskussion um das „Kerngeschäft“ von Kirche und deren Implikationen für caritative Einrichtungen. Mögliche Auswirkungen der verschiedenen Aspekte werden als „Wahrnehmungen an der Basis“ zunächst aus der Perspektive von PatientInnen und Angehörigen, anschließend aus der Perspektive der MitarbeiterInnen beleuchtet. Der Weg von der Meta-Ebene der Rahmenbedingungen bis zur Mikro-Ebene der Auswirkungen auf den/die Einzelnen möchte besonders diejenigen LeserInnen, die nicht täglich damit konfrontiert sind, für heutige Herausforderungen im Umfeld „Krankenhaus“ sensibilisieren.

Der zweite große Block dieses Kapitels behandelt analog die pastorale Planung deutscher (Erz-)Bistümer im Wandel (B). Auch hier gilt der erste Blick den Rahmenbedingungen, die kirchenpolitischer, ökonomischer sowie struktureller Art sind. Als ‚Zeichen der Zeit‘ werden die vorfindlichen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen skizziert, zunächst im Blick auf die Diskussion um Spiritualität und Religiosität. Seit einigen Jahren werden ergänzende bzw. alternative Konzepte zur professionellen Krankenhauseelsorge diskutiert, wovon drei in dieser Arbeit vorgestellt und kritisch gewürdigt werden: die Qualifizierung von Ehrenamtlichen, die Ausbildung und Installierung von BegleiterInnen in der Seelsorge sowie das im Gesundheitswesen meistdiskutierte Modell ‚Spiritual Care‘. Wie die derzeitigen pastoralen Weichenstellungen in Teilen der Bevölkerung wahrgenommen werden, wird im Blick auf KatholikInnen sowie auf spirituuell Suchende und Menschen in Krankheit und Krise beleuchtet.

Auf dieser breiten Grundlage zu den ‚Zeichen der Zeit‘ ist Teil III ganz der Krankenhauseelsorge selbst gewidmet: Zunächst wird begründet, warum am Begriff „Seelsorge“ trotz vorhandener Hypothesen festgehalten wird. Der nächste Abschnitt befasst sich mit Seelsorge als „Profession“. Daran anschließend wird die Bedeutung eines theologisch tragfähigen und glaubwürdigen Seelsorgekonzepts als Basis professionellen Handelns entfaltet: Auf welchem Gottesbild und Menschenbild beruht christliche Seelsorge? Welches christliche Verständnis von Gesundheit und Krankheit liegt ihm zugrunde? Welche Bedeutung hat der Ort Krankenhaus für das Seelsorgekonzept? Wer sind die AdressatInnen von Seelsorge im Krankenhaus? Warum ist ein mehrdimensionales Verständnis von Seelsorge notwendig? Welche komplexe Alltagspraxis leitet sich daraus ab? Wieso und auf welchen Ebenen sollten SeelsorgerInnen sich vernetzen? Welche Grenzen sind zu beachten? Der letzte Abschnitt erläutert die Bedeutung der Person des/der professionell Agierenden in Bezug auf ein spezifisches Berufsethos, das komplexe Rollenprofil konfessioneller SeelsorgerInnen und deren notwendiges Kompetenzprofil.

Teil IV zeigt auf, welche Rolle eine zeitgemäße Krankenhauseelsorge für das christliche Profil des Krankenhauses spielen kann. Als Grundlage wird die derzeitige Debatte um die Spezifika des christlichen Profils von Einrichtungen mit einem kurzen historischen Überblick über die Entwicklung der bisherigen Diskussion begonnen. Darauf folgt ein Vergleich der vorfindlichen Positionen bezüglich der Motivation christlicher Profilbildung in Einrichtungen, der Erfahrbarkeit des Profils sowie der Verantwortung für das Profil. Anschließend wird die Bedeutung einer konfessionellen Einrichtung als christliche Gemeinde am besonderen kirchlichen Ort näher ausgeführt, und zwar in Bezug auf die kirchlichen Grundvollzüge und deren besondere inhaltliche Füllung in konfessionellen Einrichtungen. Den Abschluss bildet der originäre Beitrag professioneller konfessioneller Krankenhauseelsorge als Fachdienst am kirchlichen Ort, insbesondere im Hinblick auf die Grundvollzüge. Zum Schluss wird darauf verwiesen, dass die Mitwirkung der Krankenhauseelsorge bestimmte Rahmenbedingungen benötigt, allerdings besonders in kirchlichen Einrichtungen deutliche Vorteile gegenüber Spiritual Care bietet.

Wegen der umfassenden Bedeutung professioneller Krankenhauseelsorge für die Gesamtkirche und für kirchliche Einrichtungen optiert Teil V für die Stärkung der professionellen konfessionellen Krankenhauseelsorge. Die dort aufgeführten Fragen bezüglich zeitgemäßer Qualifikation von KrankenhauseelsorgerInnen sowie Stellenausstattungen verstehen sich als Anfragen an die pastoralen Planungen in (Erz-)Bistümern, Landeskirchen und konfessionellen Trägerschaften. Denn an diesen Stellen wird darüber entschieden, ob und wie die katholische Kirche in Deutschland in Zukunft an der Seite der kranken, leidenden und sterbenden Menschen und deren Umfeld sein wird.

6. *AdressatInnen*

Die Arbeit ist geschrieben aus der Praxis für die Praxis und wendet sich an verschiedene mögliche AdressatInnen:

- EntscheidungsträgerInnen für die pastorale Konzeption sowie Stellenbesetzungen in Kommissionen, Ordinariaten und Generalvikariaten der (Erz-)Bistümer. Besonders appelliert wird an diejenigen, die über einen Rückzug ihrer pastoralen MitarbeiterInnen den Krankenhäusern und Kliniken nachdenken. Gleichmaßen sind EntscheiderInnen in katholischen Trägern und Caritas angesprochen sowie analog in Landeskirchen und anderen konfessionellen Trägern. Sie alle befinden mit darüber, wie es um das Angebot der konfessionellen seelsorglichen Begleitung für PatientInnen, Angehörige und MitarbeiterInnen in den Einrichtungen bestellt ist.
- Leitungspersonen, die Verantwortung für die Profil-Frage in ihren jeweiligen Einrichtungen tragen.
- KrankenhauseelsorgerInnen, die die vorgelegten Ausführungen als eine Diskussionsgrundlage für ihr eigenes Seelsorgekonzept verwenden sowie

innerhalb der Fachgruppe für eine Sicherstellung des Berufs und dessen Zukunftsfähigkeit aufgreifen möchten.

- Menschen, die überlegen, in der Krankenhausseelsorge tätig zu werden: (Potentielle) StudentInnen der Theologie oder bereits tätige SeelsorgerInnen, die bisher in anderen Bereichen arbeiten und sich für eine Tätigkeit im Krankenhaus interessieren.
- MitarbeiterInnen anderer Berufsgruppen, die Einblicke in die Tätigkeit der Krankenhausseelsorge gewinnen möchten. Die Ausführungen sind besonders für diejenigen hilfreich, die an Spiritual Care beteiligt sind und sich deshalb der jeweiligen Spezifika von Krankenhausseelsorge und Spiritual-Care bewusst sein sollten.
- Alle Menschen, die sich aus persönlichen Gründen für Seelsorge, speziell für Krankenhausseelsorge, interessieren.

7. *Lesehinweise*

Da der AdressatInnenkreis weit gefasst ist, werden die Ausführungen zum Krankenhauskontext bzw. Kirchenkontext den LeserInnen in je unterschiedlicher Weise bekannt sein. Zwar legt der Argumentationsaufbau der Arbeit grundsätzlich eine chronologische Lektüre nahe, je nach Interesse und Vorverständnis können jedoch einzelne Abschnitte separat gelesen werden. Hervorhebungen in Zitaten sind (wenn nicht ausdrücklich anders angegeben) aus dem jeweiligen Original übernommen. Die kompletten Literaturangaben finden sich im Anhang, und zwar in getrennten Verzeichnissen nach gedruckter Literatur und Internetquellen. Wurde ein Beitrag von mehreren AutorInnen gemeinsam verfasst, wird die Fundstelle unter Nennung der Nachnamen gekennzeichnet, Beispiel: ‚BAUMANN / EURICH‘. Bei Interviews erfolgt die Angabe durch die Nennung der interviewenden und der interviewten Person, z.B. ‚SPADARO mit PAPST FRANZISKUS‘. Sind von einem Autor bzw. einer Autorin mehrere Veröffentlichungen eines Jahres berücksichtigt, wird zur Unterscheidung der Quellen nach der Jahreszahl ein Buchstabe angehängt. Als Beispiel: ‚NAUER, DORIS (2014 a)‘. Bei den Internetquellen ist bisweilen die Jahreszahl der Veröffentlichung nicht ermittelbar, was durch ‚(ohne Angabe)‘ gekennzeichnet wird. Bei manchen Internetquellen fehlt die Seitenzählung, dies wird nach der Klammer durch ‚o. S.‘ (ohne Seitenangabe) vermerkt. Ist in der Fußnote eine Internetadresse aufgeführt, so wird diese *nur an dieser Stelle* der Arbeit genutzt. Zu Beginn des Anhangs sind ein Abbildungsverzeichnis sowie ein Abkürzungsverzeichnis zu finden. Die Arbeit verwendet Beiträge von AutorInnen aus verschiedenen Bereichen. Zu deren fachlicher Einordnung kann ein AutorInnenverzeichnis über die Internet-Seite des Verlags www.kohlhammer.de kostenlos eingesehen bzw. heruntergeladen werden.

8. Danksagung

Diese Arbeit entstand nicht nur durch die Lektüre vielfältiger Literatur, sondern wurde inhaltlich begleitet und mit-inspiriert durch die Impulse vieler verschiedener Menschen. Einige möchte ich besonders hervorheben:

Meine Doktormutter Frau Prof. Dr. theol. habil. Dr. med. Doris Nauer hat mich bereits während des Diplomstudiums mit dem Virus Krankenseelsorge angesteckt und nach dem Diplom zur Promotion motiviert. Durch ihre hilfreichen Impulse und eine klare Linie hat sie mich sehr unterstützt. Die jährlichen Kolloquien mit den Mit-PromovendInnen waren immer interessant, lebendig, fachlich hochkompetent, inspirierend. Auch die Dekanin der PTHV, Frau Prof. Dr. Margareta Gruber sowie die Mitarbeiterinnen im Studiendekanat waren stets ansprechbar und gaben vielfältige hilfreiche Informationen. Die MitarbeiterInnen der Bibliothek der PTHV haben mich stets kompetent beraten und benötigte Literatur schnell zur Verfügung gestellt. Euch allen ganz herzlichen Dank!

Meine KollegInnen des Seelsorge-Teams im Marienhaus Klinikum im Kreis Ahrweiler und unser Teamleiter Albert J. Krämer sind mir seit Jahren wertvolle WegbegleiterInnen in meiner Tätigkeit im Krankenhaus. Für die Dissertation waren sie zudem Inspirationsquellen, IdeengeberInnen und UnterstützerInnen. Liebe KollegInnen, es macht mir viel Freude, mit Euch zusammen zu arbeiten. Besonders dankbar bin ich für Eure Bereitschaft, mich in „Schreibzeiten“ zu vertreten. Unserer Hausoberin Frau Gaby Frömbgen sowie der Hausleitung des Marienhaus Klinikums im Kreis Ahrweiler danke ich für die konstruktive Zusammenarbeit, besonders für die Ermöglichung einer individuellen Arbeitszeitgestaltung im Jahr 2015.

Viele Seelsorge-KollegInnen der regionalen Arbeitsgemeinschaft und auf Bistumsebene haben mir immer wieder Anregungen, Ermutigungen und konstruktiv-kritische Anmerkungen mit auf den Weg gegeben. Ihr seid an euren Einsatzorten für viele Menschen ein Segen. Auch der Referentin für Krankenseelsorge des Bistums Trier, Frau Esther Braun-Kinnen, ein herzlicher Dank für ihr Interesse und mancherlei Unterstützung.

Den KorrekturleserInnen danke ich für ihre sehr aufmerksame Lektüre und die hilfreichen Kommentare und Anmerkungen! Dem Lektor des Verlags Kohlhammer, Herrn Specker, ganz herzlichen Dank für das jederzeit offene Ohr und die wertvolle Unterstützung bei der Erstellung der Verlagsfassung.

Für die finanzielle Förderung durch ein *Marienhaus-Stipendium*⁵ sowie für einen großzügigen Druckkostenzuschuss des *Bistums Trier* danke ich von Herzen. Ihr Vertrauen ehrt und motiviert mich.

Mein tiefster Dank gilt allerdings den Menschen, die mir durch ihre Liebe, ihr Zutrauen und durch Entlastung im Alltag immer wieder Kraft geben und mich erden: meine Familie. Ohne Euch wäre es nicht gelungen.

5 www.marienhaus.de/uploads/tx_dgmarienhaus/ECHO_3_11_WEB.pdf, S. 10.

Teil II Zeichen der Zeit

A Krankenhäuser Deutschlands im Wandel

1. *Rahmenbedingungen aller Krankenhäuser*

Die politisch-rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen sind für alle Träger von Krankenhäusern, also unabhängig von deren spezifischen Wertmaßstäben, gleichermaßen gültig. In einem ersten Durchgang werden deshalb die aktuellen Rahmenbedingungen dargestellt, soweit sie für das Verständnis der spezifischen Situation der Krankenhausseelsorge bedeutsam erscheinen.

1.1. Rahmenbedingungen gesundheitspolitischer Art

Zur Sicherstellung der Finanzierung von Krankenhäusern wurde erstmalig 1972 das „Krankenhausfinanzierungsgesetz“ auf Bundesebene verabschiedet. Seither hat es mehrfache Änderungen erfahren, zuletzt im Juli 2013.¹ Auf Basis dieses Gesetzes erlassen die Länder eigene Krankenhausgesetze. Dort werden (hier als Beispiel: Rheinland-Pfalz) u.a. die Landeskrankenhausplanung, die öffentliche Förderung sowie die innere Struktur und Organisation der Krankenhäuser und deren Pflichten geregelt.² Darüber hinaus erstellen die Länder jeweils eigene Krankenhauspläne.³ In diese Planung gehen die regionalen Verteilungen der Häuser, Fachrichtungen und Betten aller Trägerschaften ein. Jedes Krankenhaus kann dazu eigene Anträge bezüglich der Errichtung von Abteilungen stellen. Das Land prüft und erteilt auf der Basis der Versorgungsnotwendigkeit die Genehmigung. Dies geschieht in der Regel im Rahmen der zur Verfügung stehenden Planbetten: wird eine neue Abteilung errichtet, so geschieht dies häufig durch Umwidmung bestehender Kapazitäten in anderen Abteilungen. Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen haben sich in den letzten 30 Jahren entscheidend verändert. Die Märkte wurden liberalisiert und dereguliert. Gleichzeitig (und teilweise dadurch mitbedingt) veränderte sich seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Krankenhauslandschaft:

1 Keine Anwendung KHG auf: Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug; Polizeikrankenhäuser; Krankenhäuser, in Trägerschaft der Gesetzlichen Rentenversicherung oder Gesetzliche Unfallversicherung. Vgl. www.gesetze-im-internet.de/khg/_3.html.

2 [3 Vgl. \[www.msagd.rlp.de/no_cache/gesundheit/krankenhauswesen/landeskrankenhausplanung-2010/?cid=114139&did=57231&sechash=4ed085b9\]\(http://www.msagd.rlp.de/no_cache/gesundheit/krankenhauswesen/landeskrankenhausplanung-2010/?cid=114139&did=57231&sechash=4ed085b9\), geprüft 30.05.2015. Die Krankenhausplanung bezieht sich auf die Krankenhäuser und ihr Angebot, legen jedoch weder Leistungszahlen noch Fallzahlkorridore fest. Vgl. für Nordrhein-Westfalen <http://gesundheit.nrw.de/content/e224/e349/e363/e365>, zuletzt geprüft 30.05.2015.](http://landesrecht.rlp.de/jportal/portal/t/10xe/page/bsrlpprod.psm1?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=1&fromdocdoc=yes&doc.id=jlr-KHGRP7IVZ&doc.part=S&doc.price=0.0; zuletzt 30.5.2015.</p></div><div data-bbox=)

durch Rückgang der Zahl der Ordensschwwestern, Umwandlung von Ordenshäusern in Gesellschaften und Stiftungen, durch Spezialisierung und Segmentierung der Berufe in der Krankenversorgung sowie durch die Öffnung des ‚Gesundheitsmarktes‘ für private Anbieter/Träger. Die politischen Weichenstellungen im Gesundheitssystem wurden meist im Hinblick auf Kosteneinsparungen vorgenommen. Das bezeichnet Jens Flintrop als die bis heute fortdauernde „Abkehr vom

Was man in der Bundesrepublik Gesundheitspolitik nennt, ist seit Mitte der 70er Jahr nahezu identisch mit ‚Kostendämpfungspolitik‘.
Hagen Kühn, 2013, 30

Postulat der Daseinsvorsorge als oberstem Prinzip der Krankenhauspolitik.“⁴ Die freigemeinnützigen Träger werden mit den privaten praktisch gleichgestellt, weil das Sozialgesetzbuch einheitlich nur noch ‚Leistungserbringer‘ kennt. In der Krankenhausvergütung wurde das ehemalige Kostendeckungsprinzip nun von einem Wettbewerbsprinzip abgelöst. Das erhöhte „im stark personalintensiven Sozialsektor (den) Konkurrenzdruck zwischen den Wohlfahrtsverbänden sowie den neu hinzugekommenen privaten Trägern.“⁵

Eine weitere Verschärfung scheint sich durch das Krankenhausstrukturgesetz von 2015 abzuzeichnen.⁶ Das Kontrollorgan für die Beurteilung der dort genannten Qualitätskriterien ist das außerparlamentarische ‚Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)‘.⁷ Jedes Krankenhaus meldet die Leistungen nach den geforderten Qualitätskriterien an dieses Institut, das die Informationen dann an die Länder weitergibt. Auf dieser Basis werden Zu- und Abschläge der Vergütung vereinbart. Inwieweit dieses Gesetz tatsächlich eine Qualitätsverbesserung bringt, wird derzeit kontrovers diskutiert. Denn die Auswirkungen der neuen Regelungen scheinen darin zu bestehen, dass diejenigen Häuser als bedarfsnotwendig gelten, die *wirtschaftlich* überleben. Denn das, was als Qualität postuliert wird, unterliegt vornehmlich quantitativen Kriterien. Viele Kritiker fürchten, das eigentliche Ziel des Gesetzes sei die durch die DRG nicht erreichte (weitere) Reduzierung der Zahl von Krankenhäusern. Sie bemängeln, dass die Landesregierungen (und einzelnen Abgeordneten der betreffenden Wahlkreise) offenbar trotz ihrer gesetzlich gegebenen Planungshoheit derlei unpopuläre Entscheidungen nicht treffen möchten. Ingo Morell kritisiert diese verschleierte Verschiebung von

4 FLINTROP, JENS (2014) 1930-1931.

5 SCHREINER, OTMAR (2012) S. 3.

6 www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/GE_KHSG.pdf.

7 www.iqtig.org/index, zuletzt geprüft 02.07.2016: „Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Entwicklung und Durchführung von Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, der Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln und der Publikation der Ergebnisse [...]“.

Verantwortung: „Unter der Flagge der Qualitätsorientierung zielt der Gesetzentwurf auf die Schließung von Krankenhäusern.“⁸ Zu befürchten ist zukünftig die Verschärfung einer ‚Zwei-Klassen-Gesellschaft‘ in der Krankenhausversorgung. Kleinere Einrichtungen auf dem Lande haben durch die Entscheidungen der Bundespolitik kaum Chancen.⁹ Die Politik nimmt offenbar vielerorts ihre Verantwortung für die Struktur der Krankenhauslandschaft im jeweiligen Bundesland nicht wahr. Stattdessen sollen die ‚Schlusslichter‘ des Qualitätsrankings geschlossen werden. Den Häusern und MitarbeiterInnen wird dadurch (nicht nur implizit) schlechte bzw. unzulängliche Arbeit vorgehalten. Der fehlende Mut zu unpopulären Entscheidungen führt somit zu einer Abschiebung der Verantwortung auf die unterste Ebene. Gleichzeitig schieben einige Länder, beispielsweise Rheinland-Pfalz, einen Investitionsstau vor sich her.¹⁰ Der Vorsitzende der Landeskrankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz, Gerald Gaß, spricht von einer jahrelangen dramatischen Unterfinanzierung: „Die Krankenhausfinanzierung der Länder reicht nicht aus, um die notwendigen Investitionen in die bauliche und medizinisch-technische Infrastruktur zu tätigen.“¹¹ Dies sei leider ein bundesweiter Trend, weshalb er ein Umsteuern der Politik und einen nationalen Investitionspakt von Bund und Ländern für die Krankenhäuser fordert.¹²

1.2. Rahmenbedingungen ökonomischer Art

Die gesundheitspolitischen Weichenstellungen verschiedener Bundes- und Landesregierungen seien Mitverursacher einer „massiv beschleunigten Ökonomisierungsdynamik [...] mit der die Aufrechterhaltung eines Angebots öffentlich garantierter Güter und Dienstleistungen immer mehr in Frage gestellt wird“,¹³ kritisiert der Soziologe und Gesundheitswissenschaftler Ullrich Bauer. Die Folge davon sind ‚Wohlfahrtsmärkte‘ auf allen Ebenen der Sozialpolitik, besonders im Gesundheitssektor. Und dieser Markt ist groß: Die Gesamtzahl

8 www.christliche-krankenhaeuser.de/sites/default/files/2015_07_03_PM_CKID_KHReform_muss_dringend_korrigiert_werden.pdf, zuletzt geprüft 25.09.2015

9 Vgl. KLOOS, Sr. BASINA: www.bistum-trier.de/, zuletzt geprüft 21.05.2016. Der bei fast allen Klinikträgern bestehende Investitionsstau in Millionenhöhe mache deshalb die nötigen Zukunftsinvestitionen und Gestaltung des Fortschritts, besonders in kleinen Einrichtungen, unmöglich. Die demographische Entwicklung bringe zusätzliche Probleme. Vgl. www.bistum-trier.de/newsdetails/presdienst/detail/News/warnung-vor-einer-zwei-klas-sen-gesellschaft/, zuletzt geprüft 21.05.2016.

10 Vgl. www.kgrp.de/uploads/aktuelles/2016_04_13_PM_Positionspapier_KGRP.pdf, zuletzt geprüft 02.07.2016: „Den Kliniken stünden im Jahr 2016 preisbereinigt nur noch 60 Prozent der Investitionsmittel des Jahres 2002 zur Verfügung. Die Investitionsquote sei mit 3,2 Prozent gemessen an den Gesamtausgaben der Kliniken und im Vergleich zu anderen Branchen dramatisch niedrig.“

11 Ebenda. „Nach allen wissenschaftlichen Studien [...] brauchen die Krankenhäuser mindestens das Doppelte des bisherigen Finanzvolumens, um die notwendigen Investitionen zur permanenten Modernisierung der Infrastruktur finanzieren zu können.“

12 Vgl. ebenda.

13 BAUER, ULLRICH (2007) S. 98.

der Krankenhäuser liegt im Jahr 2014 bei 1980 (2013: 1995), davon 29,7 % öffentlich getragen, 35,2 % freigemeinnützig und 35,1 % privat. Die Bettenzahl und deren Verteilung sind in etwa gleich geblieben.¹⁴

Gegenstand der Nachweisung (vorläufige Ergebnisse)	Einheit	Insgesamt	<i>davon</i>		
			öffentlich	frei-gemeinnützig	privat
Krankenhäuser	Anzahl	1.956	577	679	700
Betten	Anzahl	499.351	240.653	167.566	91.132
Berechnungstage (Belegungstage)	Anzahl	141.281.148	69.675.639	46.524.588	25.080.921
Patienten (Fallzahl)	Anzahl	19.223.581	9.447.231	6.562.346	3.214.004
Durchschnittliche Verweildauer	Tage	7,3	7,4	7,1	7,8

Abb. 1: Eckdaten der Krankenhausstatistik 2015

Der Kostenaufwand für die Krankenhausversorgung der Bevölkerung steigt *in realen Zahlen*. „Die Kosten der stationären Krankenhausversorgung betragen im Jahr 2013 rund 78,0 Milliarden Euro. Das waren 3,2 % mehr als im Jahr 2012 (75,6 Milliarden Euro).“¹⁵ Die ‚Gesundheitswirtschaft‘ hat somit einen großen Anteil an der Gesamtwirtschaft der Bundesrepublik Deutschland. Von der medial vielbeschworenen ‚Kostenexplosion‘ in Bezug auf die Krankenhauskosten kann dennoch keine Rede sein: Vergleicht man nämlich die *relativen Zahlen* der Kosten für das Gesundheitswesen, also deren jeweiligen Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP), so liegt dieser zwischen 1990 und 2005 kontinuierlich bei ca. 6 %.¹⁶

Die hohe gesamtwirtschaftliche Bedeutung der ‚Gesundheitswirtschaft‘ wird auch durch die Beschäftigtenzahlen belegt. Ende 2012 war jeder achte Beschäftigte in Deutschland (rd. 5,2 Mio Menschen) im Gesundheitswesen tätig, rund 950 000 mehr als noch 2000 (plus 22,6 %). „Die Zahl der Arbeitsplätze wuchs somit im Gesundheitswesen rund dreimal so stark wie in der Gesamtwirtschaft.“¹⁷ Die Entwicklung verlief in den patientennahen Berufsgruppen

14 www.aerzteblatt.de/nachrichten/59843, zuletzt geprüft 28.06.2016.

15 www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Krankenhaeuser.html, 05.03.2015. Die Kosten pro Fall variieren in den einzelnen Bundesländern, sind von 2012 auf 2013 bundesweit durchschnittlich um 2,3 % angestiegen und lagen 2013 bei 4152 € im Bundesdurchschnitt. Vgl. ebenda.

16 JAKOBI, TOBIAS (2005) S. 31. In Ostdeutschland fiel der Anteil wegen der geringeren Wirtschaftskraft höher aus, sei mit 10-11% Anteil am BIP seit 1990 jedoch ebenfalls annähernd gleich geblieben. Vgl. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Krankenhaeuser.html; Der Anteil der Kosten für Krankenversorgung lag 2013 insg. bei 3,29 % des BIP für stationäre Krankenbehandlungen bei 2,8 % des BIP.

17 ISFORT / KLOSTERMANN et al. (2014), S. 14.

jedoch unterschiedlich. Während die Stellen in Vollzeitadäquaten beim ärztlichen Personal kontinuierlich (und deutlich) anstiegen, haben sie bei den Pflegekräften erst nach einem Einbruch (2000 bis 2005) wieder leicht zugenommen.¹⁸ Diese Entwicklung geht tendenziell ähnlich weiter, wie die 2015er Zahlen belegen.¹⁹ Die größten Ausgabenposten der Krankenhäuser waren Personalkosten (56,2 Mia €) und Sachkosten (35 Mia €); die Gesamtkosten der Krankenhäuser lagen 2014 bei 93,7 Mia Euro.²⁰ Wegen des hohen Anteils an den Gesamtausgaben werden Personalkosten, auch im ärztlichen/pflegerischen Dienst, gerne als Sparmöglichkeiten gesehen.²¹

Neben der Kostenseite bietet auch die Einnahmenseite der Krankenhäuser einigen Anlass zur Diskussion. Durch die Einführung der DRGs („Diagnosis Related Groups“) im Jahr 2003 wurde der Einfluss wirtschaftlicher Erwägungen auf medizinisch-therapeutische Entscheidungen verschärft.²² Während in vielen anderen Volkswirtschaften die Krankenhäuser auf Grund von DRGs bestimmte Gesamtbudgets erhalten, wird in der Bundesrepublik jeder einzelne ‚Behandlungsfall‘ nach ‚Behandlungstypen‘ vergütet. Um kostengerecht arbeiten zu können, hat ein Krankenhaus ein hohes Eigeninteresse daran, dass die knappen Mittel effizient eingesetzt werden. Dies gelingt nur durch höheren ‚Patientendurchsatz‘: mehr PatientInnen (Fälle) bei je kürzeren Liegezeiten.

Dieses politisch-ökonomische Ziel, eine höhere Zahl an Behandlungen durchzuführen, während gleichzeitig die Menschen früher entlassen werden, wurde offenbar erreicht und scheint mittlerweile ausgereizt.²³ Der Focus auf Wettbewerb und Markt im Gesundheitssystem wird als Ökonomisierung bezeichnet, d.h. dass die „Orientierung des gesundheitsbezogenen professionellen Handelns an seiner betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung bzw. Gewinnmaximierung“²⁴ ausgerichtet ist.

18 Vgl. KNOLL, FRANZISKUS (2014) S. 15-16.

19 www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/Grunddaten/Krankenhaeuser2120611157004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft 03.12.2016. Im Jahr 2015 waren 868.044 Vollkräfte (VK) gegenüber 875.900 VK 2014 in den bundesdeutschen Krankenhäusern beschäftigt; davon gehörten 154.364 VK (150.700 in 2014) zum ärztlichen Dienst; zum nichtärztlichen Dienst 713.680 (2014: 725.200), darunter 320.905 im Pflegedienst (gegenüber 2014: 318.800).

20 Plus gleichbleibende Aufwendungen für den Ausbildungsfonds in Höhe von 1,2 Mia €. Siehe: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/Kostennachweis/Krankenhaeuser.html; zuletzt geprüft 30.05.2015.

21 ISFORT / KLOSTERMANN et al. (2014) S. 15: „Hier lassen sich [...] erhebliche Steuerungsmöglichkeiten der Kostenkontrolle ausmachen, wie sie in anderen Bereichen und in anderen Tätigkeitsbereichen ggf. nicht gegeben sind.“

22 Vgl. FLINTROP, JENS (2014) S. 1930 Seit den 80er Jahren sei ein zunehmender Einfluss marktwirtschaftlich orientierter Gesundheitsökonomien auf die Krankenhauspolitik der wechselnden Bundesregierungen zu beobachten.

23 PROGNOSE AG (2012) S. 38: „Wir erwarten in den kommenden 10 Jahren nur noch geringe Fallzahlsteigerungen. Unter Berücksichtigung einer möglicherweise stagnierenden oder sogar leicht steigenden Verweildauer wird die durchschnittliche Belegung der Kliniken nicht signifikant ansteigen.“

24 Vgl. LEIBOLD, STEFAN (ohne Angabe) S. 2.

Weitere Probleme aus der Abrechnung nach DRG ergeben sich auf einer anderen Ebene, nämlich der Einordnung *individueller Krankheitsverläufe* in ein auf Effizienz ausgelegtes System *konstruierter standardisierter Normalverläufe*. Dadurch wird es nötig, Behandlungen an diesen ‚Normalverläufen‘ entlang zu planen und durchzuführen. Deshalb werden inzwischen Diagnose-, Behandlungs- und Entlassmanagement durch digital vernetzte medizinische Informationssysteme strukturiert. Weil die Abrechnung mit den Kostenträgern nach der Einstufung bei Aufnahme erfolgt, ist zunächst die klare Erst-Diagnose entscheidend für eine kostendeckende Behandlung. Darüber hinaus funktioniert das System nur dann, „wenn die Diagnose, die diagnostischen bzw. therapeutischen Leistungen sowie der Verlauf der Erkrankung exakt und nachvollziehbar durch Ärzte und Pflegende in der Krankenakte dokumentiert werden.“²⁵ Dies bringt für die einzelnen MitarbeiterInnen einen erheblichen Mehraufwand für Dokumentation mit sich und führt zu erhöhtem Personalbedarf im Bereich des Medizin-Controllings. Doch der Aufwand ist für die Häuser offenbar höher als der Ertrag: „Bei mehr Leistungen gibt es weniger Geld für die einzelnen Leistungen.“²⁶ In der Konsequenz wird durch diese Abrechnungen nach Pauschalen das finanzielle Krankheitsrisiko der Versicherten auf die einzelnen Häuser verlagert. Unabhängig von der jeweiligen Trägerschaft hat deshalb das DRG-System einen kaum noch zu verantwortenden Kostendruck in den Krankenhäusern ausgelöst.

Der Mensch wird
als Patient im Krankenhaus
taxiert nach seiner Diagnose.
Heller / Schmidt, 2015, 253

Die Auswirkungen sind spürbar: Weil Abläufe und Prozesse vermehrt nach ökonomischen Kriterien zu gestalten sind, wird das Geld zum Leitmedium der Organisation Krankenhaus. Die ökonomische Sichtweise führt in allen Berufsgruppen mittlerweile zu einer Verschiebung der Perspektive und einer anderen Wahrnehmung der Menschen im Haus. Die Ökonomisierung ist somit auch in das Denken und die interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus eingedrungen; auch die Sprache verändert sich: „Im Krankenhaus weist allein die unreflektierte Übernahme des Vokabulars aus dem betriebswirtschaftlichen Produktcontrolling darauf hin, dass die wirtschaftliche Sichtweise überall zunehmend in den Vordergrund gerückt ist.“²⁷ Am deutlichsten sind die Auswirkungen der Ökonomisierung spürbar an dem ‚auf Kante genähten‘ Personaleinsatz. Besonders am Wochenende entstehen zusätzliche personelle Engpässe, so dass beispielsweise NotfallpatientInnen nicht

25 SCHMIDT-WILCKE, HEINRICH (2013) S. 47.

31 HAUTH, IRIS (2013) S. 246. „Für mich ist es ein Skandal, dass aus den Fehlern des G-DRG-Systems nicht gelernt wird.“ Ebd.

27 HAART, DOROTHEE (2007) S. 163. „So rückt als Leitidee der Qualitätsentwicklung neben dem vordergründig geäußerten Dienst an den PatientInnen mehr und mehr das wirtschaftliche Interesse am Systemerhalt in den Mittelpunkt.“

immer in einem Krankenhaus in der Nähe versorgt werden können.²⁸ Darüber hinaus scheint im klinischen Alltag eine sozial ungleiche Vergabepaxis kaum vermeidbar. Über derlei betriebswirtschaftliche Rationierungen, so der Soziologe und Psychologe Ulrich Bauer, werde jedoch nicht offen gesprochen, sondern sie würden in einem anderen Gewand, meist euphemistisch verbrämt, präsentiert. Er identifiziert explizite (Privatversicherungsschutz, Zusatzausgaben etc.) und implizite Rationierungspraktiken (ungleiche Kompetenzen der Versorgungsnutzung, bis hin zur Ablehnung uneinträglicher bzw. kostenintensiver PatientInnen). „Mit beiden Formen der Verknappung im Versorgungsbereich werden sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten auch in Zukunft stabilisiert.“²⁹ Gesundheit und (finanzielles) Krankheitsrisiko werden wieder mehr zur Privatangelegenheit. Leidtragende sind diejenigen, die über wenig finanzielle Mittel verfügen oder die sich selbst nicht mehr äußern und wirksam Einspruch erheben können: Arme, Schwache, Alleinstehende ohne für sie eintretende Zugehörige, sowie von Demenz Betroffene.³⁰ Dass in diesem System viel ethischer Zündstoff steckt, dürfte nicht zu übersehen sein.

Die Ökonomisierung des Gesundheitssystems, des Umgangs mit kranken, schwachen und alten Menschen, hat gesamtgesellschaftliche Auswirkungen. Sie weist offenbar seismographisch auf den Abbau der Sozialstaatlichkeit und einen schleichenden Abschied vom Solidaritätsgedanken hin. Um dennoch im Gesundheitswesen der Würde der Menschen bis zuletzt entsprechen zu können, so Sr. Basina Kloos, müsse der Staat mehr Ressourcen bereitstellen.³¹

1.3. Rahmenbedingungen struktureller Art

Wie beschrieben, sind Krankenhäuser unabhängig von der Art der Trägererschaft zu effizienzorientierten und miteinander konkurrierenden Wirtschaftsunternehmen geworden. In diesem Kontext sollen Qualifizierungen und Spezialisierungen der MitarbeiterInnen, sowie die Bildung von Zentren (Brustzentrum, Bauchzentrum, Schlaganfallzentrum, ...) einerseits die nötige Expertise und Qualität sicherstellen, andererseits auch PatientInnen anziehen und an die Häuser binden. Durch Zertifizierungen wird die Qualität nach außen dargestellt. Die Leitung und das Qualitätsmanagement sind beständig bemüht, die von Gesetzgeber und Zertifizierungsgesellschaften geforderten Kriterien durch Einrichtung verbindlicher Strukturen und Arbeitsabläufe

28 Vgl. unter anderem: www.daserste.de/information/wirtschaft-boerse/plusminus/sendung/wdr/risiko-krankenhaus-100.html, zuletzt geprüft am 30.05.2015.

29 BAUER, ULLRICH (2007) S. 112 sowie S. 107.

30 Vgl. ISFORT / KLOSTERMANN et al. (2014) S. 8: Kritik gegenüber dem DRG-System, „das die Abläufe im Krankenhaus bestimmt und somit eine fiskalische Ausrichtung und nicht eine bedarfsorientierte oder versorgungsorientierte Perspektive zulässt.“ Der Wirtschaftlichkeitsdruck im Krankenhaus lasse wenig Spielraum für interdisziplinären Austausch oder die Entwicklung/Implementierung kreativer Konzepte.

31 Vgl. KLOOS, Sr. BASINA im Podcast: www.bistum-trier.de/, zuletzt geprüft 21.05.2016.

sicherzustellen.³² Denn Krankenhäuser sind hoch spezialisierte, ineinander verzahnte Expertenbetriebe, die professionelles Arbeiten in allen Bereichen erfordern.

Aus dem je eigenen Blick verschiedener Berufsgruppen auf die PatientInnen, die unterschiedlichen Ziele der Tätigkeit und die dazu eingesetzten Handlungen können Kommunikationsprobleme und Konflikte entstehen. Darauf weisen Jünemann und Schuster hin und beschreiben die Diversität der Leitdifferenzen und Programme der einzelnen sozialen (Sub-)Systeme eines Krankenhauses.³³ Zusätzlich fördern die raschen Neuerungen und fortschreitenden Spezialisierungen auch Blindheiten und Einseitigkeiten, was zu mehr Konkurrenz unter den Berufsgruppen führt. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche und Disziplinen ist deshalb mühsam und mitunter spannungsreich. Diese Experten-Spezialisierungen werden indes ambivalent gesehen: Einerseits könnten Fachgebiete und Gesamt-Organisation dadurch effektiver arbeiten, andererseits geht die Gesamtsicht verloren, wenn jede/r nur aus seiner Teilperspektive heraus denkt und handelt. Eine heilsame Atmosphäre für alle Menschen im Haus zu gestalten, wird unter den gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen und dem gleichzeitigen fortschreitenden Innovationsdruck immer schwieriger. Der ehemalige Chefarzt und Ethiker Schmidt-Wilcke weist darauf hin, dass der Schutz der MitarbeiterInnen als organisationale Aufgabe nicht übersehen werden dürfe, zumal sich deren Situation unwillkürlich auf die zu Versorgenden auswirke.³⁴ Auf diesem Hintergrund klingen die Ergebnisse einer bundesweiten Mitarbeiterbefragung durch die Hans-Böckler-Stiftung alarmierend: „So widersprechen rund 78 Prozent der Pflegenden, mehr als 63 Prozent der Ärzte und etwa 70 Prozent der übrigen Befragten der Aussage: ‚Meine Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten 5 Jahren verbessert‘.“³⁵ Nur durch (möglichst partizipative) Klärung von Arbeitsabläufen, Kompetenzen und Strukturen können Reibungsverluste minimiert werden. Das hilft den MitarbeiterInnen, ihren Platz im Gefüge zu finden und auszufüllen. In einem so komplexen Gebilde wie einem Krankenhaus werden immer wieder neue Prozesse angestoßen, die das System und die Qualität voranbringen sollen. Die notwendige gute Kommunikationskultur gelingt nur mit aktiver und deutlicher Beteiligung der Führungskräfte.³⁶ Deshalb wurden in den letzten Jahren in den meisten Krankenhäusern Strukturen etabliert, die eine bessere, schnellere und effizientere Kommunikation der unterschiedlichen Berufsgruppen miteinander ermöglichen sollen, in festen Kreisen

32 Siehe: www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GUV/K/GE_KHSG.pdf.

33 Vgl. JÜNEMANN / SCHUSTER (2004) S. 12.

34 Vgl. SCHMIDT-WILCKE, HEINRICH (2013) S. 41.

35 HANS-BÖCKLER-STIFTUNG (ohne Angabe) S. 1.

36 Vgl. HIBBELER, BIRGIT (2011) S. A 2142: „Neben einem gemeinsamen Verständnis für Aufgaben und Prozesse spielt es eben auch eine Rolle, ob gute Kommunikation vorgelebt und belohnt wird.“

(Ethikkomitee, Arbeitskreis Demenz, ...) oder für bestimmte einmalige Projekte in Leitbildgruppen, Projekt- und Arbeitsgruppen (neuer Verabschiedungsraum, Tag der offenen Tür, Umgang mit Frauen nach Gewalterfahrung, u.v.m.). Im Hinblick auf sinnvolle Organisation, Förderung der MitarbeiterInnenzufriedenheit (und -gesundheit) sowie einer guten PatientInnenbetreuung sind also Strukturen, Zeit und Nutzung der Kompetenzen aller erforderlich. Auch aus der Mitarbeiterschaft ergibt sich bisweilen berufsgruppenübergreifendes Engagement. „Mitarbeitende identifizieren sich mit dem Krankenhaus, wenn sie an der Entwicklung des Krankenhauses partizipieren können und ihre Perspektive wertgeschätzt wird.“³⁷ Das geschieht, indem die Leitung eine Mitwirkung strukturell ermöglicht und unterstützt. Personensorge und Organisationsorge hängen also eng zusammen.³⁸

2. *Spezifika Katholischer Krankenhäuser*

Krankenhäuser werden in unterschiedlichen Trägertraditionen und Trägerstrukturen geführt. In Deutschland gibt es öffentliche Träger (Kommunen, Landkreise, Bund), private Trägergesellschaften sowie freigemeinnützige Träger (Kirchen, Orden, Wohlfahrtsverbände (z.B. Caritas) oder private Stiftungen). Viele der katholischen Träger sind in einem Trägerverband, dem Katholischen Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) organisiert. „Der KKVD vertritt bundesweit 402 Kliniken in katholischer Trägerschaft mit etwa 98.000 Betten und rund 165.000 Beschäftigten. In katholischen Krankenhäusern werden jedes Jahr mehr als 3,5 Millionen Patienten und Patientinnen stationär und 5 Millionen ambulant versorgt. Bei den 1996 Kliniken bundesweit vertritt der KKVD somit die Interessen jeder fünften Klinik bundesweit.“³⁹ Die kirchlich getragenen Häuser unterliegen einem spezifischen Auftrag, der unter anderem an der historischen Entwicklung abgelesen werden kann. In aller gebotenen Kürze soll deshalb nun ein kurzer historischer Abriss einen Einblick in das Spezifikum ermöglichen.

2.1. Historische Entwicklung

Die Sorge Gottes um den Menschen steht in der Bibel von Anfang an im Blickpunkt.⁴⁰ Im Alten Testament wird Gott beschrieben „als Schöpfer und Erhalter der Welt und des Menschen, als ‚Freund des Lebens‘, als ‚Bundes-Gott‘, als der

37 BREMEKAMP, CHRISTOPH (2004) S. 36. Vgl. SCHMERFELD / SCHMERFELD (2000) S. 96: „Ohne Unterstützung der Organisation kann sich Kooperation nicht etablieren.“

38 Vgl. FISCHER, MICHAEL (2009) S. 199: „Wer Unternehmen entwickeln möchte, muss sowohl Strukturen als auch die darin handelnden Akteure in den Blick nehmen. [...] nützen die besten Strukturen nichts, wenn sie seelenlos sind.“

39 Vgl. www.kkvd.de, zuletzt geprüft am 05.03.2015.

40 Vgl. SCHALLENBERG, PETER (2003) S. 55. Im AT ist die Exodus-Erfahrung herausragend als helfende Zuwendung Gottes zu seinem leidenden Volk. Vgl. Teil III 3.2.

Gott der Verheißung: ‚Ich bin mit euch!‘⁴¹ Gott wird uns dort verkündet als derjenige, der trotz Unzulänglichkeiten und Treulosigkeiten seines Volkes an seinem Bund mit ihm festhält, die Not der Menschen hört und rettend wie befreiend handelt. Das Neue Testament ist reich an Zeugnissen von Gotteserfahrungen in Zuwendungs- und Heilungsgeschichten.⁴² Jesus heilte an verschiedenen Orten kranke Menschen, unabhängig von deren Zugehörigkeit zum jüdischen Volk. Und er beauftragte die Jünger in seinem Namen heilend zu wirken. Seit den ersten Aufzeichnungen christlicher Lebensführung und frühchristlichen Gemeindelebens (z.B. in den paulinischen Briefen, der Apostelgeschichte, usw.) finden sich vielfältige Berichte über die diakonische Zuwendung zu den Kranken, die Sorge um kranke Menschen wurde wesentliches Merkmal christlicher Gemeinden.⁴³ Schon im Urchristentum wurden Kirchen(gemeinden) durch Hospitalgründungen zu organisierten Hilfeleistern. Der Vorstandsvorsitzende des KKVD, Theo Paul, stellt fest: „Neben dem Gotteshaus steht von Anfang an auch das Krankenhaus. Nur so ist Kirche erfahrbar.“⁴⁴ Damit etablierten sie aus christlicher Motivation Hilfeeinrichtungen, die es vorher so nicht gab. „Die Hospitäler entstanden in der Tradition der christlichen Tugendlehre von Barmherzigkeit, also der identifikatorischen Nachfolge Jesu Christi mit den Armen, Schwachen und Notleidenden (Mt 25).“⁴⁵

Die sozial-caritative Arbeit
als Dienst an den Menschen
ist ein Grundvollzug der Kirche.
Die Deutschen Bischöfe, 2014, 5

Über Jahrhunderte hinweg haben Menschen kirchliche Hospitäler aufgesucht, um „dort Hilfe bei Krankheiten zu erhalten, die sie in leiblicher wie geistlicher Weise dann auch gefunden hatten. Der Ort dafür war wohl das klösterliche Hospital, [... es] blieb für 1000 Jahre ein wichtiges Element der Krankenfürsorge bis zum Untergang der Klosterlandschaft in der großen Säkularisation um 1800.“⁴⁶ Nicht nur in der Praxis der Krankensorge, sondern auch in der Architektur drückte sich aus, dass leibliche und geistliche Sorge eng miteinander verbunden waren.⁴⁷ Im Zuge der Säkularisation und der

41 DIE DEUTSCHEN BISCHÖFE (1998) S. 10: Doch Gott ist manchmal auch schmerzlich fern, der ‚Nichtgreifbare‘. „Wie das Bild von der Wüste die Situation des Menschen in schwerer Krankheit umschreibt, so ist der in der Wüste der Krankheit mitgehende Gott, der Ich-Bin-Da, die tröstende Botschaft.“

42 Vgl. KAMPHAUS, FRANZ (2008) S. 187: „Jesus hat geheilt und Tote erweckt, in göttlicher Sendung und Kraft. Er hat damit deutlich gemacht, dass Krankheit und Tod nicht einfach nur gottergeben zu ertragen sind.“

43 Vgl. SCHNEIDER, BERNHARD (2014) S. 5.

44 PAUL, THEO (2013) S. 2.

45 HELLER, ANDREAS (2003) S. 250.

46 SCHNEIDER, BERNHARD (2014) S. 11-12. Ebenda: „Das Hospital emanzipierte sich allerdings in gewisser Weise im Verlauf des Mittelalters vom Kloster.“

47 Ein eindrucksvolles Beispiel dafür ist die Verbindung von Altar und Krankensaal in den ‚Hospices de Beaune‘, Frankreich.

durch die Industrialisierung steigenden Armut setzte im 19. Jahrhundert ein ‚Boom an Neugründungen‘ ein, vornehmlich aus dem Pfarrklerus heraus sowie durch karitativ tätige Kongregationen.⁴⁸ Die Schwestern „gaben den Häusern ihre katholische Prägung, auch wenn dort Menschen aller Konfessionen und Religionen medizinisch und pflegerisch versorgt wurden.“⁴⁹ In dieser Zeit veränderte sich jedoch die Aufgabenteilung. Es bildete sich „der neue Typ des Allgemeinen Krankenhauses mit seiner kurativen Ausrichtung und Nähe zur akademischen Medizin. Das hatte massive Änderungen in der Architektur und Lage der Bauten sowie in den inneren Abläufen (räumlichen Differenzierung nach Krankheiten; neue Zeiteinteilung nach ärztlichen Bedürfnissen [...]) zur Folge, wodurch sich auch die religiöse Ausrichtung der neuen Anstalten erheblich reduzieren konnte. Sichtbar war das in der sich auflösenden Bindung von Bett und Altar.“⁵⁰

Spätestens ab der Mitte des 20. Jahrhunderts teilte sich die Krankenbetreuung auf in Medizin, Pflege und Seelsorge. Zunehmend wurden nun auch Krankenhäuser in Trägerschaft von Gebietskörperschaften (Städte und Landkreise) oder anderer, vorwiegend privater Träger errichtet.⁵¹ Eine weitere starke Veränderung brachte die ‚Erosion der Orden‘ im 20. Jahrhundert. Dadurch hat sich die Situation der Katholischen Krankenhäuser „dramatisch zugespitzt.“⁵² Die sozial-caritativen Orden wurden zudem mit der immer stärkeren Professionalisierung und Verrechtlichung des Krankensektors konfrontiert, wodurch auch Veränderungen in den Leitungsaufgaben notwendig wurden. In vielen Ordenshäusern „war der Umbruch in der ersten Hälfte der 1960er Jahre bereits vollzogen. Die Verantwortungen wurden weitgehend von Laienkräften wahrgenommen.“⁵³ Auch die Trägerstrukturen innerhalb des katholischen Spektrums haben sich gewandelt. „Es gibt eine Vielzahl von Trägern katholischer Krankenhäuser, z.B. Ordensgemeinschaften, Trägergesellschaften, Stiftungen, Pfarrgemeinden, Körperschaften.“⁵⁴

Das Handeln Jesu bleibt auch unter den veränderten Bedingungen die Grundlage kirchlich-caritativen Handelns und hat sich an seinem Vorbild

48 Die große Mehrheit der in der Krankenpflege tätigen Gemeinschaften waren Frauenkongregationen. Vgl. GATZ, ERWIN (1997) S. 97-99 sowie 103 f. Vgl. MEIWES, RELINDE (2000): Sie beschreibt ausführlich Gründungen und Werken der Frauenkongregationen.

49 Vgl. SCHNEIDER, BERNHARD (2014) S. 20-21.

50 A.a.O. S. 19.

51 Vgl. LEIBOLD, STEFAN (ohne Angabe) S. 1.

52 SCHMIEDL, JOACHIM (2010) S. 120: Anfang der 1960er Jahre habe es noch knapp 100.000 Schwestern in Deutschland gegeben; Ende 2002 weniger als 29.000; Ende 2006 nur mehr 24.754 Ordensfrauen.

53 A.a.O. S. 107.

54 Vgl. BERG, PETER (2012) S. 243: „Der weitaus größte Teil der Beschäftigten arbeitet bei Caritas und Diakonie, also in Bereichen wie Pflege, Medizin, Erziehung, Betreuung oder auch Beratung.“

auszurichten.⁵⁵ Dass Papst Franziskus die diakonische Zuwendung zu den armen, bedürftigen und arm gemachten Menschen als zentrale Aufgabe der Kirche ansieht, hat er zu Beginn seines Pontifikats durch die Wahl seines Papstnamens und seither unzählige Male in konkreten Taten und klaren Worten unmissverständlich deutlich gemacht.⁵⁶ Er rückt damit deutlich in den Focus, was Nachfolge für heutige Christen bedeutet: ‚Compassion‘ und die Zuwendung zu denen, die leiden. In der Nachfolge geht es für Christen von Anfang an um die umfassende, heute würde man sagen ‚ganzheitliche‘, Sorge um den Menschen, weil Krankheit biblisch gesehen die Person als Ganze betrifft. Die diakonische Sendung wird deshalb als einzelne helfende Tat, aber auch strukturell und organisiert an den verschiedenen Orten von Kirche verwirklicht: in Pfarreien, Institutionen der Caritas, Alteneinrichtungen, Gefängnissen, Schulen, Krankenhäusern, usw. Caritative Tätigkeiten sind „Zeugnisse für den Dienst der Kirche an den Menschen. Dieser Liebesdienst der Kirche gehört [...] zu ihrem Wesen, ist unverzichtbarer Ausdruck ihrer selbst.“⁵⁷

2.2. Kirchlichkeit und Grundordnung

Aus dem bleibend aktuellen Auftrag, sich den leidenden Menschen zuzuwenden, ergeben sich für kirchliche Häuser im Kontext der oben genannten schwieriger werdenden Bedingungen Spannungen und Zielkonflikte. Die Unternehmen in christlicher Trägerschaft müssen sich der Herausforderung stellen, in der Gesellschaft ihre Sendung auch unter den gegebenen Schwierigkeiten zu erfüllen. Zur Erfüllung dieses Sendungsauftrags sind Rahmenbedingungen erforderlich, wie auch die deutschen Bischöfe betonen: „Die Kirche muss das Profil ihrer Einrichtungen entsprechend gestalten. Diese stehen dabei vor der doppelten Herausforderung, Mitarbeitende zu finden, die ein glaubwürdiges Mitarbeiten an den Zielen einer profiliert katholischen Einrichtung und eine gute fachliche Kompetenz miteinander verbinden.“⁵⁸

Als eine bedeutsame Gestaltungsgrundlage dafür ist das kirchliche Arbeitsrecht anzusehen, das in der „Grundordnung des kirchlichen Dienstes im Rahmen kirchlicher Arbeitsverhältnisse (GO)“ niedergelegt ist. Dort ist geregelt, dass alle Beteiligten die Besonderheiten der Einrichtung und ihrer Ziele „anerkennen und ihrem Handeln zugrunde legen, dass Zielsetzung und Tätigkeit, Organisationsstruktur und Leitung der Einrichtung, für die sie tätig sind,

55 Vgl. DIE DEUTSCHEN BISCHÖFE (1998): „Die umfassende Sorge Gottes um den Menschen ist der Kirche aufgegeben und Grundlage für das Selbstverständnis christlichen Handelns in jedem kirchlichen Krankenhaus.“

56 Vgl. PAPST FRANZISKUS (2015), die Rede zum Welttag der Kranken.

57 DIE DEUTSCHEN BISCHÖFE (2014) S. 8. Zitiert aus DCE 25. Vgl. a.a.O. S. 5: „Die sozial-caritative Arbeit als Dienst an den Menschen ist ein Grundvollzug der Kirche, der grundsätzlich jedem Menschen in Not offensteht, unabhängig von seinem ethnischen, nationalen, religiösen oder sozialen Hintergrund.“

58 KLOOS, Sr. BASINA (2010) S. 15.

sich an der Glaubens- und Sittenlehre und an der Rechtsordnung der katholischen Kirche auszurichten haben.⁵⁹ Bei Neueinstellungen müssen die Arbeitgeber die potenziellen neuen ArbeitnehmerInnen deshalb über die Besonderheiten des kirchlichen Arbeitsrechtes informieren. Neben dem Beamtenrecht, das die Rechtsregeln einseitig vom Gesetzgeber her bestimmt (erster Weg) und dem normalen, für alle Arbeitnehmer geltenden Arbeitsrecht mit der Anwendung von Tarifverträgen (zweiter Weg) wird den verfassten Kirchen durch den Gesetzgeber der Bundesrepublik Deutschland eine Sonderregelung zugestanden.⁶⁰ Dieser ‚Dritte Weg‘ beinhaltet, dass die Arbeitsverträge zwischen der katholischen Kirche bzw. den Einrichtungen der Caritas und ihren Arbeitnehmern unter Beachtung der GO geschlossen werden.⁶¹ Als Besonderheit wird der Gedanke der Mitarbeiterschaft als Dienstgemeinschaft formuliert: „Alle in einer Einrichtung der katholischen Kirche Tätigen tragen durch ihre Arbeit ohne Rücksicht auf die arbeitsrechtliche Stellung gemeinsam dazu bei, dass die Einrichtung ihren Teil am Sendungsauftrag der Kirche erfüllen kann.“⁶² Dem Träger und der Leitung kommen die besondere Verantwortung zu, durch die Schaffung struktureller und inhaltlicher Bedingungen, die Dienstgemeinschaft zu gestalten um den jeweiligen Dienst im Sinne der Kirche erfüllen zu können.

Der ‚Dritte Weg‘ und der daraus resultierende arbeitsrechtliche Sonderstatus der Kirche werden von verschiedenen Seiten kritisch betrachtet. Unter anderem wird moniert, dass den MitarbeiterInnen u.a. kein Streikrecht zustehe und der Terminus ‚Dienstgemeinschaft‘ ein unerfüllbares idealistisches Bild zeichne. Die Regelung widerstreitender Interessen ist auch in den Einrichtungen nicht per se konfliktfrei möglich. Der Vorsitzende des KKVD, Theo Paul bezeichnet den ‚Dritten Weg‘ denn auch als „ein Konfliktlösungsmodell mit Chancen und Grenzen.“⁶³

Verschiedene konkrete Regelungen der Grundordnung riefen in den letzten Jahren zum Teil heftige *Kritik* hervor und führten zu engagierten kontroversen Diskursen: So beklagen der Klinikleiter und Psychiater Manfred Lütz und der emeritierte Kurienkardinal Paul Cordes, dass die *Kirchenmitgliedschaft* der MitarbeiterInnen bei Einstellungen zu wenig berücksichtigt werde. Die Anforderungen seien immer mehr herunter geschraubt worden bis hin

59 DIE DEUTSCHEN BISCHÖFE (2012) Artikel 1. Satz 2.

60 Vgl. ARBEITSRECHT AKTUELL (2015) o. S.: „Der dritte Weg beruht verfassungsrechtlich auf Art. 4 Grundgesetz (GG), der die Religionsfreiheit gewährleistet, und auf dem kirchlichen Selbstbestimmungsrecht, das die Religionsfreiheit absichert und durch Art. 140 GG in Verbindung mit Art.137 Abs. 3 Weimarer Rechtsverfassung (WRV) garantiert wird.“

61 Vgl. a.a.O.

62 DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (2015) Artikel 1. Satz 1. Vgl. a.a.O.: Präambel, Abschnitt 3 Satz 1: „... dass das kirchliche Arbeitsrecht außer den Erfordernissen, die durch die kirchlichen Aufgaben und Ziele gegeben sind, auch den Grundnormen gerecht werden muss, wie sie die Katholische Soziallehre für die Arbeits- und Lohnverhältnisse herausgearbeitet hat.“

63 PAUL, THEO (2013) S. 4. „Ich bin der Meinung, dass der Dritte Weg einen anspruchsvollen Weg der Entscheidungsfindung im partnerschaftlichen Umgang zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern anbietet.“ Ebenda.

zur nur noch formal geordneten Kirchenmitgliedschaft, selbst für leitende Positionen fänden sich kaum noch Mitarbeiter, die den kirchlichen Maßstäben genügen.⁶⁴ Dadurch sei die Kirchlichkeit katholischer Häuser immer weniger erkennbar: Man könne „die Dienstordnungen kaum einfach noch mehr 'liberalisieren', ohne das Etikett 'katholisch' zur reinen Makulatur zu machen.“⁶⁵ Andere AutorInnen machen indes darauf aufmerksam, dass eine rein formale Kirchenbindung der MitarbeiterInnen ein wenig taugliches Kriterium für die Katholizität eines Hauses sei: u.a. weil auch nicht jeder katholische Mitarbeiter die Grundsätze seiner Religion mittrage, sondern im Gegenteil teils massive Abwehrreaktionen auftreten.⁶⁶ Vielen Kirchenmitgliedern wird inzwischen eine Art manifester Beziehungslosigkeit zu konkreten Orten von Kirche attestiert.⁶⁷ Viele Getaufte verstehen sich nicht mehr im hergebrachten Sinn als gläubig. Durch alle Milieus und Schichten hat er mittlerweile an Plausibilität eingebüßt, im Alltag spiele er meist keine Rolle mehr.⁶⁸ Kirchliche Verbundenheit ist sehr unterschiedlich ausgeprägt. Zudem empfinden es viele Menschen als ungewohnt, ihre berufliche Tätigkeit als kirchliches pastorales Handeln zu sehen.⁶⁹

Vor unerfüllbaren Ansprüchen und der Verwechslung von Motiven wird gewarnt; es könne „nicht darum gehen, den Bedeutungsverlust der Kirche durch verstärkte Ansprüche an das Kirchlichkeitsprofil von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern zu kompensieren.“⁷⁰ Caritas-Arbeit hängt nicht von individueller Frömmigkeit und Glaubensfestigkeit der MitarbeiterInnen ab. Im Gegenteil: allzu enge Forderungen sind als „pastoralmachtförmiger Zugriff auf die Menschen in der Caritas eine Aktion mit maximal paradoxer Nebenwirkung“ für die Glaubwürdigkeit des Handelns.⁷¹

Zudem zeugt der Wunsch nach einer rein katholischen Dienstgemeinschaft von einem egalitären, elitären und abschottenden Kirchenverständnis. Diese Haltung ist jedoch spätestens seit dem Zweiten Vatikanum theologisch überwunden. Deshalb führt der Weg der pilgernden Kirche immer nur durch den Alltag der Menschen hindurch. Denn „es gibt keine Abkürzungen zum Heil, indem sich die 'ehrenwerten' Vorzeigechristen von den stolpernden und

64 Vgl. CORDES / LÜTZ (2013) S. 131.

65 A.a.O. S. 131.

66 Vgl. HADERLEIN, RALF (2003) S. 39: Zudem gebe es auch in nicht-konfessionell gebundenen Einrichtungen Mitarbeiter, die ihren Glauben dort vorbildlich lebten.

67 Vgl. ZENTRAKKOMITEE DER DEUTSCHEN KATHOLIKEN (2008) S. 6.

68 Vgl. RÖSER, JOHANNES (2013) S. 1: „Besonders schwer gelitten hat die Glaubwürdigkeit der Kirche inzwischen ausgerechnet bei ihren treuesten Anhängern.“

69 Vgl. LAMPE, WILLIBALD (2012) S. 240.

70 MARCUS, HANS-JÜRGEN (2009) S. 39. Vgl. BUCHER, RAINER (2006) S. 67: Dies sei „quasi immanente Häresie einer jeden religiösen Institution, der Selbstverwechslung mit dem, dem sie zu dienen hat.“ Er verweist auf LG 1 und GS 45.

71 SCHÜSSLER, MICHAEL (2012) S. 18. Weiter: „Denn er zerstört Vertrauen und damit die Möglichkeit, den Zusammenhang von persönlichem Glauben und professionellem Caritas-handeln in Freiheit zu entdecken.“

suchenden Christen in der Caritas abspalten.⁷² Das Ziel von Trägern und Leitungen kann deshalb nur darin bestehen, das Gemeinsame zu fördern und die Häuser im Vertrauen auf die Kraft und Ausstrahlung gelebten Glaubens so zu gestalten, dass sie glaubwürdig und einladend sind. Dann könnten die Menschen die Frohe Botschaft entdecken und „dem Herzen nach“ (LG 14) eine Bindung zum christlichen Glauben finden.

Andererseits beklagen Cordes und Lütz, dass „der barmherzige Samariter in Einrichtungen der Caritas und Diakonie gar nicht eingestellt werden könnte, denn er war nicht getauft und glaubte das Falsche.“⁷³ Tatsächlich stellt sich die grundsätzliche Frage, ob und in welchem Umfang auch *nicht-christliche bzw. andersgläubige MitarbeiterInnen* angestellt werden können, aus rein pragmatischen Gründen. In vielen Regionen stehen nicht genügend katholische bzw. christlich getaufte BewerberInnen für Stellenbesetzungen in katholischen Krankenhäusern zur Verfügung. Lütz kritisiert nun, nicht-christliche MitarbeiterInnen und ihr Beitrag zum Ganzen des Hauses würden bisher nicht angemessen gewürdigt; zudem zwingt man sie in ein religiöses System hinein.⁷⁴ Deshalb sei ein Ausstieg aus dem System des ‚Dritten Weges‘ ehrlicher. Dagegen argumentiert unter anderem Hanno Heil und ergreift Partei für die vielen Menschen, die sich bewusst für die Mitarbeit bei der Caritas entschieden haben: „Merkt er denn nicht, wie er all diejenigen vor den Kopf stößt?“⁷⁵ Denn so abgrenzend, wie Lütz und Cordes es darstellen, ist das ‚System‘ beileibe nicht. So hält die Deutsche Bischofskonferenz fest, dass das katholische Profil des Hauses natürlich gesichert werden müsse, allerdings sei es regional bedingt nötig, auch andersgläubige Menschen zu beschäftigen.⁷⁶ Die Anstellung nicht-christlicher MitarbeiterInnen ist laut GO möglich und wird vielfach praktiziert. Die Arbeitgeber müssten die besonderen Anforderungen und Grenzen für nicht-christliche Mitarbeiter jedoch klar benennen und schriftlich fixieren.⁷⁷ Gerade in einem kirchlichen Krankenhaus, in dem die ganze Welt zusammenkommt, können das kollegiale Miteinander und die Offenheit für zwischenmenschlichen, auch interreligiösen, Dialog dazu führen, dass Kirche viel über sich selbst lernen kann. So betonen auch die Bischöfe, „dass anders- oder

72 HEIL, HANNO (2014) S. 29. Christen sollten gegen jede Art von Ausgrenzung opponieren und das Verbindende suchen. Vgl. *Nostra Aetate* 1.

73 CORDES / LÜTZ (2013) S. 148.

74 LÜTZ, MANFRED (2014) S. 16. Vgl. CORDES / LÜTZ (2013) S. 134-135: Das Arbeitsrecht induziere übertriebenen Zwang für Nicht-Christen, an frommen Veranstaltungen teilzunehmen, was zu einer kirchlichen ‚Machtausübung über Menschen führe, die sich gar nicht mit ihr identifizieren wollten‘, besonders durch ‚Nahlegen der Taufe‘, um den rechtlichen Anforderungen zu genügen. Das gleiche einem ‚cuius regio, eius religio‘-Verhalten am Arbeitsplatz.

75 HEIL, HANNO (2014) S. 29.

76 DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (2014) o. S.

77 Vgl. DIE DEUTSCHEN BISCHÖFE (2014) S. 6: „Sie können zudem nur angestellt werden, wenn sie den kirchlichen Charakter einer Einrichtung anerkennen und ihn respektieren. Das betrifft vor allem: eingeschränkte Aufstiegschancen, Regelungen zur religiösen Betätigung am Arbeitsplatz.“

nichtgläubige Mitarbeiter eine Bereicherung für katholische Einrichtungen sein könnten.⁷⁸

Die engagiertesten Diskussionen im Hinblick auf die GO werden bezüglich der *Loyalitätspflichten des ‚Lebenszeugnisses‘* geführt. Die Kritik entzündet sich vorwiegend am Umgang mit MitarbeiterInnen, die nach zivilrechtlicher Scheidung (ohne Annullierung der kirchlich geschlossenen Ehe) erneut eine zivilrechtliche Ehe eingehen, sowie mit Menschen in eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften. In der GO werden diese Lebensentscheidungen als unzulässig und illoyal gewertet und mit arbeitsrechtlichen Konsequenzen bis hin zur Kündigung belegt. Viele Kritiker bewerten dies als unzulässigen Eingriff in die private Lebensgestaltung, die mit einer fachlich guten Tätigkeit schließlich nichts zu tun habe. Cordes und Lütz meinen, durch den Verzicht auf diese Forderungen aus

Schließlich ist die Kirche nicht
eine Gemeinschaft von Gerechten,
sondern von Sündern.
Gerhard Kruij, 2014, 29

der Grundordnung und die Umbenennung der Krankenhäuser als ‚aus katholischer Tradition‘, würde die gesamte Atmosphäre erheblich offener und kalkulierbarer.⁷⁹ Gerhard Kruij bestätigt, dass die „zunehmende Diskrepanz zwischen der offiziellen kirchlichen Lehre, insbesondere in Fragen der Sexualmoral, und den von der Mehrheit der Menschen heute für richtig gehaltenen Normen“⁸⁰ auf viele Menschen befremdlich wirke. Damit liege Lütz richtig, ziehe jedoch falsche Schlüsse daraus: „Denn nicht sollte die Kirche wichtige Arbeitsfelder abgeben oder auf das kirchliche Arbeitsrecht verzichten, sondern sie sollte endlich ihre eigene Lehre in Fragen der Sexualmoral überdenken und alte Vorstellungen, die auch von den meisten Moraltheologen längst nicht mehr für richtig gehalten werden, korrigieren.“⁸¹ Dazu passt die Feststellung, dass es auch Jesus nicht um ‚Rein-erhaltung‘ einer eng definierten Gemeinschaft ging, sondern um ein erlösendes Angebot an die Welt, besonders an die ‚Verlorenen‘, an alle Menschen, die sich von seiner Reich-Gottes-Botschaft in Wort und Tat anstecken lassen wollten.⁸²

Viele AutorInnen betonen die Gefahr unchristlicher ‚Exklusionstendenzen‘ durch eine Geringschätzung des Eigenwertes guter diakonischer Arbeit. Christiane Schrappe betont, im kirchlichen Kontext müsse ganz im Gegenteil „deutlich werden, dass diakonisches Engagement per se ‚heilshaltig‘ ist, auch

78 DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ (2014) o. S.

79 CORDES / LÜTZ (2013) S. 142.

80 KRUIJ, GERHARD (2014) S. 28-29. Der Artikel ist eine Replik auf LÜTZ (2014).

81 Ebenda.

82 Vgl. GRUBER, Sr. MARGARETA (2008) S. 430: Sie betont, dass die Leidenschaft Jesu gerade die Verlorenen einschlieÙe. Vgl. SIEBENROCK, ROMAN A. (2012) S. 60: „Innerkirchlich sind daher Wege und Strukturen der Barmherzigkeit wichtiger als Wahrung des Reinen durch Ausschluss.“

wenn die persönliche Lebensgestaltung des Einzelnen den Normen der Kirche nur teilweise entspricht.⁸³ Menschen deshalb aus der Kirche heraushalten zu wollen sei ein fataler „eliminatorischer Katholizismus“, betont Bucher.⁸⁴ Ein Ausstieg aus dem ‚System‘ würde die innerkirchliche Kommunikation und Diskussion abschneiden. Stattdessen wäre es viel wichtiger, miteinander im Gespräch zu bleiben und auch darüber nachzudenken, ob diese Form der Loyalitätsforderung tatsächlich unverzichtbar ist oder evtl. geändert werden kann. Im Umgang mit ‚wiederverheirateten Geschiedenen‘ verlangt der bekannte Moralthologe Schockenhoff Hochachtung vor dem Gewissensurteil der Menschen, die verantwortungsvoll und hoffnungsvoll eine zweite Ehe eingehen.⁸⁵ Er verweist darauf, dass „das Problem der wiederverheirateten Geschiedenen im gegenwärtigen kirchlichen Leben einen pastoralen Notstand darstellt, dessen Ausmaß nur selten wahrgenommen wird.“⁸⁶ Die Chefredakteurin der ‚neue caritas‘ Gertrud Rogg erinnert, es sei unbestritten, dass die Kirche an der Glaubensüberzeugung von der Unauflöslichkeit der Ehe festhalten müsse, und zwar glaubwürdig. Aber: mehrere Millionen katholischer Christen lebten auf Grund der derzeitigen Regelungen in ‚irregulären‘ Verhältnissen – weil sie ihre neue Beziehung gerne ‚legalisieren‘ würden, aber dann um den Arbeitsplatz fürchten müssten. In derlei Entscheidungssituationen müsse auch nach der Glaubwürdigkeit von Kirche gefragt werden, auch in dem Sinne, ob nicht erst die Kündigung von MitarbeiterInnen das eigentliche Ärgernis darstelle.⁸⁷ Aus langjähriger Erfahrung weiß Hanno Heil, dass die meisten Menschen gar keine ‚fehlerfreien‘ MitarbeiterInnen erwarten, sondern Persönlichkeiten. „Gesucht sind Menschen, die sich aufrichtig darum sorgen, dass alle ein gutes Leben führen können. Dafür wird auch bezahlt. Nicht durch ihre ‚makellosen‘ Mitarbeitenden, sondern mit Ehrlichkeit und Sorge um Notleidende hat sich die Caritas Anerkennung erarbeitet.“⁸⁸

Aus ethischen und theologischen Gründen und aus Gründen größerer Rechtssicherheit wurde eine Änderung angestrebt. Der Münchner Erzbischof Kardinal Marx äußerte sich 2015 in einem Interview zur Frage des praktischen Umgangs mit Menschen in derlei Lebenssituationen: „Unsere Grundsatzentscheidung steht: Wir wollen eine Öffnung“. Es gebe „keinen Kündigungsautomatismus bei Mitarbeitern, die nach einer Scheidung erneut zivil heiraten.“⁸⁹

83 SCHRAPPE, CHRISTIANE (2012) S. 4.

84 BUCHER, RAINER (2006) S. 74; vgl. derselbe (2006 b) S. 74: Durch Exklusion würde die „Diakonie als Ernstfall christlicher Nächstenliebe aus der Mitte des kirchlichen Handelns“ liquidiert.

85 SCHOCKENHOFF, EBERHARD (2015) S. 20.

86 A.a.O. S. 16.

87 Vgl. ROGG, GERTRUD (2015) S. 14: Gerade den ‚eigenen‘ Leuten gegenüber sei das Arbeitsrecht unbarmherzig: Katholischen MA drohe durch Wiederverheiratung Kündigung und damit Existenzverlust, nichtkatholische hätten nichts zu befürchten.

88 HEIL, HANNO (2014) S. 29.

89 KNA mit MARX, REINHARD KARDINAL im Paulinus (6/2015) S. 5.