

Kirchliche Krankenhäuser – werteorientiert, innovativ, wettbewerbsstark

Studie zu Beitrag und Bedeutung kirchlicher
Krankenhäuser im Gesundheitswesen in Deutschland

im Auftrag des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e.V. (DEKV)
und des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands e.V. (KKVD)



Kirchliche Krankenhäuser - werteorientiert, innovativ, wettbewerbsstark

Studie zu Beitrag und Bedeutung kirchlicher
Krankenhäuser im Gesundheitswesen in Deutschland

im Auftrag des
Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e.V. (DEKV)
und des
Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands e.V. (KKVD)

Prognos-Ansprechpartner:

Michael Steiner
Tilmann Knittel
Lucas Kemper

Basel, Oktober 2009

10 mal Mehrwert: Kirchliche Krankenhäuser ...

... stehen für Werte

- 1 Kirchliche Krankenhäuser setzen christliche Werte konsequent im Krankenhausalltag um. Dies reicht von der Zuwendung zum Patienten über die betriebliche Kultur bis zur strategischen Angebotsgestaltung. Sie stellen sich systematisch ethischen Fragen und Konflikten.

... richten ihre Versorgung am Patienten aus

- 2 Bei kirchlichen Krankenhäusern steht die Zuwendung zum Menschen im Vordergrund. Ihre Angebote werden mit Blick auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten ausgestaltet. Dies äußert sich nicht zuletzt in einer hohen Patientenzufriedenheit.

... bieten Spitzenmedizin, sind innovativ und modern

- 3 Kirchliche Krankenhäuser bieten Spitzenmedizin gepaart mit persönlicher Zuwendung. Konsequente Investitionen in technologischen Fortschritt und die Ausbildung der Mitarbeiter sichern medizinische Versorgung auf höchstem Niveau.

... wirtschaften solide und investieren in die Qualität der Versorgung

- 4 Die Basisfallwerte kirchlicher Krankenhäuser liegen dank moderner Strukturen und Prozesse unter dem Bundesdurchschnitt, kirchliche Krankenhäuser gehören zu den DRG-Konvergenzgewinnern. Auch zukünftig werden erzielte Überschüsse vollständig in den Ausbau und die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger investiert.

... sind attraktive Partner für die Vernetzung

- 5 Kirchliche Krankenhäuser finden nicht nur innerhalb ihrer konfessionellen Verbände zahlreiche Kooperationspartner. Durch ihre lokale Verwurzelung und ihre partnerschaftlichen Strategien bieten sie sich bei niedergelassenen Ärzten und kommunalen Krankenhäusern als Partner für vernetzte und integrierte Versorgungskonzepte an.

... ermöglichen ein würdiges Sterben

- 6 Kirchliche Krankenhäuser nehmen sich durch den Aufbau von Palliativstationen und Hospizen sowie durch Sterbebegleitung und Seelsorge in vorbildlicher Weise sterbender Patienten und ihrer Angehörigen an.

... sichern die regionale Versorgung und schließen Versorgungslücken

- 7 Kirchliche Krankenhäuser bilden einen wesentlichen Pfeiler der Grund- und Regelversorgung: Jedes dritte Allgemeinkrankenhaus befindet sich in kirchlicher Trägerschaft. Sie engagieren sich aufgrund ihres caritativ-diakonischen Selbstverständnisses unabhängig von rein wirtschaftlichen Erwägungen und schließen Versorgungslücken (z.B. mit innovativen Versorgungsangeboten für ältere Patienten).

... engagieren sich in der Ausbildung

- 8 Kirchliche Krankenhäuser investieren überdurchschnittlich in die Aus-, Fort- und Weiterbildung junger Menschen. Sie stellen überproportional viele Ausbildungsplätze in den Pflegeberufen bereit und stellen ein breit gefächertes Angebot für die qualifizierte Facharztweiterbildung zur Verfügung.

... bereichern den Wettbewerb und sichern Wahlmöglichkeiten

- 9 Kirchliche Krankenhäuser setzen mit ihrer konsequenten Werte- und Patientenorientierung und mit ihren spirituellen Angeboten für Patienten qualitative Akzente im Wettbewerb. Mit ihren Angeboten sichern kirchliche Krankenhäuser die Trägervielfalt und damit die Wahlmöglichkeiten der Bürgerinnen und Bürger und setzen Maßstäbe im Wettbewerb um eine effiziente Gesundheitsversorgung, an denen sich die Mitbewerber messen lassen müssen.

... binden erfolgreich ehrenamtliches Engagement in die Patientenversorgung ein

- 10 Als lokal verwurzelte, oft Kirchengemeinden verbundene Non-Profit-Einrichtungen sind kirchliche Krankenhäuser in besonderer Weise in der Lage, die Potenziale bürgerschaftlichen Engagements zu mobilisieren und für eine verstärkte Unterstützung und Zuwendung zu den Patienten zu nutzen.

Vorwort

Das Krankenhauswesen in Deutschland befindet sich im tiefgreifenden Umbruch. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und finanzierbaren Gesundheitsversorgung wird nicht nur die Entwicklung hin zu sektorenübergreifenden Versorgungsformen voranschreiten. Der anhaltende Effizienz- und Kostendruck, der sich durch die Umstellung der Vergütungsstruktur auf DRG-Fallpauschalen verstärkt hat, wird ebenso weiterhin zum Abbau von Betten, zu tiefgreifenden Umstrukturierungen und neu definierten Prozessen in den Einrichtungen und auch zum Verkauf oder zur Schließung von Krankenhäusern führen.

In dieser Situation des dynamischen Wandels werden die entscheidenden Weichen für die künftige Krankenhausversorgung gestellt. Um diese Zukunft planvoll und mit Blick auf die Konsequenzen gestalten zu können – sei es bei der Ausgestaltung von Rahmenbedingungen im gesundheitspolitischen Bereich, sei es bei konkreten Entscheidungen im lokalen Bereich – ist für die Entscheidungsträger eine hohe Transparenz über die Stärken, Profile und Besonderheiten der Anbieter im Krankenhauswesen notwendige Voraussetzung.

In der gesundheitspolitischen Diskussion über die Versorgungsstrukturen im Krankenhaussektor stehen derzeit öffentliche – in der Wahrnehmung häufig wirtschaftlichen Schwierigkeiten ausgesetzt – Einrichtungen sowie private Krankenhäuser, deren wirtschaftliche wie medizinische Leistungsfähigkeit typischerweise betont wird, im Vordergrund. Die Bedeutung und Situation der kirchlichen Krankenhäuser, die mit 86 % den wesentlichen Anteil der freigemeinnützigen Krankenhäuser stellen, bleibt dagegen in der Regel unbeleuchtet.

Die vorliegende Studie, deren Grundlage neben der Auswertung von Studien und Statistiken Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der zentralen Akteure des Gesundheitswesens aus Politik, Ärzteschaft und Kostenträgerseite wie auch Einrichtungsträgern bilden, soll den Blick gezielt auf die kirchlichen Krankenhäuser richten.

Durch die systematische Darstellung von Leistungsfähigkeit, Situation und Bedeutung kirchlicher Krankenhäuser für die Krankenhausversorgung in Deutschland soll so dem bestehenden Wahrnehmungsdefizit in der politischen und öffentlichen Diskussion begegnet werden.

Michael Steiner
Geschäftsfeldleiter
Gesundheit & Soziales
Prognos AG

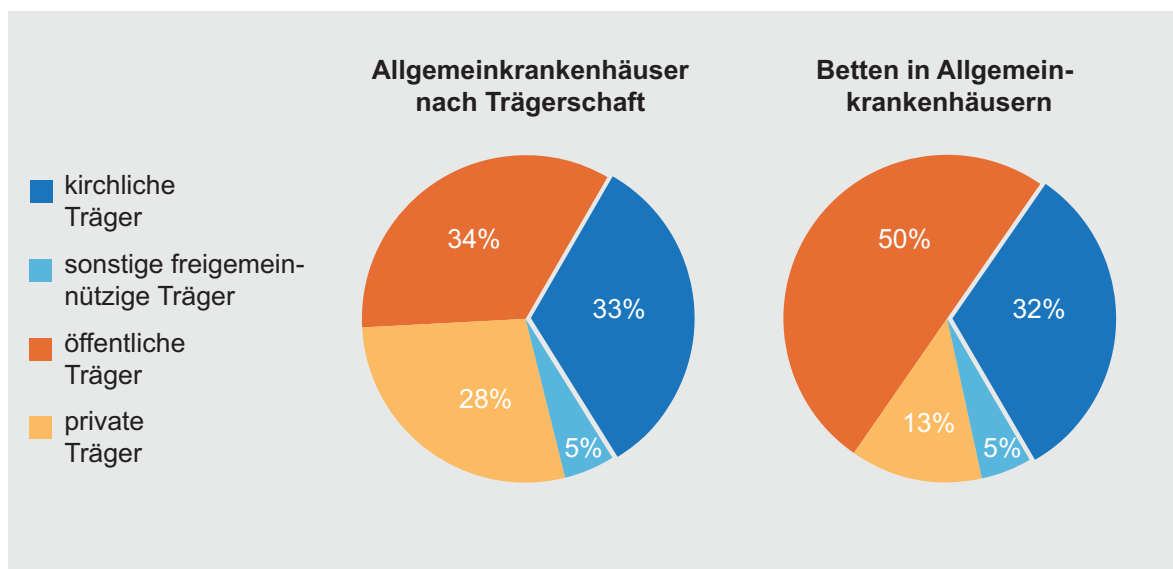
Inhalt

1. Kirchliche Krankenhäuser in Deutschland	7
2. Starke Wettbewerbsposition dank hoher Wirtschaftlichkeit und Qualität	10
3. Werte leben	16
4. Bestnoten von Patientenseite	19
5. Engagiert für Arbeit und Ausbildung	20
6. Akzente im Versorgungsangebot	24
7. Aus Tradition gut vernetzt	28
Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (DEKV) Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (KKVD): Positionen zur Krankenhauspolitik	31

1. Kirchliche Krankenhäuser in Deutschland

Kirchliche Krankenhäuser bilden einen wesentlichen Stützpfeiler der Krankenhausversorgung in Deutschland. Ende des Jahres 2006 befanden sich insgesamt 614 Allgemeinkrankenhäuser¹ in kirchlicher Trägerschaft, was einem Anteil von 33 % aller Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland entspricht (vgl. Abbildung 1). Mit 159.000 Betten entfielen 32 % aller Betten in Allgemeinkrankenhäusern auf konfessionelle Einrichtungen.²

Abbildung 1: Einrichtungs- und Bettenanteile der verschiedenen Trägergruppen, 2006, Anteile in %



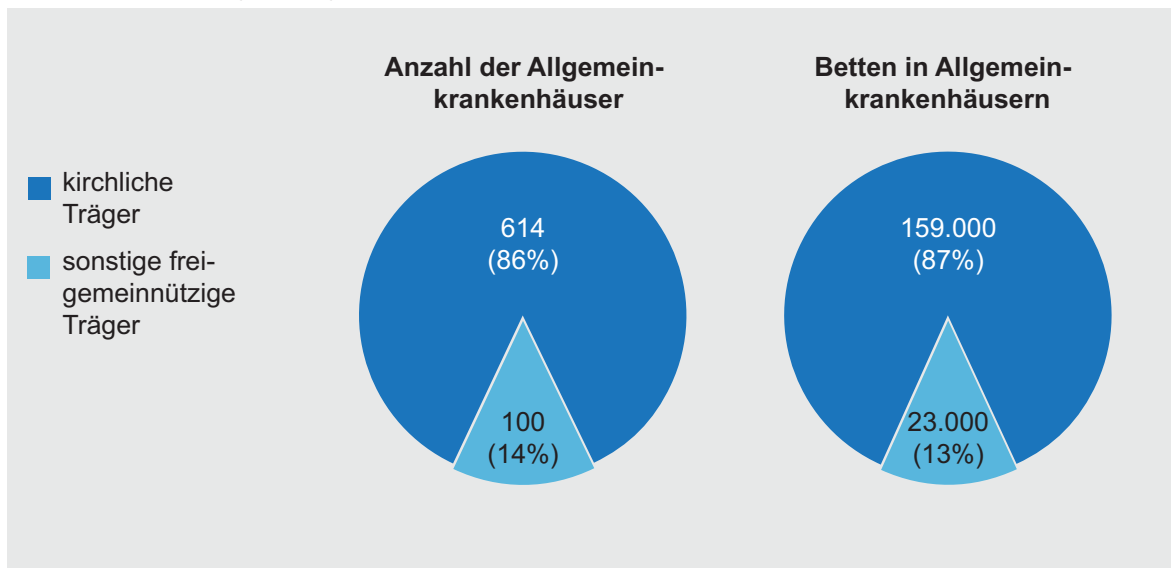
Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2006; Einrichtungsstatistik der Caritas, 2006; Einrichtungsstatistik der Diakonie, 2006; eigene Berechnungen.

Die amtliche Statistik unterscheidet bei der Krankenhausträgerschaft nach öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Trägern. Kirchliche Krankenhäuser bilden hierbei den bedeutendsten Teil der freigemeinnützigen Einrichtungen: 86 % der freigemeinnützigen Allgemeinkrankenhäuser mit 87 % der Betten entfallen auf konfessionelle Einrichtungen (vgl. Abbildung 2).

¹ Gemäß der Definition des Statistischen Bundesamtes einschließlich der Fachkrankenhäuser, aber ohne Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten, ohne Rehabilitationseinrichtungen und -kliniken sowie ohne Einrichtungen für chronisch Kranke.

² Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2006; Einrichtungsstatistik der Caritas, 2006; Einrichtungsstatistik der Diakonie, 2006. Die verwendeten Statistiken weichen erfassungsbedingt geringfügig voneinander ab, weshalb im Vergleich der Trägergruppen von der Ausweisung absoluter Zahlen abgesehen wird.

Abbildung 2: Einrichtungs- und Bettenanteile kirchlicher Träger an allen freigemeinnützigen Allgemeinkrankenhäusern 2006, Anteile in % und absoluten Zahlen



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2006; Einrichtungsstatistik der Caritas, 2006; Einrichtungsstatistik der Diakonie, 2006; eigene Berechnungen.

Aufgrund der quantitativ dominierenden Position der konfessionellen Krankenhäuser unter den freigemeinnützigen Einrichtungen ist es im Rahmen dieser Veröffentlichung zulässig, bei nicht differenziert verfügbaren Statistiken Schlüsse von freigemeinnützigen Einrichtungen insgesamt auf konfessionelle Krankenhäuser im Speziellen zu ziehen.

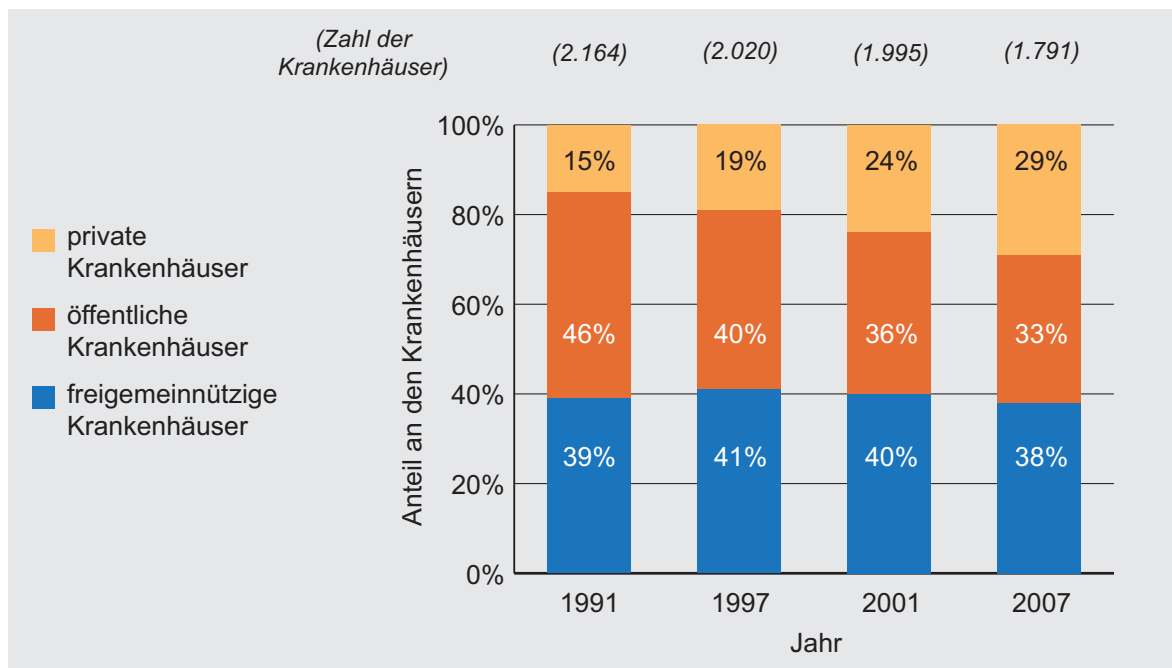
Schwerpunkt bei Einrichtungen mittlerer Größe

Mit 51 % entfällt gut die Hälfte der kirchlichen Krankenhäuser auf die Größenklasse zwischen 101 und 300 Betten. Kirchliche Krankenhäuser sind in dieser mittleren Größenklasse deutlich überproportional vertreten: Trägerübergreifend weisen lediglich 41 % der Krankenhäuser diese Größe auf. Auch in der Klasse der Krankenhäuser mit über 300 Betten liegt der Anteil der konfessionellen Träger mit 33 % über dem durchschnittlichen Anteil in dieser Klasse von 28 %. Dagegen steht dem hohen Gesamtanteil von 32 % kleinerer Krankenhäuser mit höchstens 100 Betten ein relativ geringer 16 %-Anteil von Krankenhäusern in kirchlicher Trägerschaft gegenüber.

Stabile Marktanteile

Seit gut zehn Jahren stellen freigemeinnützige – dies sind zumeist kirchliche – Krankenhausträger gemessen an der Anzahl der Einrichtungen die bedeutendste Trägergruppe dar. Trotz der Privatisierungstendenz im Krankensektor und des Rückgangs der Gesamtzahl der Allgemeinkrankenhäuser von 2.164 im Jahr 1991 auf 1.791 im Jahr 2007 konnten sich freigemeinnützige Krankenhäuser mit einem konstanten Anteil von etwa 40 % aller Allgemeinkrankenhäuser im Wettbewerb behaupten (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Entwicklung der Trägeranteile an Allgemeinkrankenhäusern 1991-2007, in %



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 1991 - 2007; eigene Darstellung.

2. Starke Wettbewerbsposition dank hoher Wirtschaftlichkeit und Qualität

Den kirchlichen Krankenhäusern gelingt es, sich in dem seit Jahren durch hohen Effizienzdruck und Konsolidierung geprägten Wettbewerb im Krankenhaussektor durch hohe Wirtschaftlichkeit und Qualität zu behaupten, die sich nachhaltig und nicht nur im kurzfristigen Erfolg niederschlägt.

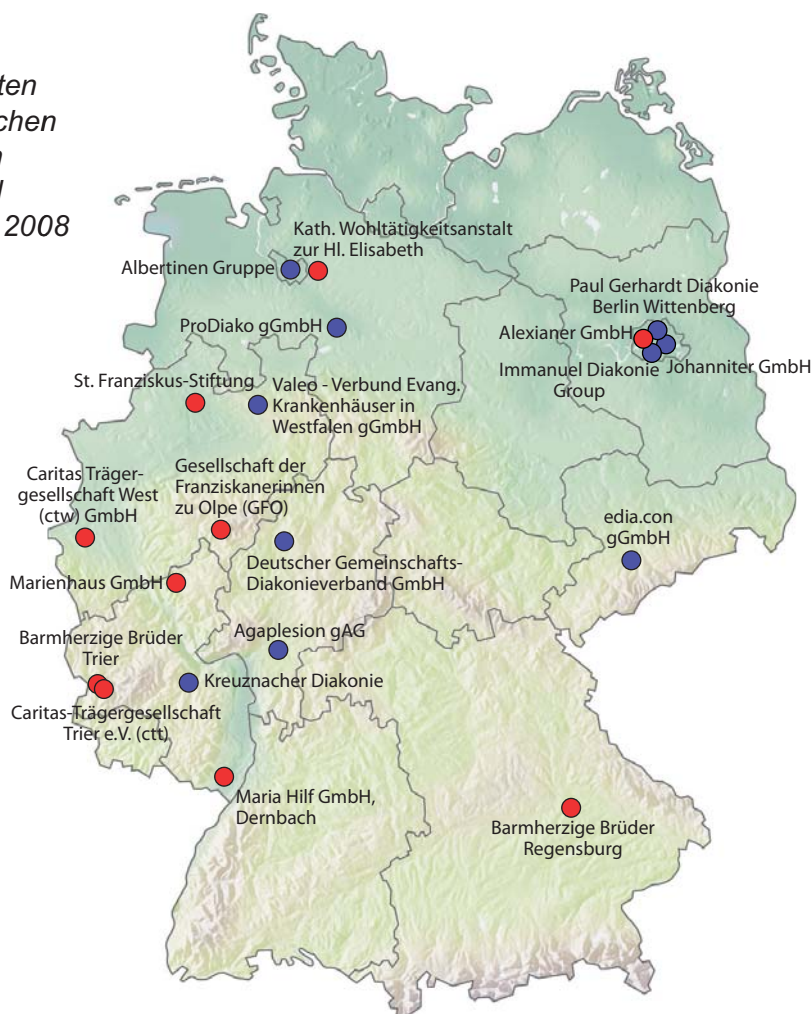
Dies findet u.a. Ausdruck in dem konstanten Marktanteil der kirchlichen Krankenhäuser im Klinikmarkt. Bisher wird das Wachstum der kirchlichen Trägergesellschaften in der Regel durch Zusammenschlüsse gleichberechtigter Partner getragen. In Zukunft werden aber auch die kirchlichen Krankenhausträger Übernahmen zunehmend über den Kapitalmarkt finanzieren. Die sehr gute Eigenkapitalausstattung, die Möglichkeiten der Fremdkapitalfinanzierung unter Beteiligung der kirchlichen Banken und die langfristig angelegten Unternehmensstrategien machen kirchliche Krankenhausträger zu interessanten Partnern für Klinikübernahmen. Kirchlichen Krankenhausträgern wird es zunehmend gelingen, mit Konzepten zu überzeugen, die nicht von kurzfristigen Investoreninteressen geleitet sind. Damit werden kirchliche Krankenhausträger für Kommunen zu interessanten Gesprächspartnern, wenn es um die Zukunft der stationären Versorgung in einer Region geht.

Wirtschaftlichkeit aus ethischer Verantwortung

Wie jedes Unternehmen sind kirchliche Krankenhäuser seit jeher darauf angewiesen, nicht nur kostendeckend zu wirtschaften, sondern auch Überschüsse zu erwirtschaften, um Investitionen in die Verbesserung der Versorgungsqualität, in den Ausbau und die Sicherung ihres Leistungsangebots und ihrer Prozesse sowie in den Erhalt und die Erweiterung ihrer Einrichtungen tätigen zu können. Möglichkeiten zum externen Ausgleich von Verlusten – etwa aus Kirchensteuermitteln, wie häufig vermutet wird – stehen den kirchlichen Krankenhäusern nicht zur Verfügung. Anders als bei renditeorientierten privaten Trägern werden die erwirtschafteten Überschüsse vollständig in das Versorgungsangebot reinvestiert.

Das der christlichen Ethik immanente Anliegen der Ressourcenschonung äußert sich darin, dass die kirchlichen Krankenhäuser sich traditionell immer schon durch eine hohe Wirtschaftlichkeit auszeichneten. Deshalb haben sie sich früh und konsequent den Herausforderungen des steigenden Effizienz- und Kostendrucks im Krankenhaussektor gestellt und mit Restrukturierungen und der Optimierung ihrer Prozessabläufe reagiert. Auch die wirtschaftliche Strategie des Zusammenschlusses zu Klinikverbänden wird von kirchlichen Krankenhäusern aktiv verfolgt. Klinikverbände ermöglichen Synergien auf mehreren Ebenen: Administrative Funktionen

Abbildung 4: Die zehn größten katholischen und evangelischen Krankenhausgesellschaften nach Beschäftigtenzahl und Anzahl der Krankenhäuser, 2008



Mitglieder im Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD)			Mitglieder im Deutschen Evangelischen Krankenhausverband e.V. (DEKV)		
Gesellschaft / Verbund	Anzahl KHS	Beschäftigte	Gesellschaft / Verbund	Anzahl KHS	Beschäftigte
1 Marienhaus GmbH (Waldbreitbach)	27	12.500	1 Valeo - Verbund Evangelischer Krankenhäuser in Westfalen gGmbH	13	9.500
2 St. Franziskus-Stiftung (Münster)	15	10.000	2 Johanniter GmbH (Berlin)	15	6.800
3 Barmherzige Brüder Trier	8	8.700	3 Agaplesion gAG (Frankfurt am Main)	15	5.600
4 Alexianer GmbH (Berlin)	16	6.000	4 ProDiako gGmbH Gesundheits- und Pflegedienstleistungen	11	4.200
5 Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe	10	6.000	5 Paul Gerhardt Diakonie Berlin Wittenberg	6	3.000
6 Caritas-Trägergesellschaft Trier e.V. (ctt)	4	5.200	6 Albertinen Gruppe Albertinen-Diakoniewerk e. V. (Hamburg)	5	2.800
7 Barmherzige Brüder Regensburg	4	4.700	7 edia.con gGmbH (Chemnitz)	6	2.500
8 Maria Hilf GmbH (Dernbach)	7	4.400	8 Kreuznacher Diakonie (Bad Kreuznach)	5	2.400
9 Kath. Wohltätigkeitsanstalt zur Hl. Elisabeth (Reinbek)	8	4.000	9 Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH (Marburg)	7	1.800
10 Caritas Trägergesellschaft West (ctw) (Düren)	6	2.600	10 Immanuel Diakonie Group (Berlin)	4	1.200

Quelle: KKVD, DEKV, eigene Darstellung.

können gebündelt werden, der Einkauf und die Logistik gemeinsam organisiert und Großgeräte gemeinsam genutzt werden. In regionalen Verbänden können abgestimmte Angebotsschwerpunkte an einzelnen Häusern etabliert werden. Zudem befinden sich in einem Verbund organisierte Häuser in einer stärkeren Position für Vertragsverhandlungen. Im Verbund kann zudem die Breite des eigenen Fortbildungsangebots erhöht und damit die Attraktivität als Arbeitgeber gesteigert werden. Schließlich besteht ein wichtiger Vorteil von Verbundstrukturen im internen Wissenstransfer, der eine bruchfreie Übertragung von Benchmarks und Best-Practice-Modellen ermöglicht.

Durch die gemeinsame Werteorientierung und Unternehmenskultur sind bei kirchlichen Einrichtungen die Chancen auf reibungslose und erfolgreiche Fusionen besonders hoch. Irritationen und Vorbehalte der Belegschaften wie auch der Patienten bei der Übernahme durch andere kirchliche Krankenhäuser treten in geringerem Maße auf, wie die Erfahrungen der wachsenden konfessionellen Trägergesellschaften zeigen.

Damit verfügen Zusammenschlüsse kirchlicher Krankenhäuser von vornherein über besonders gute Erfolgschancen. Beispiele für kirchliche Klinikverbände und Trägergesellschaften sind in der Tabelle und Karte der umseitigen Abbildung 4 dargestellt.

Kirchliche Klinikverbände erreichen hierbei auch Größenordnungen, die mit privaten Klinikketten und Universitätskliniken vergleichbar sind: Unter den 20 größten Arbeitgebern im Krankenhaussektor befinden sich mit der Marienhaus GmbH (12.500 Beschäftigte), der St. Franziskus-Stiftung (10.000 Beschäftigte) und der Johanner GmbH mit 6.800 Beschäftigten immerhin drei kirchliche Krankenhausträger.³

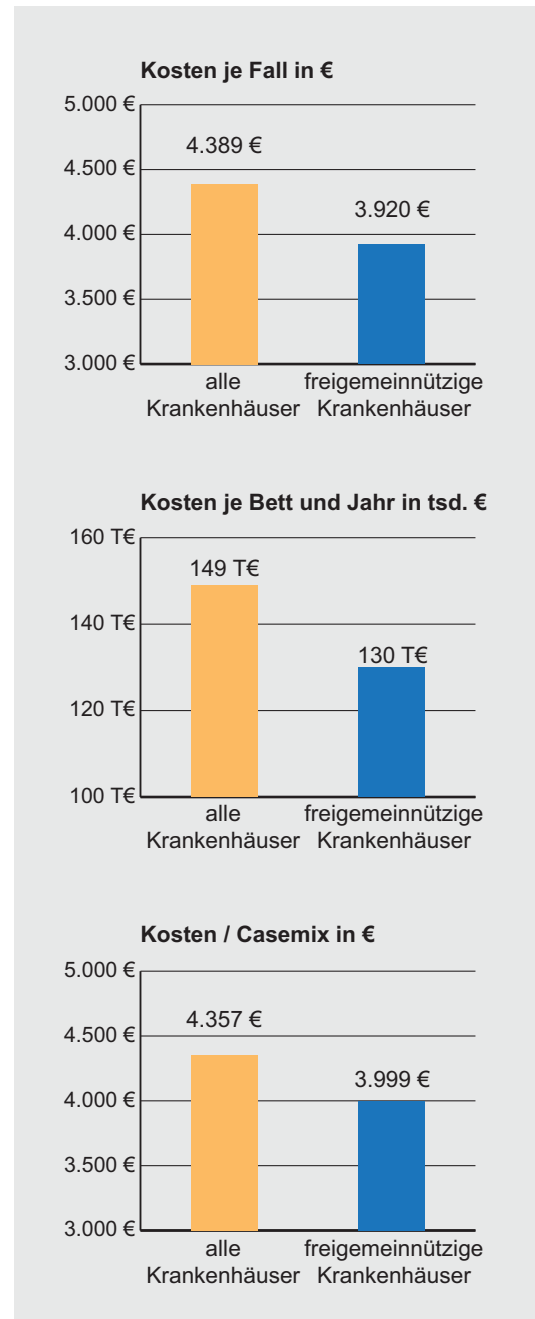
³ Die Gesundheitswirtschaft, Ausgabe 06/2008. Der Valeo-Klinikverbund mit 9.500 Beschäftigten wurde in der Rangliste nicht berücksichtigt.

Spitzenposition bei Wirtschaftlichkeit und Bonität

Die Krankenhausversorgung in Deutschland zeichnet sich im internationalen Vergleich durch eine hohe Qualität, Angebotsbreite und Zugänglichkeit aus. Als besondere Stärken des deutschen Systems gelten der uneingeschränkte Zugang zu stationären Leistungen sowie ein uneingeschränktes Leistungsangebot auf einem hohen Qualitätsniveau.⁴ Der deutsche Krankenhaussektor zeigt sich im OECD-Vergleich gleichzeitig als sehr wirtschaftlich: Mit jährlichen Krankenhausausgaben je Einwohner von 740 € und durchschnittlichen Krankenhauskosten je Fall von 3.671 € im Jahr 2004 lag das deutsche System deutlich unter den entsprechenden Median-Werten der OECD-Länder (900 € bzw. 6.253 €) und zählt damit zu den kostengünstigsten Krankenhaus-Versorgungssystemen.⁵ Verantwortlich für diese Spitzenposition ist neben dem vergleichsweise niedrigen Lohnniveau die hohe Personalproduktivität in deutschen Krankenhäusern.⁶

Innerhalb des aus internationaler Perspektive ohnehin sehr wirtschaftlichen Krankenhaussektors in Deutschland erbringen kirchliche Krankenhäuser ihre medizinische Versorgung besonders kostengünstig und effizient. Bei den auf Betten, Fälle und den Casemix bezogenen Kosten weisen freigemeinnützige Krankenhäuser im Vergleich der Trägergruppen jeweils die niedrigsten Werte auf (vgl. Abbildung 5). Das durchgängig niedrige Kostenniveau stellt die hohe Effizienz und Professionalität der Leistungserbringung in kirchlichen Krankenhäusern unter Beweis.

Abbildung 5: Kosten (Erlöse) je Fall, Bett und Casemix nach Trägerschaft des Krankenhauses, 2006 / 2007



Quelle: RWI Krankenhaus Rating Report 2009, eigene Darstellung.

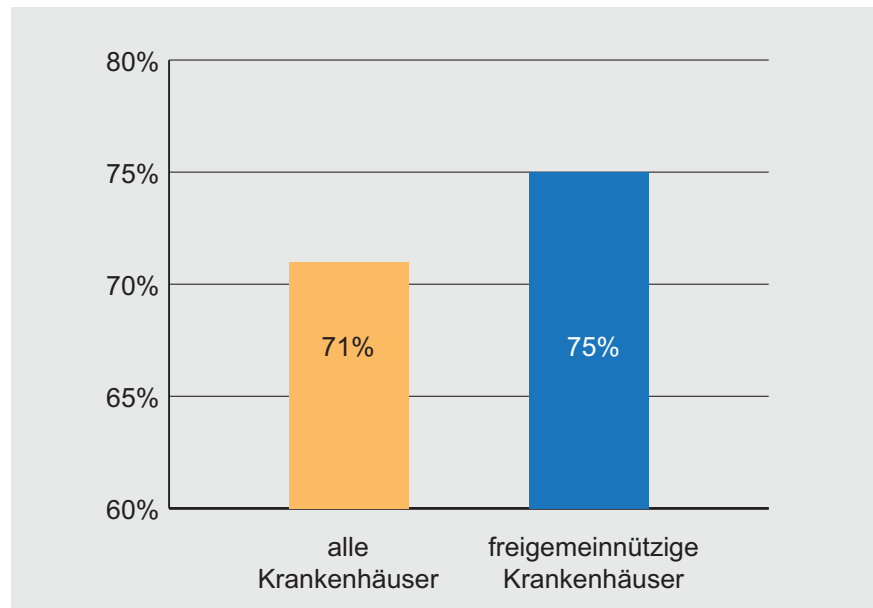
⁴ Vgl. Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults, 2005.

⁵ OECD Health Data, 2007.

⁶ Salfeld, R.; Hehner, S.; Wichels, R.: Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen. Berlin, 2009.

Hierbei ist der Anteil der freigemeinnützigen Krankenhäuser mit einem Basisfallwert unterhalb des jeweiligen Landesbasisfallwertes im Vergleich der Trägergruppen am höchsten (vgl. Abbildung 6). Bei 75 % der freigemeinnützigen Krankenhäuser gegenüber 71 % aller Krankenhäuser liegt der Basisfallwert unter dem Landesbasisfallwert.

Abbildung 6: Krankenhäuser mit einem Basisfallwert unterhalb des Landesbasisfallwertes nach Trägerschaft, Anteil in %



Quelle: RWI Krankenhaus Rating Report 2009, eigene Darstellung.

Nach den Ergebnissen des Krankenhaus Rating Reports des RWI liegt der relative Basisfallwert im Durchschnitt der kirchlichen Krankenhäuser 1,4 % unterhalb des Gesamtdurchschnitts.⁷

Die kirchlichen bzw. freigemeinnützigen Krankenhäuser werden damit die DRG-Konvergenzphase aller Voraussicht nach gut überstehen und ihre zusätzlichen Erlöse weiter in eine Verbesserung des Versorgungsangebots investieren können. Gesamtwirtschaftlich betrachtet, tragen die kirchlichen Krankenhäuser mit ihren niedrigen Basisfallwerten in überdurchschnittlichem Maße zu einer kostengünstigen stationären Versorgung und letztlich zur Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens bei.

Freigemeinnützige und damit auch kirchliche Krankenhäuser weisen laut dem Bilanzrating des RWI Krankenhaus Rating Reports 2009 die geringste Ausfallwahrscheinlichkeit – d.h. die Insolvenz oder der Ausfall des Krankenhauses aus wirtschaftlichen Gründen – aller Trägergruppen auf. Gegenüber einer durchschnittlichen Ausfallwahrscheinlichkeit aller Krankenhäuser von 1,3 % liegt die Ausfallwahrscheinlichkeit freigemeinnütziger Einrichtungen lediglich

⁷ Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hg.): Krankenhaus Rating Report 2009, Essen, S. 140.

bei 0,81 %. Auch der Anteil der gefährdeten Krankenhäuser liegt bei freigemeinnützigen Krankenhäusern mit 9 % signifikant unter dem Durchschnitt aller Krankenhäuser von 16 %. Die freigemeinnützigen bzw. kirchlichen Krankenhäuser stehen damit auf einer wirtschaftlich soliden Grundlage.

Qualität aus christlicher Werteorientierung

Die kostengünstige Leistungserbringung der kirchlichen Krankenhäuser erfolgt auf einem qualitativ hohen Niveau. Grundsätzlich steht die hohe Qualität der medizinischen Versorgung in deutschen Krankenhäusern unabhängig von der Einrichtungsträgerschaft außer Frage. Gewährleistet wird dies durch die gesetzlichen Vorschriften zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement nach § 135a SGB V sowie zur externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V. Zusätzlich lassen zahlreiche Krankenhäuser ihr Qualitätsmanagement von externen Gutachtern zertifizieren.

Dem kirchlichen Auftrag entspricht es, für die Qualität besondere Sorge zu tragen. Qualitätssicherung und Zertifizierung dienen der Schärfung und Bewahrung des christlichen Profils. Dazu wurde mit dem proCum Cert-Zertifizierungssystem (pCC) ein spezielles Instrument entwickelt, das ergänzend zum verbreiteten KTQ-Standard die Umsetzung christlicher Werte in konkreten und verbindlichen Qualitätszielen abbildet. Gegenwärtig sind bereits über 100 kirchliche Krankenhäuser nach pCC zertifiziert.

Besondere Anforderungen der proCum Cert-Zertifizierung

Der pCC-Kriterienkatalog ergänzt und vertieft die KTQ-Anforderungen um Bereiche und Merkmale, die in besonderem Maße zum Profil kirchlicher Krankenhäuser beitragen. Dies betrifft etwa Trägerverantwortung, Sozialkompetenz im Umgang mit Patienten und Mitarbeitern, Spiritualität und Verantwortung gegenüber der Gesellschaft. Über KTQ hinausgehende pCC-Kriterien sind z.B.:

- die Gewährleistung einer besonderen Zuwendung und Präsenz für die Patienten,
- die Integration der Seelsorge in das Krankenhaus,
- die Berücksichtigung der spirituellen bzw. religiösen Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung sowie entsprechender Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen,
- die Begleitung im Sterben,
- Anforderungen an die Unternehmensführung, z.B. hinsichtlich der Umsetzung eines Wertemanagements sowie die Beachtung von Corporate Governance-Prinzipien,
- die Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur, die gekennzeichnet ist u.a. durch Rücksichtnahme und ethische Sensibilität in der Personalführung, die Vermittlung von Anerkennung und Wertschätzung sowie die Förderung der sozialen und christlich-ethischen Kompetenz der Mitarbeiter.

3. Werte leben

Die medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen führt unweigerlich zu ethischen Fragen. Die Nutzung neuer, durch den medizinischen Fortschritt ermöglichter Behandlungen, die Versorgung und Begleitung Schwerstkranker und Sterbender unter Achtung ihrer Würde und ihrer persönlichen Wünsche und Werte oder die angemessene Versorgung Kranker bei enger werdenden finanziellen Spielräumen stellen nur die aktuellsten, wenngleich drängendsten ethischen Fragenkomplexe im Gesundheitswesen dar. Auch der historische hippokratische Eid oder die Deklaration von Genf des Weltärztebundes verweisen auf den fundamentalen Wertebezug ärztlicher Tätigkeit.

Impulsgeber eines werteorientierten Krankenhauswesens

Kirchliche Krankenhäuser befassen sich in besonders intensiver Weise mit Werten und deren Umsetzung im Krankenhausalltag. Der christliche Wertebezug ist konstitutiv für kirchliche Gesundheitseinrichtungen; ihre Identität und Existenz gründet sich letztlich auf ihre Werteorientierung und auf die Umsetzung dieser Werte.

Im Wettbewerb mit anderen Krankenhausträgern, die ihre Arbeit ausschließlich auf einen öffentlichen Versorgungsauftrag gründen oder die mit der Behandlung und Versorgung Kranker und Pflegebedürftiger Rendite- und Gewinnerwartungen verbinden, nehmen kirchliche Krankenhäuser damit eine besondere Funktion und Stellung ein: sie positionieren sich über Werte, setzen als Vorreiter Standards, wie Werte umgesetzt werden, und stärken generell den Stellenwert der Werteorientierung im Krankenhaus.

Die Menschenwürde als Ankerpunkt für die Patienten- und Mitarbeiterorientierung

Kirchliche Krankenhäuser gründen ihr Handeln auf die Caritas, die Nächstenliebe, und die Diakonie, den biblisch begründeten Dienst am Menschen als Mitarbeit am Wirken Gottes in der Welt. Hieraus leitet sich eine besondere Verantwortung gegenüber Patienten, Mitarbeitern und der Gesellschaft ab.

Zentraler Wert kirchlicher Krankenhäuser ist dabei die Personalität, die Anerkennung der Würde und des Wertes des Menschen, aus welcher sich ein ganzheitlicher, an den Bedürfnissen des Patienten orientierter, umfassender, auch die seelische Genesung einschließender Heilungsauftrag ableitet. Entsprechend werden Krankheiten als existenzielle menschliche Krisen begriffen. Entscheidend und

unverzichtbar ist die persönliche Zuwendung zu Patienten und ihren Angehörigen und auch die bewusste Gestaltung des Umgangs mit Tod und Sterben.

Bezogen auf die Mitarbeiterführung werden Freiheit und Würde der Mitarbeiter sowie Loyalität und Solidarität in Krisen, eine gerechte und faire Behandlung, eine besondere Ausbildungsverantwortung sowie die subsidiäre Delegation von Verantwortlichkeiten betont.

Christliche Werte und Wirtschaftlichkeit – kein Widerspruch

Anders als vielfach unterstellt, besteht kein Widerspruch zwischen an christlichen Werten orientiertem Handeln und einer wirtschaftlichen Krankenhausführung.

Zum einen sind Spannungsfelder zwischen fundamentalen – auch christlichen – Werten typisch. Werte wie Freiheit und Gerechtigkeit oder auch die klassischen Prinzipien der kirchlichen Soziallehre – Personalität, Subsidiarität, Solidarität – stehen in Spannung zueinander. Wesentlich für das werteorientierte Handeln ist, in einer bewussten Auseinandersetzung im Alltag eine intelligente Verzahnung oder zumindest einen Ausgleich der verschiedenen Werte zu erreichen.

Zum anderen leitet sich gerade aus dem grundlegenden Anspruch kirchlicher Krankenhäuser – dem Dienst am Menschen – die Pflicht nicht nur zur qualitativ hochwertigen Versorgung, sondern auch zum wirtschaftlichen Handeln ab. Erklärtes Ziel christlicher Krankenhäuser, das in zahlreichen Leitbildern Niederschlag findet, ist, unter den gegebenen Voraussetzungen und begrenzten Ressourcen eine bestmögliche Versorgung der Patienten unter humanitären, ethischen wie auch wirtschaftlichen Aspekten zu erreichen. Die in der Praxis erfolgreich umgesetzte wirtschaftliche Optimierung von Strukturen und Prozessen entspringt damit unmittelbar der Werteorientierung christlicher Krankenhäuser.

Im Übrigen zeigt auch die empirische Wirtschaftsforschung, dass eine konsequent umgesetzte christliche Werteorientierung auch in der Privatwirtschaft den Unternehmenserfolg unterstützt. Den Erfolgsfaktor stellt hierbei die gelebte Wertekultur in Unternehmen dar, durch die die Motivation, die Leistungsbereitschaft und die Fähigkeiten der Mitarbeiter systematisch gefördert werden.⁸

⁸ Vgl. Deep White GmbH: Unternehmen „C“. Leadership Values – Manager-Tugenden als messbarer Erfolgsfaktor. Bonn, 2005.

Sichtbares Wirken der Werteorientierung

Die christliche Werteorientierung darf nach dem Selbstverständnis und Anspruch kirchlicher Krankenhäuser nicht auf der Ebene persönlicher Werthaltungen und Überzeugungen stehen bleiben, sie muss im Krankenhausalltag sichtbar und wirksam werden – was auf vielfältige und konsequente Art geschieht.

- Das aus christlichen Werten abgeleitete Selbstverständnis kirchlicher Krankenhäuser zeigt sich deutlich auf Ebene der Leitbilder der Einrichtungen. Auf Grundlage der christlichen Überzeugung bekennen sich kirchliche Krankenhäuser in besonderer Weise zu ihrer Verantwortung und Sorge für Patienten, zu ihrer Führungsverantwortung und zur Orientierung an den Bedürfnissen der Mitarbeiter.⁹ Um die effektive Umsetzung des Leitbildes zu gewährleisten, haben Trägergesellschaften wie z.B. die St. Franziskus-Stiftung Münster hierfür in jedem Krankenhaus Leitbildbeauftragte eingesetzt und führen ein systematisches Umsetzungscontrolling durch. Auch bei anderen Krankenhaus-trägergesellschaften – u.a. bei der Agaplesion gAG – ist die Förderung und Umsetzung des christlichen Einrichtungsprofils verbindlicher Bestandteil der strategischen Zielvorgaben und damit in einen Kernprozess der Gesellschaften implementiert.
- Der Einfluss der besonderen Werteorientierung kirchlicher Einrichtungen auf das gesamte Krankenhauswesen zeigt sich auch darin, dass die Impulse für Ethik-Komitees und die Entwicklung ethischer Fallbesprechungen maßgeblich von kirchlichen Trägern ausgegangen sind. Trotz ihrer mittlerweile großen Verbreitung sind Ethik-Komitees in christlichen Krankenhäusern nach wie vor überdurchschnittlich häufig verbreitet.¹⁰ Zudem werden in kirchlichen Einrichtungen vorbildhafte Leitlinien z.B. für den Umgang mit sterbenden Patienten und ihren Angehörigen sowie Handreichungen zum Umgang mit Tot- und Fehlgeburten entwickelt.
- Die Werteorientierung kirchlicher Krankenhäuser findet sichtbaren Ausdruck auch in ihrer Angebotsstrategie, die sich über wirtschaftliche Erwägungen hinaus typischerweise an den Bedürfnissen von Patienten orientiert. Das umfassende Engagement kirchlicher Krankenhäuser in der geriatrischen Forschung und Versorgung gründet nicht zuletzt auf dem Anspruch, auch gerade älteren Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung zukommen lassen zu können und Anwendungen der Spitzenmedizin auch für Ältere verfügbar zu machen, ohne dass dabei Schäden (z.B. demenzverstärkend) auftreten. Auch durch die Angebote in wirtschaftlich in der Regel nicht rentablen Bereichen wie der Palliativversorgung und die Einrichtung von Hospizen wird die Wirksamkeit der Werteorientierung sichtbar.

⁹ Fischer, M.: Profil zeigen. Krankenhausträgergruppen im Vergleich. In: Krankendienst 1/2009, S. 385f.

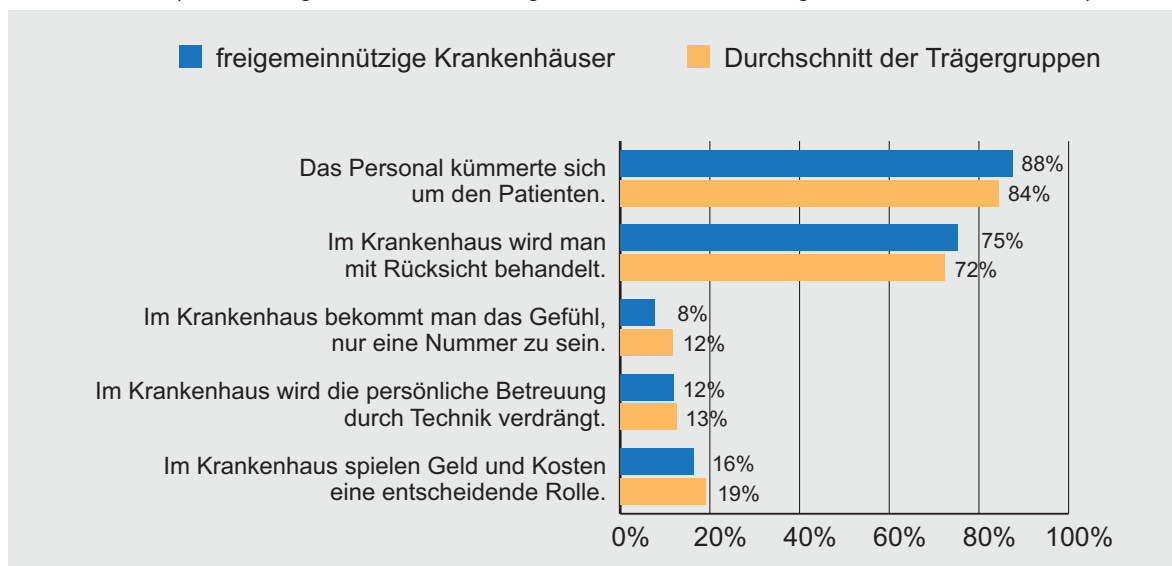
¹⁰ Vgl. die Krankenhausdatenbank auf „Ethikberatung im Krankenhaus“ (www.ethikkomitee.de).

4. Bestnoten von Patientenseite

Der Anspruch kirchlicher Krankenhäuser bei der Sorge um die Patienten geht über die rein medizinische Versorgung hinaus. Neben dem seelsorgerischen Angebot wird diese umfassende Patientenorientierung etwa durch die gezielte Entwicklung integrierter Versorgungsangebote sowie durch programmatische Initiativen im Blick auf Prävention und Gesundheitsförderung deutlich.

Aus Patientensicht wird die Versorgung in freigemeinnützigen bzw. kirchlichen Krankenhäusern besonders gut bewertet, wie eine Studie der Gmünder Ersatzkasse (GEK) auf Basis von Patientenbefragungen in den Jahren 2002 und 2005 mit 3.850 bzw. 2.240 Befragten sowie unter Auswertung der kasseneigenen Routinedaten ergeben hat.¹¹ Gefragt nach ihren persönlichen Wahrnehmungen und Bewertungen der Behandlung, weisen die Patienten freigemeinnützigen, überwiegend kirchlichen Einrichtungen im Trägervergleich fast durchweg die besten Bewertungen zu: In freigemeinnützigen Krankenhäusern stimmten die Patienten überdurchschnittlich häufig den Aussagen zu, dass sich das Personal um die Patienten kümmere (88 % gegenüber dem Durchschnitt von 84 %) und man im Krankenhaus mit Rücksicht behandelt werde (75 % gegenüber 72 %; vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Erfahrungen von Krankenhaus-Patienten nach Trägerschaft des Krankenhauses, 2005, Angaben in %
(zusammengefasste Antwortkategorien „stimme vollständig zu“ und „stimme eher zu“)



Quelle: GEK 2006, eigene Berechnungen.

Gleichzeitig hinterließ die Behandlung in freigemeinnützigen Einrichtungen seltener den Eindruck, als Patient nur eine Nummer zu

¹¹ Braun, B.; Müller, R.: Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Ergebnisse einer wiederholten Patientenbefragung und einer Längsschnittdatenanalyse von GEK-Routinedaten. Herausgegeben von der GEK Gmünder Ersatzkasse, St. Augustin, 2006.

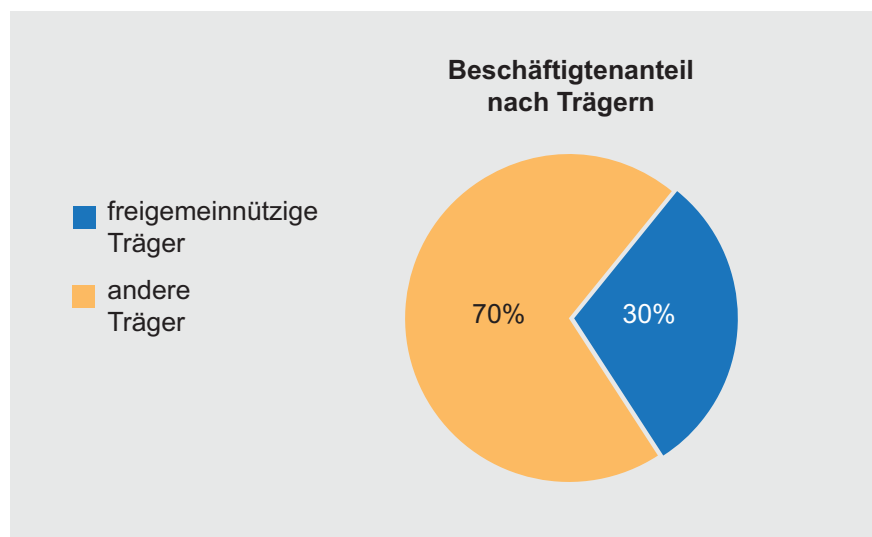
sein (8 % gegenüber 12 %) oder dass Geld und Kosten eine entscheidende Rolle spielen würden (16 % gegenüber 19 %). Ebenso machten Patienten in freigemeinnützigen Krankenhäusern tendenziell seltener die Erfahrung, dass die persönliche Betreuung durch den Einsatz von Technik verdrängt würde.

Die positive Bewertung freigemeinnütziger bzw. kirchlicher Krankenhäuser kann als Ergebnis der christlich motivierten Patientenorientierung gewertet werden. Die persönliche Zuwendung zu den Patienten bildet auch einen umfassenden Bereich in dem für konfessionelle Krankenhäuser entwickelten Zertifizierungssystem proCum Cert (vgl. S. 15).

5. Engagiert für Arbeit und Ausbildung

Mit knapp 1,1 Mio. Beschäftigten stellen Krankenhäuser den wichtigsten Beschäftigungsbereich im Gesundheitswesen dar. Auf kirchliche Krankenhäuser entfällt hierbei ein bedeutender Anteil: Auf Vollzeitäquivalente bezogen arbeiten mit rund 240.000 Vollzeitkräften 30 Prozent aller Beschäftigten im Krankenhaussektor in freigemeinnützigen Einrichtungen, der maßgebliche Anteil davon in kirchlichen Krankenhäusern (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: Beschäftigte im Krankenhaussektor nach Trägerschaft (Vollzeitäquivalente), 2007, in %

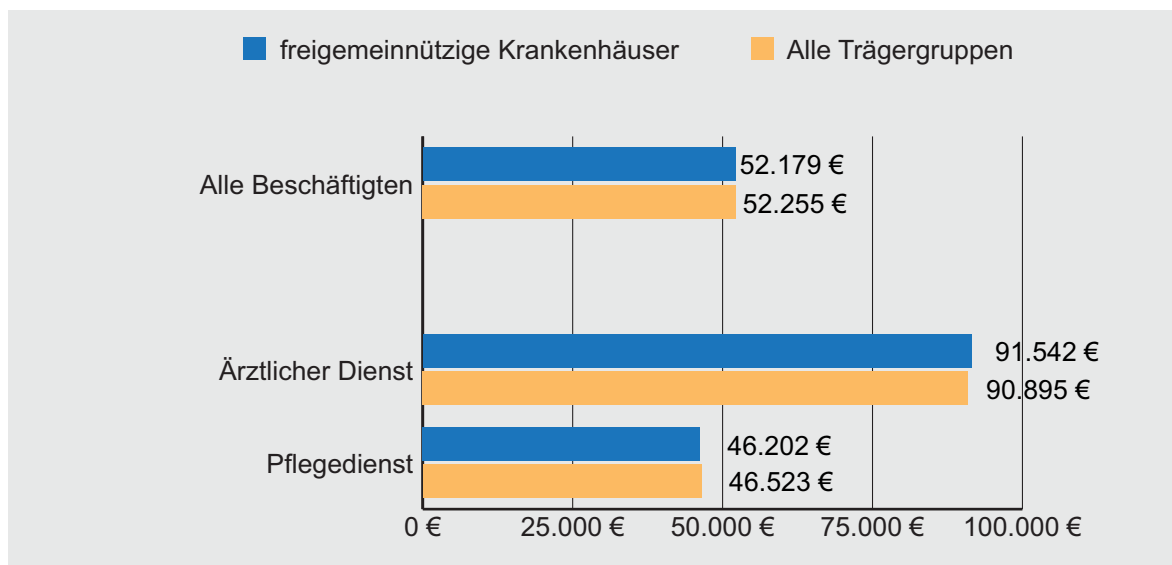


Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1: Grunddaten der Krankenhäuser 2007, eigene Berechnung.

Branchenübliche Entlohnung

Die kirchlichen Krankenhäuser agieren im gleichen Marktumfeld wie Krankenhäuser in anderer Trägerschaft, in dem Faktoren wie der Ärzte- und Pflegekräftemangel wirken, und können sich keinen Sonderweg in der Vergütung leisten. Daher ist darauf hinzuweisen, dass die Vergütung des Personals in kirchlichen Krankenhäusern insgesamt der branchenüblichen Entlohnung in dem nach wie vor von öffentlichen Arbeitgebern dominierten Krankenhaussektor entspricht. Die durchschnittlichen Personalkosten in Allgemeinkrankenhäusern freigemeinnütziger Träger liegen nur marginal – lediglich 0,1 Prozent oder 76 Euro pro Jahr – unter den durchschnittlichen Personalaufwendungen aller Allgemeinkrankenhäuser (vgl. Abbildung 9). Im ärztlichen Dienst (etwa 27 % der Beschäftigten in allen Allgemeinkrankenhäusern) liegen die Personalkosten der freigemeinnützigen Krankenhäuser über und im Pflegedienst (32 % der Beschäftigten) nur geringfügig unter dem Durchschnitt. Auch in den übrigen Personalbereichen zeigen sich nur wenige Unterschiede.

Abbildung 9: Durchschnittliche jährliche Personalkosten in Allgemeinkrankenhäusern je Vollzeitkraft, 2007, nach Trägerschaft



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2007, Fachserie 12 Reihe 6.3: Kostennachweise der Krankenhäuser, eigene Darstellung.

Eine besondere arbeitsvertragliche Leistung für alle Mitarbeiter kirchlicher Krankenhausträger besteht in der betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung. Da diese von kirchlichen Zusatzversicherungs- und Pensionskassen getragen wird, die auf Vertriebskosten, Abschlussprovisionen und Dividendenausschüttungen verzichten, stellt sie eine besonders attraktive und kostengünstige Ergänzung der Alterssicherung dar.

Überproportionaler Beitrag zur Ausbildung

Der Bedarf an qualifiziertem Personal im Gesundheitsbereich wird demografisch bedingt in den nächsten Jahren deutlich wachsen. Eine künftige Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist nur durch erhebliches Engagement bei der Ausbildung junger Fachkräfte zu gewährleisten.

Kirchliche Krankenhäuser übernehmen bei der Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in besonderem Maße Verantwortung. Mit 32.100 Ausbildungsplätzen stellen freigemeinnützige Einrichtungen 35 % aller Ausbildungsplätze an Allgemeinkrankenhäusern.¹² Von den insgesamt 678 Allgemeinkrankenhäusern in freigemeinnütziger Trägerschaft verfügen 443 und damit 65 % über Ausbildungsstätten – gegenüber 53 % Allgemeinkrankenhäusern mit Ausbildungsstätten insgesamt. Dabei wenden die freigemeinnützigen Krankenhäuser 0,86 % ihrer bereinigten Gesamtkosten für die Pflegeausbildung in Krankenhäusern auf, und damit mehr als der Durchschnitt aller Allgemeinkrankenhäuser (0,81 %).

In den Ausbildungsstätten der freigemeinnützigen Krankenhäuser werden alle Gesundheitsberufe – neben (Kinder-)Krankenschwestern und -pflegern auch Ergo- und Physiotherapeuten, Hebammen, Operationsassistenten sowie medizinisch-technische Berufe – ausgebildet und Impulse zur Entwicklung neuer Ausbildungsberufe gesetzt. Als bewusster Ausdruck ihres krankenflegerischen Ursprungs setzen kirchliche Krankenhäuser einen besonderen Schwerpunkt bei den Pflegeberufen: Freigemeinnützige Einrichtungen stellen im Verhältnis zum Bettenanteil (177.600 bzw. 35 %) überproportional viele Pflegeausbildungsplätze (32.100 bzw. 37 %) und setzen zudem qualitative Maßstäbe.¹³ Über die gesundheits- und pflegespezifischen Berufe hinaus bilden viele kirchliche Träger in ihren Verwaltungen im kaufmännischen Bereich und über ihre Dienstleistungstochtergesellschaften auch im gewerblichen Bereich aus.

Maßstäbe in der Fort- und Weiterbildung

Der hohe Stellenwert der Angebote zur intensiven Fort- und Weiterbildung ist für kirchliche Krankenhäuser nicht nur Strategie zur Gewinnung von Fachkräften, er entspringt ebenso dem spezifischen Gedanken der Mitarbeiterförderung und der Dienstgemeinschaft. Die Facharztweiterbildung in den kirchlichen Krankenhäusern

¹² Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.3: Kostennachweise der Krankenhäuser, 2007. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2007 und weichen daher von den im Kapitel 1 „Kirchliche Krankenhäuser in Deutschland“ aufgeführten Daten mit Bezugszeitraum 2006 ab.

¹³ Hanuschke, I.; Joeres, S.; Mischker, A.: Zukunftsorientierte Pflegeausbildung, Studie des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e.V. zur Qualität der Ausbildung an evangelischen Pflegeschulen, 2004.

gewährleistet eine strukturierte und auf hohem fachlichem Niveau stehende Umsetzung der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Über die Facharztweiterbildung hinaus bieten die kirchlichen Krankenhäuser ihren Ärztinnen und Ärzten Fortbildungen im Bereich Management, Prozessoptimierung, Ethik und Palliativmedizin sowie Rechtsfragen der Medizin. Gemäß dem Wertefundament der kirchlichen Krankenhausträger werden die Fortbildungen durch Orientierungshilfen bei berufsethischen Fragen ergänzt.

Die Dienstgemeinschaft – Konsequenz aus der Erfüllung eines spezifischen kirchlich-religiösen Auftrags

Da kirchliche Krankenhäuser auf ihre Weise an der Erfüllung des Auftrags der Kirche mitwirken, die Menschenfreundlichkeit Gottes in der Zuwendung zu und Hilfe für kranke Menschen erkennbar werden zu lassen, tragen alle Beschäftigten dazu bei, unabhängig von ihrer Stellung und Aufgabe im Unternehmen, unabhängig auch von ihrer persönlichen religiösen oder weltanschaulichen Prägung und Einstellung. Hierauf gründet das Prinzip der Dienstgemeinschaft, das in einem partnerschaftlichen, konsensorientierten Miteinander der Beschäftigten auf Basis entsprechender Arbeitsrechtsregelungen seine konkrete Umsetzung erfährt.

Für die Arbeitsrechtssetzung sowie die Regelung der Vergütungen sind paritätisch von Vertretern der Dienstnehmer und der Dienstgeber besetzte Arbeitsrechtliche Kommissionen zuständig. Streik und Aussperrung als Instrumente des Arbeitskampfes sind ausgeschlossen. Zur Lösung von Konflikten stehen Schlichtungs- und Schiedsregelungen zur Verfügung. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Kostendrucks im Gesundheitswesen, aber auch des Mangels an sowie des Wettbewerbs um qualifizierte Fachkräfte sind die Entgeltstrukturen marktabhängiger geworden. Generell ermöglicht das flexible Zulagensystem der kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) den kirchlichen Krankenhausträgern eine flexible, markt- und wettbewerbsorientierte Lohnpolitik.

6. Akzente im Versorgungsangebot

Trägerpluralität und Subsidiarität im Krankenhauswesen besitzen als Ordnungsprinzipien der Krankenhausversorgung in Deutschland ungeminderte Aktualität und Bedeutung. Gerade unter dem gegenwärtigen Effizienzdruck und der Konsolidierung im Krankenhaussektor verhindert die Vielfalt der Krankenhausträger mit ihren spezifischen Strategien und Möglichkeiten einseitige Entwicklungen im Wettbewerb, sichert die Grundversorgung und gewährleistet die Wahlfreiheit der Patienten. Die Patienten schätzen die Angebote und die Versorgungsqualität der kirchlichen Krankenhäuser. Der rechtlich verankerten Trägerpluralität¹⁴ wird daher von Politik, Ärzteschaft und Kostenträgern eine zentrale Bedeutung beigemessen.

Gleiches gilt für das Subsidiaritätsprinzip: Gerade vor dem Hintergrund der Entwicklung hin zu vernetzten, sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen gewinnt die verantwortliche Angebotsgestaltung vor Ort an Bedeutung. Hierdurch wird eine an regionalspezifischen Bedarfen und Patientenwünschen orientierte Ausgestaltung der Versorgung innerhalb vor Ort gewachsener Kooperationen und Strukturen gefördert. Nicht zuletzt begünstigt die subsidiäre Verantwortung für die Gesundheitsversorgung den Einbezug von bürgerschaftlichem Engagement bei der Hilfe für Kranke.

Kirchliche Krankenhausträger setzen vor dem Hintergrund ihres caritativ-diakonischen Auftrags und des ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit besondere Akzente bei der Krankenhausversorgung. Die barmherzige Zuwendung zu den Kranken als historisch gewachsene Grundmotivation führt zu einer konsequent an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichteten Angebots- und Prozessgestaltung. Das Leistungsspektrum kirchlicher Krankenhäuser, das von Spitzenmedizin und Forschung über die Grund- und Schwerpunktversorgung bis zur Prävention und zu nicht-therapeutischen Angeboten reicht, orientiert sich über unmittelbar wirtschaftliche Überlegungen hinaus auch an qualitativ und quantitativ unzureichend versorgten Bereichen. Von ihrem christlichen Selbstverständnis ausgehend sichern kirchliche Krankenhäuser damit die Grundversorgung, treiben Innovationen voran und ergänzen rein medizinische Krankenversorgung durch spirituelle wie auch alltagspraktische Unterstützungen und persönliche Zuwendung.

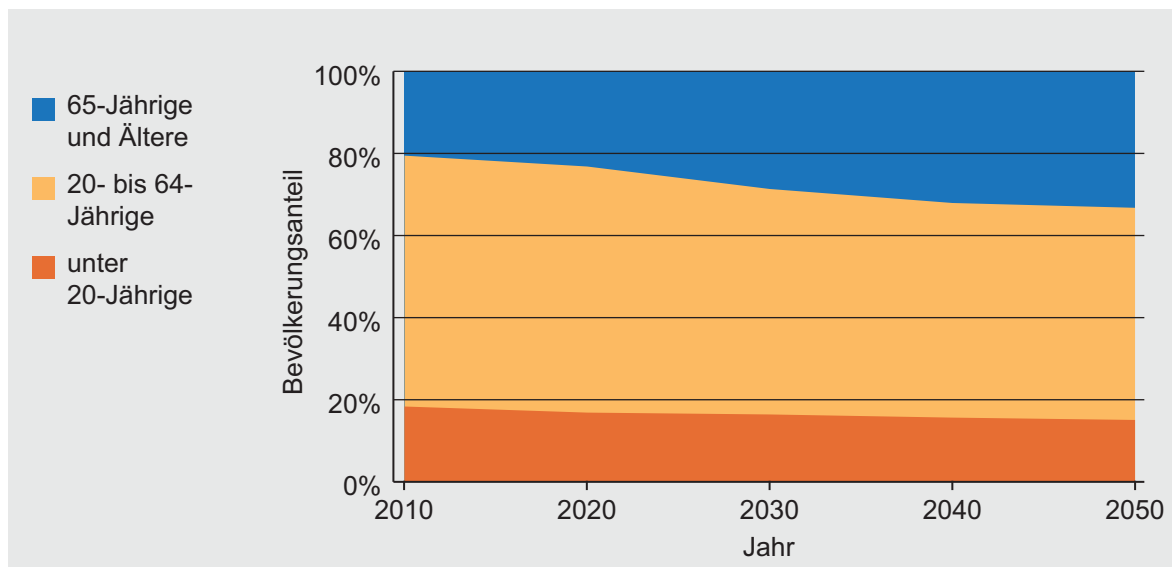
Die christliche Werteorientierung der kirchlichen Krankenhäuser begründet die umfassende Ausrichtung ihrer Angebote vom Anfang bis zum Ende des Lebens. Kirchliche Krankenhäuser stellen sich in besonderer Weise auf Menschen mit spezifischem Behandlungs- und Zuwendungsbedarf ein. Das gilt etwa mit Blick auf Schwangere und Kinder, Menschen mit Behinderung oder mit Demenz sowie ältere Patienten und Sterbende.

¹⁴ § 1 Abs. 2 KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz).

Stützpfeiler der qualitativ hochwertigen Versorgung älterer Patienten

Ältere Menschen ab 65 Jahren stellen bereits heute die größte Patientengruppe im Rahmen der stationären Behandlung: Etwa 7 Mio. der ca. 17 Mio. stationären Behandlungsfälle im Jahr 2006, d.h. 41 %, betrafen Krankenhauspatienten im Alter von über 65 Jahren.¹⁵ Dabei entfielen auf diese Altersgruppe knapp die Hälfte aller stationären Aufenthaltstage. Im Zuge der demografischen Alterung in Deutschland wird sich der Anteil älterer Patienten weiter deutlich erhöhen. Bei rückläufiger Gesamtbevölkerung von 82 Mio. im Jahr 2010 auf 69 Mio. im Jahr 2050, wächst die Gruppe der über 65-Jährigen bis 2050 um etwa 6 Mio. auf 23 Mio. Der Anteil der Gruppe der über 65-Jährigen steigt damit von 21 % im Jahr 2010 auf 33 % im Jahr 2050 (siehe Abbildung 10).

Abbildung 10: Entwicklung der Altersstruktur in Deutschland, 2010-2050, Anteile in %



Quelle: Statistisches Bundesamt 2006, 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Basisvariante.

Die Behandlung älterer Menschen ist typischerweise durch Multimorbidität und eingeschränkte Ressourcen der Patienten gekennzeichnet und erfordert ein abgestimmtes therapeutisch-pflegerisches Vorgehen. Aufgrund mit dem Alter zunehmender Morbidität und abnehmender Mobilität der Patienten besteht Handlungsbedarf, die Angebotsstrukturen und Leistungen entlang der Diagnosen und Bedürfnisstrukturen der Patienten weiter zu entwickeln. Die kirchlichen Krankenhaussträger widmen sich in hohem Maß den speziellen Versorgungsformen für alte und ältere Menschen und profitieren von ihrer Kompetenz über ihre verschiedenen Einrichtungsarten hinweg.

¹⁵ Vgl. Beiträge für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts, Berlin, 2009.

Kirchliche Krankenhäuser bilden heute den wesentlichen Pfeiler der stationären Versorgung älterer Patienten. Von den 117 Krankenhäusern mit einer geriatrischen Fachabteilung waren in 2006 insgesamt 58 Krankenhäuser und damit rund 50 % in freigemeinnütziger Trägerschaft.¹⁶ Der Beitrag kirchlicher Krankenhäuser geht dabei über die geriatrische Grundversorgung hinaus und umfasst ebenso Forschung, Ausbildung und die Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle.

Spitzenmedizin aus ethischer Verantwortung

Das Engagement der kirchlichen Krankenhäuser für eine bestmögliche medizinische Versorgung ist unmittelbarer Ausdruck ihrer christlichen Verantwortung. So sind kirchliche Krankenhäuser neben der breiten Grundversorgung und der führenden Rolle in der speziellen Behandlung älterer Patienten ebenso im Bereich der Spitzenmedizin und Forschung tätig. Hierdurch sind insbesondere die größeren Klinikverbände in der Lage, Patienten medizintechnik-intensive Therapien und eine Hochleistungsversorgung anzubieten.

So gibt es zum Beispiel eine Vielzahl kirchlicher Krankenhäuser, die in der jeweiligen Region die gesamte Breite der Versorgung sicherstellen. Sie bieten das gesamte Spektrum von Neurologie mit Stroke Unit, Kardiologie und Angiographie über Neuro-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Onkologie und Hämatologie bis hin zur Pädiatrie. Kirchliche Krankenhäuser verfügen über die modernsten Operationssäle und sind in vielen Feldern der Spitzenmedizin und Forschung führend, etwa bei der minimal-invasiven Chirurgie und der Herzchirurgie, bei der Schmerztherapie bei Kindern sowie bei der Behandlung von Epilepsien.

Orte für ein würdiges Sterben

Im Jahr 2006 verstarben etwa 390.000 Menschen im Krankenhaus. Betroffen waren insbesondere ältere Patienten; fast die Hälfte der 2006 verstorbenen über 65-Jährigen ist im Krankenhaus gestorben. Krankenhäuser stehen damit vor der Herausforderung, ein Umfeld für ein würdiges Sterben zu schaffen.

Kirchliche Krankenhäuser nehmen sich dieser Herausforderung in besonderer Weise an. Über das Angebot der Seelsorge und die Einbindung Angehöriger hinaus betreiben sie häufig Palliativstationen und führen oder unterstützen – oft im Rahmen von Kooperationen – stationäre Hospize. Hierdurch ermöglichen sie die Versorgung und Sterbebegleitung von Patienten, die im ambulanten Bereich nicht ausreichend betreut werden können.

¹⁶ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2006; eigene Berechnung.

Seelsorge als Beitrag zur ganzheitlichen Hilfe

Die kirchlichen Krankenhäuser stellen die Fürsorge und Zuwendung zu den Patienten in den Mittelpunkt. Dazu gehört auch das verlässliche Angebot qualifizierter seelsorgerischer Begleitung und Unterstützung für Patienten und ihre Angehörigen. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass eine schwere Krankheit, zumal verbunden mit einem Krankenhausaufenthalt, auch als umfassende Lebenskrise erlebt wird und Fragen aufwirft, die nicht medizinisch oder pflegerisch beantwortet werden können.

An die Einbindung, Ausprägung und Qualität der Seelsorge werden gerade in einem kirchlichen Krankenhaus gesteigerte Erwartungen gestellt; darin wird ein besonders profilierendes Merkmal eines kirchlichen Krankenhauses gesehen. Hauptamtliche Seelsorgerinnen und Seelsorger erwerben die für die Arbeit im Krankenhaus erforderlichen Kompetenzen im Rahmen einer speziellen Weiterbildung. Sie werden vielfach durch unterschiedlich qualifizierte weitere Personen unterstützt.

Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus erfolgt in ökumenischer Ausrichtung, sie berücksichtigt die kulturelle, religiöse und konfessionelle Prägung der Menschen und achtet deren eigene Lebensdeutung und persönliche Selbstbestimmung. Seelsorgerische Begleitung und Unterstützung wird aber nicht nur von Patienten und ihren Angehörigen, sondern auch von den Mitarbeitern in Anspruch genommen und trägt wesentlich dazu bei, dass diese die Herausforderungen und Belastungen, die mit der Versorgung der Patienten im Krankenhausalltag verbunden sind, bewältigen können.

Kirchliche Krankenhäuser bieten Raum für ehrenamtliches Engagement

Kirchliche Krankenhäuser bieten einen attraktiven Raum für sinnvolles ehrenamtliches Engagement. Die Vielfalt der ehrenamtlichen Tätigkeiten reicht von Besuchs- und Betreuungsdiensten über die Begleitung von Sterbenden bis zu praktischen Hilfen wie der Unterstützung der Familien der Patienten.

Ihr barmherziger, sozialer Anspruch und ihr Charakter als Non-Profit-Einrichtungen lassen das Engagement auch aus Sicht der Helfer persönlich sinnvoll erscheinen. Zudem sind kirchliche Krankenhäuser typischerweise lokal stark verwurzelt und eng an Kirchengemeinden – die vielerorts auch Träger des Krankenhauses sind – angebunden. Die ehrenamtlichen Helfer in kirchlichen Krankenhäusern stammen dabei häufig aus Kirchengemeinden.

7. Aus Tradition gut vernetzt

Die zunehmende Vernetzung und sektorenübergreifende Versorgung wird in mehrfacher Hinsicht die Entwicklung des Gesundheitswesens und des Krankenhaussektors weiterhin entscheidend prägen.

Als ein wesentlicher Schritt zur Verbesserung der Behandlungsqualität und -effizienz gilt die vom Gesetzgeber gezielt geförderte¹⁷ sektorenübergreifende Versorgung als Versorgungsform der Zukunft. Mit Blick auf die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung – veränderte Altersstruktur, die Zunahme chronischer Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen, sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung – müssen Abschottung und Abgrenzung zwischen den einzelnen Sektoren überwunden werden. Hinzu tritt die Notwendigkeit, mit begrenzten Mitteln das bestmögliche Ergebnis in der medizinischen Versorgung zu erzielen. Notwendig ist hierfür, die drei Leistungsbereiche des Gesundheitswesens – die ambulante, die stationäre und die rehabilitative Versorgung von Patientinnen und Patienten – besser zu vernetzen, um eine abgestimmte Versorgung anbieten zu können.

Eine engere Zusammenarbeit zwischen stationären, ambulanten und rehabilitativen Versorgern erscheint für Krankenhäuser neben dem Ziel der Verbesserung der Behandlungsqualität auch aus wirtschaftlichen Gründen geboten, um bei anhaltendem Effizienzdruck im Gesundheitswesen die Wettbewerbsfähigkeit der Einrichtungen zu sichern.

Partnerschaftliche Vernetzung unter Gleichen

Kirchliche Krankenhäuser besitzen besondere Chancen, Kompetenzen und Erfahrungen bei der Vernetzung mit anderen Einrichtungen innerhalb und außerhalb des Krankenhaussektors. Durch ihre lokale Verwurzelung und ihre Glaubwürdigkeit bei der Sicherung der regionalen Gesundheitsversorgung wird ihnen von anderen Akteuren des Gesundheitswesens ein Vertrauensvorschuss entgegengebracht.

Ein wesentlicher Vorteil bei der Vernetzung ist zudem, dass kirchliche Krankenhausträger aus ihrem Anspruch der umfassenden Unterstützung Hilfebedürftiger und Kranker heraus bereits heute vielfach weite Bereiche der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung und -hilfe abdecken und damit bereits wichtiges Know-how für abgestimmte Versorgungsprozesse aufgebaut haben. Insbesondere die großen kirchlichen Trägergesellschaften betreiben neben Krankenhäusern in der Regel auch Einrichtungen wie Alten- und Pflegeheime, ambulante Dienste und Hospize.

¹⁷ Seit 2000 durch das SGB IV § 140a ff., seit 2004 mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) und seit 2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG).

Ein weiterer Vorteil für die Vernetzung besteht in der organisatorischen, aber vor allem auch weltanschaulichen und kulturellen Nähe zu den zahlreichen Einrichtungen der konfessionellen Wohlfahrtsverbände. Im Jahr 2006 verfügte die Caritas in ihren 2.572 stationären Einrichtungen der Gesundheitshilfe – darunter Krankenhäuser und Pflegeheime – über rund 238.000 Betten bzw. Plätze.¹⁸ Im selben Jahr befanden sich in diakonischer Trägerschaft 2.690 stationäre Einrichtungen der Kranken- und Altenhilfe mit über 226.000 Betten bzw. Plätzen.¹⁹ Hinzu kommen im Bereich der nichtstationären Gesundheits- und Altenhilfe 2.873 Einrichtungen der Caritas und 2.420 Einrichtungen der Diakonie.

Im Rahmen von Caritas und Diakonie stehen den kirchlichen Krankenhäusern Partner zur Seite, die bereits über Strukturen verfügen, die eine schnelle und effiziente Partizipation an der integrierten Versorgung ermöglichen und eine häufig aufwändige Suche nach passenden Kooperationspartnern erübrigen.

Vertrauen als Grundlage für Partnerschaften

Bei der Vernetzung und sektorenübergreifenden Versorgung in Kooperation mit nicht-konfessionellen Akteuren im Gesundheitswesen profitieren kirchliche Krankenhäuser von ihrer lokalen Verwurzelung wie auch von dem Vertrauen, das sie als verlässliche Partner und mit ihrem Blick auf das Wohl der Patienten aufgebaut haben. Seitens der niedergelassenen Ärzte wird das Engagement kirchlicher Krankenhäuser für die Sicherstellung der Grund- und Regelversorgung hoch angerechnet. Die am Patientenwohl ausgerichteten Angebotsstrategien und das umsichtige Vorgehen kirchlicher Träger beim Aufbau Medizinischer Versorgungszentren empfehlen die konfessionellen Krankenhäuser in besonderer Weise als Partner für sektorenübergreifende Versorgung. Dadurch besitzen kirchliche Krankenhäuser eine hervorragende Ausgangsposition für eine vertrauensvolle und künftig verstärkte Zusammenarbeit in vernetzten Strukturen.

¹⁸ Einrichtungsstatistik der Caritas, 2006.

¹⁹ Einrichtungsstatistik der Diakonie, 2006.

Positionen zur Krankenhauspolitik

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (DEKV)

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (KKVD)

Die kirchlichen Krankenhäuser und ihre Verbände DEKV und KKVD sind bereit, zur Sicherstellung einer verlässlichen Krankenhausversorgung auf hohem Qualitätsniveau für alle Menschen in unserer Gesellschaft nach Kräften beizutragen.

I. Grundsätzliche Anforderungen an die Gestaltung unseres Gesundheitssystems

Die Krankenhäuser benötigen verlässliche, über einen längeren Zeitraum hinweg stabile finanzierungs-, steuer-, wettbewerbs- und kreditrechtliche Rahmenbedingungen. Dringend erforderlich ist eine zukunftsfeste, stabile Einnahmebasis der GKV. Die politische Grundsatzentscheidung über die künftige Aufbringung der GKV-Beiträge muss schnellstmöglich getroffen werden. Der Gesundheitsfonds muss ausreichend dotiert werden. Mittel für die stationäre und ambulante Krankenhausversorgung müssen bedarfsgerecht kalkuliert, gesondert ausgewiesen und zweckbestimmt werden. Auf politischer Ebene muss auf Grundlage regelmäßiger Überprüfung über den Umfang des GKV-Leistungskatalogs entschieden werden.

II. Allgemeine Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Arbeit der Krankenhäuser im Rahmen unseres Gesundheitssystems

Gesetzliche Regelungen sind nicht nur auf ihre finanziellen Auswirkungen, sondern auch auf ihre Auswirkungen auf die Humanität im Krankenhaus zu überprüfen. Die Krankenhausversorgung muss auch in Zukunft konsequent patientenorientiert und mitarbeiterorientiert organisiert werden. Erforderlich ist eine konsequente Überprüfung

geltender und künftiger gesetzlicher Regelungen mit dem Ziel der Entbürokratisierung sowie Verringerung und Vermeidung von Bürokratiekosten. Die Rahmenbedingungen für gemeinnützige Träger müssen verbessert werden. Sie investieren erwirtschaftete Finanzmittel vollständig zur Verbesserung der Versorgungsqualität und entziehen dem Gesundheitssystem kein Kapital, um z.B. Ausschüttungen bedienen zu können. Die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgungsleistungen und der Ausbau integrierter Versorgungsstrukturen muss gerade aus Patientensicht konsequent fortgesetzt werden. Krankenhäuser können auf Grund ihrer Ressourcen ausgezeichnet eine umfassende medizinische Versorgung „aus einer Hand“ auf hohem Niveau nach einheitlichen Qualitätskriterien sicher stellen und steuern. Patienten müssen auch in Zukunft die Freiheit haben, sich im Krankenhaus ihrer Wahl behandeln zu lassen. Die Trägervielfalt ist deshalb bei der Krankenhausplanung und -finanzierung sowie bei der Gestaltung des Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern zu gewährleisten. Auch die Krankenkassen müssen die Trägervielfalt der Krankenhäuser beachten.

III. Krankenhausplanung

In Umsetzung des Sicherstellungsauftrags für die öffentliche Daseinsvorsorge muss die Krankenhausplanung als hoheitliche Aufgabe weiterhin Aufgabe der Bundesländer bleiben. Die Gewährleistung einer flächendeckenden bzw. wohnortnahen Versorgung bleibt auch in Zukunft ein wichtiges Kriterium für eine patientenorientierte Krankenhausplanung. Im Übrigen soll eine staatliche Rahmenplanung Versorgungsregionen und -schwerpunkte hinsichtlich Versorgungsstufen und medizinischen Fachgebieten festlegen sowie Unterversorgung verhindern. Dem Land obliegt dabei die Planung der Standorte der einzelnen Krankenhäuser und Hauptfachrichtungen. Leistungsmengen sind nicht Gegenstand staatlicher Planung. Die Gewährleistung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Versorgung mit Krankenhausleistungen für jedermann erfordert, am Kontrahierungszwang für die Krankenkassen festzuhalten und selektives Kontrahieren auszuschließen.

IV. Wettbewerb und Qualität

Die Umsetzung des Sicherstellungsauftrags erfordert einen nach sozialen und ordnungspolitischen Kriterien geordneten Wettbewerb im Krankenhausbereich. Dafür muss die Planungsbehörde sorgen. Im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen ist für Krankenhäuser eine Bereichsausnahme zu verankern. Der Wettbewerb muss als fairer Qualitäts- und Leistungswettbewerb ausgestaltet werden, ein Preiswettbewerb gefährdet die Versorgungsqualität. Defizitausgleich in unbegrenzter Höhe aus

öffentlichen Mitteln für in öffentlicher Trägerschaft geführte Krankenhäuser ist wettbewerbswidrig. Qualität muss sich auszahlen. Dabei muss nachweisbare medizinische und pflegerische Ergebnisqualität ausschlaggebend sein. Die Festlegung einheitlicher Qualitätskriterien und eines standardisierten Zertifizierungsverfahrens wäre zielführend. Mindestmengenregelungen sollten nur in Ausnahmefällen bei eindeutiger Relation zwischen Qualität und Menge zur Geltung kommen.

V. Finanzierung der Betriebskosten

Unter den geltenden Rahmenbedingungen gewährleistet das DRG-System keine auskömmliche Vergütung, sondern stellt sich nur als Instrument zur leistungs- und aufwandsgerechten Verteilung von Mitteln dar, die für die Finanzierung von Krankenhausleistungen als Deckungsbeiträge bereitgestellt werden. Die DRG-Vergütungen sind als für alle Krankenhäuser und Krankenkassen geltende Festpreise auszugestalten. Sie bedürfen notwendig und bleibend der Ergänzung durch bundeseinheitliche Zusatzentgelte sowie individuelle, krankenhauses- oder fallbezogen zu vereinbarenden Entgelte. Die Vergütung und die Vergütungsregeln müssen den Qualitäts- und Leistungswettbewerb stärken. Eine auskömmliche Vergütung der Krankenhausleistungen erfordert die Entkopplung der landesweiten Basisfallwerte bzw. des zukünftigen Bundes-Basisfallwerts als Bezugsgrößen von der Grundlohnsumme. Im Blick auf den künftigen, die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich berücksichtigenden Orientierungswert wird eine Indexierung vorgeschlagen. Diese sollte die Entwicklung bei Löhnen und Gehältern einbeziehen und könnte auch die Morbiditätsentwicklung berücksichtigen. Weiterentwicklung und Evaluation des DRG-Systems orientiert sich bisher an wirtschaftlichen Bedürfnissen. Sie muss stärker patienten- und mitarbeiterorientiert erfolgen.

VI. Finanzierung der Investitionskosten

Der DEKV und der KKVD sprechen sich nicht zuletzt wegen gewichtiger ordnungs- und sozialpolitischer Gründe für eine Beibehaltung der dualen Finanzierung, d.h. eine Finanzierung der Investitionskosten durch den Staat aus. Diese muss aber verlässlich und in ausreichendem Maße erfolgen. Die Bundesländer müssen ihrer Pflicht nachkommen, den Krankenhäusern ausreichende Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen, z.B. durch verlässliche, regelmäßige Zuweisung pauschaler Investitionsmittel, z.B. in Höhe einer bundeseinheitlich zu vereinbarenden Mindestinvestitionsquote. Außerdem müssen sie den Investitionsstau innerhalb eines festen, überschaubaren Zeitraums abbauen und unverzüglich damit beginnen. Die Förderpraxis der Bun-

desländer soll den Krankenhäusern Finanzierungssicherheit und unternehmerische Handlungsfreiheit verschaffen. Vorstellbar sind Kombinationen von Einzelförderung für Basismaßnahmen und Pauschalförderung für weitere Maßnahmen. Investitionspauschalen sind nicht als Zuschläge auf die DRG-Vergütungen zu zahlen, weil die DRGs den Investitionsbedarf der Krankenhäuser nicht abbilden. Sie sind nach betriebswirtschaftlichen Kriterien zu kalkulieren.

VII. Finanzierung von Aus- und Weiterbildung

Die Ausbildungskosten gemäß § 17 a KHG sind aus auskömmlichen, individuell vereinbarten Ausbildungsbudgets zu finanzieren. Bundeseinheitliche Preise oder Richtwerte werden den länderspezifischen Gegebenheiten nicht gerecht. An den Kosten für die Ausbildung in den Pflegeberufen sollten auch die Leistungserbringer in den anderen Versorgungsbereichen beteiligt werden. Die Ausbildungsfinanzierung muss Anreize setzen, auszubilden. Die aktuellen Anrechnungsschlüssel sind nicht angemessen und benachteiligen ausbildende Einrichtungen. Im Rahmen des DRG-Systems müsste die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung durch pauschalierte Zuweisungen erfolgen, weil die einzelnen Krankenhäuser in jeweils unterschiedlicher Weise dafür in Anspruch genommen werden.

Herausgeber:

Prognos AG
Henric Petri-Strasse 9
CH - 4010 Basel
Telefon +41 61 32 73-200
Telefax +41 61 32 73-300
E-Mail: info@prognos.com
www.prognos.com
Geschäftsführer:
Christian Böllhoff

Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.
Reinhardtstraße 18
D - 10117 Berlin
Telefon +49 30 80 19 86-0
Telefax +49 30 80 19 86-22
E-Mail: info@dekv-ev.de
www.dekv-ev.de
Verbandsdirektor:
Pastor Norbert Groß

Katholischer Krankenhausverband
Deutschlands e.V.
Lorenz-Werthmann-Haus
Karlstraße 40
79104 Freiburg i.Br.
D - 79104 Freiburg
Telefon +49 761 200-352
Telefax +49 761 200-609
E-Mail: kkvd@caritas.de
www.kkvd.de
Geschäftsführer:
Thomas Vortkamp

Oktober 2009

Druck:
Krankenhausdrucke-Verlag
Wanne-Eickel GmbH
Resser Straße 55
44653 Herne
www.khdv.de

Titelbild:
G-K-B., Sabine

Umschlaggestaltung:
Peter Vögtle, Basel

Stimmen zu kirchlichen Krankenhäusern:

„Bei den konfessionellen Krankenhäusern hat die Gewährleistung einer umfassenden Versorgung trotz aller betriebswirtschaftlichen Anpassungen zentrale Bedeutung. Die Möglichkeiten zur Vernetzung mit nachsorgenden Einrichtungen sind ein wesentlicher Vorteil der konfessionellen Häuser. Sie profitieren von eingespielten Verbundstrukturen.“

Dr. Julius Siebertz, Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS)

„Wir sind dem caritativ-diakonischen Auftrag verpflichtet. Besonders in einer Zeit wie heute ist Kirche und damit auch alle weiteren christlichen Einrichtungen für hilfebedürftige Menschen da. Daher ist es unser Ziel, eine qualitativ hochwertige Rundumversorgung mit persönlicher Zuwendung zu verbinden. Wir orientieren uns dabei am Marktgeschehen und an unserem christlichen Werterahmen.“

Dr. Klaus Goedereis, Vorstandsvorsitzender, St. Franziskus Stiftung Münster

„Die hohe Mitarbeiterorientierung als kirchliches Krankenhaus formulieren wir explizit als Versprechen gegenüber den Mitarbeitern, das die fachliche und methodische Weiterentwicklung, die Wertschätzung und individuelle Förderung jedes Beschäftigten, die systematische Führungskräfteförderung sowie eine faire Vergütung und Work-Life-Balance-Angebote beinhaltet.“

Bernd Weber, Vorstandsvorsitzender, Agaplesion gAG

„Die Politik möchte die Trägerpluralität der drei Säulen unbedingt erhalten. Wir wollen keine Monostrukturen. Der entscheidende Vorteil aller freigemeinnützigen Träger liegt sicherlich im fehlenden Zwang des Shareholder-Value-Prinzips. Die Rendite kann in die Verbesserung der Versorgungsqualität investiert werden.“

Marion Caspers-Merk

„Bei unserer letzten Krankenhausübernahme in Ostdeutschland haben wir den Zuschlag bekommen, weil wir glaubwürdig vermitteln konnten, dass wir die Arbeitsplätze im Landkreis erhalten und die flächendeckende Versorgung auch in Zukunft sicherstellen.“

Dr. Jörg Blattmann, Hauptgeschäftsführer der Johanniter GmbH

„Nah am Menschen, stark als Partner – ein Motto, das wir leben. Als christliches Unternehmen wollen wir auch in Zukunft für all die Menschen da sein, die unsere Hilfe brauchen. Zugleich möchten wir unseren Mitarbeitern Chancen und Perspektiven für ihre berufliche und menschliche Entwicklung bieten. Das macht einen attraktiven Arbeitgeber aus.“

Christa Garvert, Specherin der Geschäftsführung,
Marienhaus GmbH Waldbreitbach