

Bistum Essen

**Bischof Dr. Franz-Josef Overbeck**

**Konfessionelle Krankenhäuser im Bistum Essen:  
Zwischen Ökonomie, Medizin und Kirchlichkeit**

**Ansprache beim K+D Gesundheitskongress  
10. März 2012, Kongress Centrum, Essen**

---

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wir stehen vor großen Herausforderungen in der kirchlichen Landschaft der Krankenhäuser und der sozialcaritativen Einrichtungen im Bistum Essen.

Die Krankenhäuser in Deutschland befinden sich seit Jahren in einer Umbruchsituation. Die zurückliegenden Strukturreformen im Gesundheitswesen wirken sich maßgeblich auf den stationären Sektor, den größten Ausgabensektor des Gesundheitswesens, aus. Tatsache ist: Jedes Krankenhaus ist heute gezwungen, durch wettbewerbsorientiertes Verhalten bei hoher Qualität seinen Bestand zu sichern. Es steht unter Effizienz- und Konkurrenzdruck.

Im Zuge dieser Anpassungsprozesse verändern Krankenhäuser teilweise nicht nur ihr Erscheinungsbild und Verhalten gegenüber ihren Patienten, sondern revidieren ihre Unternehmensziele- und -strukturen, die interne Leistungserfassung und ihre Unternehmensleitbilder.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung haben wir im Oktober 2011 die Kosmas und Damian GmbH gegründet. Wir wollen den notwendigen Strukturwandel im Gesundheitswesen seitens des Bistums auf eine neue Weise mit einem zukunftsorientierten Gestaltungsanspruch begegnen. Diese anspruchsvolle Gestaltungsaufgabe können wir nicht alleine angehen, das geht nur mit Ihnen, das geht nur gemeinsam!

Viele von Ihnen haben dies – in Bezug auf die Rolle, die das Bistum in der Vergangenheit in diesem Feld wahrgenommen hat, als einen „Politikwechsel“ wahrgenommen. Diese Wahrnehmung ist richtig!

Das junge Unternehmen, die Kosmas und Damian GmbH, ist noch im Aufbau. Aber es hat sich bereits als Ansprechpartner, Moderator und Projektentwickler etabliert.

In diesem Kontext wollen wir heute mit Ihnen gemeinsam die Notwendigkeit von Veränderungen erörtern, Strategien und Szenarien einer Verbundbildung der katholischen Einrichtungen diskutieren und voranbringen.

Jeder Veränderungsprozess braucht klare Motive und Ziele, um erfolgreich zu sein.

Ein starkes Motiv zeigt uns der Evangelist Lukas. Der Überlieferung nach war er Arzt.

Sie kennen den Text des Samaritergleichnisses:

*„Dann kam ein Mann aus Samarien, der auf der Reise war. Als er den unter die Räuber Gefallenen sah, hatte er Mitleid, ging zu ihm hin, goss Öl und Wein auf seine Wunden und verband sie. Dann hob er ihn auf sein Reittier, brachte ihn zu einer Herberge und sorgte für ihn.“ (Lk10,33)*

Die Geschichte des barmherzigen Samariters ist uns vertraut. Die bildlichen Darstellungen fokussieren in der Regel, wie der Mann aus Samarien die Wunden des Überfallenen versorgt. Nur wenige Bilder, wie etwa eine Darstellung von Rembrandt, stellen eine andere Szene in den Mittelpunkt – nämlich die Szene, in der der Samariter mit dem Wirt der Herberge Verabredungen trifft und einen Preis aushandelt:

*"Sorge für ihn, und wenn du mehr für ihn brauchst, werde ich es dir bezahlen, wenn ich wiederkomme." (Lk 10,35b)*

Das ist die oft übersehene „ökonomische Dimension“ der Samaritergeschichte. Auch diese Dimension gehört zum Gleichnis: Eher unauffällig und beiläufig, handelt der Samariter mit dem Wirt den "Versorgungsauftrag" aus:

*"Er holte zwei Dinare hervor, gab sie dem Wirt und sagte: Sorge für ihn, und wenn du mehr für ihn brauchst, werde ich es dir bezahlen, wenn ich wieder komme." (Lk 10, 35)*

Die Gleichnisse Jesu begnügen sich mit knappen Worten und doch ist noch Platz, diese "Hilfeplanung und Budgetverhandlung" zu dokumentieren. Der Samariter als "Ersthelfer" bleibt die wichtigste Person. Aber auch der Wirt der Herberge spielt eine Rolle in der „Versorgungskette“.

Übersetzt in unsere Zeit heißt das: Natürlich sind eine gute Geschäftsführung und betriebswirtschaftliche Kompetenz nicht alles. Aber: Ohne sie ist schnell alles nichts! Natürlich ist die ökonomische Perspektive und ein nachhaltiges Wirtschaften für die Zukunftssicherung elementar. Aber: Sie ist nicht alles!

Die Sinnspitze des Gleichnisses vom barmherzigen Samariter aber ist eine andere: Der Priester und auch der Levit sehen den Ausgeplünderten und Niedergeschlagenen. Und - sie gehen weiter!

Beiden fehlt die Empathie, das Mitleid, das den Mann aus Samarien zum Handeln drängt. Damit verfehlen beide das Grundanliegen Jesu, nämlich das Gebot der Gottesliebe mit dem Gebot der Nächstenliebe zu verbinden.

Ausgerechnet ein Samariter – er gehörte zu einer wenig geschätzten Randgruppe des Judentums zur Zeit Jesu - wird im biblischen Gleichnis zum Vorbild der Barmherzigkeit. Der Fremde aus Samarien versteht intuitiv, dass Heilung und Gottesliebe untrennbar verbunden sind.

Was die biblische Erzählung in ihrem Sinngehalt anbietet und vorzeigt, ist ein Grundimpuls christlicher Lebensorientierung und –praxis: Es geht um Heilung in einem umfassenden Sinne.

Dieser Sinngehalt, der die gesamte christliche Tradition und Geschichte der caritativen Institutionen durchwirkt, entfaltet auch bis heute seine Dynamik:

Er wirkt auch hinein in die Suche nach einer spezifischen Identität kirchlicher Gesundheits- und Sozialeinrichtungen.

Es geht nicht zuerst um den Gewinn, es geht um den Menschen!

Wer in ein Krankenhaus eingeliefert wird oder wer einen neuen Lebensabschnitt in einem Alten- oder Pflegeheim beginnt, erfährt eine mitunter eine radikale Veränderung seines Lebens. Er hofft auf baldige und vollständige Genesung oder auf einen erfüllten

Lebensabend. Solch eine existenzielle Verunsicherung durch Krankheit oder der mit Abschied verbundene neue Lebensabschnitt in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung können das Lebensgefühl auslösen, an den Rand gedrängt, verloren und ausgegrenzt zu sein.

Ärzte, Pflegekräfte und Seelsorger nehmen die Hoffnungen, die Ängste und die Verunsicherung dieser Menschen wahr. Solch eine existenzielle Verunsicherung kann das Gefühl auslösen, an den Rand gedrängt, verloren und ausgegrenzt zu sein. Ein Krankenhaus, ein Alten- oder Pflegeheim wird somit zu einem Ort existenzieller Grenzerfahrung. Der Mensch braucht mehr als nur eine medizinische Versorgung und "Reparatur" seiner Gesundheit - besonders wenn die Krankheit unerwartet hereinbricht und Lebenspläne vielleicht dauerhaft in Frage stellt.

Es geht um den Menschen! Es geht um Aufmerksamkeit, Mitsorge, Verständnis, Zuwendung.

Wir dürfen in diesem Zusammenhang auch nicht vergessen, dass unsere Krankenhäuser - auch wenn sie Gesundheitszentren sind und heißen - heute neben den Altenheimen der vorrangige Ort des Abschieds vom Leben sind. Das Sterben hat sich aus dem häuslich-familiären Zusammenhang immer mehr in die Institutionen verlagert. Wenn alle Heilung am Ende ist, wird gerade von einem kirchlichen Haus eine Sterbe- und Trauerbegleitung erwartet. Wie gehen wir damit um? Setzen wir dafür genug ein?

Wie erleben Patienten heute die Ärzte in unseren Krankenhäusern als „Medizintechniker“, als „Dienstleister“?

Viele Ärzte fühlen sich in ihrem professionellen Selbstbild und beruflichen Ethos falsch verstanden, wenn sie in Zeiten der Fallpauschalen auf den Status eines Erbringers einer ökonomischen Dienstleistung reduziert werden. Die Kritik an einer solch reduzierten Sichtweise ist nicht neu.

Johannes Rau hat einmal treffend gesagt: "Gesundheit ist ein hohes Gut, aber sie ist keine Ware - Ärzte sind keine Anbieter, Patienten keine Kunden. Die medizinische Versorgung darf nicht auf eine Dienstleistung reduziert werden."

Aus christlicher Sicht bleibt unter heutigen Bedingungen stets die Frage: Was lässt der heutige Krankenhausbetrieb, der Pflegebetrieb zu?

In der Hektik des Alltags geht der Blick auf die Uhr und auf die Funktionalitäten, der Alltag des Betriebs steht unter dem Druck der Leistungsverrechnung.

Die Diakonia als Kernelement der kirchlichen Sendung hat auch eine sozialetische und gesellschaftspolitische Dimension:

Auch in Zeit der Kostendämpfung und Rationalisierung ist es aus meiner Sicht entscheidend, dass alle Menschen, auch die Armen, die Kranken und die Alten einen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung erhalten. Das ist eine Frage der Gerechtigkeit und der Solidarität.

Daher braucht die Systemdebatte im Gesundheitswesen immer wieder den Rückgriff auf das kritische Potential sozialetischer Maßstäbe wie der Verteilungsgerechtigkeit, der Generationengerechtigkeit und der Eigenverantwortung.

Die Kirche wird die weitere gesellschaftliche Entwicklung in der medizinischen Versorgung und in der Pflege mit hoher sozialetischer Aufmerksamkeit kritisch begleiten. Aber es wäre eben halbherzig und unehrlich, Ansprüche gegenüber dem System der Gesundheitsversorgung zu erheben, derer man sich in den eigenen Einrichtungen nicht selber aktiv stellt.

Aus meiner Sicht kommt es entscheidend auf eines an:

Medizin, Ökonomie und Kirchlichkeit dürfen nicht als unvereinbare Pole verstanden werden! Die unterschiedlichen Logiken dieser Dimensionen müssen im organisatorischen Kontext des Krankenhauses oder des Alten- und Pflegeheims ohne einseitige Reduktion „ins Spiel gebracht“ werden.

Die Dominanz einer ökonomischen Ausrichtung verfehlt diese Mehrdimensionalität und wird dem Menschen nicht gerecht. Damit wird aber nicht naiv übersehen, dass erst nachhaltige Betriebsführung für alles Weitere die Basis darstellt.

Innerbetriebliche Kostentransparenz ist - in der Sprache der Ökonomen formuliert - ein wichtiger Faktor zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven; gleichzeitig führt aber diese Entwicklung auch dazu, dass ökonomische Faktoren und auftretende Knappheiten die Entscheidungen von Ärzten und Pflegepersonal notwendigerweise beeinflussen. Das führt zwangsläufig in ethische Dilemmata.

Darüber hinaus kann sich im Klinikalltag eine problematische Praxis einstellen:

Da werden Notfallpatienten in eine andere Klinik abgeschoben, wenn der Kliniketat erschöpft ist; oder Patienten werden wegen höherer erzielbarer Einnahmen auf Intensivstationen verlegt, obwohl es nicht notwendig ist; da werden medizinisch nicht notwendige Operationen durchgeführt, um Extra-Vergütungen zu erzielen. Das sind nur einige Beispiele für fragwürdige Fehlsteuerungen.

Zweifellos sind alle im Krankenhaus agierenden professionellen Akteure heute veranlasst, ökonomische Sachzwänge stärker als zuvor in ihr Handeln und ihre Entscheidungen zu integrieren.

Aber gerade deshalb kommt es für kirchliche Häuser – das gilt für Krankenhäuser und Alten- und Pflegeeinrichtungen gleichermaßen - darauf an, die wirtschaftliche Steuerung wahrzunehmen, die Qualität der Medizin sicherzustellen und die kirchliche und ethische Orientierung, die kirchlichen Häusern aufgegeben ist, in die Kommunikations- und Unternehmenskultur einzubringen und konkret Gestalt werden zu lassen.

Eine komplexe Aufgabe, von der ich überzeugt bin, dass sie gestaltbar ist – auch wenn sich nicht alle Widersprüche harmonisch auflösen lassen.

Katholische Häuser, die diese Herausforderungen einer mehrdimensionalen Entwicklung unter den veränderten gesellschaftlichen und kirchlichen Bedingungen nicht annehmen, verfehlen ihren Auftrag und werden – über kurz oder lang – „durch den Markt bestraft“ werden.

In der Frühphase der Industrialisierung gab es keine Krankenversicherung und keine geregelte Versorgung im Krankheitsfall. Kirchenangehörige, Ordensleute und Laien gründeten die ersten Krankenhäuser im Ruhrgebiet. Sie unterstützten das Gemeinwesen. Die Ordenschwestern prägten das Bild der fürsorglichen Pflege und Zuwendung, nicht nur in kirchlichen Häusern. Die Ordensfrauen lebten die barmherzige Zuwendung zum Kranken in der Nachfolge Jesu. Aber die Zeiten haben sich gewandelt. Der Name "Schwester" ist geblieben.

Heil und Heilung ereignet sich heute im Rahmen der Erwerbtätigkeit in einem eng getakteten Dienst in einer komplexen Organisations-, Ablaufs- und Prozessstruktur und im Rahmen einer hochtechnisierten Medizin.

Kirchliche Krankenhäuser sind ihrem Auftrag und Selbstanspruch nach verpflichtet, auch die Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung und des Pflegedienstes patienten- und mitarbeiterorientiert zu gestalten.

Aus vielen persönlichen Gesprächen weiss ich: dass es darauf ankommt, dass Pflegekräfte, Ärzte und Seelsorger, trotz aller Arbeitsverdichtung, ihre Motivation erhalten können, jene Zuwendung zum kranken und alten Menschen zu leben, wegen derer sie ihren Beruf gewählt haben.

Das bedeutet: Die Rahmenbedingungen müssen entsprechend gestaltet sein, damit dieses intrinsische Motiv der Berufswahl und des professionellen Engagements in einem „hochregulierten Betrieb“ nicht auf der Strecke bleibt.

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wie lässt sich das biblische inspirierte Nachdenken über den barmherzigen Samariter und der von mir versuchte Brückenschlag in unsere Gegenwart zusammenfassen, so dass daraus eine Richtschnur für den anstehenden Strukturwandel in unserem Bistum entsteht?

Dazu abschließend dazu einige Akzentsetzungen:

1. Das Bistum Essen will im Auftrag Jesu nach dem Vorbild des Samariters an keiner menschlichen Not vorübergehen, sondern den kirchlichen Sendungsauftrag glaubwürdig in die kirchlichen Einrichtungen einbringen. Deshalb werden wir uns nicht *ohne Not* aus unserem Engagement im Gesundheitswesen zurückziehen.

2. Heilung und Heil gehören um der Menschen und um Gottes Willen zusammen. Das Bistums Essen will den Sendungsauftrag im Bereich des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung für die Menschen unserer Region fördern. Das muss die Offenheit und Sensibilität für ethische Fragen einschließen. Nicht nur die High-Tech-Medizin wirft neue ethische Fragestellungen auf. Fragen der Allokation, des Therapieverzichts, der Rationierung medizinischer Leistungen und die damit verbundenen Gerechtigkeitsfragen, die Wahrheit am Krankenbett, die klinische

Forschung, die Sterbebegleitung sind nur einige Fragen, in die Christen ihre Sicht in den ethischen Diskurs und in die Praxis einzubringen haben.

Und dazu zählt auch die Gestaltung einer christlich geprägten Kultur in unseren kirchlichen Einrichtungen. Es geht darum, unter veränderten Bedingungen das christliche Profil der Krankenhäuser stärker und neu in den Mittelpunkt zu rücken. An diesem Auftrag müssen wir sehr ernsthaft festhalten. Es geht um mehr, als unsere Häuser ein wenig katholisch „zu dekorieren“ und dies als Markenvorteil zu deklarieren. Daher wird neben den bestehenden Qualitätsnormen auch die Weiterentwicklung einer christlich geprägten Unternehmenskultur und eines christlich fundierten ethischen Qualitätsmanagements wesentlich sein.

3. Das Bistum Essen ist ein Teil der katholischen Kirche. Wir wissen, was wir können und wo wir Unterstützung und Zusammenarbeit brauchen. Wir sind offen für unterschiedliche Formen der Kooperation. Deshalb sind wir eine strategische Partnerschaft zwischen dem Bistum Essen und der St. Elisabeth GmbH eingegangen. An dieser Stelle danke ich der St. Elisabeth GmbH und vor allem Ihnen, Sr. Basina, für die bisher in dieser Partnerschaft und in der Wahrnehmung der Mitgesellschafterstellung der Kosmas und Damian GmbH erfahrene Unterstützung.

4. Als Bischof trage ich auch die Mitverantwortung für die strukturelle Absicherung der caritativen Arbeit. Sie wissen, dass einzelne Krankenhäuser aufgrund von strukturellen Problemen in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten sind. Ohne ausreichende Wirtschaftlichkeit, Finanzierungskraft und höhere Investitionsquoten werden die Herausforderungen der Zukunft nicht zu bewältigen sein. Auf der Ebene des Bistums sind wir zu der Einschätzung gekommen, dass die Organisationsstruktur für die Wahrnehmung der Aufsichtsverpflichtung des Bistums und für die Steuerung der katholischen Krankenhäuser nicht geeignet ist.

De facto hat das Bistum in der Vergangenheit wenig Einfluss auf die operative Steuerung der Unternehmen genommen, es trägt aber zuletzt im Falle drohender Liquiditätsprobleme, einer Insolvenz oder größerer Investitionsvorhaben ein hohes Risiko.



Deshalb möchte ich in meiner Verantwortung als Bischof die wirtschaftliche und rechtliche Entflechtung der Einrichtungen von den Kirchengemeinden erreichen und zugleich die Verbundbildung der katholischen Träger voranbringen.

Nur auf diesem Weg sehe ich eine Chance dafür, auch künftig katholische Krankenhäuser im Bistum Essen zu erhalten. Ich hoffe dabei auf Ihre konstruktive Mitwirkung!

Ich habe sehr deutlich gemacht, dass die wirtschaftlichen Konsolidierungsaufgaben, die Stärkung und Abstimmung des medizinischen Leistungsangebots und die Profilierung des diakonischen Sendungsauftrags aufeinander bezogene Aspekte einer Aufgabe sind.

Papst Benedikt hat die Verantwortung der Kirche für die Caritas in seiner ersten Enzyklika "Deus caritas est" in Erinnerung gerufen. Er greift die Aufgabe der strukturellen Absicherung der „organisierten Nächstenliebe“ auf: *„Die karitativen Organisationen der Kirche (...) müssen das ihnen Mögliche tun, damit die Mittel dafür und vor allem die Menschen bereitstehen, die solche Aufgaben übernehmen.“*

Ich danke Ihnen, die Sie sich in den Geschäftsführungen, in der Verwaltung, den Gesellschafter- und Aufsichtsgremien, den Stiftungs- und Kirchenvorständen mühen, das Ihnen Mögliche zu tun, damit "die Mittel dafür und vor allem die Menschen bereitstehen".

Ihre Aufgabe ist eine wertvolle diakonische Aufgabe und ein Dienst an den Menschen! Es gilt, bei allem künftigen Wandel die in den katholischen Einrichtungen arbeitenden Menschen mit ihren Charismen, ihrer Professionalität und ihren beruflichen Leistungen Wert zu schätzen: sie sind die unverzichtbaren Träger des kirchlichen Engagements. Ohne sie und ihren Einsatz ist der kirchliche Sendungsauftrag nicht vorstellbar.

Zu allem dem Gesagten passt ein Paulus-Wort. Dieses Wort verweist auf die Zukunft.

Es lautet: „Prüft alles und behaltet das Gute!“ (1 Thess 5,21)

In diesem Sinne erbitte ich uns für die heutigen Diskussionen und Beratungen Gottes Segen!