

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 Krankenhausseelsorge 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 Praktikumsjahr in der Seelsorge zweier Akutkliniken sowie eines Hospizes und einer Psychiatrischen Klinik absolvieren. Seit Februar 2010 bin ich in der Krankenhausseelsorge des Marienhaus Klinikums im Kreis Ahrweiler angestellt, in einem Akuthaus und einer Geriatrischen 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 Krankenhausseelsorge 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 Krankenhausseelsorge 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 Krankenhausseelsorge 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 Krankenhausseelsorge überhaupt langfristig zukunfts-fähig 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 geäußerter Wertschätzung für die Krankenhausseelsorge 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 Krankenhausseelsorge 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 Krankenhausseelsorge beschreibt. Michael Fischer arbeitet in „Das konfessionelle Krankenhaus“ (2009) Besonderheiten konfessioneller Trägerschaft heraus und befasst sich ausführlich mit Professionalität und Qualität der Krankenhausseelsorge. Michael Klessmann lässt (2013) auch in der vierten Auflage seines Kompendiums „Handbuch der Krankenhausseelsorge“ 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 Krankenhausseelsorge 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 Krankenhausseelsorge unsicher, obwohl ihr hohe Kompetenz als der modernste Seelsorgeberuf attestiert wird. Die vorliegende Arbeit verweist auf Chancen, die eine professionelle Krankenhausseelsorge auf der Basis ihrer spezifischen und unvertretbaren 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) Krankenhaussträgern 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, pflegerischer, 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 Krankenhausseelsorge 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 spirituell Suchende und Menschen in Krankheit und Krise beleuchtet.

Auf dieser breiten Grundlage zu den ‚Zeichen der Zeit‘ ist Teil III ganz der Krankenhausseelsorge 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 Krankenhausseelsorge 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 Krankenhausseelsorge als Fachdienst am kirchlichen Ort, insbesondere im Hinblick auf die Grundvollzüge. Zum Schluss wird darauf verwiesen, dass die Mitwirkung der Krankenhausseelsorge bestimmte Rahmenbedingungen benötigt, allerdings besonders in kirchlichen Einrichtungen deutliche Vorteile gegenüber Spiritual Care bietet.

Wegen der umfassenden Bedeutung professioneller Krankenhausseelsorge für die Gesamtkirche und für kirchliche Einrichtungen optiert Teil V für die Stärkung der professionellen konfessionellen Krankenhausseelsorge. Die dort aufgeführten Fragen bezüglich zeitgemäßer Qualifikation von KrankenhausseelsorgerInnen 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. Gleichermaßen 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.
- KrankenhausseelsorgerInnen, 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 Verständnis 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 Krankenhausseelsorge 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 Krankenhausseelsorge 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 http://landesrecht.rlp.de/jportal/portal/t/10xe/page/bsrlpprod.psml?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=1&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-KHGRPV7IVZ&doc.part=S&doc.price=0.0; zuletzt 30.5.2015.

3 Vgl. www.msagd.rlp.de/no_cache/gesundheit/krankenhauswesen/landeskrankenhausplan-2010/?cid=114139&did=57231&sechash=4ed085b9, geprüft 30.05.2015. Die Krankenhausplanung bezieht sich auf die Krankenhäuser und ihr Angebot, legen jedoch weder Leistungs-zahlen noch Fallzahlkorridore fest. Vgl. für Nordrhein-Westfalen <http://gesundheit.nrw.de/content/e224/e349/e363/e365>, zuletzt geprüft 30.05.2015.

durch Rückgang der Zahl der Ordensschwestern, Umwandlung von Ordenshäusern in Gesellschaften und Stiftungen, durch Spezialisierung und Segmentation der Berufe in der Krankenversorgung sowie durch die Öffnung

Was man in der Bundesrepublik
Gesundheitspolitik nennt, ist seit
Mitte der 70er Jahr nahezu iden-
tisch mit ‚Kostendämpfungspolitik‘.

Hagen Kühn, 2013, 30

des ‚Gesundheitsmarktes‘ für
private Anbieter/Träger. Die
politischen Weichenstellun-
gen im Gesundheitssystem
wurden meist im Hinblick
auf Kosteneinsparungen vor-
genommen. Das bezeichnet
Jens Flintrop als die bis heute
fortdauernde „Abkehr vom

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

Eine weitere Verschärfung scheint sich durch das Krankenhausstruktur-
gesetz von 2015 abzuzeichnen.⁶ Das Kontrollorgan für die Beurteilung der dort
genannten Qualitätskriterien ist das außerparlamentarische ‚Institut für Qua-
lität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)‘.⁷ Jedes Krankenhaus
meldet die Leistungen nach den geforderten Qualitätskriterien an dieses In-
stitut, 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 beste-
hen, 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 Ge-
setzes sei die durch die DRG nicht erreichte (weitere) Reduzierung der Zahl
von Krankenhäusern. Sie bemängeln, dass die Landesregierungen (und ein-
zelnen Abgeordneten der betreffenden Wahlkreise) offenbar trotz ihrer ge-
setzlich 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 sektorenübergrei- fenden Qualitätssicherung, der Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln und der Publikation der Ergebnisse [...].“