

Bischof Dr. Felix Genn

**Vortrag am 20. April 2016
im Diözesancaritasverband zum Thema:**

**Unser Auftrag, unser Profil.
Zur Zukunft katholischer Krankenhäuser im Bistum Münster**

0. Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Mitglieder der diözesanen Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser in der Diözese Münster,

ich freue mich, dass wir heute zu dieser wichtigen Frage miteinander ins Gespräch kommen. Das bietet mir die Gelegenheit, mich mit Ihnen als Verantwortungsträger und Entscheider über Entwicklungen eines zentralen kirchlichen Wirkfeldes auszutauschen. Wie wir alle wissen, sind diese Entwicklungen in den letzten Jahren sehr herausfordernd gewesen. Sie sind sicherlich nicht nur durch gute Erfolge gekennzeichnet. In der jüngsten Vergangenheit erst sind in einigen Gebieten der katholischen Landschaft unseres Bistums große existenzielle Nöte erkennbar geworden. Schließungen von Krankenhäusern sind in unserem näheren Umfeld leider zu einer sehr realistischen Option geworden, von der bedauerlicherweise nicht nur eine Reihe von Menschen dramatisch erfasst wurde, sondern bei der in der Öffentlichkeit auch Kirche sehr kritisch angefragt wurde. Mitsamt der seit geraumer Zeit ohnehin sich vollziehenden Langzeittrends wie Rationierung, demografischer Wandel oder kirchlichen Traditionsabbrüchen sind eine Gemengelage benannt, die für uns als katholische Einrichtungen in unserem Selbstverständnis eine große Bewährungsprobe darstellen.

Nicht zuletzt aus diesem Grund bin ich froh und dankbar, dass sich vor einigen Jahren eine Initiative von Ärzten und Geschäftsführern gegründet hat, die sich gezielt mit der Frage nach dem „christlichen Profil katholischer Krankenhäuser“ im Bistum Münster befasst. Für mich steht fest, dass die Auseinandersetzung mit der Frage des Selbstverständnisses und des Profils keine „Feierabendveranstaltung“ ist. Ich habe die Vermutung, dass sie sogar dazu geeignet ist, einen Beitrag zum Gelingen unserer Arbeit und damit für die Zukunftsfähigkeit katholischer

Krankenhäuser zu leisten. Wir dürfen die Profilfrage allerdings nicht nur selektiv im Blick auf das Innenleben der einzelnen Häuser stellen. Die jüngsten Entwicklungen in der Diözese drängen uns heute stärker als zuvor dazu, den Blick nun auch auf die Ebene des *Zusammenwirkens* aller Akteure der gesamten katholischen Krankenhauslandschaft zu lenken.

Meine Damen und Herren, es sind nun fast sechs Jahre vergangen, als ich in einem ähnlichen Rahmen zu Ihnen sprach. Es ging seinerzeit um den „Stellenwert der katholischen Krankenhäuser in der Kirche“. Ich habe diesen Stellenwert als außerordentlich hoch eingeschätzt. Ich darf gleich vorweg bekräftigen: An meiner damaligen Einschätzung hat sich nichts geändert. Ich halte katholische Krankenhäuser nicht nur in unserem Bistum, sondern grundsätzlich in unserer Gesellschaft für unverzichtbar. Mehr noch: In der Krankenversorgung erkennen wir als Kirche einen Grundauftrag, der geradezu „unverhandelbar“ ist: „Die Sorge um den Nächsten, besonders um den Armen und um den Kranken, ist (...) in der Verkündigung des Evangeliums das wichtigste Zeugnis vom anbrechenden Reich Gottes. Heilt Kranke, weckt Tote auf, macht Aussätzige rein, treibt Dämonen aus', weist Jesus seine Jünger an (Mt 10,8).“ (Paul 2015, 44)

Dies ist unser Grundauftrag, der unser Handeln legitimiert. Unser ganzer „Erfolg“ hängt davon ab, inwiefern wir unserem Grundauftrag gerecht werden und ihn verwirklichen. Die Frage, in welcher Form, in welcher strukturellen Gestalt und in welcher genauen Tragweite katholische Krankenhäuser diesen Auftrag ganz konkret erfüllen sollen, ist nicht von vornherein entschieden. Doch man darf mit aller Überzeugung sagen: So gut und umfassend wie nur möglich, sollten wir innerhalb der gegebenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen unsere Weltverantwortung wahrnehmen und durch unsere Arbeit ein tatkräftiges Zeugnis vom Heilswirken Gottes abgeben.

Vor dem Hintergrund dieses Standpunktes möchte ich nun drei Gedankengänge skizzieren. Diese haben *erstens* die Frage des Selbstverständnisses und des Profils katholischer Krankenhäuser zum Gegenstand, wobei ich an die Umfrageergebnisse der erwähnten Profilitiative aus dem letzten Jahr anknüpfen möchte. *Zweitens* möchte ich einige Bemerkungen zur Wirtschaftlichkeit und zum Wettbewerb machen, wie sie innerhalb des katholischen Krankensektors gestaltet werden. Schließlich möchte ich *drittens* die aktuellen Querelen der Krankenhausträgerinsolvenz im Kreis Steinfurt zum Anlass nehmen,

um über Möglichkeiten des verstärkten Zusammenwirkens der Akteure innerhalb der katholischen Krankenhauslandschaft der Diözese Münster nachzudenken.

Erlauben Sie mir, bevor ich beginne, noch den einen Hinweis, dass ich mit meinen Ausführungen in erster Linie das Ziel verfolge, Fragen aufzuwerfen, was ich jeweils am Ende der drei Gedankengänge auch tun werde. Ich möchte mit Ihnen im Anschluss über diese Frage gern ins Gespräch kommen und damit zugleich deutlich machen, wie sehr ich auf Sie als Fachkundige und Praxisexperten und auf Ihr Mitdenken angewiesen bin. Das sage ich als Ihr Bischof, der Entwicklungen in unserer Diözese sicherlich beeinflussen, aber bestimmte Dinge nicht in der Tragweite entscheiden kann, wie es manchmal in der Öffentlichkeit gedacht wird. Nun zu meinem ersten Punkt.

1. Das Christliche als Beziehungsqualität

Bei meinem Besuch im vergangenen Jahr beim Arbeitskreis zum christlichen Profil diskutierten wir gemeinsam die Ergebnisse der Umfrage, die die Initiative in den katholischen Kliniken durchgeführt hat. Ich darf sagen, dass ich es nach wie vor als ein überaus positives Ergebnis empfinde, dass für die Mehrheit der Mitarbeitenden das christliche Profil der Häuser, in denen sie arbeiten, erkennbar ist und dass dieses Profil für ihre Arbeit zugleich eine nicht zu unterschätzende Bedeutung hat.

Bemerkenswert empfinde ich vor allem, woran Mitarbeitende dies festmachen. Es sind nicht in erster Linie die äußeren, sichtbaren Zeichen christlicher Kultur, möglicherweise das Vorhalten von Meditationsräumen, Kruzifixe in den Zimmern, vorhandene Leitbildtexte o.ä. – diese Dinge sind sinnvoll, da sie den Geist eines Hauses stärken können. Noch wichtiger ist für Mitarbeitende in katholischen Kliniken aber offensichtlich etwas anderes: Ich würde es als „Beziehungsqualität“ bezeichnen. An erster Stelle bezieht sich dies auf das Verhalten aller Krankenhausbediensteten gegenüber den Patienten – hier sind wir ganz nah dran am Grundauftrag unserer Häuser: Respekt und Wertschätzung gegenüber den Menschen, denen wir die bestmögliche Versorgung bieten, das ist für Mitarbeitende am wichtigsten. An zweiter Stelle nennen Mitarbeitende aber auch das Verhalten der Vorgesetzten ihnen selbst gegenüber. Mitarbeitende sehen einen respektvollen, würdigenden Umgang untereinander als christliches Merkmal eines katholischen Krankenhauses und schätzen dies als hohes Gut ein.

Wenn es unserem Anspruch nach darum geht, Menschen nah zu sein, dann sind katholische Krankenhäuser und ihre Entscheider hier besonders verpflichtet.

So bedeutsam Beziehungen für den Geist eines Hauses sind, so sind sie in der Frage der Profilbildung einer Einrichtung allerdings mit einer Schwierigkeit behaftet. Ein Profil ist etwas Sichtbares, etwas von außen Erkennbares, eine Zuschreibung, die von außen möglich ist. Das Merkmal der Beziehungsqualität, des mitmenschlichen Umgangs, ist demgegenüber kaum messbar, sie ist gewissermaßen unsichtbar und insofern auch nicht ohne weiteres nach außen, also als Profil kenntlich zu machen. Nicht von ungefähr heißt es in der Sprache des Managements, der mitmenschliche Umgang sei ein „weicher“ Faktor des Organisationslebens. Vielleicht ist dies der Grund, warum wir ihn aufgrund von Belastungen und Leistungsdruck manchmal anderen Dingen nachzuordnen verleitet sind. Festzuhalten bleibt aber: Dieser Faktor prägt das Selbstverständnis der Mitarbeitenden, wenn sie nach dem Christlichen gefragt werden.

Es ist so eine Sache mit den Definitionen. Sicherlich könnten wir das Christliche noch ganz anders fassen, als wir es mit dem Aspekt der Beziehungsqualität in einem katholischen Haus tun. Und sicherlich tut sich der ein oder andere nicht leicht damit, in der Beziehungsqualität das ausschlaggebende Merkmal zu sehen, weil es konfessionelle von nicht-konfessionellen Häusern möglicherweise nicht hinreichend „unterscheidet“. Aus Sicht der Menschen, die im Handlungskontext „Krankenhaus“ danach gefragt wurden, ist diese Qualität aber offenbar das christlich „Entscheidende“. Und ich tue mich schwer damit zu sagen, es müsste eine andere Definition sein. Im Gegenteil: Ich erfahre es als Bereicherung, wenn Menschen vor dem Hintergrund ihrer individuellen Lebensgeschichten und Glaubenszugänge bereit sind, über ein solches Verständnis Auskunft zu geben.

Viel wichtiger als die Definitionsfrage empfinde ich es derweil, dass die Frage nach dem Profil und dem Selbstverständnis in den Einrichtungen überhaupt gestellt und wachgehalten wird. Und in diesem Zusammenhang verdanken wir der Initiative und ihrer Umfrage ein weiteres Ergebnis. Denn wie wir wissen, ist es für die Förderung des Selbstverständnisses eines Krankenhauses von hoher Bedeutung, dass sich Personen in den Einrichtungen dafür verantwortlich und zuständig fühlen, sich diesem Anliegen aktiv zu widmen. Ohne eine strukturelle Verankerung, ohne eine explizit geäußerte Zuständigkeit, kann die christliche Kultur dort nicht nachhaltig gepflegt werden. Wie die Umfrage erkennen lässt, haben für die

Entwicklung des christlichen Profils Leitungsverantwortliche eine nicht zu unterschätzende Bedeutung. Leitende, Chefärzte, Aufsichtsräte, Kuratoriumsmitglieder und Gesellschafter haben, so das Ergebnis, zwar nicht die alleinige, aber eindeutig eine herausgestellte Verantwortung für die Förderung christlicher Identität und christlichen Profils.

Damit sind aus meiner Sicht zwei Fragen für die nähere Zukunft aufgeworfen. Erstens: Wie gelingt es uns, die Qualität der in katholischen Krankenhäusern gelebten Beziehungen, d. h. zu den Patienten und bei den Mitarbeitenden untereinander, nachhaltig zu sichern und zu fördern? Wie gelingt es uns, zweitens, dass Verantwortungsträger, Aufsichtsräte und Geschäftsführungen die christliche Dimension der Einrichtungskulturen noch stärker als einen ihnen selbst überantworteten Zuständigkeitsbereich erfahren?

Ich komme zu meinem zweiten Punkt.

2. Die Grenzen des Wettbewerbs

Meine Damen und Herren, die Umfrage, die uns wertvolle Einsichten liefert, bezieht sich vor allem auf das Innenleben der Einrichtungen. Wir wissen, dass die Rahmenbedingungen für die Gestaltung von Innenkulturen in Organisationen der Gesundheitshilfe knapper geworden sind, vor allem an dem wichtigen Gut „Zeit“ mangelt es, für Gespräche mit Patienten, aber auch für Gespräche untereinander im Team, insgesamt für Unterbrechungen des Alltags. Dieser Trend ist in großen Teilen auf den massiv erhöhten wirtschaftlichen Effizienzdruck unter den herrschenden Wettbewerbsbedingungen im Gesundheitswesen zurückzuführen. Heute noch weniger als gestern können wir ohne weiteres über innere Angelegenheiten einer Organisation nachdenken, ohne über den Aspekt der Wirtschaftlichkeit zu sprechen.

Auch die Umfrage zum christlichen Profil katholischer Krankenhäuser hebt hervor, dass Wirtschaftlichkeit in den Entscheidungen der Geschäftsführungen eine zentrale Rolle spielt. Allerdings liegt der Umfrage, wenn ich die Haltung der Initiatoren richtig erkannt habe, keine *grundsätzliche* Kritik des Prinzips der Wirtschaftlichkeit zugrunde. Eine derartige Kritik wäre, so darf ich anmerken, streng genommen auch gar nicht erforderlich. Sie wäre auch nicht in der Tradition der katholischen Soziallehre zu finden. Diese weiß nämlich, dass das

Wirtschaften die Grundbedingung für Entwicklungen in allen Bereichen der Gesellschaft ist. Wirtschaftlichkeit kann sogar bedeuten, menschenwürdige Verhältnisse zu fördern.

Dieser Hinweis macht zugleich etwas Entscheidendes deutlich: Wirtschaftlichkeit hat aus christlich-sozialethischer Sicht eine Bestimmung, sie hat eine dienende Funktion, sie ist kein Selbstzweck. Im Konzilsdokument „Gaudium et spes“ etwa heißt es, dass der Mensch „*Urheber, Mittelpunkt und Ziel aller Wirtschaft*“ (GS 63) ist. Übertragen auf den Bereich des katholischen Krankenhauses finden wir die letzte Zielbestimmung der Betriebswirtschaft somit im Grundauftrag für den Patienten. Wir werden dem Auftrag in besonderer Weise dort gerecht, so lässt sich sagen, wo wir um des Menschen willen wirtschaftlich kompetent handeln und um des Menschen willen effizient und gut entscheiden.

Ich möchte sogleich anfügen, dass ich mir durchaus bewusst darüber bin, dass sich die Bedingungen zur Erfüllung unseres Auftrages für katholische Kliniken in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt haben. Wir erleben das Gesundheitswesen in seiner gegenwärtigen Ausprägung als einen mehr oder minder regulierten, unter den Trägern aber stark umkämpften Markt, der alle auf ihm agierenden Versorgungseinrichtungen in eine politisch gewollte Wettbewerbssituation versetzt. Auf einem solch umkämpften Markt dominiert die Überlebensfrage. Der durch knapper werdende Ressourcen erhöhte Wettbewerbsdruck im Gesundheitswesen betrifft selbstverständlich auch katholische Krankenhäuser. Von der „Ware Patient“ ist in diesem System sogar die Rede, wovon Krankenhäuser immer mehr benötigen, um überleben zu können. Die Folge: Die Schwäche des einen Krankenhauses wird zur Stärke des anderen.

Diese Form des Wettbewerbs ist blind für Fragen von Identität, von leitenden Werten und der Kultur einer Einrichtung: „Die Wettbewerbssituation fragt nicht, ob das kirchliche Krankenhaus eine besondere Verwurzelung in der Region oder in einer religiösen Tradition hat. Ist es wettbewerbsfähig – ja oder nein?“ (Paul 2014¹), so lautet die Frage. In dieser Logik macht der Wettbewerb freilich auch nicht vor dem Binnenraum konfessioneller Träger und Häuser selbst halt, die sich nicht selten als Konkurrenten begegnen. Unter dem massiven Wettbewerbsdruck wundert es nicht, dass das Prinzip der Fairness selbst in der innerkatholischen Krankenhauslandschaft nur sehr begrenzt verwirklicht wird und man im Tagesgeschäft der Gefahr erliegt, sich weniger als Kooperationspartner denn als Rivale zu

¹ <http://www.bistum-muenster.de/startseite/2014/Vortrag%20von%20Generalvikar%20Theo%20Paul.pdf>

verstehen. Fraglich ist, ob dies so sein muss und ob der notgedrungene Mangel an Kooperation letzten Endes überhaupt mit unserem Grundauftrag vereinbar ist. Ganz praktisch darf bezweifelt werden, ob es wirtschaftlich effizient und insofern der Patientenfürsorge letztlich dienlich ist, wenn etwa gegenseitig aktiv Schlüsselpersonal abgeworben wird oder massiv in Spezialisierungen investiert wird, die das Nachbarhaus bereits vorhält. Vom Patienten her gedacht, darf die ein oder andere interne Entscheidung also durchaus hinterfragt werden.

Meine Damen und Herren, wir wissen, dass es wenig hilft, bei der Klage über bestehende Verhältnisse stehen zu bleiben. Vielmehr müssen wir angesichts der großen Herausforderungen nach Gestaltungsmöglichkeiten suchen. Als selbstverständlich erachte ich die Einsicht, dass der Wettbewerb nicht das letzt-bestimmende Prinzip unseres Zusammenwirkens auf dem Sektor der katholischen Krankenfürsorge sein kann. Aus einer christlich-sozialethischen Perspektive haben sich die Kräfte des Wettbewerbs letztlich an einen sozialen bzw. menschen dienstlichen Zweck zu binden und damit einzugrenzen (vgl. Quadragesimo anno, Pius XI.). Diesen Zweck aus dem Blick zu verlieren, heißt: Die „Marke“ des Katholischen aufs Spiel zu setzen.

Da ich es aufgrund unseres Grundauftrages und des hohen gesellschaftlichen Stellenwertes katholischer Krankenhäuser für keine Option halte, aus dem System der Krankenversorgung auszusteigen, müssen wir uns fragen, welche Spielräume der Wettbewerb uns lässt. Anders gewendet: Welches sind die Werte und Prinzipien, die wir für angemessen halten, den Wettbewerb zu gestalten?

3. Zwischen Eigenverantwortung und Solidarität

Entscheidende Ressourcen für die Erfüllung des christlichen Auftrages des Krankendienstes liegen nicht nur im Finanziellen und im Fachlichen. Was Kirche und kirchliche Einrichtungen ebenso brauchen, ist Vertrauens- und Glaubwürdigkeit. Wir haben zuletzt viele aufgebrauchte Menschen erlebt, die angesichts existenzieller Nöte ihren Ängsten und ihrer Wut öffentlich Stimme verliehen haben, die sich auch gegen das Bistum richtet. Die Insolvenz der Marienhospital Münsterland GmbH im Kreis Steinfurt ist ein besonderes Beispiel, in welchem schwierigen Spannungsfeld sich gerade konfessionelle Träger zwischen

Fürsorgepflicht, wirtschaftlicher Effizienz und öffentlichem Vertrauen befinden. Im genannten Fall der Krankenhausträgerinsolvenz ist Kirche bedauerlicherweise nicht als Hilfsinstanz in Notsituation wahrgenommen worden, sondern als Teil des Problems, gleichsam als Mitverursacherin. Dass die Zahl der Menschen, die unserer Kirche den Rücken gekehrt haben, in der Region zuletzt sprunghaft angestiegen ist, muss sorgenvoll stimmen.

Vieles steht auf dem Spiel. Wenn wir von den wirtschaftlichen Engpässen von Krankenhausträgern und einzelnen Häusern sprechen, gebietet es der Respekt, dass wir uns zunächst die eigentlichen Leittragenden vor Augen führen: Unmittelbar sind Mitarbeiter und ihre Familien betroffen, die durch den Verlust des Arbeitsplatzes in finanzielle Nöte geraten und möglicherweise nicht mehr wissen, wie es weitergeht. Ungeplante Krankenhausschließungen können aber zugleich zu Versorgungsengpässen führen, die akute und potentielle Patienten bestimmten Versorgungsrisiken aussetzen. Es bestehen hier, wie wir oftmals in einer aufgeheizten Öffentlichkeit vernehmen konnten, hohe Erwartungen an Kirche, die sich allen Menschen gegenüber verpflichtet fühlen muss.

Meine Damen und Herren, wir alle wissen, dass es auf einem Wettbewerbsfeld für die handelnden Akteure aufgrund von Selbstverschulden oder widriger Standortbedingungen zu finanziellen Schieflagen und zur Existenzbedrohung kommen kann. Das war so und wird immer so sein. Die eigenen Werte- und Leitorientierungen bewähren sich oder scheitern aber gerade in derartigen Konflikt- und Krisensituationen, auch im innerkatholischen Feld. Man muss kritisch zur Kenntnis nehmen, dass die Maßnahmen zur Rettung von Krankenhäusern, wie sie beim genannten Beispiel ersichtlich wurden, sich nicht immer erkennbar an den eigenen christlichen Werten orientierten. Gewissermaßen erinnerte es eher an einen gewöhnlichen - wenn man so will - „Übernahmepoker“, bei dem die verantwortlichen Akteure sich lediglich an ihren partikularen Interessen orientierten und übergeordnete Anliegen weitgehend außer Acht ließen. Dabei sind Praktiken wie offensichtliches Verschleppen von Verhandlungen, aber auch die Herausgabe von unvollständigen Informationen genutzt worden, um den eigenen Vorteil zu erhöhen. Am Ende ist viel Zeit und Vertrauen verloren gegangen, so dass eine tragfähige Lösung kaum noch möglich erschien.

In diesem Zusammenhang hat sich eindrücklich gezeigt, dass eine oft propagierte Monopolstellung der katholischen Träger im Bistum praktisch überhaupt keine Wirkung entfaltet. Das geteilte Merkmal des „Katholisch-Seins“ wurde so eher ausgehöhlt. In dieser

Situation wurde zugleich deutlich, wie begrenzt die Einflussmöglichkeiten des Bistums sind, es sei denn, große Summen Geld werden zur Abdeckung von Risiken bereitgestellt. Es bleibt anhand des genannten Falls der Krankenhausschließung festzuhalten, dass das durchaus rationale Verhalten einzelner Träger in der Summe zu schlechteren Ergebnissen geführt hat, als man es von einem abgestimmten, koordinierten Vorgehen erwarten konnte.

Wir merken, dass, wenn der Anspruch des „Katholischen“ und „Christlichen“ kein Lippenbekenntnis bleiben soll, wir im Sinne der Glaubwürdigkeit geradezu die Pflicht haben, uns auch darüber zu verständigen, was aus diesem Anspruch für die katholische Gesamtlandschaft von Trägern und Kliniken *strukturell* folgt. Diese grundsätzliche Verständigung ist für die Zukunft katholischer Krankenhäuser als kirchliche Einrichtungen unerlässlich, sei es am Ende ein strategisch großer Gesamtentwurf, der daraus erwächst oder das Erzielen eines Minimalkonsens. Damit verbunden ist zuerst die gemeinsame Verständigung hinsichtlich der *Werte*, an die wir unser Handeln binden wollen, zu reflektieren. Werteorientierung und Strukturen sind aufeinander verwiesen.

Wenn wir uns zunächst den *Leitwerten* zuwenden, werden wir möglicherweise schnell an die Worte erinnert, die Paulus an die Gemeinde in Korinth richtet: „*Wir sind in Christus ein Leib und ... jeder Einzelne ist ein Glied daran – nach seinem Teil*“ (1 Kor 12,27). Was kann daraus folgen? Es dürfte klar sein, dass weder bloße Koexistenz bzw. reine Konkurrenz, noch der reine Altruismus auf dem Wettbewerbsfeld die Weisung der Zukunft für die Einzelakteure des katholischen Sektors sein kann. Vielmehr dürfte der gemeinsame, unserer christlichen Identität angemessene Kurs zwischen fairer, vertrauenswürdiger Kooperation und einer Solidarität liegen, die die Beteiligten nicht aus der Eigenverantwortung entlässt und die nicht gänzlich verbietet, Eigeninteressen wahrzunehmen. Im Brief des Apostels Paulus an die Philipper heißt es: „*Jeder achte nicht nur auf das eigene Wohl, sondern auch auf das der anderen*“ (Phil 2,4). Wenn Gesamtwohl und Eigenwohl in einem gewissen Maße als verbunden angesehen werden und zudem das leitend ist, was „jeder nach seinem Teil“ einzubringen vermag, so ermöglicht dies, auch einen Konsens etwa in der ganz praktischen Frage der Spezialisierung von Kliniken und damit unter Umständen einen effizienteren Einsatz von Ressourcen zugunsten der Patientenversorgung.

Was heißt diese wertegebundene Ausrichtung für die Gestaltung von *Strukturen*? Zumindest muss der Anspruch katholischer Verbände, die Krankenversorgung einer Region zu

gewährleisten, zu dem Gedanken führen, Partikularinteressen zugunsten einer Gesamtstrategie zurückzustellen. Bestimmte Entscheidungen eines einzelnen Trägers mögen in der Binnenperspektive rational und sinnvoll sein. In der Summe der Vielzahl von Träger und Einrichtungen kann dies aber offensichtlich zu schlechteren Ergebnissen führen, als durch ein abgestimmtes, koordiniertes Vorgehen. Wir sollten es als lehrreiche Erfahrung speichern, dass nicht nur das christliche Selbstverständnis im Sinne des Grundauftrages katholischer Krankenhäuser, sondern auch die Kriterien der Effizienz und Funktionsfähigkeit der Einrichtungen die Überlegung erzwingen, sich durch Verbundstrukturen im Krankenhaussektor professioneller und damit entscheidungsfähiger aufzustellen. Eine Voraussetzung hierfür ist eine sachorientierte Gesellschafter-, Aufsichts- und Leitungsstruktur mit der Perspektive, gerade medizinische Angebote zu bündeln, um zu zukunfts- und patientenorientierten Versorgungsangeboten zu kommen und die Konzentrationsprozesse innerhalb eines Krankenhausverbundes konfliktärmer zu vollziehen.

Kirche und ihre Caritas sind im Innersten auf integrierende Kräfte angewiesen. Um diese zu sichern, bedarf es seitens der handelnden Personen gewiss der solidarischen Haltung, gleichermaßen aber auch des Vertrauens gegenüber den koordinierenden kirchlichen Institutionen. Bis dato ist das Bistum Münster nicht in die Lage versetzt worden, Kooperation und Solidarität sichern zu müssen. Inzwischen scheint es aber an der Zeit, sich gemeinsam den perspektivischen Fragen zu stellen: Wie erhöhen wir Vertrauen und Solidarität zwischen den pluralen Trägerstrukturen untereinander einerseits und zur „verfassten Kirche“ andererseits? Ist eine stärkere Koordinationsrolle von Kirche und Caritas mit aller Konsequenz gewünscht? Und: Ist ein „katholischer Krankenhausplan“ eine realistische und sinnvolle Option für die Gestaltung der gemeinsamen Zukunft?

4. Schluss

Meine Damen und Herren, lassen sie mich zum Schluss noch einmal zur Frage nach dem christlichen Selbstverständnis und Profil katholischer Krankenhäuser zurückkommen. Ich erinnere an die hohe Bedeutung der Beziehungsqualität, die – was das Innenleben unserer Krankenhäuser betrifft – ein wichtiges Merkmal des christlichen Selbstverständnisses ist. Ich hielt es in meinen Ausführungen für lohnenswert, darüber nachzudenken, inwiefern es ein ähnliches Gestaltungsprinzip gibt, das übertragbar ist auf die Ebene der Strukturen und

Verfahren des Zusammenwirkens im katholischen Sektor des Gesundheitswesens. Das Spiel der freien Kräfte des Wettbewerbs und der unhinterfragten Marktkonformität sind gewiss nicht der letzte Zweck unserer Arbeit, sondern die Versorgung jener kranken Menschen, die existenziell darauf angewiesen sind.

Für uns ist durch das geteilte Merkmal des „Katholischen“ bereits eine Perspektive leitend, die uns in einem gewissen Maße über die in unseren Lebens- und Arbeitskontexten vielfach bestehenden Einzelanliegen – die gewiss ihre Berechtigung und Notwendigkeit haben – hinausweisen auf das uns Umfassende, das Ganze, das Allgemeine – dies meint das Wort „katholisch“. Würden wir diese Ausrichtung einseitig als Einengung und Beschränkung begreifen, dann wäre die in ihr liegende Nützlichkeit nicht hinreichend erkannt. Deswegen möchte ich in meinem Schluss-Plädoyer gar nicht Demut und Verzicht als Forderungen an Ihr Gewissen herangetragen und insofern Dinge thematisieren, die zu „unterlassen“ wären – dies steht mir auch gar nicht zu. Im Sinne unseres gemeinsamen Selbstverständnisses für wesentlich dienlicher halte ich es, den Möglichkeitssinn zu schärfen und auf unsere gemeinsamen Potenziale und Chancen zu richten, auf das, was wir gemeinsam aktiv gestaltend tun und verwirklichen können und auch wollen, möglicherweise von einem positiven Leitbild getragen, das noch zu diskutieren wäre. Eine Verständigung in dieser Richtung dürfte gewiss ein vielversprechendes und spannendes Unternehmen sein.

Der tschechische Philosoph Tomas Masaryk sagte einmal: *„So viele Sprachen man spricht, so viel Mal ist man Mensch. Mit so vielen Menschen man kommuniziert, so viel Mal hat man sein Leben.“* Auf einen solchen vielstimmigen und vielfältigen Austausch mit Ihnen freue ich mich nun und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich möchte diesen Vortrag nicht beschließen, ohne drei persönliche Bemerkungen anzufügen.

1.

Als ich im Jahre 2003 Bischof von Essen wurde, kam ich in eine Krankenhauslandschaft, die mir bis dahin unbekannt war. In meinem Heimatbistum gibt es für Krankenhäuser nur die Trägerschaft von Orden, zum Beispiel die der Waldbreitbacher Franziskanerinnen oder der Barmherzigen Brüder von Maria Hilf. Ich kann mich erinnern, dass es nur eine Pfarrgemeinde gegeben hat, die selbst ein Krankenhaus unterhielt.

In Essen war das völlig anders, und diese Erfahrung hat sich auch in Münster wiederholt. Es hat mich immer mit Stolz erfüllt darauf hinweisen zu können, dass sich die Kirche im 19. Jahrhundert in diesen beiden Diözesen hoch engagiert hat im Dienst an den Kranken und im leiblichen Werk der Barmherzigkeit, die Kranken zu besuchen. Ja mehr noch, die Kranken zu pflegen!

Als die Arbeiter für Bergwerk und Kohle in die Regionen des Ruhrgebietes kamen und sich selbstverständlich durch die Arbeit auch Verletzungen zuzogen, war die Kirche an ihrer Seite. Zunächst wurde in den neuen Siedlungsräumen nicht ein Pfarrhaus oder eine Kirche gebaut, sondern ein Krankenhaus, ein Kindergarten, ein Versammlungsraum für die Jugend beziehungsweise die Gemeinde. Die Gemeinden, die schließlich gegründet wurden, waren Träger der Krankenhäuser und konnten sich durch die neu entstehenden Krankenpflegeorden Hilfskräfte besorgen, die als Krankenschwester und als Brüder den Kranken zur Seite standen. So waren die Orden nicht Träger, aber Unterstützer eines gemeindlichen Engagements.

Das veränderte sich im Laufe der Jahre vor allem dadurch, dass die Zahl der Ordensfrauen rapide abnahm, an ihrer Stelle so genannte weltliche Kräfte eingesetzt werden mussten, die natürlich eine angemessene Bezahlung brauchten. Das war nicht mehr als recht. Dazu kam dann der gesamte Kostenanstieg im Gesundheitswesen überhaupt. Das brauche ich hier nicht näher auszuführen.

Die Gemeinden haben sich dann in den letzten Jahren des 20. Jahrhunderts auf den Weg gemacht, die Trägerschaft in Stiftungen oder GmbHs zu übertragen. Ehrenamtliche waren nicht in der Lage, all die diffizilen Fragen, die eine spezielle Kompetenz erfordern, verantwortlich zu bearbeiten und zu Entscheidungen zu bringen.

So sind Krankenhaus-Verbünde entstanden, um das katholische Profil, oder im Zusammenhang meiner Ausführungen besser gesagt, den katholischen Ursprung, zu bewahren.

2.

In der Auseinandersetzung um den Erhalt des Krankenhauses in Emsdetten ist mir bewusst geworden, dass dieses Plus, das ich für die Kirche sowohl im Ruhrgebiet als auch später seit 2009 in unserem Bistum Münster entdeckt hatte, überhaupt keine Rolle mehr spielte. Die Kirche wurde selber zum Problem. Der Bischof konnte sich nicht mit einer gewissen Dankbarkeit darüber freuen, dass Kirche sich so leidenschaftlich für den Menschen eingesetzt hatte, nein, er wurde selbst zum Problem. Er war jetzt der Schuldige, weil er nicht in der Lage war, die bestehenden Krankenhäuser zu erhalten.

Hinzufügen möchte ich allerdings, dass wir, um die Arbeitsplätze zu erhalten und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Weihnachtsgeld zu ermöglichen, eigens Beschlüsse durch den Kirchensteuerrat herbeigeführt haben, um diese Unterstützung zu gewährleisten. Davon war selten bis überhaupt nicht in der Öffentlichkeit die Rede! Vielmehr war die Rede davon, dass Kirche hier versagt hat. Das zeigte sich sehr deutlich an dem massiven Anstieg der Kirchenaustritte in der Region um Emsdetten.

Was also im 19. Jahrhundert als Sendungsauftrag entwickelt worden war, drehte sich in den letzten Jahren ins genaue Gegenteil: Es wurde zum massiven Nachteil der Kirche und nicht zum Ausdruck ihrer Sendung!

3.

Welche Aufgabe habe ich angesichts dieser veränderten Situation als Bischof? Genau das, was ich heute Nachmittag getan habe, freilich im Bewusstsein auch einer gewissen Ohnmacht

und ich kann nur appellieren, dass Sie alle und alle, die im Krankenhauswesen auf katholischer Seite tätig sind, dazu beitragen, das, was im 19. Jahrhundert im Dienst am Menschen aus unserem christlichen Bekenntnis entwickelt wurde, heute mit einer neuen Gestalt zu formen, auch im Bewusstsein, dadurch auf das eine oder andere Krankenhaus verzichten zu müssen.

Ich habe mit diesem Vortrag heute Nachmittag und der Begegnung mit Ihnen diesen Akzent setzen wollen. Ich brauche Ihre Hilfe, damit meine Worte nicht ins Leere laufen. Gerade hier zeigt sich, dass wir heute nicht einfach als Bischöfe „durchregieren“ können, sondern vielmehr unseren Auftrag in Gemeinschaft mit allen, die Kirche bilden, erfüllen. Es zeigt sich, was die Deutschen Bischöfe im vergangenen Jahr in einem Wort zur Erneuerung der Pastoral geschrieben haben, indem sie dieser Schrift den Titel gaben: „Gemeinsam Kirche sein“.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.