



# DIE KATHOLISCHEN KRANKENHÄUSER

Unverzichtbar menschlich.



## FÜR EINE MENSCHLICHE UND MODERNE KRANKENHAUSVERSORGUNG

Positionen der katholischen Krankenhäuser  
zur Bundestagswahl 2025

## MIT ERFAHRUNG UND KOMPETENZ FÜR DEN WANDEL

Die Krankenhausversorgung steht vor großen Veränderungen. Das ist notwendig, denn der Reformdruck ist enorm. Der stationäre Gesundheitsbereich muss zukünftig eine alternde Bevölkerung mit weniger Personal bei geringer werdenden Beitragsmitteln qualitativ hochwertig versorgen. Dabei sind Qualität und Leistung effizient weiter zu entwickeln. Bei Ambulantisierung, Digitalisierung und Nachhaltigkeit müssen schnellere Fortschritte gemacht werden. Im Mittelpunkt dabei stets: das Wohl der Patientinnen und Patienten.

Die katholischen Krankenhäuser unterstützen diesen Wandel und gestalten ihn aktiv mit. Mit ihrer zum Teil über 100jährigen Geschichte haben sie viel Erfahrung und große Kompetenz, wie Veränderungsprozesse funktionieren. Die Kliniken überprüfen ihre Angebote, setzen auf Spezialisierung und mehr ambulante Behandlungen. Sie kooperieren in regionalen Netzwerken und schließen sich zu Verbänden zusammen.

### VERSORGUNG FLÄCHENDECKEND SICHERN

Gerade in ländlichen Regionen sorgen sich die Menschen um eine gute Gesundheitsversorgung. Die katholischen Krankenhäuser halten eine flächendeckende gesundheitliche Daseinsvorsorge für unentbehrlich. Daher plädieren wir dafür, ein dichtes Netz

an gut erreichbaren Klinikstandorten zur Grund- und Regelversorgung zu erhalten.

Durch eine klug abgestimmte Aufgabenteilung sowie Spezialisierung in Netzwerken und Verbänden kann gleichzeitig auch Spitzenmedizin vor Ort angeboten werden. Das nutzt den Patientinnen und Patienten sowie den Mitarbeitenden, die wohnortnah attraktive Arbeitsplätze im Gesundheitswesen finden.

Die im Bundestag verabschiedete Krankenhausreform wird den aktuellen Herausforderungen leider nicht gerecht. Eine Folgenabschätzung ist nicht möglich, da eine Auswirkungsanalyse fehlt. Das Reformwerk ist handwerklich schlecht gemacht und droht in der Praxis neuen Schaden anzurichten. Daher erwarten wir von der nächsten Bundesregierung, dass sie das Gesetz zügig nachbessert.

# EINLEITUNG

Für eine zukunftsfeste Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung muss insbesondere an den folgenden Punkten nachgearbeitet werden:

- Die Insolvenzwelle in der Kliniklandschaft muss mit einer Brückenfinanzierung aufgehalten werden.
- Um die Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, ist die Betriebskostenfinanzierung anzupassen.
- Die Bundesländer müssen ausreichende Mittel zur Investitionskostenfinanzierung bereitstellen, um die Kliniken bei ihren Planungen und Investitionsentscheidungen zu unterstützen.
- Durch Sonderregelungen und Mitspracherechte der Kliniken beim Leistungsangebot sollten regionale Besonderheiten berücksichtigt werden.
- Es muss eine echte Vorhaltekostenfinanzierung umgesetzt werden.
- Struktur- und Personalvorgaben sind mit Blick auf eine realistische Leistungserbringung zu korrigieren.
- Es braucht einen wirksamen Bürokratieabbau.
- Notwendig sind sinnvolle Anreize, bisher stationär erbrachte Leistungen ambulant zu erbringen.
- Für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind praktikable Regelungen und auskömmliche Finanzierungsmodelle erforderlich.
- Die Definition von Fachkrankenhäusern ist anzupassen.
- Die Trägervielfalt und faire Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenhäuser müssen erhalten werden.



Die katholischen Krankenhäuser sind ein unverzichtbarer Bestandteil der sozialen Infrastruktur. Gerade in Zeiten großer Umbrüche müssen wir unsere Rolle als breit aufgestellte, zuverlässige Versorgungsnetzwerke in den Regionen stärken.

DR. MED. DIRK ALBRECHT, VORSITZENDER

# FORDERUNGEN



## 1. FÜR VERLÄSSLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Jedes Jahr werden in Deutschland rund 3 Millionen Menschen in einem katholischen Krankenhaus stationär versorgt, weitere 2,5 Millionen ambulant. Die katholischen Einrichtungen verbinden Spitzenmedizin mit der Verantwortung für die regionale Versorgung. Sie behandeln die Patientinnen und Patienten menschlich und mit einem ganzheitlichen Blick auf Seele, Körper und Geist.

Bundesweit gibt es derzeit 261 katholische Krankenhäuser an 330 Standorten. Hier arbeiten 204.000 Menschen in unterschiedlichen Berufsfeldern: In der Medizin, Pflege und Therapie, in der Sozialarbeit und Seelsorge sowie in Hauswirtschaft, Technik und Verwaltung. Hinzu kommen rund 9.000 Auszubildende.

Nächstenliebe treibt die Teams in den katholischen Kliniken an. Viele Häuser wurden von Ordensleuten gegründet. Was den Schwestern und Brüdern früher wichtig war, tragen die Teams in das Jetzt und in die Zukunft: Mitmenschlichkeit, Fürsorge und soziale

Um auch in Zukunft für die Gesundheit und das Wohlergehen der Menschen da sein zu können, brauchen wir seitens der Politik gute und verlässliche Rahmenbedingungen.



Verantwortung. Hinzu kommen eine hohe Leistungsfähigkeit, Effizienz, Innovationskraft und Qualität in der Versorgung.

Um auch in Zukunft für die Gesundheit und das Wohlergehen der Menschen da sein zu können, brauchen wir seitens der Politik gute und verlässliche Rahmenbedingungen. Daher sollte die neue Bundesregierung die komplexen Vorgaben der Krankenhausreform zunächst auf das flexiblere Planungsmodell in Nordrhein-Westfalen zurückfahren. Zudem wünschen wir uns in der Bundespolitik wieder einen Diskurs auf Augenhöhe, bei dem die Erfahrungen und Vorschläge aus der Klinikpraxis ernstgenommen werden.



## 2. GRUNDVERSORGUNG WOHNORTNAH SICHERN

Eine gute medizinische Grundversorgung muss für die Menschen erreichbar sein. Gerade ältere Menschen sind eingeschränkt mobil und daher auf wohnortnahe Angebote angewiesen – vor allem auf dem Land. Die Krankenhausreform setzt dahingegen auf eine hohe Zentralisierung an deutlich weniger Klinikstandorten. Das Behandlungsangebot der einzelnen Häuser wird über die Zuweisung sogenannter Leistungsgruppen auf Grundlage bundeseinheitlicher Qualitätsvorgaben und Mindestvorhaltezahlen gesteuert. Wir haben große Zweifel, dass die verbleibenden Kliniken rechtzeitig ihre Kapazitäten ausbauen und die zusätzlichen Patientinnen und Patienten auch tatsächlich zeitnah versorgen können. Gelingt dies nicht, bedeutet das für die Hilfesuchenden neben weiteren Wegen auch längere Wartezeiten bis hin zu einer Wartelistenmedizin.

**Wir erwarten von der Politik, dass sie mit ihren Rahmenvorgaben die wohnortnahe medizinische Versorgung sichert und sich dabei am tatsächlichen Bedarf orientiert. Das wird gerade in der Fläche nicht ohne kleine Krankenhäuser gelingen. Daher brauchen die Länder im Rahmen der Krankenhausreform mehr Möglichkeiten, Ausnahmen und Sonderregelungen anzuwenden, ohne dass dies für die Kliniken zu Vergütungsabschlägen führt. Zudem müssen den Kliniken Gestaltungsspielräume für ihr Leistungsangebot erhalten bleiben.**

## 3. KOOPERATIONEN PRAXISNAH REGELN

Die Universitätskliniken mit ihrem besonderen Fokus auf die Behandlung schwerer und seltener Erkrankungen sollen mit der Krankenhausreform hierarchische Koordinationsaufgaben in der Versorgung erhalten. Das ist praxisfern, denn Patientinnen und Patienten mit unklaren Krankheitsbildern kommen in aller Regel zunächst in der Grund- und Regelversorgung an. Von hier werden sie an andere Krankenhäuser weitergeleitet, wenn eine Spezialversorgung und Hochleistungsmedizin erforderlich sind.

Kooperationen, Verbundstrukturen und Netzwerke sind wichtig. Und sie funktionieren erfahrungsgemäß besser auf Augenhöhe als in hierarchischen Strukturen. Die Krankenhausreform bringt kleinere Krankenhäuser und Fachkliniken in wirtschaftliche Abhängigkeiten von Großkliniken, die sich ihre Kooperationspartner frei aussuchen können. Die überlegene Position großer Kliniken wird dadurch weiter zementiert.

**Wir wünschen uns daher klare Rahmenbedingungen für Kooperationen auf Augenhöhe. Kooperationswilligen Kliniken muss der Zugang zu fachlich relevanten Kooperationen mit großen Kliniken garantiert werden. Krankenhäusern, die in regionalen Verbänden organisiert sind, muss die gemeinsame Nutzung relevanter Strukturen zur Sicherstellung des bedarfsnotwendigen Leistungsangebotes an unterschiedlichen Standorten möglich sein.**

## 4. ECHE VORHALTEKOSTENVERGÜTUNG EINFÜHREN

Das in der Krankenhausreform vorgesehene „Vorhaltebudget“ hält nicht, was es verspricht. Künftig sollen die Krankenhäuser 60 Prozent der bisherigen Fallpauschale dafür erhalten, dass sie notwendige Strukturen vorhalten. Die restlichen 40 Prozent sind weiter über Behandlungsfälle zu erwirtschaften. Damit wird die Betriebskostenfinanzierung nicht wesentlich verbessert, sondern lediglich für eine andere Aufteilung der Finanzierungsanteile gesorgt.

Mit dem neuen Vorhaltebudget werden den Krankenhäusern weder die realen Kosten für die Vorhaltung von Personal und Infrastruktur ausgeglichen, noch erfolgt die Finanzierung aufwandsarm. Die neue Systematik ist hyperbürokratisch und weiterhin abhängig von Fallzahlen: Unterschreitet ein Krankenhaus die vorgegebenen Mindestfallzahlen entfällt die Vorhaltevergütung. Gleichzeitig schrumpft der Finanzierungsanteil, den das Krankenhaus selbst beeinflussen kann, auf die 40 Prozent, die weiterhin abhängig von Fallzahlen abgerechnet werden. Damit wird das starre Korsett des ohnehin nicht kostendeckenden Fallpauschalen-Systems noch enger geschnürt.



Die bundesweite Krankenhausreform ist nicht zu Ende gedacht. Es fehlt eine Auswirkungsanalyse und das Konzept für Vorhaltebudgets ersetzt alte Fehlanreize durch neue. Die neue Bundesregierung muss die Kliniken schnell wirtschaftlich stabilisieren und die Reform nachbessern.

BERNADETTE RÜMMELIN, GESCHÄFTSFÜHRERIN

**Das Konzept des Vorhaltebudgets muss überarbeitet werden. Es braucht eine echte Vorhaltekostenvergütung, die fallzahlunabhängig erfolgt und die realen Kosten für den Betrieb einer Fachabteilung deckt, die sich aus den Strukturvoraussetzungen für die Zuweisung der Leistungsgruppen ergeben. Nur wenn sie auch kleinen Krankenhäusern ermöglicht, die verbindlichen Vorgaben für die Mindestausstattung kostendeckend aufrechtzuerhalten, kann eine flächendeckende Versorgung vor allem auf dem Land gesichert werden.**

## 5. FINANZIERUNG KURZFRISTIG SICHERN

Die ohnehin angespannte wirtschaftliche Lage der Kliniken spitzt sich immer weiter zu. Im Jahr 2023 haben nach Zahlen des Deutschen Krankenhaus-Instituts (DKI) 61 Prozent aller deutschen Allgemein-krankenhäuser rote Zahlen geschrieben. In 2024 war

dies geschätzt schon bei 79 Prozent der Fall. Für das Jahr 2025 erwarten 65 Prozent der Kliniken eine weitere Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage.

Bei den finanziellen Hilfen für die Krankenhäuser wurden die höheren Personalkosten aufgrund von Tarifsteigerungen nur unzureichend berücksichtigt. Die inflationsbedingten Mehrkosten der Jahre 2022 und 2023 wurden bis heute nicht ausgeglichen. Das sorgt für hohe Defizite. Mittlerweile zehren viele Häuser ihre Rücklagen auf, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten Tag für Tag überhaupt sicherstellen zu können.

**Die Rücklagen der Kliniken sind endlich. Damit vor dem Start der Krankenhausreform keine für die Versorgung wichtigen Häuser verloren gehen, benötigen die Kliniken endlich eine kurzfristige Brückenfinanzierung. Damit müssen insbesondere die hohen Inflationskosten ausgeglichen werden.**





## 6. FREIGEMEINNÜTZIGKEIT ALS STARKE SÄULE

„Subsidiarität“ als sozialstaatliches Prinzip ist in unserem Land gute Tradition. Das bedeutet, nicht alle Aufgaben in die Hände staatlicher Einheiten zu geben. Vielmehr sollen diese immer von der kleinsten und am besten geeigneten Einheit übernommen werden, beispielsweise von Familien, Nachbarschaften, Vereinen oder nicht-staatlichen Organisationen. Der Staat unterstützt sie dabei und springt nur ein, wenn sie es nicht allein schaffen.

Dementsprechend ist auch die Krankenhausversorgung von einer vielfältigen Trägerlandschaft gekennzeichnet. Es gibt Kliniken in freigemeinnütziger, öffentlicher und privater Trägerschaft. Diese Trägervielfalt ist gesetzlich und verfassungsrechtlich verankert. Hierbei bringen gerade die freigemeinnützigen Träger, darunter die katholischen Krankenhäuser, Wirtschaftlichkeit und Gemeinnützigkeit in Einklang. Sie sind unabhängig, nah an den Menschen und flexibler als staatliche Institutionen. Dadurch wird Hilfe vielfältiger, menschlicher und oft auch effizienter.

Der Bund sollte soziale Träger gezielt fördern, beispielsweise durch Anreize bei der Personalsicherung, Digitalisierung und ökologischen Modernisierung.



Doch in der aktuellen Situation erleiden gerade freigemeinnützige Träger empfindliche Wettbewerbsnachteile. Städte, Kreise und andere kommunale oder staatliche Krankenträger gleichen die Verluste öffentlicher Häuser mit Steuermitteln im teilweise dreistelligen Millionenbereich aus. Was als Ausnahme begann, ist längst weit verbreitete, gängige Praxis. Das führt zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen und verstößt gegen jeglichen Gleichbehandlungsgrundsatz. Daher muss die einseitige Defizitfinanzierung ausschließlich für öffentliche Krankenhäuser umgehend beendet werden.



Die Trägervielfalt ist essenziell, da sie den Patientinnen und Patienten Wahlfreiheit gibt und innovative Ansätze in der Versorgung fördert. Das gilt es zu bewahren, gerade weil freigemeinnützige Träger wie die katholischen Krankenhäuser eine gemeinwohlorientierte Perspektive einbringen.

ANSGAR VEER, STELLVERTRETENDER VORSITZENDER

Die freigemeinnützigen Träger sind eine starke Säule unseres Gesundheitssystems. Damit sie auch in Zukunft ihre Brückenfunktion zwischen Medizin und sozialem Auftrag ausfüllen können, muss der Staat die freigemeinnützigen Träger und ihre besondere Rolle in der Patientenversorgung bei gesetzlichen Reformen stärker berücksichtigen. Der Bund sollte zudem soziale Träger gezielt fördern, beispielsweise durch Anreize bei der Personalisierung, Digitalisierung und ökologischen Modernisierung. Schließlich wollen wir gleiche und faire Rahmenbedingungen für alle Krankenhäuser statt Wettbewerbsverzerrungen durch die öffentliche Hand. Daher müssen die Betriebskosten aller angemessen und auskömmlich finanziert werden und die Länder verlässlich Investitionsmittel bereitstellen. Erfolgt das nicht, muss die öffentliche Hand auch freigemeinnützigen und privaten Trägern Ausgleichszahlungen gewähren, denn alle Träger wirken am öffentlichen Auftrag mit, die gesundheitliche Daseinsvorsorge zu sichern.

## 7. KLIMASCHUTZ FÖRDERN

Die katholischen Krankenhäuser setzen sich für eine lebenswerte Zukunft ein. Sie wollen ihren Beitrag für Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen leisten und arbeiten bereits daran. Dabei stellen vor allem die komplexen Aufgaben und die Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft der Krankenhäuser eine Herausforderung dar. Das führt zu einem hohen Energiebedarf und einem großen Ressourcenverbrauch.

Die Krankenhäuser benötigen deutlich höhere Investitionsförderungen. Die Länder müssen hier endlich ihren Verpflichtungen umfassend nachkommen. Zudem ist die Zweckbindung von Fördermitteln im Krankenhausfinanzierungsgesetz und auch in den Landeskrankenhausgesetzen so anzupassen, dass sie verstärkt für Maßnahmen zum Klimaschutz und für Nachhaltigkeit eingesetzt werden können. Zusätzlich bedarf es Förderprogramme des Bundes, um die Krankenhäuser in ihren Klimaschutzaktivitäten zu unterstützen. Berichtspflichten müssen aufwandsarm ausgestaltet und Überschneidungen ausgeschlossen werden.

## 8. DIGITALE TRANSFORMATION BESCHLEUNIGEN

Auch die Digitalisierung der Krankenhäuser geht angesichts knapper Investitionsmittel und fehlender Entwicklungen bei den Softwareanbietern langsamer voran als notwendig. Der Krankenhauszukunftsfonds hat durch die Förderung von Projekten wie IT-Infrastruktur, digitaler Dokumentation und moderner Medizintechnik wichtige Verbesserungen ermöglicht. Allerdings sind damit primär einmalige Investitionen abgedeckt, Betriebskosten werden nach der Förderphase nicht mehr finanziert. So können Projekte nicht nachhaltig betrieben werden.

Zudem gibt es einen massiven Mangel an IT-Fachkräften in Deutschland. Dadurch können viele der IT-Stellen in den Krankenhäusern nicht besetzt werden. Das gilt mittlerweile für rund drei Viertel der Krankenhäuser.



**Wir brauchen eine kostendeckende Finanzierung der Digitalisierung in den Krankenhäusern. Für die Betriebskosten sollten die Kliniken einen Digitalisierungszuschlag von zwei Prozent auf jede Krankenhausrechnung erhalten. In der Resilienz-Gesetzgebung sind zudem klare Ausnahmeregelungen für Krankenhäuser nötig, die von Cyberangriffen betroffen sind. Schließlich muss es der Politik gelingen, den drängenden Fachkräftemangel im IT-Bereich zu beseitigen.**

## **9. BÜROKRATIE ABBAUEN – ENDLICH RICHTIG**

Bürokratie lähmt Effizienz, Bürokratie frisst Arbeitszeit und sie verschärft das Fachkräfteproblem. Sie ist zu einer untragbaren Belastung für unsere Mitarbeitenden geworden. Rund drei Stunden ihrer Arbeitszeit müssen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal mittlerweile mit Verwaltungsarbeiten verbringen – und das pro Tag. Zeit, die für ihre Hauptaufgabe, nämlich die Behandlung, Pflege und Betreuung der Patientin-

nen und Patienten fehlt. Wenn pro Tag und Vollkraft nur eine Stunde Bürokratie eingespart würde, wären so rechnerisch knapp 70.000 Vollzeitkräfte für die Behandlung und Pflege zu gewinnen.

Mit der Krankenhausreform nimmt die Bürokratie weiter zu. Zusätzliche neue Vorschriften, Regelungen und Nachweispflichten sorgen zudem für mehr Widersprüche, Überlappungen und Redundanzen zum bereits bestehenden Dokumentationsaufwand.

**Wir unterstützen das Positionspapier der Deutschen Krankenhausgesellschaft „Weniger Bürokratie – Mehr Ressourcen für Patientinnen und Patienten“, das einen umfangreichen Katalog mit 55 konkreten Vorschlägen zum Abbau von Bürokratie vorlegt. Zudem brauchen wir eine Bürokratiebegrenzung bei neuen Vorschriften und eine regelmäßige Evaluation bestehender Vorgaben im Hinblick darauf, ob sie entscheidend zur Qualität der Versorgung beitragen oder nur zusätzlichen administrativen Aufwand verursachen.**



## 10. ANREIZE FÜR MEHR AMBULANTISIERUNG

Die Zukunft des Gesundheitswesens liegt in ganzheitlichen Versorgungsnetzwerken, in denen die stationäre und ambulante Patientenversorgung eng miteinander verzahnt, aufeinander abgestimmt und hinsichtlich der Behandlungssteuerung koordiniert wird.

Die bislang erfolgten Maßnahmen zur Ambulantisierung stationärer Leistungen berücksichtigen die knappen Kapazitäten im niedergelassenen Bereich nicht ausreichend. Krankenhäuser übernehmen in vielen Regionen Verantwortung für die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die im ambulanten Sektor keine ausreichende fachärztliche und pflegerische Versorgung erhalten. Gleichzeitig erschwert die angespannte wirtschaftliche Lage den Krankenhäusern den Aufbau ambulanter Kapazitäten und den Ausbau von regionalen Versorgungsnetzen.

Wir wünschen uns einen grundlegenden Dialog darüber, wie die gewollte Ambulantisierung vorangetrieben werden kann. Die Kliniken müssen in diesem Prozess mitgenommen werden und verlässliche Rahmenbedingungen erhalten.

**Den Krankenhäusern muss über adäquate finanzielle Anreize die Chance gegeben werden, ihre Strukturen an eine substanzielle Zunahme ambulanten Operierens und Behandeln nachhaltig anzupassen. Ansonsten droht eine Versorgungsverschlechterung, wenn der niedergelassene Bereich keine adäquate Versorgung bietet und Kliniken notwendige Leistungen aus ihrem Angebot streichen müssen, weil sie nicht mehr kostendeckend vergütet werden.**

## 11. REHABILITATION STÄRKEN

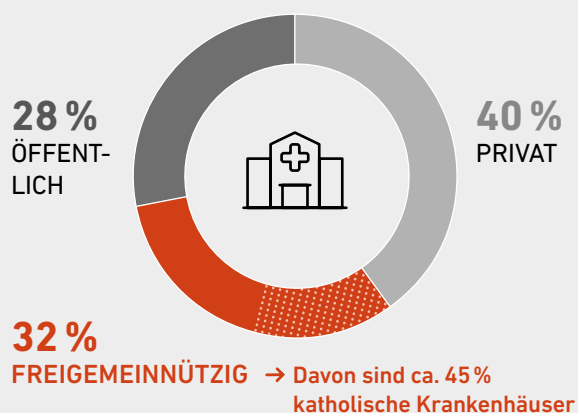
Medizinische Rehabilitation ist ein zentraler Bestandteil der medizinischen Versorgung. Sie sichert die Teilhabe am Erwerbsleben. Sie trägt dazu bei, Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Und sie verbessert die Teilhabe chronisch kranker Menschen.

Die bestehende Steuerungshoheit der Krankenkassen bei der Auswahl einer Einrichtung steht sowohl dem Wunsch- und Wahlrecht als auch einer zeitnahen

Anschlussversorgung entgegen. Auch ist nicht hinzunehmen, dass Gelder der Versichertengemeinschaft zur Vergütung nicht tarifgebundener Einrichtungen verwendet werden.

Außerdem dürfen Reha-Einrichtungen derzeit nicht Träger der praktischen Ausbildung von Pflegepersonen sein. Dadurch werden wichtige Ausbildungskapazitäten zur Ausbildung im Pflichteinsatz der allgemeinen Akutpflege nicht genutzt.

### KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND



Von den 1.874 Krankenhäusern in Deutschland sind ca. 14 % katholische Krankenhäuser.

### UNSERE ZAHLEN



261

Krankenhäuser



204.000

Mitarbeitende



82.200

Betten



16 Mrd. €

Umsatz pro Jahr

**Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten muss wirksam gegen die Steuerungshoheit der Krankenkassen geschützt werden. Versorgungsverträge sollten nur mit solchen Trägern geschlossen werden dürfen, die Tarifverträgen oder tariflichen Regelungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen unterliegen oder sich an solche anlehnen. Zudem muss die Ausbildung in der allgemeinen Akutpflege auch in dafür geeigneten Rehabilitationseinrichtungen ermöglicht werden.**

## 12. ATTRAKTIVE ARBEITSPLÄTZE SICHERN

Krankenhäuser bieten attraktive Arbeitsplätze in ihrer Region. Vielerorts zählen sie zu den größten Arbeitgebern. In der Vergangenheit haben die Kliniken vielfältige Initiativen ergriffen, um qualifizierte Mitarbeitende zu finden und zu binden. Dazu zählen beispielsweise verschiedene Arbeitszeitmodelle, Kinderbetreuungsmöglichkeiten oder betriebliche Altersversorgung. Angesichts des verschärften Fachkräftemangels ist die Besetzung offener Stellen jedoch zunehmend schwieriger.

Gerade in Ballungsgebieten findet mittlerweile ein erbitterter Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte statt. Gleichzeitig steigen hier die Kosten für Wohnraum und Lebenshaltung stark an. Alle Work-Life-Balance-Maßnahmen der Arbeitgeber können das nicht ausgleichen.

**Eine angemessene Finanzierung der Personalkosten im Krankenhaus ist daher unabdingbar. Durch die Krankenhausreform wird zwar nun die vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen für alle Beschäftigungsgruppen erreicht, aber weitere Tarifleistungen wie zusätzliche Urlaubstage oder Freizeitausgleich sind weiter nicht berücksichtigt.**

**Es ist notwendig, dass die Politik die Krankenhäuser in ihrem Engagement für attraktive Arbeitsbedingungen unterstützt, indem zum Beispiel krankenhauserinterne Springerpools refinanziert und die Leiharbeit durch gesetzgeberische Maßnahmen eingedämmt wird.**



**Die ausufernde Bürokratie belastet unsere Mitarbeitenden enorm. Es fehlt ihnen an Freiraum, sich auf die Kernaufgaben zu konzentrieren. Weniger Misstrauenskultur und weniger Reglementierung wären entscheidend, um Motivation und Arbeitsfreude zu stärken.**

PEGGY KAUFMANN,  
STELLVERTRETENDE VORSITZENDE

## 13. PERSONALVORGABEN ÜBERPRÜFEN

Die Personalausstattung stellt den Dreh- und Angelpunkt für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung dar. Personalbemessungsinstrumente können dabei helfen, eine fachgerechte Betreuung und Pflege sicherzustellen. Sanktionen sind dagegen ungeeignet, den akuten Personalmangel zu beseitigen und bestrafen die Krankenhäuser für die Versäumnisse der Politik, denn ausgebildete Fachkräfte fehlen seit Jahren.

**Die Pflegepersonal-Untergrenzen-Verordnung (PpUGV) ist abzuschaffen und die Sanktionsregelungen in der Pflegepersonalregelung PPR 2.0 sind maßvoll zu gestalten. Reine Sanktionsmaßnahmen ohne Unterstützung der Krankenhäuser bei der Personalaufstockung sind nicht zielführend. Darüber hinaus müssen auch die Personalvorgaben, die zum Beispiel durch die G-BA-Richtlinien und Strukturvorgaben festgelegt sind, mit Blick auf die Verfügbarkeit von Fachkräften am Markt überprüft und bei Bedarf angepasst werden, um Doppelstrukturen der Pflegepersonalbemessung abzuschaffen.**



## 14. PFLEGE FÖRDERN

Die Stärkung und Nutzung der Fachkompetenz von Pflegefachpersonen ist uns ein zentrales Anliegen, um das Berufsbild „Pflege“ attraktiv zu gestalten und die Versorgung zu verbessern. Als Verband setzen wir uns für die Umsetzung der „Vorbehaltsaufgaben der Pflege im Krankenhaus“ (VAPiK) ein, um die Pflegequalität zu sichern und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern. In diesem Zusammenhang unterstützen wir auch die Einführung des Pflegeassistentengesetzes, das so zur Weiterentwicklung und Attraktivität des Berufs beiträgt. Neue Berufsbilder wie Advanced Practice Nurse und Community Health Nurse bewerten wir positiv und unterstützen ihre Etablierung.

**Um Nachwuchs zu gewinnen, muss die Politik zielgerichtet Maßnahmen initiieren. Es braucht öffentlichkeitswirksame Kampagnen und Förderprogramme auf Bundesebene, um das Gesundheitswesen für den Nachwuchs attraktiv zu machen und in der Gesellschaft eine größere Offenheit für medizinisch-pflegerische Berufe zu schaffen. Des Weiteren sind als Beispiele das Studienplatzangebot für Medizin auszubauen, die Pflegeausbildung in Rehabilitationseinrichtungen zu ermöglichen und die Akademisierung von Gesundheitsberufen zu fördern.**

**Um Nachwuchs zu gewinnen, muss die Politik zielgerichtet Maßnahmen initiieren. Es braucht öffentlichkeitswirksame Kampagnen und Förderprogramme auf Bundesebene.**



## 15. AUS- UND WEITERBILDUNGSMÖGLICHKEITEN ERHALTEN

Rund 90.000 Ärztinnen und Ärzte befinden sich in Weiterbildung. In der Regel wird der Hauptteil der Facharztweiterbildung in Krankenhäusern abgeleistet. Damit spielen die Kliniken hierbei eine zentrale Rolle. Sie bilden nicht nur für sich selbst, sondern auch für den niedergelassenen Bereich oder die Rehabilitationskliniken aus.

Fragen der ärztlichen Weiterbildung und Personalausstattung wurden bei der Krankenhausreform nicht ausreichend berücksichtigt. Die Leistungsgruppensystematik hat auch Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung. Die Reduzierung von Standorten und eine Ausweitung der Ambulantisierung kann zu einem Engpass an Weiterbildungsplätzen führen.



**Es braucht nun schnelle Lösungen, mit denen die ärztliche Weiterbildung unter den veränderten Bedingungen gesichert werden kann. In Bezug auf die Weiterbildung müssen Krankenhäuser verstärkt kooperieren. Dazu sind die Finanzierung zu sichern und arbeitsrechtliche Voraussetzungen für Weiterbildungsverbände zu schaffen. Auch bei der Pflegeausbildung ist es notwendig, dass der Aufbau und die Zusammenarbeit von Ausbildungsverbänden finanziell gefördert werden.**

## **16. WILLKOMMENSKULTUR VERBESSERN**

Das deutsche Gesundheitswesen ist immer stärker auf Fachkräfte aus dem Ausland angewiesen. Bereits jede sechste Pflegekraft, die in Deutschland arbeitet, stammt aus dem Ausland. Innerhalb der EU kommen viele Pflegekräfte vor allem aus Polen, Kroatien und Rumänien. Außerhalb der EU kommen sie vor allem aus Bosnien-Herzegowina, den Philippinen, Indien, Tunesien und Vietnam. Auch im ärztlichen Dienst sind viele Stellen nur durch ausländische Fachkräfte in genügender Anzahl auszufüllen. Die meisten kommen aus Syrien, Rumänien, Russland, Österreich und Griechenland.

**Deshalb ist es wichtig, dass die Krankenhäuser in ihrem Engagement um internationale Fachkräfte unterstützt werden. Dazu gehören neben einer allgemeinen Willkommenskultur auch Entbürokratisierung und Digitalisierung sowie eine Beschleunigung der Anerkennungsverfahren, eine gezielte Förderung von Sprachkursen und die Förderung von Integrationsprojekten.**

## **17. SEELSORGE UND FREIWILLIGE STÄRKEN**

Die katholischen Krankenhäuser sehen ihre besondere Verantwortung in der ganzheitlichen und zugewandten Medizin. Neben dem Einsatz modernster Techniken und der hervorragenden persönlichen Betreuung durch unsere Ärztinnen, Ärzte sowie Pflegenden wird in unseren Häusern besonders Wert auch auf emotionale Unterstützung und eine ganzheitliche Betreuung gelegt. Dafür bieten wir unseren Patientinnen und Patienten seelsorgerische Beratung und spirituelle Begleitung an.

Zudem bieten wir Freiwilligen im Rahmen eines Ehrenamtes („Grüne Damen und Herren“), eines Freiwilligen Sozialen Jahres (FSJ) oder eines Bundesfreiwilligendienstes (BFD) die Möglichkeit, durch ihren Dienst auf vielfältige Weise zum Wohlbefinden und zur Genesung der Patientinnen und Patienten beizutragen. Wir stärken diese Strukturen, da wir davon überzeugt sind, dass die Auseinandersetzung mit der sozialen, emotionalen und spirituellen Dimension eines Menschen für alle Seiten positive Auswirkungen hat und als kostbar und bereichernd erlebt wird.

**Wir wünschen uns, dass die seelsorgerische Arbeit innerhalb des Fallpauschalen-Systems, zumindest im Bereich der Palliativmedizin, eine explizite Berücksichtigung findet. Die Anleitung und Begleitung von Ehrenamtlichen erfahren keine finanzielle Anerkennung. Die Arbeit der vielen Ehrenamtlichen in Krankenhäusern sollte mehr Würdigung und Wertschätzung in der Gesellschaft erfahren, die Politik sollte dazu beitragen.**

**Herausgeber:**

Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.

**Verantwortlich:**

Bernadette Rümmelin, Geschäftsführerin

Große Hamburger Str. 5

10115 Berlin

kkvd@caritas.de

[www.die-katholischen-krankenhauser.de](http://www.die-katholischen-krankenhauser.de)

