



Diözesan-Arbeitsgemeinschaft  
der Krankenhäuser und Reha-  
Einrichtungen im Bistum Essen

**Tätigkeitsbericht des Vorstandes  
der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft  
der Kath. Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen  
im Bistum Essen für das Jahr 2020**

### **Statistik**

- 13 Krankenhäuser mit 26 Betriebsstätten und 7.500 Betten in 8 Trägerschaften
- 3 stationäre Reha-Einrichtungen mit 289 Plätzen
- 7 Pflegeschulen mit 2.299 Plätzen, davon 2.051 für Pflegeberufe
- Ca. 11.500 Mitarbeiter
- Budgetvolumen ca. 950 Mio. €

(Stand 01.07.2020)

Im Verlauf des Jahres 2020 sind zwei Träger mit 4 Krankenhausstandorten aus dem DiCV ausgeschieden, das Kath. Klinikum Oberhausen mit 820 Betten und das Malteser Krankenhaus St. Anna in Duisburg Huckingen mit ca. 350 Betten. Neu hinzugekommen ist das Martin-Luther-Krankenhaus in Bochum Wattenscheid mit 298 Betten, es gehört jetzt zum Kath. Klinikum Bochum.

### **Vorstand der DiAG Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen**

#### **Gewählte Mitglieder:**

- Susanne Minten (Vorsitzende), Geschäftsführerin St. Augustinus Gelsenkirchen
- Hubert Brams, Geschäftsführer St. Marien-Hospital Mülheim
- Reinhard Dummler, Schulleiter Kath. Schule für Pflegeberufe Essen
- Franz-Rainer Kellerhoff, Geschäftsführer Kath. Klinikum Bochum

#### **Geborene Mitglieder:**

- Matthias Schmitt, Diözesan-Caritasdirektor
- Martin Peis, Abteilungsleiter DiCV Essen
- Tapio Knüvener, Diözesan-Referent DiCV Essen (Geschäftsführer)

## **1. Sitzungskalender**

Im Berichtszeitraum seit dem 6. November 2019 wurden zwei Sitzungen des Vorstandes durchgeführt; eine dritte Sitzung findet am 18. November 2020 statt. Der Arbeitskreis der Pflegedirektionen traf sich zu sechs Sitzungen; eine Sitzung mit den Vertretungen und Leitungen der Reha-Einrichtungen der Kath. Krankenhäuser im Bistum Essen gab es nicht. Neu eingerichtet wurden Videokonferenzen mit den Pflegeschulen im Bistum Essen, seit dem April wurden fünf Termine durchgeführt.

Sitzungen mit den Personalleitungen fanden in diesem Berichtszeitraum nicht statt. Verschiedene arbeitsrechtliche Themen wurden regelmäßig durch Herrn Simon in die Sitzungen des Vorstandes der DiAG Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen eingebracht.

## **2. COVID-19 Pandemie**

Die Arbeit der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen hat sich seit Beginn der COVID-19 Pandemie im März des Jahres 2020 erheblich verändert.

Hatte man sich bislang auf den entstehenden neuen Krankenhausplan für das Land Nordrhein-Westfalen fokussiert, so musste jetzt eine deutliche Neubewertung der Gesamtsituation stattfinden. Die Krankenhäuser waren nun nicht mehr als „immer verfügbarer“ und verlässlicher Partner gefragt, sondern in ihrer Funktion als elementarer Bestandteil eines Versorgungssystems in einer Krise.

Mit Beginn der Pandemie wurden die Leistungen der Krankenhäuser erheblich heruntergefahren, um Ressourcen in einem bis dahin unbekanntem oder befürchteten Katastrophenszenario verfügbar machen zu können. Herunterfahren bedeutet in diesem Zusammenhang, geplante bzw. planbare Leistungen zu reduzieren. Interessanterweise gab es im Jahr 2012 einen Bericht der Bundesregierung zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz (BT Drucksache 17/12051 - Fundstelle: <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/120/1712051.pdf>), der sich ab Seite 55 mit einem Szenario befasst, das dem jetzigen Pandemiegeschehen erschreckend ähnlich ist.

Dies bedeutete, möglichst schnell eine große Anzahl an Behandlungsmöglichkeiten für an COVID-19 Erkrankte verfügbar zu machen; dies galt insbesondere für die Anzahl an Intensivplätzen. In dieser Zeit gab es eine Vielzahl kurzfristiger neuer Gesetzgebungen, die zu begleiten waren. Schlagworte in diesem Zusammenhang sind „Schutzmaterialien“, „Intensivkapazitäten“, „Ausgleichszahlungen für nicht erbrachte Leistungen“ etc.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass nach der aktuellen Finanzierungssystematik im Wesentlichen nur erbrachte Leistungen finanziert werden und somit bei „ausgefallenen“ Leistungen auch die Vergütung entfallen ist, wenngleich die Infrastruktur bestehen bleiben musste. Die Ausgleichszahlungen dienten dazu diese Finanzierungslücken zu schließen.

Eine weitere Umstellung durch die Corona Pandemie bedeutete der Verzicht auf den unmittelbaren Kontakt der Mitarbeiter/innen der DiAG Geschäftsstelle zu den Einrichtungen, Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen des Netzwerkes. Viele Sitzungen wurden als „Videokonferenz“ durchgeführt oder abgesagt. Die Themen waren dem aktuellen Geschehen geschuldet, wie beispielsweise die Durchführungen von Prüfungen in den Pflegeausbildungsberufen unter Krisenbedingungen. Eine neue Erfahrung war, dass diese neuen Formate sich in der Praxis bewährt haben. Auch Personen, die diesen digitalen Möglichkeiten zunächst eher kritisch gegenüber standen, haben unproblematisch teilgenommen.

Inzwischen ist eine rückwirkende Betrachtung möglich, die interessante Aspekte zeigt:

1. Die Katastrophenszenarien sind (im Bistum Essen und bundesweit) nicht eingetreten.
2. Ein Mangel entstand an unerwarteter Stelle, nämlich bei der Versorgung mit Schutzmaterialien.
3. Unser Gesundheitssystem ist gut aufgestellt.

Dass die großen Katastrophenszenarien nicht eingetreten sind, ist ein glücklicher Umstand. Er bringt den Krankenhausbereich jedoch in eine eigentümliche Situation, die auch mit dem Begriff „Präventionsparadoxon“ beschrieben wird. Weil die Katastrophe nicht eingetreten ist, entsteht der Eindruck, dass die ergriffenen Maßnahmen vergebens waren. Ein Vergleich mit anderen Staaten zeigt aber, dass das deutsche Gesundheitssystem hinreichend leistungsfähig ist und auch in Krisensituationen die Versorgung der Bevölkerung sicherstellen kann.

Die Krankenhäuser konnten - unabhängig der medizinische Leistungsfähigkeit - in erheblichem Maße Ressourcen wie:

- Krankenhausbetten,
- Raum im allgemeinen, auch für die Isolation von Patienten,
- Mitarbeiter,
- Medizinische Geräte,
- Medikamente,
- Labor- und Forschungskapazitäten,
- Schutzausstattung

verfügbar machen.

Unter diesem Aspekt hat der vorsorgliche Umgang dazu beigetragen, dass die großen „Katastrophen-Szenarien“ bislang nicht eingetreten sind.

Problematisch ist allerdings, dass dieser positive Nachweis der Leistungsfähigkeit negiert wird und die alte politische Diskussion wieder aufgenommen wird, dass im Deutschen Gesundheitssystem erhebliche Überkapazitäten bestünden, die abzubauen wären.

Eine echte Schwachstelle der Krisenprävention offenbarte sich bei der Versorgung mit Schutzmaterialien. Es gab einen erheblichen infektionsbedingten Mehrbedarf, der auch durch die Reduzierung der Leistungen nicht kompensiert werden konnte. Außerdem bestand der Bedarf nicht nur in den Krankenhäusern, sondern auch in anderen Einrichtungsarten und in der allgemeinen Öffentlichkeit. Ein weiteres Problem war, dass offensichtlich Produktionsmöglichkeiten für Schutzmaterialien im Inland selbst nur noch reduziert vorhanden waren.

Lehren können nach dem bisherigen Stand kaum gezogen werden, da die Krisensituation noch nicht beendet ist. Eine Erkenntnis ist jedoch, dass das Deutsche Gesundheitssystem offensichtlich nicht so schlecht ist, wie es allgemein dargestellt wird, da es seine Leistungsfähigkeit nachweisen konnte. Eine erste Konsequenz kann dann aber nur sein, dass zunächst eine sorgfältige Ursachen- und Wirkungsanalyse stattfinden muss, bevor bestehende sinnvolle Strukturen vernichtet werden.

Die Caritasverbände in NRW haben das Positionspapier zur Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft aus dem Jahr 2011 grundlegend überarbeitet und die aktuellen Entwicklungen eingearbeitet. Die Caritasverbände schreiben hierzu:

*Die katholischen Krankenhäuser stellen in einem Kernbereich des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher. Sie stehen für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung vor Ort. Krankenhausträgern muss ein sicherer finanzieller Rahmen geboten werden, damit die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung weiterhin ein Qualitätsmerkmal der guten medizinischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen darstellt. Die zukunftsfähige Ausgestaltung der Versorgungslandschaft muss gemeinsames Ziel aller Akteure im Gesundheitsbereich sein.*

*Mit unserer Positionierung wollen wir einen Beitrag zur Diskussion über die künftige Versorgung mit Krankenhausleistungen leisten und skizzieren, wie die Krankenhauslandschaft aus unserer Sicht zukunftsfähig gestaltet werden kann.*

Es wurde im August 2020 veröffentlicht und wird sehr positiv diskutiert ([Anlage](#)). Die Pressemitteilung und das Positionspapier finden Sie unter <https://www.caritas-nrw.de/pressemitteilungen/versorgungssicherheit-statt-kalter-strukturwandel/1761105/>.

### 3. Sonderveranstaltungen/Gäste

Eine besondere Veranstaltung gab es in der Vorstandssitzung am 16. Juni 2020. Die Emscher-Genossenschaft betreibt am Marienhospital in Gelsenkirchen-Ückendorf eine dem Krankenhaus zugeordnete Kläranlage. Diese Anlage wurde besichtigt. Frau van der Meer von der Emscher Genossenschaft führte die Teilnehmenden durch die Kläranlage und erklärte die Funktionen und die Entwicklungsweise dieser Anlage.

Im Protokoll der vorbereitenden Sitzung finden sich folgende Aufzeichnungen:

#### **„Hygiene, Abwasserbelastung mit antibiotikaresistenten Keimen“ (Auszug)**

*Seit einiger Zeit wird in der Presse über Analysen von Oberflächenwasser und dessen Kontaminierung mit Keimen berichtet. Als Verursacher werden immer wieder die Krankenhäuser genannt. Dieses Thema ist nicht neu; es wurde vor einigen Jahren bereits im Fachausschuss Krankenhausorganisation bearbeitet. In der damaligen Sitzung war ein Vertreter des Umweltministeriums anwesend; er wollte im Fachausschuss über die Analyse von Abwässern im näheren Umfeld der Krankenhäuser werben. Der Fachausschuss wandte sich gegen ein derartiges Projekt und gab zu bedenken, dass der Eintrag von MRSA Keimen und Antibiotika in (aus) jedem Haushalt stattfinden kann und eine pauschale Schuldzuweisung auf die Krankenhäuser unzutreffend sei.*

*Denkbar ist zwar ein höherer Eintrag durch Krankenhäuser, dem aber durch entsprechende Kläranlagen begegnet werden kann, soweit sie nicht schon vorhanden sind, zu einem hohen Eintrag kann es aber auch in Stadtvierteln mit hoher Bevölkerungsdichte kommen.*

*In den letzten Monaten ist dieses Thema in der Presse wieder aufgenommen worden. Im Marienhospital in Gelsenkirchen-Ückendorf hat man sich dieses Themas seit längerer Zeit in besonderer Weise angenommen.“*

*Als Gast war Herr Dr. Nafo von der Emschergenossenschaft anwesend. Er führte in einer kurzen Präsentation in die Thematik ein und erläuterte die Hintergründe der Aktivitäten.*

*Die Installation der Kläranlage in Gelsenkirchen habe im engeren Umkreis zu einer signifikanten Verbesserung der Wasserqualität geführt. Die Wasserqualität sei so gut, dass das Wasser unmittelbar in einen angrenzenden Bach eingeleitet werden könne. Letztlich handele es sich um ein Pilotprojekt, um verschiedene technische Lösungen ausprobieren zu können.*

*Im Einzugsbereich der Emschergenossenschaft gebe es mehr als 50 Krankenhäuser, die über die großen 4 Kläranlagen der Emschergenossenschaft entwässern.*

*Weiterhin habe man eine Einzugsgebietsanalyse um den Standort der Kläranlage in Gelsenkirchen gemacht (Einzugsgebiet vom Schwarzbach). Für dieses Einzugsgebiet mit rd. 100.000 Einwohnern hat das Krankenhaus einen Anteil von rd. 54 % an den Arzneimittelfrachten.*

*Herr Dr. Nafo wies daraufhin, dass die Einrichtung einer solchen Kläranlage natürlich auch Kosten verursache, für den Bau, den Flächenverbrauch und den laufenden Betrieb.*

*Die Anlage in Gelsenkirchen sei auch auf Wirksamkeit für MRSA-Keime untersucht worden, die zwar weitgehend eliminiert werden. Allerdings sei keine Null-Emission zu erwarten, da Genmaterial nicht zurückgehalten werde.*

*Derzeit befasse sich die Emschergenossenschaft mit der Sensibilisierung der Essener Bevölkerung zum Thema Medikamente im Wasser. Im entsprechenden Bildungsmodul werden sog. „Wasserbotschafter“ ausgebildet.*

Die Vorstandsmitglieder trafen sich zunächst an der Kläranlage. Frau van der Meer von der Emscher Genossenschaft führte die Teilnehmenden durch die Kläranlage und erklärte die Funktionen und die Entwicklungsweise dieser Anlage.

#### **4. Arbeitsrecht/Rechtsprechung**

Kontinuierlich berichtet wird über die arbeitsrechtlichen Entwicklungen, insbesondere das Tarifrecht. Es geht um die frühzeitige Information über anstehende und vollzogenen Änderungen im Tarifgefüge, beispielsweise die Änderungen im TVÖD sowie die Erwartungen an die Übernahme in die AVR.

Für Unruhe Sorge die Übernahme des Ärztetarifes in die AVR, neben einer erheblichen Tarifsteigerung, die allerdings eine späte Übernahme kompensiert, finden sich Regelungen, die Auswirkungen auf die innere Struktur der Krankenhäuser haben wie beispielsweise Neuregelungen zu Bereitschaftsdiensten.

Schwierig zu handhaben war der politisch geforderte „Pflege-Bonus“. Letztlich waren überraschenderweise die Pflegekräfte in Krankenhäusern von diesem Bonus ausgenommen.

Die Pflegefachassistenz erwartet eine deutliche Neuausgestaltung, die anders als bei den Pflegefachkräften in der Hoheit der Länder liegt. Ob sich dieses Ausbildungsfeld letztlich in eine Richtung entwickelt, die in das Gesamtgefüge der pflegerischen Berufe passt, bleibt abzuwarten. Eine Neuausrichtung ist aufgrund der Umstellung auf eine generalistische Pflege erforderlich.

Über verschiedene Entscheidungen zum Arbeitsrecht wurde berichtet. Eine besondere Instanz ist der kirchliche Arbeitsgerichtshof in Bonn, der seit einigen Jahren tätig ist und sich u.a. auch grundsätzlich mit Fragen des kirchlichen Arbeitsrechtes befasst. Themen waren z.B.:

- Vorlage einer nach Geschlecht unterscheidenden Bruttogehaltsliste (Urteil vom 22.11.2019 – M 07/2019)
- Zusammenführung verschiedener Einrichtungen eines übergreifenden Trägers (Urteil vom 22.11.2019 – M 02/2018)
- Zustimmungsersetzung bei der Eingruppierung einer Mitarbeiterin (Urteil vom 28.06.2019 – M 10/2018)

## **5. Krankenhausseelsorge**

Seit einigen Sitzungen regelmäßiger Teilnehmer an den Vorstandssitzungen ist Herr Dr. Dittscheidt. Er ist Diözesanbeauftragter für Krankenhaus- und Hospizseelsorge im Bistum Essen. Bislang findet ein regelmäßiger Austausch zwischen der Geschäftsstelle und dem Diözesanbeauftragten statt, der auch in den Vorstand übertragen werden soll.

## **6. Patientendatenschutz**

Ein weiteres eigenes kirchliches Thema ist der Datenschutz, in dem die Kirchen die Möglichkeit haben eigenen Regelungen zu schaffen. Das Verfahren zum Patientendatenschutzgesetz der kath. Kirche wurde durch die Geschäftsstelle über den KKVD begleitet. Es befasst sich nach verschiedenen Änderungen im Gesetzgebungsverfahren Schwerpunktmäßig mit der Einrichtungsseelsorge.

## **7. Umsetzung der Präventionsordnung im Bistum Essen**

Seit mehreren Jahren begleitet die DiAG die Umsetzung der Präventionsordnung im Bistum Essen. Beschlusslage und Ziel ist es, einen pragmatischen Weg zur Implementierung in den Einrichtungen zu finden. Aktuell in der Umsetzung befindet sich ein Programm zum „Blended Learning“ für verschiedene Einrichtungsarten. Die Geschäftsstelle wirkt mit in der Redaktionsgruppe zur Erarbeitung dieses Programms. Inzwischen steht eine umfassende Neubearbeitung kurz vor dem Abschluss, die im Januar lauffähig sein soll.

## **8. Krankenhausplanung**

Von besonderer Bedeutung für die Krankenhaus-Landschaft ist die Erarbeitung eines neuen Krankenhausrahmenplanes. Das Land möchte wesentliche Grundparameter der KH-Planung ändern; es möchte eine Abkehr vom „KH-Planbett“ als Kapazitätsmaßstab hin zu einer Planung nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen.

Die Vorlage hierzu findet sich in der Schweiz, die allerdings in der öffentlichen Gesundheitsversorgung gänzlich anderes organisiert ist. Hinzu kommt, dass die bisherigen Grundlagen der Krankenhausplanung auch synchron zur Finanzierungsgesetzgebung auf der Bundesebene sind, weshalb die Umsetzung außerordentlich problematisch sein wird und vermutlich zu erheblichen Verwerfungen führen wird. Zur Frage, ob eine solche Entwicklung zur Zeit der Covid-19 Pandemie sach- und ressourcengerecht ist, wurde bereits unter Nr. 1 oben ausgeführt.

Mit der Neufassung des Krankenhausplanes einher geht eine Anpassung des Krankenhausgesetzes NRW (KHG-NRW). Da die Planungsgrundlagen bis zum Jahresende gefunden sein sollen und das KHG jetzt kurzfristig geändert wird, erscheinen die Beteiligungen der Verbände an diesem Verfahren mit dem Ziel einen Konsens zu finden in einer Vielzahl an Sitzungen sinnlos und überflüssig.

Die Begleitung erfolgt über die KGNW, in der inzwischen alle katholischen Krankenhaus-Träger aus dem Bistum Essen eingebunden sind.

## **9. Sonstiges**

Jedes Jahr mit Spannung erwartet wird die „Milupa-Geburtenliste“ die regelmäßig im Januar erscheint. Sie zeigt, dass im Bistum Essen alle Krankenhäuser über leistungsstarke und bedeutende geburtshilfliche Angebote verfügen.

*Susanne Minten*  
(Vorsitzende)

*Tapio Knüvener*  
(Geschäftsführer)