



Das Magazin für Führungskräfte in Kirchen  
und kirchlichen Organisationen

[www.kviid.de](http://www.kviid.de)

**KVI** im **DIALOG**

4 | November 2014

**Recht**

Zeitgemäßes Kleid oder alte Klamotte? -  
Körperschaftsstatus für Kirchen und  
Religionsgemeinschaften

**Finanzen**

Finanzierung von diakonischen, caritativen  
und kirchlichen Unternehmen -  
Betriebswirtschaftliche Grundlagen  
der Finanzierung, Teil 1

**Energie und Umwelt**

Das Beste herausholen: Optimierung  
der Wärmeerzeugung -  
Energieeffizienz in kirchlichen  
Einrichtungen

**Qualitätsmanagement**

Praktische Schritte der  
Qualitätsentwicklung -  
Organisches Qualitäts-  
Management® für kirchliche  
Werke und Organisationen, Teil 2

**Informationstechnologien**

Den Alltag revolutionieren -  
Tablets als Hilfsmittel für Menschen  
mit Behinderung

**Facility- und Immobilien-  
management**

Bedarfsplanung - Basis effizienter und effek-  
tiver Mittelsteuerung am Beispiel kirchlicher  
Gesundheitsbauten



**Personalmanagement**

**Arbeitszeitmodelle für Fach- und  
Führungskräfte in Kirche  
und diakonischen Einrichtungen**

## Bedarfsplanung - Basis effizienter und effektiver Mittelsteuerung am Beispiel kirchlicher Gesundheitsbauten

Teil 2. Ein Beitrag von Olaf Fechner und Volker Merker

Eine Ende 2012 erschienene Studie im Auftrag des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e.V. (DEKV) und des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschland e.V. (KKVD) beschäftigte sich mit den Herausforderungen kirchlicher Krankenhäuser. Die Prognosen für christliche Häuser waren dabei vielfältig.

Einige greift dieser Artikel auf und gibt speziell aus Sicht des Bauprojektmanagements wertorientierte Empfehlungen zum strategischen Management und zur baulichen Umsetzung von Betriebsorganisationsplanungen.

Im ersten Teil haben wir in der August Ausgabe der KVI im DIALOG neben der Ausgangslage Aspekte der Folge einer Privatisierung, einer ethisch-moralisch-seelischen Perspektive bis hin zur Architektur als „Dolmetscher“ christlicher Leitbilder beleuchtet.

Im heutigen zweiten Teil widmen wir uns im Wesentlichen der Planung und den Kosten.

### Nutzerorientierte Planung

Die heutigen Herausforderungen für Krankenhäuser liegen nach oben genannter Studie u.a. in der zunehmenden Multimorbidität der Patienten (älter und zunehmend mehrfach erkrankt) mit kaum steigenden Fallzahlen, dem Fachkräftemangel sowie den sektorenübergreifenden Leistungen. Andere Annahmen gehen vom Spannungsfeld weiterhin stei-



Olaf Fechner, Diplom-Ingenieur und Projektsteuer (DVP), ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der HafenCity Universität Hamburg unter Prof. R. Johrendt (Bauökonomie und Management) und forscht zu Bauherrenaufgaben bei Diakonie und Kirche.

gender Fallzahlen bei Verringerung des CMI (Fallschweregrad) aus. Gerade der demografische Wandel gestaltet die Personalpolitik zukünftig schwierig. Aktuelle Untersuchungen wie der AOK-Krankenhaus-Report 2014 verweisen auf die derzeitigen Arbeitsbelastungen und -bedingungen des Personals. Leistungsdruck als letztendliche Folge des erheblichen Kostendrucks schafft ungünstige Arbeitsbedingungen. Zukünftige Personalpolitik muss sich damit auch der Optimierung der Arbeitsbelastungen und -bedingungen zuwenden, wobei neben der reinen Arbeitsorganisation und Zeitansätzen nach der Pflegepersonalregelung (PPR) auch das Gebäude einen wesentlichen Erfolgsfaktor im Veränderungsprozess darstellt.

Die heutige Nutzung eines Krankenhauses stellt auf Arbeitspro-



Volker Merker, Diplom-Ingenieur und Architekt (AKG), ist seit 25 Jahren als Architekt im Gesundheitswesen tätig. Seit 2011 berät er als Inhaber der Merker Architektur Management GmbH Kliniken in der Betriebsorganisations- und Bedarfsplanung sowie der Zielplanung.

zesse ab, die in erheblichem Maße standardisiert werden. Pflegestandards und Prozessbeschreibungen sollen die notwendige Koordination reduzieren und geben dem Personal Zielvorgaben zur eigenverantwortlichen Umsetzung. In Anbetracht straffer Arbeitsplanungen auf Grundlage fixer Zeitansätze nach PPR haben die Nutzungsmöglichkeiten der Immobilie wesentlichen Einfluss auf die Effizienz der Arbeitsabläufe. Gebäude und Arbeitsabläufe stehen in unmittelbarer Wechselwirkung. Schnell kann die fehlende Nutzerorientierung des Gebäudes nicht nur zur höheren Arbeitsbelastung und Stress führen, sondern setzt der Optimierung medizinischer Versorgung Grenzen.

Bei dem gegenwärtigen Personalkostenanteil wurden Reduzierungspotentiale bislang in der Regel im Personalabbau gesucht.





Die Kompetenzen kirchlicher Träger in Krankenhaus-Einrichtungen sollten als Chance im Wettbewerb des Gesundheitsmarktes gesehen werden

Dabei läuft gerade in kirchlichen Häusern sehr viel über das persönliche Engagement und die Motivation der Mitarbeiter, statt mittels übertariflicher Entlohnung. Nicht selten leistet das Personal – meist aus persönlicher Überzeugung – Großes, obwohl examinierte Fachkräfte sich heute bereits den Arbeitgeber aussuchen könn(t)en. Neben einer auf Patienten gerichteten Optimierung der Gebäude ist es zudem Aufgabe des strategischen Managements, die Arbeitsumgebung der heutigen und zukünftig knappen Ressource Mensch zu optimieren.

### Immobilienbezogener Kosten

Seit Einführung der Krankenhausstatistik ist ein stetiger Anstieg der bereinigten Kosten je Fall zu verzeichnen. Neben dem Personal setzen sich ca. 40% der Ausgaben aus Sachkosten zusammen. Direkten Bezug zur baulichen Qualität der Immobilie haben die pflegesatzfähigen Instandhaltungskosten nach §4 AbgrV und

die Kosten für reine Verbrauchsstoffe (Energie, Wasser). Darüber hinaus stecken sowohl in den Personal- als auch den Sachkostennutzungsbedingte Kosten von Facility-Management-Leistungen für medizinische und nicht medizinische Infrastruktur. Im derzeitigen DRG-System werden diese mittels des Verursacherprinzips auf die rein medizinischen Kostenstellen umgelegt.

Ausgehend von dem sich verändernden Umfeld, wie etwa dem zunehmenden Wettbewerbsdruck, dem Rückgang staatlicher Sozialleistungen oder der Internationalisierung von Leistungen und Arbeitskräften, sind Sozialprofit-Organisationen (SPO) wie kirchliche und soziale Betreiber gehalten, ihre Ressourcen effizient und effektiv einzusetzen. In den zurückliegenden Jahren haben Profit-Unternehmen ihre Immobilien bereits als entscheidende strategische Größe identifiziert und das sogenannte „Corporate Real Estate Management“

(CREM) etabliert. Hierunter werden Immobilien gefasst, deren Bedeutung im Wesentlichen im Betriebsmittel, im Kostenfaktor oder im Vermögensbestandteil eines Unternehmens liegt. Im Mittelpunkt des Unternehmens stehen weiterhin ihre Kernaufgaben und ihre innere Organisation, wobei den Unternehmensimmobilien ein erhebliches strategisches Gewicht hinsichtlich der Kosten-Nutzen-Bilanz sowie des Grades der Erreichung von institutionellen Zielen zukommt. Demgegenüber steht der Ansatz des „Real Estate Managements“ (REM), bei dem mittels der Immobilien Renditen erzielt werden, d.h. dieses selbst eine Kernaufgabe des Unternehmens ausmacht.

Zum einen bieten einige professionell und gewinnbringend bewirtschaftete Immobilienbestände entsprechend dem REM die wirtschaftliche Grundlage zur Ausübung missionarisch-diakonischer Kernaufgaben. Zum anderen weisen fundierte Kenntnisse aus

dem Wirtschaftssektor aber auch dem staatlichen Bereich teils erhebliche Einsparpotentiale durch die Optimierung des CREM aus. Erhebliche Einsparpotentiale liegen dabei u.a. in der Reduzierung des Bestandes bzw. der Flächen, Einsparungen beim Energieverbrauch sowie der Optimierung der Immobilienverwaltung und des Immobilienbetriebs.

Geht man beispielsweise für ein kirchliches Allgemeinkrankenhaus – mit 350 Betten unter der Annahme von ca. 52,5 Mio. Euro jährlicher Gesamtkosten (ca. 150.000 pro Bett), 7% immobilienbezogener Kosten (Instandhaltung und Medienverbräuche) und dem Postulat beibehaltener medizinischer Leistungen – von einer 5%igen Senkung immobilienbezogener Kosten aus, so wären dies im Gesamtvolumen des Trägers ca. 180.000 Euro jährliche Einsparungen, die den Kernaufgaben zu Gute kämen. Nicht eingerechnet ist aufgrund des dualen Finanzierungssystems die Abschreibung der Immobilie, die mit weiteren 15% zu Buche schlagen würde.

Dennoch scheinen die monetären Potentiale immobilienbezogener Aspekte relativ gering, vergleicht man diese mit den sonst üblichen Kostenanteilen von 30-35% immobilienbezogener Kosten im CREM anderer Branchen. Doch die Auswirkungen von Architektur, Gebäude, Haus- und Medizintechnik auf die wesentlichen Faktoren (Personal, Nutzungsmöglichkeiten, Patientenzufriedenheit und -heilung) sind sehr viel weitreichender: Sie waren und sind Bestandteil diverser Forschungsansätze.

Die Zusammenhänge lassen sich jedoch bis heute noch nicht auf einfache Formeln zur Berechnung monetärer Ergebnisse reduzieren.

### Immobilienmanagement in freigemeinnützige Organisationen

Aktuelle Studien zu SPO zeigen, dass unter den allgemein als gemeinnützig einzustufenden Organisationen insbesondere Kirchen und soziale Einrichtungen einen signifikant höheren Immobilienbestand als auch ein weitaus höheres Finanzbudget gegenüber soziokulturellen, wirtschaftlichen und politischen Organisationen oder Stiftungen haben. Zudem belegen die Erhebungen, dass innerhalb der freigemeinnützigen Organisationen, insbesondere bei konfessionellen und sozialen Trägern, die Eigentumsquote und zugleich der Anteil an Spezialimmobilien – wie Pflege- und Gesundheitsbauten – sehr hoch ist.

Die Analysen decken auch auf, dass innerhalb des strategischen Managements der freigemeinnützigen Institutionen zwar das Thema Immobilie an Bedeutung für den Erfolg und den Vermögensstand zugenommen hat, dennoch aber zu unprofessionell mit dem Betriebsmittel Immobilie umgegangen wird. Wesentliches Manko bildet dabei noch immer die zu geringe digitale Erfassung von Gebäudedaten zum internen Benchmarking.

Der Investitionsbedarf bei kirchlichen und sozialen Organisationen im Bereich der Immobilien ist entsprechend ihres absoluten Eigentumsbestandes groß. Organisationsgrad und Professionalität des Immobilienmanagements sind bei den Kirchen und sozialen Organisationen bislang noch eher gering.

Hier muss entsprechend der Kostendimension kommender Investitionen, der Bedeutung des Betriebsmittels Immobilie an sich und in Anbetracht aller immobilienbezogenen Wechselwirkungen zu

den unterschiedlichen Nutzungen und Nutzern im Gebäude nachgebessert werden.

Immobilienbezogene Aufgaben lassen sich nicht nebenher, zum Beispiel innerhalb der allgemeinen Verwaltung, erledigen, erst recht nicht in Anbetracht der steigenden Anforderungen an das Gebäude, ob in Folge der Nachhaltigkeitsdiskussion oder der zunehmenden Technisierung. Bei den derzeit wahrgenommenen gebäudebezogenen Tätigkeiten handelt es sich bislang vorrangig noch um reines Gebäudemanagement statt eines strategischen Immobilien- oder Immobilienportfoliomanagement.

### Betriebsorganisationsplanungen, Bedarfsplanung und Nutzerorientierung

Die strategische Betriebsorganisationsplanungen (BOP) des Krankenhauses erfolgt in der Regel auf oberster Leitungsebene und wird meist erst im Zuge laufender Planungs- und Baumaßnahmen kommuniziert. Deren Detaillierungsgrad ist leider für eine risikominimierende Bedarfsplanung unzureichend. Kostensteigerungen im Bauprojekt und Störungen bei der Inbetriebnahme sind in erheblichem Maße auf die verspätete Beteiligung und fehlende Information der Fachspezialisten zurückzuführen. Diese Einschätzung lässt sich am aktuellen Bericht „Gesundheitswesen – Kliniken“ des Hessischen Rechnungshofes bestätigen. Fehlende Abbildungen der medizinischen Prozesse und Dokumentationen der Herleitung der Raum- und Funktionsprogramme innerhalb der BOP bilden meist ebenso ein Manko wie die vielfach nicht angemessene Integration des Personals. Bei Bedarfsplanungen zur Umsetzung neuer Betriebskonzepte und Prozessabläufe ist je-

doch die praktische Kompetenz der beteiligten Nutzer von entscheidender Bedeutung.

Zum einen müssen bereits in der Projektvorbereitung spätere Nutzer bei der Erstellung von Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen impliziert werden. Nutzer meint hier nicht nur die medizinische sondern auch die Serviceebene und das Facility-Management. So gilt es, bei baulichen Maßnahmen Prozesse derart umzustellen, dass im Zuge der grundlegenden Bedarfsplanung Erfahrungen der Leitungsebene der Fachabteilungen frühzeitig aufzunehmen sind. Neben den verbesserten Planungsgrundlagen erhöht sich parallel zur Partizipation des Personals dessen Akzeptanz der BOP. Bisherige Planungs- und Bauzeiten sind für die derzeitigen Marktentwicklungen zu lang. Statt langer Entscheidungswege sollten bei Bauprojekten hierarchielos konkrete Reaktionen auf veränderte Bedingungen im Rahmen strategisch gesetzter Leitbilder, Werte und Ziele autonom durch die operative Ebene (Fachabteilungen etc.) erfolgen.

Zum anderen ist dem Krankenhausmanagement dringend zu empfehlen, frühzeitig eigene Gebäudedaten mittels CAFM (computer added facility management) bereit zu stellen und im Rahmen der Bedarfsplanung einzubringen. Dabei gilt es, die besonderen Anforderungen des jeweiligen Klinikbetriebes herauszuarbeiten, unterschiedliche Betriebskonzepte zu analysieren, um daraus die baulich-investiven Ansprüche der wirtschaftlichsten Variante in die Bedarfsplanung zu integrieren. Die Krankenhausführung sollte insbesondere das immobilienbezogene Controlling stärken, um prozess- und lebenszyklusorientierte FM-Kosten in die Bedarfsplanung und Investitionsentscheidungen einzubringen.

Der Informationsgehalt über die Nutzungsphase ist frühestmöglich, d.h. in der Planungsvorbereitung samt Bedarfsplanung, anzuheben. Im Endeffekt werden dadurch Nutzungsqualitäten und -möglichkeiten der Gesundheitsimmobilie erhöht bzw. deren Betriebskosten gesenkt. Derartige Einsparungen können Kernprozesse des medizinischen und des sekundären Bereiches entlasten.

Den Erfolgsschlüssel zur Qualitätsdefinition und Kostensteuerung der investitions- und materialbezogenen Betriebskosten bildet das Raumbuch. Die Parameter können auf Basis eigener Erfahrungen des FM auf dem CAFM-System ermittelt werden. Der Berater unterstützt hinsichtlich der Richtlinienkonformität und der Auswirkung auf technische Anforderungen. Das Raumbuch umfasst sowohl die Darstellung der

# WGKD

Die Einkaufsplattform  
der Kirchen.



**Diakonie**  
Deutschland  
Evangelisches Werk für  
Diakonie und Entwicklung

**caritas**  
Deutscher  
Caritasverband

**EKD**  
Evangelische Kirche  
in Deutschland

**Verband der Diözesen  
Deutschlands**

**dok**  
Deutsche Ordens-  
obernkongferenz

## Unsere Leistungen

-  ■ Mobilität
-  ■ Telekommunikation
-  ■ IT & Elektronik
-  ■ Energie & Beratung
-  ■ Büro, Lager & Werkstatt
-  ■ Kindergarten
-  ■ Sonstiges

## Großes Einkaufsvolumen, kleine Preise.

Die WGKD als die Einkaufsplattform der evangelischen und katholischen Kirche, der Caritas, der Diakonie und der Orden ist für alle diese Einrichtungen der zentrale Ansprechpartner, wenn es um gute Einkaufskonditionen geht.

Weitere Infos erhalten Sie über unsere Internetseite

[www.wgkd.de](http://www.wgkd.de)

Wirtschaftsgesellschaft der Kirchen in Deutschland mbH

Einfach  
günstig  
einkaufen.



## Mehr Infos hier!

■ **Geschäftsstelle**  
Lehmannstraße 1  
30455 Hannover

Tel.: +49 (0)511 - 47 55 33 - 10  
Fax: +49 (0)511 - 47 55 33 - 20  
info@wgkd.de www.wgkd.de





Gebäudequalitäten im Grundriss und im Flächenmanagement als auch in Raum- und Objektdatenbanken.

Hierdurch lassen sich schon vor Planungsbeginn 75 % der Kosten in hoher Präzision abbilden. Damit bietet das Raumbuch im Rahmen der Bedarfsplanung ein optimales Steuerungselement über die gesamte Projektlaufzeit und ist damit ein wesentlicher Schlüssel zum Erfolg.

#### FAZIT

Wenngleich freie Träger mit den gleichen Rahmenbedingungen des Gesundheitsmarktes konfrontiert sind wie private und öffentliche (steigende Kosten, DRG's, globaler Wettbewerb etc.), so ist ihnen jedoch ein anderer Weg des strategischen Managements vorgegeben.

Ob aus rechtlichen Regelungen zur Gemeinnützigkeit oder aus ethisch-moralischer bzw. christlicher Verantwortung, ist die Effizienzoptimierung eher auf Kostenreduzierung zur Steigerung von Qualität und Leistung zu richten statt auf Rendite. Konfessionellen Trägern bieten Kostenreduzierungen durch sachgerechte Bedarfsplanung und professionelles Immobilienmanagement Spielräume zur möglichen Quersubventionierung der Bereiche, die anderenorts eingespart werden.

So mögen gewinnorientierte Unternehmen Geburtsstationen schließen, an geriatrischer Pflege sparen und entgegen demografischer Herausforderungen bei Personal und Patienten kürzen, um kurzfristig Rendite zu erzielen.

Hier tun sich Chancen kirchlicher Krankenhäuser auf, authentische Angebote entsprechend den eigenen Leitbildern und Werten zu

schaffen. Gutes Beispiel dessen ist das katholische Krankenhaus St. Joseph-Stift Bremen. Mit nur 484 Betten und rund einem Viertel der jährlichen Patienten des dortigen kommunalen Trägers, Gesundheit Nord (GeNo) mit ca. 2.700 Betten, besetzt es u.a. genau diese Nischen.

Die Kompetenzen kirchlicher Träger in unterschiedlichen Krankenhaus-Einrichtungen sowie ihr werteorientiertes, philanthropisches Handeln sollten als Chance im Wettbewerb des Gesundheitsmarktes gesehen werden. Während an sich profitable Konzerne Geburtskliniken wie die auf Sylt oder in Oldenburg aufgeben, bewältigt zum Beispiel das katholische St. Joseph Stift (SJS Bremen) ca. 2.000 Geburten im Jahr 2013 nach der Schließung

der Geburtshilfe im Klinikum Bremen Mitte.

Daneben betreibt das Haus einen sehr qualifizierten geriatrischen Schwerpunkt und wurde zudem zum Krankenhaus als „bester Arbeitgeber im Gesundheitswesen 2012“ gewählt. Dies sind allesamt Schwerpunkte, die über eine reine Grundsicherung hinaus nicht nur im Gemeinwohlinteresse sondern im Interesse christlicher Werte stehen. Professionelles Immobilien- und Bauprojektmanagement kann einen Beitrag dazu leisten, die knappen finanziellen und personellen Ressourcen bestmöglich zu steuern. Eine große Chance bietet dabei aufbauend auf eine strategische BOP die nutzerorientierte Bedarfsplanung im Vorfeld von Planungs- und Baumaßnahmen.

#### Quellenangabe

Vgl. Prognos: Krankenhauslandschaft 2020 – im Verbund stärker. Basel (u.a.) 2012. Über: <http://www.prognos.com> (Zugriff: 10.06.2014)

Vgl. Prognos (2012), S.4

siehe hierzu: Fechner, Olaf; Merker, Volker: „Wechselwirkung zwischen Architektur und Personal - Gesundheitsbauten als strategische Einflussgröße im Personalmanagement“. In: KU Gesundheitsmanagement. Mediengruppe Oberfranken - Fachverlage GmbH & Co. KG. Kulmbach. März 2014, S. 40-43

Statistisches Bundesamt (2012)

vgl. Diez, Karin: Ein prozessorientiertes Modell zur Verrechnung von Facility Management Kosten am Beispiel der Funktionsstelle Operationsbereich im Krankenhaus. Universitätsverlag Karlsruhe. Karlsruhe 2009

Vgl.: Heller, Uwe: Immobilienmanagement in Nonprofit-Organisationen Analyse und Konzeptentwicklung mit Schwerpunkt auf kirchlichen und sozialen Organisationen. Gabler | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2010

vgl. Satzung des Diakonischen Werkes der EKD e.V., § 1 Abs. 1 ff. und EKD e.V. (2013)

vgl.: Statistisches Bundesamt: Internetseite zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Betriebswirtschaftliche Eckdaten von Krankenhäusern. Kosten je Krankenhaus (Bruttoprinzip), je aufgestelltem Bett (2012). Unter: <https://www.gbe-bund.de> (Zugriff: 02.07.2014)

Vgl.: Heller, Uwe: Immobilienmanagement in Nonprofit-Organisationen Analyse und Konzeptentwicklung mit Schwerpunkt auf kirchlichen und sozialen Organisationen. Gabler | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2010. S. 80 ff.