



Das Magazin für Führungskräfte in Kirchen
und kirchlichen Organisationen

www.kviid.de

KVI im DIALOG

3 | August 2014

Kirchenmanagement

Profil.100 - Verbandsentwicklung - Profil,
Identität und Personal im Fokus

Finanzen

Aktuelle Hinweise zur E-Bilanz im Non-
Profit-Bereich

Energie und Umwelt

Mit E-Mobilität in die Zukunft -
Verrechnungsstelle für Kath. Kirchengemeinden Riegel ab sofort mit Elektroauto auf Tour

Qualitätsmanagement

Thermometer für die geistliche Betriebstemperatur - Organisches Qualitätsmanagement® für kirchliche Werke und Organisationen, Teil 1

Informationstechnologien

Information Management - Im Spannungsumfeld von Social Business, Big Data und Co.

Personalmanagement

Gleichstellung als Qualitätsmerkmal im Personalmanagement



Nachbericht:

9. KVI Kongress 2014 „Arbeitswelten der Zukunft heute gestalten“

Bedarfsplanung - Basis effizienter und effektiver Mittelsteuerung am Beispiel kirchlicher Gesundheitsbauten

Teil 1. 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 soll dieser Artikel aufgreifen und speziell aus Sicht des Bauprojektmanagements wertorientierte Empfehlungen zum strategischen Management und zur baulichen Umsetzung von Betriebsorganisationsplanungen geben. In einem Segment mit einem Gemeinkostenanteil von bis zu 95% , ca. 60 % Personalkosten und den aktuellen demografischen Veränderungen ist es Aufgabe von Entscheidungsträgern nutzerorientiert - ob Patient oder Mitarbeiter - zu planen. Ferner sollten sich die Angebote kirchlicher Häuser an ethischen Werten orientieren und so zukünftige Marktlücken im Sinne des Menschlichen schließen.

Ausgangslage

Verfolgt man Veröffentlichungen zum Gesundheitswesen, so scheint der gegenwärtige Kostendruck allgegenwärtig, teils durch Interessenkollisionen der Akteure einer dualen Finanzierungslogik sogar verstärkt. Publikationen der Nachkriegsjahre zeigen jedoch, dass die volkswirtschaftliche Bedeutung öffentlicher Krankenhäuser schon immer groß und die Deckung der Selbstkosten schwierig war. So wie es das Statistische Bundesamt im



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.

Kostennachweis für 2012 aufzeigt, waren auch in der Vergangenheit die Kosten öffentlicher Einrichtungen höher als die der gemeinnützigen oder privaten Kliniken.

¹ So scheint die vielfach praktizierte Privatisierung öffentlicher Gesundheitseinrichtungen unumgänglich.

Der Anteil privater Krankenträgerschaften lag 2012 bei ca. einem Drittel und damit noch knapp unter dem freigemeinnütziger Träger. Damit hat sich seit Anfang der Krankenhausstatistik der Anteil der Profit-Organisationen gegenüber den Non-Profits (NPO) stetig erhöht. Waren 1991 noch fast die Hälfte der Krankenhäuser kommunal (1991: 46%), so hat sich deren Anteil bis auf geringfügige Anteile (2012: 29,8%) verringert. Trotz aller Privatisierungstendenzen sind dennoch derzeit mehr Krankenhäuser freigemeinnützig (2012: 35,6%), darunter eben auch kirchliche bzw. solche konfessioneller Stiftungen, als private oder öffentliche Einrichtungen.²



Volker Merker, Diplom-Ingenieur und Architekt [AKG], ist Geschäftsführer der Merker Architektur Management GmbH und seit 25 Jahren als Architekt und Berater im Gesundheitswesen tätig.

Der Begriff Nonprofit suggeriert das Gegenteil von Profit. So wird in der reduzierenden Betrachtung ein fehlender Gewinn anstelle eines Qualitätsbegriffes in den Vordergrund gestellt. In Anbetracht der tatsächlichen Leistungen dieses Sektors der Volkswirtschaft, der zumeist im Auftrag des Sozialstaates agiert oder gar dessen zunehmende Versorgungslücken schließt, empfiehlt sich die Terminologie des Socialprofit-Sektors.³ Diese Bezeichnung trägt auch der täglichen Leistung der Beschäftigten besser Rechnung und so zu deren Anerkennung bei.

Entsprechend der Statistik dürfte das Management des (noch) größten Anteils der Krankenhäuser eher auf das Gemeinwohl und die Gemeinnützigkeit gerichtet sein als ausschließlich auf Rendite. Reportagen öffentlicher Sender oder Veröffentlichungen zeichnen jedoch gegenwärtig ein anderes Bild und sehen durch die zunehmende Privatisierung im Gesundheitswesen das Wohl des Patienten auf dem Opfertisch.⁴

Die Anzahl der Krankenhäuser und der bereitgestellten Betten sinkt seit 1991 bei zunehmenden Fallzahlen stetig. Flächendeckend werden kommunale und auch kirchliche Krankenhäuser von Konzernen, wie Helios, Sana, Asklepios oder Röhn übernommen. Privatisierung scheint das Allheilmittel gegen steigende Kosten im Gesundheitswesen und klamme Kassen bei der öffentlichen Hand. Dabei versprechen gewerbliche Unternehmen auch noch mehr Qualität der Leistungen für den Patienten.

Steigender Wettbewerbsdruck der Krankenhäuser, etwa durch die zunehmenden Informations- und Kommunikationsprozesse des „mündigen Patienten“,⁵ wird ebenso propagiert wie eine Wettbewerbsreduzierung durch die Schließungen und Fusionen von Krankenhäusern. Egal ob durch das zunehmende Gewicht des „mündigen Patienten“ – konkret durch das seit 2013 wirkende Patientenrechtegesetz (PRG) – oder den drohenden Fachkräftemangel: Es wächst die Bedeutung der Qualität von Gesundheitsbauten.

Das Streben nach Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus ist nicht neu. Nur die anzuwendenden Methoden und Instrumente ändern sich und sind den Anforderungen der heutigen Zeit anzupassen. Kirchliche Häuser haben dabei stets Anpassungsfähigkeit und Kompetenz bewiesen. Von der Stärkung der „Heilkraft einer Krankenanstalt“ mittels medizinischer Entwicklung (Anfang des 20. Jhd.) bis hin zur Zunahme des hygienischen und technischen Standards geht es zunehmend um Effizienz. Doch sollte diese insbesondere bei kirchlichen – als auch öffentlichen – Krankenhäusern, deren Management sich doch eher an multidimensionalen Sachzielen orientiert, nicht ausschließlich an

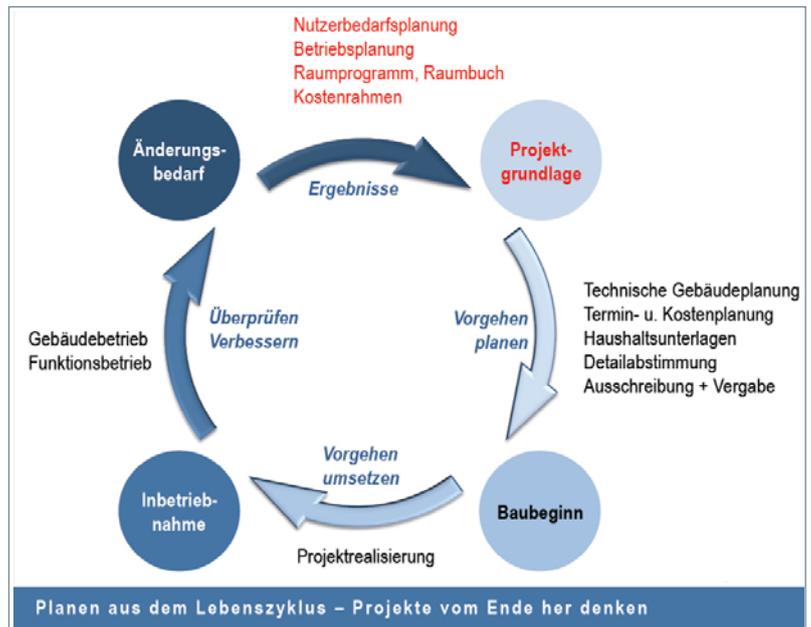


Abb.: Merker Architektur Management GmbH

Lebenszyklus von Gesundheitsimmobilien

monetären Benchmarks gemessen werden.

Daseinsvorsorge – staatlich, privatisiert oder „verkirchlicht“

Die kommunale Zuständigkeit für Krankenhäuser leitet sich im Allgemeinen aus dem Grundgesetz Artikel 28, d.h. dem Recht der Gemeinde zur eigenverantwortlich Regelung „aller Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft“, so auch der medizinischen Grundversorgung, ab. Die sogenannte Daseinsvorsorge des Staates ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, dennoch ist die Verantwortung des Staates für die Krankenhausversorgung durch die bisherige verwaltungsrechtliche Praxis gestützt. Die nach GG Artikel 28 den Gemeinden zugeordnete kommunale Selbstverwaltung versuchen diese vielfach durch Privatisierungen zurück zu gewinnen, nachdem Gesetze auf Bundesebene deren finanzielle Autonomie teils aushöhlen (Stichwort: Kultur und Bildung).

Die öffentliche Hand nutzt so ihr Recht auf Selbstverwaltung, in dem sie beispielsweise Aufgaben der

Grundsicherung wie den Betrieb von Krankenhäusern auf Private überträgt und lediglich die Investitionskosten übernimmt. Doch bedeutet fortwährende Daseinsvorsorge nicht auch Leistungsverwaltung? Schließt öffentliche Verantwortung im Sinne des GG nicht auch den verantwortungsvollen – auf Gemeinwohl gerichteten – Betrieb eines Krankenhauses als Aufgabe des Staates für seine Bürger mit ein? Und wenn der Staat nicht mehr selbst leistet, wird er dann zumindest seiner Gewährleistungsverantwortung gerecht, wenn nach Privatisierung beispielsweise Geburtskliniken geschlossen werden, da sie nicht zur gewünschten Rendite beitragen?

Folge der Privatisierung

Was ist die Folge der Privatisierung von Infrastrukturaufgaben? Das Handeln des öffentlichen Trägers, ob bei Bau oder Betrieb eines Krankenhauses ist – so zumindest sollte es sein – durch gemeinnützige Ziele bestimmt. Wird der Betrieb der Krankenhäuser jedoch privatisiert und liberalisiert, so folgt die Krankenhausversorgung fortan ei-

ner betriebswirtschaftlichen Logik, d.h. der Gewinnmaximierung. Aktuelle Reportagen sprechen gar von zweistelligen Renditen im Betrieb von Krankenhäusern. Gleichzeitig werden Geburtskliniken wie die auf Sylt oder die der SANA-Klinik in Oldenburg aufgrund geringer Fallzahlen aufgegeben und Menschen bangen um ihre Grundversorgung in diesem Bereich.

Auftrag der Nächstenliebe

Die Krankenhausstatistik des Bundes weist konfessionelle Träger nicht gesondert aus. Doch ist der Anteil freigemeinnütziger Träger, so auch die der Kirchen, kirchlichen Stiftungen oder der Wohlfahrtsverbände wie Diakonie und Caritas, mit 35,6% (2012) am Gesundheitsmarkt als bedeutend aus. Warum betreibt die Kirche Krankenhäuser, Geburtseinrichtungen oder Pflegestationen? Sollte man diese nicht auch verstärkt dem Diktat der Wirtschaftlichkeit unterwerfen? Worin liegt die Verantwortung zum Krankenhausbetrieb oder gar die Wettbewerbschance zu Gunsten der Kirche? Die konfessionellen Träger werden nicht per Grundgesetz zur Grundsicherung verpflichtet, sondern gründen ihr Handeln auf christlich ethische Werte und den biblischen Auftrag der Nächstenliebe.

Ethisch-moralisch-seelische Perspektive

Ein etabliertes Führungsinstrument zur Steuerung von Unternehmen ist die Balanced Scorecard, insbesondere wenn es das Spannungsverhältnis zwischen wirtschaftlichen Bedingungen und einem ideellen Auftrag zu analysieren und lösen gilt. In einer Branche wie dem Gesundheitsmarkt, wo sich derzeit alles an Benchmarks oder DRG's messen lassen muss, gilt es, Optimierungsstrategien an den konkreten Unternehmenszie-

len auszurichten. So liegt es in der Verantwortung freigemeinnütziger und öffentlicher Krankenhäuser, die ethisch-moralisch-seelische Perspektive höher zu stellen als die finanzielle. Im Gegensatz zu betriebswirtschaftlichen Konzernen steht die Finanzperspektive nicht an erster Stelle, sondern dient zu allererst der Sicherung des Unternehmens, das im Kern christlichen Leitbildern folgt.⁶ Um den Anforderungen des Gesundheitsmarktes zukunftsfähig entgegen zu treten, braucht es ein hohes Maß an Wirtschaftlichkeit und Effektivität.

Architektur als „Dolmetscher“ christlicher Leitbilder

Nicht nur der Corporate Governance Kodex⁷ für Unternehmen fordert ein verantwortungsvolles Management nach moralischen Standards. Insbesondere für christliche Unternehmen leitet sich aus

deren ethischen und moralischen Werten eine besondere Verantwortung für den Menschen, egal ob als Patient oder als Mitarbeiter, ab. Doch allein mit Leitbildern lassen sich Fachkräfte nicht motivieren, Marktanteile nicht gewinnen oder globaler Wettbewerb und Kostendruck nicht bestehen. Dazu braucht es aus Visionen abgeleitete spezifische, realistische und von den Stakeholdern akzeptierte Ziele. Hierbei kann die Architektur „Dolmetscher“ von christlichen Leitbildern, medizinischen und gesellschaftlichen Werten über ökonomische und funktionale Ziele hin zur Leistung sein.⁸ D.h., sie übersetzt christliche Werte in entsprechende funktionalen Anforderungen, um schließlich mitarbeiterfreundliche, demographiefeste Krankenhäuser zu erhalten und wertorientierte Leistungen, die das Leben des Menschen vertrauensvoll von der Wiege bis zum Tod begleiten, zu bewahren.

Quellenangabe

- ¹ Alheit, Georg: Finanzwirtschaft der Krankenanstalten. In: Vogler/Hassenpflug (1951). S. 284 ff. und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheit, Kostennachweis der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.3. 2012. S. 6 ff.
- ² Vgl.: Statistisches Bundesamt: Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2012. In: Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden. 2013
- ³ Vgl. Reinhold Popp: Die Zukunft des Sozialstaates und des Social-Profit-Sektors. In: Cornelia Mazzucco (Hrs): Gats und Soziale Arbeit. Schriftenreihe Social Sciences/ Social Life/ Social Profit. Lit-Verlag. Münster (u.a.). 2004. S. 41 ff.
- ⁴ (vgl. u.a.: ARD; 15.10.2013
- ⁵ Nickl-Weller (2013). S. 46
- ⁶ vgl. Pracher, Christian: Von der Metaphysik zum Management – Die Berücksichtigung ökonomischer Aspekte in gemeinnützigen Einrichtungen am Beispiel kirchlicher Organisationen, in: Zapotoczky, Klaus / Pracher, Christian / Strunz, Herbert (Hrsg.): Verwaltung innovativ. Österreich: 2007, S. 153 – 162
- ⁷ Regierungskommission, Deutscher Corporate Governance Kodex, 2013: <http://www.corporategovernance-code.de/> (Zugriff: 12.02.2013)
- ⁸ vgl.: Berkl, K.; Herzog, R.: Unternehmenskultur und Ethik. Sauer. Heidelberg 1997. S. 45. In: Bernd H. Mühlbauer: The „Added Value“ of god Hospital architecture für personel – an economic perspective. In: Christine Nickl-Weller, Hans Nickl (Hrs): Healing Architecture. Braun. Salenstein (Ch) 2013. S. 215