

Spitalimmobilien

Hoher Investitionsbedarf, unsichere Finanzierung



Inhaltsverzeichnis

Executive Summary | 4

Schlüsselerkenntnisse der Studie | 5

1 Eine Lageanalyse für Spitalimmobilien | 6

2 Portfolioanalyse | 8

- 2.1 Portfoliozusammensetzung | 9
- 2.2 Investitionstätigkeit | 10
- 2.3 Sanierungsmassnahmen | 11
- 2.4 Bauteilgliederung nach CRB | 12
- 2.5 Anlagekategorien nach REKOLE | 13
- 2.6 Restabschreibungsdauer | 14
- 2.7 Baumassenzahl | 15
- 2.8 Immobilienwerte | 16

3 Anlagenutzungskosten | 18

- 3.1 Kalkulationsschema | 19
- 3.2 Anlagenutzungskosten pro Fall | 20
- 3.3 Bezugsbasis | 20
- 3.4 Ergebnisse auf der Basis von Anschaffungswerten | 21
- 3.5 Ergebnisse auf der Basis von Wiederbeschaffungswerten | 21

4 Sensitivitätsüberlegungen zum Landwert | 22

- 4.1 Bodenrente als Produktionsfaktor | 23
- 4.2 Szenarien | 23
- 4.3 Schlussfolgerungen | 25

5 Bewertungsansatz und Konzeption der Studie | 26

- 5.1 Ausgangslage | 27
- 5.2 Methodik | 27
- 5.3 Bewertungsansatz | 28
- 5.4 Konzeption der Studie und Portfoliodetails | 29

Ihre Ansprechpartner für Spitalimmobilien | 31
und Gesundheitswesen

Hintergrundinformationen zur Spitalfinanzierung

Am 21. Dezember 2007 hat die vereinigte Bundesversammlung wichtige Revisionen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) beschlossen. Diese betreffen:

- die Verpflichtung zur Lieferung von Daten seitens der Versicherer und der Leistungserbringer
- die Veränderung der Rolle der Spitalliste (von einem Verzeichnis der zugelassenen Spitäler zu einem Verzeichnis der subventionierten Spitäler)
- die eingeschränkte Wahlfreiheit im stationären Bereich
- die Einführung einer leistungsbezogenen Finanzierung nach einheitlicher Struktur
- die Anrufung des Bundesverwaltungsgerichtes als letztinstanzlich zuständige Beschwerdestelle

Die vorliegende Studie thematisiert die Investitionen in Spitalimmobilien. Die damit zusammenhängenden Fragestellungen ergeben sich aus dem neuen Finanzierungssystem für die Spitäler. So werden die Investitionen künftig nicht mehr alleine über die öffentliche Hand abgegolten, sondern diese fließen in die leistungsbezogene Finanzierung ein. Die Liegenschaften machen hierbei den grössten Anteil dieser Investitionskosten aus. Die Frage, nach welchem System dies passieren und wie die Bemessung der Investitionsabgeltung erfolgen soll (pauschalierte Zuschläge oder Anlagebuchhaltung), ist noch nicht geklärt. Für die Spitäler muss – unabhängig vom gewählten System – möglichst rasch klar sein, wie viel Geld über die Abgeltung fließen wird. Mit diesen Mitteln stellen die Spitäler künftig sicher, dass sie ihre bisherigen Investitionen refinanzieren und neue Investitionen vornehmen können. Die Spitäler müssen folglich die Werte ihres Immobilienportfolios kennen, um abschätzen zu können, ob die ausgehandelten Beträge zur Finanzierung von Immobilieninvestitionen ausreichen.

Executive Summary

Die PwC-Studie «Spitalimmobilien – Hoher Investitionsbedarf, unsichere Finanzierung» zeigt: Die Umsetzung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung birgt einige Herausforderungen für die Spitalführung in sich. Die Investitionskosten werden in die Fallpauschalen eingerechnet. Auf der Basis des künftigen Modells stehen den Spitälern keine Mittel zur Finanzierung künftiger Investitionen zur Verfügung. Wenn ein Spital Eigentümer der Liegenschaften ist, muss es das Kapital zur Finanzierung seiner Investitionen bei Dritten beschaffen. Die Risikofähigkeit der Unternehmen spielt bei der Mittelbeschaffung eine zentrale Rolle. Vor allem in diesem Punkt wird sich die Wettbewerbsfähigkeit der Spitäler zeigen.

Die Ausgangslage der bestehenden Immobilienportfolios ist sehr unterschiedlich. Sie hängt wesentlich von der betriebs-spezifischen Investitionstätigkeit der letzten Jahre und von der Altersstruktur ab. Die Spitalimmobilien sind vielerorts am Ende ihrer Lebensdauer angekommen. Die verbleibenden Restwerte belaufen sich in der Studienstichprobe nur noch auf ein Fünftel des Gebäudeversicherungswertes. Die Spitalliegenschaften sind zwar oft überaltert, von der Substanz her aber noch in brauchbarem Zustand. Der Sektor hat angesichts der bescheidenen Restwerte jetzt die Chance, die Spitallandschaft auch baulich neu auszurichten.

Spitäler, die bisher nur mit Mühe wirtschaftlich überlebt haben und über knappe Eigenmittel verfügen, werden in einem Wettbewerbssystem bei der Mittelbeschaffung leer ausgehen: Sie können die Anforderungen, welche die Investoren an die Betriebsergebnisse stellen, kaum erfüllen. Ohne wirtschaftliche Sanierungsmaßnahmen werden diese Unternehmen längerfristig nicht in der Lage sein, aus eigener Kraft eine akzeptable Infrastruktur bereitzustellen.

Der gesetzlich vorgeschriebene Nachweis der Anlagenutzungskosten für betriebsnotwendige Liegenschaften bedingt eine nachschüssige Finanzierung der getätigten Investitionen: Anrechenbar sind nur betriebsnotwendige Objekte, die noch nicht abgeschrieben sind. Aus der Altersstruktur resultieren verhältnismässig geringe objektspezifische Anlagenutzungskosten nach VKL. Diese gelten für die bestehenden Objekte, nicht aber für künftige Investitionen.

Was bedeutet diese neue Ausgangslage für die Spitäler? Welche Konsequenzen hat sie für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen? – Die konsequente Erneuerung der Spitallandschaft wird ihren Preis haben: Es stehen Investitionen im zweistelligen Milliardenbereich an. Investitionsentscheidungen gilt es mit Blick auf die künftigen Bedürfnisse des Gesundheitswesens zu treffen. Die Folgekosten der Investitionen machen entweder Erhöhungen der Behandlungspreise oder eine Effizienzsteigerung der Spitäler im entsprechenden Ausmass, meist aber wohl eine Kombination von beidem erforderlich.

Wenn die künftigen Entwicklungen im Gesundheitsmarkt keine Preisanpassungen erlauben, müssen die Spitäler ihr Leistungsportfolio einengen, ihre Investitionsvorhaben re-dimensionieren, ihre Erträge steigern, Kostenblöcke (z.B. Betriebskosten) abbauen oder – sofern sie im Mietverhältnis operieren – Antrag auf Mietzinssubvention stellen.

Im Wettbewerb zwischen privaten und öffentlichen Spitälern stellt sich die Frage nach der Berücksichtigung des Landwerts. Mit welchem Wert soll der Boden als Produktionsfaktor der Spitäler einbezogen werden? Die Studie zeigt anhand von Fallbeispielen auch die Sensitivitäten im Hinblick auf die Grundstückskosten auf.

Schlüsselerkenntnisse der Studie

1. Der ausgewertete Spitalimmobilienbestand ist stark überaltert. Mehr als 70 Prozent der Objekte wurden vor 1980 erstellt. Allein die Spitalobjekte aus den Siebzigerjahren machen wertmässig über 40 Prozent des totalen Investitionsvolumens in den drei Portfolios aus.
 - In den nächsten Jahren sind hohe Investitionen erforderlich. Dies eröffnet dem Spitalsektor die einmalige Chance, die Spitallandschaft auch baulich auf die zukünftigen betrieblichen Bedürfnisse des Gesundheitswesens auszurichten.
2. Der nach VKL und REKOLE³ ermittelte Restwert der untersuchten Akutspitäler lag am 1. Januar 2009 bei lediglich 21 Prozent des Gebäudeversicherungswertes (GVW). Der Restwert der psychiatrischen Kliniken machte 22 Prozent des Gebäudeversicherungswertes aus.
 - Die gegenwärtige Gebäudesubstanz der Spitalimmobilien ist grösstenteils bereits abgeschrieben. Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive ist daher ein Totalersatz strategisch bedeutsamer Objekte vertretbar. In den Fokus jeder Investitionsentscheidung müssen die Optimierung und die Unterstützung der Betriebsprozesse rücken.
3. Auf der Basis von Anschaffungswerten bewegen sich die Anlagenutzungskosten für die betriebsnotwendigen Objekte der in die Studie einbezogenen Akutspitäler zwischen 158 CHF und 618 CHF pro stationären Fall; und auf der Basis von Wiederbeschaffungswerten liegen sie zwischen 832 CHF und 1 245 CHF pro stationären Fall.
 - Die Höhe der Anlagenutzungskosten hängt vom Immobilienpark und von der gewählten Bezugsbasis ab. Auf der Basis des Anschaffungswertes werden die Restkosten der bisherigen Investitionen in der Fallpauschale abgegolten. Künftige Investitionen lassen sich damit aber nicht (vor-) finanzieren. Der Wiederbeschaffungswert als Bezugsbasis führt über die Jahre gesehen zu stabileren Anlagenutzungskosten.
4. Je nach Produktionsstandort und Bodenpreisen macht die Bodenrente für die Spitäler und die psychiatrischen Kliniken über 50 Prozent der gesamten Anlagenutzungskosten aus.
 - Indem die Bodenrente in die Kalkulation der gesamten Anlagenutzungskosten einbezogen wird, erhält die Lage erstmals eine Bedeutung für den Standortvergleich zwischen Spitalgesellschaften. Auch wenn zu berücksichtigen ist, dass viele Spitäler auf historisch gewachsenen Arealen angesiedelt sind und auf die Lage (bisher) keinen Einfluss hatten, gewinnt die Standortfrage mit der Einpreisung des Bodens in die künftige Kostenstruktur deutlich an Einfluss.
5. Bei den untersuchten Akutspitälern macht der Haustechnikanteil (Anlagekategorie C1 gemäss REKOLE) etwa 40 Prozent des aktuellen Gebäudeversicherungswertes aus; bei den psychiatrischen Kliniken liegt der Haustechnikanteil bei circa 30 Prozent des GVW.
 - Für die Ermittlung des Restwertes ist die effektive Bauteilgliederung des jeweiligen Objektes zu berücksichtigen. Mit der Unterteilung in 20 Bauteile werden auch die Anforderungen der Rechnungslegung an einen Komponentenansatz erfüllt. Die vereinfachte Ermittlung des Restwertes wird mit dem Verhältnis 25 Prozent (Anlagekategorie C1) zu 75 Prozent (Anlagekategorie A1–An) nicht allen untersuchten Gebäudetypen gerecht.

Alle quantitativen Aussagen dieser Studie beziehen sich auf die drei untersuchten Portfolios. Die detaillierten Auswertungen für einzelne Objekte oder Spitalgesellschaften veröffentlicht PwC auf Wunsch der involvierten Kantone nicht. Für diese Kantone kann PwC die erhobenen Daten aber auf jeder gewünschten Detaillierungsebene auswerten; diese können die Kantone für die Portfoliosteuerung, als Grundlage für Investitionsentscheidungen oder für ganzheitliche Standortbestimmungen verwenden.

³ H+ Die Spitäler der Schweiz: REKOLE® Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 3. Auflage 2008, Bern; Stämpfli Publikationen AG, Bern, ISBN 978-3-9523416-0-5. Definition des Begriffs REKOLE: Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung, um zukunftsorientierte Richtlinien und Empfehlungen für das betriebliche Rechnungswesen in der Schweiz gemäss Art. 49 Abs. 6 KVG sicherzustellen.

1 Eine Lageanalyse für Spitalimmobilien

Eine Lageanalyse für Spitalimmobilien

Zur Situationsbeurteilung können Spitalern und Eigentümern von Spitalimmobilien folgende Hinweise dienen:

Haben Sie die relevanten Daten zur Hand, und nutzen Sie diese zur Steuerung Ihres Portfolios?

Sorgfältig aufbereitete Daten erhöhen Ihre Handlungsfähigkeit und ermöglichen es Ihnen, ein aktives Portfoliomanagement zu betreiben. Die Grundlagendaten sind hilfreich für Objektstrategien, für Transaktionen, für die Optimierung der Lebenszykluskosten, für die prospektive Abschätzung der Anlagenutzungskosten gemäss VKL sowie für Wirtschaftlichkeitsrechnungen und Investitionsentscheidungen.

Sind Ihre Immobilien auf die spezifischen Bedürfnisse Ihres Spitals ausgerichtet?

Stimmen Sie die Immobilien auf Ihren Leistungskatalog ab und nicht umgekehrt! Überlegen Sie sich im Rahmen Ihrer Immobilienstrategie, wie Ihre Immobilien die Entwicklung der angebotenen medizinischen Leistungen am besten unterstützen und welche Investitionen Ihrer Geschäftstätigkeit angemessen sind. Viele Spitalliegenschaften sind am Ende ihrer Lebensdauer angelangt. Neubauten sind oft die bessere Option als zeit- und kostenintensive Sanierungen: Neubauten können einfacher auf die künftigen Bedürfnisse der modernen Medizin und die Betriebsprozesse ausgerichtet werden. Prüfen Sie die Alternative!

Befindet sich Ihr Spital am richtigen Standort, und wie flexibel sind Sie noch in Ihrer Immobilie?

Wird der Landwert in die Produktionskosten eingerechnet, steigt die Bedeutung des Standorts schlagartig. Ist Ihr Spital am richtigen Standort? Die betrieblichen Anforderungen an die Spitalbauten ändern sich zudem oft schneller als erwartet. Dies stellt höhere Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit der Spitalimmobilien. Richten Sie Ihre Bauten nicht auf die technisch maximale Lebensdauer, sondern auf die aus betrieblicher Optik optimale Nutzungsdauer aus. Beziehen Sie die betriebliche Nutzungsdauer in die Konzeption Ihrer Standorte und Liegenschaften ein, und denken Sie auch über die geeignete Nutzungsdurchmischung auf Ihrem Areal nach.

Welche Rolle spielen die Spitalimmobilien in Ihrer Organisation?

Liegenschaften sind für jedes Spital ein wichtiger Produktionsfaktor. Sie prägen nicht nur das Erscheinungsbild, sondern beeinflussen auch nachhaltig die betrieblichen Abläufe, zum Beispiel die Logistik. Es ist daher notwendig, dass die Bewirtschaftung, aber auch das strategische Portfoliomanagement der Spitalimmobilien organisatorisch verankert sind. Dies ermöglicht es Ihnen, die folgenden Fragen laufend zu beantworten: Benötigen Sie alle Objekte in Ihrem Portfolio? Welches sind die Kostentreiber? Trennen Sie sich von Objekten, die Sie nicht selber nutzen können? Wie werden die künftigen Platzbedürfnisse am Standort gesichert?

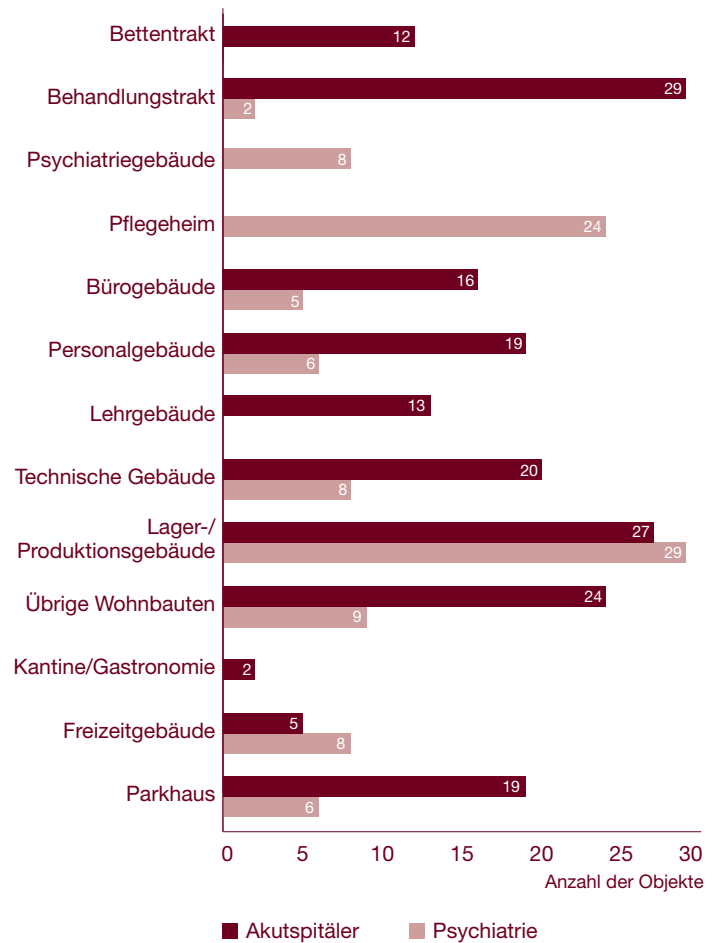
2 Portfolioanalyse

2.1 Portfoliozusammensetzung

Die empirische Erhebung von PwC erstreckt sich auf drei kantonale Portfolios von Spitalimmobilien mit insgesamt 291 Objekten. Die drei Portfolios beinhalten sowohl betriebsnotwendige Objekte (z.B. Bettenstrakte, Behandlungsstrakte oder technische Gebäude) als auch nicht betriebsnotwendige Immobilien (z.B. Wohnbauten). In die Berechnung der Anlage-
nutzungskosten für die Akutspitäler dürfen gemäss VKL nur betriebsnotwendige, nicht abgeschriebene Objekte einfließen.

Die vorliegende Studie gliedert das Portfolio nach Akutspitälern und psychiatrischen Kliniken. Das untersuchte Portfolio der Akutspitäler umfasst insgesamt 186 Immobilien, von denen 119 Gebäude oder 64 Prozent betriebsnotwendig sind. Das Portfolio der psychiatrischen Kliniken beinhaltet 105 Objekte; eine Differenzierung zwischen betriebsnotwendigen und nicht betriebsnotwendigen Objekten liegt in dieser Kategorie nicht vor.

Abbildung 1: Verteilung der Objekttypen über die drei Spitalimmobilienportfolios



2.2 Investitionstätigkeit

Bei der Wertermittlung der drei kantonalen Immobilienportfolios hat PwC für jedes der 291 Objekte sämtliche Investitionen und Sanierungen auf der Ebene der Bauteile berücksichtigt. Abbildung 2 zeigt die Investitions- und Sanierungskosten über die letzten 60 Jahre.

Obwohl sich die Angaben nur auf die drei untersuchten kantonalen Portfolios beziehen, dürften diese – den Erfahrungen von PwC gemäss – typisch für die gesamtschweizerische Spitalimmobilienlandschaft sein.

Die grossen Investitionen in die Spitalimmobilien erfolgten in den Siebzigerjahren. In dieser Zeit haben die Kantonsspitäler fast gleichzeitig neue Bettenhäuser und Behandlungstrakte gebaut. Weitere (kleinere) Investitionsspitzen folgten Anfang der Achtziger- und Neunzigerjahre. In den letzten zehn Jahren hingegen sind die Investitionen für neue Objekte trotz starken Wachstums des Sektors auf nahezu null gesunken.

Während der Investitionsspitze in den Siebzigerjahren entstanden 83 neue Gebäude (vgl. Abb. 3). Seither gingen die Investitionen in neue Objekte kontinuierlich zurück. In der Dekade von 2000 bis 2008 bauten die in die Erhebung einbezogenen Spitäler und psychiatrischen Kliniken nur sieben neue Gebäude. Mehr als 70 Prozent der Objekte gehen in die Zeit vor 1980 zurück. Diese Altersstruktur weckt in den nächsten Jahren einen hohen Bedarf an Sanierungsmassnahmen im bestehenden Gebäudeportfolio. Die Kurve der Sanierungskosten in Abbildung 2 deutet einen ersten Trend für diese Entwicklung an: Seit der Jahrtausendwende geben die Spitäler höhere Beträge für die Sanierung des bestehenden Gebäudeparks aus. In den kommenden Jahren stehen zudem in der gesamten Schweiz weitere wichtige Entscheidungen über Investitionen in Spitalimmobilien an.

Für Investitionsentscheidungen sind Wirtschaftlichkeitsvergleiche der einzelnen Varianten unter Einbezug der Lebenszykluskosten erforderlich. In einem Umfeld, das immer wettbewerbsintensiver wird, sollten die Investitionspläne vor allem auf ihre finanzielle Realisierbarkeit hin überprüft werden. Berücksichtigung sollten dabei auch Überlegungen finden in Bezug darauf, wie die Immobilien unter ökologischen und energetischen Aspekten optimal genutzt werden können, um mittel- bis langfristig die laufenden Betriebskosten zu senken.

Abbildung 3: Anzahl der Neubauten über die letzten sechs Dekaden

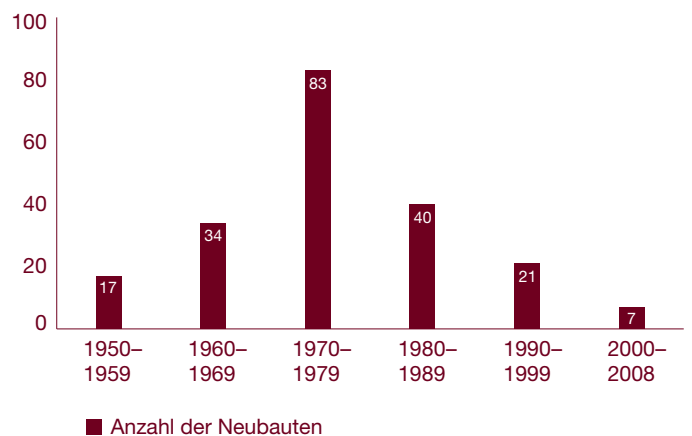
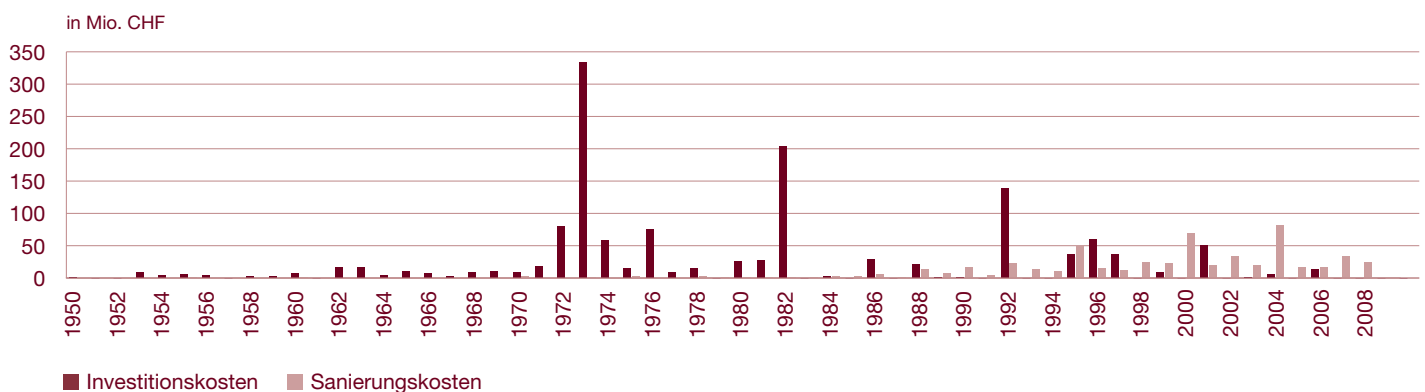


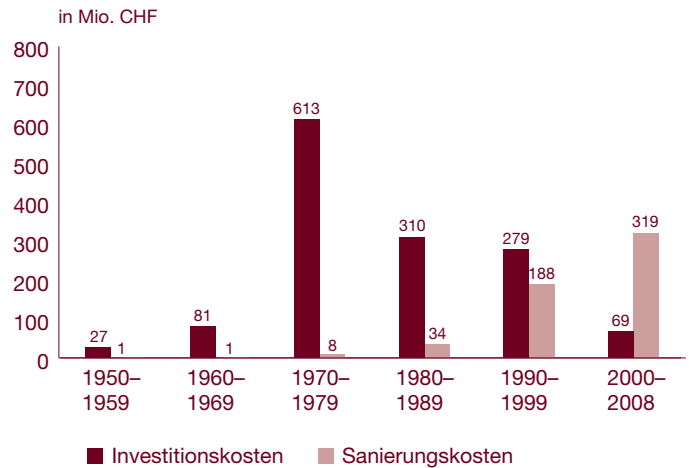
Abbildung 2: Investitions- und Sanierungskosten zwischen 1950 und 2008



2.3 Sanierungsmassnahmen

Die Gebäude der Akutspitäler und psychiatrischen Kliniken, die in den Siebziger- und Achtzigerjahren erstellt wurden, sind zwar aus bautechnischer Sicht noch nicht am Ende ihres Lebenszyklus angekommen, doch sie entsprechen vielerorts nicht mehr den betrieblichen Anforderungen des heutigen Gesundheitswesens. In den nächsten Jahren ist daher mit zahlreichen Sanierungsmassnahmen zu rechnen, um die veraltete Gebäudesubstanz zu erneuern oder an die zukünftigen Betriebsbedürfnisse des Gesundheitswesens anzupassen. Abbildung 4 verdeutlicht den Anstieg der Sanierungskosten während der drei Dekaden seit 1980; diese gehen allerdings noch von einem bescheidenen Niveau aus. Im Zeitraum von 2000 bis 2008 lagen die durchschnittlichen jährlichen Sanierungskosten bei etwa 1,2 Prozent des Gebäudeversicherungswerts.

Abbildung 4: Investitions- und Sanierungskosten über die letzten sechs Dekaden

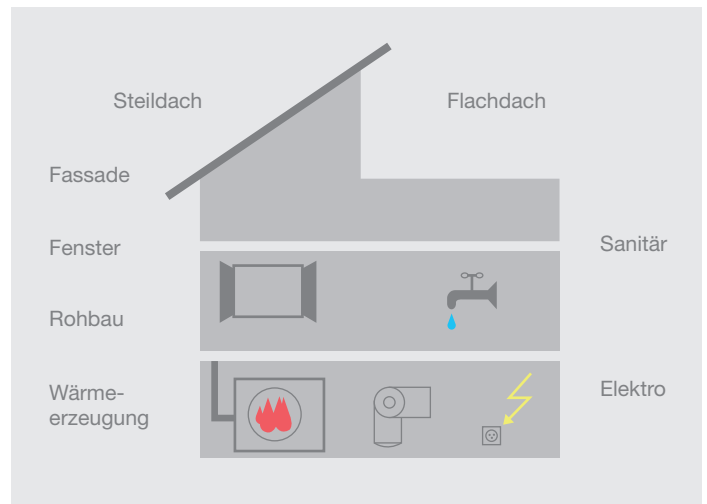


2.4 Bauteilgliederung nach CRB

Das Wertermittlungsmodell von PwC erfüllt die Forderung der Rechnungslegung nach einem Komponentenansatz. Zur Strukturierung wird die Standard-Bauteilgliederung entsprechend der Definition der Schweizerischen Zentralstelle für Baurationalisierung CRB verwendet.

Die Wertermittlung erfolgt objektspezifisch für die effektive Bauteilgliederung (Anteil der Bauteile an der Anlage in Prozent). Der auf die effektive Bauteilgliederung bezogene Restwert nach VKL wird im Folgenden als «effektiver Restwert VKL» bezeichnet.

Abbildung 5: Bauteile eines Gebäudes (Auswahl) nach Basler & Hofmann⁴



⁴ Grafik Basler & Hofmann (2010). Weitere Informationen: www.stratusimmo.ch.

2.5 Anlagekategorien nach REKOLE

Zur Berechnung der Abschreibung der Bauten verwendet PwC die Anlagekategorien nach REKOLE und die diesen entsprechenden Abschreibungssätze.⁵ Jedes Bauteil wird einer der beiden Anlagekategorien A1–An (für das Gebäude) oder C1 (für die allgemeinen Betriebsinstallationen) zugeordnet und mit den definierten Sätzen abgeschrieben. Die Anlagekategorie A1–An wird über 33,3 Jahre, die Anlagekategorie C1 über 20 Jahre abgeschrieben.

Die Zuordnung der Bauteile zu den Anlagekategorien A1–An und C1 ergibt in der Summe die objektspezifische Verteilung der Anlagekategorien. Ausgewertet nach Objekttypen resultiert die in Abbildung 6 dargestellte Verteilung der Anlagekategorien.

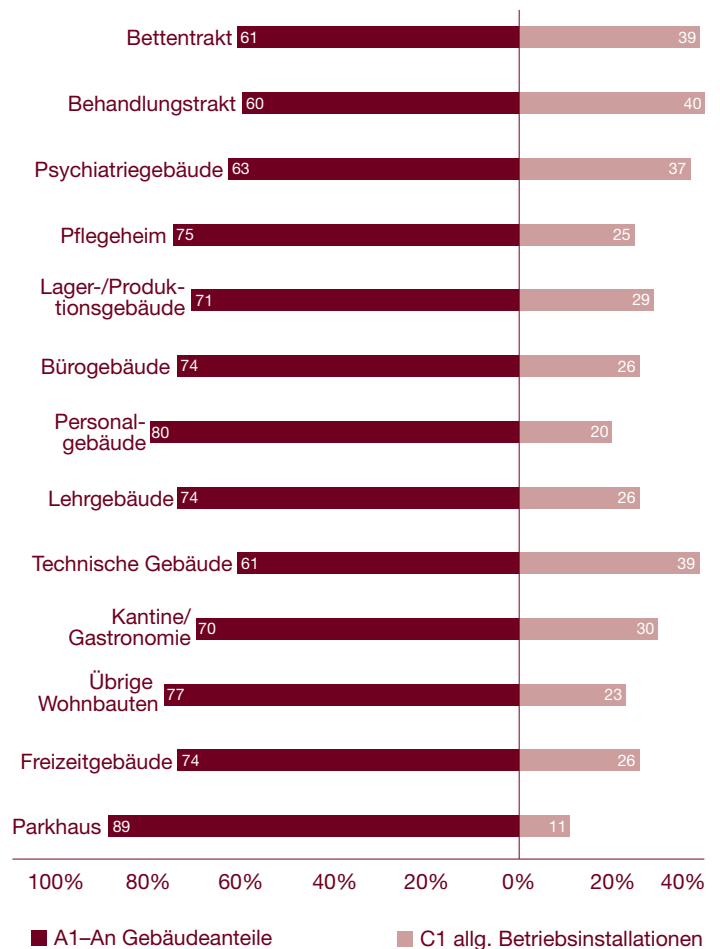
Im Gesamtportfolio stehen die beiden Anlagekategorien A1–An und C1 in einem Verhältnis von 65 Prozent zu 35 Prozent. Die Differenzierung auf der Ebene der einzelnen Objekttypen zeigt indes deutliche Unterschiede: Bei Pflegeheimen, Büro-, Personal-, Lehr- und Freizeitgebäuden sowie bei den übrigen Wohnbauten beträgt das Verhältnis zwischen A1–An und C1 etwa 75 Prozent zu 25 Prozent. Betten- und Behandlungstrakte, Psychiatriegebäude und technische Gebäude hingegen weisen ein Verhältnis von 60 Prozent zu 40 Prozent auf.

Sind keine detaillierten Angaben zur Bauteilaufteilung eines Objekts verfügbar, geht REKOLE von einer pauschalierten Zuteilung der Anlagekategorien aus:⁶

- 75 Prozent für die Anlagekategorie A1–An (Gebäude), jährliche Abschreibungsrate 3 Prozent
- 25 Prozent für die Anlagekategorie C1 (allg. Betriebsinstallationen), jährliche Abschreibungsrate 5 Prozent

Die Analyse von PwC zeigt, dass die vereinfachte Bauteilaufteilung von 75 Prozent zu 25 Prozent nicht auf alle Gebäudetypen angewandt werden sollte. Aus den unterschiedlichen Abschreibungsraten für die beiden Anlagekategorien ergeben sich Abweichungen bei den Restwerten. Wird der vereinfachte Restwert nach dem pauschalen Ansatz ermittelt, finden die Sanierungen der einzelnen Bauteile keine hinreichend differenzierte Berücksichtigung. Dies führt bei fast allen Objekten zu deutlich niedrigeren Restwerten. PwC empfiehlt daher, den Restwert auf der Basis der effektiven Bauteilgliederung zu ermitteln und die getätigten Nachinvestitionen zu berücksichtigen.

Abbildung 6: Verteilung der Anlagekategorien A1–An und C1



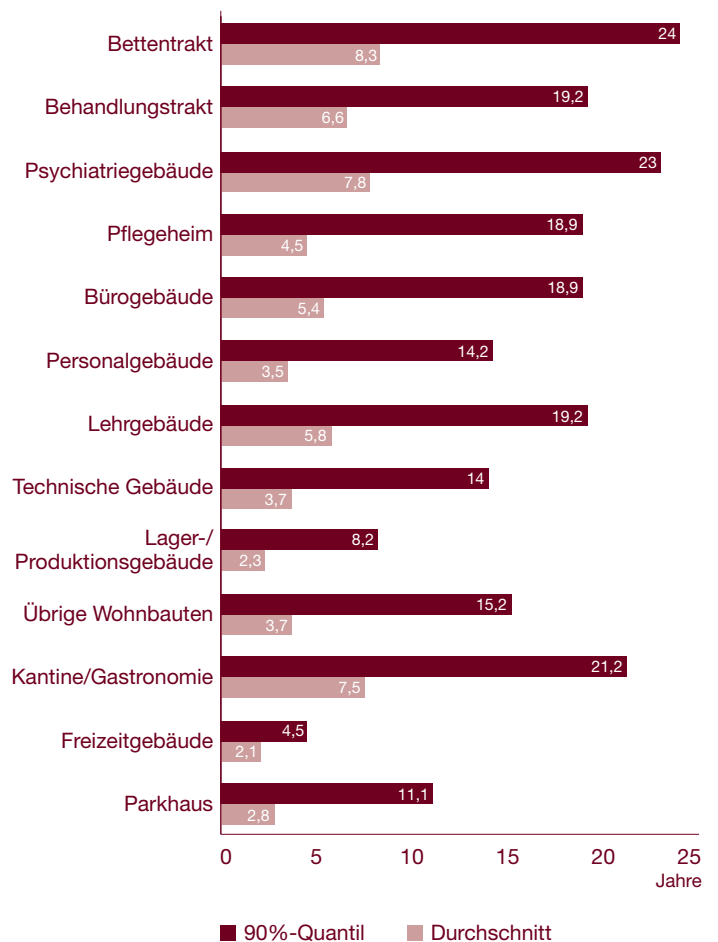
⁵ REKOLE, Betriebliches Rechnungswesen im Spital, Ausgabe August 2008, Kapitel 7.5, S. 141.

⁶ REKOLE, S. 148.

2.6 Restabschreibungsdauer

Die fortgeschrittene Alterung der drei untersuchten Portfolios zeigt sich auch an der Restabschreibungsdauer der einzelnen Objekttypen. Die Bettenstrakte, die Behandlungseinrichtungen und die Psychiatriegebäude weisen eine durchschnittliche Restabschreibungsdauer von 6,6 bis 8,2 Jahre auf. Lager- und Produktionsgebäude oder übrige Wohnbauten haben dagegen mit 2,3 beziehungsweise 3,7 Jahren eine deutlich kürzere Restabschreibungsdauer. Aus einer 90-Prozent-Quantil-Betrachtung lässt sich ablesen, dass nur 10 Prozent der Objekte eine Restabschreibungsdauer von 15 bis 25 Jahren aufweisen. Der Median (50-Prozent-Quantil) liegt bei einer Mehrzahl der Objekttypen bei null. Dies ist darauf zurückzuführen, dass eine grosse Anzahl der Objekte buchhalterisch über die definierte Abschreibungsdauer abgeschrieben ist.

Abbildung 7: Restabschreibungsdauer nach Objekttypen (in Jahren)



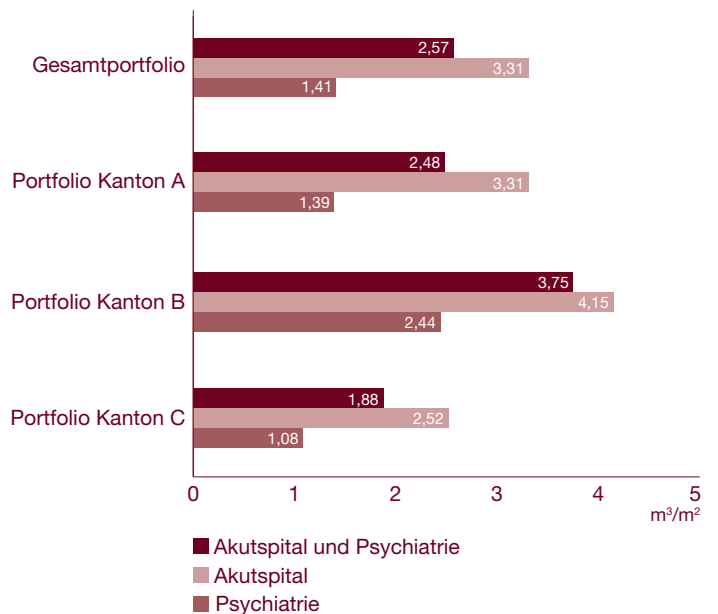
2.7 Baumassenzahl

Anhand der Daten für die Gebäudevolumina (Quelle: Gebäudeversicherungsausweis) und die Grundstückflächen (Quelle: Grundbuchblätter) lässt sich die Baumassenzahl ermitteln. Sie ergibt sich aus der Umlage der Gebäudevolumina auf die Landbezugsfläche (Kubikmeter Bauvolumen pro Quadratmeter). Diese Kennzahl, die bildhaft den gleichmässig über das Grundstück verteilten Baukörper mit einer bestimmten Höhe wiedergibt, gibt Auskunft darüber, wie effizient der Produktionsfaktor Boden eingesetzt wird. Abbildung 8 zeigt die diesbezüglichen Unterschiede zwischen Akutspitälern und psychiatrischen Kliniken.

Da die Kapitalkosten des Bodens einen Bestandteil (Bodenrente) der Anlagekosten bilden, wird die Baumassenzahl zu einem wichtigen Faktor im Standortwettbewerb unter den Spitälern. Die psychiatrischen Kliniken haben aufgrund ihrer spezifischen Anforderungen an die Infrastruktur eine deutlich geringere Baumassenzahl als die Akutspitäler. Der niedrigere Wert lässt sich auch mit den betrieblichen Rahmenbedingungen erklären: Psychiatrische Kliniken verzichten in der Regel auf hohe Gebäude. Zudem weisen ihre Areale meist ausgedehnte parkähnliche Anlagen auf, die für Therapiezwecke genutzt werden.

Über das Gesamtportfolio betrachtet, weisen die Areale mit Akutspitälern eine durchschnittliche Baumassenzahl von $3,3 \text{ m}^3/\text{m}^2$ auf, während Areale mit psychiatrischen Kliniken einen durchschnittlichen Wert von $1,4 \text{ m}^3/\text{m}^2$ erzielen. Die Baumassenzahl differiert auch stark zwischen den Arealen der drei Kantone. So beträgt die Differenz dieser Kennzahl zwischen den Portfolios B und C – bezogen auf Akutspitäler – $1,6 \text{ m}^3/\text{m}^2$. Daraus lässt sich ableiten, dass gewisse Spitäler wegen ihrer historisch gewachsenen Objektstrukturen effizienter mit dem Produktionsfaktor Land umgehen und somit im Hinblick auf das ab 2012 geltende Verrechnungssystem eine andere Ausgangslage haben.

Abbildung 8: Baumassenzahl für das Gesamtportfolio und die drei Kantone



2.8 Immobilienwerte

Zur Ermittlung des Immobilienwertes müssen der Restwert nach VKL sowie weitere Werte und Kennzahlen, die für das Portfoliomanagement von grosser Bedeutung sind, berechnet werden. Die in Abbildung 9 dargestellten Werte beziehen sich auf den Stichtag 1. Januar 2009. Für jedes Objekt wurden der Gebäudeversicherungswert, der Neuwert (Wiederbeschaffungswert), der kalkulierte Anschaffungswert und der Restwert ermittelt. Entsprechend der Bauteilgliederung werden der Restwert für die effektive Bauteilgliederung (effektiver Restwert VKL) und der Wert für die vereinfachte Bauteilgliederung nach REKOLE (vereinfachter Restwert VKL) ausgewiesen. Die Immobilienwerte sind für das Gesamtportfolio und für die beiden Kategorien Akutspital und Psychiatrie dargestellt.

Abbildung 9: Immobilienwerte für Gesamtportfolio, Akutspitäler und Psychiatrie

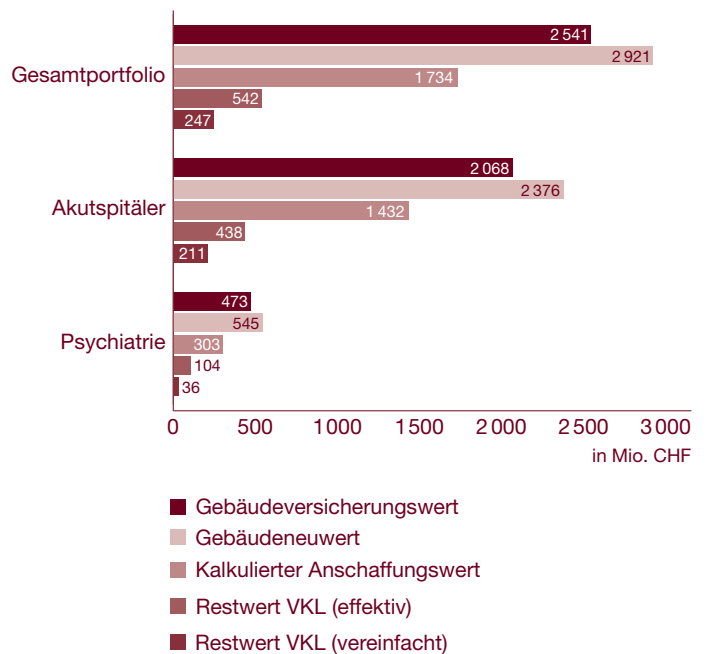
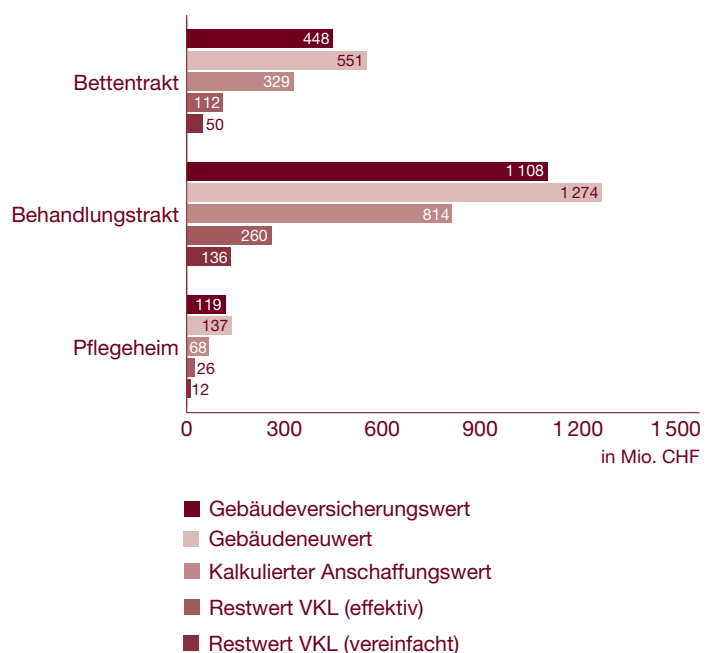


Abbildung 10: Immobilienwerte für Bettentrakt, Behandlungstrakt und Pflegeheim



Das Portfolio der drei Kantone weist insgesamt einen Gebäudeversicherungswert in Höhe von 2 541 Millionen CHF aus. Davon entfallen 2 068 Millionen CHF auf den Gebäudepark der Akutspitäler und nur gerade 473 Millionen CHF auf jenen der Psychiatrie. Der effektive Restwert des Gesamtportfolios beträgt 542 Millionen CHF. Bei allen untersuchten Objekten ist der effektive Restwert deutlich höher als der vereinfachte Restwert. Letzterer beläuft sich für das Gesamtportfolio auf 247 Millionen CHF. In Abbildung 11 sind die Restwerte für ausgewählte Objekttypen ausgewiesen.

Im Gesamtportfolio macht der effektive Restwert VKL 21 Prozent des Gebäudeversicherungswertes aus; mit knapp 10 Prozent ist der vereinfachte Restwert VKL nicht einmal halb so hoch. Dieser deutliche Unterschied lässt sich bei allen Objekttypen feststellen. Die Restwertermittlung nach der vereinfachten Methode führt zu starken Abweichungen gegenüber dem effektiv ermittelten Restwert VKL. Die Gründe dafür liegen in den vereinfachten Annahmen zur Bauteilgliederung und in der fehlenden Berücksichtigung von Sanierungszyklen.

Die effektiven Restwerte VKL machen nur noch gut 20 Prozent des Gebäudeversicherungswertes aus. Dies ist ein Indiz dafür, dass die Spitalliegenschaften überaltert sind.

Die Kennzahlen aus Abbildung 12, die sich auf die Fläche und das Volumen beziehen, erleichtern den Vergleich der Restwerte zwischen den Objekttypen. Es lassen sich starke Streuungen ausmachen: Für Behandlungstrakte liegt der effektive Restwert VKL durchschnittlich bei 781 CHF/m², für Pflegeheime bei 481 CHF/m². Bezogen auf Neubauten aus den Jahren 2000 bis 2008 bewegen sich die effektiven Restwerte VKL zwischen 1 941 CHF/m² und 2 585 CHF/m².

Die ermittelten Kennzahlen können als Benchmark für objektbezogene Vergleiche herangezogen werden. Die vorliegende Publikation beschränkt sich auf die Auswertungen auf aggregierter Ebene.

Abbildung 11: Immobilienkennzahlen: effektiver und vereinfachter Restwert VKL in Prozent des Gebäudeversicherungswertes

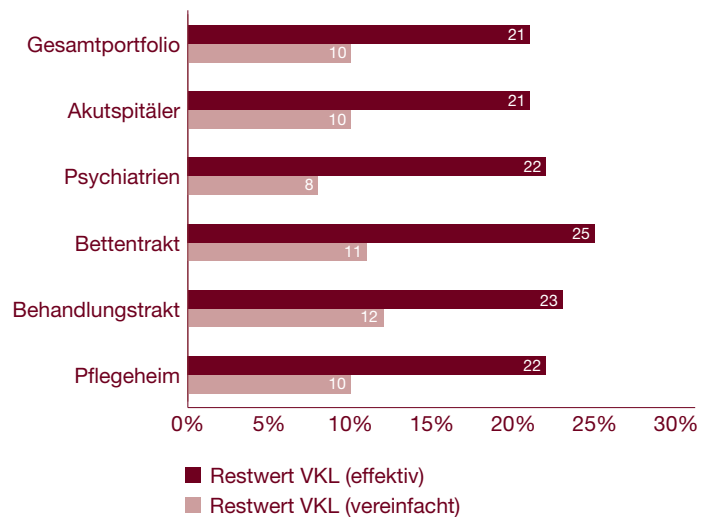
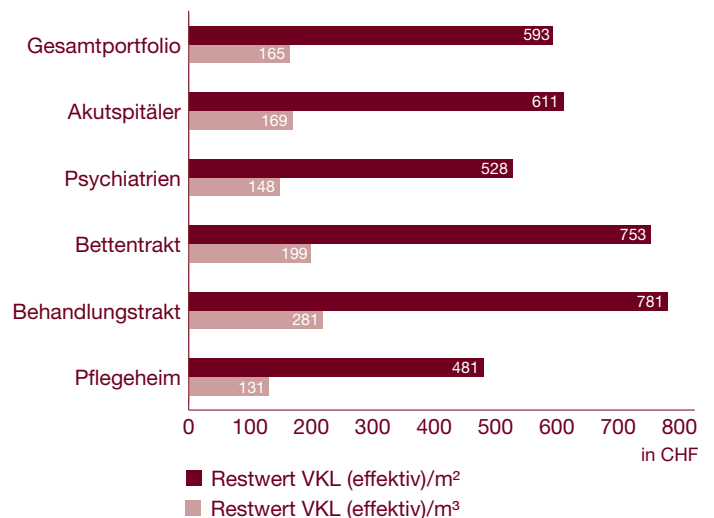


Abbildung 12: Immobilienkennzahlen: effektiver Restwert VKL pro m² und m³



3 Anlagennutzungs- kosten

3.1 Kalkulationsschema

Für Immobilien setzen sich die Anlagenutzungskosten wie folgt zusammen:

- Abschreibung der betriebsnotwendigen Bauten (Anlagekategorien A1–An und C1)
- Verzinsung der betriebsnotwendigen Bauten (Anlagekategorien A1–An und C1)
- Verzinsung des betriebsnotwendigen Bodens = Bodenrente (Anlagekategorie A0)

Die Berechnung der Anlagenutzungskosten für betriebsnotwendige Anlagen von Spitälern ist in Art. 10a Abs. 4 VKL geregelt. Anrechenbar sind nur die Kosten der betriebsnotwendigen Objekte.

Die kalkulierten Anschaffungswerte bilden die Grundlage für die Ermittlung der Anlagenutzungskosten (vgl. Kapitel 5). Abbildung 13 zeigt den Berechnungsansatz. Der Landwert kann als absoluter oder relativer Landwert in die Kostenermittlung einfließen.

Abbildung 13: Kalkulationsschema zur Ermittlung der Anlagenutzungskosten

Anlagekategorie		Kosten	Berechnung der Anlagenutzungskosten/Jahr		
Gebäude	Anlagekategorie A1–An	Abschreibung	100% Anschaffungswert Gebäude	x	3% (Abschreibungsdauer: 33,3 Jahre)
	Gebäude (ohne Haustechnik)	Kapitalkosten	50% Anschaffungswert Gebäude	x	Zinssatz 3,7% ⁷
	Anlagekategorie C1	Abschreibung	100% Anschaffungswert Haustechnik	x	5% (Abschreibungsdauer: 20 Jahre)
	Haustechnik	Kapitalkosten	50% Anschaffungswert Haustechnik	x	Zinssatz 3,7% ⁷
Land (bebaut und unbebaut) Anlagekategorie A0		Kapitalkosten	100% Landwert	x	Zinssatz 3,7% ⁷

⁷ Gemäss Art. 10a, Abs. 4 VKL: Der kalkulatorische Zinssatz ist in der VKL auf 3,7 Prozent festgelegt. Er wird vom Bundesrat periodisch überprüft. Bei einer erheblichen Veränderung eines Parameters oder mehrerer Parameter kann der Bundesrat die Anpassung des Zinssatzes beschliessen.

3.2 Anlagenutzungskosten pro Fall

Um die erwarteten Anlagenutzungskosten pro stationären Fall mit Fallgewicht 1,0⁸ unter SwissDRG zu ermitteln, sind Angaben über den Anteil der stationären Fälle erforderlich. Diese Werte werden für die Akutspitäler unter den Prämissen, die ab 2012 gelten werden, ermittelt. Die Berechnungen haben in Variante 1 den Anschaffungswert und in Variante 2 den Wiederbeschaffungswert als Bezugsbasis.

⁸ Faktor, mit welchem jeder Fall im Verhältnis zu seinem Aufwand gewichtet wird.

Die Aussagen über die Anlagenutzungskosten beziehen sich somit auf die stationären Fälle in den Akutspitälern, die aus der Grundversicherung zu finanzieren sind. In der Stichprobe sind Kantonsspitäler mit umfassendem Leistungsniveau (Niveau 2 und 3 gemäss dem Bundesamt für Statistik, BfS) enthalten, nicht aber Universitätsspitäler sowie Spitäler und Kliniken mit Leistungsniveau 4 und 5. Ebenfalls nicht enthalten sind psychiatrische Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen. Zudem wurden die Fallzahlen ohne Neugeborene erhoben. Die Angaben, die den Berechnungen zugrunde liegen, stammen aus verschiedenen Perioden (Jahre 2007 bis 2009).

3.3 Bezugsbasis

Die Berechnung der Anlagenutzungskosten erfolgte zu Anschaffungs- und zu Wiederbeschaffungswerten, um die Auswirkungen der jeweiligen Bezugsbasis aufzuzeigen.

Variante 1 – Berechnung zu Anschaffungswerten

Diese Berechnung entspricht den Vorgaben der VKL, die sich am Anschaffungswert orientiert. Abgeschriebene Objekte werden daher nicht in die Kalkulation einbezogen; Abschreibungen unter den Wert Null sind nicht zulässig. Da die historischen Anschaffungswerte häufig nicht ohne grösseren Aufwand ermittelt werden können, baut diese Variante auf einem kalkulierten Anschaffungswert auf (vgl. Kapitel 5).

Variante 2 – Berechnung zu Wiederbeschaffungswerten

Diese Art der Berechnung entspricht einem üblichen betriebswirtschaftlichen Kalkulationsansatz. Die Abschreibungsrate bemisst sich am gesamten Kapital, das in die betriebsnotwendigen Objekte investiert wurde. Der Branchenstandard für die Kosten- und Leistungsrechnung REKOLE geht von einem Wiederbeschaffungswert aus. Dieser ist definiert als Neuwert des Objekts gemäss dem Gebäudeversicherungswert plus einem Zuschlag von 15 Prozent für die in diesem Wert nicht enthaltenen BKP-Positionen⁹ Vorbereitung, Umgebung und Baunebenkosten (Richtwert auf Portfolioebene nach Prof. Meyer-Meierling, ETH).

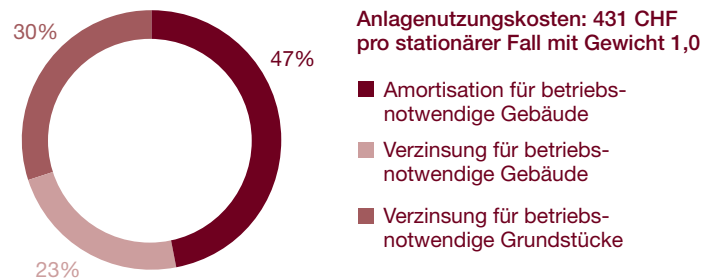
⁹ Der BKP (Baukostenplan) ist ein Anlagekontenplan für sämtliche Kosten, die bei der Erstellung einer baulichen Anlage anfallen (Schweizer Norm SN 506 500). Weitere Grundlagen und detaillierte Aufgliederung unter www.crb.ch.

3.4 Ergebnisse auf der Basis von Anschaffungswerten

Ermittelt man die durchschnittlichen Anlagenutzungskosten für die in der Stichprobe enthaltenen Kantonsspitäler auf der Bezugsbasis der kalkulierten Anschaffungswerte, resultiert ein Wert in Höhe von 431 CHF pro stationären Fall mit Gewicht 1,0.

Für die untersuchten Kantonsspitäler liegen die Anlagenutzungskosten auf der Basis von Anschaffungswerten in einer Bandbreite von 158 CHF bis 618 CHF pro stationären Fall mit Gewicht 1,0.

Abbildung 14: Anlagenutzungskosten auf der Bezugsbasis kalkulierter Anschaffungswerte



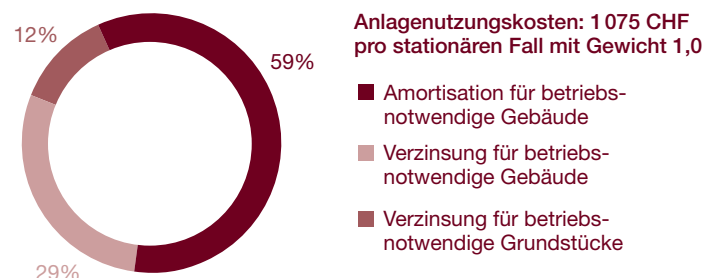
	Anschaffungswerte in CHF
Amortisation für betriebsnotwendige Gebäude pro Fall	205
Verzinsung für betriebsnotwendige Gebäude pro Fall	97
Verzinsung für betriebsnotwendige Grundstücke pro Fall	129
Amortisation und Verzinsung (Immobilien) pro Fall	431

3.5 Ergebnisse auf der Basis von Wiederbeschaffungswerten

Wählt man die Wiederbeschaffungswerte (= Neuwert) als Bezugsbasis, ergibt die Berechnung gemittelte Anlagenutzungskosten in Höhe von 1 075 CHF pro stationären Fall mit Gewicht 1,0. Dies heisst: Werden die Anlagenutzungskosten auf der Basis von Wiederbeschaffungswerten kalkuliert, sind sie zweieinhalb Mal so hoch wie in der ersten Variante, in der die Anschaffungswerte die Bezugsbasis bilden.

Die Anlagenutzungskosten auf der Bezugsbasis des Wiederbeschaffungswertes liegen für die untersuchten Kantonsspitäler in einer Bandbreite von 832 CHF bis 1 245 CHF pro stationären Fall mit Gewicht 1,0. Die Streuung ist in diesem Ansatz deutlich geringer, weil die Alterung der Objekte bei der Berechnung nach Wiederbeschaffungskosten nicht erfasst wird. Die so ermittelten Anlagenutzungskosten sind daher über die Jahre gesehen stabiler als bei Variante 1, bei der abgeschriebene Objekte nicht mehr berücksichtigt werden.

Abbildung 15: Anlagenutzungskosten auf der Bezugsbasis von Wiederbeschaffungswerten



	Wiederbeschaffungswerte in CHF
Amortisation für betriebsnotwendige Gebäude pro Fall	636
Verzinsung für betriebsnotwendige Gebäude pro Fall	310
Verzinsung für betriebsnotwendige Grundstücke pro Fall	129
Amortisation und Verzinsung (Immobilien) pro Fall	1 075

4 Sensitivitäts- überlegungen zum Landwert

4.1 Bodenrente als Produktionsfaktor

Der Komponente Land wird oft zu wenig Beachtung geschenkt, weil der Standort als gegeben angesehen wird. Die Bodenrente als Produktionsfaktor spielt aber, wie die folgenden drei Szenarien zeigen, bei der Kalkulation der Anlagenutzungskosten eine zentrale Rolle.

Für die folgenden Sensitivitätsüberlegungen hat PwC drei Szenarien untersucht. Die Landpreise in den Szenarien 1 und 3 hat PwC auf der Basis von Erfahrungswerten gewählt.¹⁰ Szenario 2 zeigt den durchschnittlichen Landwert für die betriebsnotwendigen Grundstücke der drei ausgewerteten Spitalimmobilien-

portfolios. Die Landpreise wurden hier auf der Basis der vorliegenden Daten eingesetzt. Diese umfassen sowohl relative als auch absolute Landwerte. Der absolute Landwert (Bodenwert) richtet sich nach den Landwerten für erschlossene Grundstücke an ähnlichen Lagen, unter Berücksichtigung der möglichen baulichen und wirtschaftlichen Nutzungen. Er wird durch die Gleichsetzung mit dem Kaufpreis oder durch Vergleichspreise ermittelt. Der relative Landwert (Bodenwert) wird hingegen in Relation zur bestehenden oder zur möglichen Nutzung gemäss der Lageklassenmethode festgelegt. Die Anlagenutzungskosten sind auf der Basis von Anschaffungswerten berechnet.

¹⁰ Elemente der Preisbildung sind Standort (Lage), Zonenplanung und Marktfähigkeit der Grundstücke.

4.2 Szenarien

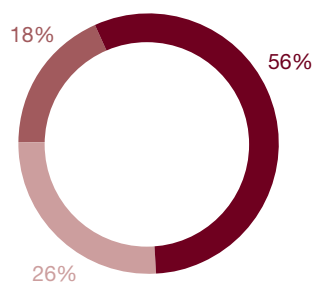
Szenario 1: Landpreis von 400 CHF/m²

Abbildung 16: Annahme: Landpreis von 400 CHF/m² zur Ermittlung der Anlagenutzungskosten

Szenario 1:
Annahme Landpreis 400 CHF/m²

Anlagenutzungskosten:
370 CHF/Fall

Verzinsung der Grundstücke:
68 CHF/Fall = 18%



- Amortisation für betriebsnotwendige Gebäude
- Verzinsung für betriebsnotwendige Gebäude
- Verzinsung für betriebsnotwendige Grundstücke



Szenario 2: Durchschnittlicher Landpreis von 839 CHF/m²

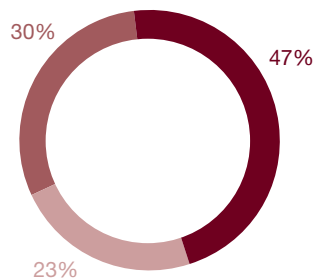
In diesem Szenario ist der durchschnittliche Bodenpreis der drei untersuchten kantonalen Portfolios eingesetzt.

Abbildung 17: Durchschnittlicher Landpreis von 839 CHF/m² zur Ermittlung der Anlagenutzungskosten

Szenario 2: Durchschnittlicher Landpreis: 839 CHF/m²

Anlagenutzungskosten: 432 CHF/Fall

Verzinsung der Grundstücke: 129 CHF/Fall = 30%



- Amortisation für betriebsnotwendige Gebäude
- Verzinsung für betriebsnotwendige Gebäude
- Verzinsung für betriebsnotwendige Grundstücke

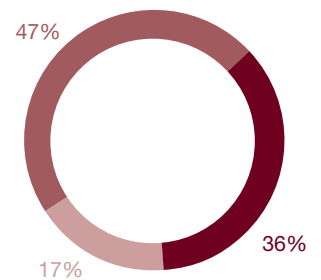
Szenario 3: Landpreis von 1600 CHF/m²

Abbildung 18: Annahme: Landpreis von 1600 CHF/m² zur Ermittlung der Anlagenutzungskosten

Szenario 3: Annahme Landpreis: 1 600 CHF/m²

Anlagenutzungskosten: 573 CHF/Fall

Verzinsung der Grundstücke: 271 CHF/Fall = 47%



- Amortisation für betriebsnotwendige Gebäude
- Verzinsung für betriebsnotwendige Gebäude
- Verzinsung für betriebsnotwendige Grundstücke

4.3 Schlussfolgerungen

In den drei Szenarien mit unterschiedlich hohen Landpreisen variiert die Bodenrente zwischen 18 Prozent und 47 Prozent der gesamten Anlagenutzungskosten. Damit wird offensichtlich, dass die optimale Nutzung des Areals gerade bei den Kantonsspitalern in Zukunft deutlich an Bedeutung gewinnen wird (vgl. Baumassenzahl in Kap. 2.7). Für Spitäler, die mit einem Landpreis von 1 600 CHF/m² kalkulieren, belaufen sich

die Anlagenutzungskosten pro Fall auf einen Betrag, der um mehr als 50 Prozent über jenem liegt, den Spitäler aufweisen, die mit 400 CHF/m² rechnen können. Die Grundstückskomponente gewinnt daher an Bedeutung und muss bei künftigen Investitions- beziehungsweise Standortentscheidungen berücksichtigt werden.

5 Bewertungsansatz und Konzeption der Studie

5.1 Ausgangslage

Für die Bewertung der Spitalimmobilien der drei Kantone hat PwC den nachfolgend beschriebenen Bewertungsansatz angewendet. Die Bewertungsmethodik orientiert sich an den gesetzlichen Vorgaben der VKL und den Branchenstandards. Sie berücksichtigt REKOLE und die Empfehlungen des Schweizerischen Verbandes der Immobilienwirtschaft SVIT¹¹ für Spezialimmobilien. Für die Ausgestaltung des Bewertungsansatzes waren die Datenlage und die Vergleichbarkeit die ausschlaggebenden Kriterien: Die Bewertung sollte auf Werten beruhen, die in der gesamten Schweiz verfügbar sind.

Darüber hinaus sollten sie eine Gegenüberstellung der ermittelten Werte sowohl für die drei untersuchten Kantone als auch für die erhobenen Spitalgesellschaften ermöglichen. Bei den Arealen handelt es sich ausnahmslos um öffentliche Liegenschaften in kantonalem Eigentum. Die Nutzung dieser Liegenschaften ist für öffentliche Zwecke vorgesehen. Für öffentliche Spitalimmobilien in der Grösse der untersuchten Areale gibt es in der Schweiz zurzeit keinen liquiden Markt. Auf der Basis dieser Ausgangslage hat PwC eine Vorgehensweise entwickelt, die sich an der Substanz-Realwert-Methode orientiert.

¹¹ SVIT: Schweizerischer Verband der Immobilienwirtschaft SVIT. Weitere Informationen unter www.svit.ch.

5.2 Methodik

Die Substanz-Realwert-Methode setzt sich aus folgenden beiden Elementen zusammen:

1. Der Gebäudezeitwert entspricht den heutigen Baukosten, die für die Neuerstellung eines gleichen oder ähnlichen Gebäudes mit vergleichbarem Ausbaustandard zum Schätzungszeitpunkt anfallen würden (= Neuwert), abzüglich der Altersentwertung beziehungsweise des Erneuerungsbedarfs infolge der technischen und wirtschaftlichen Gebäudealterung.
2. Der Landwert ist abhängig von der Mikro- und Makrolage, der Art der Bebauung sowie deren Nutzung und der Erschliessung. Der Wert kann anhand der Lageklasse (relativer Landwert) oder über Vergleichspreise (absoluter Landwert) ermittelt werden. Bei der Wertermittlung für Bauland wird häufig auf die Nutzungen abgestellt, die nach der Zonenzuteilung möglich sind.

Die ermittelten Werte lassen sich nicht über eine Ertragsbewertung, etwa das Discounted-Cashflow-Verfahren, vergleichen. Auf die Ertragswertermittlung wurde in Absprache mit den Kantonen verzichtet, da die dafür notwendige Datengrundlage nicht zur Verfügung steht. Ferner besteht kein Transaktionsmarkt für öffentliche Spitäler.

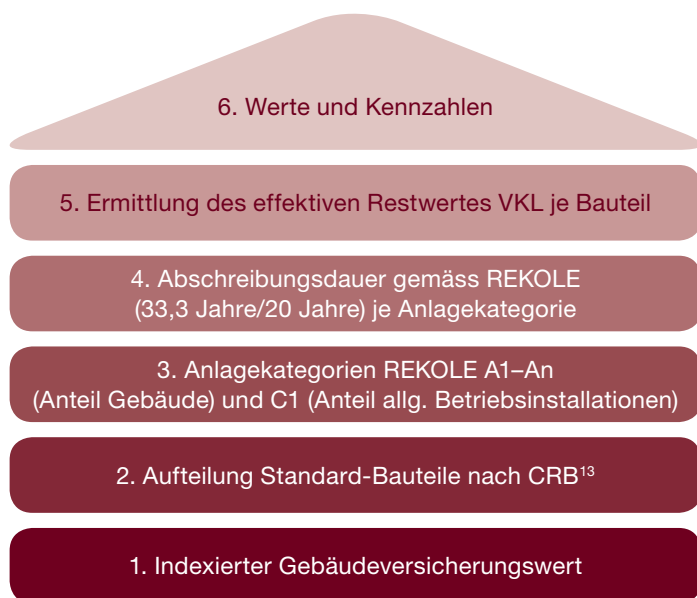
5.3 Bewertungsansatz

Die gewählte Substanz-Realwert-Methode baut auf dem einzigen Wert auf, der für die ganze Schweiz vorhanden ist und nach anerkannten Regeln ermittelt wird: dem indexierten Gebäudeversicherungswert (GVW). Die auf dieser Basis berechneten Restwerte sind daher in der gesamten Schweiz vergleichbar¹² und selbst dann ermittelbar, wenn die historischen Anschaffungswerte der einzelnen Objekte nicht zur Verfügung stehen. Mit dieser Bewertungsmethodik lassen sich die Immobilienwerte zuverlässig und mit vertretbarem Aufwand ermitteln.

Auch der Spitalverband H+ empfiehlt in seinem Rechnungslegungshandbuch REKOLE die Verwendung des Gebäudeversicherungswertes. Dieser gilt für den aktuellen Versicherungsumfang der jeweiligen Liegenschaft. Die Definition des Bewertungsgegenstands wurde – der Eigentumsausscheidung der Gebäudeversicherung folgend – den jeweiligen Policen entnommen.

Darauf basierend hat PwC einen Bewertungsansatz mit den folgenden sechs Schritten definiert:

Abbildung 19: Wertermittlungsansatz von PwC für Spitalliegenschaften



¹² Der Gebäudeversicherungswert unterscheidet sich in den einzelnen Kantonen zwar bezüglich der Bezugsgrösse des Gebäudevolumens, doch werden diese Abweichungen über höhere Kostenansätze pro m² insgesamt wieder ausgeglichen.

¹³ Centre Suisse d'études pour la rationalisation de la construction – Schweizerische Zentralstelle für Baurationalisierung.

1. Zum Gebäudeversicherungswert (GVW) des einzelnen Objektes wird ein Zuschlag von 15 Prozent erhoben, um die im GVW nicht enthaltenen BKP-Positionen Vorbereitung, Umgebung und Baunebenkosten abzudecken; dadurch kann der Wiederbeschaffungswert zu Neupreisen ausgewiesen werden. Dieser Wert wird anschliessend auf den Anschaffungs- beziehungsweise Sanierungszeitpunkt zurückindexiert. Dies ergibt den kalkulierten Anschaffungswert.
2. Der kalkulierte Anschaffungswert wird im nächsten Schritt auf Standard-Bauteile nach CRB aufgeschlüsselt. Die prozentuale Wertverteilung basiert auf der Grundlage von STRATUS^{®14} und wird an jedes der einzelnen Objekte individuell angepasst.
3. Die Standard-Bauteile werden im dritten Schritt den Anlagekategorien REKOLE A1–An (Anteil Gebäude) und C1 (allgemeine Betriebsinstallationen) zugeordnet.
4. Die Abschreibungen auf der Ebene der Bauteile erfolgt gemäss REKOLE für die Anlagekategorien A1–An (33,3 Jahre bzw. 3 Prozent pro Jahr) und C1 (20 Jahre bzw. 5 Prozent pro Jahr). Mit diesem Ansatz werden die Anforderungen an die Rechnungslegung nach einem Komponentenansatz erfüllt. Jede Sanierung wird auf der Ebene der Bauteile berücksichtigt.
5. Darauf basierend kann im fünften Schritt der Restwert VKL nach Abschreibungen ermittelt werden; dieser lässt sich für die einzelnen Objekte der Standard-Bauteile addieren. In der Summe ergibt dieser Wert den buchhalterischen Wert des gegenwärtigen Objektes.
6. Auf der Grundlage dieses Ansatzes hat PwC Werte und Kennzahlen generiert, die sowohl für das Portfoliomanagement als auch für die Spitalbetreiber von zentralem Interesse für die zukünftige Steuerung des Spitalimmobilienportfolios sind.

Parallel zum Gebäudewert gemäss VKL wurden für die drei Kantone die Landwerte auf der Basis der relativen oder der absoluten Wertermittlungsmethode berechnet.

¹⁴ Unterhalts- und Finanzplanungssoftware für Immobilien von Basler & Hofmann. Weitere Informationen unter www.stratusimmo.ch.

5.4 Konzeption der Studie und Portfoliodetails

PwC hat in enger Zusammenarbeit mit drei Kantonen die Werte der Spitalliegenschaften und psychiatrischen Kliniken per 1. Januar 2009 ermittelt. Die drei Kantone stellen Spital-einrichtungen für etwa 20 Prozent der Schweizer Bevölkerung bereit.

Die vorliegende Studie zeigt die Immobilienkosten der kantonalen Akutspitäler und psychiatrischen Kliniken auf. Die Kosten wurden entsprechend den Vorgaben der VKL berechnet, also jener Verordnung, die für die neue Spitalfinanzierung über Fallpauschalen massgebend ist.

Die Daten basieren auf dem dargelegten Wertermittlungsansatz von PwC. Als Datengrundlage wurden jeweils die Angaben aus den Policen der kantonalen Gebäudeversicherungen verwendet. Die Publikation dieser Daten erfolgt mit Einwilligung der involvierten drei Kantone. Die Ergebnisse der erhobenen Datensätze werden auf Wunsch der drei Kantone anonymisiert publiziert. Deshalb können keine Werte, Vergleichsanalysen oder Kennzahlen auf der Ebene von Einzelobjekten, Standorten oder Spitalgesellschaften präsentiert werden.

Insgesamt erfasst die Studie 291 Einzelobjekte, die einen Gebäudeversicherungswert in Höhe von 2 541 Millionen CHF ausweisen. Die drei Portfolios umfassen ein Gebäudevolumen von 3,2 Millionen Kubikmeter und eine Fläche von 0,91 Millionen Quadratmeter.

Mit der Auswertungs- und Visualisierungssoftware QlikView® wurden über 270 000 Excel-Datensätze verarbeitet und grafisch ausgewertet. QlikView® ermöglicht komplexe Auswertungen in den Dimensionen Kanton, Spitalgesellschaft, Areal, Einzelobjekt, Objekttyp oder Bauteil sowie verschiedene Kombinationen dieser Parameter.

Tabelle 1: Eckwerte zu den drei ausgewerteten Spitalimmobilienportfolios

	Akutspitäler	Psychiatrie	Total
Objektinformationen			
Anzahl der untersuchten Objekte	186	105	291
Anzahl der Objekte im Portfolio A	71	48	119
Anzahl der Objekte im Portfolio B	49	41	90
Anzahl der Objekte im Portfolio C	66	16	82

	Akutspitäler	Psychiatrie	Total
Portfoliokennzahlen			
Anzahl der betriebsnotwendigen Gebäude	119	n.a.	n.a.
Betriebsnotwendige Gebäude in %	64	n.a.	n.a.
Gebäudevolumina in m ³	2 584 466	703 721	3 288 187
Gebäudeflächen in m ²	716 555	197 731	914 286

	Akutspitäler	Psychiatrie	Total
Ermittelte Portfoliowerte			
Gebäudeversicherungswert in Mio. CHF	2 068	473	2 541
Kalkulierter Anschaffungswert in Mio. CHF	1 432	303	1 734
Restwert VKL (effektiv) in Mio. CHF	438	104	542
Restwert VKL (vereinfacht) in Mio. CHF	211	36	247



Ihre Ansprechpartner

Spitalimmobilien

Kurt Ritz

Partner und Leiter Corporate Finance Real Estate
Telefon +41 58 792 14 49
kurt.ritz@ch.pwc.com

Christian Elsener

Director Corporate Finance Real Estate
Telefon +41 58 792 77 57
christian.elsener@ch.pwc.com

Sandro Minelli

Senior Consultant Corporate Finance Real Estate
Telefon +41 58 792 14 67
sandro.minelli@ch.pwc.com

Gesundheitswesen

Rodolfo Gerber

Partner und Leiter des Branchensektors Gesundheitswesen
Telefon +41 58 792 55 36
rodolfo.gerber@ch.pwc.com

Max Neuhaus

Director Beratung öffentlicher Sektor und Gesundheitswesen
Telefon +41 58 792 76 85
max.neuhaus@ch.pwc.com

Philip Sommer

Manager Beratung öffentlicher Sektor und Gesundheitswesen
Telefon +41 58 792 75 28
philip.sommer@ch.pwc.com

www.pwc.ch/realestate

www.pwc.ch/healthcare