www.pwc.ch/immobilien

Spitalimmobilien: neue Perspektiven, neue Chancen

pwc

Inhaltsverzeichnis

1. Zahlen haben das Wort 6

2. Bedeutung von Spitalimmobilien 8
- 2.1 Spitalinfrastruktur Schweiz im internationalen Vergleich 8
- 2.2 Rechtsgrundlage 9
- 2.3 Nachfrage im Wandel 10
- 2.4 Entwicklungen nach 2012 11

3. Immobilienwerte 14
- 3.1 Bewertungsansatz 14
- 3.2 758 Objekte als Grundlage 14
- 3.3 Wiederbeschaffungswert 15

4. Anlagenutzungskosten (ANK) 16
- 4.1 ANK nach VKL decken Eigentümerkosten nicht 16
- 4.2 Analyse Anlagenutzungskosten für 758 Objekte 17
- 4.3 Anlagenutzungskosten Spitalimmobilien Schweiz 19
- 4.4 Schlussfolgerung und Empfehlung 19

5. Investitionskostenzuschlag (IKZ) 20
- 5.1 Grundlagen 20
- 5.2 Stichprobe 21
- 5.3 Abhängigkeiten 21
- 5.4 Schlussfolgerung und Empfehlung 24

6. Investitionsvolumen 26
- 6.1 Ausgangslage 26
- 6.2 Investitionsbedarf 26
- 6.3 Investitionsfahrplan Schweiz 29
- 6.4 Finanzierungsparadoxon 29

7. Finanzielle Bedeutung der Immobilien 30

7.1 Finanzielle Gesundheit der Schweizer Spitäler 30
7.2 Bilanz: Buch- und Restwerte 30
7.3 Erfolgsrechnung: ANK 31
7.4 Effizienz und Effektivität 31

8. Beschaffung und Finanzierung 32

8.1 Immobilien- und Projektentwicklungszyklus 32
8.2 Ganzheitliches Spitalimmobilienmanagement 33
8.3 PwC-Roadmap 36
8.4 Geschäftsmodell 36
8.5 Eigentumsmodell 37
8.6 Betriebsmodell 38
8.7 Beschaffungsmodell 38
8.8 Finanzierungsmodell 39

9. Fallbeispiele 40

9.1 Kanada: Humber River Regional Hospital, Toronto 40
9.2 Kanada: McGill University Health Centre, Montreal 41
9.3 Schweden: New Karolinska Solna University Hospital, Stockholm 43

10. Denkanstösse 44

10.1 Spitallandschaft im Umbruch 44
10.2 Schlüsselfaktor Spitalinfrastruktur 44
10.3 Standortfrage 44
10.4 Neue Modelle 44
10.5 Flächenüberangebot 45
10.6 Spitalbetrieb als Nutzer und Besteller 45
10.7 Zukunftsperspektiven 45

Spitalberatung durch PwC 46
Studienkonzeption 46
Die Hauptautoren 47

Abkürzungsverzeichnis 48

Literaturverzeichnis 49

Beginn einer neuen Ära

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser

Das Schweizer Gesundheitswesen hat mit der Einführung der Fallpauschalen ab 2012 einen Paradigmenwechsel vollzogen: Die Immobilienkosten sind neu Bestandteil der Behandlungspreise, die die Tarifpartner miteinander vereinbaren. Damit hat die Schweiz den vielseitig gewünschten Vollkostenansatz realisiert.

Diese grundlegende Veränderung wirft im Bereich Spitalimmobilien einige Fragen auf. Um Antworten zu finden, haben wir als Experten für Infrastruktur und Finanzierung in der vorliegenden Studie die Aspekte Anlagewert, Anlagenutzungskosten (ANK) und Investitionstätigkeit unter die Lupe genommen und anhand (weniger) Informationen unsere Sicht der Entwicklungen im Jahr eins nach der revidierten Gesetzgebung skizziert. Nachfolgend eine Zusammenfassung der Themenfelder und Erkenntnisse der vorliegenden Analyse:

- Politisch gefordert sind mehr Transparenz durch neue Rechnungslegungsstandards, eine Stabilisierung der Kosten über wettbewerbsfähige Fallpauschalen und gute Behandlungsqualität. Der **Kostendruck** wird sich auch auf die **Infrastruktur** auswirken. Zudem verlagern sich stationäre Behandlungen deutlich **hin zu ambulanten Massnahmen,** die andere Anforderungen an die Abläufe und Infrastruktur eines Spitals stellen und heute einem separaten Tarifsystem folgen.

- Gleichzeitig stehen **grosse Investitionen** an, die die Schweizer Spitallandschaft in den nächsten Jahrzehnten prägen dürften – und die Folgekosten für die kommenden Generationen bedeuten. Die Verwaltungsräte und Geschäftsleitungen von Spitälern haben bei Ersatzinvestitionen die Chance, ihren Immobilienpark grundlegend neu aufzustellen. Da in den Bereichen Planung, Ausführung und Finanzierung zahlreiche Vorhaben zeitgleich umgesetzt werden müssen, stellt sich die **Kapazitätsfrage.** Eine Einschätzung der Marktsituation ist Teil der Angebotsstrategie des jeweiligen Spitals. Wie sich der Markt tatsächlich entwickelt, wird sich in den nächsten Jahren erweisen.

- Spitalimmobilien sind per Definition nicht beweglich. Allerdings ist aufgrund des Systemwechsels im Bereich der Infrastruktur und Finanzierung bei Schweizer Spitälern viel in Bewegung gekommen: Der Schweizer Spitalimmobilienpark wird zur Grossbaustelle, bei der kaum ein Stein auf dem anderen bleibt. Nach dem revidierten KVG ist es Aufgabe der Spitäler, die Finanzierung für diese Investitionen auf die Beine zu stellen – neben der

Integration der Infrastrukturkosten in die Behandlungspreise ein weiterer Paradigmenwechsel. Die **finanzielle Gesundheit der Spitäler** wird damit zu einem zentralen Faktor bei Investitionsvorhaben. Zur Vertiefung dieses Themas lohnt sich ein Blick in die PwC-Studie «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2012» vom August 2013.

- Das Investitionsmotto der Immobilienbranche lautet: **Lage, Lage, Lage!** Weshalb also sollte dieses nicht auch für Spitäler gelten? Bei den öffentlich bekannten Investitionsvorhaben fällt auf, dass die Spitäler ihre Ersatzinvestitionen mehrheitlich auf dem bestehenden Areal planen. Das heisst, die heutigen Standorte werden beibehalten und ausgebaut.

- Was bedeutet der seit einigen Jahren laufende **Konsolidierungsprozess** für die Investitionsvorhaben? Einerseits spielt die Regionalpolitik bei Standortüberlegungen eine zentrale Rolle. Andererseits stellt sich die Frage, wie weit regionale Grundversorger durch Ambulatorien mit Notfallaufnahme und effizienten Rettungs- und Überführungstransporten in der Luft und auf dem Boden ersetzt werden sollen und wie sich die Bedürfnisse der Bevölkerung entwickeln.

- Da die Ressourcen begrenzt sind, steht auch die **Investitionseffizienz** zur Debatte: Wie viel soll ein Spital für Infrastruktur (Bau, Medizintechnik und IT) im Verhältnis zum realisierten Umsatz ausgeben?

- Die Veränderungen auf dem Gebiet der Spitalimmobilien sind fundamental und finanziell nachhaltig. Deshalb dürfen wir durchaus vom **Beginn einer neuen Ära** sprechen: Spitälern wird mehr Selbstverantwortung für die Beschaffung, Finanzierung und Refinanzierung übertragen, und Spitalliegenschaften erhalten eine neue Bedeutung als Betriebsimmobilien. Damit bietet sich den Akteuren des Schweizer Gesundheitswesens die Chance, die Versorgung grundlegend zu überdenken und die Spitallandschaft Schweiz neu zu gestalten.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Christian Elsener
Director, Real Estate Advisory

Stefan Winkler
Senior Manager, Real Estate Advisory

1. Zahlen haben das Wort

Nachfolgend ein Überblick über das Portfolio der Schweizer Spitalimmobilien.

Immobilienwert: Der Wiederbeschaffungswert für Bauten dürfte sich auf gut 40 Mrd. CHF belaufen. Werden Medizintechnik und IT dazugerechnet, liegt diese Grösse bei etwa **52 Mrd. CHF,** was ungefähr dem Wiederbeschaffungswert des Schweizer Nationalstrassennetzes entspricht.

Investitionsvolumen: Die öffentlichen Spitäler oder ihre Trägerschaften haben in der Vergangenheit zurückhaltend in die Modernisierung der Spitalinfrastruktur investiert. Für die Deutschschweiz erwarten wir ein Investitionsvolumen von mindestens 20 Mrd. CHF über die nächsten zehn Jahre.

Investitionen für den Eigenbedarf: Die Schweizer Spitäler investieren in Anlagen auf dem eigenen Areal für den Eigenbedarf. Spitalübergreifende Investitionsvorhaben sind uns in der Schweiz zurzeit keine bekannt.

Effektivität und Effizienz in der Beschaffung: In den aktuell laufenden Beschaffungsverfahren setzen sich Totalunternehmerlösungen durch. Im Gegensatz zu ausländischen Projekten zur Erneuerung der Spitallandschaft ist in der Schweiz die Betriebsphase in der Regel nicht Bestandteil der Ausschreibung. Die Betriebskosten, die über die Lebensdauer betrachtet 80 % der gesamten Kosten ausmachen, gehören nicht zum Beschaffungsverfahren. Die gängigen Verfahren für die Initialinvestitionen konzentrieren sich auf die anderen 20 % der Lebenszykluskosten. Messgrösse für die Beschaffung sollte aber die Effektivität sein: Welchen Nutzen oder Marktvorteil und welchen EBITDA erwirtschaftet das Spital nach getätigter Investition? Dazu ist die Ertragslage in der Betriebsphase nach der Investition massgebend. Zu jenem Zeitpunkt wiegen die Betriebskosten für Spitalbetrieb und Immobilien mehr als die Initialinvestition.

Finanzierung: Mit der neuen Spitalfinanzierung wurde die Investitionsfinanzierung über den Kanton mancherorts zu einem Auslaufmodell. In diese Lücke springen immer häufiger private Drittfinanzierer wie Banken, Versicherer oder Investoren. In der Schweiz stehen zurzeit Fremdkapitallösungen im Vordergrund. Aktuelle Beispiele zeigen, dass privatwirtschaftliche Finanzierungen für öffentliche Spitäler zu ansprechenden Konditionen machbar sind. Umfragen machen deutlich, dass Investoren auch an Eigenkapitallösungen interessiert sind. Unabhängig von der effektiven Finanzierungsstruktur lohnt es sich, die Investitionsvorhaben kapitalmarktfähig auszugestalten. Die Spitäler sollten dazu mittelfristig einen EBITDA von mehr als 10 % anstreben.

Eigenmittel der Spitäler: Sollte sich die für 2012 beobachtete EBITDA-Marge von 5,7 %[1] nicht auf über 10 % steigern lassen, ist die Finanzierung der anstehenden Investitionen gefährdet. Für die geforderte selbständige Investitionstätigkeit müssen

die Spitäler positive Ergebnisse und damit Eigenkapital erwirtschaften. Nur so können sie den erforderlichen Anteil an Eigenmitteln für die Finanzierung der Investitionen aufbringen und das Fremdkapital termingerecht amortisieren und verzinsen.

Anlagenutzungskosten (ANK): Die ANK beziehen sich auf die Bestandesliegenschaften ohne Einbezug der geplanten Investitionsvorhaben. Für ein Bewertungsportfolio von 7 Mrd. CHF Gebäudeversicherungswert ergeben sich ANK (Kapitalverzinsung und Abschreibung) von 6,5% des Anschaffungswerts oder 4,6% des Gebäudeversicherungswerts (Basis REKOLE).

Investitionskostenzuschlag (IKZ): Aus der Stichprobe resultiert ein Anteil an der jeweiligen Fallpauschale von durchschnittlich 6,4% für Abschreibung und Verzinsung (Basis REKOLE). Zuzüglich der übrigen Eigentümerkosten von 1,6% ergibt sich für die Stichprobe ein IKZ von 8%. Darin nicht enthalten sind Kosten für Infrastrukturinvestitionen wie IT und Medizintechnik. Die ausgewiesenen ANK in Bezug auf Erstellungskosten (6,5%) liegen zahlenmässig zufällig in derselben Bandbreite wie der IKZ bezogen auf die jeweilige Fallpauschale (6,4%). Für Bestandesbauten exklusiv abgeschriebener Komponenten (Basis VKL) reduziert sich der IKZ auf 6,2%. Die Stichprobe zeigt aufgrund der starken Normalisierung des gewählten Ansatzes **keine direkte Ableitung aus dem Immobilienpark.**

Lebenszyklus- statt Investitionskosten: Den Schweizer Spitalbetreibern empfehlen wir, dem Leitgedanken des revidierten KVG konsequent zu folgen und im eingeführten Preissystem auf den systemischen Fremdkörper IKZ zu verzichten. Im Gegenzug sollten Tarifpartner und Regulatoren die Infrastrukturkosten in die Tarifstruktur einbeziehen und die Fallpauschalen so ansetzen, dass die Spitäler eine adäquate Entschädigung (interne oder externe Raumkostenverrechnung) für die Nutzung der Spitalimmobilien ausrichten und die Betriebskosten bezahlen können. Basis dazu bildet eine vom Spitalbetrieb separat geführte Infrastrukturrechnung, allenfalls von einer ausgegliederten Immobiliengesellschaft erstellt. Mit der Raumkostenabgeltung sollen die Infrastrukturaufwände verstetigt und die wirtschaftliche Fortführung der Liegenschaften auch bei Investitionstätigkeit langfristig sichergestellt werden. Der Lebenszyklusansatz verhilft den Spitälern zu mehr Stabilität in der Budgetierung der Immobilienkosten. Ersatzneubauten sind eine Gelegenheit, die künftige Immobilienphilosophie (neu) festzulegen.

1 PwC Schweiz (Hrsg.) (2010)

2. Bedeutung von Spitalimmobilien

2.1 Spitalinfrastruktur Schweiz im internationalen Vergleich

Die Schweiz verfügt über eines der dichtesten Spitalnetze weltweit: 300 Spitäler und Kliniken bewirtschafteten 2012 insgesamt 38'533 Betten, davon 12'469 Betten in Spezialkliniken (inklusive Geburtshäuser). Die durchschnittliche Bettenkapazität liegt bei 217 Betten pro Allgemeinspital. Pro 1000 Einwohner standen in der Schweiz im Jahr 2011 4,8 Spitalbetten zur Verfügung, davon 1,6 Betten in Spezialkliniken (inklusive Geburtshäuser). Die Spitaldichte im selben Jahr lag bei 3,8 Spitälern je 100'000 Einwohner.[2]

Bei der Bettenkapazität liegt die Schweiz im Mittelfeld.

Der OECD-Durchschnitt der aktuell verfügbaren Angaben zur Bettenkapazität (Anzahl Spitalbetten pro 1000 Einwohner) lag im Jahr 2010 bei 4,9 Betten. Mit 5,0 Betten lag die Schweiz im internationalen Vergleich leicht über dem Durchschnitt. Beim Ländervergleich 2010 fällt Deutschland mit 8,3 Betten auf.

Die Aufenthaltsdauer ist ebenfalls eine wichtige Planungsgrösse zur Einschätzung des Infrastrukturbedarfs. Sie ist in der Schweiz im Jahr 2010 auf 6,5 Tage gesunken.

2011 gab die Schweiz 64,6 Mrd. CHF für das Gesundheitswesen aus. Davon entfielen 23,3 Mrd. CHF auf die Spitäler. Die Pro-Kopf-Ausgaben beliefen sich auf 680 CHF pro Monat, der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt lag bei 11 %.[4]

Die Kosten der Spitäler und Kliniken betrugen 2010 35,9 % der gesamten Gesundheitsausgaben.

In den OECD-Daten sind die Immobilienaufwendungen zu den Gesundheitskosten bis 2011 nicht vollständig enthalten, auch nicht in den Schweizer Zahlen. Bis Ende 2011 wurden die Infrastrukturen in der Schweiz von den Kantonen zur Verfügung gestellt. Investitionen in Immobilien wer-

Abbildung 1
Bettenkapazitäten ausgewählter OECD-Länder von 2004 bis 2010[3]

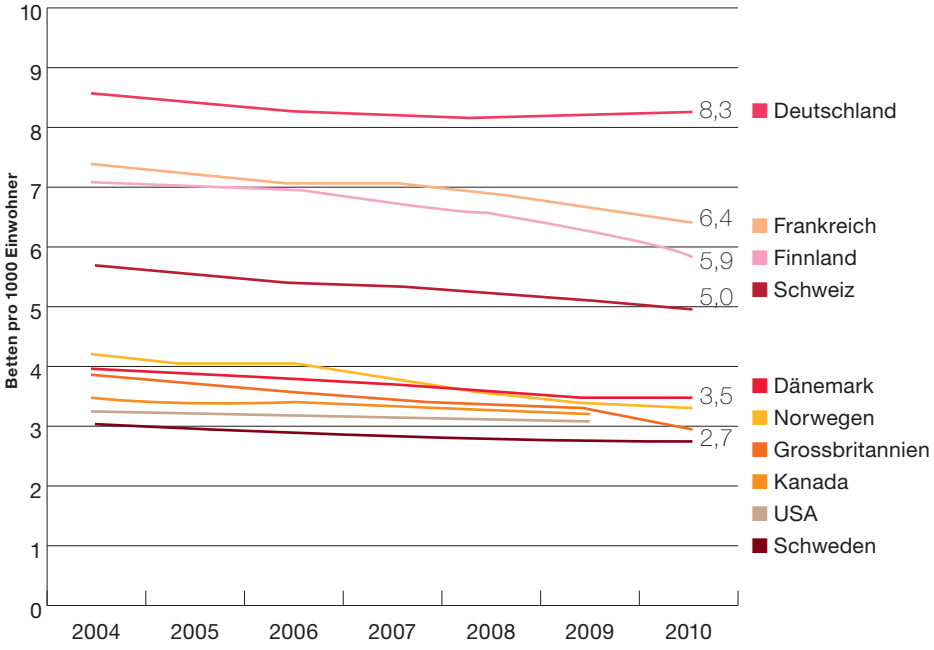
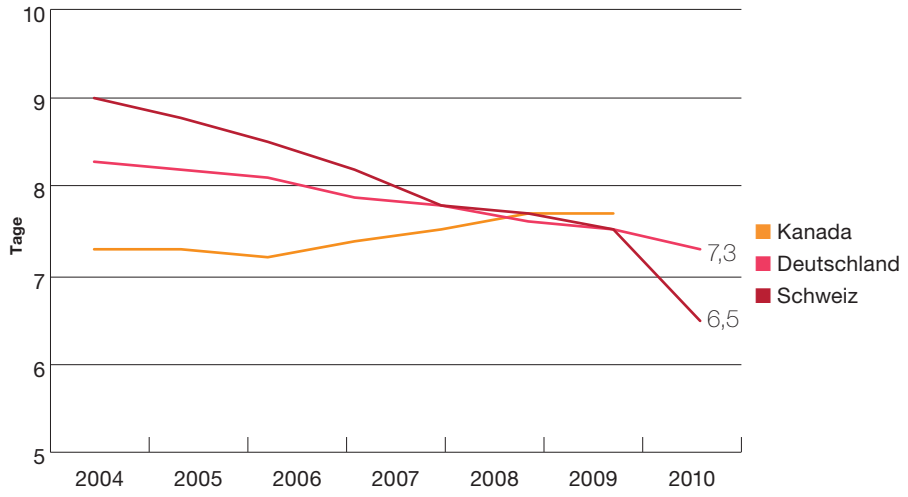


Abbildung 2
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Patienten in Kanada, Deutschland und der Schweiz[5]

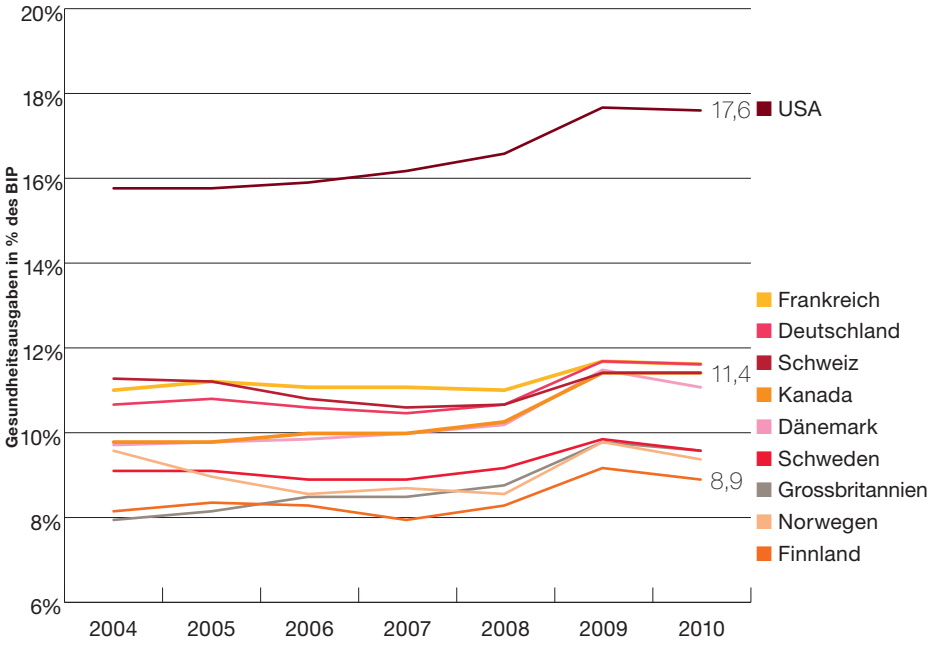


den nach Bundesgesetz erst seit dem 1. Januar 2012 direkt über die Fallpauschale respektive den IKZ abgegolten. Diese Neuregelung entbindet die Kantone von der Aufgabe, die Spitalinfrastruktur den öffentlichen Spitälern verfügbar zu machen. Bei der Interpretation des internationalen Ländervergleichs ab 2012 ist diese wesentliche Änderung zu berücksichtigen.

2.2 *Rechtsgrundlage*

In Europa fliesst weiterhin viel Steuergeld direkt in die öffentliche Spitalinfrastruktur. Die Schweiz hat sich dazu entschlossen, einen Vollkostenansatz anzuwenden und von der Objekt- zur Subjektfinanzierung zu wechseln. Somit liegt die Finanzierung der Spitalinfrastruktur neu in der Verantwortung der Spitäler. Als Rechtsgrundlage dienen – seit dem 1. Januar 2012 in revidierter Form – Art. 49 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, 832.10) und die entsprechende Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, 832.104). Das Bundesrecht schreibt vor, dass die Vertragsparteien Basisfallpreise («baserates») für die Vergütung der stationären Behandlung inklusive Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital oder Geburtshaus vereinbaren müssen. Diese Pauschalen werden durch die Tarifpartner ausgehandelt. Sie sollen unter anderem die Infrastrukturkosten abgelten.

Abbildung 3
Gesundheitsausgaben in % des BIP in ausgewählten OECD-Ländern[6]



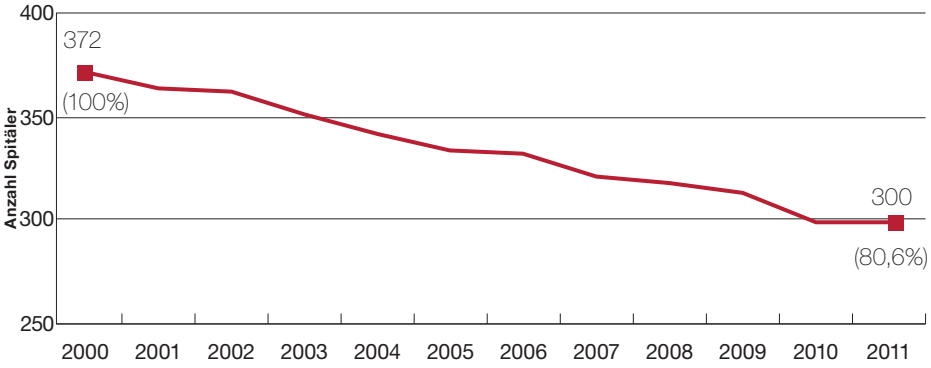
Mit der Revision des KVG hat sich die Bedeutung der Spitalimmobilien aus ökonomischer Sicht schlagartig verändert: Die Kantone sollen sich aus der Finanzierung der Spitalinfrastruktur zurückziehen, und die Spitäler selbst müssen sich neu direkt über die Behandlungskosten refinanzieren.[7] Die Investitionen sind damit in der Fallpauschale eingerechnet. Dadurch stellt sich die Frage, wie hoch der Infrastrukturkostenzuschlag sein soll. Im Jahr 2012, dem ersten Jahr der neuen Spitalfinanzierung, wurde dieser auf Bundesebene einheitlich auf 10 % festgelegt.[8] Für 2013 gibt es dafür auf Bundesebene keine Regelung mehr.

Zur Umsetzung des Bundesrechts mussten die Kantone ihre Gesetzgebungen anpassen. Manche haben das Eigentum an den Spitalimmobilien den öffentlichen Spitälern übertragen, in den meisten Fällen im Baurecht. So haben zahlreiche Kantone die Eigentumsübertragung der Spitalimmobilien

2 Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2013a)
3 OECD (Hrsg.)
4 Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2013b)
5 OECD (Hrsg.)
6 OECD (Hrsg.)
7 Die vorliegende Studie befasst sich ausschliesslich mit den Aspekten der Spitalimmobilien. Die anderen Aspekte aus dem revidierten KVG werden ausgeblendet und nicht weiter untersucht.
8 EDI (2.11.2011) und NZZ online (2.11.2011)

zu einer Konsequenz der KVG-Revision gemacht. Die Übertragungskonditionen unterscheiden sich von Spital zu Spital grundlegend: Die Übertragung der Liegenschaften erfolgte entweder als Sacheinlage zu Eigenkapital oder als Darlehen mit unterschiedlicher Ausprägung von Amortisationspflicht, Zinssatz und Rangfolge. Gleichzeitig wurde der direkte Einfluss des Kantons auf operative und strategische Unternehmensentscheide ungleich stark angepasst. Kurz: Bereits der Übertragungsakt hat die spitalspezifische Ausgangslage für die Finanzierung zukünftiger Investitionsvorhaben entscheidend geprägt.

Abbildung 4
Anzahl Spitäler in der Schweiz von 2000 bis 2011[9]



2.3 Nachfrage im Wandel

Die Konsolidierung der Schweizer Spitallandschaft schreitet voran: Die Anzahl Spitäler ist in den letzten zehn Jahren um knapp 20% gesunken. Diese Reduktion ist nicht nur auf Spitalschliessungen zurückzuführen, sondern auch auf den rechtlichen Zusammenschluss bestehender Standorte unter einem organisatorischen Dach. Der Konzentrationsprozess war bei akutsomatischen Spitälern ausgeprägter als bei Spezialkliniken.

Die verfügbare Bettenkapazität sank im gleichen Zeitraum um 16%. Diese Entwicklung widerspiegelt insbesondere die Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und die Tendenz zur ambulanten Behandlung.

In den letzten zehn Jahren fand also ein bemerkenswerter Kapazitätsabbau statt. Im Bereich der Bettenkapazität liegt die Schweiz im internationalen Vergleich im Mittelfeld.

Der zukünftige Bedarf an Spitalinfrastruktur bleibt schwierig prognostizierbar. Während die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und damit die Fallzahlen weiter steigen dürften, nimmt der Bettenbedarf sowohl absolut wie auch relativ zur Bevölkerung wohl weiter ab. Auch die stationäre Aufenthaltsdauer wird sich aufgrund neuer Behandlungstechniken weiter verkürzen, der Anteil ambulanter Behandlungen dagegen weiter zunehmen. Das heisst, dass wir in Zukunft weniger Bettenkapazität benötigen werden, dafür mehr Fläche für ambulante Behandlungen oder «same-day surgery». Die Erreichbarkeit des Spitals erhält damit eine neue Wichtigkeit: Wo liegt die optimale Spitalkapazität einer Region, und wo sollen Kapazitäten reduziert, wo ausgebaut werden? Antworten auf diese Fragen werden die demografische Entwicklung sowie die Verhaltensmuster von Zuweisern und Patienten geben.

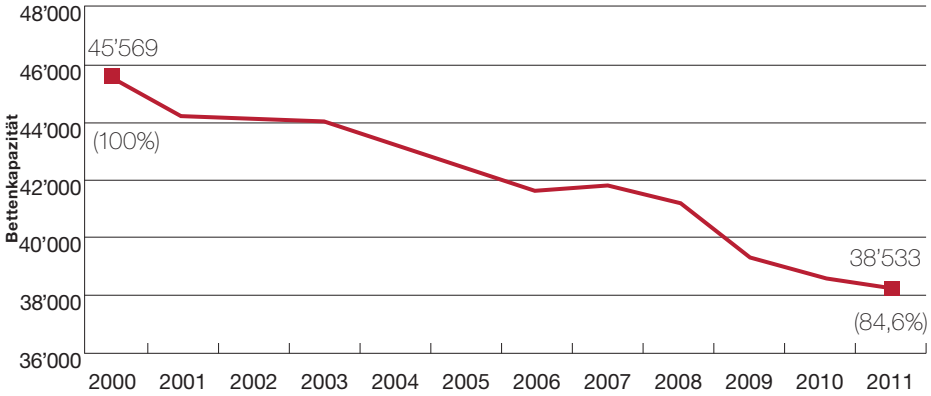


Abbildung 5
Bettenkapazität in der Schweiz von 2000 bis 2011[10]

Bei der Planung von Ersatzneubauten müssen die Spitäler der Nachfrageentwicklung Rechnung tragen. Denn: Sie planen heute, bauen morgen und nutzen übermorgen. Dabei müssen sie berücksichtigen, dass die Nutzer ihrer Spitalinfrastruktur in 20 Jahren andere Bedürfnisse haben werden als heute. Ebenfalls im Brennpunkt steht die geografische Allokation der Spitalinfrastruktur: Wo soll investiert, wo desinvestiert werden? Die Credit Suisse prognostiziert in ihrer neusten Studie,[11] dass sich die Versorgungsregionen unterschiedlich entwickeln werden. Daraus lässt sich schliessen, dass Spitalinfrastrukturen nicht in allen Regionen die gleiche Nachfrage bedienen werden müssen. Damit die effektiv nötige Kapazität auch in Zukunft zur Verfügung steht, sind Prognosemodelle für die Regionen beizuziehen. Die Bedarfsplanung geht damit klar über die Systemgrenze des einzelnen Spitals hinaus.

Da sich die zukünftigen Bedarfszahlen für den einzelnen Betrieb schwierig voraussagen lassen, ergibt es Sinn, vorhandene Kapazitäten im Bedarfsfall kurzfristig an die laufende Entwicklung anzupassen, um Überkapazitäten zu verhindern. Für eine nachhaltige Betriebskostenentwicklung ist es deshalb zentral, die Flexibilität bei Investitionsvorhaben sicherzustellen und die Vorinvestitionen dabei auf einem möglichst tiefen Niveau zu halten, ganz nach dem Motto: heute planen und sich Entwicklungsoptionen offenhalten.

2.4 *Entwicklungen nach 2012*

Die Schweiz verfügt über ein sehr dichtes Spitalnetz. 2007 prognostizierte Manfred Manser, damaliger CEO von Helsana, dass 50 Spitäler für die Versorgungssicherheit der Schweiz ausreichen würden. Wären diese sinnvoll verteilt, bräuchte niemand länger als 30 Minuten, um ins nächste Spital zu gelangen.[12] Ob eine solche Konsolidierung tatsächlich stattfinden wird, ist fraglich. Gerade in Randregionen sind Spitäler bedeutende Arbeitgeber.

In unserer Spitalimmobilienstudie von 2010[10] haben wir die tiefen Restwerte der Spitalliegenschaften aufgezeigt. Diese weisen darauf hin, dass die Zeit für Ersatzinvestitionen im grossen Stil reif ist. Einen derartigen Nachholbedarf abzuarbeiten, ist eine enorme Herausforderung. Sie birgt allerdings auch die Chance, die Gesundheitsversorgung grundlegend zu überdenken und die Spitallandschaft neu zu gestalten – eine Chance, die sich einem Land in dieser Dimension wohl nur alle paar Jahrzehnte bietet. Das Schweizer Gesundheitssystem erhält damit die einmalige Gelegenheit, die Spitalinfrastruktur an seine künftigen Bedürfnisse anzupassen und Bettenkapazität, Anzahl Spitäler, Spitalgrösse und Standorte kritisch zu prüfen. Auch andere Länder haben im Bereich der Spitalliegenschaften beträchtlichen Nachholbedarf. Internationale Beachtung finden Projekte in Kanada, beispielsweise das Humber River Regional Hospital, das bestehende Institute zusammengelegt und in ein neues Spital an einem neuen Standort überführt hat. Dabei werden die internen Prozesse vorab detailliert geplant, um etwa Transportwege und -zeiten auf ein Minimum zu reduzieren. Ziel der Ersatzneubauten ist es, die Betriebskosten von Immobilien und Kerngeschäft markant zu senken und so die Gesundheitskosten weiter zu stabilisieren.

9 Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2013a)
10 Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2013a)
11 Credit Suisse Group AG (Hrsg.) (2013)
12 Handelszeitung (28.8.2007)
13 PwC Schweiz (Hrsg.) (2010)

In der Schweiz zeichnen sich nach nur einem Jahr unter dem revidierten KVG bereits klare Entwicklungen von Infrastruktur und Finanzierung ab. Diese weisen darauf hin, dass die Schweizer Spitäler die Herausforderungen erkannt haben und Lösungen entwickeln. Nachfolgend eine Übersicht der wichtigsten Trends:

Trends in der Schweizer Spitalinfrastrukturlandschaft

1. **Neubau am gleichen Standort:** Ersatzneubauten setzen sich gegenüber Gesamtsanierungen durch. Nennenswerte Standortwechsel sind kaum vorgesehen. Die Neubauten werden üblicherweise für den Eigengebrauch erstellt. Strategische Kooperationen im Infrastrukturbereich sind bislang wenig zu beobachten.

2. **«Design to cost»:** Kein Investitionsvorhaben ohne Businessplan. Tragbarkeitsuntersuchungen führen zu den Prinzipien «design to cost» oder «design to function». Es zeigt sich dennoch ein Trend zur Flächenvergrösserung. Dieser bedingt, dass die Spitäler ihre tatsächliche Flächenproduktivität im Auge behalten müssen. Inwiefern ein Neubauprojekt der Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen Rechnung trägt, wäre separat zu prüfen. Überkapazitäten sind auch angesichts der internationalen Entwicklung zu vermeiden.

3. **Immobiliengesellschaft:** Spitäler konzentrieren sich auf ihr Kerngeschäft und erwägen, ihre Immobilien in separate Immobiliengesellschaften auszulagern. Das Mietverhältnis für die Raumnutzung bringt mehr Transparenz und einen klaren Bestellprozess. Immobiliengesellschaften können der erste Schritt zu Beteiligungen und Zusammenschlüssen von Spitälern für ihre Immobilien sein. Bei deren Übertragung auf eine Immobiliengesellschaft sind Steuerfragen zu beachten.

4. **Flexibilität:** Die fortlaufende Optimierung der bestehenden Prozesse und Wertschöpfungstiefe, Entwicklungen neuer Dienstleistungen eines Spitalbetriebs, Kooperationen zwischen Spitalbetrieben sowie die Verlagerung in die ambulante Behandlung (inkl. «same-day surgery») erfordern auch in Zukunft Flexibilität in der Bereitstellung von Nutzflächen. Diese lässt sich über eine weitgehende Standardisierung der Raumtypen und Modul- oder Leichtbauweise erreichen.

5. **Wettbewerb:** Durch die neue Gesetzgebung sind die Spitäler dem Wettbewerb um Marktanteile und Investitionsmittel ausgesetzt, was die Konsolidierung beschleunigen kann. Dies bedingt eine Effizienzsteigerung in allen Bereichen, damit sich nachhaltig tragbare Resultate erwirtschaften lassen. Realisierte Investitionsvorhaben wiederum können die Konsolidierung bremsen, weil sich Spitalimmobilien nicht einfach umnutzen lassen und mit der Aufgabe eines frisch investierten Spitalstandorts hohe Wertberichtigungen anfallen würden.

6. **Betriebsimmobilien als Visitenkarte:** Trotz des Augenmerks auf Wirtschaftlichkeit beim Erstellen und Betreiben von Spitalimmobilien sind diese mehr als eine Hülle für medizinische Dienstleistungen. Das Gebäude selbst soll Strahlkraft nach aussen haben und für Mitarbeitende attraktiv sein. Die Patienten sollen den Aufenthalt als so angenehm wie möglich empfinden und in einer bewusst gestalteten Umgebung schneller genesen. Die Immobilie wird somit zum Identifikationsobjekt und zur Visitenkarte im Wettbewerb um Patienten und Mitarbeitende.

7. **Beschaffung über den Lebenszyklus:** Eine optimierte Beschaffung mit richtiger Infrastrukturgrösse («right sizing») und verbesserten Kosten über den gesamten Lebenszyklus hinweg bedingen neue Beschaffungsmodelle. Der Ansatz der Totalunternehmer- oder Generalunternehmerbeschaffung scheint sich in der Schweiz bisher am stärksten durchzusetzen. Der Lebenszyklusansatz, wie er im Ausland praktiziert wird, ist dagegen erst vereinzelt und in Teilen erkennbar.

8. **Finanzielle Gesundheit als Schlüsselkriterium:** Zu Beginn bewegten sich die Diskussionen zur Finanzierung von Spitalinfrastruktur im Bereich der Objektfinanzierung. Weil die Objekte die erforderlichen Sicherheiten in der Zone öffentlicher Nutzung und bei fehlendem Markt nicht erbringen können, sollte die Kapitalbeschaffung heute als Unternehmensfinanzierung aufgesetzt und beurteilt werden. Die finanzielle Gesundheit des Spitals wird damit zum Schlüsselkriterium.

9. **Finanzierungsstruktur:** Bei den aktuell bekannten Investitionsvorhaben öffentlicher Spitäler in der Schweiz stehen zurzeit Fremdkapitallösungen im Vordergrund. Die für die Investitionen erforderlichen Eigenmittelanteile werden von den Spitälern selber eingebracht, limitieren dadurch aber möglicherweise die Investitionssumme.

10. **Private Finanzierung:** Immer mehr Eigenkapitalgeber sind an Investitionen in Spitalimmobilien interessiert. Private Drittinvestoren sind bei den öffentlich bekannten Projekten in der Schweiz aber noch kaum involviert. Private Fremdkapitalgeber dagegen stehen mit der öffentlichen Hand überall dort im Wettbewerb um anstehende Investitionsfinanzierungen, wo diese in die Finanzierung involviert ist. Es zeichnen sich erste Beispiele für privatwirtschaftliche Finanzierungen ab. Diese Entwicklung trägt wesentlich dazu bei, die Rollen Besteller und Kapitalgeber der öffentlichen Hand zu entkoppeln.

Die digitale Transformation macht auch vor dem Spital nicht halt!

11. **IT und Medizintechnik:** Die Implementierung von E-Health sowie die enge Verknüpfung und rasche Entwicklung von IT und Medizintechnik stecken vielerorts noch in den Kinderschuhen. Generell haben die Spitäler im IT-Bereich gegenüber der Industrie weltweit grossen Aufholbedarf. Eine Studie von PwC USA belegt, dass Effizienz und Anwendung von IT-Prozessen in Spitälern korrelieren.[14] Dem frühzeitigen Einbezug von IT und Medizintechnik in Neubauvorhaben wird deshalb grosse Bedeutung beigemessen. Die Entwicklung von IT und Medizintechnik wird sich mittelfristig auch in der Schweiz stark auf die Anforderungen an Spitalimmobilien auswirken. Deshalb ist eine integrierte Planung angezeigt, die Trends und deren Einfluss auf die Infrastruktur frühzeitig untersucht. Eine betrieblich unterstützte Planung hilft dabei, das Investitionsvorhaben auf den künftigen Bedarf auszurichten.

International zeichnen sich vier Haupttrends ab. Diese haben Auswirkungen auf Infrastruktur und Spitalbetrieb (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6
Internationale Trends und ihre Auswirkungen auf Infrastruktur und Spitalbetrieb (nach Einschätzung von PwC)

Trend	Auswirkung auf	
	Infrastruktur	Spitalbetrieb
Behandlungsort: weg vom Spital hin zum Ambulatorium, Spitex	Bettenzahl, Behandlungsräume, Anlaufstellen, Fläche	Services, Tarifsystem, Transport, Netzwerk
Arbeitsweise: digitale Transformation	Prozesse, Arbeitsplatz, IT-Tools, Raumbedarf	Datenmanagement im papierlosen Spital, E-Health, Mobile Health
Behandlung: personalisierte Medizin	Einzelzimmer	Patientenfokus verstärkt, weg von «one size fits all»
Zusammenarbeit: Netzwerk	Fläche, Standorte	Services

[14] PwC USA (Hrsg.) (2010)

3. Immobilienwerte

3.1 Bewertungsansatz

Obschon sich die vom revidierten KVG angestrebte Annäherung an marktwirtschaftliche Rahmenbedingungen langsam abzeichnet, stellen wir nach wie vor das Fehlen eines funktionierenden und ausreichend liquiden Markts für Betrieb und Immobilien von Spitälern fest. Transaktionen wie die der Hirslanden-Gruppe oder des Hôpital de La Tour[15] in Genf sind die Ausnahme. Bewertungstechnisch werden die Spitalimmobilien den Spezialimmobilien zugewiesen, die nach dem Anschaffungswertprinzip zu bewerten sind. Bei fehlenden Anschaffungswerten werden diese über den rückindexierten Gebäudeversicherungswert hergeleitet. Der bilanzielle Restwert wird unter Berücksichtigung der Abschreibungen und der zwischenzeitlich erfolgten Investitionstätigkeiten ermittelt.

Keine Regel ohne Ausnahme: Für Bauten wie Parkhäuser, Personalwohnhäuser und räumlich getrennte Restaurants besteht ein gut funktionierender Markt. Diese lassen sich deshalb nach Swiss GAAP FER als getrennte Bilanzpositionen zum Marktwert bewerten.

3.2 758 Objekte als Grundlage

Für die vorliegende Studie haben wir 758 Einzelobjekte von 23 Spitälern und Kliniken mit einem Gebäudeversicherungswert per 1. Januar 2013 von 7 Mrd. CHF bewertet. 70 % der Liegenschaften weisen ein Baujahr vor 1980 auf, 40 % wurden in den 1970er-Jahren erstellt,[16] die meisten zwischen 1965 und 1975. Diese erfuhren seither unterschiedlich intensive Instandsetzungsmassnahmen. Bei vielen Bestandesliegenschaften liegt der aktuelle Restwert bei ca. 20 % des Wiederbeschaffungswerts. Diese Grössen machen klar, dass der Immobilienbestand überaltert ist, grosse Investitionsbedürfnisse bestehen und viele Anlagen im gleichen Zeitraum erneuert oder ersetzt werden müssen.

Aufgrund der unterschiedlichen Nutzungsintensität variieren die Ergebnisse der optischen Zustandsanalyse stark. Investitionen – wenn auch auf verhältnismässig bescheidenem Niveau – wurden hauptsächlich in den letzten zehn Jahren (2000 bis ca. 2010) vorgenommen. Dementsprechend stammt ein wesentlicher Anteil der Restwerte der öffentlichen Spitäler und Kliniken aus den getätigten Investitionen der letzten zehn Jahre. Der Bestand hingegen ist buchhalterisch meist abgeschrieben und schlägt sich nicht mehr in der Berechnung der ANK nieder – im Gegensatz zu den meisten Privatspitälern, die verbreitet eine konstant hohe Investitionsquote aufweisen.

3.3 Wiederbeschaffungswert

Ausgehend von unserem Bewertungsportfolio können wir über anerkannte Spitalkennzahlen wie Anzahl Betten, Austritte oder Pflegetage eine grobe Hochrechnung für den ungefähren Gebäudeversicherungswert (GV-Wert) oder den Wiederbeschaffungswert des Schweizer Spitalimmobilienparks anstellen.

Das Bewertungsportfolio PwC dürfte über Anzahl Betten, Austritte und Pflegetage linear hochgerechnet einem Marktanteil von rund 20 % entsprechen. Der Gebäudeversicherungswert der Spitäler aus diesem Bewertungsportfolio lag gesamthaft bei 7 Mrd. CHF. Geht man davon aus, dass es sich auch hier um ca. 20 % des GV-Werts aller Spitäler der Schweiz handelt, läge der GV-Wert der Spitalimmobilien in der Schweiz bei rund 35 Mrd. CHF.
Der gesamte Wiederbeschaffungswert der Schweizer Spitalliegenschaften käme – unter Berücksichtigung der Positionen 1, 4 und 5 aus dem Baukostenplan (BKP)[19] mit einem Zuschlag von 15 %[20] – bei etwa 40,25 Mrd. CHF zu liegen.[21]

Zum Wiederbeschaffungswert für die Immobilien kommt derjenige für mobile Sachanlagen (Medizintechnik und IT) dazu,[22] der im GV-Wert nicht enthalten ist. Er macht gemäss ausländischen Erfahrungsgrössen aus aktuellen Neubauvorhaben ca. 25 bis 30 % der gesamten Projektkosten aus. Zum Wiederbeschaffungswert kämen also weitere 10 bis 12 Mrd. CHF für Medizintechnik und IT dazu. Damit würde sich der gesamte Wiederbeschaffungswert des aktuellen Bestands auf rund 52 Mrd. CHF aufsummieren.

Wiederbeschaffungswerte in der Schweiz:
Spitäler: 52 Mrd. CHF
Nationalstrassen: 50 Mrd. CHF
Wohnbauten: 1550 Mrd. CHF

Abbildung 7
Hochrechnung GV-Wert der Schweizer Spitalimmobilien

Datengrundlagen	Bewertungsportfolio[17]	Marktanteil	Schweiz total[18]
Betten	7820	20,3 %	38’533
Austritte	301’237	23,6 %	1’276’638
Pflegetage	2’493’461	20,4 %	12’198’040
GV-Wert	7 Mrd.	*20 %**	*35 Mrd.**

**Rundung Marktanteil und Hochrechnung PwC*

Abbildung 8
Hochrechnung Wiederbeschaffungswert der Schweizer Spitalimmobilien

Hochrechnung	Schweiz
GV-Wert (geschätzt)	***35 Mrd.***
+15 % Zuschlag (BKP 1,4 und 5)	*+5,25 Mrd.*
Wiederbeschaffungswert der Immobilien	***40,25 Mrd.***
+25–30 % mobile Sachanlagen (Medizintechnik und IT)	*+11,75 Mrd.*
Gesamter Wiederbeschaffungswert	***52 Mrd.***

15 Bilan online (11.2.2011)
16 PwC Schweiz (Hrsg.) (2010)
17 PwC, eigene Daten
18 Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2013)
19 Der GV-Wert bildet nur den Wiederbeschaffungswert eines Baus ab. Nicht enthalten sind Vorbereitungsarbeiten (BKP 1), Umgebungsarbeiten (BKP 4) und Nebenkosten (BKP 5).
20 Lehmann & Conca (2005/2006)
21 Hochrechnung auf der Basis von Datengrundlagen und Erfahrungswerten von PwC
22 Besson (2008); Anlagekategorien D–F

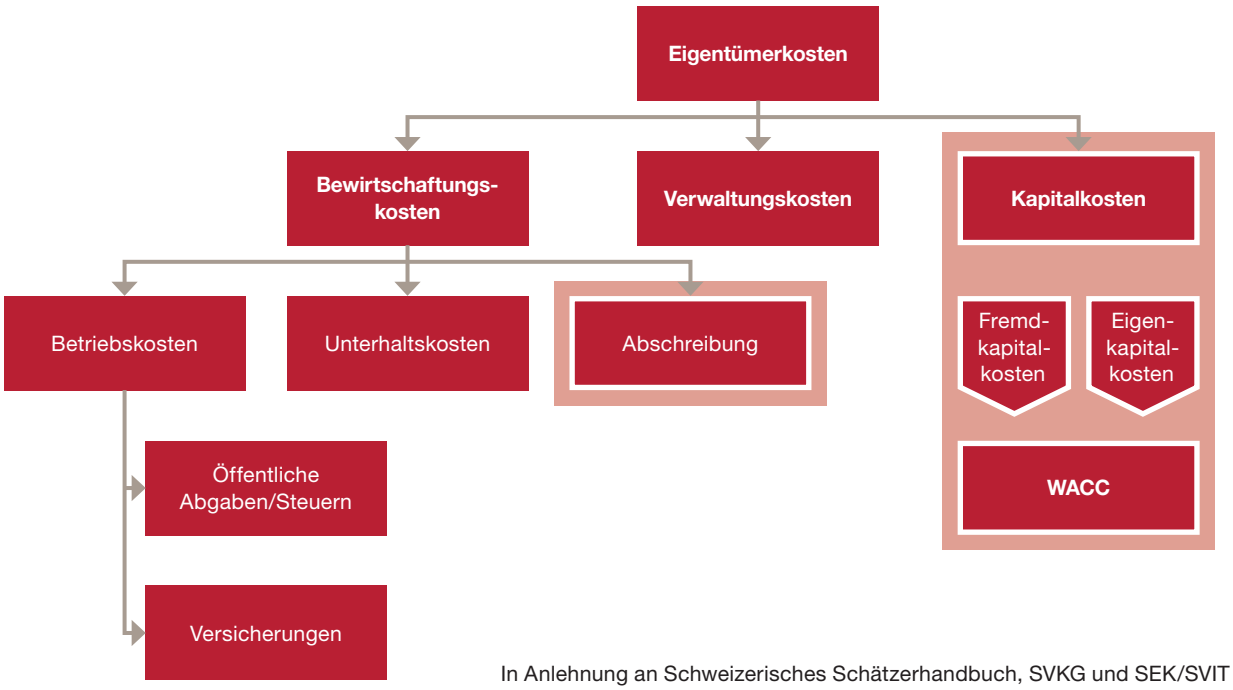
4. Anlagenutzungskosten (ANK)

4.1 ANK nach VKL decken Eigentümerkosten nicht

Nach der Investition fallen in der Betriebsphase Kosten für den Betrieb und die Nutzung der Immobilie an. Die Entschädigung der Spitäler für ihre Immobilienkosten erfolgt in zwei Blöcken: Die Betriebs- und Unterhaltskosten werden über die EBK (engere Betriebskosten) tarifiert und die ANK über den pauschalen IKZ entschädigt. Die VKL macht Vorgaben zur Anlagebuchhaltung[23] und regelt den Umfang der ANK für Spitalimmobilien als «Summe der jährlichen Abschreibung und der jährlichen kalkulatorischen Zinsen». Die ANK entsprechen somit dem Ergebnis aus der kalkulatorischen Verzinsung des Bodens, der Kapitalverzinsung auf dem halben Anschaffungswert der Bauten und deren Abschreibung. Abzahlungs- und Mietgeschäfte gelten als Kaufgeschäfte (also eigene Investitionen ins Portfolio); ihre Kosten sind daher ebenfalls als ANK auszuweisen.

Erwartungsgemäss sollen die ANK die Eigentümerkosten der Anlage decken. Da die ANK gemäss VKL auf Verzinsung und Abschreibung beschränkt sind – was zwar das Gros der Eigentümerkosten ausmacht –, decken diese die effektiven Eigentümerkosten im Sinn eines Vollkostenansatzes nur zum Teil ab. Aus Sicht der Vollkostenrechnung setzen sich die Eigentümerkosten aus Bewirtschaftungskosten, Verwaltungskosten und Kapitalkosten zusammen. Die VKL bildet mit den ANK nur den hellrot hinterlegten Teil der effektiven Eigentümerkosten ab (Abbildung 9). Dazu kommen die typischen Nutzerkosten wie Energie und Reinigung. Während letztere über die Tarifberechnung nach SwissDRG berücksichtigt sind, werden die ANK in der VKL geregelt. Jedes Spital muss dabei seine effektiven ANK nachweisen.

Abbildung 9
Komponenten der eigentümerseitigen Immobilienkosten



In Anlehnung an Schweizerisches Schätzerhandbuch, SVKG und SEK/SVIT

Abbildung 9 macht deutlich, dass mit den ANK nach VKL (hellrot unterlegt) nicht die gesamten eigentümerseitigen Immobilienkosten abgedeckt sind. Diese sollten über die EBK tarifiert sein.

Analysieren wir die einzelnen Komponenten der ANK nach VKL, so finden wir drei Faktoren, die deren absolute Höhe massgeblich beeinflussen: den gewichteten durchschnittlichen Kapitalkostensatz oder «Weighted Average Cost of Capital» (WACC) zur Bestimmung der kalkulatorischen Verzinsung, die Abgrenzung der Betriebsnotwendigkeit sowie das Verbot der Überabschreibung.

WACC
Der WACC wird von verschiedenen Faktoren wie der Kapitalstruktur, den langfristigen Zinsen oder der Zyklizität eines Spitals bestimmt. Je nach wirtschaftlicher Gesundheit eines Unternehmens fordern die Banken einen Eigenkapitalanteil von rund 30 % oder mehr. Die risikoadäquate Kreditverzinsung sowie die kalkulatorische Verzinsung des Eigenkapitals können unter dieser Voraussetzung deutlich höher liegen als der in der VKL vorgesehene kalkulatorische Satz von 3,7 %.[24] In einer Studie der IFBC AG wurde der kalkulatorische Zinssatz auf 5,8% berechnet.[25]

Betriebsnotwendigkeit
Die ANK nach VKL und das damit verbundene Kostenentgelt (IKZ) sind auf die (betriebsnotwendigen) Sachanlagen beschränkt, die für die Erfüllung des Leistungsauftrags notwendig sind. Nicht betriebsnotwendige Objekte muss das Spital über die allgemeine Betriebsrechnung finanzieren.

Überabschreibung
Bereits abgeschriebene Sachanlagen oder deren Komponenten sind von der Berechnung der ANK nach VKL ausgenommen. In Abhängigkeit des Alters und der Investitionstätigkeit der letzten Jahre liegen die Restwerte bei 10 bis 40 % des Wiederbeschaffungswerts, im Schnitt bei rund 20 %.[26]

4.2 Analyse Anlagenutzungskosten für 758 Objekte

Die ANK repräsentieren aus Immobilienoptik jene Infrastrukturkosten, die dem Spital sowohl für betriebsnotwendige als auch für nicht betriebsnotwendige Liegenschaften erwachsen. Die Spitäler müssen sie aus dem operativen Geschäft refinanzieren. Die nach VKL anrechenbaren ANK umfassen nur ausgewählte Elemente. Die ANK sämtlicher nicht betriebsnotwendiger Objekte (wie Parkhaus, Personalhaus, Cafeteria usw.) sowie die eigentümerseitigen und nutzerseitigen Betriebskosten (Energie, Wasser, Betriebsstoffe, Reinigung usw.) sind nicht in den ANK enthalten und nach VKL folglich nicht anrechenbar. Die Kostenelemente für die eigentümerseitigen Bewirtschaftungs- und Verwaltungskosten und sämtliche Kosten aus nicht betriebsnotwendigen Objekten sind daher indirekt über die Einnahmen aus der Fallpauschale zu refinanzieren. Der Grund dafür liegt beim Fokus der VKL auf den leistungsauftragsbezogenen Immobilienbestand und dessen Investitionen. Die Betriebskosten setzen sich aus den Kostenpositionen «Kaufmännisches Facility Management», «Technisches Facility Management» und «Infrastrukturelles Facility Management» zusammen.

[23] Art. 10a VKL
[24] Zimmermann & Lüthje (2008)
[25] IFBC (Hrsg.) (2011)
[26] PwC Schweiz (Hrsg.) (2010)

Die ANK repräsentieren die jährliche, direkte Belastung (Verzinsung und Abschreibung) aus der Investitionstätigkeit. Weitere Folgekosten aus Investitionen sind darin nicht enthalten. Bei der Berechnung der ANK unseres Bewertungsportfolios konzentrieren wir uns ausschliesslich auf die immobilen Sachanlagen. Die mobilen Sachanlagen hingegen (Anlagekategorien D bis F nach REKOLE: medizinische Geräte, Mobiliar, Maschinen, IT) haben wir nicht berücksichtigt. Über die ANK hinaus sollte das Spital ausreichend Rücklagen (Thesaurierung) zum Aufbau von Eigenkapital bilden.

Bei der Analyse der Werttreiber der ANK bilden die Abschreibungen den jeweils grössten Kostenblock. Die kalkulatorische Verzinsung der immobilen Sachanlagen korreliert linear mit den Abschreibungen und bleibt daher anteilsmässig über die gesamte Lebensdauer konstant. Innerhalb der Abschreibungen sind Investitionen in technische Anlagen (REKOLE-Anlageklasse) bedeutsam, da die jährlichen Abschreibungsraten pro investierten Franken aufgrund der Abschreibungsdauer nach REKOLE mit 20 Jahren rund 40 % höher liegen als die Abschreibungsperioden bei Gebäuden der Kategorie A mit 33 1/3 Jahren.

Auf der Basis anerkannter Bewertungsansätze haben wir die ANK nach VKL für das Jahr 2012 einheitlich für unser Bewertungsportfolio mit einem GV-Wert von insgesamt 7 Mrd. CHF berechnet.

Die ermittelten ANK nach VKL liegen bei rund 2,9 % des GV-Werts. Bei einem GV-Wert von 35,1 Mrd. CHF belaufen sich die ANK nach VKL schweizweit auf knapp 1,0 Mrd. CHF. Nach REKOLE sind dies unter Einbezug der Überabschreibung 4,6 % des Gebäudeversicherungswerts oder 1,6 Mrd. CHF. Die Überabschreibung des bestehenden Portfolios machte somit absolut gesehen für 2012 eine Differenz von 600 Mio. CHF aus.

Abbildung 10
Aus Immobiliensicht relevante Anlagekategorien A0 bis C2 nach REKOLE

Anlagestrategien		%-Satz	Normative Nutzungsdauer in Jahren
Immobile Sachanlagen			
A0	Bebautes und unbebautes Land, Baurechte	0,0 %	–
A1–An	Spitalgebäude und andere Gebäude (z. B. Büro- und Verwaltungsgebäude, Wohngebäude, Personalhaus)	3,0 %	33⅓
B1	Bauprovisorien (im Brandversicherungswert nicht berücksichtigt)	100 % / nN*	*Normative Nutzungsdauer
Installationen			
C1	Allgemeine Betriebsinstallationen (Heizungs-, Lüftungs-, Klima- und Kälteanlagen, Sanitär- und Elektroinstallationen inkl. Verkabelung, im Brandversicherungsfall berücksichtigt)	5,0 %	20
C2	Anlagespezifische Installationen (im Brandversicherungswert nicht berücksichtigt)	5,0 %	20

Mit Blick auf die Immobilienrechnung und die Einordnung der Immobilien als Kostentreiber spielen die ANK eine zentrale Rolle. Ist die Investitionskostenabgeltung zu tief, laufen die Spitäler Gefahr, dass sie ihrem Nachholbedarf nicht nachkommen bzw. kein Eigenkapital für künftige Investitionsvorhaben bilden können. Sie wären gezwungen, die Investitionsbugwelle weiterhin vor sich herzuschieben. Ist die Investitionskostenabgeltung zu hoch, können Überinvestitionen resultieren.

4.3 Anlagenutzungskosten Spitalimmobilien Schweiz

Bei jährlichen Abschreibungen von 3,6 %[27] des Wiederbeschaffungswerts und einer kalkulatorischen Verzinsung von 3,7 % würden sich die kalkulatorischen ANK für die Schweizer Spitäler auf ein Total von gegen 2,2 Mrd. CHF pro Jahr belaufen. Der Anteil der Abschreibungen der bestehenden baulichen Spitalinfrastruktur beträgt rund 1,5 Mrd. CHF. Die mobilen Sachanlagen im Umfang von rund 12 Mrd. CHF führen zu jährlichen ANK von rund 2,3 Mrd. CHF[28] bei einer mittleren Nutzungsdauer von sechs Jahren. Die ANK für Mobilien und Immobilien dürften sich somit hochgerechnet auf etwa 4,5 Mrd. CHF oder 8,7 % des Wiederbeschaffungswerts belaufen.

4.4 Schlussfolgerung und Empfehlung

Die ANK nach VKL für die stationäre Behandlung repräsentieren nicht die gesamten Infrastrukturkosten eines Spitalbetriebs. Die effektive Infrastrukturrechnung umfasst mehr Elemente und macht die effektiven Kosten deutlich. Sie stellt damit eine höhere Belastung dar, als es die VKL aufzeigt. Jene Infrastrukturkosten, die sich von der VKL aufgrund der Faktoren Betriebsnotwendigkeit, Überabschreibung und Vollständigkeit nicht anrechnen lassen, müssen die Spitäler über ihre Betriebserträge im engeren Sinn decken. Es stellt sich die Frage, weshalb die Immobilienkosten über zwei Systeme tarifiert und abgegolten werden müssen (EBK und ANK). Wer die Tragbarkeit einer Investition überprüft, stellt fest, ob die erwirtschafteten Gewinne vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen (EBITDA) zur Deckung der ANK ausreichen. Dabei werden sämtliche Anlagen mit der effektiven Kapitalverzinsung und Abschreibung eingerechnet.
Um für die Beurteilung der gesamten Infrastruktur Transparenz zu schaffen, könnten die Spitäler eine separate Infrastrukturrechnung führen und Eigentum sowie Verantwortung für das Portfolio an eine Immobiliengesellschaft übertragen. Diese stellt sicher, dass der Immobilienpark langfristig finanziert und damit gesichert ist. Sie stellt dem Spitalbetrieb die gesamte Infrastruktur gegen Verrechnung zur Verfügung. Zudem muss sie bei der Vermietung Rücklagen für einen künftigen Eigenmittelbeitrag an Instandsetzungs- oder Ersatzmassnahmen bilden. Einen Mehraufwand kann sie dem Spitalbetrieb nur bei Mehrfläche oder besserem Standard verrechnen. Die Infrastrukturkosten werden für das Spital mit der Miete verstetigt und fliessen direkt in die Spitalrechnung ein. Das Spital muss sie über die Einnahmen aus dem Kerngeschäft refinanzieren.

Abbildung 11
Hochrechnung ANK Gesamtportfolio Schweiz

	Bewertungsportfolio (20 %)	Hochrechnung Schweiz
ANK REKOLE	*319 Mio.*	*1,6 Mrd.*
% Anschaffungswert	6,5 %	
% GV-Wert	4,6 %	
ANK VKL	*200 Mio.*	*1 Mrd.*
% Anschaffungswert	4,1 %	
% GV-Wert	2,9 %	

[27] Nach REKOLE: 30 % Technik über 20 Jahre und 70 % Gebäude über 33 Jahre
[28] Nach REKOLE: 25 % Mobiliar über 10 Jahre, 75 % Medizintechnik 5 Jahre

5. Investitionskostenzuschlag (IKZ)

5.1 Grundlagen

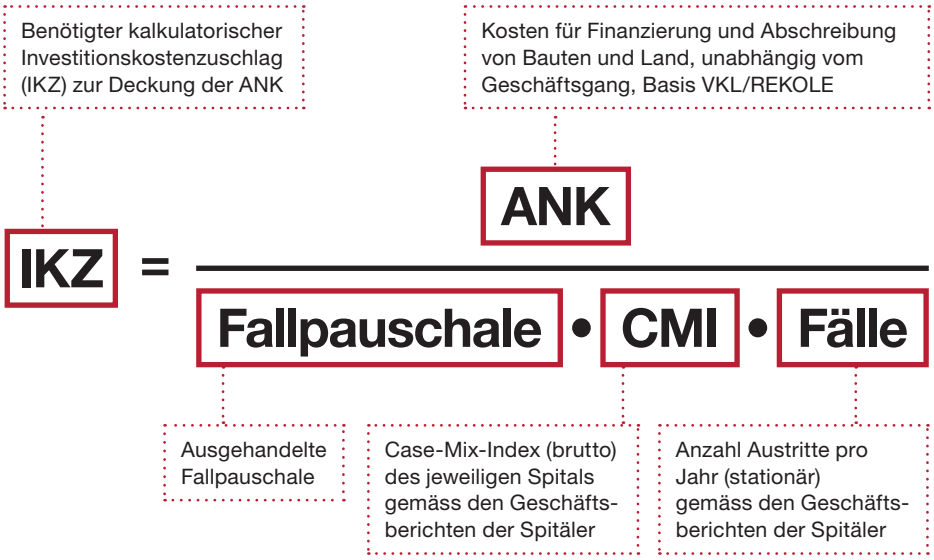
Der IKZ regelt den Abgeltungsmechanismus für die Erstellung und Nutzung der betrieblichen (mobilen und immobilen) Sachanlagen. Für das Jahr 2012 hat der Bund den IKZ auf 10 % festgesetzt. Für das Jahr 2013 sollten ihn die Vertragspartner mangels bundesrätlichen Entscheids selber festlegen oder direkt einrechnen. In den Verhandlungen über die Tarife 2013 unterschieden die Tarifpartner nicht mehr zwischen Fallpauschale und IKZ: Sie verfolgen eine Preisfestsetzung nach Vollkostendeckungsansatz.

Der IKZ stellt einen Bezug zur Geschäftstätigkeit des Spitalbetriebs her, weil er als prozentualer Zuschlag auf die Fallpauschale ermittelt wird. Dies wirft die Frage auf, ob die Investitionen in mobile und immobile Sachanlagen implizit linear von der Geschäftstätigkeit abhängig sind. Ein gewisser kausaler Zusammenhang der mobilen Sachanlagen scheint zumindest bei medizintechnischen Anlagen gegeben. Beim Gebäude selbst (Fenster, Dach, Wände usw.) liegt eine Kausalität jedoch nicht auf der Hand.

Der Standortkanton muss die von den Tarifpartnern vereinbarten Tarife genehmigen. Die Kantone wiederum verfügen über das Instrument des Festsetzungsverfahrens, weshalb man auch von «administrierten Preisen» sprechen kann. Für die Spitäler ist es entscheidend, welche Kostenblöcke durch die ANK nach VKL anerkannt sind und welcher Anteil der verhandelten Fallpauschalen im Sinn des IKZ auf der Ertragsseite zu Buche schlägt.

Die nachfolgenden Analysen der Abgeltungsmechanismen zeigen auf, wo die effektiven ANK oder der daraus abgeleitete IKZ läge, wenn das Spital bei deren Berechnung die Vorgaben der VKL eins zu eins umsetzen würde.

Abbildung 12
Formel für die Berechnung des anlagespezifisch erforderlichen IKZ



Gemäss der Formel von Abbildung 12 ist der IKZ in Prozent der Fallpauschale direkt abhängig vom Geschäftserfolg des Spitals. Im akutsomatischen Bereich wird er durch die Höhe der Fallpauschale, den CMI und die Fallzahlen bestimmt. Allerdings ist er auch und vor allem eine Funktion der nach VKL ermittelten ANK.

5.2 Stichprobe

Unsere Analyse zeigt auf, in welchem Bereich sich die Investitionskostenzuschläge 2012 für eine Stichprobe von 14 Akutspitälern mit 428 Objekten gemäss den geltenden Vorgaben bewegen würden, damit die ANK nach VKL gedeckt wären. Die Festlegung der Stichprobe beruht auf der Verfügbarkeit der betrieblichen Kennzahlen. Die Ermittlung der ANK erfolgt einseitig nach VKL (alternativ mit Abschreibungsregelung nach REKOLE) und blendet die Usanzen der Immobilienwirtschaft aus.

Der Median der erforderlichen IKZ nach REKOLE liegt bei 6,4 %, bei einem Minimalwert von 5,0 und einem Maximalwert von 12,3 %. Nach VKL liegt der Median bei 4,4 % bei einem Minimalwert von 2,0 und einem Maximalwert von 6,9 %.

Die Diskrepanz der erforderlichen IKZ zwischen den Spitälern ist auf die unterschiedliche Altersstruktur und die verschiedenen Baujahre der vergangenen Investitionen zurückzuführen. In der Methodik VKL fallen nur Investitionen der letzten 33 Jahre ins Gewicht, weil abgeschriebene Objekte nicht mehr angerechnet werden dürfen. Die nachfolgende Abbildung stellt den erforderlichen IKZ bezogen auf den jeweiligen Basisfallpreis der Stichprobe dar.

5.3 Abhängigkeiten

Baujahr und Investitionstätigkeit

Ältere Bauten weisen meistens geringere bis keine Restwerte auf und haben aufgrund des damaligen Preisniveaus (Baukostenindex) eine bereits tiefe Bezugsbasis für die Berechnung der ANK. Die zurückhaltende Investitionstätigkeit hat verbreitet dazu geführt, dass die noch vorhandenen Restwerte von rund 20 bis 25 % des Wiederbeschaffungswerts hauptsächlich auf die Sanierungstätigkeiten der letzten 10 bis 20 Jahre zurückzuführen sind. Entsprechend tief fallen die ANK nach VKL aus. Die Restwerte decken die ANK der nicht abgeschriebenen Bauteile/Objekte. Als Rücklagen für Neubauten reichen sie jedoch nicht aus. Die Diskrepanz wird im Verhältnis des Restwerts zu den Anschaffungskosten deutlich.

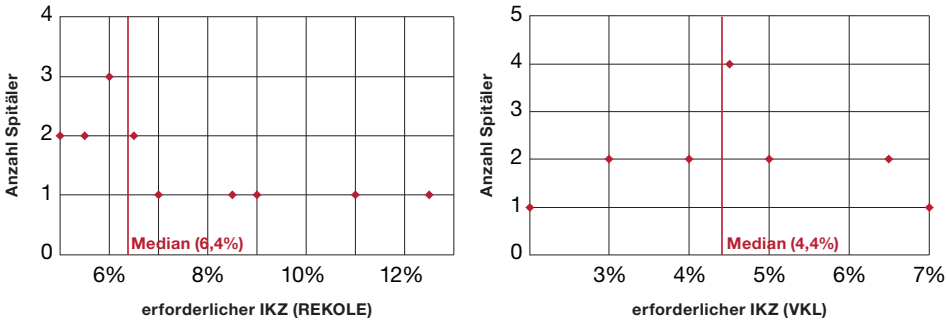
Die Einschränkung der anrechenbaren ANK auf noch nicht abgeschriebene Objekte wirkt sich insbesondere bei älteren Portfolios mit geringer Investitionstätigkeit aus. Diese weisen im Verhältnis zu den Anschaffungskosten tiefe Restwerte auf, in der Regel zwischen 10 und 15 % des Wiederbeschaffungswerts. Nachhaltig sanierte Bauten erreichen Werte zwischen 30 und 40 %. Da strukturelle Elemente (Rohbau, Fassaden, Dächer, Innenausbau I) nur im Rahmen von Gesamtsanierungen erneuert werden und bis zu 60 % der Bauteilanteile ausmachen, sind höhere Werte praktisch ausschliesslich bei Neubauten möglich.

Restwert/Anschaffungskosten (Alter des Spitals)

Unsere Auswertung legt nahe, dass der erforderliche IKZ nach VKL umso grösser ausfällt, je höher der Restwert eines Objekts liegt – nach REKOLE verläuft dieser konstant. Mit Zunahme des Restwertquotienten tendiert dieser zum IKZ nach REKOLE. Bis zu einem Restwertanteil von ca. 66 % verlaufen beide konstant, da die C1-Komponente noch nicht abgeschrieben ist und daher sowohl nach VKL wie auch nach REKOLE voll anrechenbar ist. Die Bandbreite des IKZ liegt zurzeit bei 5,5 bis

Abbildung 13

Verteilung des erforderlichen IKZ nach REKOLE resp. VKL in der PwC-Stichprobe (in % der Fallpauschale)



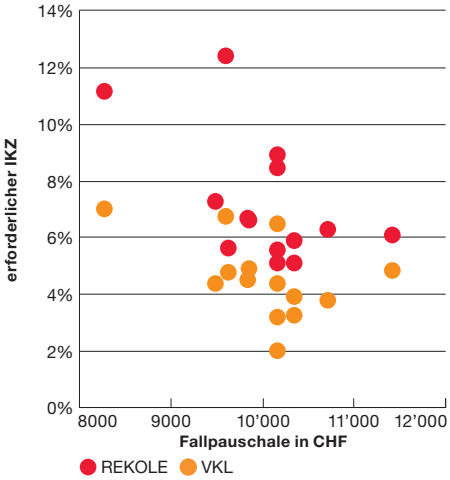
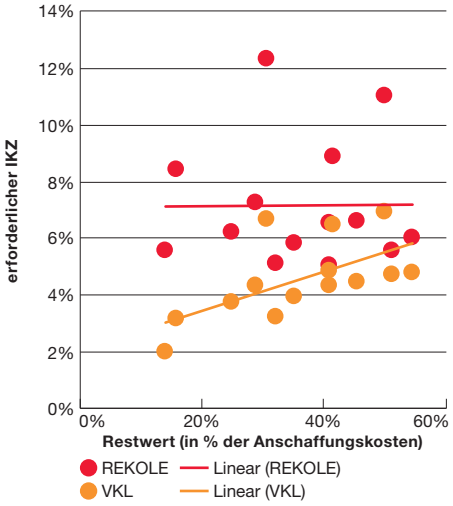


Abbildung 14

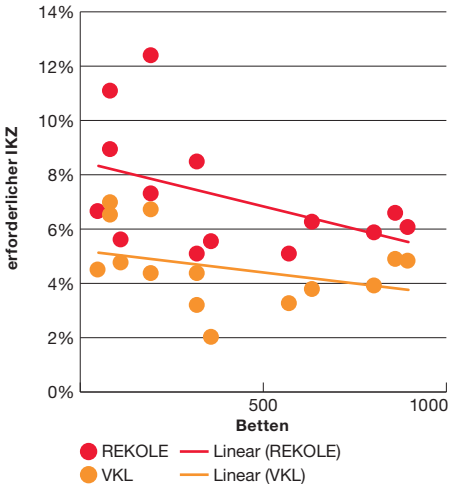
IKZ in Bezug auf die Fallpauschale

Abbildung 15
IKZ in Bezug auf den Restwert
(in % der Anschaffungskosten)



6,5 % bei Neubauten. Weil neue Objekte einen höheren Restwert haben, ist ein entsprechend höherer IKZ erforderlich. Mit anderen Worten: Die Diskrepanz zwischen VKL und REKOLE steigt bei abnehmendem Restwert. Die Regelung nach VKL benachteiligt speziell Spitäler mit älterem Bausubstrat, weil der tiefere Kostenausweis zu einer tieferen Entschädigung führt und damit den Ersatzprozess (Bildung von Eigenkapital) erschwert.

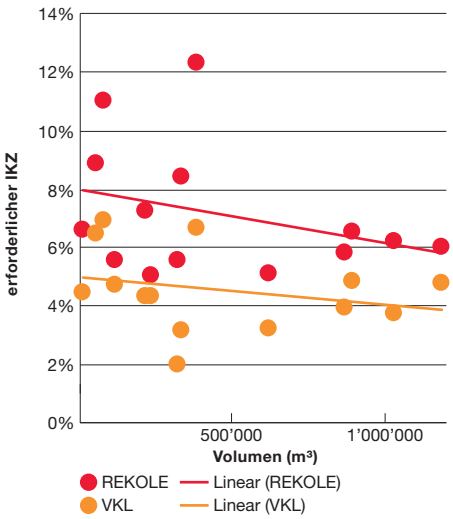
Abbildung 16
IKZ in Bezug auf die Bettenzahl



Bettenzahl

Ziehen wir die Bettenzahl und das Gebäudevolumen als Bezugsgrössen heran, erwarten wir einen kausalen Zusammenhang zwischen der Grösse eines Spitals und dessen erforderlichem IKZ: Je mehr Betten ein Spital betreut, desto grösser sollten Volumen und Nutzfläche der Immobilie sein, um eine entsprechende Versorgung sicherzustellen. Da das Spital diese Mehrfläche finanzieren muss, steigen die ANK.

Abbildung 17
IKZ in Bezug auf die Gebäudevolumina



Spitalgrösse

Neben den Betten lassen sich auch die Fläche und Kubatur eines Spitals als Bezugsgrösse verwenden. Unsere Stichprobe zeigt, dass die Grösse des Spitals keinen signifikanten Einfluss auf die Höhe der ANK ausübt. Der erforderliche IKZ hingegen nimmt bei grösseren Spitälern ab. Grund dafür sind Skaleneffekte sowie implizite Faktoren (höherer CMI und grössere Fallzahlen) bei zunehmender Spitalgrösse.

Fallschwere (Case-Mix-Index, CMI)
Der IKZ in Abbildung 18 nimmt mit zunehmendem CMI ab, da die Baukosten nur bedingt vom Schweregrad und damit der medizinischen Spezialisierung beeinflusst werden. Im Bereich der medizintechnischen Infrastruktur sind deutlich grössere Effekte zu erwarten. Indessen zeigt unsere Stichprobe für Spitäler mit einem tieferen CMI eine höhere Volatilität zwischen dem IKZ nach VKL beziehungsweise REKOLE. Ein Grund dafür liegt im erhöhten Investitionsbedarf der Spezialmedizin, was zu nachhaltig investierten Sachanlagen und damit zu einer Annäherung der VKL-Werte an die REKOLE-Werte führt.

Unsere Auswertung legt dar, dass zwischen CMI, Bettenzahl und erforderlichem IKZ eine beschränkte Abhängigkeit besteht: Eine grössere Fallschwere, ein grösseres Gebäudevolumen oder mehr Betten führen bei näherungsweise konstanten ANK zu leicht tieferem IKZ. Aus Sicht der ANK werden sowohl einfache wie auch hochspezialisierte medizinische Eingriffe in derselben Immobilienkategorie durchgeführt. Das Gebäude und dessen Technik sind vom Spezialisierungsgrad des medizinischen Leistungsangebots unabhängig. Im Gegensatz zu den immobilen Sachanlagen ist eine Abhängigkeit der mobilen Sachanlagen zu CMI und Fallzahlen wahrscheinlich, da eine höhere Fallschwere meist auch den Einsatz von spezialisierten Geräten und Anlagen bedingt.

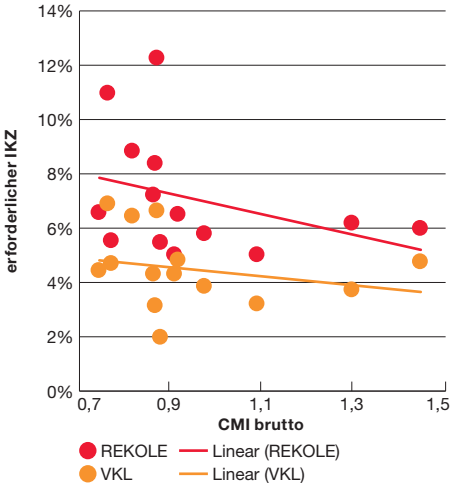


Abbildung 18
IKZ in Bezug auf den medizinischen Spezialisierungsgrad

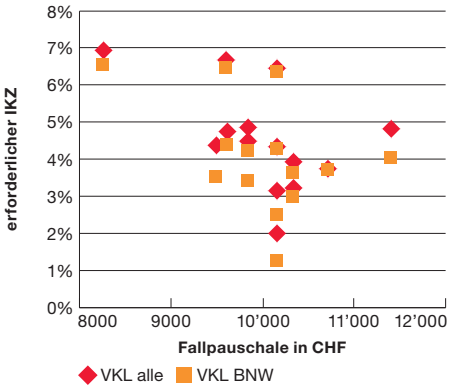


Abbildung 19
IKZ in Bezug auf die Fallpauschale (aufgeteilt nach Betriebsnotwendigkeit [BNK])

Auch nicht betriebsnotwendige Liegenschaften wie Garagen, Personalwohnhäuser oder Restaurants verursachen Betriebskosten. Sie haben aufgrund ihrer tieferen Installationsdichte in der Regel tiefe Anschaffungskosten und weisen einen verhältnismässig geringen Flächen- und Volumenanteil am Gesamtportfolio auf. Dieser Sachverhalt wird durch das meist hohe Alter mit entsprechend tiefen Anschaffungskosten verstärkt. Gesamthaft machen daher die nicht betriebsnotwendigen Bauten einen geringen Anteil der ANK aus. Tendenziell weisen kleinere Portfolios einen kleineren Anteil nicht betriebsnotwendiger Bauten auf. Die Problematik bei der Abgrenzung der Betriebsnotwendigkeit liegt daher bei den effektiven Betriebskosten und deren Finanzierung. Eine Portfoliobereinigung dürfte folglich vor allem kosten- und weniger wertgetrieben sein.

5.4 Schlussfolgerung und Empfehlung

Die Vergütung der Sachanlagen im Gesundheitswesen nach KVG und VKL ist ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Parameter und Systeme. Die Unterhalts- und Betriebskosten sind im Tarifsystem nach SwissDRG integriert. Die Abgeltung für die Investitionstätigkeit wird über den prozentualen IKZ an die Fallpauschale und damit ans Preissystem geknüpft. Die VKL dagegen verlangt trotz des mit der KVG-Revision eingeführten Preissystems den Nachweis der ANK, was als systemfremdes Element des früheren Kostenabgeltungssystems zu betrachten ist. Ein Spital mit vielen abgeschriebenen Objekten kann demzufolge tiefere ANK ausweisen als ein Spital mit Neubauten.

Aus unserer Stichprobe resultiert im Median ein Anteil von 6,4 % für Abschreibung und Verzinsung. Zusammen mit den übrigen Eigentümerkosten von 1,6 % ergibt sich ein IKZ von 8 %. Dieser reduziert sich für Bestandesbauten unter Ausschluss bereits abgeschriebener Komponenten auf 6,2 %.

Für das Spital von besonderer, strategischer Bedeutung ist die Bezugsbasis für die Kostenbemessung. Das Konzept der Anschaffungskosten nach VKL greift zu kurz, da es Kosten nur bis zur Abschreibung auf null anrechnet. Nicht gedeckt durch die ANK sind Rücklagen für zukünftige Investitionen sowie laufende Kosten aus dem Bestand. Damit entsteht eine Finanzierungslücke beim Aufbau von Eigenkapital. Aus strategischer Sicht ist ein Wieder- oder Neubeschaffungskonzept mit Sicherstellung der Gewinnthesaurierung zwingend. Ebenfalls fraglich ist die Kopplung von Liegenschaftskosten an Fallschwere und -pauschale. Unsere Studienresultate zeigen, dass die ANK von der Grösse eines Spitals abhängen (Quadratmeter, Kubikmeter, Betten), der IKZ jedoch weitgehend unabhängig von der Fallschwere und der Fallpauschale ist. Die Normalisierung ist damit so stark, dass die Effekte der Infrastruktur kaum noch spürbar sind. Der Gesetzgeber wollte damit wohl auch hier von der anlagespezifischen Kostenabgeltung wegkommen und stattdessen einen normalisierten Obolus für die Abgeltung der Infrastruktur einführen.

Gut ein Jahr nach Einführung des revidierten KVG wird der IKZ für die Sachanlagen nicht mehr getrennt festgelegt. Heute sind sie Bestandteil der Fallpauschale und damit der Gesamtvergütung. In diesem Kontext ist es für die Leistungserbringer entscheidend, die Kosten aus dem Leistungsauftrag und den «Nebenkosten» (Anlagenutzungs- und Betriebskosten) auf Ebene des Gesamtunternehmens genau zu kennen und über die Festsetzung eines Preises (Kostendeckung plus Gewinnanteil) sicherzustellen. Die Praxis nimmt damit vorweg, was unsere Studie verdeutlicht: Das Prinzip des IKZ ist überholt.

Um die Kostenkomponente kontrolliert zu entwickeln, möchten wir aufgrund unserer Analysen die Spitäler vor allem auf zwei Aspekte aufmerksam machen:

- Optimierung des Portfolios mit Blick auf den gegenwärtigen Leistungsauftrag (Kernkompetenzen) und auf die festgelegte Entwicklungsstrategie: nicht erforderliche Objekte weitgehend abbauen!
- Einfluss zukünftiger Investitionen auf Bilanz und Erfolgsrechnung im Hinblick auf deren Tragbarkeit simulieren und vertieft analysieren.

Die Spitäler sollten ihr Portfolio der (mobilen und immobilen) Sachanlagen in jedem Fall auf ihren Leistungsauftrag ausrichten. Eine mögliche Bereinigung von Bauten und Boden setzt Kenntnisse über die jeweiligen Restwerte, Marktwerte und Verwendungszwecke voraus (Drittverwendbarkeit, strategische Planung). Über die Bildung einer Immobilien-AG, in die die Betriebsimmobilien ausgegliedert werden, können die Institute neben steuerlichen Vorteilen insbesondere eine transparente Kostenermittlung und -übersicht gewähren.

Die Investitionskostenzuschläge für Immobilien, die aus der konsequenten Umsetzung der bestehenden Vorgaben resultieren, decken die Kosten aus folgenden Gründen nicht vollständig ab:

1. unvollständige ANK mit ausgesuchten Kostenelementen
2. kein Bezug zwischen effektiven ANK und dem zu errechnenden IKZ
3. die ANK nach VKL bilden historische Kosten ohne Komponente für Erneuerungen und ohne Bezug zur effektiven Kostensituation des Spitals (z. B. WACC) ab. Eigenkapitalbildung ist nicht möglich
4. anrechenbare ANK ändern jährlich, je nach Investitionstätigkeit im Vorjahr. Damit müsste auch der IKZ jährlich und spitalspezifisch ändern, um die effektive Kostensituation abzubilden
5. Zuschlagskalkulation und ausgesuchte Kostenelemente wie ANK sind Fremdkörper in einem Preissystem

Angesichts dieser Erkenntnisse besteht das Risiko, dass die Spitäler ihre Investitionsvorhaben mit der vorgesehenen Bemessung langfristig kaum realisieren oder refinanzieren können. Es drängt sich deshalb eine Neuregelung für die Investitionen in den Spitalimmobilienpark auf. Grundlage dafür sollten methodisch einheitliche, empirische Angaben der Spitäler zu ihren Infrastrukturkosten sein.

Die Infrastrukturkosten haben denselben Stellenwert wie die Personal- oder Marketingkosten. In einem Preissystem gibt es keinen Anlass, den Spitälern anrechenbare Infrastrukturen oder einen separaten Abgeltungsmechanismus vorzugeben. Das Immobilienmanagement sollte in der alleinigen Verantwortung der Spitalbetriebsführung liegen; diese kennt die Bedürfnisse und Dringlichkeiten des Betriebs am besten und wird Investitionsentscheide nach ökonomischen Grundsätzen fällen. So werden separate Investitionskostenregelungen obsolet. Den Spitälern empfehlen wir, den Aufbau einer transparenten Immobilienrechnung voranzutreiben.

6. Investitions-volumen

6.1 Ausgangslage

Öffentliche Spitäler haben aufgrund der tiefen Restwerte einen anhaltend hohen Investitionsbedarf. Aus der intensiven Bautätigkeit in den 1970er-Jahren entstehen mit Ablauf eines Immobilienlebenszyklus 40 Jahre später neue Investitionsspitzen durch Sanierung und Ersatz. Je länger die Spitäler umfassendere Massnahmen aufschieben, desto höher wachsen diese Spitzen – im Extremfall bis zum Totalersatz, verteilt auf wenige Jahre.

Ältere Gebäude müssen ersetzt werden, medizinische Prozesse und gesetzliche Auflagen stellen erhöhte Anforderungen an die bauliche Infrastruktur, neue Dienstleistungen brauchen neue Räume, veraltete Anlagen müssen stillgelegt und rückgebaut oder umgenutzt werden. Die Notwendigkeit für Neubauten beruht weitgehend auf veränderten Nutzungs- und Betriebsanforderungen und weniger auf der technischen Lebensdauer einzelner Bauteile. Die Kosten für einen Totalersatz übersteigen schnell den aktuellen Gebäudeversicherungswert (Rückbaukosten, Zuschläge für Vorbereitung, Nebenkosten, Provisorien, technischer Fortschritt und veränderte Bauvorschriften). Weil die Spitäler unter der neuen Spitalfinanzierung für ihre Infrastruktur pauschal entschädigt werden, haben sie ein vitales Interesse daran, die Belastungen aus der Immobilienrechnung langfristig zu glätten und Investitionsspitzen zu vermeiden.

6.2 Investitionsbedarf

Zur Ermittlung des Investitionsbedarfs bei Schweizer Spitälern haben wir im Winter 2011/12 eine Gesamtanalyse der geplanten Investitionsvorhaben von Schweizer Spitälern durchgeführt. An dieser Umfrage haben zwölf öffentliche und sieben private Spitäler/Kliniken aus zwölf Kantonen teilgenommen.[29]

Abbildung 20
Investitionsvolumina der befragten Spitäler[30]

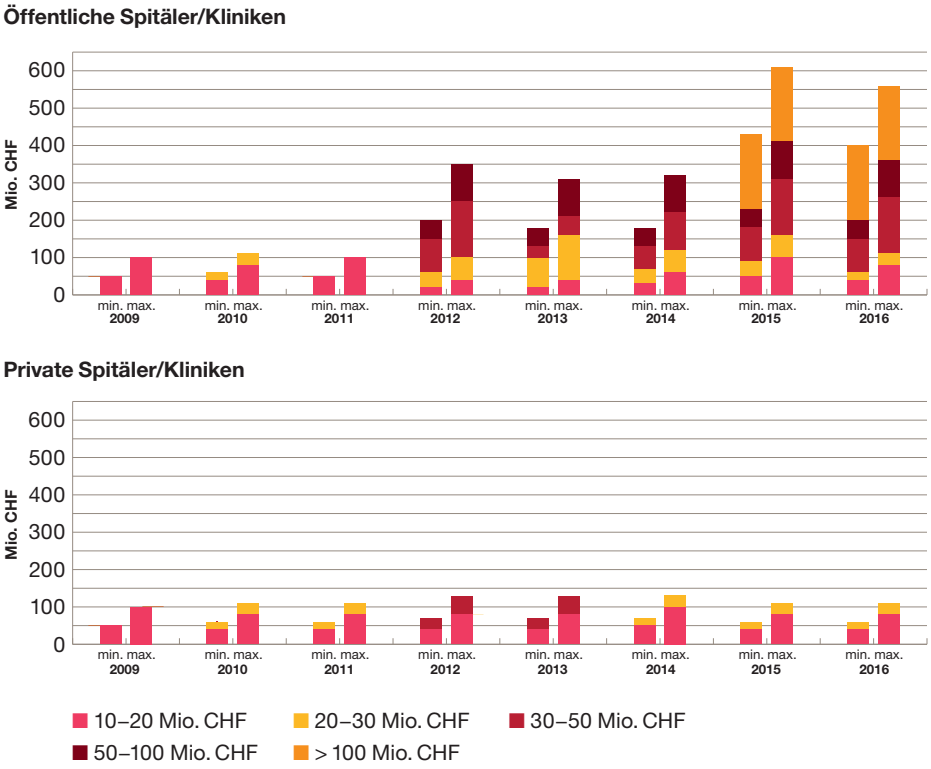
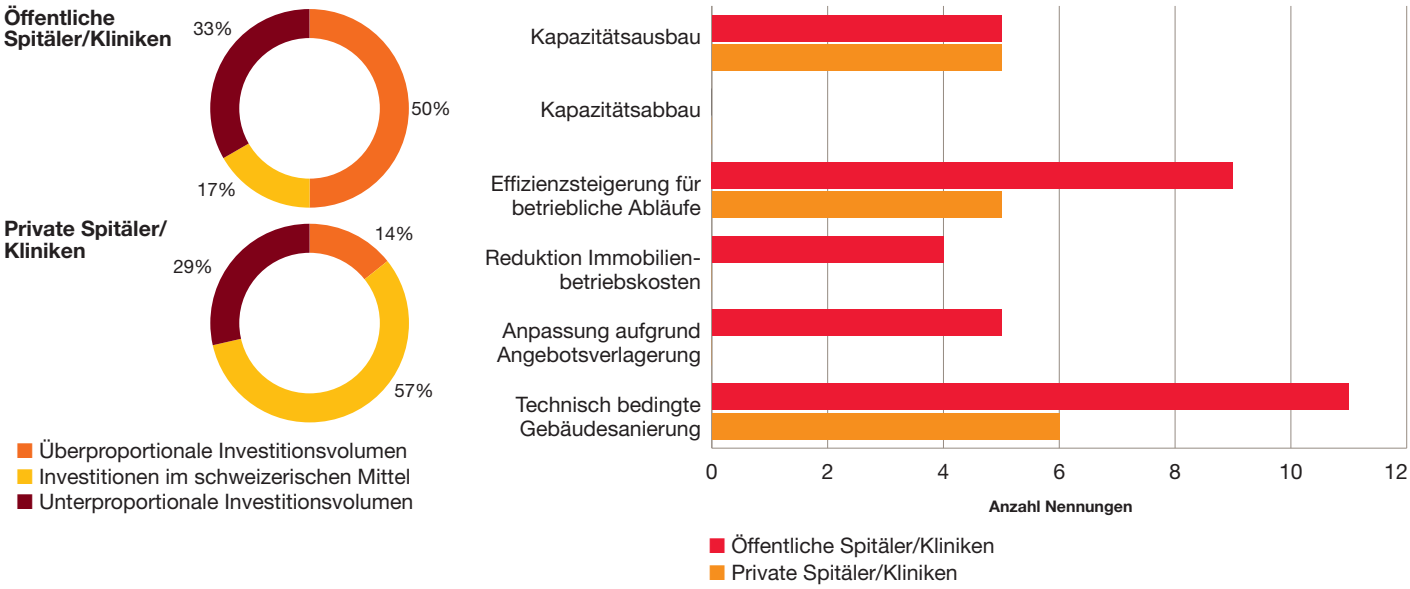


Abbildung 21

Einschätzung und Zielsetzungen der befragten Spitäler[31]



Die befragten Unternehmen weisen ein Immobilienportfolio von mehr als 3,0 Mrd. CHF Wiederbeschaffungswert auf. Die Untersuchung zeigte, dass gerade öffentliche Spitäler und Kliniken zwischen 2012 und 2016 massiv in die eigene Immobilieninfrastruktur investieren werden (müssen). 50 % der öffentlichen Spitäler weisen – verglichen mit dem Schweizer Durchschnitt – ein überproportionales Investitionsvorhaben in den nächsten fünf Jahren aus. 57 % der privaten Institutionen bewegen sich mit ihren Investitionen hingegen im Schweizer Mittel. Demnach haben die befragten öffentlichen Spitäler zwischen 2012 und 2016 Investitionen in der Höhe von 1,63 Mrd. bis 2,68 Mrd. CHF vorgesehen. Dies bedeutet für die Stichprobe, dass 55 bis 90 % des Wiederbeschaffungswerts reinvestiert werden sollen. Für unsere weiteren Überlegungen haben wir die Werte um Ausreisser bereinigt und sie vorsichtshalber auf die 55 % von bestehenden und zu ersetzenden Spitalflächen abgestellt. Diese Grösse liegt beim in der Branche vermuteten Wert von 60 % Ersatzbedarf.

Bei den öffentlichen Spitälern, die einen höheren Fremdfinanzierungsanteil aufweisen als private Spitäler, sind technisch bedingte Gebäudesanierungen und die Effizienzsteigerung der betrieblichen Abläufe Haupttreiber der geplanten Investitionen. Die privaten Spitäler setzen auf regelmässige Investitionszyklen und entwickeln ihr Immobilienportfolio laufend weiter. Bei den öffentlichen Spitälern fällt der Nachholbedarf auf, der seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung über die Geschäftstätigkeit abgebaut werden soll – ein schwieriges Unterfangen angesichts der effektiven gebäudetechnischen Ausgangslage. Viele öffentliche Spitäler wurden mit Blick auf 2012 verselbständigt und erhielten das Immobilieneigentum übertragen. Damit liegt die Federführung in der Investitionstätigkeit bei den Spitälern selber.

Angesichts des Nachholbedarfs bei den öffentlichen Spitälern könnte das Risiko drohen, dass die geballte Ladung an Investitionsvorhaben zu einem Wettrüsten und damit in der Summe zu infrastrukturellen Überkapazitäten führt. Dabei wird entscheidend sein, ob die zu realisierenden Spitalimmobilien den Rahmenbedingungen des Businessplans und des Geschäftsmodells entsprechen und sich die nachhaltige Tragbarkeit sicherstellen lässt. Der Investitionsschub, der vor Einführung des revidierten KVG für 2011 erwartet wurde, blieb aus. Die Kantone als Trägerschaften haben viele Projekte nicht mehr unter altem Recht angeschoben und aus den kantonalen Budgetplanungen gestrichen. Für den Abbau dieses Investitionsstaus stehen nun die Spitäler als neue Eigentümer der Spitalimmobilien in der Pflicht. Die gesetzliche Grundlage für eine Entpolitisierung der Investitionstätigkeit und -finanzierung auf Bundesebene hat das revidierte KVG geschaffen. Als wirtschaftlich selbständige Akteure sollen die Spitäler die nötigen Investitionsmassnahmen ergreifen – und den Produktionsfaktor Immobilie im Tagesgeschäft bestmöglich einsetzen. Hierzu gehört die ganzheitliche Betrachtung der Immobilien über deren gesamten Lebenszyklus hinweg sowie die Beschaffung der erforderlichen finanziellen Mittel. Da in den nächsten Jahren viele Spitäler auf private finanzielle Mittel angewiesen sein werden, dürfte der Wettbewerb um Finanzierungen durch Eigenkapital oder Fremdkapital deutlich zunehmen.

[29] PwC Schweiz, eigene Untersuchungen 2011
[30] PwC Schweiz, eigene Untersuchungen 2011
[31] PwC Schweiz, eigene Untersuchungen 2011

100
200
400
500
600
700
800
900
POM
07
EXP
12/2014

6.3 Investitionsfahrplan Schweiz

Ausgehend von einem Erneuerungsfaktor von 55 % würde sich ein Investitionsvolumen von rund 22 Mrd. CHF bei einem Wiederbeschaffungswert von 40 bis 50 Mrd. CHF ergeben. Angenommen, es wird nicht das maximale Investitionsvolumen realisiert, können wir von einem Volumen von ca. 20 Mrd. CHF ausgehen. Dazu kommt ein Zuschlag von 30 % für Medizintechnik/IT und übrige Mobilien.

NEAT-Gesamtkredit: 19,1 Mrd. CHF per 31.12.2012

Diese Hochrechnung stimmt mit den Investitionsvorhaben aus Medienberichten überein. Für die nach Fallzahlen 50 grössten Spitäler der Schweiz finden sich in öffentlichen Quellen Angaben zu Investitionsvolumen von rund 16 Mrd. CHF (davon 14,5 Mrd. CHF konkretisiert) über die nächsten 10 bis 15 Jahre. Wir erwarten daher allein für die Deutschschweiz ein Volumen von gesamthaft rund 20 Mrd. CHF. Das heisst, die Investitionen in die Spitalinfrastruktur werden die Investitionen in das Eisenbahngrossprojekt NEAT sogar übertreffen. Eine Schlüsselrolle für die absolute Realisierungsgeschwindigkeit spielen die Finanzierung und das politische Umfeld sowie die mögliche Höhe des Investitionsbedarfs der einzelnen Projekte. Die relative Realisierungsgeschwindigkeit einzelner Vorhaben im Vergleich zu anderen dürfte zudem auch darüber entscheiden, welche Spitäler sich mit ihren Vorhaben mittelfristig im Wettbewerb durchsetzen.

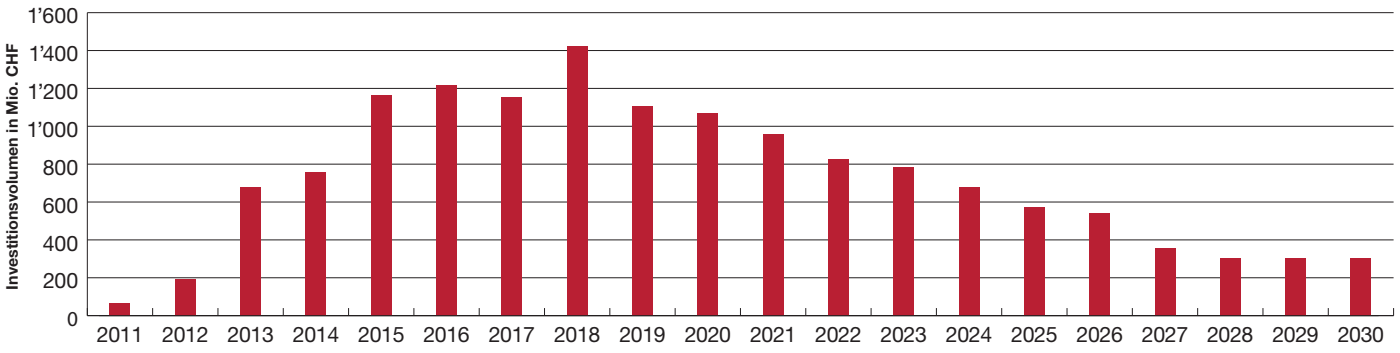
6.4 Finanzierungsparadoxon

Dem Investitionsstau steht ein enormer Anlagedruck durch die Investoren gegenüber. Viele Investoren und Geschäftsbanken sind bereit, in das Geschäftsfeld Spitalimmobilien einzutreten, die Baudienstleister ohnehin. Für die Realisierung der erforderlichen Investitionen stünde also alles bereit, sofern sie ausgelöst werden oder ausgelöst werden können. Die Spitalimmobilien bewegen sich zwischen zwei Welten: den teilweise wechselnden politischen Rahmenbedingungen einerseits und dem Wettbewerbsdruck andererseits. Gleichzeitig steht den historisch gewachsenen Immobilienwerten ein ebenso bedeutender Investitionsstau gegenüber. Trotzdem sind die Spitalträger noch sehr zurückhaltend gegenüber privaten Investoren. Ein Finanzierungsparadoxon? Werden die Investitionen überhaupt ausgelöst? Was, wenn alle Investitionsvorhaben im gleichen Zeitraum realisiert werden? Droht ein Wettrüsten mit anschliessendem Überangebot an Spitalfläche, wie es sich zum Teil beim Schweizer Detailhandel abzeichnet?

Aufgrund solcher und ähnlicher Fragen zur Entwicklung, Rechtslage und Gesundheitspolitik haben die Spitäler 2012 mit der Realisierung von Grossprojekten noch zugewartet. Bei vielen ist die Planung aber weit fortgeschritten und wird nun seit Beginn des Jahres 2013 konkretisiert und umgesetzt.

Abbildung 22

Investitionsvolumen aus öffentlich verfügbaren Quellen



7. Finanzielle Bedeutung der Immobilien

7.1 Finanzielle Gesundheit der Schweizer Spitäler

Die PwC-Studie «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2012» (August 2013) erläutert die finanzielle Gesundheit der Schweizer Spitäler von 2007 bis 2012. Die Studie geht auch auf die finanzielle Bedeutung der Spitalimmobilien und die damit verbundene Investitionseffizienz ein.

Die finanzielle Gesundheit eines Spitals wird zur Voraussetzung für seine effektive Investitionstätigkeit. Spitäler können finanzielle Exzellenz durch eine klare Ausrichtung, eine gute Marktpositionierung und effiziente Betriebsprozesse bei hoher Qualität erreichen. Im Bereich der Spitalimmobilien geht es darum, die anstehenden Investitionen auf ihre Effektivität zu optimieren und möglichst effizient umzusetzen.

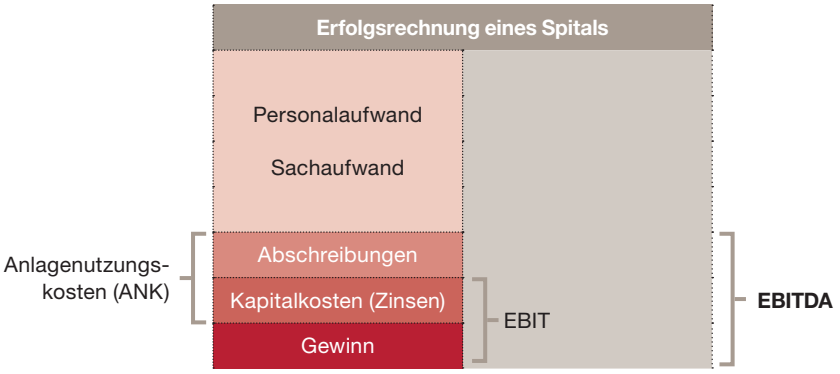
7.2 Bilanz: Buch- und Restwerte

Kosten und Werte sind neben dem Nachweis der finanziellen Gesundheit besonders wichtig im Zusammenhang mit Transaktionen, so auch bei der Eigentumsübertragung. Eine Übertragung von Immobilien auf die Betriebs- («operating company: OpCo») oder eine zu gründende Immobiliengesellschaft («property company: PropCo») kann als Sacheinlage ins Eigenkapital oder über ein Darlehen erfolgen. Die gewählte Übertragungsform wirkt sich zuerst direkt in der Bilanz aus. Ob die Gegenposition der aktivierten Immobilien Fremd- oder Eigenkapital ist, beeinflusst den Zugang zum Kapitalmarkt unmittelbar. Eine Übertragung als Darlehen schwächt die Eigenkapitalbasis («debt to equity ratio») und damit die Fähigkeit und Möglichkeit für die Aufnahme von Drittmitteln zur Finanzierung der Investition. Mit einer Übertragung ins Eigenkapital (Sacheinlage) wiederum werden die Bilanz und damit der Handlungsspielraum gestärkt. Abhängig von den Finanzierungs- oder Übertragungskonditionen stellt sich die Kapitalstruktur in der Erfolgsrechnung dar. Aufgrund des grösseren Risikopotenzials werden Eigenmittel höher verzinst als besicherte Drittmittel: Unter der Annahme einer Finanzierung und Verzinsung zu Marktkonditionen müssten Eigenmittel bedeutend grössere Finanzierungskosten in Form von Dividenden aufweisen als Drittmittel.

Bei der Übernahme von Sachanlagen in die Bilanz ist zudem ein mögliches Impairment zu prüfen. Je nach geltenden Rechnungslegungsstandards und deren Umsetzung können für dieselben Immobilien unterschiedliche Werte für die Verbuchung zum Einsatz kommen. Sind diese nicht identisch, führt die Übertragung zu einem Impairment-Tatbestand, was eine Wertberichtigung erfordert. Massgebend sind der vereinbarte Übertragungswert und die Frage, welche Partei eine Korrektur der Bilanzposition vornehmen muss.

Grosse Abweichungen bei den Buchwerten aus der Bewertung der Bauten und Anlagen entstehen vor allem bei der Anwendung unterschiedlicher Bewertungsmethoden. Die Bewertung nach Marktwerten führt systematisch zu deutlich höheren Werten als bei der Substanzwertmethode. In der Schweiz existiert für Spitalimmobilien kein ausreichend liquider, funktionierender Markt. Die Konstruktion von Marktmieten auf Basis von Tragbarkeitsmieten oder Standortvorteilen kann im Extremfall gro-

Abbildung 23
Schlüsselpositionen der Erfolgsrechnung eines Spitals



teske Züge annehmen und das Immobilienportfolio wertmässig aufblähen. Dies kann bei Ersatzinvestitionen zu massiven Sonderabschreibungseffekten führen. Als Ausnahme gilt die Bewertung nach Marktwerten im Rahmen einer (Immobilien-) Transaktion. Die Substanzwertbewertung ist erfahrungsgemäss die beste Methode für die Bewertung von Spezialimmobilien – nicht zuletzt, um eine systematische Überbewertung und damit Einschränkung der strategischen Optionen zu vermeiden. Abgesehen von der Bewertungsmethodik führen innerhalb der Substanzwertermittlung insbesondere die Abschreibungssätze zu Wertverzerrungen. Eine konservative Abschreibungsmethodik auf der Seite des Veräusserers führt aus Sicht des Käufers zu einem überhöhten Übertragungswert: Die tiefen kumulierten Abschreibungen bewirken einen noch immer hohen Restwert.

7.3 Erfolgsrechnung: ANK

Die Immobilienkosten sind in der Spitalbuchhaltung in den Positionen Sachaufwand, Abschreibungen und Kapitalkosten abgebildet. Dazu kommt der infrastrukturbezogene Personalaufwand (siehe Abbildung 23).

7.4 Effizienz und Effektivität

Damit sich die Effizienz und Effektivität von Investitionsvorhaben zwischen den Spitälern beurteilen lässt, sind Kennzahlen erforderlich. Für die Beurteilung der Effizienz der Beschaffung wurde in der Schweiz bisher als Faustregel oft mit dem Wert 1 Mio. CHF pro Bett argumentiert. International bezieht man die Investitionskosten pro Bett nur auf den Bettenturm. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die übrigen Anlagen aufgrund des Leistungsangebots von Spital zu Spital unterschiedlich ausgelegt sein können. So kommt beispielsweise ein Spital mit einem hohen Anteil an ambulanten Behandlungen oder einem «same-day surgery»-Angebot im Vergleich zu einem Akutspital mit stationären Abteilungen schlecht weg. Für die direkte Vergleichbarkeit wäre es besser, die Investitionskennzahlen pro Objekttyp zu definieren. Dazu gehörten zum Beispiel das Bettenhaus (Investition pro Bett), das Ambulatorium (Investition pro durchschnittliche Jahresfallzahl) oder der Operationssaal (Investition pro jährliche Belegungsdauer). Anstelle der Betten für die Beurteilung der Investitionseffizienz bieten sich als Bezugsgrössen auch die Fallzahlen, der Case-Mix-Index, das Gebäudevolumen oder die Geschossfläche an. Für einen Vergleich wäre es zudem entscheidend, die Verhältnisse zwischen ambulanten und stationären Bereichen zu kennen.

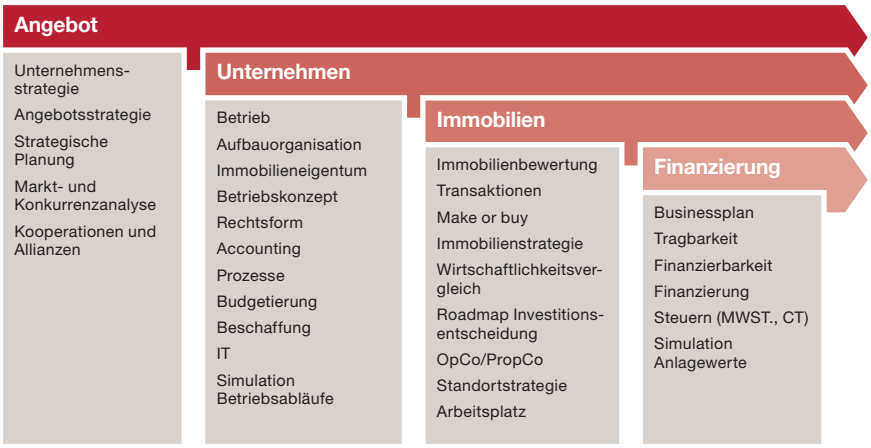
Für den Erfolg einer Investition ist die Effektivität der Investition das zentrale Element. Nur wenn das Spital nach der Investition besser positioniert ist und in der Betriebsphase dank der Investition effizienter arbeiten kann als vorher, war die Investition zweckmässig. Die Effektivität einer Investition spiegelt sich demnach in der Planerfolgsrechnung über die Vergleichsperiode inklusive Betriebsphase wider. Für die Beurteilung der Effektivität kann das Verhältnis zwischen Umsatz und Infrastrukturkosten pro Jahr herangezogen werden, idealerweise über einen Betrachtungshorizont von mindestens 20 Jahren, damit erste Erneuerungszyklen in die Betrachtung einbezogen werden. Diese Relation berücksichtigt die Lebenszykluskosten der Anlage inklusive Betriebsphase. Die Effizienz der Investition ihrerseits zeigt sich im Angebotsspiegel aus dem Beschaffungsverfahren.

Die in Abbildung 23 dargestellten ANK werden für die Beurteilung der Tragbarkeit einer Investition beigezogen. Die Zusammenhänge zwischen den ANK und den erforderlichen Jahresergebnissen des Spitalbetreibers sind in der PwC-Studie «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2012» erläutert. Gelingt es einem Spital, einen zur getätigten Investition relativ hohen Ertrag zu erwirtschaften, genügt eine tiefere EBITDA-Marge, um die ANK zu decken. Das Spital muss die ANK durch den EBITDA decken können, ansonsten kann es die Investition nicht tätigen. Unsere Erfahrung zeigt, dass Investitionen für die Spitäler langfristig tragbar sind, wenn eine EBITDA-Marge von mindestens 10 % erreicht wird, unabhängig von der gewählten Eigentumsform. Die früher angewandte Faustregel von 1 Mio. CHF Investitionskosten pro Bett sollte für Investitionsvorhaben nicht mehr herangezogen werden: Sie ist unpräzis und im internationalen Vergleich deutlich zu hoch angesetzt.

8. Beschaffung und Finanzierung

Investitionsvorhaben sind komplexe Projekte, im Spitalumfeld erst recht. Eine der grossen Herausforderungen ist die Integration von Bau und Medizintechnik/IT. Die unaufhaltsame, rasche Entwicklung in der Medizintechnik und IT machen es unabdingbar, diese Komponenten von Beginn an in die Projektplanung einzubeziehen. Nur so kann ein Spitalträger die vielfältigen Interaktionen zwischen Bau und Medizintechnik/IT rechtzeitig aufnehmen und auf Abhängigkeiten reagieren. Diese Aufgabenblöcke sind von Anfang an aufeinander abzustimmen. Die Kontrolle über die Investitionstätigkeiten und die Sicherung der nachhaltigen Tragbarkeit sind bereits heute Bestandteil der strategischen Entwicklungsplanung. Die PwC-Roadmap (Abbildung 27) berücksichtigt die vier zentralen Dimensionen einer Neubauplanung und -realisierung (in Abbildung 24 dargestellt).

Abbildung 24
Die vier zentralen Dimensionen einer Neubauplanung und -realisierung



1. Angebot → Geschäftsmodell
2. Unternehmen → Eigentumsmodell, Prozessmodell
3. Immobilien → Betriebsmodell, Portfoliostrategie
4. Finanzierung → Finanzierungs- und Beschaffungsmodell

8.1 Immobilien- und Projektentwicklungszyklus

Dort, wo die Kantone aus der Infrastrukturfinanzierung aussteigen, gibt es für Dritte Raum für neues Investitionspotenzial. Der Wettbewerb um Investitionen ist genauso eröffnet wie derjenige um Patienten. Die Investitionstätigkeit hängt massgeblich von der Ausgangslage eines Spitalträgers und dem gewährten Handlungsspielraum ab: Sind Beteiligungen Dritter an den eigenen Spitalimmobilien (organisiert in einer Immobiliengesellschaft) oder an Spitalgesellschaften erwünscht beziehungsweise zugelassen? Bringen Spitäler ihre Liegenschaften in eine gemeinsame Spitalimmobiliengesellschaft ein, um Skaleneffekte zu nutzen, oder streben sie klassische OpCo-PropCo-Lösungen an?

Für die erfolgreiche Entwicklung des Unternehmens bedeutsam ist nicht das isolierte «Abarbeiten» einzelner Aufgabenstellungen, sondern das koordinierte und kontrollierte

Ausrichten aller Faktoren und ihrer Abhängigkeiten auf das angestrebte Ziel. Die Komplexität ist insgesamt sehr hoch, weshalb das Spitalimmobilienmanagement Synergien, Skaleneffekte und Abhängigkeiten sehr genau analysieren und einen Gesamtansatz verfolgen muss.

Hierzu empfehlen wir ein ganzheitliches Managementmodell für Spitalimmobilien. Dieses dient den Spitalimmobilienverantwortlichen als Leitfaden für zukünftige Herausforderungen. Abbildung 25 zeigt eine Übersicht der einzelnen Aspekte, die sich am besten in Form einer Roadmap dokumentieren lassen.

8.2 *Ganzheitliches Spitalimmobilienmanagement*

Die Spitalimmobilien als Produktionsfaktor haben an Bedeutung gewonnen, nicht zuletzt aufgrund der gewichtigen Bilanz- und Erfolgsrechnungsposten (siehe Kapitel 6.2 und 6.3). Sie gehören als Betriebsimmobilie und Produktionsfaktor zu einer weitsichtigen Spitalplanung. Das Spital soll sein Immobilienmanagement mit der Strategie verknüpfen; Spitalimmobilien werden zur strategischen Ressource. Grosse Investitionsvorhaben lassen sich langfristig effizienter realisieren und nutzen, wenn sie systematisch aufgebaut und geplant werden.

Wie Abbildung 26 zeigt, beginnt diese Arbeit lange vor der Ausschreibung eines Architektur- oder Investorenwettbewerbs. Dabei ist insbesondere die enge Verbindung zum Spitalbetrieb zu beachten: Diese Schnittstelle entscheidet sowohl über die langfristigen Infrastrukturkosten als auch über die späteren Betriebskosten.

Investitionsvorhaben bieten viele Möglichkeiten zur Optimierung, wenn sie rechtzeitig thematisiert und genutzt werden. Die grössten Sparpotenziale liegen in der späteren Betriebsphase, also nicht in der Planung und nicht beim Bau. Über den Lebenszyklus machen die Betriebskosten rund 80 % der Kosten aus.

Abbildung 25
Immobilien- und Projektentwicklungszyklus

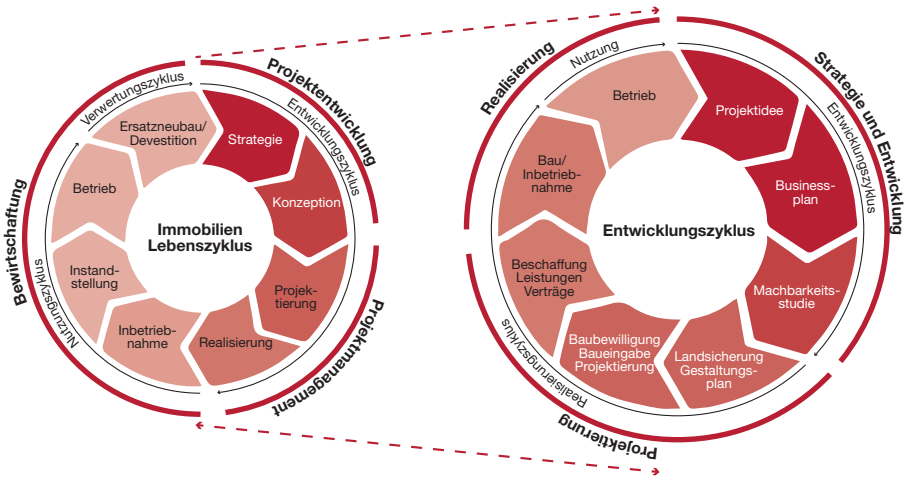
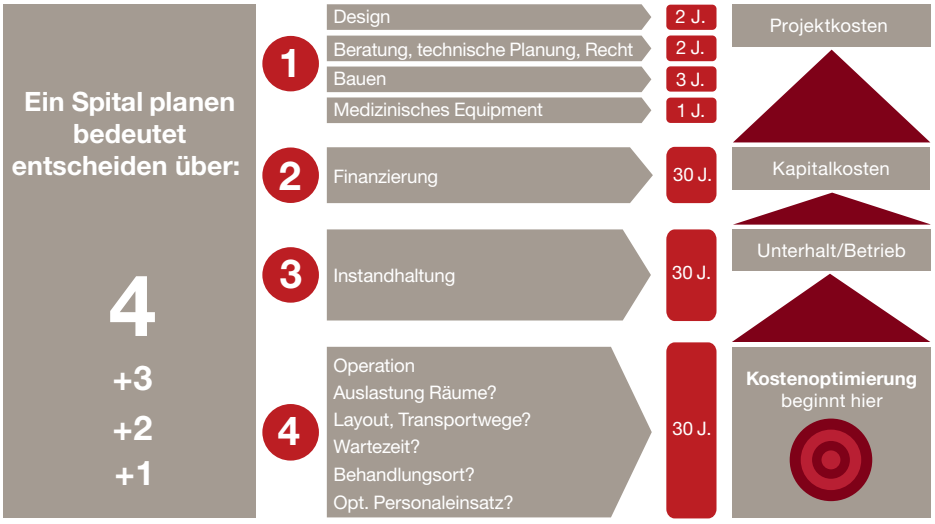


Abbildung 26
Kostenoptimierung bei Investitionsvorhaben



Exkurs: Ansätze zur Betriebskostenoptimierung

Einzelzimmer – eine Kostenfrage?

Spitäler in Nordamerika zeigen eine klare Tendenz zum Einzelzimmer. So plant das McGill University Health Centre (MUHC) in Montreal ausschliesslich Einzelzimmer für 346 Erwachsene und 154 Kinder. Das Johns Hopkins University Hospital in Baltimore hat 2012 zwei neue Bettentürme mit insgesamt 560 Einzelzimmern für Kinder und Erwachsene eröffnet. Und auch das New Karolinska University Hospital in Solna bei Stockholm baut ausschliesslich Einzelzimmer. Als Gründe führen die Verantwortlichen Patientenbedürfnisse wie Vertraulichkeit, Rückzugsmöglichkeit, Austausch mit Besuchern und besseren Schlaf an. Oft werden die Einzelzimmer so ausgerüstet, dass Angehörige improvisiert über Nacht bleiben können.

Aus Spitalsicht stehen primär Effizienz- und Sicherheitsüberlegungen im Vordergrund. Einzelzimmer lassen ungestörte Gespräche zwischen Patient und medizinischem Personal zu und ermöglichen, dass das Spitalpersonal eine Mehrzahl der Routineuntersuchungen und Tests direkt im Zimmer durchführen kann. Dadurch entfallen einerseits Patiententransporte innerhalb des Spitals, andererseits sinkt das Ansteckungsrisiko. Einzelzimmer können zudem unabhängig von der Patientenkonstellation belegt werden, was zu einer höheren Auslastung führt als bei Doppelzimmern. Als weitere Gründe nennen die Spitäler eine Reduktion von Fehlmedikation durch Patientenverwechslung, weniger Konflikte unter und mit Patienten, höhere Patientenzufriedenheit und raschere Genesung, was die Aufenthaltsdauer verkürzt.

Ein Forschungsteam des MUHC und der McGill University konnte in einer Studie[32] ein deutlich tieferes Infektionsrisiko bei Spitälern mit Einzelzimmern belegen. Es hat nachgewiesen, dass die Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation bei Einzelzimmern um 10 % kürzer wird. Die vom American Institute of Architects (AIA), Academy of Architecture for Health, publizierten Richtlinien zur Spitalplanung empfehlen ebenfalls Einzelzimmer.

Die reduzierte Aufenthaltsdauer und der Wegfall von Patiententransporten (reduziertes Verletzungsrisiko, keine Transportkosten) führen zu betrieblichen Einsparungen. Diese kompensieren nach Einschätzung verschiedener Spitäler die Investitionsmehrkosten für Einzelzimmer nach wenigen Jahren. Eine Studie der Simon Fraser University in Vancouver rechnet pro Patient mit 49 % höheren Investitionskosten für das Einzelzimmer im Vergleich zum Zweibettzimmer, also 182'400 CAD im Einzelzimmer versus 122'550 CAD im Zweibettzimmer.[33] Die CEOs kanadischer Spitäler gingen 2011 in der Praxis davon aus, dass der Break-even nach ca. fünf Jahren Betriebszeit erreicht sei. Das INSPQ Quebec National Health Institute rechnete im August 2010 sogar mit einer Kompensation von lediglich drei bis vier Jahren infolge reduzierter Infektionsrate und entsprechend wegfallender Behandlung.[34]

Simulation zur Optimierung der Bestellung

PwC hat ein Simulationstool entwickelt, das sich unter anderem im Zusammenhang mit Reformen im Gesundheitswesen einsetzen lässt. Dieses Tool erlaubt es, Auswirkungen ausgewählter Fragestellungen auf Leistungskennzahlen und Finanzen zu erkennen und zu analysieren. So lassen sich zum Beispiel Patientenströme sowie Ärzte- und Bettenauslastungen modellieren. Die Erkenntnisse führen dazu, dass die Verantwortlichen die benötigten Personalbesetzungen und -fähigkeiten prüfen können. PwC hat beim Universitätsspital Basel Simulationsmodelle angewandt, um Ansätze für die Effizienzsteigerung der OP-Prozesse zu evaluieren. Weiter beantwortet das Tool die Frage, wie viele Operationssäle (OPs) optimal sind und wie diese räumlich angeordnet werden sollen, um die Abläufe effizient zu gestalten. Die Simulation ermöglicht zudem die Konzeption der optimalen Ausstattung eines Spitals. Wie in der vorliegenden Studie aufgezeigt, ist es aufgrund der neuen Finanzierungsmethode für die Spitäler zentral, die Prozesse und Immobilien effizient zu gestalten und so dem Kostendruck standzuhalten. Eine Simulationsanalyse hilft den Spitälern, die neuen Herausforderungen erfolgreich zu meistern und neue Potenziale auszuschöpfen. Sie können ihre Infrastruktur so auf effektiv nachweisbare Bedürfnisse zuschneiden und ihre Prozesse optimieren. In Nordamerika sprechen Spitalverantwortliche davon, die Betriebskosten durch optimierte Prozesse und räumliche Layouts um bis zu 30 % verringern zu können. Auch wenn diese Angabe aus Schweizer Sicht sehr hoch scheint, lässt sie doch vermuten, dass in diesem Bereich auch bei uns Einsparpotenzial liegt.

[32] Teltsch et al. (2011)
[33] Chaudhury et al. (2003)
[34] INSPQ Quebec National Health Institute (Hrsg.) (2010)

Abbildung 27

Simulation der Auslastung zukünftiger Operationssäle anhand dreier Szenarien

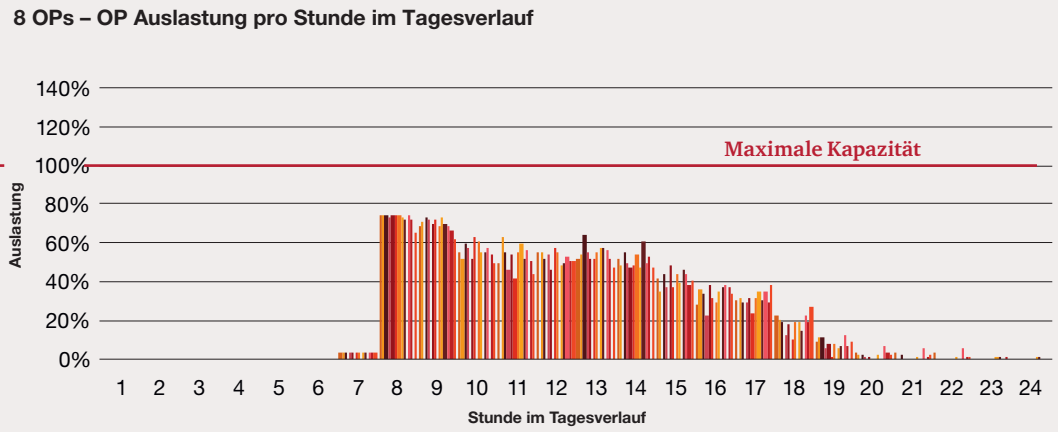
Ausgangslage
Simulation dreier Szenarien, um die zukünftigen Operationskapazitäten zu testen.

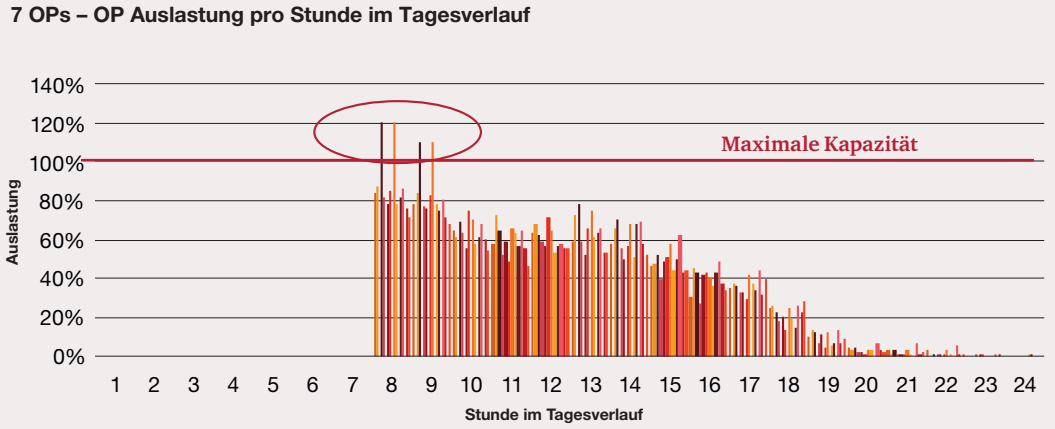
Inputvariabeln: Patientenmix, Anzahl Chirurgen

Lösung
Test der maximalen Operationssaalanforderungen über das ganze Jahr

Resultate

- 8 OPs: aktuelle Kapazität; durchschnittliche Auslastung von 60 %; Kapazitätsmaximum wird nie benötigt
- 7 OPs: durchschnittliche Auslastung von 74 %; bei vier Stunden im Jahr wird das Kapazitätsmaximum überschritten
- 6 OPs: durchschnittliche Auslastung von 81 %; bei zehn Stunden im Jahr wird das Kapazitätsmaximum überschritten





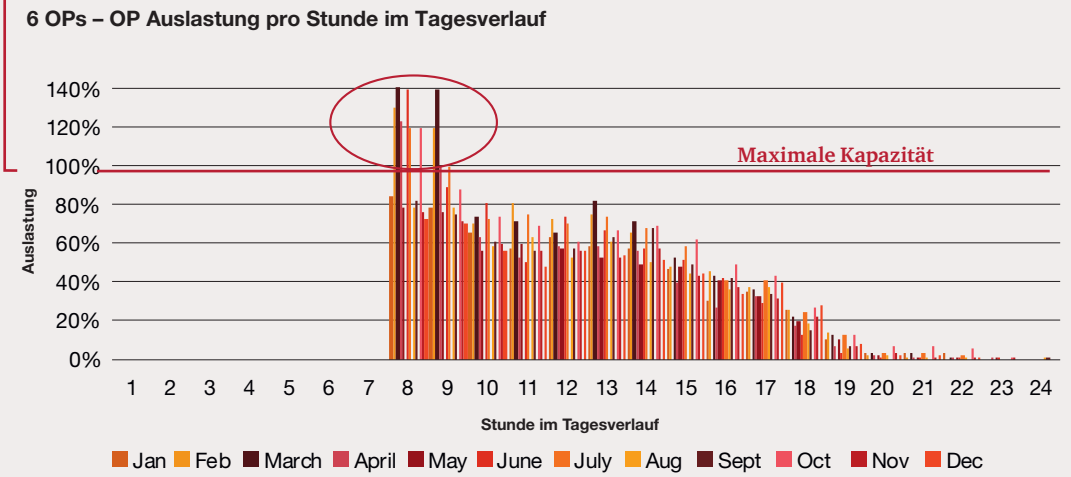
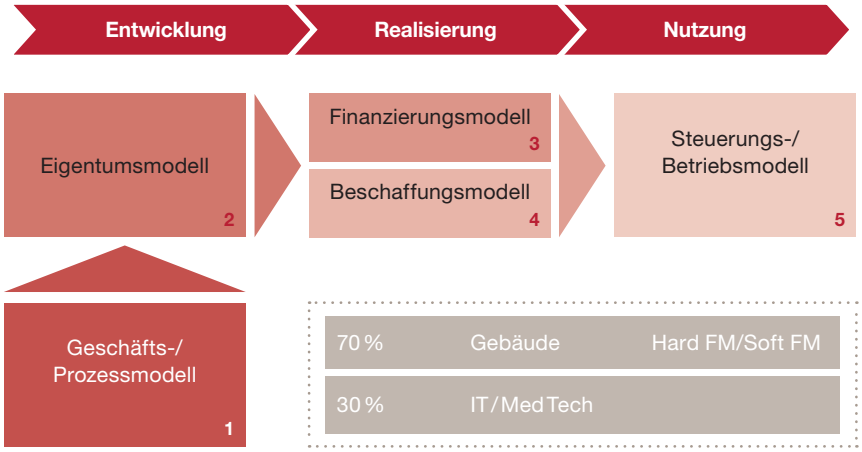


Abbildung 28
Investitionsvorhaben sind komplexe Projekte – hier unterstützt die PwC-Roadmap als integrierter Projektentwicklungsansatz



8.3 PwC-Roadmap

Um die Einsparpotenziale zu erschliessen, ist eine systematische Situationsbeurteilung empfehlenswert. Die PwC-Roadmap dient dazu, die möglichen Implikationen von Geschäfts-, Eigentums-, Finanzierungs-, Beschaffungs- und Betriebsmodellen entlang dem Lebenszyklus einer Spitalimmobilie systematisch darzulegen und diese auf die jeweiligen Phasen und Anspruchsgruppen auszurichten. Im Mittelpunkt der PwC-Roadmap stehen die Spitalimmobilie und die notwendigen operativen und strategischen Prozesse zur langfristigen Zielerreichung. Mit diesem Ansatz kann der Spitalbetreiber gezielt und strukturiert die richtigen Fragen ganz zu Beginn des Investitionsprozesses stellen und einen Plan dafür entwickeln, wie er seine Ziele am besten erreicht (Abbildung 28).

Die Beschaffung eines Spitalneubaus ist ein komplexes Vorhaben ausserhalb des Kerngeschäfts des Spitalbetreibers und benötigt einen klaren Plan, der das Vorgehen schrittweise aufzeigt und fortlaufend weiterentwickelt. In unserer Beratungspraxis hat sich das Instrument der PwC-Roadmap bewährt. Diese führt die Steuerungsbereiche für das Projekt-Setup zusammen und verschafft der Trägerorganisation eine Übersicht über die nötigen Schritte. Die PwC-Roadmap zeigt die zu bearbeitenden Handlungsbereiche im Detail auf. Diese werden interdisziplinär in konkrete Arbeitsschritte aufgeteilt, um eine strukturierte Umsetzung zu ermöglichen. Damit kann die Spitalleitung alle relevanten Anspruchsgruppen einbeziehen und mögliche Stolpersteine schon früh erkennen. Sie erhält die Chance, frühzeitig Handlungsalternativen und Lösungsvorschläge zu entwickeln. Da die meisten öffentlichen Spitalbauten letztlich durch das Stimmvolk bewilligt werden müssen, sind das Einbeziehen aller relevanten Anspruchsgruppen sowie ein kompetentes Auftreten entscheidend für den Projekterfolg.

8.4 Geschäftsmodell

Mit dem Geschäftsmodell des Spitals werden die grundlegenden betrieblichen Zielsetzungen und Schwerpunkte für die Kernprozesse definiert. Basis dafür sind die Vision und die strategische Ausrichtung. Darauf abgestimmt sind die strategische Angebotsplanung, Trägerschaft und Rechtsform sowie weitere Schlüsselparameter. Die Supportprozesse wie die Bereitstellung der Infrastruktur/Immobilien folgen den Bedürfnissen der Kernprozesse: Diese definieren ihre Anforderungen an die Infrastruktur. Mit dem Businessplan wird die tragbare Investitionssumme ermittelt oder die Tragbarkeit bei gegebener Investitionssumme geprüft. Der finanzielle Teil des Businessplans zeigt den Spielraum des Spitals für die Infrastruktur auf.

8.5 Eigentumsmodell

Ein Spital muss grundsätzlich entscheiden, ob es die Immobilien im Eigentum haben will, diese mietet oder für sein Portfolio eine Kombination von Eigentum und Miete anstrebt. Dazu stellt sich die Frage, in welcher Form das Eigentum gehalten wird (Alleineigentum, Miteigentum, Baurecht oder Miete) und in welcher Form die Mietvereinbarungen (Rohbau, Vollausbau, inkl./exkl. Ausstattung) zwischen den Parteien erfolgen. Denkbar ist beispielsweise ein Anmieten nicht betriebsnotwendiger Räumlichkeiten (wie Personalhäuser oder Kindertagesstätten), während nur die betriebsnotwendigen oder strategisch relevanten Objekte im Eigentum des Spitals verbleiben.

Idealerweise richtet der Spitalträger das Eigentumsmodell auf das jeweilige Geschäftsmodell aus. Das Eigentumsmodell wird davon beeinflusst, ob der Kanton, die Gemeinde oder Drittinvestoren involviert sind oder werden. Es steuert die Wahl des Finanzierungsmodells massgeblich. Neben den klassischen Eigentumsverhältnissen sind auch Optionen anzudenken, die durch innovative Ansätze Mehrwert schaffen und den Spitälern Bewegungsfreiheit geben. So würde beispielsweise die Gründung einer gemeinsamen Immobiliengesellschaft der Spitäler eines Kantons die Diversifikation über spezialisierte Spitalimmobilien und die Finanzierung von Grossprojekten durch das Sicherstellen ausreichender Cashflows ermöglichen. Zudem könnten die Spitäler von Skaleneffekten profitieren, die ihnen als autonomen Einheiten nicht zugänglich sind.

Abbildung 29
Bandbreite möglicher Eigentumsstrategien

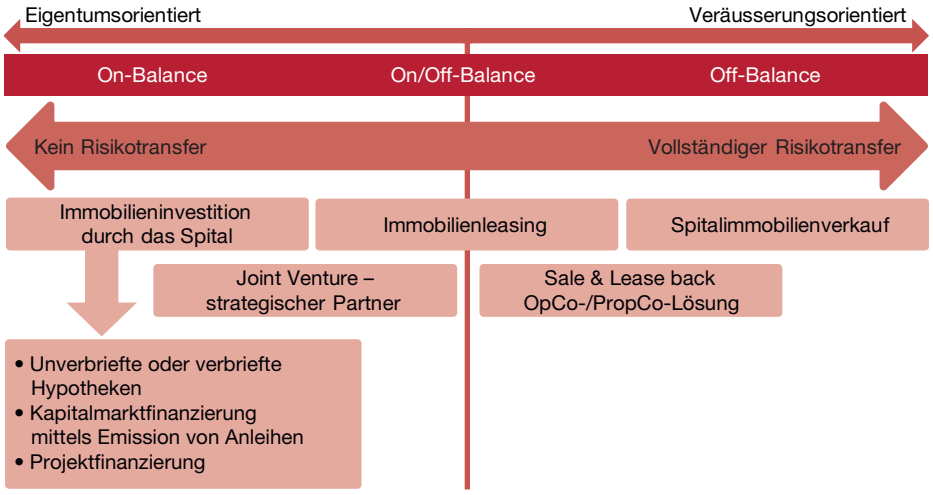
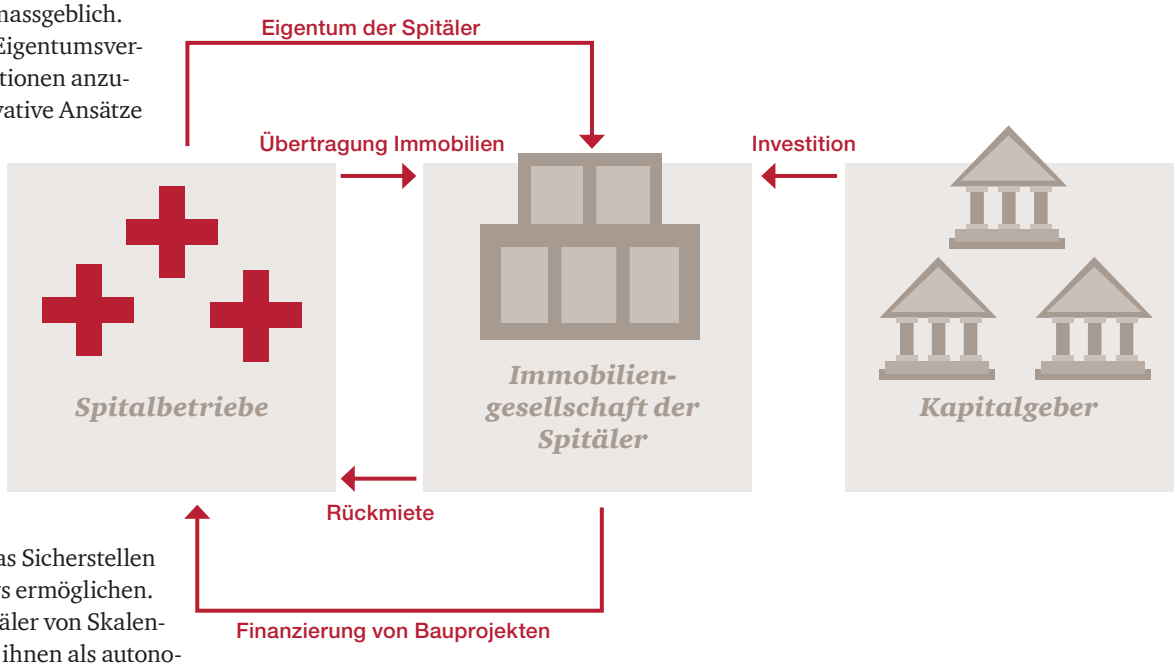


Abbildung 30
Immobiliengesellschaft für Spitäler



8.6 Betriebsmodell

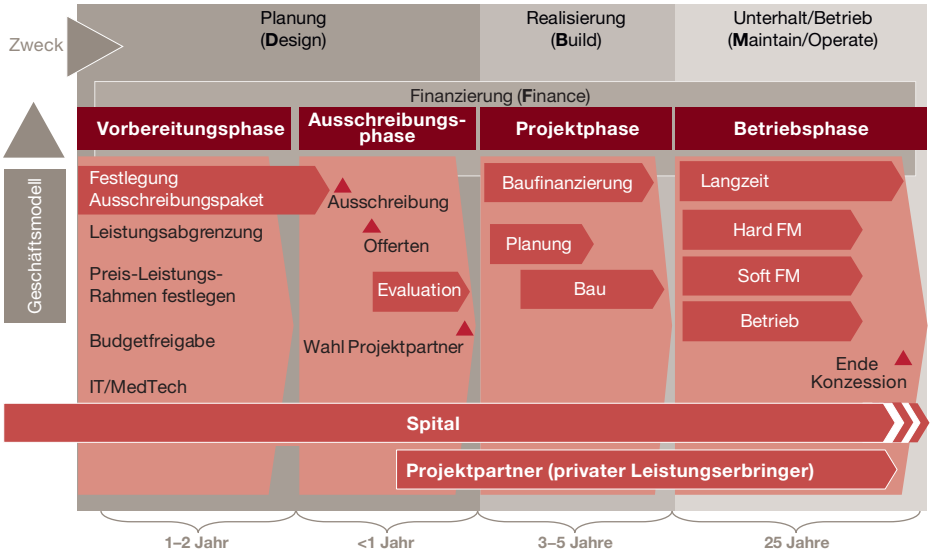
Das Betriebsmodell gibt darüber Auskunft, welche Infrastrukturleistungen das Spital selber erbringen soll und welche es auslagern kann. Es enthält zum Beispiel Instandhaltungs- und Instandsetzungsmassnahmen sowie Massnahmen zu den Bereichen Energie, Sicherheit, Reinigung, Catering, Hotellerie, IT und Datenmanagement. Zudem legt das Betriebsmodell fest, wie viele Vertragspartner erwünscht und welche Vertragsdauern anzustreben sind.

8.7 Beschaffungsmodell

Nachdem das Spital mit dem Geschäftsmodell, dem Eigentumsmodell und dem Betriebsmodell die Rahmenbedingungen für die Beschaffung definiert hat, legt es mit der Wahl des Beschaffungsmodells den Einkauf von Leistungen für die Planung und Realisierung eines Neubaus oder Umbaus einer Spitalimmobilie fest. Die finanziellen Rahmenbedingungen stellen eine Reihe von Beschaffungsmodellen zur Auswahl. In dieser Studie konzentrieren wir uns primär auf Beschaffungsmodelle über den gesamten Lebenszyklus der Spitalimmobilie. Ein solches Modell soll die folgenden Elemente enthalten: Planung, Projektierung, Realisierung, Finanzierung, Betrieb und Unterhalt. Dabei kann das Spital die Leistungspakete einzeln oder als Ganzes ausschreiben.

Abbildung 31

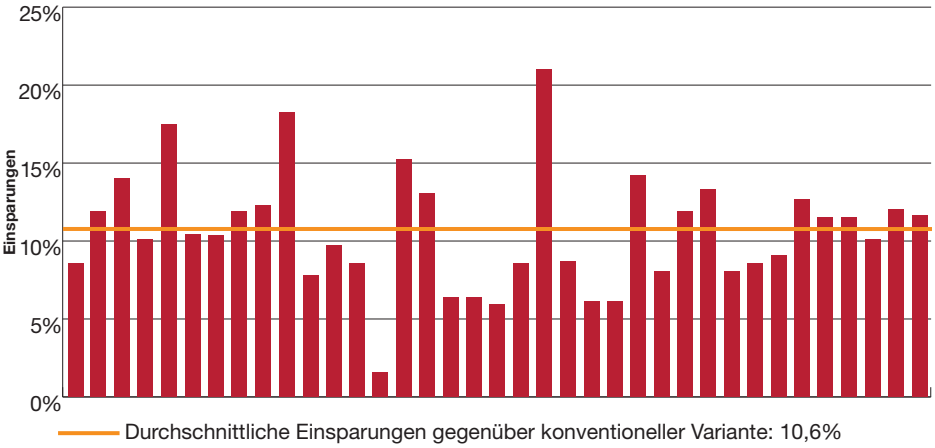
Beschaffung der Spitalinfrastruktur über deren Lebenszyklus



Das Beschaffungsmodell ist mehr als ein statisches Konstrukt mit Modulen. Erweitert durch die zeitliche Dimension ermöglicht diese ganzheitliche Betrachtung eine Optimierung über den gesamten Lebenszyklus der Liegenschaft und über mobile Anlagen hinweg. Gerade Synergien wie die Reduktion von Schnittstellen oder eine Gebäudeplanung unter Berücksichtigung von Unterhalt und Betrieb führen im Wettbewerb zu einem kosteneffizienten und erfolgreichen Spitalneubauprojekt. Ein Spitalträger sollte bei der Planung der Spitalimmobilie der Medizintechnik und der IT gebührende Aufmerksamkeit beimessen. Skaleneffekte lassen sich durch eine Standardisierung oder sogar Zentralisierung der Beschaffung realisieren (siehe auch Eigentumsmodelle). Die Wahl des Beschaffungsmodells verlangt vom Spital eine gründliche Planung und fundiertes Wissen, um zusätzliche Kosten und Verzögerungen durch nachträgliche Änderungen des Auftrags zu vermeiden. Ein Blick nach Kanada zeigt Einsparpotenziale von 10,6% auf (siehe Abbildung 32).

Abbildung 32

DBFM-Modell Kanada[35]



In den aktuell laufenden Ausschreibungen zeichnet sich in der Schweiz ein Trend zu GU/TU-Beschaffungen ab. Allerdings sollten die Beschaffungsstellen die Option einer gesamthaften Beschaffung inklusive Betrieb der Immobilie «Design, Build, Finance, Maintain» (DBFM) nicht ausser Acht lassen. Der Spitalbetreiber ist bei einem DBFM-Modell nach Inbetriebnahme nicht für den Unterhalt zuständig und kann sich auf sein Kerngeschäft konzentrieren. Wenn der Lieferant auch für den Erhalt des Gebäudes während der Nutzungsdauer verantwortlich ist, muss er von Anfang an auf eine sorgfältige Auswahl der Materialien achten und die Betriebsprozesse optimieren, um hohe Folgekosten zu vermeiden. Sprich: Der Lieferant wird dann auf ein anderes Anreizsystem antworten. Das Spital kann eine vertragsgemäss geplante, gebaute und betriebene Immobilie nutzen, mit einem fixen Preis für die vertraglich vereinbarten Leistungen rechnen und Investitionsspitzen vermeiden.

8.8 Finanzierungsmodell

Sind Geschäfts- und Eigentumsmodell geklärt, kann der Spitalbetreiber mögliche Finanzierungsstrategien analysieren. Die Finanzierungsstruktur ist massgeblich vom Organisations- und Eigentumsmodell abhängig. Über die Projektdauer ändern sich der Finanzierungsbedarf und die Kapitalstruktur.

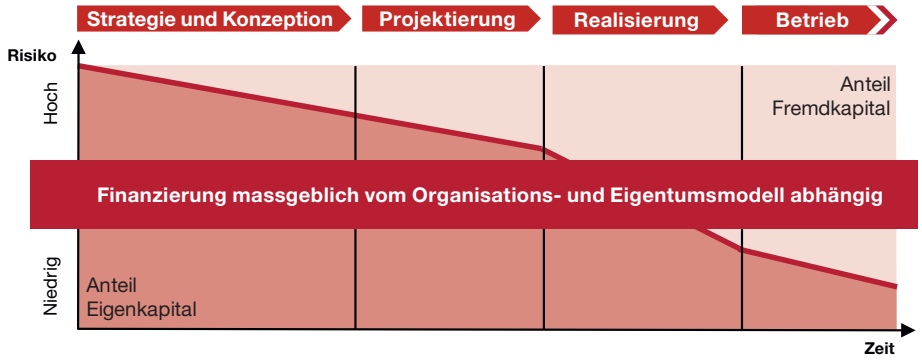
Beim Abbau des hohen Investitionsstaus werden viele Spitäler ihre Bauprojekte privatwirtschaftlich finanzieren (müssen). Auf der Suche nach der richtigen Finanzierungsstruktur empfiehlt sich die Durchführung eines Finanzierungswettbewerbs. Dabei entsteht nicht nur ein Wettbewerb zwischen verschiedenen Anbietern, sondern auch zwischen Eigen- und Fremdkapitalfinanzierungen. Neben den Bankinstituten als klassischen Finanzierern interessieren sich auch andere Kapitalgeber zunehmend für Investitionen im Gesundheitsbereich. Erste Pensionskassen, Anlagestiftungen, Versicherungen sowie Immobilien- und Finanzinvestoren sind dabei, Eigen- und Fremdkapitalinvestitionen in Spitäler zu prüfen oder zu tätigen. Andere dürften angesichts des anstehenden Investitionsvolumens im Gesundheitsmarkt ihre Anlagestrategie auf eine mögliche Diversifizierung in den Gesundheitsmarkt überprüfen.

Beim Ersatzneubau des Spitals Limmattal (200 Betten, 270 Mio. CHF Projektkosten) steht die schweizweit erste privatwirtschaftlich arrangierte Finanzierung einer öffentlichen Infrastruktur in dieser Grössenordnung vor der Realisierung.[35] Erste Anzeichen für einen Paradigmenwechsel bei der Finanzierung öffentlicher Infrastrukturen sind erkennbar – jedenfalls sondieren auch andere Spitäler Finanzierungen für ihre Investitionsvorhaben.

Bei den aktuell bekannten Investitionsvorhaben öffentlicher Spitäler stehen in der Schweiz zurzeit Fremdkapitallösungen im Vordergrund. Direktinvestitionen von Eigenkapitalgebern konnten bei öffentlichen Spitälern in der Schweiz bisher kaum beobachtet werden. Die für die Investitionen erforderlichen Eigenmittelanteile werden von den investierenden Spitälern selbst eingebracht. Für Eigenkapitalinvestoren könnten sich in dieser Situation indirekte Anlagen über Fonds oder neue Projektgesellschaften als Weg ergeben.

Angesichts des hohen Investitionsbedarfs kann es temporär zu einem Nachfrageüberhang kommen. In dieser Situation wählen Investoren kritisch zwischen verschiedenen Projekten und unter Berücksichtigung ihres bisherigen Engagements im Gesundheitsmarkt. Für die Spitäler ist es daher zunehmend wichtig, vor den Mitbewerbern am Kapitalmarkt zu sein. Ein aktives Herangehen an die Planung und Finanzierung des eigenen Projekts in einer frühen Phase kann sich bezahlt machen. Dabei ist der Businessplan von zentraler Bedeutung.

Abbildung 33
Schematische Ausgestaltung der Finanzierungsstruktur



[35] The Canadian Council for Public-Private Partnerships (2011b)
[36] NZZ online (9.7.2013)

9. Fallbeispiele

9.1 Kanada: Humber River Regional Hospital, Toronto

Das Humber River Regional Hospital[37] ist das grösste Akutkrankenhaus im Grossraum Toronto (Kanada). Es ist heute an drei Standorten (Church Street, Finch Avenue und Keele Street) mit insgesamt 549 Betten, 3000 Mitarbeitenden, rund 700 Ärzten und 400 Freiwilligen präsent. Der Standort Finch Avenue wird in ein Akutpflegezentrum umgewandelt, die beiden anderen Standorte werden geschlossen.

Ein neues State-of-the-Art-Akutspital mit 656 Betten und 20 Operationssälen wurde an einem neuen Standort als Ersatz für die drei bisherigen Standorte geplant. Die gesamte Planung inklusive Bau läuft seit Dezember 2005, die Eröffnung ist auf 2015 angesetzt.

Das Humber River Regional Hospital schloss einen Gesamtvertrag mit der Plenary Health Care Group als privatem Gesamtleister für eine Beschaffung im DBFM-Modell ab. Das Spital bezahlt einen jährlichen Betrag an den Beschaffer in einer Gesamthöhe (Nettogegenwert) von 1,75 Mrd. CAD (ca. 1,6 Mrd. CHF). Diese Vereinbarung beinhaltet das Planen, das Bauen, die Finanzierung sowie den Unterhalt des Gebäudes für 30 Jahre nach Eröffnung. Das Spital überträgt somit die meisten Projektrisiken auf den privaten Gesamtleister und kann Zahlungen zurückhalten, wenn die Leistungen nicht in vereinbarter Qualität erbracht werden.

Abbildung 34
Erkenntnisse aus dem Ersatzneubau des Humber River Regional Hospital

Einzigartige Merkmale des Projektes	• ein wesentlicher Anteil der Fläche wurde für den Detailhandel von Drittmietern und Parkplätzen geplant, um die Umsatzrisiken des Spitals zu minimieren • eigene Energie-Wärme-Anlage • zweiseitiges Marktsounding half den staatlichen Institutionen, die aktuellen Marktdynamiken zu verstehen und die Abwicklungssicherheit der Finanzierung zu erhöhen • 80 % der neu erstellten Zimmer sind Einzelzimmer. Dies schränkt das Risiko von Infektionen ein und bietet Familienmitgliedern die Möglichkeit, über Nacht beim Patienten zu bleiben
Markt bei Grossprojekten auf die Probe gestellt	• die langfristigen Obligationen wurden bei der Emission überzeichnet • die kurzfristigen Obligationen konnten mehrheitlich am Markt platziert werden und blieben durch die RBC Bank gedeckt
Lean-Green-Digital	• Lean – das Krankenhaus konnte die Effizienz im operativen Betrieb mittels Einsatz von Simulationsmodellen massgeblich steigern. Die optimierten Prozesse ermöglichen eine reibungslose Patientenbetreuung, tiefere Wartezeiten für Besucher und kürzere Wege für die Mitarbeiter • Green – Nachhaltigkeit spielte eine wichtige Rolle beim Neubau. Nach Abwägung der Kosten und Nutzen wurde das Gebäude nach dem LEED® Silver Standard erstellt, wodurch die Energiekosten um 50 % gesenkt wurden • Digital – in «Nordamerikas erstem, vollständig digitalen Spital» werden Personen und Systeme vollständig integriert. Bei der Infrastruktur wurde deshalb grosser Wert auf die Verwendung neuester Technologien gelegt, um alle Aspekte der Qualität in der Pflege zu verbessern. Technologien wurden wo immer möglich eingesetzt, um die Effizienz, Genauigkeit, Zuverlässigkeit und Sicherheit zu verbessern

[37] Für weitere Informationen: http://www.hrh.ca

9.2 Kanada: McGill University Health Centre, Montreal

Das McGill University Health Centre (MUHC)[38] in Montreal (Kanada) gehört zu den führenden Polikliniken in Nordamerika. Es ist an die McGill-Universität angeschlossen und wurde 1997 durch die Fusion von fünf Forschungsspitälern gegründet. 2008 schlossen sich ihm zwei weitere Spitäler an.[39]

Im Juni 2004 beschloss die Provinzregierung Québec ein Totalsanierungsprojekt, das die Renovation des MUHC sowie des Lachine Hospital einerseits und den Spitalneubau beim «Glen Campus» andererseits umfasst. Die Präqualifikation wurde Ende Juni 2007 lanciert, die Finanzierungsverträge wurden im Juli 2010 abgeschlossen. Der Umzug soll im März 2015 abgeschlossen sein.

Auf dem «Glen Campus» werden auf 300'000 m² Geschossfläche rund 12'000 Personen arbeiten. Das Spital wird 20 Operationssäle (davon 6 für Kinder) und 500 Betten anbieten, davon 154 für Kinder. Es verfügt ausschliesslich über Einzelzimmer. Um für den Neubau eine möglichst hohe Kosten- und Planungssicherheit mit einer optimalen Versorgungsstruktur zu kombinieren, wurde das DBFM-Beschaffungsmodell gewählt: Die Projektpartner des Spitals haben die gesamte Fremd- und Eigenkapitalfinanzierung beschafft, wobei sich das MUHC als langfristiger Mieter (30 Jahre) des Neubaus verpflichtete. Der Totalunternehmer stellt dabei den Unterhalt und die Funktionalität des Gebäudes sicher. Der Neubau soll 2014 fertiggestellt sein. Die Kosten belaufen sich auf 1,34 Mrd. CAD (ca. 1,23 Mrd. CHF). Mit der Sanierung des Montreal General Hospital und des Lachine Hospital betragen die Gesamtprojektkosten 2,35 Mrd. CAD (ca. 2,1 Mrd. CHF).[40]

Abbildung 35
Erkenntnisse aus dem Ersatzneubau des McGill University Health Centre

Bedürfnisse und Budget kennen	• bevor das Projekt ausgeschrieben wurde, waren die Bedürfnisse des Spitals klar definiert und abgestimmt worden, um präzise Angaben bei der Ausschreibung machen zu können. Auch das Budget war bei der Ausschreibung festgelegt. Als bei der Ausschreibung die Kosten von allen Anbietern überschritten wurden, wägte das MUHC seine Optionen ab und forderte die Anbieter auf, für eine angepasste Version der Tragbarkeitskriterien neue Angebote einzureichen
Stakeholder im Zentrum	• klare Kommunikation und Transparenz der Prozesse, um alle Stakeholder von Beginn an einzubeziehen und damit eine faire Behandlung zu gewährleisten
Gesamtübersicht bewahren	• der gesetzte Zeitplan wurde als fundamentale Richtlinie benutzt, um sicherzustellen, dass alle Beteiligten zur richtigen Zeit am richtigen Ort waren und die Gesamtübersicht gewährleistet war
Professionelle Unterstützung nutzen	• PwC unterstützte das MUHC als Finanz- und Prozessberater und konnte u.a. Mehrwert schaffen bei der: ◦ Entwicklung des eigentlichen Business Case 2006 (und der Interimsversion 2008) ◦ Erarbeitung des Zahlungsmechanismus zwischen Beschaffer und Spital ◦ Unterstützung in Meetings und Bieterverfahren ◦ Beratung in Verhandlungen mit dem bevorzugten Bieter beim Abschluss der Finanzierung ◦ Erstellung der nötigen Analysen und Studien

[38] Für weitere Informationen: http://muhc.ca/new-muhc/dashboard
[39] The Lachine Hospital und Camille-Lefebvre Pavillion
[40] The Canadian Council for Public-Private Partnerships (2011a, S. 10 ff.) und The Canadian Council for Public-Private Partnerships (2011b, S. 45 ff.) sowie eigene Recherchen

bucks
FACULTY OF SOCIETY AND HEALTH

9.3 Schweden: New Karolinska Solna University Hospital, Stockholm

Das New Karolinska Solna University Hospital (NKS) bei Stockholm (Schweden) ist eines der führenden akademischen Gesundheitszentren in Nordeuropa. Seit Ende der 90er-Jahre plante das Stockholm County Council die Strategie für die zukünftige Gesundheitspflegestruktur.

Die County Council Assembly beschloss 2008, dass das NKS gebaut wird und dass es ein PPP-Projekt sein wird, wobei Medizintechnik und IT separat beschafft werden. Der Zuschlag ging im Mai 2010 an die Swedish Hospital Partners AB. Die Inbetriebnahme ist für 2017/18 geplant.

Das Investitionsvolumen wird 14,1 Mrd. SEK betragen (ca. 2 Mrd. CHF). 90 % der Investitionssumme werden über Fremdkapital finanziert. Die Laufzeit des Vertrags mit der privaten Projektgesellschaft beträgt 30 Jahre ab financial close. Das NKS wird über 30 Operationssäle verfügen und eine Bettenkapazität von 800 Betten haben. Das Spital wird 7000 Personen beschäftigen, 1000 davon für Lehre und Forschung. Die Neubauten weisen eine Geschossfläche von 335'000 m^2 auf, 40'000 m^2 davon für Forschungslabore.

Das NKS ist auf 1600 bis 1800 ambulante Patientenbesuche pro Tag ausgelegt, 10–20 % davon als Notfälle. Insgesamt rechnet das NKS mit einem Patientenaufkommen von 1,3 Millionen pro Jahr. Das NKS wird auf der grünen Wiese erstellt (green field approach) und bietet 1200 Parkplätze. Hard- und Soft-FM-Leistungen werden weitestgehend durch den privaten Projektpartner erbracht.

Die Rolle des NKS, als hoch spezialisiertes und forschungsintensives Universitätsspital, soll weiter gestärkt werden. Das neue Spital dient als Wissensdrehscheibe in der Entwicklung der Gesundheitspflege sowohl in Stockholm als auch in ganz Schweden.

Das NKS stellt die Patienten in den Vordergrund nach dem Motto «patient always first». So wird es im neuen Spital nur Einzelzimmer geben, welche mit Dusche, Toilette und einem Bett für Angehörige ausgestattet sind. Die Pflege soll umfassend, klar, einfach erreichbar und nahe am Patienten angeboten werden. Mit effizienten Arbeitsmethoden werden die Patientenwege verkürzt, und durch eine klare Kopplung von Pflege, Forschung und Ausbildung werden neue Dienstleistungen für die Patienten entwickelt.[41]

Abbildung 36
Erkenntnisse aus dem PPP-Projekt des New Karolinska Solna University Hospital in Stockholm

Einzelzimmer	• Einzelzimmer für mehr Patientensicherheit, Privatsphäre und bessere betriebliche Effizienz
Ausstattung und Umgebung	• bewusst gewählte Standorte in der Stadt • angenehme Atmosphäre fördert den Heilungsprozess wie auch die Motivation des Personals
Effizienz	• Nachhaltigkeit: LEED®-Gold-Zertifikat angestrebt • gute Interaktion und reibungslose Prozessabläufe zwischen verschiedenen Abteilungen • Beschränkung des Transports von Patienten auf ein nötiges Mindestmass • effiziente Pflegeprozesse und Nutzung von Ressourcen durch standardisierte Abläufe • Einführung eines «Care guides» zur besseren Kommunikation zwischen Patient und Pflegepersonal, um Missverständnisse und fehlende Informationen zu minimieren
Professionelle Unterstützung nutzen	• PwC berät das New Karolinska University Hospital als Finanz- und Prozessberater seit 2008

[41] Für weitere Informationen: http://www.nyakarolinska-solna.se/en/Construction-project/

10. Denkanstösse

10.1 Spitallandschaft im Umbruch

Die Spitallandschaft befindet sich aktuell in einer grundlegenden Veränderung. Mit dem revidierten KVG wurde ein Paradigmenwechsel vollzogen. Wie die Situation in 10 bis 20 Jahren aussieht, lässt sich zu diesem Zeitpunkt nur erahnen. Zunehmender Wettbewerb und ein sich verändernder Bedarf werden auch künftig Unsicherheiten bringen und neue Fragestellungen aufwerfen. Bei allen Unbekannten eröffnet das aktuelle «window of opportunity» den Spitälern einen neuen Handlungsspielraum, den es optimal zu nutzen gilt. Die Spitäler haben über ihre Investitionsvorhaben jetzt die Chance, die Infrastruktur auf die künftigen Bedürfnisse auszurichten und dabei die Betriebskosten für Immobilien und das Kerngeschäft zu optimieren. Voraussetzung für effektive und effiziente Investitionen sind ansprechende Jahresergebnisse, mit Businessplänen unterlegte Geschäftsmodelle und die vorgängige Gestaltung der Betriebsprozesse.

10.2 Schlüsselfaktor Spitalinfrastruktur

Der grosse Erneuerungsbedarf ist für das Schweizer Gesundheitswesen eine einmalige Chance, Gesundheitsinfrastrukturen zu bauen, die es in den nächsten Jahren braucht. Damit die Branche nicht einfach alte Akutspitäler mit neuer Technik nachbaut, muss sie zu Beginn die Rolle und Funktion von Akutspitälern für die nächsten 30 Jahre reflektieren. Möglicherweise kommt sie zum Schluss, dass sie keine moderne Ausgabe des bestehenden Infrastrukturparks benötigt, sondern eine grundsätzlich andere. Denn auch die Behandlungsmethoden und Technologien (wie etwa E-Health) haben sich stark verändert, und die Verlagerung von stationärer zu ambulanter Behandlung dürfte rascher voranschreiten als bisher angenommen. Auf welche Entwicklungen sich die Spitäler vorbereiten, ist entscheidend dafür, welche Anforderungen sie an die Spitalinfrastruktur formulieren, die sie in einem Investitionsvorhaben beschaffen möchten.

10.3 Standortfrage

Die Verantwortlichen eines Spitalneubaus tun gemeinsam mit der Politik gut daran, die Standortfrage im Vorfeld von Immobilieninvestitionen unvoreingenommen und kritisch zu prüfen. Bestehende Standorte müssen nicht zwingend über Generationen hinweg optimal bleiben, denn Siedlungsstruktur und Demografie verändern sich. Auch das Mobilitätsverhalten der Bevölkerung hat sich in den letzten 50 Jahren stark gewandelt: Die Behandlungsqualität dürfte bei jüngeren Generationen eine höhere Priorität geniessen als der Behandlungsort. Das heisst: Mit zunehmender Mobilitätsbereitschaft rückt die geografische Lage des Spitals in den Hintergrund, wenn die Behandlungsqualität überdurchschnittlich ist. Ohne die unterschiedlichen Entwicklungen der Versorgungsregionen zu berücksichtigen, laufen die Spitäler Gefahr, dass sie ihre Infrastrukturen nicht optimal allozieren und Überkapazitäten am falschen Standort erzeugen.

10.4 Neue Modelle

Die verantwortlichen Politiker und Spitalleitungen sollten daher den Mut aufbringen, von althergebrachten Lösungen abzurücken und völlig neue Modelle in Betracht zu ziehen. Regionalspitäler könnten beispielsweise eine Abkehr von der Zentralisierung auf einem Spitalareal hin zu einem Netzwerk mit Arztpraxen ins Auge fassen. Solche Netzwerkpartner können sich etwa in einem «Medical Office Building» (MOB) zusammenschliessen, wie das in Nordamerika mancherorts der Fall ist. Sie könnten auch Anlauf- und Triagestelle für Notfälle werden, also eine Art Ambulatorium mit Notfallaufnahme, das die Notfallaufnahmen der Akutspitäler entlastet. Beispiele

dafür sind der City-Notfall in Bern, das Praxiszentrum der Hirslanden-Gruppe am Bahnhof Bern und die Notfallpraxis des Kantonsspitals Aarau im Bahnhof Aarau. In Nordamerika ist generell eine starke Entwicklung hin zu Gesundheitssystemen zu erkennen, die diverse Leistungsanbieter über Netzwerke oder Kooperationen einbinden und den Patienten zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Einrichtung platzieren. Eine solche Entwicklung wirkt sich essenziell auf den erforderlichen Infrastrukturpark aus. Bei komplexen oder multimorbiden Fällen dagegen bringt die örtliche Nähe verschiedenster Disziplinen den grössten Mehrwert, vorab auf Stufe der hochspezialisierten Medizin respektive bei Universitätsspitälern. In diesem Bereich steht die Zentralisierung im Vordergrund.

10.5 Flächenüberangebot

Das Gesundheitswesen ist zwar ein Wachstumsmarkt. Angesichts des grossen Nachholbedarfs besteht aber das Risiko, dass die Schweiz in gewissen Regionen ein stationäres Überangebot aufbaut, für das in 10 bis 20 Jahren die Nachfrage fehlt. Das würde dazu führen, dass der Umsatz bezogen auf die Spitalfläche stagniert oder gar rückläufig wäre. Eine Realität, die in der Schweiz nach dem Neubauboom der Shoppingcenter bei den Verkaufsflächen des Detailhandels bereits eingetreten ist. Dort verlagert sich einerseits das Geschäft auf andere Kanäle (Onlineshops), andererseits wächst die Kaufkraft nicht in allen Regionen gleich stark, wie die Verkaufsflächen zunehmen. Weil Spitalimmobilien Spezialimmobilien sind, lassen sich diese nicht ohne Weiteres umnutzen. Eine infrastrukturelle Überversorgung wäre mit entsprechenden Langzeitkosten oder Wertberichtigungen verbunden.

10.6 Spitalbetrieb als Nutzer und Besteller

Ein Neubau muss zum Ziel haben, sowohl die Effektivität des Spitalbetriebs wie auch dessen Effizienz zu verbessern. Das ist in einem Neubau besser möglich als bei einer Sanierung. Ein Neubau erlaubt es aber vor allem auch, die Spitalbetriebskosten gegenüber dem Altbau deutlich zu senken. Das kann ein Spital durch verbesserte Abläufe, durch die Integration von Medizintechnik und IT sowie mit einem entsprechenden Layout erreichen.

Bei Investitionsvorhaben ist der Spitalbetrieb der Treiber. Er muss seine Bestellerkompetenz so weit ausbauen, dass das Gesamtprojekt die optimale Lösung für die Herausforderungen aus dem Betrieb darstellt. Dabei muss er die Behandlung des Patienten in den Mittelpunkt stellen und sämtliche räumliche Aspekte darauf ausrichten. Die Anforderungen ergeben sich aus dem künftigen Prozessmodell. Für die Konzeption eignen sich Simulationsmodelle, aus denen sich die entsprechenden Rahmenbedingungen ableiten lassen. PwC Schweiz hat beispielsweise beim Universitätsspital Basel Simulationsmodelle angewandt, um Ansätze für die Effizienzsteigerung der OP-Prozesse zu evaluieren. In Nordamerika wird im Vorfeld der architektonischen Planungen mit entsprechenden IT-Tools der künftige Betrieb simuliert und optimiert. So kann das Spital die Medizintechnik und IT von Beginn an einbeziehen. Diese Bereiche machen bis zu 30 % der Projektkosten aus und beeinflussen die Arbeitsabläufe und damit die Anforderungen an die Infrastruktur entscheidend. Dies bedeutet, dass Medizintechnik und IT nicht dem Bau nachgelagert beschafft werden dürfen – schliesslich soll ein Neubau nicht nur neu gebaut, sondern vor allem auch prozesstechnisch neu konzipiert sein. Das Spital benötigt für Investitionsvorhaben eine genügend ausgereifte Bestellerkompetenz.

10.7 Zukunftsperspektiven

Die seit Jahren diskutierte Investitionskostenregelung bedarf einer neuen Lösung. Es wäre zu prüfen, ob auch in diesem Bereich die Kostensicht zugunsten einer integralen Infrastrukturrechnung aufgegeben werden kann, die in die Betriebsrechnung des Spitals einfliessen würde. So würde der Systemwechsel vom Kostenabgeltungs- zum Preissystem auch bei den Spitalimmobilien vollzogen. Damit hätten die Spitäler auch im Bereich der Investitionen mehr Eigenverantwortung, nachdem die Investitionsentscheide vielerorts schon entpolitisiert wurden. In der Praxis wird dieser Vorschlag bereits gelebt. Allerdings fehlt die Bestätigung auf regulatorischer Seite.
Für Spitäler kann es sich aus verschiedenen Gründen lohnen, Immobiliengesellschaften zu gründen. Solche sollten ein minimales Portfolio von 500 Mio. CHF Wiederbeschaffungswert aufweisen, damit sich Skaleneffekte realisieren lassen. Spitäler mit kleineren Portfolios könnten überlegen, eine gemeinsame Immobiliengesellschaft zu gründen und die benötigten Flächen von dieser zu mieten.

Und nun zum Aber: Das günstigste Akutspital ist das Spital, das nie gebaut und nicht betrieben werden muss. In Nordamerika lautet deshalb ein Motto: «Keep the patient out of the hospital!» Auch in Kanada bemüht sich das Gesundheitswesen, die Patienten möglichst ambulant zu behandeln oder rasch aus Akutspitälern in andere, spezialisierte Einrichtungen zu verlegen. In der Schweiz besteht mit dem Fallkostenpauschalsystem der genau gleiche Anreiz. Das Tarifsystem für die ambulante Behandlung müsste allerdings so umgebaut werden, dass die finanziellen Anreize für das Spital wieder stimmen und ambulante Behandlungen auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht Vorteile gegenüber stationären aufweisen.
Dem Schweizer Gesundheitswesen ist zu wünschen, dass Gesetzgeber und Leistungserbringer die Chancen des revidierten KVG nutzen und eine zukunftsfähige, effiziente und effektive Spitalinfrastruktur bereitstellen, die die Behandlungseffizienz unterstützt und sich auch ökonomisch rechnet. Dies wird dann gelingen, wenn auch die Prognosen für die künftige Nachfrage der Versorgungsregion in die Grundlagen für die Investitionsentscheide einbezogen werden.

Spitalberatung durch PwC

Der Gesundheitsbranche Schweiz bieten wir branchenspezifische Dienstleistungen. Wir arbeiten eng mit allen Marktpartnern zusammen und kennen die Ansprüche und Ziele der Branche von A bis Z.

Spitäler, Kliniken und Gesundheitsbehörden beraten wir umfassend zu den Themen Infrastruktur und Finanzierung und bearbeiten für sie finanzielle, organisatorische und steuerliche Fragen. Wir unterstützen die Käufer oder Verkäufer bei Transaktionsvorhaben und Investitionsentscheidungen, erstellen oder überprüfen Businesspläne, entwickeln das bestmögliche Beschaffungs- und Finanzierungsmodell und führen Tragbarkeitsabklärungen und Finanzierungswettbewerbe durch. Als spezialisierte Immobilienberater bewerten wir Spitalimmobilien mit unserem verlässlichen Bewertungstool, ermitteln ANK, prüfen Investitionsvorhaben und erarbeiten Immobilien- und Standortstrategien.

Des Weiteren unterstützen wir Sie dabei, Ihre unternehmerische Zukunft erfolgreich zu gestalten. Und zwar mit

- konsequent geführten Strategieprozessen und einer Organisationsentwicklung
- strenger Prozessoptimierung und weiterentwickelten Betriebsmodellen
- überzeugenden IT-unterstützten Prozessen
- unserer Erfahrung in E- und Mobile-Health
- einem umsichtig geführten Change-Management
- fundierten Führungs- und Finanzkennzahlen, die Ihnen die richtigen Entscheide ermöglichen

Unsere Publikationen zu aktuellen Themen rund um Spitalimmobilien finden Sie unter www.pwc.ch/immobilien und www.pwc.ch/gesundheitswesen.

Studienkonzeption

Die vorliegende Studie basiert auf PwC-internen Datengrundlagen zu den ANK. Ebenfalls eingeflossen sind mündliche Informationen, die Christian Elsener im Herbst 2011 während seines Short Term Secondment aus Interviews mit PwC-Experten in den USA (New York, Houston, Dallas) und Kanada (Toronto, Montreal) erhalten hat. Ausserdem haben wir Erkenntnisse aus Referaten von Fachkongressen und aus Spitalführungen mit Vertretern von Skanska Construction integriert. Wo publizierte Daten verwendet wurden, sind diese mit einer Quellenangabe versehen.

Als Hauptautoren danken wir dem gesamten Schweizer Autorenteam, das an dieser Studie mitgearbeitet und Grundlagen aufgearbeitet hat. Namentlich erwähnen möchten wir Sandro Minelli, Lailah Rottinger, Luca Lengwiler, Philip Sommer und Patrick Schwendener. Unser Dank gilt ebenfalls dem GZO Wetzikon für das kritische Gegenlesen.

Die Hauptautoren

Christian Elsener
Director, Real Estate Advisory

PricewaterhouseCoopers AG
Bahnhofplatz 10
3001 Bern

christian.elsener@ch.pwc.com
Telefon: +41 58 792 77 57
Mobile: +41 79 746 55 86

Stefan Winkler, MRICS
Senior Manager, Real Estate Advisory

PricewaterhouseCoopers AG
Birchstrasse 160
8050 Zürich

stefan.w.winkler@ch.pwc.com
Telefon: +41 52 792 15 59
Mobile: +41 79 486 26 86

Abkürzungsverzeichnis

AIA	*American Institute of Architects*
ANK	*Anlagenutzungskosten*
BKP	*Baukostenplan*
BNK	*Betriebsnotwendigkeit*
CAD	*Kanadische Dollar*
CMI	*Case-Mix-Index: Fallschwere-Index*
DBFM	*Design, Build, Finance, Maintain: Planen, Bauen, Finanzieren, Unterhalten*
EBIT	*Earnings Before Interest and Taxes: Gewinn vor Zinsen und Steuern*
EBITDA	*Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization: Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände*
EBK	*Engere Betriebskosten*
GV-Wert	*Gebäudeversicherungswert*
IKZ	*Investitionskostenzuschlag*
KVG	*Bundesgesetz über die Krankenversicherung (832.10)*
MOB	*Medical Office Building*
MUHC	*McGill University Health Centre*
NKS	*New Karolinska Solna University Hospital Stockholm*
OECD	*Organisation for Economic Cooperation and Development: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung*
OP	*Operationssaal*
OpCo	*Operating Company: Betriebsgesellschaft*
PPP/P3-Projekt	*Public-Private-Partnership-Projekt*
PropCo	*Property Company: Immobilieneigentümer*
REKOLE	*Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung*
SEK	*Schwedische Kronen*
VKL	*Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (832.104)*
WACC	*Weighted Average Cost of Capital: gewichteter durchschnittlicher Kapitalkostensatz*

Literaturverzeichnis

Bilan Online. (11.2.2011). *L'Hôpital La Tour change de propriétaires.* Abgerufen am 13.9.2013 unter http://www.bilan.ch/entreprises-les-plus-de-la-redaction/lhopital-la-tour-change-de-proprietaires

Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2013). *Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2011.* Abgerufen am 13.9.2013 unter http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluL-mNoL2t1di9zc-Gl0YWxzdGF0aXN0aWsvcG9ydGFsX2RlLnBocD9sYW5nPWRlJmFtcDtuYXZpZD1renNz&lang=de

Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2013a). *Krankenhäuser 2011.* Excel-Tabelle abgerufen am 21.8.2013 unter http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/key/01.html

Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2013b). *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2011.* Daten abgerufen am 23.8.2013 unter http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/01/new/nip_detail.html?gnpID=2013-209

Besson, P. (2008). *REKOLE®: Betriebliches Rechnungswesen im Spital* (3. Aufl.). Bern: H+ Gli Ospedali Svizzeri

Chaudhury, H., Mahmood, A., und Valente, M. (2003). *The Use of Single Patient Rooms vs. Multiple Occupancy Rooms in Acute Care Environments.* Abgerufen am 23.8.2013 unter https://www.premierinc.com/quality-safety/tools-services/safety/topics/construction/downloads/03-review-anal-literature.pdf

Credit Suisse Group AG. (Hrsg.). (2013). *Gesundheitswesen Schweiz 2013 – Der Spitalmarkt im Wandel.* Abgerufen am 23.8.2013 unter https://www.credit-suisse.com/media/production/pb/docs/unternehmen/kmugrossunternehmen/gesundheits-studie-de.pdf

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI). (2.11.2011). *Spitalfinanzierung: Bundesrat erlässt die nötigen Bestimmungen für die Einführung*

Handelszeitung. (28.8.2007). Manfred Manser: *«50 Spitäler in der Schweiz sind genug».* Abgerufen am 23.8.2013 unter http://www.handelszeitung.ch/unternehmen/manfred-manser-50-spitaeler-der-schweiz-sind-genug

IFBC (Hrsg.). (2011). *H+ Die Spitäler der Schweiz.* Abgerufen am 23.8.2013 unter http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Betriebswirtschaft/VKL/Deutsch/Gutachten_IFBC_zum_WACC_Zinssatz.pdf

INSPQ Quebec National Health Institute (Hrsg.). (2010). Zitiert unter http://advin.org/en/latest-news/new-mcgill-university-study-single-rooms-help-to-reduce-hospital-acquired-infections.html. Abgerufen am 23.8.2013

Lehmann, D., und Conca, D. (2005/2006). *Einführung in die Immobilienbewertung.* SVIT (Hrsg.)

NZZ Online. (2.11.2011). *Hürden für Fallpauschalen aus dem Weg räumen.* Abgerufen am 23.8.2013 unter http://www.nzz.ch/aktuell/schweiz/bundesrat-raeumt-weitere-huerde-fuer-fallpauschalen-aus-dem-weg-1.13196990#

NZZ online. (9.7.2013). *Aufatmen im Limmattal.* Abgerufen am 23.8.2013 unter http://www.nzz.ch/aktuell/zuerich/uebersicht/aufatmen-im-limmattal-1.18113460

OECD (Hrsg.). *StatExtracts.* Abgerufen am 23.8.2013 unter http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA

PwC Schweiz (Hrsg.). (2010). *Spitalimmobilien – hoher Investitionsbedarf, unsichere Finanzierung*

PwC USA (Hrsg.). (2010). *Breakthroughs: HIT that enables quality, efficiency, and value.* Abgerufen am 23.8.2013 unter http://www.pwc.com/us/en/health-industries/publications/breakthroughs-hit-download.jhtml

Teltsch, D. Y., Hanley, J., Loo, V., Goldberg, P., Gursahaney, A., und Buckeridge, D. L. (2011). *Infection acquisition following intensive care unit room privatization. Archives of internal medicine,* 171. Abgerufen am 13.9.2013 unter http://www.biomedsearch.com/nih/Infection-acquisition-following-intensive-care/21220658.html

The Canadian Council for Public-Private Partnerships (2011a). *2010 National Award Case Studies.* Toronto: Canadian Council for Public-Private Partnerships

The Canadian Council for Public-Private Partnerships (2011b). *Breaking new ground: P3 hospitals in Canada.* Toronto: Canadian Council for Public-Private Partnerships

Zimmermann, H., und Lüthje, G.U. (2008). *Vorgabe des kalkulatorischen Zinssatzes in der bundesrätlichen Verordnung über Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler für die obligatorische Krankenpflegeversicherung.* Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) vom 11.9.2008. Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum der Universität Basel. Abteilung Finanzmarkttheorie. Abgerufen am 23.8.2013 unter http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06368/06370/index.html

Zu dieser Studie

Viele Fragen und entsprechende Antworten, die für den wirtschaftlichen Erfolg eines Spitals relevant sind, beziehen sich auf dessen Infrastruktur. Um den Spitalbetrieb optimal zu unterstützen, sollten die Verantwortlichen sorgfältig formulierte Anforderungen an das Neubauprojekt stellen. Die Investitionstätigkeit soll für die geplante Geschäftstätigkeit des Spitalbetriebs möglichst effektiv und effizient sein. Das Spital soll sich nach getätigter Investition in einer besseren Position befinden als vorher. Für die Investitionstätigkeit sind die Investitionsmittel aus der Geschäftstätigkeit bereitzustellen.

Mit der vorliegenden Studie zeigen wir auf, wo der IKZ zu liegen käme, wenn die gesetzlichen Vorgaben der aktuellen Fassung vollständig umgesetzt würden. Dies kann zum Beispiel nach einer richterlichen Beurteilung eines Tarifstreitfalls der Fall sein. Wir weisen auf das Risiko hin, dass die Spitäler ihre Investitionsvorhaben mit der vorgesehenen Bemessung langfristig kaum realisieren oder refinanzieren können. Es zeichnet sich ab, dass die Investitionstätigkeit in den Spitalimmobilienpark neu geregelt werden muss. Spitäler, die keine Gewinne machen dürfen, werden wegen fehlender Eigenmittel keine Investitionsvorhaben stemmen können.

Unsere Berechnungen zum Investitionsfahrplan für Schweizer Spitalimmobilien machen deutlich, dass in den nächsten Jahren enorme Summen eingeplant oder umgesetzt werden. Dies hat Auswirkungen auf die Bilanzpositionen. Je nach Sachlage kann es deshalb (steuerlich) sinnvoll sein, Betrieb und Immobilien rechtlich zu trennen und eine Lösung mit unterschiedlichen Gesellschaften anzustreben.

Aus unserer Immobilienberatung wissen wir, dass es entscheidend ist, die Lebenszyklusphase einer Immobilie in die Investitionsüberlegungen mit einzubeziehen, um die notwendige Infrastruktur effizient und nachhaltig zu gewährleisten. Die vorliegende Studie beinhaltet deshalb alle wichtigen Schritte eines ganzheitlichen Spitalimmobilienmanagements wie Beschaffung, Eigentum, Finanzierung und Betrieb.

Am Ende unserer Studie geben wir den Akteuren des Gesundheitswesens Denkanstösse. Sie sollen zu neuen Gedanken anregen und eine fruchtbare Diskussion rund ums Thema Spitalimmobilien ermöglichen. Die heutige Situation verlangt das Engagement aller, damit sich die Herausforderungen als Chance nutzen lassen.

© 2013 PwC. All rights reserved. “PwC” refers to PricewaterhouseCoopers AG, which is a member firm of PricewaterhouseCoopers International Limited, each member firm of which is a separate legal entity.

www.pwc.ch/immobilien