

# GESUNDHEITSIMMOBILIEN

## Der unterschätzte Produktionsfaktor

Die Revision des KVG 2012 brachte den Systemwechsel zu Swiss DRG, was Leistungserbringer zu wirtschaftlichen Einheiten im Wettbewerb machte. Die Immobilienportfolios wurden dadurch zum Produktionsfaktor. Dies führte zu finanziellen Belastungen und einem ungünstigen Verhältnis zwischen Tarifen und Immobilienkosten. Eine systematische Aufarbeitung und Anpassung der Regulierungen, um die finanzielle Tragbarkeit zu verbessern, wäre wünschenswert.

### 1. SYSTEMWECHSEL: DIAGNOSEBEZOGENE FALLPAUSCHALEN

Die Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) brachte im Jahr 2012 einen Systemwechsel: Mit dem Tarifsystem Swiss DRG [1] wurden diagnosebezogene Fallpauschalen für stationäre Leistungen eingeführt. Der Gesetzgeber liess sich dabei von der Idee leiten, dass die Schweizer Gesundheitsdienstleister finanziell selbsttragend wirtschaften und ein (regulierter) Wettbewerb spielen sollte. Anstelle der früheren Defizitdeckung der Leistungserbringer bzw. Objektfinanzierung der Immobilien durch die Kantone soll eine pauschalisierte Abgeltung in Form der Fallpauschale treten, welche die Vollkosten abzudecken hat. In der Folge haben die meisten Kantone ihre Spitäler und Psychiatrien verselbstständigt und die Immobilienportfolios mit ihrer historischen Entwicklung in das Eigentum der neu gegründeten Gesellschaften übertragen.

Durch diesen Systemwechsel wurden die Leistungserbringer zu Wirtschaftseinheiten im (regulierten) Wettbewerb. Mit der Verselbstständigung der Immobilienübertragung und dem Anspruch, dass die Gesundheitsdienstleister ihre Immobilien aus den stationären Fallpauschalen heraus selbst tragen, wurden die Immobilienportfolios zum Produktionsfaktor.

In der «alten Welt» (vor 2012) hat der Kanton als Immobilieneigentümer der öffentlichen Spitäler bestands- oder nutzergetrieben Massnahmen vorgenommen, wobei es globale Budgets für die Instandhaltung und Instandsetzung gab. Für grosse Massnahmen im Sinne von Sanierungen, Erweiterungen oder (Ersatz-)Neubauten mussten Kreditanträge ge-

stellt werden. Budgets und Kreditanträge wurden von den zuständigen politischen Gremien genehmigt.

In der «neuen Welt» (seit 2012) sind die Rahmenbedingungen grundlegend anders. Als Produktionsfaktor eines im Wettbewerb stehenden und zu wirtschaftlichem Erfolg verpflichteten Leistungserbringers müssen die Immobilienportfolios deshalb:

→ am richtigen Standort verortet sein, um Kundenerreichbarkeit zu gewährleisten, ein genügend grosses Einzugsgebiet abdecken und das bestmögliche Ertragspotenzial ermöglichen.

→ über genügend Nutzfläche verfügen, damit das Ertragspotenzial und effiziente Prozesse realisiert werden können (so viel wie nötig).

→ möglichst wenig Nutzfläche umfassen, damit möglichst wenige Mitarbeitende den Betrieb führen können und die Immobilienkosten möglichst klein sind (so wenig wie möglich).

Aus diesen Gründen wäre es sinnvoll, die Erfolgsrechnung mit dem Produktionsfaktor Immobilien zu optimieren, damit die Wirtschaftseinheit finanziell selbsttragend wirtschaften kann. Um die finanzielle Tragbarkeit sicherzustellen, sollten die Flächenmenge und die Kosten pro Fläche optimal auf die betriebliche Leistungsfähigkeit bzw. Ertragskraft abgestimmt werden.

### 2. KOSTENABGELTUNG VS. FALLPAUSCHALEN

Mit den Fallpauschalen sollen neben allen anderen Kosten auch die Kosten für die Immobilienportfolios der Leistungserbringer pauschal, d.h. unabhängig von den effektiven



CHRISTIAN ELSENER,  
MENG, DIPL. BAUINGENIEUR  
ETHZ, DIPL. WIRTSCHAFTS-  
INGENIEUR, BERATER FÜR  
INFRASTRUKTUR UND  
IMMOBILIENMANAGEMENT,  
GRÜNDUNGSPARTNER  
ELSENER UND PARTNER



JENNIFER FIRMENICH,  
PH. D., MSC BUSINESS  
ENGINEERING, BERATERIN  
FÜR INFRASTRUKTUR UND  
IMMOBILIENMANAGEMENT,  
GRÜNDUNGSPARTNERIN  
ELSENER UND PARTNER

jährlichen Kosten, abgegolten werden. Die verselbstständigten Leistungserbringer sollen mit den Fallpauschalen somit ihre Infrastruktur selbst unterhalten, erneuern, ggf. erweitern und v.a. finanzieren [2]. Die Leistungserbringer sollen zudem:

- aus den jährlichen Gewinnen Reserven bilden, um künftige Investitionen selbst zu finanzieren, und/oder
- in realistischer Erwartung von künftigen Gewinnen Fremdkapital aufnehmen, um grosse Ausgaben zur Instandsetzung, Erneuerung oder Erweiterung der Infrastruktur zu stemmen.

Hinsichtlich der Immobilienkosten der Leistungserbringer ist der Systemwechsel von Kostenabgeltung auf Pauschalen jedoch hinter den Erwartungen zurückgeblieben.

1. Der ursprünglich eingeführte Investitionskostenzuschlag auf die stationären Fallpauschalen von 10% galt nur für die Jahre 2012 bis 2014 [3]. Für die Folgejahre wurde dieser ersatzlos abgeschafft. Dieser hätte einer pauschalisierten Abgeltung entsprochen, verbunden mit der Annahme, dass die Immobilienkosten proportional zu den Fallkosten sind: Je höher die Fallpauschale, desto höher die Immobilienpauschale.
2. Im Zuge der erwähnten KVG-Revision wurden angemessene Immobilienkosten für die Leistungserbringer als wesentlicher Bestandteil der stationären Fallpauschalen nicht ermittelt.
3. Mit der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, [Stand 1. Januar 2009]) wurde der Ansatz von durch Pauschalen abgegoltenen Vollkosten wieder rückgängig gemacht, indem für Immobilien eine auf unvollständigen Kosten basierende Kalkulation für die Anlagenutzungskosten (ANK) im Sinne der Kostenabgeltung vorgeschrieben wurde. Seither werden die so berechneten ANK nach VKL [4] und REKOLE [5] durch BfS [6] und Verein Spitalbenchmark [7] statistisch erhoben und publiziert. 2017 stellte auch RA Michael Waldner, Vischer AG, in seinem Fachartikel fest, dass die VKL dem Denken der alten Objektfinanzierung verhaftet ist und damit eigentlich nicht KVG-kompatibel [8].
4. Nach Ansicht der Autoren werden selbst die nach VKL kalkulierten unvollständigen Kosten nicht adäquat in den ausgehandelten Tarifen berücksichtigt.

Wäre der oben erwähnte Investitionskostenzuschlag von 2012 beibehalten worden, hatzen die Spitäler für den stationären Leistungsbereich in den letzten zehn Jahren pro Fall zusätzlich zur vereinbarten Fallpauschale einen Zuschlag von ca. CHF 800 bis CHF 1000 an ihre Immobilienkosten vergütet erhalten. Mit den stationären Fallzahlen von 1 321 637 im Jahr 2022 und der Annahme von Fallgewicht 1 wären das schweizweit CHF 1,06 Mrd. bis CHF 1,3 Mrd. Zum Vergleich: Der Bund budgetierte für 2023 CHF 2,8 Mrd. für Bau, Ausbau, Unterhalt und Betrieb des Nationalstrassennetzes.

### 3. EROSION DES KLINIKERFOLGS

Werden die Kosten der Immobilienportfolios nicht in ihrer vollen Hohe über den Lebenszyklus von den für die Leistungen erhaltenen Tarife gedeckt, so führt dies zu einer schleichenden Erosion des Klinikerfolgs. Dies wiederum schlägt sich früher oder später in rückläufigen Eigenkapitalquoten nieder. Exemplarisch zeigen dies auch die vom Verein Spitalbenchmark zusammengetragenen Statistiken für Spitäler: Die von den Spitälern für 2022 im Median ausgewiesenen Kosten inkl. Anlagenutzungskosten (VKL und REKOLE) [9] übersteigen die ausgehandelten Tarife, obwohl in den Anlagenutzungskosten wichtige Elemente einer Vollkosten-sicht der Immobilien, wie z. B. der nicht aktivierte Unterhalt, Versicherungsprämien, Personalkosten auf strategischer und operativer Ebene gemäss vorgegebenem Kalkulationsschema noch nicht enthalten sind.

Aus Sicht der Autoren wurde in der KVG-Revision die Bedeutung und Wirkung der Immobilienportfolios für den geforderten wirtschaftlichen Erfolg der Leistungserbringer grundsätzlich unterschätzt: Die Tarife sollten zumindest die Immobilienkosten eines idealtypisch aufgestellten Spitals decken. Der Nachweis, ob dies bei einem idealtypisch aufgestellten Schweizer Spital mit den heutigen Tarifen tatsächlich der Fall ist, steht noch aus. Darüber hinaus können folgende Kostentreiber die Immobilienkosten sogar noch über das betrieblich notwendige Mass hinaus und ohne Mehrwert für die Patienten unnötig erhöhen:

- Viele Leistungserbringer haben keine ideale Ausgangslage: zu viele oder ungeeignete Standorte, nicht kompakte Areale, ungünstige Topografie, kleinteilige und ungünstige Objektanordnung, keine Reserve- bzw. Ersatzflächen, zu viele Flächen bzw. schlechte Auslastung bei gleichzeitigem Platzmangel, eingeschränkte Nutzungseignung für einen modernen Betrieb, Instandsetzungsstau, Altlasten, Bauschadstoffe oder «Pflichtkonsum» historischer Bauten.
- Bei vielen Leistungserbringern sind die Freiheitsgrade eingeschränkt, um ihre Betriebsimmobilien so effizient wie möglich einzusetzen, wie z. B. Zonierung, Denkmalschutz, öffentliches Beschaffungsrecht, Vorgaben Wettbewerbsverfahren.
- An die Immobilienportfolios werden häufig branchenfremde Anforderungen gestellt, die der wirtschaftlichen Effizienz entgegenstehen und deren Kostenfolgen nicht von den Tarifen abgedeckt sind: lokale Wirtschaftsförderung, Städtebau, qualitativ hochwertige Architektur, überdurchschnittliche Gebauedestands, Denkmalschutz, Nachhaltigkeit, unvermeidbare Rochadeflachen etc.

Wenn solche Kostenfaktoren dazu kommen, decken die Tarife die Immobilienkosten erst recht nicht.

Daraus lassen sich folgende Hinweise ableiten:

- Bis heute ist der Kostendeckungsgrad für stationäre Leistungen höher als für ambulante Leistungen. Die Anreize steuern die Leistungserbringer dahin, die Immobilienportfolios primär auf stationäre statt ambulante Leistungen auszuliegen, obwohl das stationäre Geschäft deutlich höhere Immobilienkosten verursacht. Das reduziert die Zu-

kunfts-fähigkeit der Immobilienportfolios und hemmt die gewünschte Ambulantisierung.

- Wünschenswert wäre eine fundierte Herleitung, was Immobilien im Gesundheitswesen kosten müssen und dürfen.
- Zu wenig berücksichtigt wurden die expliziten Immobilienkosten in der vollkostenbasierten Kalkulation der stationären und ambulanten Abgeltung.

Die Autoren sind der Ansicht, dass hinsichtlich Integration der Immobilienkosten ins Tarifs-system ein bislang noch nicht korrigierter Systemfehler vorliegt und die Spitalimmobilien im heutigen System unterfinanziert sind. Dazu kommen branchenfremde Kostenfaktoren, welche im heutigen System ebenfalls zulasten der Spitäler und Kliniken gehen. In der Summe führen diese Elemente dazu, dass einzelne Spitäler ihre Immobilienkosten nicht mehr tragen können. Dies zeigen die Impairments der jüngeren Vergangenheit wie zum Beispiel beim Stadts-pital Zürich, beim Kinderspital in Zürich, bei der universitären Altersmedizin Felix Platter und beim Kantonsspital Aarau. Gemäss Schätzungen der Autoren sind bis 2023 bereits CHF 1 Mrd. an Impairments aufgrund von Neubautätigkeiten zusammengekommen.

### 4. SYSTEMUBERFORDERUNG: VERGANGENHEITSBEWÄLTIGUNG, STRUKTURWANDEL UND SCHOCKS

Die bauliche Erneuerung der in die Jahre gekommenen Immobilienportfolios war notwendig. Gemäss der ersten Spitalstudie «Spitalimmobilien – hoher Investitionsbedarf, unsichere Finanzierung» von PwC aus dem Jahr 2010 [10] wiesen damals 72% der untersuchten Objekte Baujahr 1980 oder älter auf. Wo die Gebauede nicht denkmalgeschützt sind, werden diese seither sukzessive ersetzt oder saniert – die Verjüngungskur ist unter hohen Kosten in vollem Gange. Die Autoren schätzen den schweizweiten Mittelbedarf zwischenzeitlich neu auf gegen CHF 30 Mrd. statt wie ursprünglich geschätzt CHF 20 Mrd. Auch wenn einige Spitalanlagen bereits ersetzt sind, ist die bauliche Erneuerung insgesamt noch nicht abgeschlossen.

Diese Investitionen müssen laut System mit den stationären und ambulanten Tarifen bewältigt werden. Die Herausforderungen liegen aufgrund der Erfahrungen der letzten zwölf Jahre weniger in der fehlenden Finanzierbarkeit der Investitionsvorhaben als vielmehr in der finanziellen Tragbarkeit der Investitionsfolgekosten auf die Erfolgsrechnung im KVG-System. Das Stand-alone-Rating vieler Spitäler ist für die Finanzierung ihrer Investitionstätigkeit schon seit einigen Jahren unzureichend. Die Kapitalaufnahme war und ist in diesen Fällen nur durch die virtuelle Inanspruchnahme von vermuteten impliziten Garantien der öffentlichen Trägerschaften möglich.

Dabei hat sich die Welt gegenüber den Zeiten des letzten Baubooms im Spitalwesen in den 1970er- und 1980er-Jahren grundlegend verändert. Neben der baulichen Erneuerung stehen die Leistungserbringer im Gesundheitswesen vor der Herausforderung, ihre Immobilienportfolios den Anforderungen einer modernen medizinischen Behandlung anzupassen und, wie vom KVG-System gefordert, die wirt-

schafliche Effizienz zu erhöhen. Mit den Megatrends Ambulantisierung und Digitalisierung, welche in der Schweiz vielerorts noch in den Kinderschuhen stecken, kommen zwei zukunfts-trächtige Investitionsbereiche ins Spiel. Während Länder in Skandinavien und Nordamerika Ambulantisierungsquoten von mehr als 80% ausweisen, lag die Schweiz gemäss Angabe von H+ [11] im Jahr 2019 mit dem ambulant erbrachten Umsatzanteil über alle Leistungserbringer gesehen bei 39,3% [12]. Bei den Spitälern betrug 2019 der ambulant erbrachte Anteil am Umsatz knapp 29%. Auch bei der Digitalisierung besteht Nachholbedarf. Die Hardwarefixierung der Schweizer Gesundheitspolitik der vergangenen Jahrzehnte wirkt bis heute nach. Ambulantisierung und Digitalisierung werden Mittel benötigen, welche heute noch in die bauliche Hardware investiert werden und somit dort bis auf Weiteres gebunden sind. Dieser Strukturwandel schreitet zwar auch im Schweizer Gesundheitswesen voran, im internationalen Vergleich allerdings sehr viel langsamer.

Gleichzeitig mussten die Leistungserbringer in der jüngeren Vergangenheit diverse ökonomische Krisen verdauen, welche in der Tarifbildung bisher keinen Niederschlag gefunden haben: Kostensteigerungen aufgrund von Lieferkettenproblemen, allgemeiner Teuerung, höheren Energiepreisen, freiwilligen oder verordneten Lohnmassnahmen und Ertragsausfälle infolge Fachkräftemangel.

### 5. VORSCHLÄGE: GESUNDHEITSIMMOBILIEN GIBT ES NICHT ZUM NULLTARIF

Angesichts der aktuellen Lage zeichnet sich ab, dass sich die Mehrzahl der Spitäler ihren Produktionsfaktor Immobilien bei unveränderten Rahmenbedingungen künftig nicht mehr leisten können wird. Es ist notwendig, die Kosten für die Immobilienportfolios systematisch aufzuschlüsseln und die bestehenden Regulierungen neu zu justieren. Transparenz für die Berichterstattung und Steuerung sowie eine faire Abgeltung der Immobilienkosten würden dem bislang unterschätzten Produktionsfaktor Rechnung tragen. Die Autoren schlagen daher folgenden 10-Punkte-Plan vor:

1. Ermittlung der Ist-Vollkosten der Immobilienportfolios für Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation.
2. Ableitung von strategischen Kennzahlen [13] und Empfehlung von pauschalisierten Kostenbandern je Krankenhaus-typ nach BfS für Betrieb und Unterhalt von Bestandsflächen und für Neubauten, genauso wie für ambulant genutzte wie für stationär genutzte Fläche.
3. Einbezug der hergeleiteten Kostenbander in die Kalkulation der stationären Fallpauschalen und ambulanten Tarife oder (Wieder-)Einführung eines durch Fachabklarungen nachweisbaren Investitionskostenzuschlags auf die stationären und ambulanten Tarife zwecks angemessener pauschalisierter Abgeltung der Immobilienkosten für stationär und ambulant genutzte Spitalflachen.
4. Überprüfung und Bereinigung der historisch gewachsenen Immobilienportfolios hinsichtlich Nutzungseignung, Notwendigkeit, Standort, wirtschaftlicher Effizienz, Kostenintensität und Beitrag zur Ambulantisierung der Schweizer Spitallandschaft.

5. Überprüfung des in der VKL vorgegebenen, seit 2012 unveränderten WACC (3,7%).
6. Falls Tarifierpassungen nicht so schnell möglich sind: Anpassung der Kapitalausstattung durch zusätzliche Kapitalisierung der Spitalgesellschaften durch den jeweiligen Eigentümer, damit die Spitäler als Immobilieneigentümer ihren Verpflichtungen für die zukunftsfähigen und wirtschaftlich betreibbaren (und nur für diese) Immobilien nachkommen können (zu beachten: mögliche Wettbewerbsverzerrung zwischen öffentlichen und privaten Leistungserbringern).
7. Einführung der Immobilienrechnung als Standardbestandteil des Finanzberichts in der Jahresrechnung und Aufzeigen der bestehenden Verpflichtungen als Immobilieneigentümer.
8. Ermitteln von nicht durch die Behandlungstarife abgedeckten Kostenfaktoren und separater Ausweis in der Jahresrechnung und in Projektkosten wie z. B. qualitativ hochwertige Architektur, überdurchschnittliche Gebäudestandards, Denkmalschutz, Nachhaltigkeit, unvermeidbare Rochadeflächen, Nachhaltigkeit, Altlasten, Bauschadstoffe, Pflichtkonsum historischer Gebäude.
9. Frühzeitiger Einbezug der Megatrends Ambulantisierung und Digitalisierung in künftige Investitionsvorhaben zwecks Sicherstellung der Zukunftsfähigkeit des Immobilienportfolios.
10. Ausschluss von Projekten in Beschaffungsverfahren, welche einer unabhängigen Prüfung der wirtschaftlichen Effizienz im Betrieb nicht standhalten und die empfohlenen Bandbreiten für Immobilienkosten nicht einhalten. ■

**Fussnoten:** **1)** BAG, Stationäre Tarifstrukturen: «Gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) müssen stationäre Leistungen mit Pauschalen vergütet werden. Die Organisation Swiss DRG AG hat hierzu drei schweizweit einheitliche Tarifstrukturen entwickelt». Abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung/Tarifsystem-SwissDRG.html>. **2)** [https://www.nzz.ch/die\\_rolle\\_der\\_investitionskosten\\_bei\\_der\\_finanzierung\\_von\\_spitalimmobilien-ld.675218](https://www.nzz.ch/die_rolle_der_investitionskosten_bei_der_finanzierung_von_spitalimmobilien-ld.675218). **3)** Michael Waldner, Vischer AG, 2017, Anlagennutzungskosten und neue Spitalfinanzierung, S. 1250, [https://www.vischer.com/fileadmin/uploads/vischer/Documents/Activities/MWA\\_ajp\\_anlagennutzungskosten\\_171016.pdf](https://www.vischer.com/fileadmin/uploads/vischer/Documents/Activities/MWA_ajp_anlagennutzungskosten_171016.pdf).

**4)** Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL). **5)** REKOLE (Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung) zur Vereinheitlichung der schweizerischen Spitalkostenrechnungsstandards. **6)** Bundesamt für Statistik. **7)** <https://www.spitalbenchmark.ch/> Der Verein Spital Benchmark (Markenschreibung «Spital-Benchmark») erstellt für seine Mitglieder (Spitäler und Kliniken) seit dem Jahr 2007 Auswertungen auf validierten Grundlagen. **8)** Michael Waldner, Vischer AG, 2017, Anlagennutzungskosten und neue Spitalfinanzierung, S. 1249, [https://www.vischer.com/fileadmin/uploads/vischer/Documents/Activities/MWA\\_ajp\\_anlagennutzungskosten\\_171016.pdf](https://www.vischer.com/fileadmin/uploads/vischer/Documents/Activities/MWA_ajp_anlagennutzungskosten_171016.pdf). **9)** Verein Spitalbenchmark: Benchmark\_2023\_Akut\_

ohne\_Universitätsspitäler\_und\_ohne\_Geburts\_häuser\_Geschäftsjahr\_2022.xls. **10)** <https://www.finanznachrichten.de/nachrichten-2010-08/17772537-pwc-studie-spitalimmobilien-hoher-investitionsbedarf-unsichere-finanzierung-immobilien-spitaler-sind-gefordert-006.htm>. **11)** H+ ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. <https://www.hplus.ch/de/>. **12)** [https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/h-spital-und-klinik-monitor/gesamtbranche/volkswirtschaft/ausgaben-gesundheitswesen/ambulante-leistungen-gewinnen-an-bedeutung\\_02.03.2024](https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/h-spital-und-klinik-monitor/gesamtbranche/volkswirtschaft/ausgaben-gesundheitswesen/ambulante-leistungen-gewinnen-an-bedeutung_02.03.2024). **13)** Clinicum 2-24: Gesundheitsimmobilien – ein bedeutungsvoller Produktionsfaktor, Benchmarking-Club für Gesundheitsimmobilien erfolgreich gestartet.