

Peter Rohner - Erfolgversprechende Ansätze für die Finanzierung von Spitalimmobilien

Der Begriff „Spital“ dürfte bei allen Lesenden mit ganz bestimmten Assoziationen verbunden sein. Man wird an persönliche Erlebnisse oder an Krankheit und Gesundung - oder das Sterben - von Nahestehenden erinnert. Oftmals verbinden wir mit „Spital“ aber auch einen Ort bzw. ein Gebäude. Die bei unseren deutschen Nachbarn gebräuchliche Bezeichnung als „Krankenhaus“ bringt diese enge Verbindung explizit zum Ausdruck. Dem Anspruch der Patienten an Heilung und Komfort und den dafür von den unterschiedlichen Berufsgruppen im Krankenhaus erbrachten Leistungen eher angemessen wäre heute wohl die Bezeichnung „Gesundwerdenhaus“ oder „Gesundheitshaus“. Innerhalb des Hauses werden die spezialisierten Dienste der Berufsgruppen (bspw. Ärzte, Pflegende, Therapeuten) für die Patienten individuell zu einer Leistung kombiniert. Dies stellt enorme Ansprüche an alle Mitarbeitenden sowie insbesondere an die Führung. Das persönliche Engagement dieser Menschen ist der eigentliche „Schatz des Gesundheitswesens“. Der Hauptzweck von Spitalbauten ist in diesem Sinne, optimale Bedingungen für deren Wirken zu schaffen.

Aktuell kann dieser Anspruch vielerorts nicht erfüllt werden. 70% der Bausubstanz der öffentlichen Spitäler wurde vor 1980 erstellt und es besteht entsprechender Handlungsbedarf bei den Immobilien. Vielen Spitälern fehlt jedoch die Finanzkraft, um die anstehenden (Gross-) Investitionen in Immobilien vornehmen zu können. Warum? Um die Antwort zu erhalten und die Konsequenzen zu erkennen, ist es notwendig, kurz den Hintergrund der Frage auszuleuchten. Der Gesetzgeber auf Stufe Bund ist mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG 2012) dazu angetreten, das massive Kostenwachstum einzudämmen. Weil die Spitäler den grössten Kostenblock darstellen und weil man weiss, dass die Zunahme des Angebots an Behandlungsleistungen ein wesentlicher Kostentreiber ist, wird durch das KVG 2012 vor allem auf die Spitäler bzw. deren Angebote eingewirkt. So schreibt das KVG u.a. vordefinierte Preise für Behandlungen vor, die sog. „Fallpauschalen“. Diese kommen nun anstelle der bisherigen Abrechnung zur Anwendung, die bspw. nach Anzahl Tagen erfolgte. Diese Pauschalen werden zwischen dem Kanton und den Krankenkassen geteilt. Mit seinem Anteil an die Fallpauschalen beteiligt sich der Kanton also auch in Zukunft an den Spitalkosten seiner Einwohner, aber er richtet keine Subventionen oder kein Globalbudget mehr direkt an die Spitäler aus.

Zudem ist festgelegt, dass die Spitäler in der Lage sein müssen, aus diesen Fallpauschalen neben dem Aufwand für den Betrieb auch die Investitionen zu bestreiten. Der Bundesgesetzgeber will mit diesen Rahmenbedingungen für einen kantons- und regionenübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern sorgen und damit sicherstellen, dass die Spitäler nur noch diejenigen Leistungen anbieten, die sie auch effizient und damit kostendeckend erbringen können. Zur Durchsetzung dieser Absicht dient auch das implizite Verbot von Subventionen der Spitäler durch die Kantone. Das neue KVG bringt es also mit sich, dass die Spitäler ihre Investition selber tragen müssen, auch diejenigen in Immobilien.

Für die Kantone ist damit ein fundamentaler Unterschied eingetreten zwischen der Investition bspw. in ein Schulhaus oder in eben ein „Gesundheitshaus“: Das Schulhaus kann (bzw. muss) aus Staatsmitteln bezahlt werden und es wird kein finanzieller „Return“ aus der Investition angestrebt (allerdings darf natürlich erwartet werden, dass ein guter Schulbetrieb ermöglicht wird). Das „Gesundheitshaus“ hingegen soll optimale Bedingungen für den Spitalbetrieb schaffen und sich über den erwirtschafteten Ertrag selber finanzieren, also auch Zinsen und Abschreibungen für die Gebäude abdecken.

Häufig wird angeführt, dass durch die Fallpauschalen „die Kosten nicht gedeckt...“ würden, um daraus einen Subventionsbedarf für den Spitalbetrieb oder eben einen Finanzierungsbedarf für ein Spital seitens des Kantons abzuleiten. Als Kommentar genügt es, sich klar zu machen, dass die Verknappung der Mittel gerade der Wille des KVG-Gesetzgebers ist. Es geht bei der KVG-Revision 2012 genau darum, die Leistungserbringer zu mehr Effizienz zu zwingen.

Vor diesem Hintergrund wird klar, dass unter dem neuen Regime eine Investition in ein Spital nun auch einen starken betriebswirtschaftlichen Aspekt erhält. In Zahlen bedeutet dies, dass für bspw. CHF 100 Mio., die in eine Spitalimmobilie investiert werden, pro Jahr ca. CHF 5 Mio. für Zins und Amortisation zur Verfügung stehen müssen. Schaut man sich bei öffentlichen Spitälern die geplanten Investitionen in Immobilien einerseits und die Erfolgsrechnungen andererseits an, wird rasch klar, dass die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit aktuell meist nicht ausreicht. Was ist zu tun? Eine Forderung nach „mehr Geld vom Kanton“ widerspräche der Absicht des KVG, das die Spitäler als Unternehmen agieren lassen und

Strukturerhaltung verhindern soll. Es ist, wie bereits erläutert, gerade die Absicht des Gesetzgebers, diesen Wettbewerb auch über die Investitionskraft wirken zu lassen. Zudem könnten kantonale Beiträge aufgrund der schwierigen finanziellen Lage vieler Kantone nur durch eine Zusatzverschuldung oder eine Steuererhöhung aufgebracht werden.

Von den Nationen, in denen das Fallpauschalenregime schon seit längerer Zeit gilt, liegt uns Deutschland in verschiedener Hinsicht am nächsten. Fallpauschalen, also Preise für Behandlungsleistungen gelten dort schon seit 2003. Zwar ist in den deutschen Ländern die Finanzierung von Investitionen in Immobilien wesentlich anders geregelt als bei uns in der Schweiz. Weil bei uns in Zukunft die Kraft des einzelnen Spitals für das Tätigen von Investitionen von dessen wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit abhängen wird (also von der Fähigkeit, gute medizinische Leistungen effizient erbringen zu können), ist es jedoch instruktiv, in Deutschland diejenigen Spitäler zu analysieren, die den Spagat zwischen Patientenwohl durch gute Medizin einerseits und wirtschaftlicher Solidität ohne Subventionen andererseits am besten meistern. Ein Forscherteam der Universität St. Gallen hat solchermassen erfolgreiche Spitäler in mehreren Studien eingehend untersucht. Die Ergebnisse wurden international publiziert. Es konnte gezeigt werden, mit welchen Massnahmen aus ehemals staatlich subventionierten regionalen Grundversorgern, die am Rande des wirtschaftlichen Ruins standen, florierende Gesundheitsunternehmen wurden (vgl. bspw. Rohner, P.: Achieving impact with clinical process management in hospitals: an inspiring case, Business Process Management Journal, Vol. 18 No. 4, 2012, pp. 600-624). Die Quintessenz lautet: A) Aufbau von regionalen und überregionalen Kooperationen (Arbeitsteilung und Vernetzung auf Gegenseitigkeit - nicht zu verwechseln mit bei uns häufig auch als „Kooperation“ bezeichneten einseitigen Zuweisungsvereinbarungen). B) Massive Effizienzsteigerung (bspw. 30% innerhalb von wenigen Jahren) bei zumindest gleich bleibendem „Outcome“ (Qualität und Patientenzufriedenheit). Im Sinne des „von den Besten lernen“ kann man aus diesen wirtschaftlichen Erfolgen schliessen - ohne ausländische Verhältnisse in irgendeiner Weise zu verklären - dass wir in der Schweiz das Investitionsproblem in Spitalimmobilien auch ohne Subventionen lösen können - indem wir wirtschaftlicher werden. Es ist also lohnenswert, sich zu fragen, wie und in welcher Reihenfolge erfolgreiche Krankenhäuser in Deutschland vorgegangen sind (wobei Erfolg bspw. heisst, dass ein regionaler Grundversorger die Patienten bei sich halten und damit die Arbeitsplätze vor Ort erhalten kann).

Eine erfolgversprechende Reihenfolge, um den oben gezeigten Spagat zu schaffen, ist die Folgende:

1. Für strategische Klarheit sorgen - Wer sind wir, was tun wir selber und was nicht (mehr)?
2. Zugang zum Kapitalmarkt schaffen - Wie werden wir für Investoren attraktiv?
3. Stärkung der Fähigkeiten - Wie können wir dauernd an unserer Effektivität, Qualität und Effizienz arbeiten?
4. Anpassung der Infrastrukturen - Welche Innovationen können wir durch Bauten umsetzen und wie können wir diese finanzieren?

Für die vielen in der Schweiz anstehenden Bauvorhaben ist vor allem die Reihenfolge instruktiv. Das Planen von Bauten folgt bei den erfolgreichen Spitälern der Entwicklung des Leistungsangebotes – und nicht umgekehrt. Bei uns wird umgekehrt häufig das Bauen als Voraussetzung für die Entwicklung des Spitalunternehmens gesehen - „wir brauchen zuerst (Geld für) ein neues Haus, um gut arbeiten zu können“. Mit diesem Ansatz stecken viele regionale Grundversorger und Kantonsspitäler in der (Finanzierungs-) Klemme. Man hat Baupläne ohne das Kapital für deren Umsetzung oder - fast noch schlimmer - man hat das Kapital und baut damit Immobilien, die nicht vom Ertrag aus dem Spitalbetrieb getragen werden können. Die Wettbewerbsfähigkeit der betroffenen Spitäler wird damit geschädigt und sie werden bereits auf mittlere Sicht nicht mehr gegen die Konkurrenz bestehen können. Die Patienten werden mehr und mehr abwandern. Der Schaden geht schlussendlich auf Kosten der Steuerzahler. Es ist darum notwendig, neue Wege zu beschreiten (vgl. bspw. die Reihenfolge weiter oben).

Leider werden noch immer scheinbar bewährte Wege beschritten, bei denen jedoch die „Lösung“ für ein Bauvorhaben (bspw. ein Architektur- oder Planerwettbewerb) nicht mehr zum Problem passt, weil es eben heute bei einem Spital nicht (mehr) um Städtebau für ein öffentliches Gebäude geht, das à fonds perdu von der Allgemeinheit zu bezahlen ist, sondern um die interdisziplinäre Gestaltung eines wirtschaftlichen „Gesundheitshauses“. Um den Weg für solche Ansätze freizumachen, muss in vielen Kantonen als erstes die ungeklärte oder ungünstige Rolle der Kantone und ihrer Spitäler hinsichtlich der Rolle als Eigentümer und Bewirtschafter der Immobilien bereinigt werden. Danach müssen die Spitäler innovative Finanzierungsmodelle für ihre Neubauten entwickeln. Es ist dabei auch die Frage zu klären, ob ein Kanton als „Ersatzbanker“ einen Spitalneubau finanzieren soll.