



**Universität
Zürich^{UZH}**

Masterthesis
zur Erlangung des
Master of Advanced Studies in Real Estate

Erfolgsfaktoren im Planungsprozess von Pflegeimmobilien Ein Evaluationsmodell für Investitionsentscheidungen

Verfasser: Petr Michalek

Eingereicht bei: Prof. Dr. Ing. habil. Tom Guthknecht

Abgabedatum: 18. August 2014

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	IV
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	IV
TABELLENVERZEICHNIS	V
EXECUTIVE SUMMARY	VI
1 Einleitung	1
1.1 Struktur Thesis	1
1.2 Ausgangslage und Fragestellung	2
1.3 Zielsetzung	3
1.4 Definitionen und Einschränkungen	4
1.4.1 Thematischer Fokus	4
1.4.2 Einschränkungen Evaluationsmodell	4
1.4.3 Ethische Grundlagen	5
1.5 Immobilienökonomische Begriffe	5
1.5.1 Einordnung Immobilienökonomie	5
1.5.2 Sonderimmobilien	5
1.5.3 Betreiberimmobilien	6
1.5.4 Seniorenimmobilien	7
1.5.5 Corporate & Public Real Estate Management	7
1.5.6 Definitionen Pflegeheim und Altersheim	8
1.6 Methodik und Forschungsdesign	9
1.6.1 Literaturrecherche und informelle Interviews	9
1.6.2 Formulierung Fragestellung und Methodik	9
1.6.3 Experteninterviews und Erarbeitung Evaluationsmodell	10
1.6.4 Ausarbeitung Evaluationsmodell	10
1.6.5 Anwendung und Bewertung Modell an Fallbeispielen	10
2 Grundlagen	11
2.1 Gesellschaftliche Entwicklungen	11
2.1.1 Wohnformen im Alter	11
2.1.2 Entwicklungen Pflegebedarf	11
2.1.3 Pflegebedarf und Arbeitsmarkt	12
2.1.4 Weitere Gründe für das Wohnen im Heim	13
2.1.5 Auswirkungen auf Pflegeimmobilien	13
2.2 Anforderungen Pflege	14
2.2.1 Gesundheitszustand Bewohner	14
2.2.2 Prognosen Demenz	15

2.2.3	Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems	15
2.2.4	Multidimensionalität und Multimorbidität.....	16
2.2.5	Auswirkungen auf den Raumbedarf.....	16
2.3	Rechtliche Rahmenbedingungen.....	19
2.3.1	Bundesgesetz Pflegefinanzierung	19
2.3.2	Kantonale Pflegegesetze	19
2.3.3	Swiss DRG	19
2.3.4	Zusammenfassung rechtliche Rahmenbedingungen	20
2.4	Akteure im Planungsprozess	20
2.4.1	Akteure und Interessengruppen.....	20
2.4.2	Betreiber	20
2.4.3	Bauträger	21
2.4.4	Gemeinden	23
2.4.5	Investoren und Financiers	24
2.5	Kostenstruktur Alters- und Pflegeheime	24
2.5.1	Vorbemerkung.....	24
2.5.2	Ausgabenstruktur	25
2.5.3	Einnahmestruktur	25
2.5.4	Kostenträger Pflegeheime	26
2.5.5	Interpretation Kostenentwicklung	27
2.5.6	Mischformen als Zukunftsmodell?	28
2.6	Potentiale und Anreize	29
2.6.1	Potentiale und Anreize für Akteure.....	29
2.6.2	Perspektive Bauträger / Gemeinde.....	29
2.6.3	Perspektive Betreiber	29
2.6.4	Perspektive Investoren und Financiers.....	30
2.6.5	Perspektive Gesetzgeber und Politik.....	30
2.6.6	Zusammenfassung Potentiale und Anreize	30
3	Evaluationsmodell für Investitionsentscheidungen	31
3.1	Grundmodell	32
3.2	Evaluationsmodell: Hauptdimension Qualität	35
3.2.1	Qualität für Bewohner.....	36
3.2.2	Qualität für Mitarbeiter	37
3.2.3	Qualität Umwelt.....	39
3.2.4	Exkurs: regulatorische Vorgaben als Kostentreiber.....	40
3.3	Evaluationsmodell: Hauptdimension Finanzen.....	40

3.3.1	Kosten Investition	41
3.3.2	Kosten Betrieb.....	44
3.3.3	Ertrag monetär.....	45
3.3.4	Exkurs: Finanzierung und politische Prozesse.....	45
3.4	Wechselwirkungen im Evaluationsmodell.....	46
4	Anwendung Evaluationsmodell	47
4.1	Einleitung Fallbeispiele.....	47
4.2	Fallbeispiel 1: Hindernisfreiheit.....	48
4.3	Fallbeispiel 2: Hebehilfen	49
4.4	Fallbeispiel 3: Lichthof für Mobilisierung.....	50
4.5	Fallbeispiel 4: Anbau Bäckerei und Fitnesscenter	52
4.6	Fallbeispiel 5: Errichtung Stützpunkt „Quartiernahes Alterswohnen“	53
4.7	Erkenntnisse aus den Fallbeispielen.....	54
5	Schlussfolgerungen.....	55
5.1	Fazit.....	55
5.2	Diskussion	58
5.3	Ausblick	59
	LITERATURVERZEICHNIS	60
	ANHANG	62
A1	– Vorbemerkung Experteninterviews.....	62
A2	– Grundstruktur Befragung	63
A3	– Interview Immobilienverwaltung Kanton	64
A4	– Interview Immobilienverwaltung Stadt.....	65
A5	– Interview Immobilienverwaltung Gemeinde	66
A6	– Interview Betreiberseite	67
A7	– Interview Betreiberseite	68
A8	– Interview Betreiberseite	69
A9	– Interview Betreiberseite	70
A10	– Interview Betreiberseite	71
A11	– Interview Planer- und Beraterseite	72
A12	– Interview Planer- und Beraterseite	73
A13	– Interview Investorenseite	74
A14	– Berechnungsgrundlage Diagramm Kapitel 2.5.5	75
	Danksagung.....	76

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

APH	Alters- und Pflegeheime
BFS	Schweizer Bundesamt für Statistik
BZO	Bau- und Zonenordnung
CREM	Corporate Real Estate Management
DIN	Deutsches Institut für Normung
EL	Ergänzungsleistungen
e.V.	eingetragener Verein
LCC	Life Cycle Costs
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
LIK	Landesindex der Konsumentenpreise
SIA	Schweizerischer Ingenieur- und Architektenverein
SNB	Schweizerische Nationalbank
PREM	Public Real Estate Management

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Grundstruktur Thesis.....	1
Abb. 2: Systematisierung Spezialimmobilien.....	6
Abb. 3: Seniorenimmobilien u. ihre Bewertungsansätze.....	7
Abb. 4: Entwicklung der Alterspyramide.....	13
Abb. 5: Häufigste Diagnosen bei älteren Personen in Institutionen.....	14
Abb. 6: Entwicklung der Personen mit Demenz.....	15
Abb. 7: Tage nach Pflegeintensitätsstufe.....	18
Abb. 8: Betreiber Alters- und Pflegeheime.....	21
Abb. 9: Transaktionspreise Eigentumswohnungen.....	23
Abb. 10: Ausgabenstruktur Alters- und Pflegeinstitutionen.....	25
Abb. 11: Alter: Wer zahlt wieviel für Pflege.....	26
Abb. 12: Betriebskosten nach Hauptkostenträger.....	27
Abb. 13: Kostenentwicklung APH 1999 – 2012.....	27
Abb. 14: Die Hauptdimensionen mit je drei Unterkategorien.....	32
Abb. 15: Grundschemata Evaluationsmodell.....	33
Abb. 16: Neutrale Ausgangslage.....	33

Abb. 17: Anwendungsbeispiel: Evaluation einer zusätzlichen Investition	34
Abb. 18: Evaluationstendenzen gemäss Gewichtung Farbfläche	35
Abb. 19: Schema Evaluation Qualität	35
Abb. 20: Klassifikationssystem gemäss	37
Abb. 21: Illustration Patientenlifter	38
Abb. 22: Schema Evaluation Finanzen	41
Abb. 23: Verrechnungsmodell Basismiete	42
Abb. 24: Beispiel Basismiete	43
Abb. 25: Beispiel Evaluation Finanzen	44
Abb. 26: Schema Wechselwirkungen Evaluationsmodell	46
Abb. 27: Anwendung Evaluationsmodell Fallbeispiel 1	48
Abb. 28: Anwendung Evaluationsmodell Fallbeispiel 2	49
Abb. 29: Anwendung Evaluationsmodell Fallbeispiel 3	51
Abb. 30: Anwendung Evaluationsmodell Fallbeispiel 4	52
Abb. 31: Anwendung Evaluationsmodell Fallbeispiel 5	53

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1: Bewertungsmatrix Evaluationsmodell	34
Tab. 2: Kurzübersicht Fallbeispiele	47
Tab. 3: Fallbeispiel 1; Neuer, grosszügiger Liftschacht mit einladendem Entrée	48
Tab. 4: Fallbeispiel 2; Mobilisationshilfen	49
Tab. 5: Fallbeispiel 3; Lichthof für Gastronomie, Mobilisierung und Rundlauf	51
Tab. 6: Fallbeispiel 4; Anbau Bäckerei und Fitnesscenter	52
Tab. 7: Fallbeispiel 5; Errichtung Stützpunkt „Quartiernahes Alterswohnen“	53
Tab. 8: Berechnungsgrundlage Diagramm Kapitel 2.5.5	75

EXECUTIVE SUMMARY

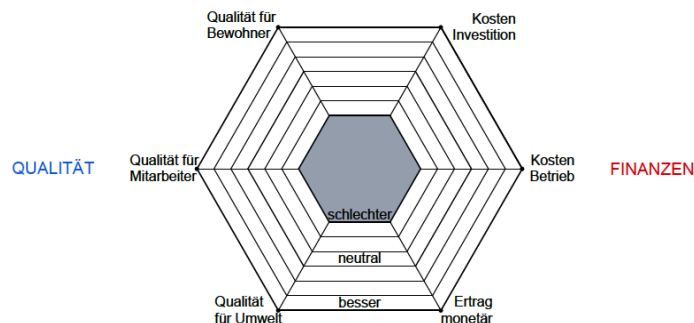
Erfolgsfaktoren im Planungsprozess von Pflegeimmobilien

Die Ausgaben für Alters- und Pflegeheime in der Schweiz steigen seit Jahren. Davon machen die Personalkosten ca. 64% der Gesamtausgaben aus, die Pflegeimmobilien spielen hingegen mit ca. 14% nur eine untergeordnete Rolle. Sie haben jedoch einen markanten Einfluss¹ auf *Betriebskosten*, *Mitarbeiterzufriedenheit*, *informelle Unterstützung* und *zusätzliche Erträge*.

1. Welches sind die Hauptfaktoren einer erfolgreichen Pflegeimmobilie?

Als Antwort auf diese Frage schlägt diese Thesis ein *Evaluationsmodell für Investitionsentscheidungen* vor, welches sechs zentrale Parameter definiert:

- Qualität für Bewohner
- Qualität für Mitarbeiter
- Qualität für Umwelt
- Kosten Investition
- Kosten Betrieb
- Ertrag monetär



Das Modell ist ein Werkzeug, welches spezifisch für Pflegeimmobilien konzipiert ist. Es dient im Planungsprozess für *Kommunikation*, *Führung* und *Monitoring*.

2. Welche Rahmenbedingungen müssen stimmen?

Der Planungsprozess stellt hohe Anforderungen an die beteiligten Akteure. *Bauträger*, *Betreiber*, *Investoren*, *Financiers*, *Planer* und *Berater*; der Erfolg im Planungsprozess steht und fällt mit einer ambitionierten und versierten *Führung*. Durch ihren spezifischen Charakter als Betreiberimmobilien sind Pflegeheime elementar auf den intensiven Einbezug der Betriebsabteilungen in den Planungsprozess angewiesen. Dabei erleichtert das vorgeschlagene Modell die interdisziplinäre Verständigung.

3. Welche Anforderungen stellen sich an das regulatorische Umfeld?

Insgesamt wurden drei zentrale Bereiche identifiziert, welche es zu untersuchen gilt:

- Anreize für *Betriebseffizienz* bei beschränkten Investitionsbudgets
- Anreize für *neue Angebote* und Erzeugung zusätzlicher Erträge
- Anreize für *Mischformen* zwischen ambulanter und stationärer Pflege

Sowohl rechtlich wie auch planerisch erscheinen diese Ansätze sehr prüfenswert.

¹ Vgl. Guthknecht (2010), S. 16: Nach Guthknecht nehmen schlecht geplante Gesundheitsimmobilien signifikant Einfluss auf Qualität und Betriebsergebnis des Unternehmens.

Executive Summary: Bezüglich aller weiteren Quellenangaben sei auf den Hauptteil dieser Thesis verwiesen.

1 Einleitung

1.1 Struktur Thesis

Um dem Leser² eine gute Orientierung zu ermöglichen, sei an dieser Stelle eine Übersicht der Grundstruktur der Thesis eingefügt:



Abb. 1: Grundstruktur Thesis

² Aus Gründen der Vereinfachung wird in dieser Arbeit die männliche Form verwendet; Personen weiblichen wie männlichen Geschlechts sind darin gleichermaßen eingeschlossen.

1.2 Ausgangslage und Fragestellung

Die Ausgaben für Alters- und Pflegeheime in der Schweiz steigen seit Jahren.³ Durch die demografischen Entwicklungen⁴ wird sich dieser Trend auch in Zukunft fortsetzen. Es stellt sich die Frage, inwiefern sich dennoch positiv Einfluss auf die Kostenentwicklung nehmen lässt.

Ausgangslage
Alters- und
Pflegeheime

Gegenüber den Personalkosten, welche 64% der Gesamtausgaben⁵ der Pflegeeinrichtungen ausmachen, spielen die *Pflegeimmobilien* selbst mit 14% eine scheinbar untergeordnete Rolle. Dabei wird jedoch der immense Einfluss der Gebäudedisposition auf die *Betriebskosten*⁶ vernachlässigt.

Bedeutung
Immobilien

Die Investitionsentscheidungen im Planungsprozess beeinflussen demnach nicht nur die *Qualität und Atmosphäre* des zukünftigen Lebensraumes für Bewohner, Mitarbeiter und soziale Umwelt, sondern massgeblich auch die *Kosten und Erträge* der gesamten Institution.

Auswirkungen
Planungsprozess

Die vielfältigen Zusammenhänge zwischen den beschlossenen Massnahmen und deren Auswirkungen haben dabei sowohl gesellschaftliche wie auch betriebswirtschaftliche Relevanz. Es geht um Qualität und Menschenwürde der Bewohner in ihrem letzten Lebensabschnitt. Es geht aber gleichzeitig auch um die Finanzierbarkeit und den Zusammenhalt der Generationen.

Relevanz
gesellschaftlich
wirtschaftlich

Zentrale Fragestellung Thesis:

Welches sind die Erfolgsfaktoren im Planungsprozess von Pflegeimmobilien?

Abgeleitete Fragen:

1. Welches sind die Hauptfaktoren einer erfolgreichen Pflegeimmobilie?
2. Welche Rahmenbedingungen müssen stimmen, damit diese entsteht?
3. Welche Anforderungen stellt dies an das regulatorische Umfeld?

Zentrale
Fragestellung

³ Vgl. Francis BFS (Hrsg.) (2014), o.S.

⁴ Vgl. Bayer-Oglesby / Höpflinger (2010), S. 51.

⁵ Vgl. Widmer (2012b), S. 12.

⁶ Vgl. Guthknecht (2010), S. 16, S. 18, S. 25, S. 48.

1.3 Zielsetzung

Ziel dieser Studie ist es, fundierte Antworten auf die formulierten Fragestellungen zu erarbeiten. Es geht somit darum, aufzuzeigen:

*Zielsetzung
allgemein*

- welche Faktoren erfolgreiche Pflegeimmobilien auszeichnen.
- welche Anreize gesetzt werden müssen, damit Pflegeimmobilien optimal geplant und realisiert werden, während die Qualität für Bewohner und Mitarbeiter bestehen bleibt oder steigt.
- welche möglichen Herausforderungen sich daraus für die gesellschaftlichen, politischen und ökonomischen Regulierungsorgane ableiten lassen.

Es geht darum, betriebsoptimierende Potentiale aufzuzeigen, die sowohl Bewohner wie auch Personal entlasten und so für alle Gruppen ein erstrebenswertes Ziel darstellen. *Betriebseffizienz*⁷ bei Pflegeimmobilien sollte für den Bauträger zu einem ebenso selbstverständlichen und ambitionierten Ziel werden, wie es das Thema *Energieeffizienz* bereits ist.

*Blickwinkel
Bauträger*

Kapitel 1 bildet die Einleitung mit Fragestellung, Definitionen und Abgrenzungen.

*Kapitel 1:
Einleitung*

Kapitel 2 gibt eine Übersicht über die gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen, die wichtigsten Akteure und ihre Interaktion.

*Kapitel 2:
Grundlagen*

Kapitel 3 zeigt ein Modell auf, welches es den Projektbeteiligten im Planungsprozess von Pflegeimmobilien ermöglicht, komplexe Zusammenhänge einfach darzustellen und qualitativ zu bewerten.

*Kapitel 3:
Modell*

Kapitel 4 wendet das vorgestellte Evaluationsmodell an Fallbeispielen an, um die Funktionsweise zu demonstrieren. Anhand dieser Beispiele werden auch mehrere zeitgemäße Ansätze und Strategien diskutiert.

*Kapitel 4:
Anwendung*

Kapitel 5 fasst die Ergebnisse zusammen und zieht die Schlussfolgerungen.

*Kapitel 5:
Auswertung*

⁷ Vgl. Guthknecht (2010), S. 16.

1.4 Definitionen und Einschränkungen

1.4.1 Thematischer Fokus

Diese Thesis fokussiert sich auf die Immobilienklasse *Pflegeheime für Betagte in der Schweiz*.

Fokus Thesis

Die Titelwahl *Pflegeimmobilien* liegt darin begründet, dass insbesondere Kapitel 3 mit dem *Evaluationsmodell* eine gewisse Allgemeingültigkeit auch für verwandte Immobilienklassen anstrebt.

Allgemeine
Aspekte

Möglicherweise gelingt es, das Modell mit kleinen Adaptionen auf solche verwandte Immobilienklassen anzuwenden, wie z.B.:

- entsprechende Immobilienklassen im Ausland
- geriatrische Abteilungen im Krankenhaus
- allgemeine Pflegeabteilungen im Krankenhaus

1.4.2 Einschränkungen Evaluationsmodell

Das in Kapitel 3 vorgestellte *Evaluationsmodell* ist ein Werkzeug, um Massnahmen und Investitionsentscheidungen in Pflegeimmobilien interdisziplinär qualitativ zu evaluieren und zu diskutieren.

Einschränkungen
Modell

Einschränkungen Evaluationsmodell:

Das Evaluationsmodell ist *keine quantitative* Bewertung! Mit dem Evaluationsmodell wird angestrebt, *qualitative* Aussagen zu treffen. Sind hingegen *quantitative Daten* erforderlich, so müssen diese mit den entsprechenden Werkzeugen erarbeitet werden.

Auch jene Teilbereiche des Modells, welche die Auswirkungen auf die Finanzen von spezifischen Massnahmen bewerten, tun dies nur anhand von *sehr überschlagsmässigen und approximativen* Berechnungen, welche *ausschliesslich* eine Relation der Grössenordnungen zueinander aufzeigen.

Qualitative
Evaluation

1.4.3 Ethische Grundlagen

Bevor Einsparungen im Gesundheitswesen und im Pflegebereich angestrebt werden, gilt es, den zugrundeliegenden gesellschaftlichen und ethischen Konsens über Ziele und Grenzen zu beachten.

Ethische
Grundlagen

Nur wenn Mindeststandards bezüglich Bewohnern und Mitarbeitern definiert und verankert sind, dürfen Einsparungen durch Optimierungen angestrebt werden.

In diesem Sinne ist Wert darauf zu legen, die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Entscheidungen rund um Pflegeimmobilien nicht auf ökonomische Aspekte zu beschränken.

Ausgleich
Generationen

Gleichzeitig muss es aber auch gestattet sein, Transparenz und Kostenwahrheit einzufordern, damit heutiger „Wohlstand“ nicht zum Preise einer Überschuldung zukünftiger Generationen stattfindet.

1.5 Immobilienökonomische Begriffe

1.5.1 Einordnung Immobilienökonomie

Aus dem Blickwinkel der Immobilienökonomie können die Pflegeheime folgendermaßen kategorisiert werden:⁸

Immobilienökonomie

- > *Sonderimmobilien* (auch *Spezialimmobilien* genannt)
- > *Betreiberimmobilien*
- > *Seniorenimmobilien*
- > *Pflegeheime*

Die einzelnen Begriffe werden in den folgenden Kapiteln kurz definiert.

1.5.2 Sonderimmobilien

„Spezialimmobilien [= Sonderimmobilien, Anm. d. Verf.] [...] dienen einer sehr spezifischen, nicht industriellen Nutzung. Ihre geringe Drittverwendungsfähigkeit resultiert aus den nutzungsspezifischen Anforderungen, welche bereits bei der Konzeption und Planung dieser Immobilien berücksichtigt werden müssen. Sie sind "maßgeschneidert"

Definition
Spezialimmobilien

⁸ Vgl. Schulte (Hrsg.) (2008), S. 137-138 und Bienert (2005), S. 11, S. 779.

auf ihre zukünftige Verwendung; eine Umnutzung erzeugt üblicherweise sehr hohe Sunk-Costs [=“irreversible Kosten“; Anm. d.Verf.].“⁹

1.5.3 Betreiberimmobilien

Betrachtet man in die Immobilien, in welchen die Pflege stattfindet, so handelt es sich um *Betreiberimmobilien*: „Bei Betreiberimmobilien liegt das Management des Objektes in den Händen eines bestimmten Betreibers, dessen Geschäftstätigkeit überwiegend von der Nutzenziehung aus der Immobilie geprägt ist, der aber i.d.R. nicht über das Eigentum verfügt. [...] Dabei ist das Gebäude reiner Produktionsfaktor, denn die eigentliche Leistung des Betreibers ist das Erzeugen von Zusatznutzen.“¹⁰

*Definition
Betreiberimmobilien*

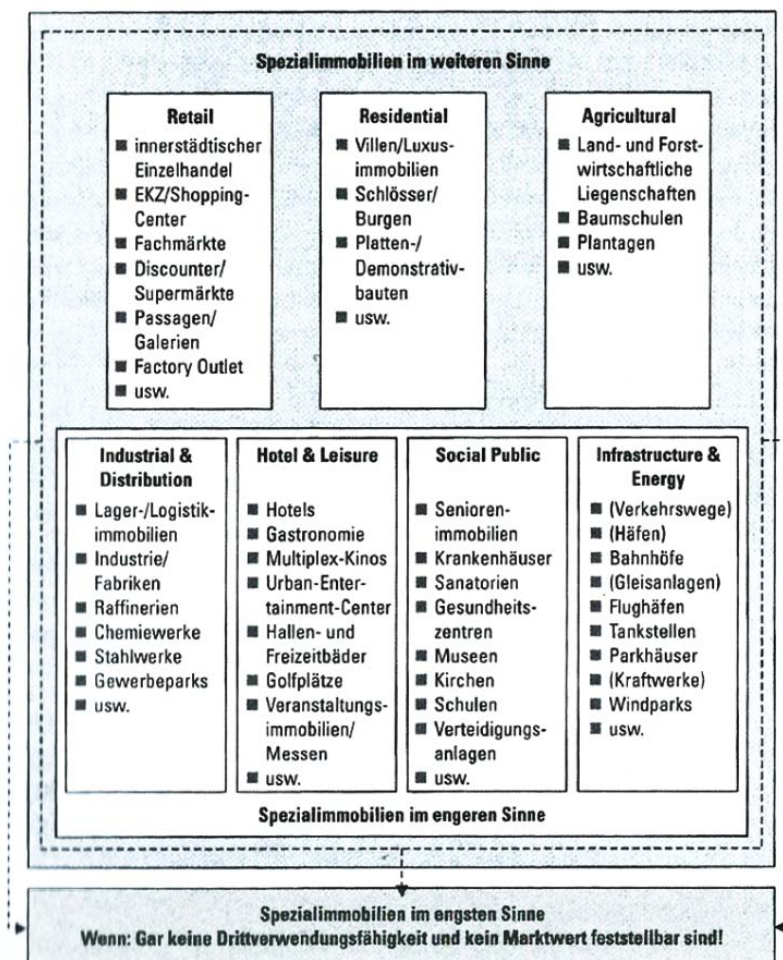


Abb. 2: Systematisierung Spezialimmobilien in: Bientert (2005), S. 11

⁹ Schulte (Hrsg.)(2008), S. 137.

¹⁰ Schulte (Hrsg.)(2008), S. 138.

1.5.4 Seniorenimmobilien

Innerhalb der Spezialimmobilien lassen sich nach Bienert¹¹ die *Seniorenimmobilien* in der Hauptgruppe *Social Public* einordnen (vgl. Abbildung 2). Als Untergruppe schlägt Bienert eine Einteilung der Seniorenimmobilien in die Kategorien *Pflegeheim*, *Residenz*, *Betreutes Wohnen*¹², *Altenwohnen*¹³ und *Geriatric* vor:

Kategorisierung
Seniorenimmobilien

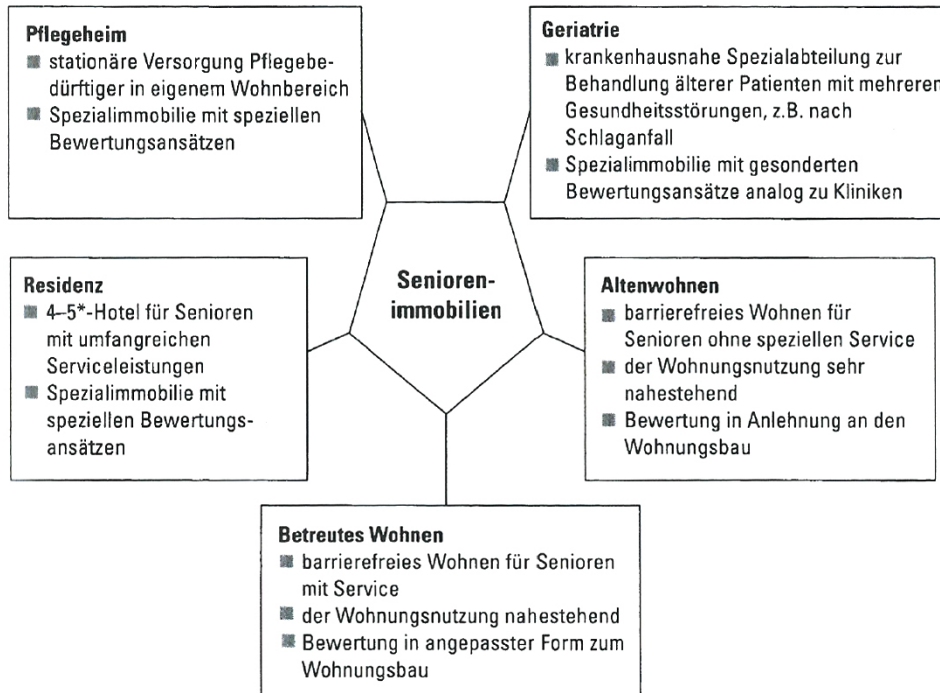


Abb. 3: Seniorenimmobilien u. ihre Bewertungsansätze, in: Bienert (2005), S. 779

1.5.5 Corporate & Public Real Estate Management

Diese Arbeit befasst sich im weitesten Sinne mit *Immobilienmanagement*, da es darum geht, Pflegeimmobilien und deren Portfolios strategisch und operativ zu steuern.

Immobilien-
management

Es ist charakteristisch für Pflegeimmobilien, dass sie zwischen den beiden „Polen“ *CREM* (Corporate Real Estate Management) und *PREM* (Public Real Estate Management) einzuordnen sind. Die Ursache hierfür liegt in den verschiedenartigen Eigentümerstrukturen, welche das ganze Spektrum zwischen öffentlich-rechtlich, halbprivat und privat umfassen können.

Corporate &
Public
Real Estate
Management

¹¹ Vgl. Bienert (2005), S. 779.

¹² Bezeichnung im Schweizer Kontext wäre eher „Wohnen mit Service“.

¹³ Bezeichnung im Schweizer Kontext wäre eher „Alterswohnungen“.

Die Definition *CREM* nach Schulte lautet: „Unter dem Begriff des Corporate Real Estate Management (CREM) wird das aktive, ergebnisorientierte, strategische wie operative Management betriebsnotwendiger und nicht betriebsnotwendiger Immobilien verstanden.“¹⁴

Definition CREM

Definition *PREM* nach Schulte: „Im Unterschied zum Corporate Real Estate Management, wo mittels eines aktiven Immobilienmanagements die Erreichung wettbewerbsstrategischer Zielsetzungen verfolgt wird, liegt der Fokus des Public Real Estate Managements auf einer Optimierung der Wirtschaftlichkeit des Immobilienbestandes, wobei unter Beachtung der Belange der öffentlichen Auftragserfüllung flankierende politische und verwaltungsorientierte Ziele berücksichtigt werden müssen.“¹⁵

Definition PREM

1.5.6 Definitionen Pflegeheim und Altersheim

Definition *Pflegeheime* gemäss BFS: „Institutionen, die pflegebedürftige und/oder chronisch kranke Betagte betreuen. Diese Institutionen sind berechtigt, langfristig Leistungen zu Lasten des KVG zu erbringen und in Rechnung zu stellen. Die Aktivitäten der geriatrischen Kliniken sind in dieser Kategorie nicht enthalten.“¹⁶

*Definition
Pflegeheim*

Definition *Altersheime* gemäss BFS: „Institutionen, die sich um Betagte kümmern, die Aufsicht, Unterstützung oder auch Pflege benötigen. Diese Institutionen sind nicht berechtigt, Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung (Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), Art. 39 Abs. 3 KVG) zu erbringen und in Rechnung zu stellen.“¹⁷

*Definition
Altersheim*

Seit längerem lässt sich in der Schweiz die Tendenz beobachten, dass es immer weniger Altersheimplätze gibt, während dafür die Anzahl Pflegeheimplätze konstant zunimmt.¹⁸ Einzelne regionale Ausnahmen, wo die Anzahl der bestehenden Altersheimplätze in etwa konstant bleibt, bestätigen hierbei die Regel.

*Altersheim vs.
Pflegeheim*

¹⁴ Schulte (Hrsg.) (2008), S. 63.

¹⁵ Ebd.

¹⁶ Francis BFS (Hrsg.) (2014), S. 4.

¹⁷ Ebd.

¹⁸ Vgl. Francis BFS (Hrsg.) (2014), o.S. und Interviews A4 und A11.

1.6 Methodik und Forschungsdesign

Das Vorgehen dieser Forschungsarbeit gliederte sich im Wesentlichen in fünf Schritte:

*Methodik und
Forschungsdesign*

1. Literaturrecherche und informelle Befragungen
2. Formulierung Fragestellung und Methodik
3. Qualitative Experteninterviews und Erarbeitung Evaluationsmodell
4. Anwendung Modell an Fallbeispielen und Auswertung der Ergebnisse
5. Schlussfolgerungen bezüglich Fragestellung und Adaption Modell

1.6.1 Literaturrecherche und informelle Interviews

Die Literatur zum Thema *Pflegeimmobilien* ist medial, thematisch und regional stark fragmentiert. In einem ersten Schritt ging es darum, die für die Fragestellung relevanten Teile zusammenzutragen, zu analysieren und zu evaluieren. Danach wurde versucht, die so strukturierten Informationen zu einem sinnvollen Gesamtbild zusammenzufügen.¹⁹ Gleichzeitig wurden mit Fachleuten aus angrenzenden Gebieten informelle Befragungen durchgeführt, um das Themengebiet einzugrenzen. Dabei war es ein zentrales Bestreben, eine theoretisch relevante, gleichzeitig jedoch in der Praxis anwendbare Fragestellung herauszukristallisieren.

Literaturrecherche

*Informelle
Befragungen*

1.6.2 Formulierung Fragestellung und Methodik

Durch Strukturierung und Auswertung der zusammengetragenen Unterlagen wurde die zentrale Fragestellung formuliert. Es wurde ein Prozess durchlaufen: aus einem ursprünglich eher operativen, planerischen Fokus entwickelte sich zusehends ein strategischer Blickwinkel.

Strukturierung

Aus der Fragestellung „Was macht betriebseffiziente Pflegeimmobilien aus?“ entwickelte sich so zusehends die Fragestellung nach Anreizen, Finanzierungsmechanismen sowie den institutionellen und regulatorischen Anforderungen.

*Evolution
Fragestellung*

Aus dem zusammengetragenen Material wurde ein erstes Konzept für ein „Bewertungsmodell“ entworfen.

Entwurf Modell

¹⁹ Bezüglich Planungsprozess sei „Von der Vision zum Projekt: Neubau, Erweiterung oder Sanierung eines Alters- und Pflegezentrums“, Bohn (2012) hervorgehoben.

1.6.3 Experteninterviews und Erarbeitung Evaluationsmodell

Mit dem so zusammengeführten Material und der zentralen Fragestellung „im Rucksack“ wurden nun qualitative, teilstrukturierte Befragungen mit Fachexperten durchgeführt. Die Gesprächsstruktur war in Form einer Stichwortliste (siehe Anhang A2) vorgegeben, wobei bewusst auch auf die spezifische Expertise der Gesprächspartner eingegangen wurde.

*Experten-
interviews*

Die Aufbereitung der Interviews fand mittels Stichwortprotokollen²⁰ und Abschriften der Gespräche statt. Mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse wurden die ursprünglichen Annahmen überprüft und verifiziert.

*Zusammenfassung
Inhaltsanalyse*

1.6.4 Ausarbeitung Evaluationsmodell

Aufgrund eines kontinuierlichen Auswertungsprozesses der Experten-Interviews sowie der kritischen Diskussion mit dem Betreuer flossen Ergänzungen und Detaillierungen in das ursprüngliche Konzept des Evaluationsmodells ein, welches dabei in seiner Grundstruktur erhalten blieb.

*Ausarbeitung
Modell*

1.6.5 Anwendung und Bewertung Modell an Fallbeispielen

Im letzten Schritt wurde das Evaluationsmodell anhand von fünf Fallbeispielen überprüft und angewendet. Unter anderem wurden auch solche Fallbeispiele betrachtet, welche der Verfasser im Laufe der Expertengespräche kennengelernt hatte.

Fallbeispiele

Mithilfe der Fallbeispiele sowie der Auswertung der Expertengespräche wurden die Schlussfolgerungen zusammengestellt.

Auswertung

Als Abschluss der Recherche absolvierte der Verfasser einen Tag als Begleiter des Pflegeteams in einem Heim, welches er im Rahmen der Befragungen kennenlernte.

*Abschluss
Recherche*

²⁰ Vgl. Interviews Anhang A3 - A13.

2 Grundlagen

2.1 Gesellschaftliche Entwicklungen

2.1.1 Wohnformen im Alter

Ein Grossteil der älteren Menschen bevorzugt, solange dies möglich ist, das Wohnen am ursprünglichen Wohnort.²¹ Auch die Gemeinden, welche laut Pflegegesetz immer öfter für das genügende Angebot an Pflegeheimplätzen zuständig sind, versuchen das Verbleiben in der ursprünglichen Wohnung zu fördern.²²

*Solange
zu Hause
wie
möglich*

Wird das eigenständige Wohnen eines Tages aus gesundheitlichen Gründen nur noch eingeschränkt möglich, wird meist versucht, mittels ambulanter Pflege und Betreuung (z.B. Spitex) so viel wie möglich aufzufangen. Steigen später Pflegebedarf und Betreuungsaufwand über ein kritisches Mass hinaus, erfolgt dann früher oder später ein Umzug in eine Alterswohnung oder in ein Pflegeheim.

*Ambulante Pflege
oder Umzug*

Während das klassische „Altersheim“ als Wohnform in der Schweiz immer seltener wird, ist ein gewisser Trend zu „hybriden“ Wohnformen erkennbar. Mit diesem Begriff ist gemeint, dass es sich um *Mischformen* zwischen ambulanten und stationären Pflegeangeboten handelt.²³

Aktuelle Trends

Sowohl gesellschaftlich wie auch individuell herrscht tendenziell der Wunsch vor, den letzten Lebensabschnitt so lange wie nur möglich im *gewohnten* Umfeld zu verbringen.

2.1.2 Entwicklungen Pflegebedarf

Betrachtet man die zentralen Faktoren, welche das in Zukunft notwendige Angebot von Pflegeplätzen in Heimen für Betagte determinieren, so sind dies:²⁴

Pflegebedarf

- Bevölkerungsentwicklung
- Pflegequote
- soziale Faktoren

²¹ Vgl. Höpflinger (2009), S.195.

²² Vgl. Interview Anhang A5.

²³ Vgl. Interview Anhang A6.

²⁴ Vgl. Bayer-Oglesby / Höpflinger (2010), S. 8-9 und Just (2013), S. 214.

Die Frage lautet somit einerseits, welche Auswirkungen diese Punkte darauf haben, wie viele Menschen pflegebedürftig werden. Auf der anderen Seite stellt sich die Frage, ob die Pflegebedürftigen informell zuhause, ambulant oder stationär betreut werden.

Wo findet
Pflege statt?

Während Bevölkerungsentwicklung und Pflegequote selbstverständlich zur Herleitung des zukünftigen Pflegebedarfs herangezogen werden, sind soziale Faktoren und gesellschaftliche Entwicklungen ebenso entscheidend dafür, wie viele der in Zukunft Pflegebedürftigen Heimplätze benötigen werden.²⁵ „Der demografische Wandel dürfte auch dazu führen, dass weniger Menschen bereit bzw. in der Lage sind, häusliche Pflege zu erbringen. Das informelle Pflegepotenzial hält nicht mit der Nachfrage nach Pflegeleistungen mit. Stationäre Pflege muss daher im Trend an Bedeutung gewinnen“ hält Just für Deutschland fest, wobei sich eine ebensolche Gültigkeit für schweizerische Verhältnisse vermuten lässt.

Soziale
Faktoren

Im Planungspapier „Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz“ fassen Bayer-Oglesby und Höpflinger ihre Prognosen wie folgt zusammen: „Auf Schweizer Ebene muss unter dem Referenzszenario I und unter Annahme einer konstanten Quote stationär mit einer Zunahme des Pflegebettenbedarfs von rund 67'000 im Jahr 2008 auf rund 100'000 im Jahr 2030 (plus 50 Prozent) gerechnet werden. Unter optimistischsten Annahmen würde im Jahr 2030 ein Pflegebettenbedarf von 85'000 (plus 30%) resultieren, unter pessimistischsten Annahmen von 144'000 (plus 115%).“²⁶

Zukünftiger
Bedarf

2.1.3 Pflegebedarf und Arbeitsmarkt

Betrachtet man die Zunahme der Schweizer Erwerbstätigen in den Jahren zwischen 2000 bis 2010, so wird ersichtlich, dass der Anteil an zusätzlichen Arbeitskräften im Bereich „Alters- und Pflegeinstitutionen“ im Vergleich zu allen anderen Sektoren überproportional zugenommen hat.²⁷ Widmer hält diesbezüglich fest: „Diese Entwicklung wird [auch weiterhin; Anm. d. Verf.] weit über dem durchschnittlichen Wirtschaftswachstum liegen. Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Alters- und Pflegeinstitutionen wird deshalb noch zunehmen...“

Einflussfaktor
Arbeitsmarkt

²⁵ Just (2013), S. 214.

²⁶ Bayer-Oglesby / Höpflinger (2010), S. 51.

²⁷ Vgl. Widmer (2012a), S.13.

2.1.4 Weitere Gründe für das Wohnen im Heim

Ebenfalls interessant im gesellschaftlichen Zusammenhang sind die Gründe, welche neben der Pflegebedürftigkeit zu einem Leben im Heim führen: „Auch wenn beide Datenquellen nicht deckungsgleich sind, zeigt sich insgesamt die – nicht überraschende – Tatsache, dass eine klare Mehrheit der Alters- und Pflegeheimbewohnerschaft pflegebedürftig ist, aber dass eine nicht unbeträchtliche Minderheit aus sozialen, psychischen oder wirtschaftlichen Gründen in einer Alters- und Pflegeeinrichtung lebt.“²⁸

Weitere
Ursachen

2.1.5 Auswirkungen auf Pflegeimmobilien

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in Anbetracht dieses kontinuierlich ansteigenden Pflegebedarfs und einer gleichzeitig schrumpfenden Zahl von Erwerbstätigen (vgl. Abbildung 4) weiterhin von einem stetig steigenden Bedarf an Pflegeheimplätzen auszugehen ist.

Auswirkungen
Pflegeimmobilien

Die Frage lautet also nicht, ob die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen weiter zunimmt, sondern wie stark diese ausfallen wird.

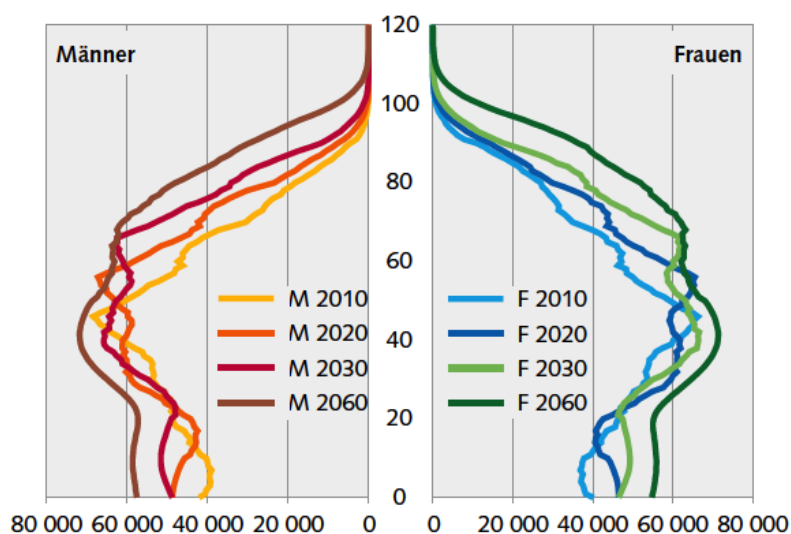


Abb. 4: Entwicklung der Alterspyramide gemäss dem hohen Szenario²⁹ B-00-2010, Kohli / Bläuer Herrmann / Babel (2010), S. 24

²⁸ Höpflinger / Bayer-Oglesby / Zumbrunn (2011), S. 54.

²⁹ BFS: Szenarien Bevölkerungsentwicklung Schweiz A (tief) bis C (hoch): „Zur Analyse [...] wurden Varianten des Referenzszenarios berechnet, bei denen jeweils die Hypothesen einer einzigen Komponente (Fruchtbarkeit, Sterblichkeit und Wanderungen) verändert sind.“

2.2 Anforderungen Pflege

2.2.1 Gesundheitszustand Bewohner

Um zu verstehen, was die häufigsten Ursachen für Pflegebedarf sind und welche Anforderungen dies an die Immobilien stellt, werden in diesem Kapitel die grundlegenden Krankheitsbilder betrachtet, welche in Pflegeheimen relevant sind.

*Ursachen
Pflegebedarf*

Die häufigsten Krankheitsbilder in Pflegeheimen können übergreifend wie folgt unterteilt werden:³⁰

*Häufige
Krankheitsbilder*

- Krankheiten des Kreislaufsystems (v.a. Schlaganfall und Herzinsuffizienz)
- psychische und Verhaltensstörungen (Demenz)
- Krankheiten des Nervensystems (Parkinson Syndrom, Alzheimer Krankheit),
- Krankheiten Muskel- & Skelettsystem / Bindegewebe (Arthrose, Osteoporose)
- bösartige Neubildungen (Krebserkrankungen)
- Symptome und abnorme klinische Befunde (Senilität)
- Diabetes II / obesität

Die folgende Abbildung 5 illustriert die Häufigkeit der einzelnen Diagnosen in Pflegeheimen. Dabei gilt es zu beachten, dass gerade bei hochbetagten Menschen häufig mehrere der diagnostizierten Krankheitsbilder gleichzeitig in Erscheinung treten.

*Diagnosen in
Pflegeheimen*

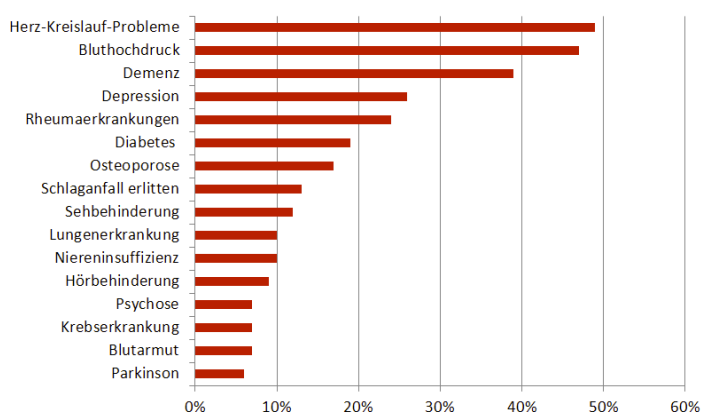


Abb. 5: Häufigste Diagnosen bei älteren und hochaltrigen Personen in Institutionen, vgl. Höpflinger / Bayer-Oglesby / Zumbrunn (2011), S. 99

³⁰ Vgl. Just (2013), S. 202.

2.2.2 Prognosen Demenz

Insbesondere scheint der Trend zum häufigeren Auftreten von Demenzerkrankungen sehr ausgeprägt zu sein. „Demenzerkrankungen gehören zu den häufigsten geriatrischen Erkrankungen im Alter, und aufgrund der steigenden Zahl hochaltriger Menschen stellen demenzielle Erkrankungen in ihren vielfältigen Formen eine zentrale gesundheits- und gesellschaftspolitische Herausforderung in einer Gesellschaft langlebiger Menschen dar.“³¹

Zunahme
Demenz

So sprechen die Prognosen in diesem Bereich eine eindeutige Sprache, wie aus Abbildung 6 ersichtlich wird.

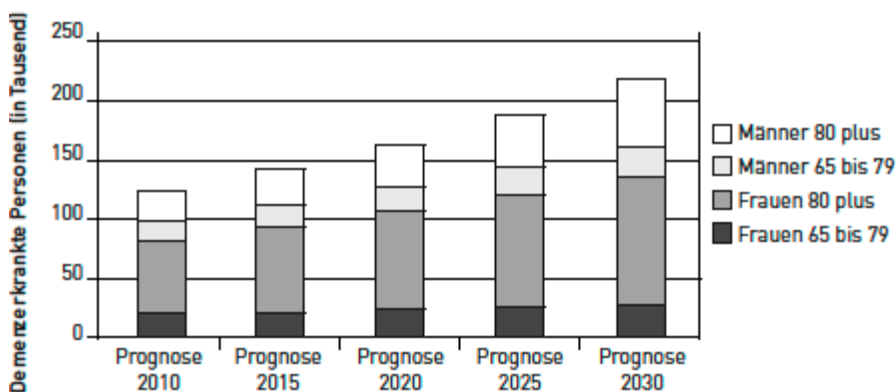


Abb. 6: Entwicklung der Personen mit Demenz 65plus, 2010-2030, in: Höpflinger / Bayer-Oglesby / Zumbunn (2011), S. 65

2.2.3 Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems

Während bei der stetig wachsenden Zahl von Hochbetagten demenzielle Krankheitsbilder häufiger werden, scheint gegenwärtig die Entwicklung bei den Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und anderen durch „gesunde“ Verhaltensweisen beeinflussbare Faktoren leicht rückläufig zu sein.³² So werden folgende möglichen Einflussfaktoren für diese Beobachtungen aufgeführt:

Trends und
Entwicklungen

„Bei einigen dieser Ursachen lässt sich durch geänderte Verhaltensweisen und präventive Maßnahmen das Pflegerisiko deutlich senken. Dies gilt zum Beispiel im Falle des Alkohol und Tabakkonsums für die bösartigen Neubildungen und Krankheiten des

Faktoren
Verbesserung

³¹ Höpflinger / Bayer-Oglesby / Zumbunn (2011), S. 62.

³² Vgl. Interview Anhang A10.

Kreislaufsystems. Eine gesündere Ernährung, mehr Bewegung und neue medikamentöse Therapien helfen, die Risiken zu reduzieren. Hinzu kommt, dass die postindustrielle Arbeitswelt deutlich geringere Arbeitsrisiken birgt. (...) Schließlich gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und der Pflegewahrscheinlichkeit: Gut ausgebildete Menschen leben tendenziell gesünder als gering qualifizierte Menschen. Je höher der Ausbildungsgrad in Zukunft ist, desto stärker könnten die Pflegewahrscheinlichkeiten in jeder Altersgruppe sinken.“³³

Veränderungen
Verhalten

2.2.4 Multidimensionalität und Multimorbidität

Treten Krankheiten bei Betagten in Kombination mit anderen Krankheitsbildern auf, so ist von der sogenannten *Multimorbidität*, respektive *Multidimensionalität* die Rede; Definition siehe Kasten.

Multidimensionalität
Multimorbidität

Multidimensionalität - Multimorbidität:

„Multidimensionale Erkrankung bedeutet das Vorliegen von verschiedenen Krankheiten, mit Ursache in und Auswirkung auf mehrere Gesundheitsdimensionen, insbesondere körperliche, psychische, soziale, funktionelle und ökonomische.

Der Begriff multidimensionale Erkrankung trägt der Tatsache Rechnung, dass die Definition von Krankheit alleine noch nichts darüber aussagt, welche Gesundheitsdimensionen betroffen sind. Die Abklärung und Behandlung multidimensionaler Erkrankungen ist die Domäne der Geriatrie. Multimorbidität, d.h. das gleichzeitige Vorliegen von zwei oder mehreren chronischen Erkrankungen mit komplexen Interaktionen, ist die Domäne der Allgemeinen Inneren Medizin.“³⁴

2.2.5 Auswirkungen auf den Raumbedarf

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass folgende Haupttrends im Gesundheitsprofil der Pflegeheimbewohner die zukünftigen Anforderungen an die Immobilien definiert werden können:³⁵

Auswirkungen
Raumbedarf

³³ Schulz (2008) zit. in: Just (2013), S. 187.

³⁴ Beck (2012), zit. in: Grob (2013), S. 180.

³⁵ Vgl. Interview Anhang A10.

- Zunahme Demenzerkrankungen in Zusammenhang mit hohem Eintrittsalter
- Zunahme multimorbider und multidimensionaler Krankheitsbilder
- langsamer Rückgang Erkrankungen Herz- und Kreislaufsystem
- Diabetes I + II in Verbindung mit Obesität

*Auswirkungen
Raumbedarf*

Die Anforderungen an Pflegeimmobilien mit einem stetig wachsenden Anteil an demenzerkrankten Menschen bewirkt eine Veränderung dessen, was in der Planung angestrebt wird. Führen körperlich zentrierte Krankheitsbilder zu einem hohen Pflege- und Mobilisationsbedarf, so rücken im „neuen“ Kontext zusehends Betreuung, Begleitung aber auch Sicherheit in den Fokus.³⁶

*Auswirkungen
Demenz*

Demenzgärten, gangartige Rundläufe und Sicherheitsvorkehrungen unter Einsatz elektronischer Hilfsmittel bilden nur den Anfang einer Entwicklung, welche noch zahlreiche Erkenntnisse und Erfahrungen implementieren muss.³⁷ Erst seit einigen Jahren sind die Planer auf das Thema Demenz sensibilisiert, und es wurden bereits zahlreiche Massnahmen realisiert. Nun gilt es die entsprechenden Erfahrungen zu analysieren und in die zukünftigen Planungsprämissen einfließen zu lassen.

*Bauliche
Massnahmen*

Als Leitbild formulieren Höpflinger et al.: „Was die bauliche und wohnliche Gestaltung demenzgerechter Lebensverhältnisse betrifft, gelten allgemein alle Regeln für hindernisfreies Bauen und Wohnen (schwellenlose Türen, rollstuhlgängige Badezimmer usw.). Noch stärker als bei körperlich-funktionalen Einschränkungen sind jedoch bei Demenzwohngruppen die Symptome und die Auswirkungen hirnnorganischer Störungen räumlich und gestalterisch zu berücksichtigen.“³⁸

*Leitbild
Gestaltung*

Hauptpunkte bei der Planung für Demente nach Höpflinger et al.:³⁹

- Desorientierung vermeiden: Überschaubarkeit, Helligkeit, Farbgebung
- Passivität entgegenwirken: Offenheit, Zugänglichkeit, Ausblick
- Unsicherheit bekämpfen: Sichtkontakt, Sicherungssysteme, Bewegung
- Vertrautheit schaffen: Kontinuität, Vertrautheit, eigene Möblierung
- Anpassbarkeit ermöglichen für Verhaltensschwankungen

³⁶ Vgl. Interview Anhang A4.

³⁷ Vgl. Interview Anhang A10.

³⁸ Vgl. Höpflinger / Bayer-Oglesby / Zumbrunn (2011), S. 103-104.

³⁹ Ebd.

Im Phänomen der Zunahme von multimorbiden und multidimensionalen Krankheitsbildern, äussert sich ein Stück weit die Realität, dass die heutigen Bewohner heutzutage immer später und erst mit einem fortgeschrittenen Pflegebedarf in ein Alters- oder Pflegeheim eintreten.

Auswirkungen
Multimorbidität

Dies bedeutet, dass tatsächlich ein Grossteil der Bewohner in ein Heim kommt, um dort ihre letzten Monate zu verbringen. In diesem Sinne sei auf die Aussage eines Interviewpartners verwiesen, der betonte, dass man schon zeigen dürfe, was ein Pflegeheim eben *auch* ist: Ein Ort der Medizin und der Pflege.⁴⁰

Betrachtet man die statistische Aufteilung der in der Schweiz geleisteten Pflegetage nach Intensitätsstufe, so bietet sich das Bild, wie es Abbildung 7 illustriert. Dabei wird der durchschnittliche Pflegebedarf der Bewohner ersichtlich.

Verteilung
Pflegestufen

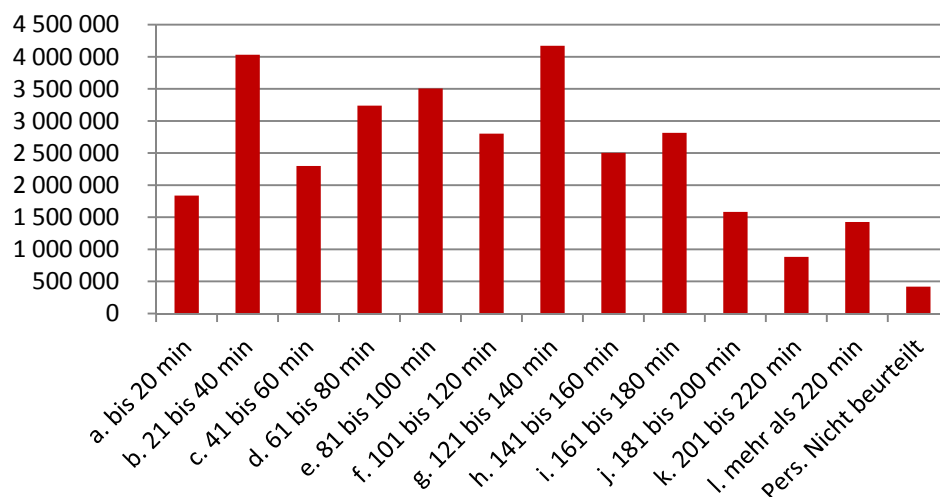


Abb. 7: Tage nach Pflegeintensitätsstufe in APH, vgl. Francis BFS (Hrsg.) (2013)

⁴⁰ Vgl. Interview Anhang A10.

2.3 Rechtliche Rahmenbedingungen

2.3.1 Bundesgesetz Pflegefinanzierung

Das *Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung*⁴¹ ist die Grundlage, welches den gesetzlichen Rahmen von Leistungsbezügern, Kantonen und Krankenversicherern bezüglich Bereitstellung und Finanzierung von Pflegeleistungen definiert. Dieses verpflichtet die Kantone, die Umsetzung mithilfe von Pflegegesetzen zu regeln.

Rechtlicher
Rahmen

2.3.2 Kantonale Pflegegesetze

Die *kantonalen* Gesetze regeln demnach die Rechte und Pflichten zwischen Gemeinden, Leistungsbeziehern und Krankenversicherern. Hier wird einerseits definiert, in welcher Weise die Gemeinden verpflichtet sind, genügend ambulante und stationäre Pflegeplätze für die Bevölkerung zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig werden die finanziellen Verpflichtungen und Anrechte der Interessensgruppen definiert.

Kantonales
Pflegegesetz

Essentielle Bestandteile bilden dabei die aktuelle Tarifordnung für Krankenkassen und Leistungsbezüger, als auch die Vorschriften bezüglich Pflegeheimlisten im Zusammenhang mit den finanziellen Verpflichtungen der Gemeinde.

So heisst es beispielsweise in Art. 5 des Pflegegesetzes des Kantons Zürich⁴²: „Die Gemeinden sorgen für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner. Sie betreiben zu diesem Zweck eigene Einrichtungen oder beauftragen von Dritten betriebene Pflegeheime und Spitex-Institutionen oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen.“

Rolle
Gemeinden

2.3.3 Swiss DRG

Seit dem 1.1.2012 ist in der Schweiz die sogenannte *neue Spitalfinanzierung* in Kraft. Deren zentraler Bestandteil ist die Verrechnung von Leistungen gemäss vorgeschriebener Fallkostenpauschalen (SwissDRG), wodurch Spitäler tendenziell Interesse an einer

Auswirkungen
SwissDRG

⁴¹ Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 1. Januar 2011.

⁴² Pflegegesetz des Kantons Zürich vom 27. September 2010, Art. 5.

frühzeitigen Entlassung ihrer Patienten haben. Nach Widmer scheinen sich bereits erste Auswirkungen auf die Pflegeheime bemerkbar zu machen:⁴³

Auswirkungen
SwissDRG

- Frühere Verlegung von geriatrischen Patienten aus dem Spital ins Pflegeheim
- Zunahme Komplexität der Altersmedizin in den Heimen
- Zunahme Fachärzte und Pflegefachkräfte mit Spezialwissen in den Heimen

2.3.4 Zusammenfassung rechtliche Rahmenbedingungen

Wie aus den vorangegangenen Erläuterungen hervorgeht, liegt die Zuständigkeit für das ausreichende Angebot an Pflegeplätzen tendenziell immer stärker bei den Gemeinden.⁴⁴

Rechtliche
Auswirkungen

Es liegt bei ihnen zu entscheiden, ob sie die Heime selber erstellen und betreiben oder ob sie dabei Kooperationen mit Stiftungen und Privaten eingehen.

Das Zusammenspiel der Akteure wird in den folgenden Kapiteln erörtert.

2.4 Akteure im Planungsprozess

2.4.1 Akteure und Interessengruppen

Nachfolgend wird beleuchtet, wer die Akteure im Planungsprozess sind, wer die Pflegeheime betreibt und wer als Bauträger, Investor und Financier auftritt.

Akteure
Pflegeheim

Die Konstellationen im Schweizer Kontext sind sehr vielfältig, da sich die Situation zwischen den Kantonen, *innerhalb* dieser wie auch *zwischen den einzelnen* Gemeinden jeweils unterscheidet.

Im Weiteren wird versucht, einen kurzen Gesamtüberblick über die wichtigsten Akteure im Planungsprozess zu geben:⁴⁵

Gesamtüberblick

- die Betreiber
- die Bauträger
- die Gemeinden
- Investoren und Financiers

2.4.2 Betreiber

Wie aus der Abbildung 8 hervorgeht, werden die schweizerischen Pflegeheime von öffentlich-rechtlichen, halbprivaten, sowie privaten Institutionen betrieben:

⁴³ Vgl. Widmer (2012b), S. 2.

⁴⁴ Allgemeine Tendenz, Rechtslage unterscheidet sich nach Kantonen.

⁴⁵ Vgl. Bohn (2012), S. 8-51.

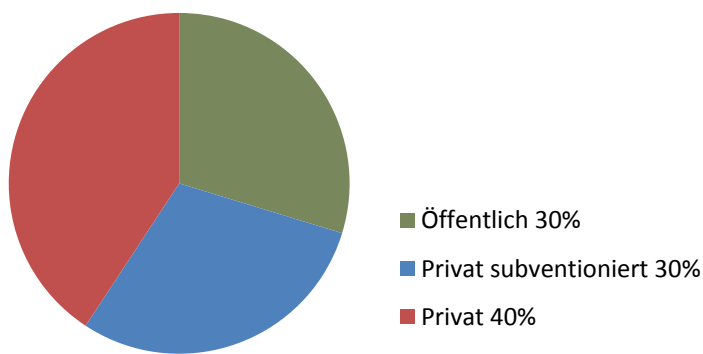


Abb. 8: Betreiber Alters- und Pflegeheime, vgl. Francis BFS (Hrsg.) (2014): 1-A

Es existieren also öffentliche Betreiber wie z.B. Gemeinden, halböffentliche wie z.B. Caritas, sowie Private wie z.B. Tertianum. Bei den privaten Betreibern gilt es zu unterscheiden zwischen jenen, welche das grössere Gewicht auf die von KVG und Sozialwerken getragenen Leistungen legen, sowie *jenen*, welche bei der Ertragsgeneration auf zahlungskräftige Selbstzahler fokussieren; wobei es sich bei dem Grossteil dieser Unternehmungen um Mischformen beider Modelle handelt.

Kategorien
Betreiber

In diesem Zusammenhang bedeutet der Begriff *private Institution* also nicht zwingend, dass diese *de facto* auch privat finanziert ist. Private und halbprivate Institutionen können durchaus von Gemeinde oder Kanton beauftragt werden, Pflegeheimplätze zu betreiben.

Interpretation
„privat“

Sie wirtschaften dann zwar auf eigenes Risiko, erhalten aber je nach Kontext eine oder mehrere der folgenden regulatorischen Vorteile:

- Bewilligung, KVG-Leistungen zu erbringen; d.h. Pflegeheimlizenz
- Einschränkung Leerstandrisiken durch zugewiesene Bewohner der Gemeinde
- indirekt subventionierte Immobilien durch Zonenordnung oder spezielle baurechtliche Regelungen (siehe hierzu auch nächstes Kapitel)

2.4.3 Bauträger

Soweit es im Rahmen dieser Studie möglich war, konnte keine gesetzlichen Grundlagen auf Bundes- oder Kantonsebene eruiert werden, welche die Finanzierung von Pflegeheim-Immobilien regeln. Es scheint zu dieser Thematik auch kaum statistischen Datensammlungen zu geben, welche Finanzierungsstrukturen und Eigentumsverhältnisse dokumentieren. Dies wäre möglicherweise eine ergiebige Forschungsaufgabe.

Bauträger

Aus den geführten Gesprächen lässt sich jedoch ableiten, dass Pflegeimmobilien vornehmlich auf Initiative von Gemeinde oder Kanton erstellt werden. Dabei können die Bauträger sowohl die öffentliche Hand selber, wie auch private oder halbprivate Institutionen sein.

*Finanzierung
Immobilien*

Auch bezüglich der Eigentumsverhältnisse des Baulandes sind alle Modelle anzutreffen: Land im Eigenbesitz der Gemeinde, solches, welches im Baurecht vergeben wird, bis hin zu privatem Landbesitz – wobei im letzten Falle die Gemeinde oder der Kanton oft in Form der Bau- und Zonenregelungen einen gewissen Einfluss auf die freie Verfügbarkeit ausüben.

*Konstellationen
Landeigentum*

Während die Finanzierung von Bau und Unterhalt früher eher noch bei der öffentlichen Hand angesiedelt waren, scheint im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung die Tendenz in die Richtung zu gehen, dass die Betreiber „ihre“ Immobilien selber finanzieren.⁴⁶

*Entwicklung
Finanzierung*

Dies kann im Sinne einer Bauträgerschaft oder aber in Form einer zu bezahlenden Kostenmiete zwischen den Departementen einer grösseren Stadt erfolgen.⁴⁷

Bei der Miete von Pflegeimmobilien besteht die Gefahr, dass die gemieteten Objekte zu sparsam bewirtschaftet werden (auflaufender Unterhaltsbedarf). Aus diesem Grunde ist in der Mietvertragsgestaltung und in den Rechnungslegungsverordnungen zwischen den vermietenden und mietenden Körperschaften darauf zu achten, den entsprechenden Risiken genügend Aufmerksamkeit einzuräumen.⁴⁸

*Anreize und
Risiken
Miete*

Bei der Eigenerstellung von Pflegeimmobilien muss hingegen beachtet werden, dass die Gebäude nicht ausschliesslich auf die Ertragsoptimierung ausgerichtet sind. Die entsprechenden Bauobjekte werden direkt oder indirekt durch öffentliche Gelder finanziert und sollten je nach Situation zumindest partiell öffentlichen Charakter aufweisen. Mehr zum Faktor „Qualität für die Umwelt“ im Evaluationsmodell in Kapitel 3.2.3

*Anreize und
Risiken
Eigenerstellung*

⁴⁶ Vgl. Interview Anhang A3.

⁴⁷ Vgl. Interview Anhang A4.

⁴⁸ Vgl. Interview Anhang A3.

2.4.4 Gemeinden

Die Rolle der Gemeinden, welche häufig als Bauträger, Betreiber oder indirekter Auftraggeber auftreten, ist im Planungsprozess also sehr wichtig. Hierbei ist eines der größten Probleme die zunehmende Bodenknappheit, ausgelöst durch die stark steigenden Landpreise der letzten Jahre, wie aus Abbildung 9 ersichtlich wird.

*Rollenbilder
Gemeinden*

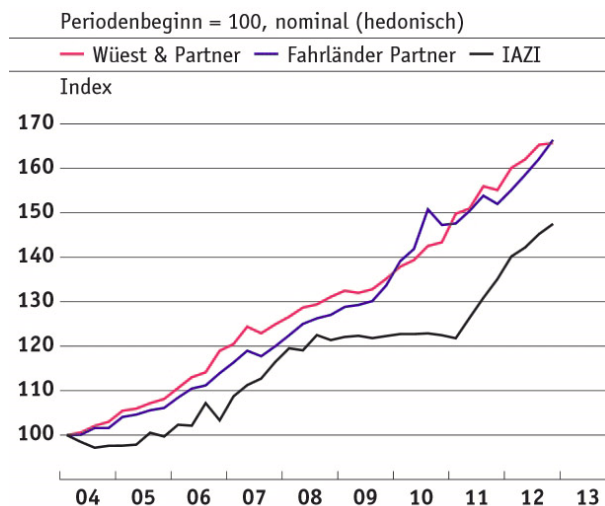


Abb. 9: Transaktionspreise Eigentumswohnungen 2004 – 2013, o.V., SNB (2013)⁴⁹

Im Kontext der demografischen Entwicklungen der nächsten Jahrzehnte erscheint dabei also eine auf die bevorstehenden Anforderungen zugeschnittene Boden- und Landpolitik als *essentieller* Faktor für den zukünftigen Erfolg von Pflegeimmobilien aus dem Blickwinkel der Gemeinden.⁵⁰

*Faktoren
Bodenpolitik*

Dabei kann versucht werden, den zukünftigen Landbedarf der Gemeinden durch folgende Strategien langfristig zu sichern und zu bewirtschaften:

*Strategien
Gemeinden*

- Vergabe Baurechte anstelle von Landverkäufen an die Bauträger⁵¹
- vorausschauende Planung durch die Bau- und Zonenordnung⁵²
- Koppelung Pflegeheimlizenzen an gute Landerwerbskonditionen

Eine geschickte Weichenstellung in diesem Bereich ist zukünftig für die Bedürfnisse sowohl der jüngeren wie auch die der älteren Generationen entscheidend.

⁴⁹ O.V., SNB (Hrsg.) (2013), basierend auf Daten von: Fahrländer Partner, IAZI, Wüst & Partner.

⁵⁰ Vgl. Interview Anhang A11.

⁵¹ Vgl. Interview Anhang A13.

⁵² Vgl. Interview Anhang A11.

2.4.5 Investoren und Financiers

Je nach Konstellation zwischen öffentlicher Hand und Betreiber kann auch ein externer Bauträger oder Immobilieninvestor zum Zuge kommen. Für diesen bietet ein wachsender und relativ stabiler Markt Chancen⁵³ für Portfoliodiversifikation.

*Pflegeimmobilien
als Chance für
Investoren*

Nach Just stellen Pflegeimmobilien eine interessante Ergänzung zu einem Immobilienportfolio mit einem Schwergewicht an Wohnimmobilien dar: „Die Investition in Pflegeimmobilien bietet grundsätzlich gute Diversifikationsmöglichkeiten für gemischte Portfolios. Das Diversifikationspotenzial könnte in Wohnungsportfolios größer ausfallen als in Büroportfolios. Nimmt nämlich die Frauenerwerbstätigkeit zu, so führt dies nicht nur zu einer Zunahme der Büroarbeitsplätze, sondern eben auch zu einer Abnahme der informellen Pflegemöglichkeiten, und dies zwingt geradezu zu einer Ausweitung der stationären Pflege. Wohnimmobilien bilden aus demselben Grund dann eher ein Substitut zu Pflegeimmobilien, da der private Wohnraum dann für den Pflegefall nicht mehr benötigt wird.“⁵⁴

*Portfolio-
diversifikation*

Gleichzeitig gilt es jedoch die spezifischen Risiken dieser Anlageklasse zu berücksichtigen: „das Betreiberrisiko, das Standortrisiko, das Risiko einer geänderten Förderlandschaft und die Unsicherheit über die Entwicklung der zukünftigen Pflegewahrscheinlichkeit.“⁵⁵

Risiken

2.5 Kostenstruktur Alters- und Pflegeheime

2.5.1 Vorbemerkung

Das nun folgende Kapitel trägt die wichtigsten Bestandteile zusammen, welche für das Verständnis notwendig sind, um die markante Kostentwicklung der APH-Ausgaben der vergangenen Jahre nachvollziehen zu können. Im letzten Abschnitt wird dann versucht, diese zusammenzufassen um die zentralen *Treiber* zu identifizieren.

*Grundlagen
Ausgaben Alters-
und Pflegeheime*

⁵³ Vgl. Just (2013), S. 201.

⁵⁴ Just (2013), S. 214.

⁵⁵ Ebd.

2.5.2 Ausgabenstruktur

Wie bereits im Einleitungskapitel kurz aufgezeigt wurde, machen die Immobilienkosten nur einen sehr kleinen Anteil der Pflegeheimausgaben aus. Die Betriebskosten in der Schweiz setzen sich aus folgenden Hauptpositionen⁵⁶ zusammen: 64% Personalaufwand, 14% Gebäude (Anlagenutzung 8%, Fremdkapitalkosten 3%, Unterhalt und Reparatur), 8% Lebensmittelkosten, 9% Haushalt-, Energie- und Wasserkosten, 3% Büro- und Verwaltungskosten, 2% medizinischer Bedarf 1% übrige Kosten. Siehe Abbildung:

Ausgabenstruktur
Pflegeinstitutionen

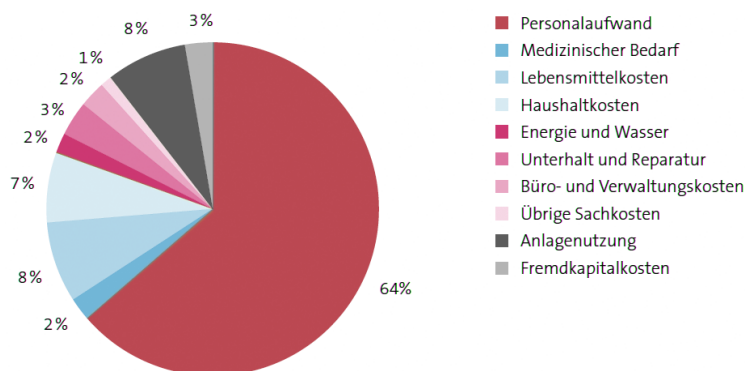


Abb. 10: Ausgabenstruktur Alters- und Pflegeinstitutionen, Widmer (2012b), S.12

2.5.3 Einnahmestruktur

Betrachtet man weiter, wer letztendlich die Betriebskosten von Pflegeheimen finanziert, so zeigt sich ein Bild, wie es aus Abbildung 11 hervorgeht. Dabei wird ersichtlich, was sich bereits intuitiv vermuten lässt: Die Alterspflege wird im Wesentlichen von zwei Seiten her finanziert.⁵⁷

Einnahmestruktur

Auf der einen Seite finanzieren die Pflegeheimbewohner Pension, Betreuung und einen Teil der Pflegekosten mit Ersparnissen, der AHV, sowie der zweiten und dritten Säule. Auf der anderen Seite geht vielen Bewohnern aufgrund des stetig wachsenden Finanzbedarfs früher oder später das Geld aus und die Pflegeheimkosten werden aus einer Kombination von Beiträgen der öffentlichen Hand und der Sozialwerke finanziert.

1. Bewohner

2. Öffentliche Hand
und Sozialwerke

⁵⁶ Vgl. Widmer (2012b), S. 12.

⁵⁷ Vgl. Widmer (2012b), S. 11.

Die Krankenversicherer bezahlen in dieser Konstellation einen gesetzlich vorgeschriebenen Anteil an die Pflegekosten entsprechend der Pflegestufeneinteilung der Heimbewohner.

Krankenversicherer

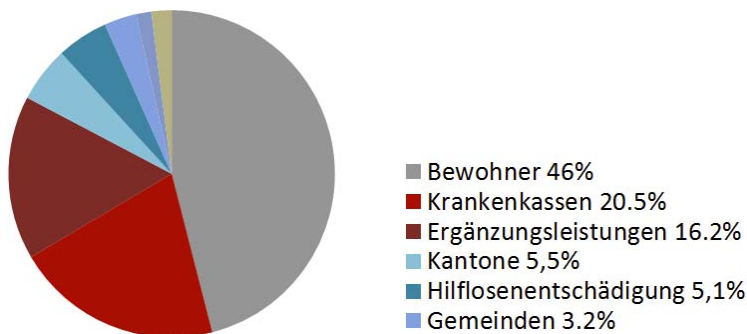


Abb. 11: Alter: Wer zahlt wieviel für Pflege?, in: Raos (2009)⁵⁸

Im Kanton Zürich, beispielsweise, reichen die Pflgetaxen von „RAI-Stufe 1“ (bis 20 Minuten Pflege pro Tag) von 13.-, von welchen die Krankenversicherer ca. 70% bezahlen, bis RAI Stufe 12 (mehr als 220 Minuten pro Tag) von 283.-, von welchen sie nur noch ca. 38% übernehmen.⁵⁹

Pflgetaxen
Beispiel

2.5.4 Kostenträger Pflegeheime

Stellt man dem gegenüber, auf welche Kostenträger in der Betriebsbuchhaltung die einzelnen Positionen entfallen, so zeigt sich ein Bild gemäss Abbildung 12. Die Aufstellung zeigt, für welche Leistungen die Betriebskosten effektiv eingesetzt werden. Gleichzeitig lässt sich ableiten, wer gemäss den geltenden Regelungen für die spezifischen „Kostenträger“ aufkommen soll. So zahlen die Leistungsbezüger, solange es ihre finanziellen Verhältnisse ermöglichen, für:⁶⁰

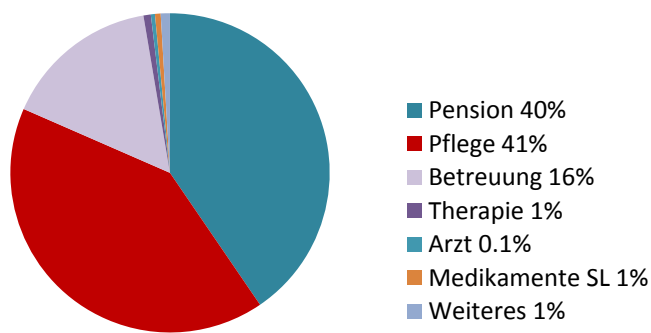
Aufteilung
Kostenträger

- Pensionspreise (Beherbergung und Gastronomie): 100%
- Betreuungstaxe (z.B. wegen Demenz): 100%
- Pflgetaxen (gemäss kantonaler Richtpreise): max. 20%
- Zusatzleistungen (z.B. Rollstuhl etc.): volle Preise nach Aufwand

⁵⁸ Raos (2009): Zusammenzug Statistiken von BFS, BSV, Curaviva sowie Berechnungen des Autors; zu dieser Aufteilung ist anzumerken, dass sie die Situation im Jahre 2006 dokumentiert und daher den Zustand vor Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Trotz intensiver Recherche war keine aktuellere Zusammenstellung verfügbar.

⁵⁹ Konkretes Beispiel anhand der Pflgetaxen-Regulation eines Pflegeheimes an der Stadtgrenze von Zürich, Stand Juni 2014.

⁶⁰ Ebd.



Betriebskosten nach
Hauptkostenträger

Abb. 12: Betriebskosten nach Hauptkostenträger, vgl: Francis BFS (Hrsg.) (2014), o.S.

2.5.5 Interpretation Kostenentwicklung

Die Ausgaben für Alters- und Pflegeheime in der Schweiz haben sich innerhalb der letzten 15 Jahre mehr als verdoppelt.⁶¹ Isoliert man dabei die Faktoren zusätzliche Pflegeplätze, gestiegene Lohnkosten und Teuerung, so ergibt sich ein Bild, wie es Abbildung 13 illustriert:

Interpretation
Kostenentwicklung

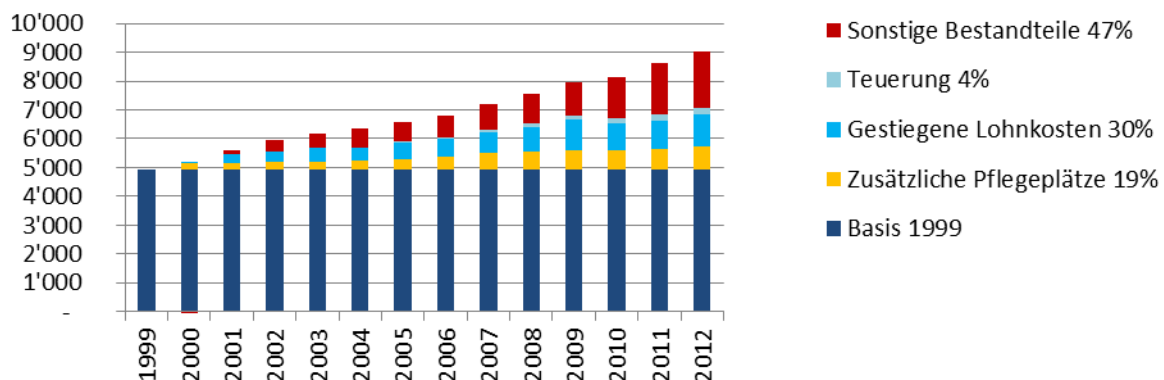


Abb. 13: Kostenentwicklung APH 1999 – 2012 und Anteile am Kostenwachstum⁶²

Durch diese Darstellung wird ersichtlich, welche Faktoren wie stark ins Gewicht fallen:

Gewichtung
Faktoren

- Teuerung allgemein 4%
- zusätzliche Pflegeplätze 19%
- gestiegene Lohnkosten 30%
- sonstige Bestandteile 47%

⁶¹ Vgl. Francis BFS (Hrsg.) (2014), o.S.

⁶² Vgl. Berechnung Anhang A14; basierend auf: Francis, A., BFS (2014), Tabelle „Anzahl Plätze“, BFS: Schweizerische Arbeitskräfteerhebung, BFS: LIK sowie eigene Berechnungen.

Nun stellt sich also die Frage nach der Herleitung der verbleibenden 47% der Kostensteigerungen, welche in der Zusammenstellung als „sonstige Bestandteile“ benannt sind.

Fragestellung

Bei den Antworten auf diese Fragestellung tendierten die befragten Experten zu folgenden Aussagen⁶³ (Zusammenfassung ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

Interpretation

- Anstieg Pflegebedarf pro Patient aufgrund Alter und Gesundheitszustand⁶⁴
- Anstieg Betreuungsbedarf pro Patient anhand veränderter Krankheitsbilder⁶⁵
- zusätzliche Übernahme Pflegeleistungen nach Spitalaufenthalt⁶⁶
- Regulierungsdichte wie Flächenvorgaben, Vergaberichtlinien, Energielabels⁶⁷
- steigende Boden- und Immobilienpreise⁶⁸

Es ist nicht Ziel dieser Thesis, die einzelnen Kostentreiber und ihre genaue Gewichtung zu analysieren. Das Interesse liegt in der *Identifikation* der Schlüsselfaktoren, welche zwischen Akteuren im Planungsprozess eine sinnvolle Diskussion ermöglichen.

*Identifikation
Schlüsselfaktoren*

2.5.6 Mischformen als Zukunftsmodell?

Übergreifend kann gesagt werden, dass die Ausgaben der schweizerischen Alters- und Pflegeheime aufgrund der aufgezeigten demografischen und gesellschaftlichen Aspekte, weiterhin steigen werden.

*Langfristige
Prognose*

Aus diesem Blickwinkel rücken Pflegeformen in den Fokus, welche einen „fliessenden“ Übergang zwischen ambulanter und stationärer Pflege ermöglichen. Einerseits soll so die Eigenständigkeit der Betagten so lange wie möglich aufrecht gehalten werden, andererseits sollen die so entstehenden Kosten für die öffentliche Hand soweit wie möglich im Rahmen gehalten werden.

*Mischformen
im Fokus*

⁶³ Vgl. Interviews Anhang A3–A13.

⁶⁴ Vgl. Kapitel 2.2.4.

⁶⁵ Vgl. Kapitel 2.2.2.

⁶⁶ Vgl. Kapitel 2.3.3.

⁶⁷ Vgl. Interviews Anhang A5 und A9.

⁶⁸ Vgl. Kapitel 2.4.4.

2.6 Potentiale und Anreize

2.6.1 Potentiale und Anreize für Akteure

Am Anfang dieser Thesis wurde nach den Anreizen gefragt, welche zu erfolgreichen Pflegeimmobilien führen. Weiter wurde nach dem gesellschaftlichen und regulatorischen Umfeld gefragt, welches notwendig ist, damit diese zum Zuge kommen.

*Rückblende
Fragestellung*

Im Folgenden wird auf die vorgestellten Akteure im Planungsprozess und ihre spezifischen Potentiale eingegangen. In einem zweiten Schritt wird dann diskutiert, wie diese aktiviert werden könnten.

2.6.2 Perspektive Bauträger / Gemeinde

Aus der Perspektive der Bauträger stehen die Anforderungen an das Bauprojekt zusammen mit den Investitionskosten im Mittelpunkt. Die folgenden Punkte stehen für ihn im Fokus:

*Potentiale
Gemeinde*

- Planungsprozess initiieren und führen
- Betreiber und Planer zu Innovationskraft und Kreativität motivieren
- Investoren und Financiers für Anliegen gewinnen

Der Bauträger initiiert das Projekt und führt eine zielgerichtete Diskussion mit den Betreibern, Investoren und weiteren Projektbeteiligten. Die Herausforderung besteht darin komplexe interdisziplinäre Zusammenhänge zielorientiert zu vermitteln, die Feedbacks zu koordinieren und zu einem synergetischen Ganzen zusammenzuführen.

Führung

2.6.3 Perspektive Betreiber

Aus Betreibersicht stehen die folgenden Parameter im Zentrum:

*Potentiale
Betreiber*

- Erzeugung Qualität für Bewohner, Mitarbeiter und Umwelt
- Optimierung Wirtschaftlichkeit durch Betriebseffizienz
- Synergien schaffen zwischen Anlage und Quartier

Im Fokus des Planungsprozesses steht die *interdisziplinärere Kommunikation* zwischen den Akteuren. Auf der einen Seite werden die Parameter für Qualität, auf der anderen jene für die Finanzierung diskutiert.

Kommunikation

2.6.4 *Perspektive Investoren und Financiers*

Im Fokus von Investoren und Financiers liegt es, Vermögen gewinnbringend und risikoarm anzulegen. Daraus ergeben sich die folgenden Parameter:

Potentiale
Investoren

- Erträge optimieren
- Betriebskosten einschränken
- Risiken minimieren

Zentral in diesem Zusammenhang ist ein *Monitoring* der Qualitäts-Dimensionen, welche mit den Optimierungen einhergehen. Die angestrebten Ziele müssen so mit dem Fokus auf *ethischen Verbindlichkeiten* sukzessive überwacht werden.

Monitoring

2.6.5 *Perspektive Gesetzgeber und Politik*

Die Herausforderung an Politik und Gesetzgeber ist es, die richtigen Anreize zu setzen, um jene Potentiale zu aktivieren, welche bei Bauträgern, Betreibern und Investoren vorhanden sind (dabei soll jedoch weiteren „Überregulierungen“ entgegengewirkt werden):

Herausforderungen
Gesetzgeber und
Politik

- Anreize für zusätzliche Angebote, Freiwilligenarbeit und Quartieraufwertung
- Anreize für Betriebseffizienz
- Anreize für Mischformen von ambulanter und stationärer Pflege

Mögliche
Anreize

Im Zusammenhang mit diesen Akteuren ist es wichtig, die Diskussion und den Prozess der Gesetzgebung anzustossen und zu *moderieren*.

Moderation

2.6.6 *Zusammenfassung Potentiale und Anreize*

Fasst man die zentralen Herausforderungen an die Akteure im Planungsprozess zusammen, so fokussieren diese auf *einige wenige* Schlüsselparameter. Auf der einen Seite geht es um *Qualität* für Bewohner, Mitarbeiter und Umwelt. Auf der anderen Seite stehen die *Finanzen* mit Kosten und Erträgen.

Definition
Schlüsselparameter

Basierend auf der Analyse dieser Schlüsselfaktoren entstand das *Evaluationsmodell für Investitionsentscheidungen*, welches im folgenden Kapitel präsentiert wird. Es soll den Akteuren im Planungsprozess als *Kommunikationstool* dienen, welches spezifisch auf Pflegeimmobilien zugeschnitten ist. Gleichzeitig kann es als Werkzeug für *Führung* und *Monitoring* verwendet werden.

Kommunikation
Führung
Monitoring

3 Evaluationsmodell für Investitionsentscheidungen

Wie in den einleitenden Kapiteln aufgezeigt wurde, ist der Planungsprozess von Pflegeimmobilien ein komplexer Vorgang mit einer Vielzahl von Anspruchsgruppen, Akteuren und Anforderungen.

Akteure im
Planungsprozess

Einerseits handelt es sich um *explizite* Akteure, welche effektiv am Planungsprozess beteiligt sind; andererseits sind auch viele *implizite* Anspruchsgruppen im Spiel, welche die Umsetzung ihrer Bedürfnisse im Planungsprozess erwarten.

Explizite und
implizite Akteure

Die expliziten Akteure im Planungsprozess sind:⁶⁹

- Bauträger (Gemeinde, Stiftung oder Private)
- Betreiber
- Investoren / Financiers
- Planer und Berater

Die impliziten Anspruchsgruppen sind:

- Bewohner
- Mitarbeiter
- Angehörige und Nachbarschaft
- Bund, Kanton, Gemeinde
- Krankenversicherungen
- Steuerzahler und Wähler

Um die Kommunikation zwischen diesen Akteuren zu erleichtern und die vielschichtigen Themen im Planungsprozess zu diskutieren, schlägt diese Arbeit ein *Evaluationsmodell für Investitionsentscheidungen* vor. Dieses wird auf den nächsten Seiten vorgestellt.

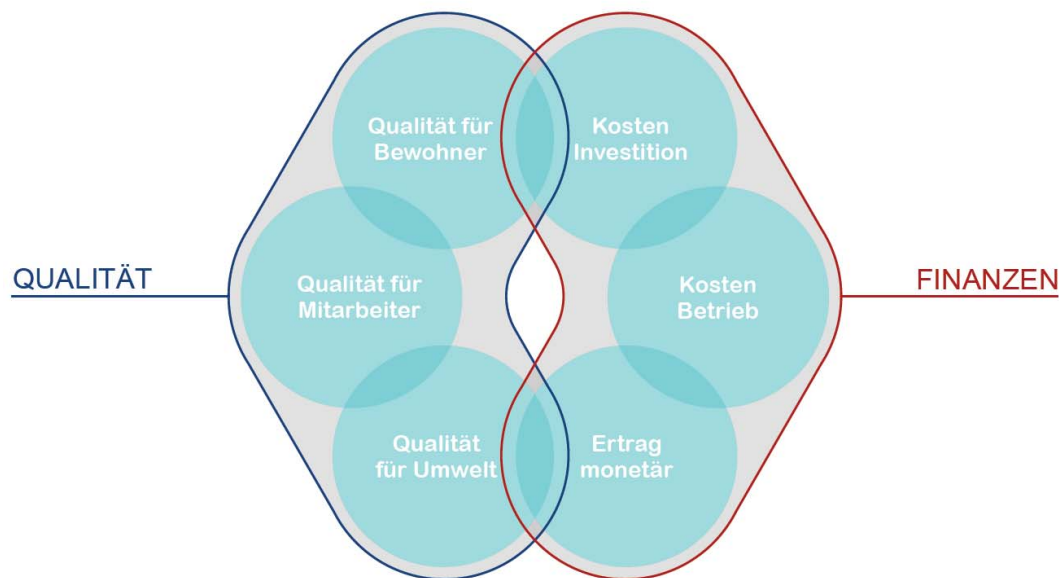
Werkzeug für
Kommunikation

⁶⁹ Vgl. Bohn (2012), S. 8–51.

3.1 Grundmodell

Als Ausgangslage werden zwei zentrale Hauptdimensionen definiert, welche dazu dienen, die Auswirkungen möglicher Massnahmen im Planungsprozess zu bewerten: Qualität und Finanzen; siehe Abbildung 14:

Hauptdimensionen



Grundschema
Hauptdimensionen

Abb. 14: Die Hauptdimensionen Qualität und Finanzen mit je drei Unterkategorien

Nun werden beide Hauptdimensionen in jeweils drei Unterkategorien unterteilt.

Die Dimension „Qualität“ setzt sich zusammen aus:

Dimension Qualität

- Qualität für Mitarbeiter
- Qualität für Bewohner
- Qualität für Umwelt

Die Dimension „Finanzen“ besteht aus:

Dimension Finanzen

- Kosten Investition
- Kosten Betrieb
- Ertrag monetär

Im nächsten Schritt wird vom Zentrum her ein Bewertungsraster gelegt, auf welchem die einzelnen Dimensionen „benotet“ werden können. Am Aussenrand befindet sich die Bewertung „besser“, in der Mitte folgt „neutral“ und am Innenrand liegt die Wertung „schlechter“. Siehe Abbildung 15:

Bewertungsraster

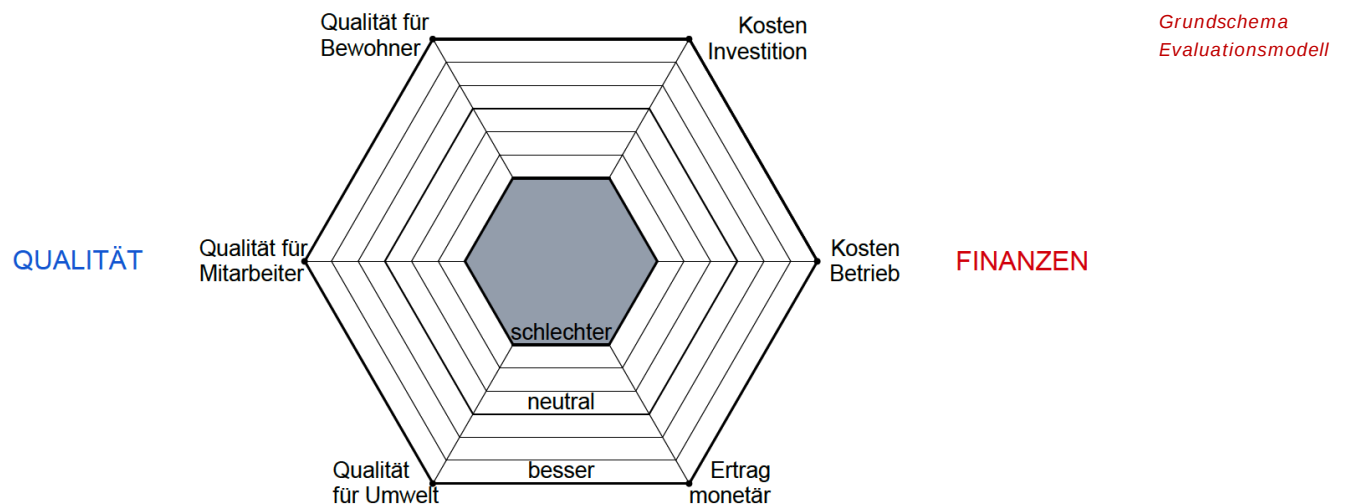


Abb. 15: Grundschema Evaluationsmodell

Soll nun eine Investition im Planungsprozess evaluiert werden, wird als Ausgangslage der aktuelle Stand der Planung in allen Beurteilungsdimensionen auf die „neutrale“ Achse in der Mitte des Schemas gelegt:

*Ausgangslage
Evaluierung*

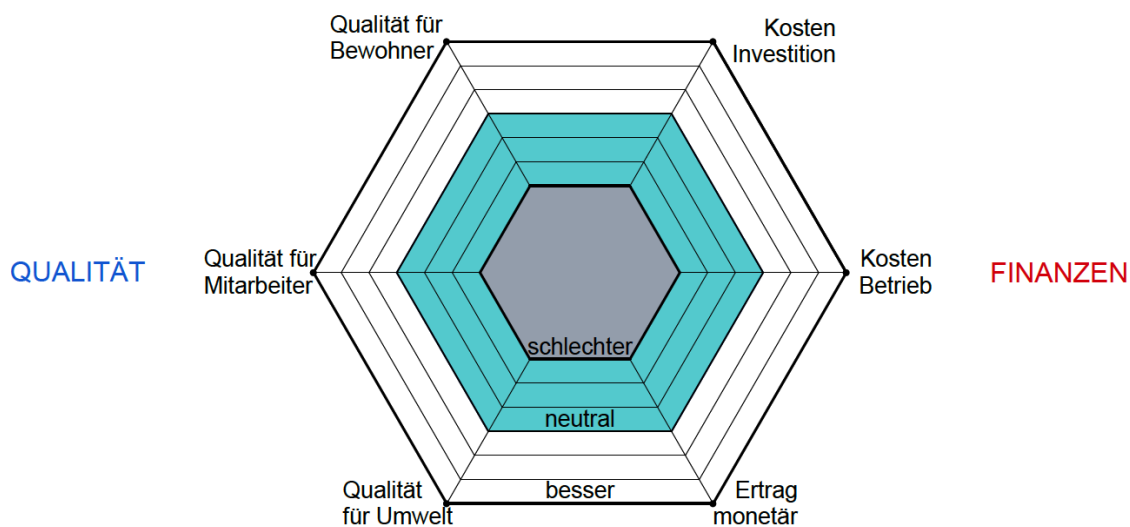


Abb. 16: Neutrale Ausgangslage

Im nächsten Schritt wird der zu evaluierende Investitionsvorschlag „eingelesen“. Hierzu werden die einzelnen Dimensionen bewertet, indem im Schema eingetragen wird, ob die entsprechende Beurteilung besser, neutral oder schlechter ausfällt als die Ursprungsvariante.

*Beispiel
Evaluation*

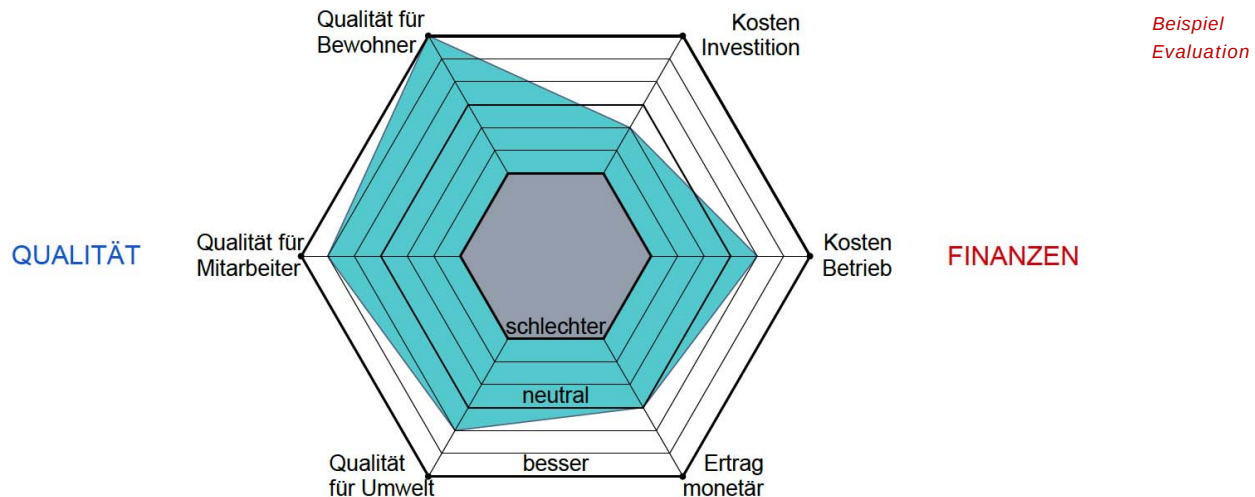


Abb. 17: Anwendungsbeispiel: Evaluation einer zusätzlichen Investition

Als Grundlage wird hierzu die folgende Bewertungsmatrix verwendet, welche die Einschätzungen der jeweiligen Kriterien in einen „Evaluationspunkt“ auf den Achsen „übersetzt“:

Bewertungstabelle

Dimension / Achse	Kurzbeschreibung Auswirkung	Evaluation
...	sehr viel besser	+++
...	viel besser	++
...	besser	+
...	neutral	+/-
...	schlechter	-
...	viel schlechter	--
...	sehr viel schlechter	---

Tab. 1: Bewertungsmatrix Evaluationsmodell

Das Ergebnis ist eine zweidimensionale Visualisierung der vielschichtigen Parameter einer evaluierten Massnahme (Abbildung 17). Diese kann nun mit der „neutralen“ Ausgangslage in Abbildung 16 verglichen werden. Wenn in der neuen Variante die farbigen Flächenanteile gegenüber der Ausgangslage überwiegen, kann von einer positiven Gesamtevaluation der beurteilten Massnahme ausgegangen werden.

*Interpretation
Resultat*

Gleichzeitig kann anhand der Gewichtung der Farbfläche im linken oder rechten Bereich der Grafik schnell visuell abgelesen werden, welche der Hauptdimensionen Qualität und

*Gewichtung
Hauptdimensionen*

3.2.1 Qualität für Bewohner

Die Qualität für Bewohner ist das zentrale Ziel, welches evaluiert wird. Bevor jedoch die Auswirkungen auf die Qualität beurteilt werden können, gilt es die Bedürfnisse zu analysieren. Hierzu sind folgende Abklärungen erforderlich:

*Qualität für
Bewohner*

- Anzahl der Bewohner und deren Erwartungen
- Typ und Häufigkeit der erforderlichen Pflege
- Art und Verteilung der „Mobilitätskategorien“

Der aus den oberen Punkten resultierende Bedarf bestimmt alsdann das Angebot.

Die Anzahl der zukünftigen Bewohner ist ein Schlüsselfaktor für einen erfolgreichen Planungsprozess. Er ist einerseits integral mit den zugeteilten Pflegeheimlizenzen verbunden und andererseits betriebswirtschaftlich von entscheidender Bedeutung. Dabei beeinflussen Herkunft und Geschichte der Bewohner ihre Erwartungen und Präferenzen an das Angebot.

*Anzahl der
Bewohner*

Die in Kapitel 2.2 vorgestellten Krankheitsbilder sind zu analysieren in Bezug auf die zu erwartende Häufigkeit. Die quantitative Abschätzung des Bedarfes an Flächen für demenziell Betroffene (oft viel Bewegungsdrang) ist ein wichtiger Faktor. Ebenso spielt eine adäquate Quantifizierung von Bewohnern, welche durch entsprechende Krankheitsbilder des Herz-Kreislaufsystems einen hohen Mobilisierungsbedarf aufweisen, eine wichtige Rolle.

*Typ und Häufigkeit
erforderliche Pflege*

Um die zu erwartende Mobilität der Bewohner einzuschätzen, sei an dieser Stelle das Beurteilungsmodell „Mobilitätsgalerie“ nach Arjo Huntleigh⁷⁰ erwähnt, welche einen wichtigen Bestandteil zur Umsetzung der Norm „Ergonomie – Manuelles Bewegen von Personen im Bereich der Pflege“⁷¹ bildet. Dieses Klassifikationssystem dient dazu, die Gepflegten in fünf Bewohnergruppen bezüglich ihres Grades funktioneller Mobilität zu unterteilen, vgl. Abbildung 23:

*Analyse
Mobilitätskategorien*

- A wie Albert, gehfähig, kann aber einen Stock benötigen, um sich abzustützen
- B wie Barbara, benutzt einen Gehwagen oder ähnliche Hilfsmittel

⁷⁰ Vgl. o.V., Huntleigh (Hrsg.) (2014), o.S.

⁷¹ Vgl. o.V., Europäisches Komitee für Normung (Hrsg.) (2013), o.S.

- C wie Carl, sitzt in einem Rollstuhl, kann teilweise sein Gewicht abstützen
- D wie Doris, sitzt im Rollstuhl, kann sich selbst jedoch nicht aufrecht halten
- E wie Emma, passive Bewohnerin, verbringt meiste Zeit im Bett

Analyse
Mobilitätskategorien



Abb. 20: Klassifikationssystem Stufe „A“ bis „E“ gemäss „Mobilitätsgalerie“, o.V., Arjo Huntleigh (Hrsg.) (2014), o.S.

Aus der Analyse und Auswertung der Mobilitätskategorien ergeben sich die spezifischen Qualitätsanforderungen an Pflege und Betreuung.

Die Einhaltung der vorgeschriebenen Normen bezüglich Hindernis- und Barrierefreiheit ist gesetzlich verankert⁷² und selbstverständlicher Bestandteil im Planungsprozess. Der Umsetzung in die Praxis ist höchste Priorität zu schenken, wobei die teilweise erhöhten Anforderungen an altersgerechtes Bauen⁷³ dringend zu beachten sind.

Normen
Hindernisfreiheit

3.2.2 Qualität für Mitarbeiter

Obwohl bei *jeder* Art von Bauten für Dienstleistungen der Einfluss der Immobilien auf die Mitarbeiterzufriedenheit wichtig ist, gibt es im Pflegebereich einige Merkmale, welche die Qualität der Bausubstanz *besonders* wichtig machen:

Spezifische
Probleme
Pflegebereich

- grosse Intensität im persönlichen Kontakt mit den Bewohnern und dadurch erhöhter Bedarf nach Rückzugsräumen
- spezifische Gesundheitsrisiken in der Pflege durch hohe physische Belastungen, dadurch Bedarf an „entlastenden“ Einrichtungen
- ein ausgeprägter Mangel an gut ausgebildeten Arbeitskräften macht die Bedeutung von Atmosphäre und „Image“ der Bausubstanz noch wichtiger.

Hinzu kommen jene Faktoren, welche auch bei den meisten anderen Immobilienkategorien eine wichtige Rolle spielen:

Qualitätsempfinden
Mitarbeiter

- Lage, Ort und Dienstleistungsangebot
- Architektonische Qualität und Atmosphäre
- eigene Garderoben und Badbereiche für Personal

⁷² O.V. SIA (Hrsg.) (2009), SIA und o.V., DIN (Hrsg.) (2010).

⁷³ Vgl. Bohn (2010), o.S.

Aus der Sicht der Gesundheit der Mitarbeiter, haben die arbeitsergonomischen Gegebenheiten oberste Priorität. Basierend auf der Analyse der funktionellen Mobilitätskategorien der Bewohner aus dem vorangehenden Kapitel können die Anforderungen an ein ergonomisch gesundes Arbeiten abgeleitet werden:

- räumliche Rahmenbedingungen (z.B. Grösse Bewohnerbäder)
- Ausrüstung (z.B. Mobilisationshilfen wie Passivlifter etc.)
- Ausbildung Personal (Kinästhetik, Pathologie und Umgang mit Hebehilfen)

Betrachtet man die europäische Norm „Ergonomie – Manuelles Bewegen von Personen im Bereich der Pflege (ISO/TR 12296:2012)“, so wird dort folgendes Hauptziel formuliert: „Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte durch Reduzierung des biomechanischen Überlastungsrisikos, wodurch arbeitsbedingte Erkrankungen und Verletzungen und infolgedessen die Kosten und Fehlzeiten begrenzt werden.“⁷⁴

Exkurs Hebehilfen / Patientenlifter:



„Patientenlifter machen es möglich, auch solche Bewohner zu transferieren, die nicht "per Hand" gehoben und getragen werden können. Die Nutzung [...] [führt zum; Anm.d,Verf.] rückschonenden Arbeiten.“⁷⁵ Bezüglich Baddimensionen sind bei ihrer Verwendung ca. 2m² grössere Grundflächen erforderlich, vgl. Fallbeispiel 2.

Abb 21: Illustration Patientenlifter, o.V. www.altenpflegemagazin.de (Hrsg.) (2014), o.S.

Exkurs
Hebehilfen

Im Idealfall gelingt es durch die optimale Abstimmung von Mobilisationsbedarf, Grundrissen und Hilfsmitteln Optimierungen auf mehreren Ebenen zu erreichen:

- Reduktion der Gesundheitsrisiken für Mitarbeiter (u.a. tieferer Krankenstand)
- angenehmerer Transport für die Pflegebedürftigen
- Reduktion sog. „grey-performance“⁷⁶ (Vermeidung unnötiger Tätigkeiten)

Ergonomische
Optimierungen

⁷⁴ Vgl. o.V., Europäisches Komitee für Normung (Hrsg.) (2013), S. 5.

⁷⁵ Vgl. o.V., www.altenpflegemagazin.de (Hrsg.) (2014), o.S.

⁷⁶ Vgl. Guthknecht (2010), S. 40: Definition „grey performance“ im Pflegebereich: unnötige und überflüssige Tätigkeiten aufgrund mangelhafter oder fehlender Betriebsplanung.

Raumangebot, Atmosphäre und Image sind zentrale Grundbedürfnisse und Motivationsfaktoren. Diesbezüglich ist insbesondere die Erarbeitung von Angeboten wichtig, welche mit dem zukünftigen Betriebskonzept integral verbunden sind, gleichzeitig jedoch auch Flexibilität für allfällige Nutzungsänderungen ermöglichen.

*Raumangebot
Atmosphäre
Image*

In Kapitel 3.3.3 wird auf eine Palette von möglichen Zusatzangeboten eingegangen, welche eine Pflegeimmobilie als Mehrwert für Bewohner, Mitarbeiter und Öffentlichkeit anbieten kann (Bsp. Fitnesscenter, Gastronomie etc.). Solche Angebote können zu wichtigen, positiven Schlüsselfaktor werden.

*Angebote
Infrastruktur*

Natürlich ist die Leitung des Betriebes für die Arbeitsplatzqualität unverzichtbar. Arbeitsergonomie, Raumangebot und die Qualität der Bausubstanz dürfen als Faktoren der Motivation nicht unterschätzt werden.

*Fazit Qualität
Mitarbeiter*

3.2.3 Qualität Umwelt

Unter dem Begriff „Umwelt“ sind in erster Linie die Angehörigen, die Anwohner sowie das soziale Umfeld zu verstehen. Insbesondere gilt es hierbei dem Raumangebot und dem Infrastrukturangebot genügend Beachtung zu schenken.⁷⁷

*Qualität
Umwelt*

Für Angehörige sind Atmosphäre, Raumangebot, Gastronomie aber auch attraktive Ausenbereiche wichtige Faktoren, um einerseits regelmässige Besuche zu begünstigen, aber auch, um freiwillige Betreuungsleistungen zu fördern.⁷⁸

Angehörige

Zusatzangebote, sind nicht nur wichtig für das Pflegeheim, wo auf diese Weise „das Leben hereingeholt“ wird, sondern sie werten gleichzeitig das Quartier auf. Ebenfalls zu beachten ist, dass falls Freiwilligenarbeit gefördert werden soll, dieser ein entsprechendes Raumangebot zur Verfügung zu stellen ist.⁷⁹

*Anwohner und
soziales Umfeld*

⁷⁷ Vgl. Interview Anhang A7.

⁷⁸ Vgl. Interview Anhang A5.

⁷⁹ Vgl. Interview Anhang A12.

3.2.4 Exkurs: regulatorische Vorgaben als Kostentreiber

Im Rahmen der Experteninterviews hat sich gezeigt, dass einer der zentralen Kostentreiber bei der Planung neuer Pflegeimmobilien die immer höhere Regulierungsdichte ist. Die folgenden drei Beispiele sollen diese illustrieren.

Auswirkungen
Regulierungsdichte

Beispiel 1: Eine kleine Gemeinde im Kanton Zürich plant ein neues Pflegeheim. Eigentlich möchte sie es bauen und später verpachten. Wegen der Regelungen des öffentlichen Beschaffungsrechtes müsste sie den Betrieb des Heimes jedoch alle drei Jahre von neuem ausschreiben, was mit grossen Risiken verbunden wäre. Aus diesem Grund beschliesst sie nach langen Erwägungen, das neue Heim *selber* zu betreiben.⁸⁰

Öffentliches
Beschaffungsrecht

Beispiel 2: Eine privatrechtliche Stiftung ist Betreiberin eines innerstädtischen Heimes in einer grösseren schweizerischen Stadt. Die von ihr realisierte Pflegeimmobilie zeichnet sich durch zahlreiche Innovationen und Preise aus. Das Projekt ist das Resultat einer konsequenten Steuerung der Planung durch den Betreiber.

Wettbewerbs-
verfahren

In einem Architektur-Wettbewerb-Verfahren wäre ein vergleichbares Resultat nicht möglich gewesen, lautet die Stellungnahme des federführenden Bauträgers. An dieser Stelle soll nicht etwa der Architektur-Wettbewerb als Planungsinstrument hinterfragt werden. Es muss aber fallspezifisch die Frage erlaubt sein, welche Mittel im Planungsprozess das *zielführendste* Mittel ist.⁸¹

Beispiel 3: Die Stimmbürger einer grossen Schweizer Stadt haben beschlossen, dass künftig alle öffentlichen Bauprojekte den sehr strengen Kriterien bezüglich Nachhaltigkeits-Labels und Energieeffizienz erstellt werden müssen. In diesem Sinne erscheint es wichtig, die so entstehenden Zusatzkosten nicht „zu Lasten“ der Pflegeimmobilien zu interpretieren.⁸²

Nachhaltigkeits-
Labels

3.3 Evaluationsmodell: Hauptdimension Finanzen

Vorbemerkung: Bei den Parametern „Kosten Investition“ und „Kosten Betrieb“ ist hervorzuheben, dass umso *höher* sie ausfallen, desto *schlechter* diese zu bewerten sind.

Vorbemerkung
Finanzen

⁸⁰ Vgl. Interview Anhang A5.

⁸¹ Vgl. Interview Anhang A7.

⁸² Vgl. Interview Anhang A9.

Dies bedeutet also, dass der Evaluationspunkt näher an das Zentrum wandert. Sinken die Kosten hingegen und werden dadurch *besser*, dann bewegt sich der Evaluationspunkt gegen aussen, wie dies Abbildung 22 illustriert.

Prinzip
Evaluation

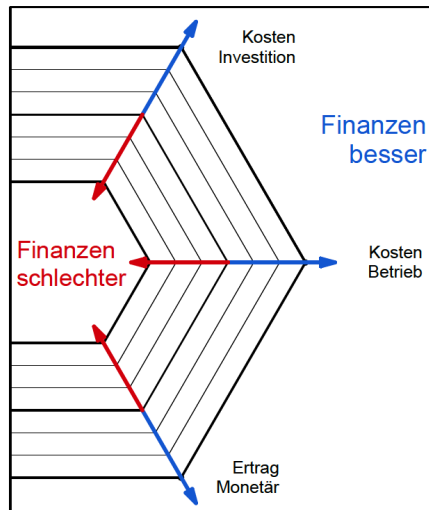


Abb. 22: Schema Evaluation Finanzen

3.3.1 Kosten Investition

Grundsätzlich stellt sich bei den Kosten- und Ertragsdimensionen die Frage, wie konkrete Kostenwerte in Schweizer Franken auf das vorerst abstrakte Koordinatennetz umgelegt werden. Wie bereits in Kapitel 1.4.2 erläutert wurde, handelt es sich bei dem Evaluationsmodell ja nicht um ein Instrument, welches zur *quantitativen* Beurteilung dient.

Umsetzung
Evaluation

Dennoch wird angestrebt, zwischen den drei Achsen: „Kosten Investition“, „Kosten Betrieb“ und „Ertrag monetär“ eine *relative*, d.h. mathematisch begründete Aussage über die Relation der drei Parameter zueinander herzustellen.

Relation Achsen
untereinander

Als Grundmodell wird dabei davon ausgegangen, dass der Betreiber einer Pflegeinstitution die getätigten Anfangsinvestitionen in die Immobilie in Form einer regelmässigen Miete zu bezahlen hat. Demnach sollen die drei Achsen mithilfe einer vereinfachten *Kostenmiete*-Berechnung miteinander in Relation gesetzt werden.

Grundannahme

Einerseits werden die Investitionskosten auf die Jahresrechnung umgelegt. Gleichzeitig werden die Auswirkungen der Betriebskosten sowie der zusätzlich generierten Erträge auf die Jahresrechnung kalkuliert. Danach werden einander die Werte innerhalb des Bewertungsrasters einander gegenübergestellt.

Kostenmiete
als Hilfsmittel

Definition Kostenmiete:

„Mit Kostenmiete bezeichnet man einen Mietansatz, der zur vollständigen Deckung der laufenden Aufwendungen unter Berücksichtigung der tatsächlichen Finanzierungskosten einschließlich der öffentlichen Baudarlehen erforderlich ist“⁸³

Definition
Kostenmiete

Anhand des Berechnungsmodells in Abbildung 23 wird illustriert, wie in der Stadt Zürich die Berechnung der „Basismiete“ (=Kostenmiete) erfolgt, anhand welcher die Mietzinse festgelegt werden. Zum Beispiel wird so der Mietzins berechnet, welchen die Abteilung für Pflegezentren der Immobilienverwaltung zu bezahlen hat.⁸⁴

Berechnungsmodell
Kostenmiete

Anlagekosten		
A1	Ausgangswert	
A2	+ Wertvermehrende Investitionen	
	= Verrechnungsbasis	
Kostendeckender Mietzins		
A4	Kapitalverzinsung, städt. Satz von 1/2 Ausgangswert + 1/2 wertverm. Investitionen	3.125%
A5	+ Abschreibungen	3.0%
A6	+ Unterhalt und Erneuerungsunterhalt	1.5%
A7	+ Risiko für Mietzinsausfall	0.1%
	= Kostendeckender Mietzins	
A8	+ Verwaltungskosten (% des Mietzinses)	3.25%
	= Basismiete = Kostenmiete	

Abb. 23: Verrechnungsmodell Basismiete in IMMO-Objekten [der Stadt Zürich], in: o.V., Immobilien-Bewirtschaftung Stadt Zürich (Hrsg.) (2011), S. 42

Betrachtet man weiter das konkrete Anwendungsbeispiel in Abbildung 24, so wird ersichtlich, welche Auswirkungen Investitionskosten und „wertvermehrende Investitionen“ auf einen gemäss Kostenmiete verrechneten Mietzins haben. Auf diese Weise werden die konkreten Auswirkungen von Mehrinvestitionen greifbar:

Anwendungsbeispiel
Kostenmiete

⁸³ § 72 Abs. 1 II. Wohnungsbaugesetz, Bundesrepublik Deutschland.

⁸⁴ Modell zur Berechnung der Kostenmiete der Stadt Zürich, welches für Pflegeimmobilien eventuell in zukünftig angewandt wird – bisher fixe m²-Preise. Vgl. Interview A9.

Anlagekosten		
A1	Ausgangswert	10'000'000
A2	+ Wertvermehrnde Investitionen	300'000
	= Verrechnungsbasis	10'300'000
Kostendeckender Mietzins		
A4	Kapitalverzinsung, städt. Satz von 1/2 Ausgangswert + 1/2 wertvern. Investitionen	3.125% 165'625
A5	+ Abschreibungen	3.0% 309'000
A6	+ Unterhalt und Erneuerungsunterhalt	1.5% 154'500
A7	+ Risiko für Mietzinsausfall	0.1% 10'300
	= Kostendeckender Mietzins	639'425
A8	+ Verwaltungskosten (% des Mietzinses)	3.25% 20'781
	= Basismiete = Kostenmiete	660'206

Abb. 24: Beispiel Basismiete in einem IMMO-Objekt⁸⁵, in: o.V., Immobilien-Bewirtschaftung Stadt Zürich (Hrsg.) (2011), S. 59

Ein Gesamtinvestitionsvolumen von 10,3 Mio. verursacht demzufolge jährliche Kosten von 660'000.- Dies entspricht gerundet einem Näherungswert von 6.5%⁸⁶ der Anfangsinvestition pro Jahr.

Beispielrechnung
Kostenmiete

Von dem so hergeleiteten Näherungswert von 6.5% der Investitionskosten lassen sich demzufolge folgende Auswirkungen einer Mehrinvestition von 1 Mio. CHF auf die monatlichen Betriebskosten ableiten:

- 65'000.- CHF / Jahr
- 5'400.- CHF / Monat
- 180.- CHF / Tag

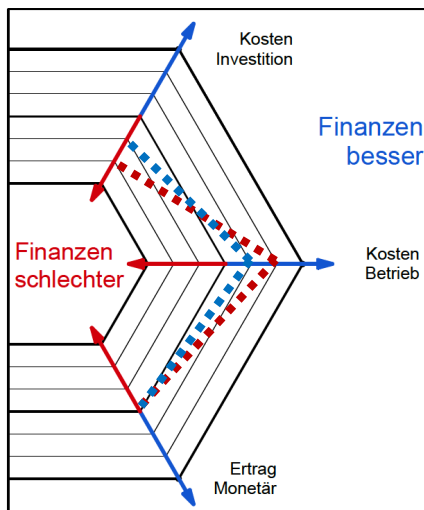
Schlussfolgerung Beispielrechnung: Betrachtet man ausschliesslich die *finanziellen* Auswirkungen einer Investition in eine Pflegeimmobilie, so müssten pro 1 Mio. CHF zusätzlicher Investitionskosten rund 5'400.- CHF Betriebskosten pro Monat eingespart oder entsprechend viele zusätzliche Erträge generiert werden.

Schlussfolgerungen
Beispielrechnung

Wendet man diese Beispielrechnung auf das Evaluationsmodell an, so entsteht ein Bild, wie es Abbildung 25 illustriert:

⁸⁵ Die Berechnung des m2-Preises erfolgt über die Nutzfläche nach SIA d0165.

⁸⁶ Höhe der Kapitalverzinsung, muss an Kontext und Rahmenbedingungen Bauträger angepasst werden. Der Einfachheit halber wird im Rahmen dieser Arbeit von den oben hergeleiteten Werten ausgegangen.



Auswirkungen
Evaluation

Abb. 25: Beispiel Evaluation Finanzen⁸⁷

Dabei bleibt die Frage, wie die Auswirkungen innerhalb des Evaluationsrasters gewichtet werden sollen. Diesbezüglich wird vorgeschlagen, die *relativen Bedeutungen* im Gesamtgefüge des Diagramms einzuschätzen:

Gewichtung

Bewegen sich zum Beispiel die realistischen Zusatzinvestitionsbeträge in einem für den Investor „schwierig“ zu realisierenden Bereich, so wandern beide Punkte gegen aussen (rote Linie). Ist die Zusatzinvestition hingegen gut tragbar oder sogar als zusätzliche Anlage erwünscht, so werden die Rasterpunkte zentraler gewählt (blaue Linie).

3.3.2 Kosten Betrieb

Da es sich bei der Evaluierung der Betriebskosten im Rahmen dieses Modells immer um eine *relative* Bewertung im Bezug zu den Kosten Investition handelt, sei an dieser Stelle auf das vorangehende Kapitel verwiesen, wo Bewertung und Gewichtung hergeleitet werden.

Kosten
Betrieb

⁸⁷ Interpretation Evaluation: Nachteile Kosten Investition und Vorteile Kosten Betrieb halten sich die Waage.

3.3.3 Ertrag monetär

Die Achse „Ertrag monetär“ zielt auf Innovation und Unternehmergeist. Auf der einen Seite ist dies die Zahlungsbereitschaft der Bewohner, welche unter Umständen erhöht werden kann. Auf der anderen Seite wird versucht, zusätzlichen Ertrag zu generieren, indem Angebote an *neue* Kundensegmente angeboten werden.

*Innovation und
Unternehmergeist*

Dies kann ein breiter Fächer an Dienstleistungen sein, welche ohnehin bereits für die Bewohner benötigt werden. Oder es können neue Angebote sein, welche in dieser Form noch nicht vorhanden sind. Es geht darum, neue Ertragsquellen zu generieren, und gleichzeitig die Lebensqualität der Bewohner aufzuwerten.

Anhand eines konkreten Alterszentrums⁸⁸, welches in dieser Hinsicht besonders innovativ vorgeht, soll die breite Palette an Möglichkeiten aufgezeigt werden: hauseigene Bäckerei, öffentlicher Bancomat, Coiffeursalons, Ergotherapie*, Wundheilpraxis, Ärztezentrum, Fitness-Zentrum*, Restaurant mit Catering*, Kiosk mit Weinladen*, Versammlungsraum, Sitzungszimmer (öffentlich vermietbar), Taxi- & Busfahrdienst sowie Kunstgalerie als Bestandteil der Erschliessungsräume.

*Praxisbeispiele
zusätzlicher
Ertrag*

Anmerkung: Die in der Aufzählung mit Stern* gekennzeichneten Einrichtungen werden als „Profitcenter“ (=organisatorischer, eigenständiger Teilbereich innerhalb der Unternehmung) betrieben und sind selbsttragend oder machen Gewinn.⁸⁹

Die Evaluierung zusätzlicher monetärer Erträge lässt sich analog den beiden vorangehenden Kapiteln mittels Anwendung des Kostenmiete-Modells berechnen und eintragen. Bezüglich eines konkreten Anwendungsbeispiels sei an dieser Stelle auf das Fallbeispiel in Kapitel 4.5 verwiesen.

*Darstellung
Evaluierung*

3.3.4 Exkurs: Finanzierung und politische Prozesse

Diskutiert man die Zusammenhänge zwischen Erträgen, Investitions- und Betriebskosten, so stellt sich früher oder später die Frage, wie mit der folgenden realpolitischen Situation umgegangen werden kann:

*Exkurs:
Finanzierung*

⁸⁸ Alterszentrum „Am Bachgraben“ in Allschwil, BS.

⁸⁹ Vgl. Lucchini (2011), S. 15.

Frage: Ein Betreiber ist bereit, eine angemessene Kostenmiete zu bezahlen, wenn eine bauliche Massnahme XY realisiert werden kann. Die Entscheidungsorgane der Gemeinde, welche die Immobilie finanzieren, haben jedoch keinen finanzpolitischen Spielraum, obwohl die Massnahme *eigentlich* ökonomisch rentabel wäre. Durch die restriktiveren Eigenkapitalvorschriften der Banken ist auch keine Finanzierung über Hypotheken möglich. Wie kann die Investitionssumme dennoch beschafft werden?

*Kostenmiete vs.
Gemeindebudget*

Antwort: Eine mögliche Lösung wäre die Finanzierung über genossenschaftliche Fondsvehikel. Mehrere solcher Gefässe wurden in den letzten Jahren von Genossenschaftsbund und dem schweizerischen Gesetzgeber initiiert.⁹⁰

Fondsvehikel

Damit dem Bauträger in einer solchen Situation keine regulatorischen Steine in den Weg gelegt werden (vgl. Kapitel 3.2.4), sind jedoch auf gesetzlicher Ebene gute Rahmenbedingungen notwendig. So ist zurzeit die Geldbeschaffung für einen Bauträger, welcher nicht eine Genossenschaft ist auf dem beschriebenen Weg nicht möglich.

3.4 Wechselwirkungen im Evaluationsmodell

Abschliessend lässt sich feststellen, dass sich alle sechs Bewertungsachsen des Modells wechselseitig beeinflussen. Unter Umständen kann es hilfreich sein, mit Pfeildarstellungen zu arbeiten, um spezifische Zusammenhänge zu illustrieren.

*Wechselwirkungen
Evaluationsmodell*



Abb. 26: Schema Wechselwirkungen Evaluationsmodell

⁹⁰ Vgl. Interview Anhang A13.

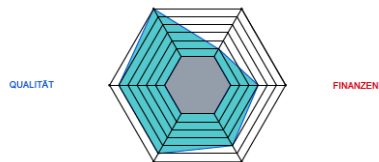
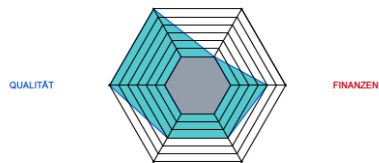
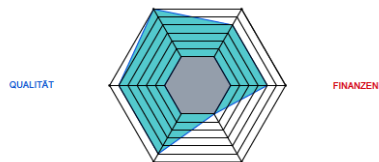
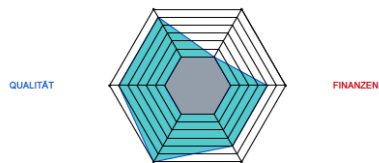
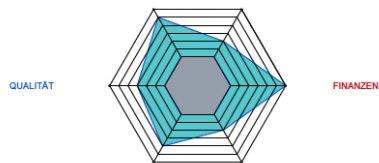
4 Anwendung Evaluationsmodell

4.1 Einleitung Fallbeispiele

Das Kapitel *Anwendung Evaluationsmodell* dient folgenden zwei Zielen:

- Einerseits ist beabsichtigt, die Funktionsweise des in Kapitel 3 vorgestellten Evaluationsmodelles zu illustrieren und seine Funktionsweise aufgrund konkreter Beispiele zu illustrieren.
- Gleichzeitig sollen fünf besonders aktuelle Beispiele von Investitionsentscheidungen im Bereich der Pflegeimmobilien kurz und prägnant diskutiert werden.

Übersicht
Fallbeispiele

Fallbeispiel 1: <i>Hindernisfreiheit</i>	
Fallbeispiel 2: <i>Hebehilfen</i>	
Fallbeispiel 3: <i>Lichthof Mobilisation</i>	
Fallbeispiel 4: <i>Anbau Profitcenter</i>	
Fallbeispiel 5: <i>Quartierstützpunkt</i>	

Tab. 2: Kurzübersicht Fallbeispiele

4.2 Fallbeispiel 1: Hindernisfreiheit

Ausgangslage: Ein bestehendes Pflegeheim aus den siebziger Jahren verfügt zwar grundsätzlich über Hindernisfreiheit. Bewohnerzimmer und Gemeinschaftsbereiche sind auch für gehbehinderte Bewohner gut untereinander erschlossen.

*Fallbeispiel
Hindernisfreiheit*

Hingegen ist der Haupteingang des Heimes für beschränkt gehfähige Personen nur über eine alte, enge Lifterschliessung erreichbar. Dadurch ist es notwendig, Pflegende um Begleitung zu bitten, welche die Bewohner vom und zum Haupteingang begleiten. Ausserdem werden Besucher von der „engen“ Eingangssituation abgeschreckt.

Evaluation Massnahme: Neuer, grosszügiger Liftschacht mit einladendem Entrée.

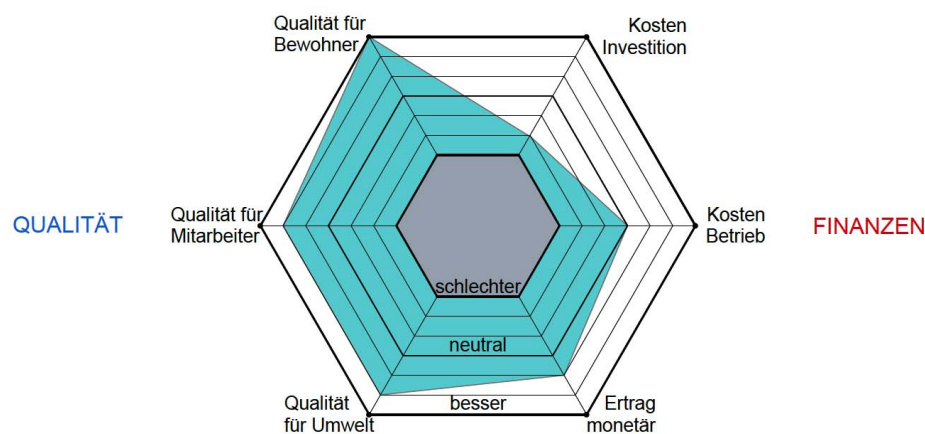


Abb. 27: Anwendung Evaluationsmodell Fallbeispiel 1

Dimension / Achse	Kurzbeschreibung Auswirkung	Evaluation
Qualität für Bewohner	Viel mehr Selbstständigkeit	+++
Qualität für Mitarbeiter	Wegfall "überflüssige" Tätigkeiten	++
Qualität für Umwelt	Attraktiver und offener	++
Kosten Investition	CHF -500'000.-	--
Kosten Betrieb	Keine Veränderung	+/-
Ertrag monetär	CHF +32'500.- Cafeteria / Jahr ⁹¹	+

Tab. 3: Fallbeispiel 1; neuer, grosszügiger Liftschacht mit einladendem Entrée

Fazit Fallbeispiel 1: Die Investition finanziert sich zu 50% selber. Die restlichen 250'000.- würden in markante Qualitätssteigerungen für Bewohner, Mitarbeiter und Umwelt investiert.

*Fazit Fallbeispiel
Hindernisfreiheit*

⁹¹+ 90 CHF//Tag entspricht einem zusätzlichem Ertrag von 32'500 CHF/Jahr -> 32'250.- / 6.5% = 250'000.- (Herleitung siehe Kapitel 3.3.1) Fazit: die Investitionskosten tragen sich zu 50% selbst -> Ertrag monetär: +; Kosten Betrieb: +/-, Kosten Investition: --.

4.3 Fallbeispiel 2: Hebehilfen

Ausgangslage: Eine Gemeinde baut ein neues Pflegeheim. Eine Analyse der zukünftigen Bewohner mithilfe der Mobilitätsgalerie (vgl. Kapitel 3.2.1) ergibt, dass über 50% auf die „physische Unterstützung einer Pflegekraft“ angewiesen sind (Kategorien C, D und E). Da im Einzugsgebiet mit einem zunehmenden Anteil an übergewichtigen Personen zu rechnen ist, wird der Fokus darauf gelegt, zu hohe Belastungen der Mitarbeiter durch das manuelle Bewegen von Bewohnern zu vermeiden.

Fallbeispiel
Hebehilfen

Evaluation Massnahme: Anschaffung geeigneter Hebehilfen (vgl. Kapitel 3.2.2) in Verbindung mit entsprechenden räumlichen Anpassungen (Bewohnerbäder +2m²)

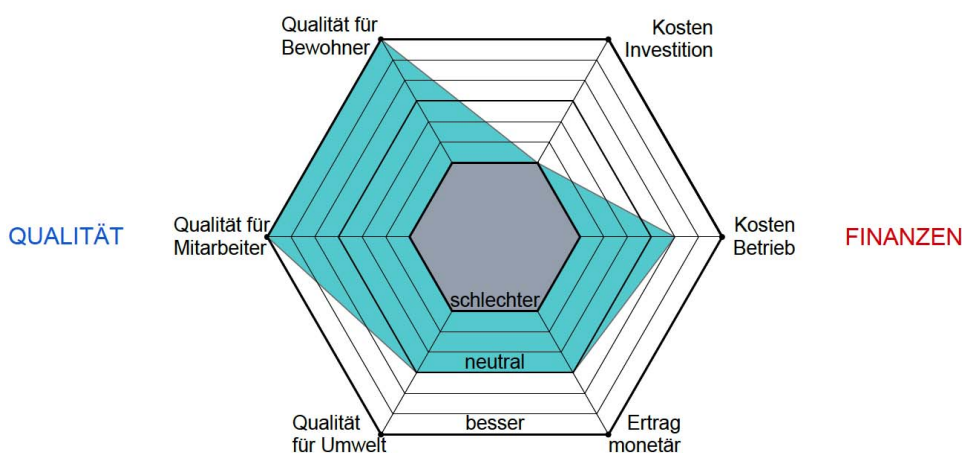


Abb. 28: Anwendung Evaluationsmodell Fallbeispiel 2

Dimension / Achse	Kurzbeschreibung Auswirkung	Evaluation
Qualität für Bewohner	Als angenehm empfundene Massnahme	+++
Qualität für Mitarbeiter	Gesundheitliche Entlastung, Gewinn Pflegezeit ⁹²	+++
Qualität für Umwelt	Keine Auswirkungen	+/-
Kosten Investition	CHF -1 Mio. grösser Bäder / Anschaffung Geräte	----
Kosten Betrieb	Reduktion Krankenstand und Fluktuation	+
Ertrag monetär	Keine Auswirkungen	+/-

Tab. 4: Fallbeispiel 2; Mobilisationshilfen

⁹² „Des Weiteren ergibt sich aus den Befragungen, dass die subjektiv empfundene Belastung der Pflegefachkräfte mit Mobilisationshilfsmitteln, gegenüber den Transfers ohne Hilfsmittel mit zwei Pflegefachkräften, signifikant geringer war“, in: Helbok-Föger / Schelling (2013), S.3.

Fazit Fallbeispiel 2: Die auf Mobilisierung angewiesenen Bewohner erfahren die Massnahme als angenehm. Sie haben in der Tendenz ein besseres Gefühl, wenn sie von Pflegenden auf die Toilette begleitet werden.

*Fazit
Fallbeispiel*

Die Mitarbeiter erleben eine markante gesundheitliche Entlastung. Als Nebeneffekt hiervon sinken potentiell Krankenstand und Fluktuation, was positive Auswirkungen auf die Betriebskosten hat.

Da bei Pflegeabteilungen, welche bisher nicht oder nur wenig mit Hebehilfen gearbeitet haben, oft Skepsis herrscht, ist die Begehung eines Betriebes empfehlenswert, wo diese im grossen Umfang bereits Anwendung finden.

Falls die Finanzierung schwierig ist, könnte eine Umsetzung in z.B. 50% der Bewohnerzimmer geprüft werden. Unter Umständen wäre das Resultat eine markante Kostenreduktion, während Grossteil positiver Auswirkungen erhalten bliebe.

4.4 Fallbeispiel 3: Lichthof für Mobilisierung

*Ausgangslage*⁹³: Eine bestehende geriatrische Anlage aus den 50er-Jahren soll um 48 Pflegezimmer erweitert werden. Der Chefarzt schlägt vor, anstelle einer raumsparenden Erweiterung mit einem Zentralgang, an welchem links und rechts die Pflegezimmer angeordnet sind, insgesamt acht Pflegezimmer wegzulassen, um einen zentralen Lichthof zu realisieren.

*Fallbeispiel
Lichthof für
Mobilisierung*

So sollen einerseits die Leute motiviert werden, aus ihren Zimmern zu kommen, um am gemeinschaftlichen Leben teilzunehmen, welches über drei Geschosse erlebbar wird. Demente Bewohner sollen vom Licht angezogen werden und den Lichthof für ihre ausgiebigen „Rundläufe“ nutzen.

Vorschlag Massnahme: Realisierung zentraler Lichthof mit integrierter Gastronomiefunktion, angegliedertem Stationszimmer zwecks guter Überschaubarkeit und zentralem, gläsernen Lift.

⁹³ Vgl. Interview Anhang A10.

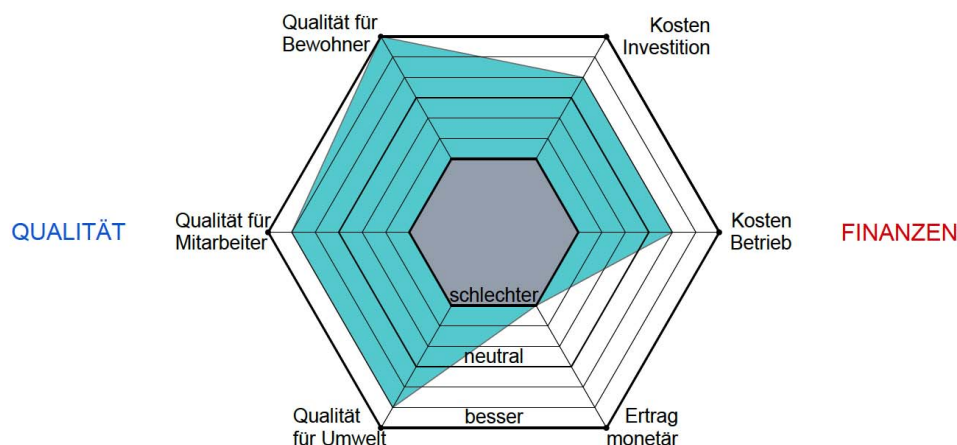


Abb. 29: Anwendung Evaluationsmodell Fallbeispiel 3

Dimension / Achse	Kurzbeschreibung Auswirkung	Evaluation
Qualität für Bewohner	Attraktivität und soziales Leben	+++
Qualität für Mitarbeiter	Positives, schönes Arbeitsumfeld	++
Qualität für Umwelt	Attraktivität und Ansporn für Betreuung	++
Kosten Investition	CHF +500'000.- ⁹⁴	+
Kosten Betrieb	Sinken weil weniger Zimmer	+
Ertrag monetär	CHF - 288'000.- / Jahr ⁹⁵	---

Tab. 5: Fallbeispiel 3; Lichthof für Gastronomie, Mobilisierung und Rundlauf

Fazit Fallbeispiel 3: Aus qualitativem Blickwinkel sind die Resultate durchwegs positiv und man sollte versuchen sie anzustreben.

*Fazit
Fallbeispiel*

Geht man von einem Ertrag von 3'000.- pro Zimmer aus, welcher monatlich entgeht, dann müssten pro Jahr ca. 255'000.- (= ca. 2 Vollzeitstellen, siehe Fussnote) eingespart werden, damit sich diese „Investition“ finanziell rechnet. -> Fazit: je nach der konkreten Höhe des entgangenen Ertrages lohnen sich die Massnahmen oder nicht.

In Anbetracht dessen, dass es sich bei einem Spital um einen „service public“ handelt, können unter Umständen positive Rahmenbedingungen bei der Bau- und Zonenordnung o.Ä. erreicht werden, um die entgangenen Erträge zu kompensieren.⁹⁶

⁹⁴ Es werden sogar 500'000 CHF Investitionskosten eingespart, da es günstiger ist, die 8 Zimmer nicht zu realisieren, und dafür einen „schönen“ Lichthof zu bauen. —> Die Auswirkungen machen sich erst bei den Erträgen bemerkbar.

⁹⁵ Kapitalisiert gemäß Kapitel 3.2.3: Annahme Eintragsdefizit pro weggelassenes Zimmer: 3'000.-/ Monat; $8 \times 3'000.- \times 12 = 288'000.-$ (Ertragsverlust pro Jahr) -> Abzüglich der Investitionseinsparungen: $(500'000.- \times 6.5\% = 33'000.-)$ $288'000.- - 33'000.- = 255'000.-$ Betriebskosten müssten pro Jahr eingespart werden.

⁹⁶ Vgl. Interview Anhang A10.

4.5 Fallbeispiel 4: Anbau Bäckerei und Fitnesscenter

Ausgangslage⁹⁷: Bei einem bestehenden Pflegeheim, welches zentral und gut gelegen ist, wird überlegt, in einen Anbau zu investieren, welcher an die eigene Bäckerei (als Profitcenter) sowie an ein externes Fitnessstudio vermietet werden könnte. Die den Bewohnern bereits hausintern angebotenen Leistungen (frisches Brot und physiotherapeutisches Training) werden so der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Fallbeispiel
Bäckerei und
Fitnesscenter

Vorschlag Massnahme: Anbau 200m² auf bereits vorhandenem Land für Bäckerei und Fitnessstudio.

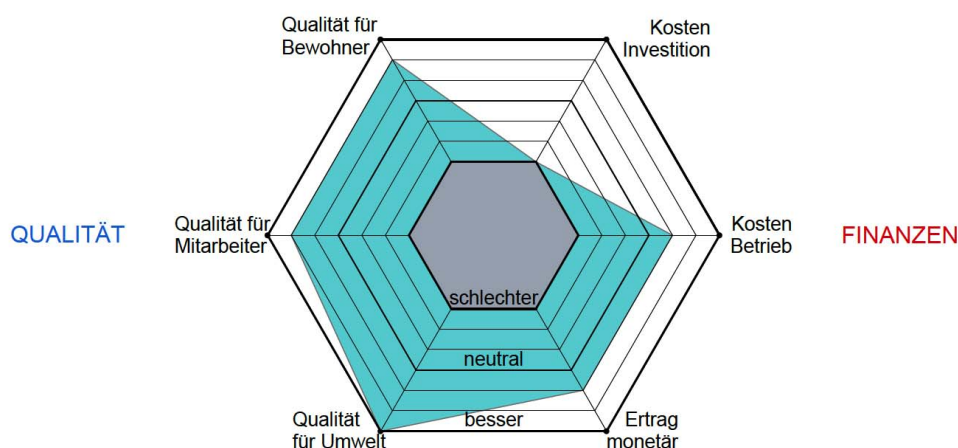


Abb. 30: Anwendung Evaluationsmodell Fallbeispiel 4

Dimension / Achse	Kurzbeschreibung Auswirkung	Evaluation
Qualität für Bewohner	Zusätzliches Angebot und Atmosphäre	++
Qualität für Mitarbeiter	Zusätzliches Angebot und Atmosphäre	++
Qualität für Umwelt	Zusätzliches Angebot und Atmosphäre	++
Kosten Investition	CHF -1'200'000.- ⁹⁸	---
Kosten Betrieb	CHF +15'000.- Einsparungen / Jahr	+
Ertrag monetär	CHF +40'000.- ⁹⁹ Mieteinnahmen / Jahr	+

Tab. 6: Fallbeispiel 4; Anbau Bäckerei und Fitnesscenter

Fazit Fallbeispiel 4: Für einen Investitionsaufwand von 23'000.-/Jahr werden hier auf effiziente Weise Image- und Mitarbeiterpflege betrieben werden. Auf der anderen Seite werden die Betriebskosten bereits vorhandener Einheiten implementiert. Für alle Seiten entstehen so begrüßenswerte Synergieeffekte.

Fazit
Fallbeispiel

⁹⁷ Vgl. Interview Anhang A7.

⁹⁸ Gegenüberstellung mit Mieteinnahmen: 1'200'000.- x 6.5% = 78'000.-; 78'000.- - 15'000.- - 40'000.- = 23'000.- bereinigte Investitionskosten pro Jahr.

⁹⁹ Teilweise subventionierte Miete, da die Vereinbarung beinhaltet, dass gewisse Angebote den Bewohnern und den Mitarbeitern gratis (Fitness) und vergünstigt (Bäckerei) zur Verfügung gestellt werden.

4.6 Fallbeispiel 5: Errichtung Stützpunkt „Quartiernahe Alterswohnen“

*Ausgangslage*¹⁰⁰: Ein Pflegeheim möchte in Zusammenarbeit mit externen Pflegeanbietern und der Spitex einige sogenannte „quartiernahe Pflegestützpunkte“ realisieren.

*Fallbeispiel
Quartiernahe
Alterswohnen*

Diese bieten verschiedene Mischformen von ambulanter und stationärer Pflege an.

Die Grundidee ist es, den letzten Lebensabschnitt vollständig am gleichen Ort in vertrautem Umfeld zu verbringen – zuerst selbstständig in einer Alterswohnung mit Service, später betreut und am Ende sogar rund um die Uhr gepflegt.

Gleichzeitig soll dieses Modell ermöglichen, die globalen Kosten im Pflegezyklus um einen spürbaren Anteil zu senken. Dies soll durch den Ansatz ermöglicht werden, dass auf „massgeschneiderte“ Services gesetzt wird anstelle von einem „Pauschalpaket“ für alle Bewohner wie es in einem Pflegeheim üblich ist.

Vorschlag Massnahme: Erstellung von flexibel bespielbaren Alterswohnungen konzentriert um quartiernahe Pflegestützpunkte.

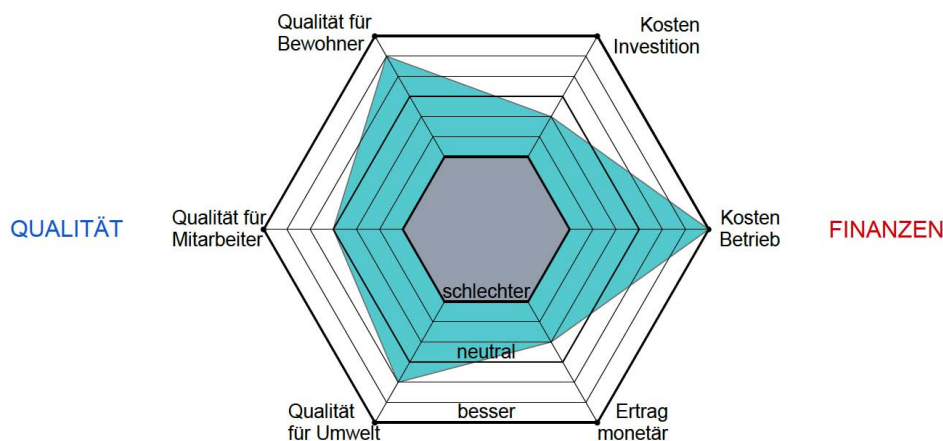


Abb. 31: Anwendung Evaluationsmodell Fallbeispiel 5

Dimension / Achse	Kurzbeschreibung Auswirkung	Evaluation
Qualität für Bewohner	Wahlfreiheit eigene vier Wände	+
Qualität für Mitarbeiter	Neutral, Beurteilung je nach Anforderungsprofil	+/-
Qualität für Umwelt	Positiv, Angehörige sind noch selbstständig	+
Kosten Investition	Höherer Platzbedarf / Wohnung	-
Kosten Betrieb	Markant günstiger	+++
Ertrag monetär	Weniger Ertrag	-

Tab. 7: Fallbeispiel 5; Errichtung Stützpunkt „Quartiernahe Alterswohnen“

¹⁰⁰ Vgl. Interview Anhang A6.

Fazit Fallbeispiel 5: Da es möglich scheint, durch dieses Modell zwei erstrebenswerte Ziele zu erreichen, welche bei den meisten anderen Ansätzen kaum realisierbar sind (Leben im Ursprungsquartier und Kosteneinsparungen), ist es als alternative Wohn- und Betreuungsform interessant.

*Fazit
Fallbeispiel*

Dabei soll es nicht „*gegen*“ das klassische Pflegeheim ins Rennen geschickt werden. Es geht vielmehr darum, ein alternatives Modell zu diskutieren, welches in Zukunft *parallel* zum klassischen Pflegeheimmodell existieren könnte.

*Diskurs
Mischformen*

In Anbetracht den demografischen Herausforderungen, scheint ein solches Modell eine sinnvolle Ergänzung zu traditionellen Pflegekonzepten zu sein. Regulatorische Rahmenbedingungen, welche einen solchen Weg pragmatisch betrachtet gangbar machen, wären hierbei die grosse Herausforderung.

4.7 Erkenntnisse aus den Fallbeispielen

Im Rahmen der besprochenen Fallbeispiele wurde ein Fächer von Ansätzen vorgestellt, welche bei der Planung von Pflegeimmobilien zu Erfolgsfaktoren werden können. Holzschnittartig lassen sich diese in folgende Hauptkategorien unterteilen:

*Erkenntnisse
Fallbeispiele*

- Steigerung der Qualität für Bewohner und Mitarbeiter
- Straffung der Betriebsabläufe und Konzentration auf „Quality-Time“
- Einbezug der Umwelt und Steigerung der Attraktivität nach innen
- Kreation neuer Ertragsquellen
- Angliederung alternativer Pflege- und Betreuungsmodelle an den Bestand

Mit Ausnahme des letzten Punktes, welcher eine partielle Neuausrichtung des Pflegeheimmodells diskutiert, handelt es sich in den Grundzügen um die Hauptachsen des vorgeschlagenen Evaluationsmodells für Investitionsentscheidungen.

*Rückschlüsse
Evaluation*

In diesem Sinne kann das Modell als *interdisziplinäre Visualisierung* der wichtigsten Parameter, welche über den Erfolg von Pflegeimmobilien entscheiden, dienen.

*Visualisierung
zentrale Parameter*

5 Schlussfolgerungen

5.1 Fazit

Die Einleitung dieser Thesis stellte die Frage nach den *zentralen Erfolgsfaktoren im Planungsprozess von Pflegeimmobilien*. Mit der Erläuterung der gesellschaftlichen, demografischen und rechtlichen Rahmenbedingungen wurde aufgezeigt, dass auch in Zukunft mit steigendem Pflegebedarf im Alter und somit mit wachsenden Ausgaben für Alters- und Pflegeheime zu rechnen ist.

Rahmenbedingungen
Alters- und
Pflegeheime

Mit der Besprechung der häufigsten Krankheitsbilder der Pflegebedürftigen wurde dokumentiert, welche Anforderungen in der Zukunft an Pflege, Betreuung und Immobilien gestellt werden. Die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen haben aufgezeigt, welche *Akteure* im Planungsprozess miteinander interagieren und welche *Potentiale* bei diesen vorhanden sind.

Pflege- und
Betreuungsbedarf

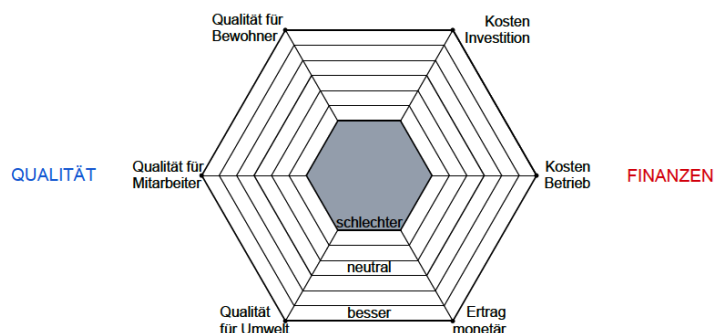
Basierend auf den Ergebnissen wurde ein *Evaluationsmodell für Investitionsentscheidungen* vorgestellt. Mit diesem wurde versucht, die erste Teilfrage zu beantworten:

1. Welches sind die Hauptfaktoren einer erfolgreichen Pflegeimmobilie?

Als Antwort definiert das *Evaluationsmodell* sechs zentrale Parameter, welche mithilfe einer Bewertungsmatrix evaluiert werden können:

Hauptfaktoren
erfolgreiche
Pflegeimmobilie

- Qualität für Bewohner
- Qualität für Mitarbeiter
- Qualität für Umwelt
- Kosten Investition
- Kosten Betrieb
- Ertrag monetär



Das *Evaluationsmodell* ist ein Werkzeug, welches *spezifisch für Pflegeimmobilien* konzipiert wurde. Es dient im Planungsprozess *Kommunikation, Führung und Monitoring*, und kann zu Vermittlungszwecken zwischen Bauträger und Öffentlichkeit verwendet werden.

Kommunikation
Führung
Monitoring

Hier schliesst die zweite Teilfrage an, welche lautete:

2. Welche Rahmenbedingungen müssen stimmen?

Der Planungsprozess stellt hohe Anforderungen an die beteiligten Akteure:

Akteure
Planungsprozess

- *Bauträger*
- *Betreiber*
- *Investoren und Financiers*
- *Planer und Berater*

Der Erfolg im Planungsprozess steht und fällt mit einer *ambitionierten und versierten Projektführung*. Zahlreiche Aussagen in den Befragungen illustrieren die Innovationskraft und Umsetzungsstärke einer *weitsichtigen Führungspersönlichkeit*.¹⁰¹

Ambitionierte
Projektführung

Durch ihren spezifischen Charakter als *Betreiberimmobilien* sind Pflegeheime elementar auf die *intensive Integration der Betriebsabteilungen* in den Planungsprozess angewiesen.¹⁰² Dabei erleichtert das vorgestellte *Evaluationsmodell* die interdisziplinäre Verständigung und Kommunikation.

Integration
Betriebsabteilungen

3. Welche Anforderungen stellen sich an das regulatorische Umfeld?

Insgesamt wurden drei zentrale Bereiche aufgezeigt, bei welchen es zu prüfen gilt, ob die rechtlichen Rahmenbedingungen verbessert werden können:

Rechtliche
Rahmenbedingungen

- Anreize für Betriebseffizienz bei beschränkten Investitionsbudgets¹⁰³
- Anreize für neue Angebote und Erzeugung zusätzlicher Erträge¹⁰⁴
- Anreize für Mischformen zwischen ambulanter und stationärer Pflege¹⁰⁵

Sowohl bezüglich der regulatorischen Anreize wie auch im konkreten Planungsprozess erscheinen diese drei Lösungsansätze als *besonders prüfenswert*.

Prüfungswerte
Ansätze

¹⁰¹ Vgl. Interviews Anhang A6 und A7.

¹⁰² Vgl. Bohn (2012), S. 8–51.

¹⁰³ Vgl. Kapitel 3.3.4.

¹⁰⁴ Vgl. Kapitel 4.5.

¹⁰⁵ Vgl. Kapitel 4.6 und 2.5.6.

Übergreifend kann festgehalten werden, dass die Ausgaben der schweizerischen Alters- und Pflegeheime aufgrund der aufgezeigten demografischen und gesellschaftlichen Aspekte weiterhin steigen werden.

Übergeordneter
Blickwinkel

Dennoch soll angestrebt werden, dass durch eine Verbesserung der *Betriebseffizienz* Bewohner und Mitarbeiter sozial und gesundheitlich entlastet werden und die gemeinsame Pflegezeit auf *qualitative Interaktion* verwendet werden kann.

1. Potentiale
Betriebseffizienz

Die grosse Chance von *zusätzlichen Angeboten* kann es sein, Synergien zwischen den Infrastrukturen einer Pflegeimmobilie und der geografischen Umgebung zu schaffen, so dass beides aufgewertet wird. Im Fokus stehen *Bewohner- und Mitarbeiterzufriedenheit*, *Förderung der informellen Unterstützung* und *Erzeugung zusätzlicher Erträge*.

2. Potentiale neue
Angebote

Aus dem übergeordneten Blickwinkel rücken Pflegeformen in den Fokus, welche *Mischformen* zwischen ambulanter und stationärer Pflege ermöglichen. Einerseits soll die *Eigenständigkeit der Betagten* so lange wie möglich aufrecht gehalten werden, andererseits sollen die so entstehenden *Kosten für die öffentliche Hand und die Sozialwerke* so weit wie möglich *begrenzt* werden.

3. Fokus auf
Mischformen

Dabei sehen die befragten Experten¹⁰⁶ zum Teil die *gegenwärtige Situation als Chance*, weil es durch die stetige Zunahme an Pflegebedarf theoretisch möglich wird, kostengünstigere Pflegeformen zu etablieren, *ohne* dass die bestehenden Einrichtungen wirtschaftlich darunter leiden. Im Gegenteil, dies könnte sogar als Antrieb gesehen werden, ihre Geschäftstätigkeit zu erweitern.

Gegenwart
als Chance

¹⁰⁶ Vgl. Interview Anhang A6.

5.2 Diskussion

Besondere Chancen des vorgestellten *Evaluationsmodells* liegen vermutlich dort, wo erfahren Akteure im Planungsprozess mit solchen kommunizieren, welche bisher selten oder noch nie Pflegeimmobilien realisiert haben.

Chancen
Modell

Hier stellt das Modell nicht nur ein Werkzeug dar, welches dazu dient, konkrete Investitionsentscheide zu evaluieren. Schon vorher kann es als eine Art „Landkarte“ verwendet werden, um die elementaren Parameter und Abhängigkeiten in dieser spezifischen Immobilienklasse aufzuzeigen.

Wie bereits in Kapitel 1.4.2 aufgezeigt, beschränken sich die Aussagen des Modells bezüglich der *Dimension Finanzen* auf *qualitative* Aussagen. Sie können zwar dazu beitragen, das Verständnis für die Zusammenhänge zwischen Erträgen, Investitions- und Betriebskosten zu stärken, indem sie diese *relativ* zueinander abbilden. Für eine *quantitative* Bezifferung von Massnahmen müssen aber zusätzliche Werkzeuge verwendet werden.

Grenzen
Modell

Die gewählte Methode der Kombination von Literaturrecherche und teilstrukturierten Experteninterviews erwies sich als effizient, um die wichtigsten Daten und Eckpunkte in einem sehr breiten Themenspektrum zu definieren.

Diskussion
Methodik

Eine breiter angelegte, *strukturierte Umfrage* zu den zentralen Schlussfolgerungen und zur Bewertung des Modells wären jedoch aufschlussreich gewesen, um die grundsätzlichen *Ergebnisse* der Arbeit quantitativ zu untermauern oder zu relativieren.

Sollte sich das *Evaluationsmodell* als *praxistaugliches* Instrument erweisen, so könnte dessen erweiterte Anwendbarkeit diskutiert werden. Vordergründig liegt auf der Hand, es auf Alters- und Pflegeheime im Ausland zu übertragen.¹⁰⁷

Anwendbarkeit
Ausland

Ferner stellt sich die Frage, welche Adaptionen notwendig wären, um das *Evaluationsmodell* in einem weiteren Kontext einzusetzen, z.B. im Rahmen der Spital- und Krankenhausplanung. Möglicherweise wäre sogar eine Adaption auf *weitere Klassen von Betreiberimmobilien* realisierbar.

Adaption
Betreiberimmobilien

¹⁰⁷ Hintergrund der Recherche bildete zwar das schweizerische Umfeld, die zugrundeliegenden Parameter sind zum Grossteil jedoch landesunabhängig.

5.3 Ausblick

Im Rahmen der Recherche der Grundlagen zu dieser Arbeit ist aufgefallen, dass kaum statistische Daten über Bauträgerschaft und Eigentumsverhältnisse von Pflegeimmobilien verfügbar sind. Gerade im Kontext der eidgenössisch und kantonal sehr unterschiedlichen Strukturen würde eine solche Datensammlung Sinn machen. Nicht zuletzt könnte sie die Behörden in Zukunft dabei unterstützen, die regulatorisch situationsadäquaten Entscheidungen zu fällen.

*Statistiken
Landeigentum*

Auch interessant in diesem Zusammenhang wäre eine statistische Erhebung der Daten, welche Akteure zu welchen Anteilen an der Finanzierung von Pflegeimmobilien beteiligt sind, um regionale und institutionelle Unterschiede aufzuzeigen.

*Statistiken
Finanzierung*

Denkt man an dieser Stelle noch weiter, so stellt sich die Frage, ob sogar ein umfassendes Benchmarking der schweizerischen Pflegeimmobilien Sinn machen würde, um im Zusammenhang mit den zukünftigen Entwicklungen der Pflegefinanzierung über solide Datengrundlagen zu verfügen.

*Benchmarking
Pflegeimmobilien*

Nicht zuletzt könnte eine solche Sammlung dazu dienen, die finanziellen Belastungen zu dokumentieren, welche aus einer ständig zunehmenden Dichte gesetzlicher und regulatorischer Rahmenbedingungen entstehen um positiven Einfluss auf deren zukünftige Gestaltung zu nehmen.

*Dokumentation
Überregulierung*

Die Absicht dieser Arbeit ist es, einen Beitrag zum gegenseitigen Verständnis der Akteure und Anspruchsgruppen im Planungsprozess zu leisten. Am Ende geht es bei der Realisierung erfolgreicher Pflegeimmobilien darum, ein Ergebnis zu erreichen, welches höchstmögliche Qualität mit der längstmöglichen Dauerhaftigkeit im gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Kontext verbindet.

Zum Abschluss

LITERATURVERZEICHNIS

- Bayer-Oglesby, L. / Höpflinger, F. (2010): Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz – Obsan (Hrsg.), Neuchâtel 2010
- Bienert, S. (2005): Bewertung von Spezialimmobilien: Risiken, Benchmarks und Methoden, Wiesbaden 2005
- Bohn, F. (2010): Altersgerechte Wohnbauten : Planungsrichtlinien, Zürich 2010
- Bohn, F. (2012): Von der Vision zum Projekt: Neubau, Erweiterung oder Sanierung eines Alters- und Pflegezentrums, Bern 2012
- Francis, A., BFS (Hrsg.) (2014): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2012 - Standardtabellen – Definitive Resultate, Neuchâtel 2014
- Grob, D. (2013): Alt und krank – Akutgeriatrie zwischen Fürsorge und Autonomie, Bern 2013
- Höpflinger, F. (2009): Age Report 2009 – Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter, Zürich 2009
- Höpflinger, F. / Bayer-Oglesby, L. / Zumbrunn, A. (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Bern 2011
- Just, T. (2013): Demografie und Immobilien, 2. Aufl., München 2013
- Guthknecht, T. (2010): Integral Process Design: Synthesizing Building and Business Design of Health Care Buildings, Zürich 2010 (Habilitationsschrift ETH Zürich)
- Helbok-Föger, C. / Schelling, B. (2013): Effiziente Nutzung von Mobilisationshilfsmitteln, Dornbirn 2013 (Master-Thesis Donau Univ. Krems)
- Just, T. (2013): Demografie und Immobilien, 2. Aufl., München 2013
- Kohli, R. / Bläuer Herrmann, A. / Babel, J. (2010): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz: 2010 – 2060, Neuchâtel 2010
- Raos, B. (2009): Alter: Wer zahlt wie viel für Pflege?, in: Beobachter 7(2009) abgerufen :http://www.beobachter.ch/leben-gesundheit/medizin-krankheit/artikel/alter_wer-zahlt-wie-viel-fuer-pflege/ [abgerufen am 20. Mai, 2014]
- Schulte, K.-W. (Hrsg.)(2008): Immobilienökonomie, Bd. 1: Betriebswirtschaftliche Grundlagen, 4. Aufl., München 2008
- Lucchini, J., (2011): Age Award 2011 – Begegnungsort dank Vielfalt, in: Age Dossier 2011, Zürich 2011

- o.V., www.altenpflegemagazin.de (Hrsg.) (2014), Pflegestandard "Sicherer Umgang mit Patientenliftern", online unter: <http://www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-lifter.htm>; [abgerufen am 2.8.2014]
- o.V., Arjo Huntleigh (Hrsg.) (2014) Mobilitätsgalerie, online verfügbar unter: <http://www.arjohuntleigh.ch/de/Page.asp?PageNumber=966>; [abgerufen am 7. 7.2014]
- o.V., Europäisches Komitee für Normung (Hrsg.) (2013), Ergonomie - Manuelles Bewegen von Personen im Bereich der Pflege (ISO/TR 12296:2012), Brüssel 2013
- o.V., Immobilien-Bewirtschaftung Stadt Zürich (Hrsg.) (2011): Immo-Dienstleistungen, Beilage zu StRB Nr. 777/2011, Version 11 vom 7. Juli 2011, Zürich
- o.V., CURAVIVA Schweiz (Hrsg.) (2014): Statistik Alters- und Pflegeinstitutionen, Bern 2014
- o.V., DIN Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.) (2010) DIN 18040-1 Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen – Teil 1: öffentlich zugängliche Gebäude, Berlin 2011
- o.V., SIA (Hrsg.) (2009), SIA 500: 2009, Hindernisfreie Bauten – SN 521 500, Zürich 2009
- o.V., SIA (Hrsg.) (2000), SIA 165: 2000, Kennzahlen im Immobilienmanagement, Zürich 2000
- o.V., SNB (Hrsg.) (2013), Transaktionspreise Eigentumswohnungen 2004 - 2013, online verfügbar unter: <http://deutsche-wirtschafts-nachrichten.de/2013/06/17/immobilienblase-ausfallrisiko-der-hypothecken-in-der-schweiz-steigt/> [abgerufen am 9.8.2014]
- Widmer, R. (2012a): Die Volkswirtschaftliche Bedeutung der Alters- und Pflegeinstitutionen in der Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter, Bern 2012
- Widmer, R. (2012b): Zwischenbilanz: Wie wirkt sich die Einführung von SwissDRG auf die Langzeitpflege aus, Bern 2012

ANHANG

A1 – Vorbemerkung Experteninterviews

Im Rahmen der Zusammenstellung der nun folgenden Stichwortprotokolle wurden die Befragten einer der vier folgenden Hauptkategorien zugewiesen:

- Gemeinde
- Betreiber
- Planer und Berater
- Investoren

Im Rahmen der vorgegebenen wissenschaftlichen Arbeitsweise war explizit verlangt, Experteninterviews im Rahmen der Thesis anonymisiert zu dokumentieren. Aus diesem Grund wurde in der nachfolgenden Auflistung bewusst darauf verzichtet, Angaben über den geografischen oder hierarchischen Background der Befragten zu machen.

Kurzübersicht der wiedergegebenen Experteninterviews:

- A2 - Grundstruktur Befragung
- A3 - Interview Immobilienverwaltung Kanton
- A4 - Interview Immobilienverwaltung Stadt
- A5 - Interview Immobilienverwaltung Gemeinde
- A6 - Interview Betreiberseite Stadt
- A7 - Interview Betreiberseite Stadt
- A8 - Interview Betreiberseite Stadt
- A9 - Interview Betreiberseite Stadt
- A10 - Interview Betreiberseite Stadt
- A11 - Interview Planer und Berater
- A12 - Interview Planer und Berater
- A13 - Interview Investorenseite

A2 – Grundstruktur Befragung

Vorbemerkung 1: Es handelt sich um eine offene, teilstrukturierte Befragung. Die Frageliste dient dazu, die essentiellen Aspekte zu touchieren, und muss nicht Punkt-für-Punkt „abgearbeitet“ werden; das Gespräch kann sich frei entwickeln.

Vorbemerkung 2: Die Masterarbeit fokussiert zwar auf das Thema „Pflegeimmobilien für Betagte“. Diese Kategorie steht jedoch durchaus auch stellvertretend für „Betriebsimmobilien“ im Allgemeinen – daher es geht um besondere Zusammenhänge zwischen den Anfangsinvestitionen und den späteren Betriebskosten und -erträgen.

Teil 1: Stichworte Persönlicher Background der Befragten

1. Berufliche Erfahrungen mit Pflegeimmobilien
2. Subjektive Einschätzung: bes. Charakteristika Pflegeimmobilien
3. Bisher „beste“ Erfahrungen im Planungsprozess
4. Bisher „schwierigste“ Erfahrungen im Planungsprozess
5. Finanzierung Anfangsinvestitionen
6. Finanzierung Betriebskosten
7. Anreize, welche funktionieren
8. Anreize, welche ineffizient sind
9. Persönliche Empfehlungen: strategisch
10. Aktuellste Entwicklungen: operativ

Teil 2: Stichworte Strategische Ebene

1. Nutzungsflexibilität
2. Bedarfsgerechtigkeit
3. Nutzungsmischung Hotel / Gastronomie / Pflege
4. Nutzungsmischung Alterswohnen / Spitex / Pflege
5. Risikoträger vs. Entscheidungsträger
6. Erträge steigern / Risiken minimieren
7. Pflegezeit reduzieren / mehr Zeit für „Quality-Time“
8. Arbeitsplatzattraktivität / Personalpolitik
9. Organigramm Wettbewerbskommission
10. Organigramm Baukommission

Teil 3: Stichworte Operative Ebene

1. Diskussion Potential Evaluations-Diagramm
2. Alternative Evaluationsmethoden
3. Fallbeispiel: Mobilisationshilfen für Mitarbeitende
4. Fallbeispiel: Dezentrale Speisezimmer
5. Fallbeispiel: Demenzgarten
6. Mobilisationskonzepte Bewohner
7. Hindernisfreiheit
8. Säurebeständigkeit
9. Demenzgerechtigkeit
10. Empfehlungen Gesprächspartner

A3 – Interview Immobilienverwaltung Kanton

Gesellschaftlicher Rahmen

- Konsumieren die Leute ihr Geld oder legen Sie es auf die Seite?
- Trend Generationenwohnen / Kombination Lebensphasen
- Mischformen der Pflege wären möglich / Multi-Service „Ansatz“
- Mischung: Selbstbestimmt wohnen / Betreuung/ Pflege ausprobieren

Institutioneller Rahmen

- APH im Kanton werden sowohl kommunal / privat betrieben
- Heime für Intensivpflege sind Kantonal, d.h. subventioniert, was es notwendig macht, dass diese Lizenzen übergeordnet koordiniert und vergeben werden
- Verpflichtung durch kantonales Pflegegesetz nach Mindeststandards
- Alle Kantone funktionieren anders (u.A. Schuldenbremse)
- Konkreter Kanton hat insgesamt 78 Institutionen (Gebäudewert ca. 800 Mio.)
- Gliederung Departement: Sonderschulheime/Werkstätten/Schwerpflegeheime
- Bezahlung Investitionen meist über Baurechtszins
- Angebot ist Teil des „Service public“
- Amortisation / Zinsbeiträge / Pauschalbeträge
- Auf kommunaler Ebene: Prozess über Einzonungen

Erfolgsfaktoren Planungsprozess

- Übergeordnete Koordination / Erfassung / Buchführung / Unterhaltsbedarf
- Kantonale Allokation muss zentral gesteuert werden
- Infrastrukturanteil optimieren
- Risiko, dass Gebäude „konsumiert“ anstatt instand gehalten werden
- Geschäftsmodell / Subventionsverteilung / Betriebskonzept / Lage
- Was ist meine „unique selling proposition“?

Erfolgsfaktoren operativ

- Kosten – Ausgabestruktur Gebäude analysieren und durchleuchten
- Stratos / Erfassung / Prognose / Simulation
- Ertragsmöglichkeiten: Wofür sind die Leute bereit, Geld auszugeben?
- Roter Knopf 24/7; Sensoren, welche Sturz signalisieren
- 24 Stunden Shop, Café, Restaurant, Infrastruktur
- Erinnerungen an „zu Hause“ / Bsp. Feng Shui Zimmer

Diskussion:

- Serviceangebote vs. Grundversorgung
- Optimierung durch: Vereinheitlichung Abläufe / Prozessorientierung
- Analogie Spital als „Gesundheitsmaschine“?
- Analogie „prozessorientiertes“ Spital?

A4 – Interview Immobilienverwaltung Stadt

Gesellschaftlicher Rahmen:

- Definition: In Pflegeheime wird man aus gesundheitlichen Gründen eingewiesen
- Definition: Altersheim Wohnform, zu welcher man sich „freiwillig“ entscheidet
- SwissDRG führt dazu, dass Institutionen nahe am Markt wirtschaften müssen
- Kostendruck unter anderem auch durch private Anbieter
- Kostendruck war Auslöser für Bericht über „Kostenklarheit“

Institutioneller Rahmen

- Verpflichtung der Gemeinde zum Angebot von Pflegeplätzen durch Pflegegesetz
- Hochbaudepartement (Immobilienverwaltung) = Vermieter
- Gesundheitsdepartement = Mieter
- Vermietung zu Kostenmiete-Ansätzen

Erfolgsfaktoren im Planungsprozess

- Grundlagenwerke Literatur beachten
- Verwendung der zentralen Planungsinstrumente
- Interaktion der unterschiedlichen Fachgebiete

Erfolgsfaktoren operativ

- Bauliche Massnahmen, Möglichkeiten zum Sparen.
- Balkone anstelle Loggias
- „Quartier“ ins Pflegeheim holen
- Etagenküchen statt Küchen in den Zimmern
- Anpassungen PP-Verordnung

Hauptfaktoren Teuerung:

- Vorschriftendichte
- Altersentwicklung
- Körperlicher Zustand

Diskussion

- Vorteil gegenüber Privaten, dass tendenziell keine „Bodenkosten“ anfallen
- Möglicherweise gewährt Gemeinde Privaten jedoch indirekte Subventionen
- z.B. in Form von höheren Ausnützungsziffern etc. in der BZO etc.
- Grundsätzlich marktkonforme Mieten, gem. Kostenmiete-Ansatz
- Alterswohnungen vs. Pflegezentrum

A5 – Interview Immobilienverwaltung Gemeinde

Übergeordnete Tendenzen:

- Alter nimmt zu
- Medizinischer Fortschritt nimmt zu
- Bettenzahl bleibt ungefähr stabil

Institutioneller Rahmen

- Gemeinde hat Leistungsauftrag: es ist ihre Aufgabe ein Pflegeheim zu bauen
- Umzonungen sind immer ein Thema
- Teilweise „Legate“ = Geld für Altersbedürfnisse = komplexer Planungsprozess
- Gemeinde baut Heim selber, da sie ansonsten dessen Betrieb alle 3 Jahre öffentlich ausschreiben müsste (öffentliches Beschaffungsrecht)

Erfolgsfaktoren Planungsprozess

- Gute Immobilien -> Gute Mitarbeiter -> Gute Abläufe
- Am Anfang steht die Bedarfsabklärung:
- Alterswohnen / Spitex / Pflegeheim
- Optionsbetten für Übergangszeiten

Erfolgsfaktoren operativ

- Solange möglich, wird versucht, bei der Gemeinde Geld zu sparen:
- Spitex 24/7
- Altersgerechte Wohnungen
- Beratungsstelle Alter
- „Sozialbegleiter“
- Integration Pro Senectute
- Ausschlaggebender Grund um ins APH zu kommen: Gesundheitszustand

Konkreter Background Gemeinde

- Bestehende Heime sind „abgeschrieben“, darum jetzt ein Neubau
- Neubau 102 Betten und Alterswohnungen (zu Marktpreisen)
- In APH: relativ kurze durchschnittliche Aufenthaltsdauer
- Leute kommen wenn sie schon sehr pflegebedürftig sind

Diskussion

- Kostenmiete auf Zimmer -> Baukosten abschreiben
- Kinderkrippe einmieten?
- Bereitstellung Pflegeplätze zu welchen die Gemeinde verpflichtet ist
- Teilweise in gemeindeeigenem Heim (Neubau)
- Teilweise in anderen Heimen / Gemeinden
- Selbstzahler als Bewohner sind für Gemeinde vorteilhafter

A6 – Interview Betreiberseite

Institutionelle Aspekte

- Gemeinde zahlt Investition „à fond perdu“ / Boden
- 2/3 der Bewohner benötigen Ergänzungsleitungen
- Tendenz zu „Vermedizinialisierung“ Alter:
- z.B. Hygieneansprüche und Ähnliches

Erfolgsfaktoren Planungsprozess:

- Ein „Zuhause“ für Bewohner schaffen trotz Betrieb im Hintergrund
- Architektur „privat“, Funktion im Hintergrund: „Spital“
- Geschickt umgehen mit Mischform „Eigendynamik Betrieb“
- Aus Bewohnersicht planen: sich einfügen in Ablauf vs. Selbstbestimmtheit

Erfolgsfaktoren operativ

- Wegzeiten / Erschliessung allgemein
- Standorte Stationsbüro / Material

Betriebskonzept „Älterwerden und Wohnen im Quartier“

- Mischform ambulant und stationär
- Konzept „Bleiben bis ans Lebensende“
- Quartierstützpunkt Spitex → Effizienz und Einsparungen
- Services: Sicherheit / Wäsche
- Soziale Kontakte, der Vereinsamung entgegenwirken
- Qualifiziertes Team vor Ort: Ärzte / Physiotherapie / Nachbehandlung

Mögliche Auswirkungen „Älterwerden und Wohnen im Quartier“:

- Massgeschneiderter Service anstelle „Pauschalpaket“
- Längeres Verweilen in der angestammten Wohnung
- Zusatzkosten für Bedürftige ca. 200.- / Monat gegenüber regulärer Wohnung
- Hohe Einsparungen Pflegestufen 3 / 4 / 5
- In der „Endphase“ jedoch ca. 20% Mehrkosten
- Im Gesamten ca. 20% bis 25% günstigeres Konzept als Heim
- Dynamisches Modell bezüglich Fitwerden nach Krankheit / Unfall

Diskussion

- Quantitativer Zuwachs an Pflegebedürftige ist Chance für Mischformen:
- Mögliche Innovation, ohne dass bestehende Heime leiden müssen
- Aber: Komplexer gesetzgeberischer Prozess bezüglich EL und KVG

A7 – Interview Betreiberseite

Institutionelle Aspekte

- Spezifische Institution: Privatrechtliche Stiftung
- Kanton subventioniert bei Neubau 200'000.- pro Bett
- Bei Neubau für Demente subventioniert Kanton 220'000.- pro Bett
- Heim soll keinen Luxus bieten, jedoch die im Laufe des Lebens entstandenen Grundbedürfnisse decken

Erfolgsfaktoren Planungsprozess

- Richtig fragen: Was brauche ich? -> Bedürfnisorientierung
- Fachabteilungen einbeziehen (Pflege / Ökonomie / Finanzen / F+B)
- Fachleute treffen die Entscheidungen; Architekt macht „Verpackung“
- Qualitätsmanagement betriebsweit umsetzen
- Immer vom Optimum ausgehen (reduzieren kann man immer noch)
- Preise / Bedürfnisse abklären: Was kostet etwas? Was muss was bringen?

Erfolgsfaktoren operativ

- Integration weiterer Funktionen ist gut und wichtig
- Das Heim „aufmachen“ zur Gemeinde hin
- Biografie der Bewohner spielt bei Gestaltung wichtige Rolle
- WC welches sich selber aufstellt / 24h Knopf
- Wartungsarmut und Nachhaltigkeit
- Wegsysteme: „Laufen“ der Dementen nicht durch Hindernisse unterbrechen
- Möglichst alles in „zivil“ abwickeln; Architektur ebenfalls
- Klischee, dass immer etwas laufen muss; es darf auch einmal ruhig sein

Bereits realisierte Massnahmen zwecks Erwirtschaftung zusätzlicher Erträge

- Hauseigenes Fitnesszentrum und Bäckerei offen für Allgemeinheit
- Raumvermietung der öffentlichen Räume
- Kunstgalerie / öffentlicher Bancomat / Kiosk
- Integrierte Einrichtungen, öffentlich zugänglich: Ergotherapie, Wundheilpraxis, Arztpraxis, Physiotherapie, Fusspflege
- Busvermietung / Fahrtendienst
- Coiffeuse (reduzierter Mietzins, dafür Preisvereinbarung für Bewohner)
- Cateringangebote der Gastronomie (Indirekte Subventionierung Pension)
- Öffentlicher Brennofen für ganze Gemeinde / Wellnessanlage

Diskussion

- Öffentliche Ausschreibung Architekturleistungen (jedoch kein Wettbewerb)
- Gesprächsbedarf umliegende Unternehmer

A8 – Interview Betreiberseite

Einschätzung Makroentwicklungen:

- Mobilisierung: nicht um jeden Preis, wenn die Leute nicht mehr wollen
- Einsparmöglichkeiten: „Sozialbegleiter“ im Alltag
- Problematik: man ist weit entfernt von „Gebäudekosten-Benchmarking“

Institutionelle Aspekte

- Bauträger ist gemeinnütziger Verband
- Besitzstrukturen Land: im Baurecht von Stadt

Erfolgsfaktoren Planungsprozess

- Planerisches: Zeit investieren
- Bereichsleitungen integrieren (Pflege/ Betreuung / Gastronomie/ Pension)
- Intelligent investieren = Leute von der Basis einbeziehen
- Bauherrschaft muss „starke Stimme“ haben

Erfolgsfaktoren operativ

- Wohnlichkeit, Helligkeit, Hindernisfreiheit, gute Infrastruktur Räumlichkeiten
- Preisgestaltung: nicht zu viel verlangen aber genug, damit Reserve da ist
- Notrufanlage / System / GPS Ortung entlaufgefährdete Demente
- Telefonanlage zwischen Mitarbeitern / Kommunikation / Wegzeiten sparen
- Brandalarm / Tiefkühlalarm / Handy, Ersatzteilbeschaffung muss funktionieren
- Lichtführung/Lichtführung/Kontraste/ Boden Dunkel / Decke Hell
- Stehhilfen / Aufstehhilfen / Elektrifizierung Storen
- Wenn man gutes Personal will, muss man etwas anbieten:
- Eigene Garderoben, gute Abläufe
- „Konkurrenzfähigkeit“, Produkt muss herausstechen
- Einer-Zimmer mit Nasszelle ist heute der Standard

Konkreter Background spezifisches Heim:

- Ursprünglich 42; jetzt 60 Betten, Eröffnung Sommer 1991
- Räume mit grossen Bewohnerbädern, Darlehen zum Bauen damals: 5 Millionen.
- Subventionen da Pflegeabteilung; Bank als Investor
- Überschuss -> Erneuerungsfonds (muss genügend hoch sein)
- Abschreibungen pro Jahr ca. 550'000.- auf 4,7 Mio. Anlagewert

Diskussion:

- Statement gegen „maschinelle“ Pflege (Hebehilfen)
- „Leute wollen Pflegende spüren“
- Stichwort: „Ökonomisierung“ der Pflege

A9 – Interview Betreiberseite

Institutionelle Aspekte

- Charakteristika Pflegeheim: Mischung Wohnen und Pflege
- Beste Erfahrungen Planungsprozess: Zusammenspiel unterschiedlichster Planer
- Schwierigste Erfahrungen Planungsprozess: Trägheit der Entscheidungsfindung in grossen Strukturen
- Kostenmiete zurzeit „statischer“ Preis / m² unabhängig von spez. Immobilie

Erfolgsfaktoren strategisch

- Bedarfsabklärung entscheidend
- Betriebswirtschaftliche Schlüsselfaktoren: Anzahl Betten
- „Komfortkategorien“ sind ertragsrelevant
- Erfolgreiche Planungskommission: straff organisiert
- Benchmarking über Kennwert / Bett
- „Entscheider“ ins Boot holen

Erfolgsfaktoren operativ

- Ausführung ist wichtig
- Internet / Telefon / Ortungssystem
- Wohnbereich individuell gestaltbar
- Öffentliche Cafeteria
- Tendenz zu Wohnküchen anstelle Speisesaal
- Umgebung ansprechen
- Durchmischung wichtig (Kinderkrippen etc.)
- Demenz: Sicherheit und demenzgerechte Infrastruktur (z.B. Licht, Bewegungsräume) steht im Zentrum
- Reize wichtig: Licht, Bewegungsräume

Wichtige Faktoren Mitarbeiter:

- Weiterbildung
- Kultur
- Image
- Software (Haltungen, Konzepte, Zusammenarbeit, Ausbildung, etc.)
- Anwendung Kinästhetik

Zentrale Kostentreiber

- Haustechnik als Kostentreiber
- Spannungsfeld Ökologie versus Ökonomie (2000 Watt Gesellschaft)
- Fragestellung: Wer finanziert Ökologie?
- Entscheidungen treffen: wo gehen die Mittel rein?

A10 – Interview Betreiberseite

Erfolgsfaktoren Planungsprozess:

- Abklärungen Bedarf -> Definition Grösse
- Nachfragesituation / Konkurrenzsituation
- Wie viele Abteilungen / Pflegebesetzung
- Wie viele Betten soll man bauen?
- Bedarf Zimmergrössen abklären
- Finanzierung / Zahlungsbereitschaft abklären
- Ähnliche, bereits erfolgreiche Institutionen besuchen
- Wohnformen gemäss Krankheitsbild / Wahrscheinlichkeit konzipieren
- Definition „Bewohner“ vs. „Patient“, zulassen, dass es *auch* „Patienten“ gibt

Erfolgsfaktoren operativ

- Platzbedarf (Flächen): Rollatoren / Rollstühle / Taurus / „Böckli“
- Typisches Beispiel überflüssige Investition: Badewanne
- Demenzgärten überbewertet, da wettertechnisch nur 3 Monate pro Jahr nutzbar
- Wichtig sind Rundläufe aber auch Nischen
- Mobilisationshilfen kaum Thema, da viele dünne Bewohner auf Abteilung.
- Wichtigste „Mobilisationshilfe“= Essen -> Integration in Gemeinschaftsbereiche
- Veranstaltungen und Soirées; Stichwort „Le théâtre en Geriatrie“

Erfolgsfaktoren Architektur:

- Weicher Boden wegen Sturzrisiko
- Teppich auf Holz wäre diesbezüglich am effizientesten ist jedoch ein Hygiene- / Reinigungsproblem / Rollwiderstandthematik / Blut / Stuhl
- Hindernisfreiheit
- Signaletik: z.B. Zimmerböden rot / Boden Korridor gelb
- Keine Muster (Muster werfen aus Takt), alles Uni-Farben, kein Glanz
- Mehr Licht (Automatismen in den Leuten ansprechen)
- Matchentscheidend Einzelzimmer mit Nasszelle
- Nähe Materiallager beachten (Wegzeiten und Verfügbarkeit)
- Informatik kann Zeitfresser sein: Gute effiziente Konzeption essentiell

Wichtigste Medizinische Fragen mit Einfluss

- Trend aktuelle Generationen: Verbesserung vaskuläre Krankheitsbilder
- Demenz dafür immer ausgeprägter
- „Ärztebedürftigkeit“ abklären, „Skill-Grade Mix“ definieren
- Weitere Fragen: Biete ich Reanimation? -> Personalschulung etc.
- Ideal wäre theoretisch „Milieu wie zu Hause, Dienstleistungen wie im Spital“

A11 – Interview Planer- und Beraterseite

Gesellschaftlicher Rahmen:

- Leistungsauftrag liegt bei Gemeinden
- Umsetzung durch Öffentliche / Vereine / Private
- Entwicklung weg vom „Altersheim“; hin zum „Alterszentrum“
- Herausforderung an Planer: neueste Stände / Tendenzen Pflege einarbeiten
- Faustregel: 1:1 Pflege („Schlüssel Personal/ Bewohner)
- Wechsel von Objektfinanzierung -> Subjektfinanzierung

Erfolgsfaktoren Planungsprozess:

- Nutzer / Bewohner in Zentrum der Planung stellen
- Erwartungen an Standards abgleichen mit den zu erwartenden Kosten
- Einbinden Betreiber, Goodwill erzeugen (z.B. Chef Technik)
- Genügend Stimmrechte auf Seiten Betreiber notwendig in Jurys und Baukommissionen (Stichwort „paritätische“ Verteilung)
- „Wettbewerbskompetenz“ der APH anstreben
- Additiv Planen = Flexibilität Baustruktur (Primär / Sekundär / Tertiär Struktur)
- Normen sind nie auf neustem Stand; Bsp. Demenzläufe; Demenzgärten
- Betrachtet man den Tagessatz / Patient, so sind die Auswirkungen von Zusatzinvestitionen ins Gebäude minimal

Erfolgsfaktoren operativ:

- Definition Gruppengrößen
- Diskussion / Festlegung Bettenpositionen
- Pflegekonzept
- Mitarbeitern Rückzugsmöglichkeiten und Ruheräume anbieten
- Ernährung
- Betriebskonzept:
Aktivierung / Physiotherapie / Events und Ausflüge
- Anreize für Angehörige zu kommen (z.B. Restaurant)
- Angehörige mittels baulicher Massnahmen und Raumangebot in Pflege einbinden

A12 – Interview Planer- und Beraterseite

Übergeordnete Tendenzen:

- Subventionen: Weg von der Objekthilfe zur Subjekthilfe
- Bauträger tendenziell Gemeinden; Betreiber eher Stiftungen
- Trend, dass Betreiber sich einmieten
- „Digitaler Graben“ kaum noch vorhanden
-> auch Pflegeheimbewohner zunehmend online vernetzt.

Institutioneller Rahmen

- Politisch gesehen agieren auf: Verordnungsebene
- Auch für Pflegewohngruppen: Schlüsselfaktor: „Heimplatzbewilligung“
- Weiterentwicklung Institutionen sollte „politisch festgeschrieben“ werden
- Zusammensetzung Wettbewerbsjurys: Interdisziplinarität ist wichtig

Erfolgsfaktoren Planungsprozess:

- Grundlagefrage stellen: Was bedeutet es, Pflegeinstitutionen „neu“ zu bauen?
- Betreiber hat die wichtigste Rolle im Planungsprozess
- Anzahl Personen Bauträgerschaft entscheidet über Komplexität Bauprozess
- Betriebsabläufe im Prozess nachzeichnen ist wichtig
- Grösstes Problem der Betreiber ist Pflegepersonal
-> Investitionen in diesem Bereich lohnen sich!
- „Sich einbringen können“ in den Betrieb als Schlüsselfaktor für Mitarbeiter
- Ergonomie und Kinästhetik wichtiger Bestandteil Planung
- Wohnraum und Arbeitsraum sollten nahtlos ineinander übergehen

Erfolgsfaktoren operativ:

- Kleine Pflegeeinheiten; zentrale Küche
- Frage stellen bei Demenzgartenprojekten: Geht da *wirklich* jemand raus?
- Bsp. Teppich Gänge = Wertigkeit, dafür weniger Funktionalität
- Höhenverstellbare Sanitäranlagen (Zeitfaktor, Selbstständigkeit, Ergonomie)
- Aussenräume: „Die Gemeinde reinholen“
- Beispiele: Fitnesszentrum, Kunstgalerie, Hausinterne Bäckerei
- Freiwilligenarbeit und -beteiligung braucht Raum!
- Umgang mit Demenz: Schutz vor Weglaufen *elegant* lösen
- Hindernisfreiheit auch Aussen
- Internetzugang – Aspekte Kommunikation
- Integration neuer Technologien / Lesehilfen (Lupen / Spezialgeräte)

A13 – Interview Investorensseite

Gesellschaftliche Aspekte

- Ca. 80% der Menschen verweilen bis zu Ableben in der eigenen Wohnung
- Viele ältere Menschen suchen Wohnungen in der Nähe von APH
- Erhöhte Pflegebedürftigkeit Bewohner im Vergleich zu früher
- „Wohnen mit Dienstleistungen“ nur ca. 5% teurer als „normales“ Wohnen

Institutionelle Aspekte

- Pflegeheim ist ein „Hotelbetrieb mit Pflege“
- Gemeinden zahlen Pflegeimmobilien meistens „a fond perdu“
- Seit 2005 / 2006 Kantone in der Pflicht
- Pensionskassen halten grosse Anteile des „Alterswohnen“-Fonds
- Tendenz: Betreiber investieren nicht / Investoren betreiben nicht
- Bei Gemeinde „Eigenmittel“ = Steuersubstrat, daher limitierte Budgets
- Mögliche Finanzierung wenn kein Budget vorhanden: zentrale Organisation
Genossenschaften versorgt Institutionen mit Fremdkapital
- Öffentliche Bauträger sind wenig flexibel, da stark reglementiert
- Von daher sind „Private“ im Vorteil

Erfolgsfaktoren strategisch

- Lage / Dorfzentrum / Grösse
- Betriebswirtschaftlich ist Heim ab 60 Plätzen gut
- Grösse 20 - 30 Plätze geht auch, verlangt jedoch nach spezialisierten Betreibern
- Zu gross ist auch wieder nicht gut
- Oft am neuen Ort Heim bauen, danach Bestehendes abreißen
- Danach oft Erstellung Eigentums- oder Alterswohnungen
- Architektur-Wettbewerbe: Grundsätzlich ok, aber Büros mit Erfahrung

Erfolgsfaktoren operativ:

- Innerhalb der letzten 15 Jahre Zunahme: 2m² / Zimmer; plus Bad / Dusche
- Kurze Wege
- Separate Station Demenz
- Normendichte vs. unternehmerische Flexibilität

Investorensicht Alterswohnen / Pflegeheime

- Gut: Keine Konjunkturschwankungen
- Nachteil: Oft „nur“ Baurecht, dadurch Verzicht Wertsteigerungsrendite
- Möglicher Vorteil: Baurechte zu Vorzugskonditionen
- „Als Investor muss man flexibel sein“

A14 – Berechnungsgrundlage Diagramm Kapitel 2.5.5

Jahr	Ausgaben APH Total in Mio. CHF ¹	Steigerung Ausgaben seit 1999 in Mio. CHF ²	Anzahl Plätze APH Schweiz in Tsd. ³	Kostenanteil zusätzliche Plätze in Mio. CHF ⁴	Bruttoerwerbseinkommen Ø pro Jahr in Tsd. CHF ⁵	Anstieg Lohnkosten in Prozent ⁶	Kostenanteil gestiegene Lohnkosten in Mio. CHF ⁷	Landesindex der Konsumentenpreise in Punkten ⁸	Teuerung seit 1999 in Prozent ⁹	Kostenanteil Teuerung in Mio. CHF ¹⁰	Zunahme Ausgaben: ¹¹ sonstige Bestandteile
1999	4935	0	81	0	68	0%	0	98.8	0%	0	0
2000	5195	260	84	198	68	1%	46	100.3	2%	2	14
2001	5579	644	84	221	72	6%	220	101.3	3%	8	194
2002	5972	1037	85	284	72	6%	243	102.0	3%	15	494
2003	6199	1264	85	269	74	9%	368	102.6	4%	21	606
2004	6369	1434	86	318	73	8%	342	103.4	5%	29	745
2005	6586	1651	87	367	75	11%	468	104.7	6%	43	773
2006	6820	1885	88	447	75	12%	537	105.8	7%	59	841
2007	7191	2256	90	557	77	14%	676	106.5	8%	79	945
2008	7554	2619	91	606	78	16%	812	109.1	10%	121	1079
2009	7936	3001	92	680	80	19%	1054	108.6	10%	131	1135
2010	8137	3201	92	671	79	16%	927	109.4	11%	150	1454
2011	8604	3669	93	719	79	17%	1017	109.6	11%	173	1761
2012	9027	4092	94	779	81	19%	1218	108.8	10%	177	1917
Kostenanteil Steigerung 1999 - 2012	-	100%	-	19%	-	-	30%	-	-	4%	47%

Tab. 8: Berechnungsgrundlage Diagramm Kapitel 2.5.5: Ausgaben für Alters- und Pflegeheime in der Schweiz 1999 – 2012

¹ BFS: *Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern*

² Spalte 1 abzüglich Spalte 1 (1999)

³ BFS: *Sozialmedizinische Institutionen: Anzahl Plätze*

⁴ [Spalte3 minus Spalte 3 (1999)] x Kosten pro Platz (1999)

⁵ BFS: *Ø-Bruttoerwerbseinkommen pro Jahr der Erwerbstätigen*; Referenzwert: Vollzeit (90% und mehr)

⁶ Ø-Bruttoerwerbseinkommen pro Jahr – Ø-Bruttoerwerbseinkommen (1999)

⁷ [Ausgaben (1999) + Ausgaben zusätzliche Plätze] x Anstieg Lohnkosten x 64% (= Lohnkostenanteil an Gesamtausgaben, vgl. Kapitel 2.5.2)

⁸ BFS: *Landesindex der Konsumentenpreise*, Basis Mai 2000=100

⁹ Berechnung, basierend auf Spalte 8

¹⁰ [Ausgaben (1999) + Spalte 4] x Teuerung x 36% (= Nicht-Lohnkostenanteil an Gesamtausgaben, vgl. Kapitel 2.5.2)

¹¹ [Steigerung Ausgaben seit 1999] – Spalte 4 (Plätze) – Spalte 7 (Lohn) – Spalte 10 (Teuerung)

Alle Daten BFS online unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index.html> [abgerufen am 8.8.2014]

Danksagung

An erster Stelle möchte ich meinem Betreuer Prof. Dr. Ing. habil. Tom Guthknecht danken, welcher mit seinen Thesen und seiner engagierten Lehrtätigkeit mein Bewusstsein und Interesse für die thematisierten Zusammenhänge begründet hat. Sowohl seine fachliche Expertise als auch die gemeinsame kritische Diskussion des Evaluationsmodells haben die Arbeit in dieser Form erst möglich gemacht.

Weiter danke ich folgenden Personen, welche mit ihrer kostbaren Zeit im Rahmen der Befragungen zu dieser Arbeit beigetragen haben:

- Felix Bohn, Schweizerische Fachstelle behindertengerechtes Wohnen, Zürich
- Alard Du Bois-Reymond, Thurvita AG, Wil SG
- Stephanie Bollag, Alters- und Pflegeheim Humanitas, Riehen
- Michael Bucher, Gemeinde Zollikon
- Bruno Buser, Fuhr Buser Partner Bauoekonomie, Basel
- Francois Chapuis, Immobilien Kanton Aargau, Aarau
- Petr Chrysta, Blumer Gagnat AG, Küsnacht
- Stefan Estermann, Alters- und Pflegeheim Wiesliacher Oekas, Zürich-Witikon
- Anthony Francis, Samed, Bundesamt für Statistik BFS, Neuchâtel
- Peter Frischknecht, PBK AG, Zürich
- Hans Jörg Fuhr, Fuhr Buser Partner Bauoekonomie, Basel
- Dr. med. Daniel Grob, Stadtspital Waid, Zürich
- Urs Jenny, Alterszentrum am Bachgraben, Allschwil
- Dr. Emil Kowalski, Bracher und Partner AG
- Cornelia Mächler, Immobilien-Bewirtschaftung Stadt Zürich
- Regula Pfenninger, Pflegezentren der Stadt Zürich
- Patricia Reichelt, Center for Urban & Real Estate Management, Zürich
- Ueli Schwarzmann, ehem. Altersheime der Stadt Zürich
- Andreas Sidler, Age Stiftung, Zürich
- Oliver Specker, KPMG, Zürich
- Prof. Dr. Christian Stoy, Universität Stuttgart / PBK AG, Zürich
- Rebecca Tarraborelli, SSWZ, vorher Tertianum AG

Ein ganz besonderer Dank geht an meine Partnerin und Mutter unserer gemeinsamen Kinder, für ihr ausdauerndes Engagement für die Familie und ihr sorgfältiges Korrekturat.

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Thema „Erfolgsfaktoren im Planungsprozess von Pflegeimmobilien – Ein Evaluationsmodell für Investitionsentscheidungen“ selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Falle durch Angabe der Quelle (auch der verwendeten Sekundärliteratur) als Entlehnung kenntlich gemacht.

Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen und wurde auch noch nicht veröffentlicht.

Zürich, den 18. August 2014

Petr Michalek