

Realisierungsmodelle bei Krankenhausinvestitionen

Einflussfaktoren für deren Auswahl

Bernhard Eicher/Reto Steiner

Krankenhäuser verursachen einen bedeutenden Teil der jährlich ansteigenden Gesundheitsausgaben. Dieser Beitrag untersucht Investitionen in Immobilien, welche einen der Kostentreiber im Krankensektor darstellen. Anhand des Lebenszyklusansatzes werden die möglichen Realisierungsmodelle vorgestellt und deren Einflussfaktoren anhand der Schweizer Krankenhäuser empirisch untersucht. Dabei zeigt sich, dass insbesondere hohe Unsicherheiten in Bezug auf den technologischen Wandel und wenig Know-how in bauspezifischen Fragen sowie geringe Verhandlungsmacht zu Outsourcing-orientierten Realisierungsmodellen führen.

Einleitung

Die Finanzierung von Krankenhäusern ist während der letzten Jahre in vielen Ländern in den Fokus von Wissenschaft und Politik gerückt. Spitäler machen mit über 30 Prozent den größten Anteil an den stetig steigenden Gesundheitsausgaben aus.¹ Soll das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen gedämpft werden, kommt dem Krankensektor eine besondere Bedeutung zu. Diverse Länder haben deshalb Reformen durchgeführt. Häufig fand ein Wechsel des Vergütungssystems von Tages- zu Fallpauschalen, geordnet nach national einheitlichen Diagnosis Related Groups (DRG), statt.² Dabei wurde der Untersuchung von Kostentreibern in

Krankenhäusern bisher eher wenig Beachtung geschenkt.³ Bisherige wissenschaftliche Beiträge richten den Blick primär auf das Gesundheitswesen insgesamt.⁴ Entsprechend besteht in Bezug auf Kostentreiber im Krankensektor eine Forschungslücke.

Unter den verschiedenen Kostentreibern sind insbesondere Investitionen in die Krankenhausinfrastruktur von zunehmender Bedeutung. Krankenhäuser in Ländern wie Deutschland und der Schweiz weisen nämlich einen Investitionsrückstand auf. Häufig wurde dem Erhalt und der Erneuerung der Infrastruktur während der letzten Jahrzehnte zu wenig

Beachtung geschenkt.⁵ Zudem haben die Reformen im Gesundheitswesen zu Unsicherheit geführt. Entsprechend hielten sich die Krankenhäuser mit Investitionen in ihre Infrastruktur zurück. Nach erfolgreichem Abschluss dieser Reformen ist nun von einer erhöhten Investitionstätigkeit auszugehen.⁶ Schließlich sind die Zinskosten in den meisten Industrienationen zurzeit sehr tief.⁷ Dies ist ein zusätzlicher Anreiz, geplante Investitionen zu realisieren.

Soll die Realisierung von Investitionen in die Krankenhausinfrastruktur genauer untersucht werden, bietet sich die Schweiz als interessantes Fallbeispiel an. Mit der DRG-Reform im Jahr 2012 wechselte die Schweiz nicht nur zu einheitlichen Fallpauschalen, sondern änderte auch die Finanzierung der Infrastruktur von Krankenhäusern.⁸ Fand bis dahin die Abgeltung der Infrastrukturkosten primär durch die öffentliche Hand statt, ist diese nun in den Fallpauschalen enthalten und es ist nicht mehr die öffentliche Hand als Bauherrin und Kapitalbeschafferin tä-



Bernhard Eicher, MScBA

Doktorand am Kompetenzzentrum für Public Management der Universität Bern und Mitglied des Stadtparlaments von Bern



Prof. Dr. Reto Steiner

Geschäftsführer des Schweizerischen Instituts für öffentliches Management in Bern und Professor an der Freien Universität Bozen.

- 1 Organisation for Economic Cooperation and Development 2013: S. 156-157 und Eurostat 2015.
- 2 Geissler et al. 2011 und Wiley 2011.
- 3 Pellegrini et al. 2010 und Fürstenberg et al. 2011.
- 4 Constant et al. 2011; Alberta Government 2013 und Smith/Newhouse/Freeland 2015.
- 5 REP Real Estate Publishers 2009: S. 55, PricewaterhouseCoopers AG 2010: S. 5 und Credit Suisse 2013: S. 34.
- 6 Hammond Hanlon Camp 2013: S. 7-13.
- 7 Schweizerische Nationalbank 2015: S. 6-7 und European Central Bank 2015: S. 8-9.
- 8 Schweizerischer Bundesrat 2004: S. 5558 und S. 5577-5579.

tig, sondern das Krankenhaus. Kurz: Die Krankenhäuser sind seit 2012 für den gesamten Lebenszyklus ihrer Infrastruktur verantwortlich.⁹

Die neu erhaltene Verantwortung bedeutet für die Krankenhäuser, dass sie sich bei Ersatz- und Neuinvestitionen zwischen verschiedenen Realisierungsmodellen entscheiden müssen. Um ein besseres Verständnis zur Realisierung von Investitionen in die Krankenhausinfrastruktur zu gewinnen, sollen mit Blick auf die Schweiz deshalb zwei Fragen beantwortet werden: (1) Welche Realisierungsmodelle stehen den Krankenhäusern generell zur Auswahl und (2) welche Faktoren haben einen Einfluss auf die Auswahl eines Realisierungsmodells?

| Realisierungsmodell | Lebenszyklus | | | |
|--|--------------|-----|--------------|-----------|
| | Planung | Bau | Finanzierung | Unterhalt |
| Konventionelle Beschaffungsvariante, finanziert durch Eigenmittel | | | | |
| Konventionelle Beschaffungsvariante, finanziert durch öffentliche Hand | | | | |
| Konventionelle Beschaffungsvariante, finanziert durch Fremdmittel | | | | |
| Investorenmodell | | | | |
| Public Private Partnership | | | | |

hoch

Delegation der Verantwortung

tief

Legende:

- Verantwortung bei Krankenhaus
- Gemeinsame Verantwortung von Krankenhaus und Dritten
- Verantwortung bei Dritten

Abb. 1: Realisierungsmodelle im Überblick

Datenerhebung und Analyseverfahren

Zur Beantwortung der beiden Fragen wurde anfangs 2015 eine schriftliche Befragung sämtlicher 165 Akutkrankenhäuser in der Schweiz durchgeführt. Diese war adressiert an die CEOs oder CFOs des jeweiligen Krankenhauses. Die Rücklaufquote betrug 18,8 Prozent. Die Datenanalyse fand mittels zweistufiger, qualitativ-komparativer Analyse (two-step fs/QCA) statt. Diese Methodik eignet sich im Vergleich zu anderen Verfahren besser zur Analyse kleiner und mittlerer Datenmengen. Weiter kann mittels qualitativ-komparativer Analyse besser auf Abhängigkeiten zwischen verschiedenen Einflussfaktoren eingegangen werden.¹⁰

Im Folgenden werden zuerst die zur Auswahl stehenden Realisierungsmodelle vorgestellt. Anschließend wird aufgezeigt, welche Faktoren einen Einfluss auf die Auswahl eines Realisierungsmodells haben können. Schließlich werden die Befragungsergebnisse diskutiert.¹¹

Realisierungsmodelle im Überblick

Realisierungsmodelle können nach den vier Phasen Planung, Bau, Finanzierung und Unterhalt analysiert werden. Dabei lassen sich im Wesentlichen die drei Modelle konventionelle Beschaffungsvariante, Investorenmodell und Public Private Partnership unterscheiden.¹²

Wie in Abbildung 1 dargestellt, lässt sich die konventionelle Beschaffungsvariante weiter untergliedern nach der Art ihrer Finanzierung. Stammen die Mittel für ein Investitionsvorhaben aus dem selbst erarbeiteten Cashflow oder aus einer Kapitalerhöhung, befinden sich sämtliche Phasen des Lebenszyklus im Verantwortungsbereich des Krankenhauses. In diesem Fall ist von einer reinen Insourcing-Lösung zu sprechen.

Werden die benötigten finanziellen Mittel von der öffentlichen Hand zur Verfügung gestellt – sei es durch Beiträge à Fonds Perdu oder durch Darlehen – teilen sich Krankenhaus und Staat die Verantwortung für die Finanzierungsphase. Dies insbesondere, weil die öffentliche Hand Auflagen für ihre Beiträge oder Darlehen machen kann. Die Phasen Planung, Bau und Unterhalt bleiben im Verantwortungsbereich des Krankenhauses. Stammen die finanziellen Mittel von Eignern eines Krankenhauses – sei es durch Darlehen, Wandelanleihen oder Venture Capital – ist ebenfalls von einer geteilten Verantwortung zwischen Krankenhaus und Dritten auszugehen. Die Eigner als Fremdkapitalgeber können ebenfalls Auflagen für ihr weiteres Engagement machen, am eindeutigsten ist dies bei Venture-Capital-Gebern ersichtlich. Auch in diesem Fall trägt das Krankenhaus die alleinige Verantwortung für die Phasen Planung, Bau und Unterhalt. Müssen die Mittel auf

dem Fremdkapitalmarkt beschafft werden – sei es bei Banken, institutionellen Anlegern oder mittels Anleihen – wird die Verantwortung für die Finanzierungsphase an Dritte abgegeben. Diese nehmen in der Regel eine ausführliche Prüfung des geplanten Investitionsvorhabens vor. Dadurch erhalten die Fremdkapitalgeber während der Finanzierungsphase wesentliche Mitsprachemöglichkeiten mit einem Vetorecht. Die Phasen Planung, Bau und Unterhalt sind aber nach wie vor im Verantwortungsbereich des Krankenhauses. Die drei Varianten konventionelle Beschaffungsvariante mit Finanzierung durch die öffentliche Hand, durch Eigentümer oder durch den Fremdkapitalmarkt können als gemischte Modelle bezeichnet werden. Es handelt sich weder um reine Insourcing- noch um reine Outsourcing-Lösungen.

Beim Investorenmodell delegiert das Krankenhaus die Verantwortung für die Phasen Planung, Bau und Finanzierung vollständig an einen Dritten. Dies könn-

9 Haerne 2009: S. 11-12 und Canadian Council for Public-Private Partnerships 2011: S. 22.
 10 Schneider/Wagemann 2007 und Sager/Andereggen 2012.
 11 Eine Langfassung des Beitrags ist auf Englisch erschienen unter Eicher 2016.
 12 Bolz/Kunzmann/Schultze-Rhonhof 2013: S. 164-165.

te beispielsweise bei der Erstellung eines neuen Bettenhochhauses der Fall sein. Das Krankenhaus und der externe Partner vereinbaren gemeinsam die genauen Eckdaten des neu zu erstellenden Gebäudes. Nach Bauvollendung wird das Gebäude dem Krankenhaus schlüsselfertig übergeben und vermietet. Für die Phase Unterhalt sind in der Regel Krankenhaus und externe Partner gemeinsam verantwortlich. Für aufwändige Sanierungsarbeiten ist der externe Dritte zuständig, für kleinere Renovationsarbeiten das Krankenhaus. Beim Modell Public Private Partnership schließlich wird die Verantwortung für sämtliche Phasen des Lebenszyklus an einen externen Partner vergeben. Dieser ist während 25 bis 30 Jahren für das gesamte Gebäude zuständig und erhält dafür eine adäquate Entschädigung vom Krankenhaus. Wesentliche Elemente von Public Private Partnership sind der Le-

beim Realisierungsmodell „konventionelle Beschaffungsvariante mit Eigenmitteln“ fallen Kosten an. So muss das Krankenhaus als Bauherrin mit diversen Baupartnern Einzelverträge aushandeln und deren Einhaltung überwachen. Diese Kosten, ein ausgewähltes Modell zu managen, können als Transaktionskosten betrachtet werden. Entsprechend wird im Folgenden die Auswahl eines Realisierungsmodells anhand des Transaktionskostenansatzes untersucht.

Einflussfaktoren bei der Auswahl von Realisierungsmodellen

Der Transaktionskostenansatz unterscheidet zwischen den drei Einflussfaktoren Spezifität, Unsicherheit und Häufigkeit.¹⁴

Der Faktor Spezifität umschreibt, wie einzigartig eine Transaktion ist. Auf den

führung neuer Behandlungsmethoden innerhalb weniger Jahre obsolet werden.

Der Faktor Häufigkeit schließlich umschreibt, wie oft eine Transaktion innerhalb einer bestimmten Zeitperiode durchgeführt wird.

Die Faktoren Spezifität, unterteilt in objektbezogene und Know-how-bezogene Spezifität, sowie technologische Unsicherheit sind bereits mehrfach empirisch untersucht worden und ihr Einfluss auf Insourcing- und Outsourcing-Entscheidungen im Krankenhaussektor konnte nachgewiesen werden. Die bisherigen Untersuchungsergebnisse bestätigen die zu erwartenden Einflüsse: Hohe Spezifität, sei sie Objekt- oder Know-how-bezogen, begünstigt aufgrund hoher Transaktionskosten Insourcing-Lösungen. Bei hoher technologischer Unsicherheit bevorzugen Krankenhäuser ebenfalls Insourcing-Lösungen.¹⁵ Der Einfluss der Häufigkeit von Transaktionen hingegen ist von geringer Bedeutung: Insourcing- und Outsourcing-Entscheidungen werden relativ selten gefällt, entsprechend ist die Berücksichtigung ihrer Häufigkeit wenig zielführend.

Der Transaktionskostenansatz gilt als statisches Konzept, welches Beziehungen zwischen Unternehmen als gegeben annimmt.¹⁶ Soll auch die Dynamik zwischen Unternehmen berücksichtigt werden, gilt es im Krankenhaussektor zwei weitere Faktoren einzubeziehen. Erstens soll der Einfluss der Verhandlungsmacht von Krankenhäusern in die Untersuchung integriert werden. Hohe Verhandlungsmacht begünstigt Outsourcing-Lösungen, weil Verhandlungspartner unter Druck gesetzt und dadurch bessere Konditionen ausgehandelt werden können.¹⁷ Zweitens gilt es den Einfluss der Eigentumsverhältnisse in einem Krankenhaus zu berücksichtigen. Es ist davon auszugehen, dass Krankenhäuser im Eigentum der öffentli-

»Unabhängig davon, welches Realisierungsmodell ausgewählt wird, entstehen neben den Planungs-, Bau-, Finanzierungs- und Unterhaltskosten auch Kosten, um die gewählte Variante zu managen.«

benszyklusansatz, eine sinnvolle Risikoverteilung zwischen den Partnern, eine funktionale Ausschreibung sowie Leistungs- und anreizorientierte Vergütungsmechanismen.¹³ Investorenmodelle und Public Private Partnership können als Outsourcing-Lösung bezeichnet werden.

Unabhängig davon, welches Realisierungsmodell ausgewählt wird, entstehen neben den Planungs-, Bau-, Finanzierungs- und Unterhaltskosten auch Kosten, um die gewählte Variante zu managen. Am offensichtlichsten ist dies beim Public-Private-Partnership-Modell: Um die Verantwortung für ein Gebäude während 25 bis 30 Jahren an einen externen Partner abzugeben, wird ein komplexes Vertragswerk benötigt. Dieses auszuhandeln und während der Vertragsdauer zu überwachen, verursacht erhebliche Kosten. Aber auch

Krankenhausektor adaptiert beschreibt Spezifität, wie standardisiert ein Objekt ist und welches spezifische Know-how hierfür benötigt wird. Beim Bau eines Bettenhochhauses beispielsweise kann auf mehr Standards zurückgegriffen werden als bei der Konstruktion eines Zyklotrons zur Herstellung radioaktiver Isotope. Auch wird für Ersteres weniger fachspezifisches Know-how benötigt als für den Bau eines Zyklotrons.

Der Faktor Unsicherheit umschreibt, mit welchen nicht voraussehbaren Veränderungen ein Unternehmen während einer Transaktion konfrontiert werden könnte. Für den Krankenhaussektor steht hierbei die technologische Unsicherheit im Fokus. Investitionen in teure Gerätschaften beispielsweise können durch die Erfindung besserer Apparaturen oder durch die Ein-

¹³ Wolke 2010: S. 103-167 und Bolz 2015: S. 9-11.

¹⁴ Williamson 1985: S. 52-61.

¹⁵ Coles/Hesterly 1998; Ludwig/Groot/Van Merode 2009 und Diana 2009.

¹⁶ Bellouma 2011: S. 89-91 und Ruester 2010: S. 1-5.

¹⁷ Mick 1990: S. 229; Diana 2009 und Donato 2010: S. 1991.



Abb. 2: Untersuchungsmodell

| Faktoren | Operationalisierung | Kalibrierung | Begründung |
|------------------------------|---|--|---|
| Know-how-bezogene Spezifität | Anzahl Vollzeitstellen in Bau- und Finanzabteilung im Vergleich zur Anzahl Vollzeitstellen total | A1: 2.5 % A2: 0.51 % A3: 0 % | Es bestehen durchschnittlich 506 Vollzeitstellen in Schweizer Krankenhäusern. 2.5 % entsprechen 12 Spezialisten, 0.51 % entsprechen 2-3 Spezialisten, 0 % entsprechen keiner Spezialisierung |
| Objektbezogene Spezifität | Geschätzte Wahrscheinlichkeit, dass Investition auch anderweitig verwendbar ist | A1: 10 % A2: 49 % A3: 90 % | 10 % entsprechen einer tiefen Wahrscheinlichkeit, dass Investition anderweitig verwendbar ist. 90 % entsprechen einer hohen Wahrscheinlichkeit. 49 % liegen zwischen den beiden vorgenannten Werten |
| Technologische Unsicherheit | Geschätzte Wahrscheinlichkeit, dass Investition in fünf Jahren veraltet ist | A1: 10 % A2: 4 % A3: 0 % | 10 % weist auf eine hohe Unsicherheit hin, 0 % wurde von fünf Befragten angegeben und weist auf eine tiefe Unsicherheit hin. 4 % liegen zwischen den beiden Werten |
| Verhandlungsmacht | Geschätztes Investitionsvolumen 2014 bis 2028 | A1: CHF 850 Mio. A2: CHF 350 Mio. A3: CHF 0 Mio. | CHF 850 Mio. entsprechen dem Durchschnitt der Abschreibungen 2014 aller fünf Universitätskrankehäuser in der Schweiz, hochgerechnet auf die nächsten 15 Jahre. CHF 350 Mio. entsprechen den durchschnittlichen Abschreibungen sämtlicher Schweizer Spitäler hochgerechnet auf die nächsten 15 Jahre. Bei CHF 0 Mio. besteht keine Verhandlungsmacht |
| Eigentümerschaft | Kombination aus Rechtsform der Gesellschaft (öffentliches oder privates Recht) sowie Unterscheidung private, gemeinnützige oder öffentliche Zielsetzung | A1: Privates Recht mit privater Zielsetzung A2: Zwischen privatem Recht mit öffentlicher Zielsetzung und öffentlichem Recht mit gemeinnütziger Zielsetzung A3: Öffentliches Recht mit öffentlicher Zielsetzung | Privatrechtlich organisierte Krankenhäuser mit privater Zielsetzung sowie öffentliche Krankenhäuser mit öffentlicher Zielsetzung können klar zugeordnet werden. Solange die Zielsetzung öffentlich bleibt, wird das Krankenhaus eher der öffentlichen Eigentümerschaft zugeordnet |
| Outcome | Operationalisierung | Kalibrierung | Begründung |
| Realisierungsmodell | Grad des Outsourcings gemäss Abbildung 1 | A1: Alle reinen Outsourcing Modelle A2: Zwischen konventioneller Beschaffung mit Finanzierung durch Eigentümer und konventioneller Beschaffung mit Finanzierung öffentliche Hand | Die Zuteilung von reinen Outsourcing respektive Outsourcing Modellen ist klar. Die konventionelle Beschaffung mit Finanzierung durch die öffentliche Hand entspricht eher Insourcing, die konventionelle Beschaffung mit Finanzierung durch die Eigentümerschaft eher Outsourcing |

Abb. 3: Operationalisierung und Kalibrierung von Einflussfaktoren und Outcome

| | |
|---|---|
| Outcome: technologische Unsicherheit * -know-how-bezogene Spezifität Lösungskonsistenz: 0.83, Lösungsabdeckung: 0.86 | Lösungspfad 1 -Verhandlungsmacht (Fälle 1, 2, 11, 13, 18, 19) Rohkonsistenz: 0.83, Rohabdeckung: 0.86 |
| technologischer Unsicherheit * objektbezogene Spezifität Lösungskonsistenz: 0.95, Lösungsabdeckung: 0.90 | Lösungspfad 2 Verhandlungsmacht * -Privateigentum (Fälle 9, 14) Rohkonsistenz: 0.92, Rohabdeckung: 0.39 |
| -Outcome: -technologischer Unsicherheit * objektbezogene Spezifität Lösungskonsistenz: 0.99, Lösungsabdeckung: 0.31 | Lösungspfad 3 -Verhandlungsmacht * Privateigentum (Fälle 4, 5, 16, 19) Rohkonsistenz: 0.98, Rohabdeckung: 0.64 |
| | Lösungspfad 4 Verhandlungsmacht * -Privateigentum (Fall 3) Rohkonsistenz: 0.99, Rohabdeckung: 0.31 |

Abb. 4: Ergebnisse der qualitativ-komparativen Analyse (Eine hohe Rohkonsistenz und Rohabdeckung können in der qualitativ-komparativen Analyse als zwei Gütemerkmale für jede einzelne Lösungskomponente betrachtet werden. Gleiches gilt für die Lösungskonsistenz sowie die Lösungsabdeckung, allerdings für einen ganzen Lösungspfad (siehe auch Schneider/Wagemann 2007: S. 202-215)

chen Hand tendenziell Insourcing-Lösungen bevorzugen, wohingegen Krankenhäuser in Privateigentum eher Outsourcing-Lösungen favorisieren.

Abbildung 2 fasst die fünf für diese Untersuchung genutzten Einflussfaktoren zusammen. Die Wahl des Realisierungsmodells wird im Folgenden Outcome genannt.¹⁸ Die Einflussfaktoren werden in drei kontextbezogene und zwei nahe

Faktoren unterteilt. Die Unterscheidung zwischen kontextbezogenen und nahen Faktoren wird aufgrund der Distanz zum Outcome, der langfristigen Stabilität sowie den Einflussmöglichkeiten des Managements vorgenommen.¹⁹ So ist beispielsweise davon auszugehen, dass Verhandlungsmacht stark mit dem Investitionsvolumen und entsprechend mit dem Outcome verknüpft ist (tiefe Distanz zum Outcome) sowie langfristig stabil (hohe

langfristige Stabilität) und durch das Management beeinflussbar ist (hohe Einflussmöglichkeiten des Managements). Deshalb wird Verhandlungsmacht den nahen Faktoren zugeordnet. Sämtliche weiteren Faktoren werden ebenfalls anhand der drei Kriterien beurteilt und zugeordnet.

Die Operationalisierung und Kalibrierung der fünf Faktoren sowie des Outcomes ist in Abbildung 3 ersichtlich. Spalte eins bezeichnet den jeweiligen Faktor respektive den Outcome. Spalte zwei zeigt auf, wie die jeweiligen Größen gemessen werden (Operationalisierung). Spalte drei enthält die für die komparativ-qualitative Analyse nötige Definition von jeweils drei Ankerpunkten (Kalibrierung). A1 bedeutet zutreffend, A2 teilweise zutreffend und A3 nicht zutreffend. Spalte vier liefert eine kurze Begründung für die Wahl der jeweiligen Ankerpunkte.

Als Lesebeispiel wird der Faktor Know-how-bezogene Spezifität erläutert. Um diesen zu messen, wurden die Krankenhäuser nach der Anzahl Vollzeitstellen ihrer Bau- und Finanzabteilungen und nach der Anzahl Vollzeitstellen total gefragt. Die Angaben wurden anschließend in ein Verhältnis gesetzt. Bei Krankenhäusern, welche 2,5 Prozent oder mehr der Vollzeitstellen im Bau- und Finanzbereich haben, wird von einer hohen Know-how-bezogenen Spezifität ausgegangen. Bei Krankenhäusern, welche einen Wert zwischen 0,51 Prozent und 2,49 Prozent aufweisen, wird von einer eher hohen Know-how-bezogenen Spezifität ausgegangen. Werte über 0 und maximal 0,5 Prozent weisen auf eine eher tiefe Know-how-bezogene Spezifität hin. Beim Wert 0 liegt keine Know-how-bezogene Spezifität vor.

Die in der Befragung erhaltenen und anschließend kalibrierten Daten wurden mittels two-step fs/QCA analysiert. Die Analyse wurde sowohl für notwendige als auch hinreichende Bedingungen und für das Eintreffen des Outcomes sowie das Nichteintreffen desselben durchgeführt.²⁰

18 Schneider/Wagemann 2007: S. 257-259 und Sager/Andereggen 2012: S. 65-66.

19 Schneider/Wagemann 2004: S. 14-17 und Mannewitz 2011: S. 8-9.

20 Sager/Andereggen 2012: S. 69.

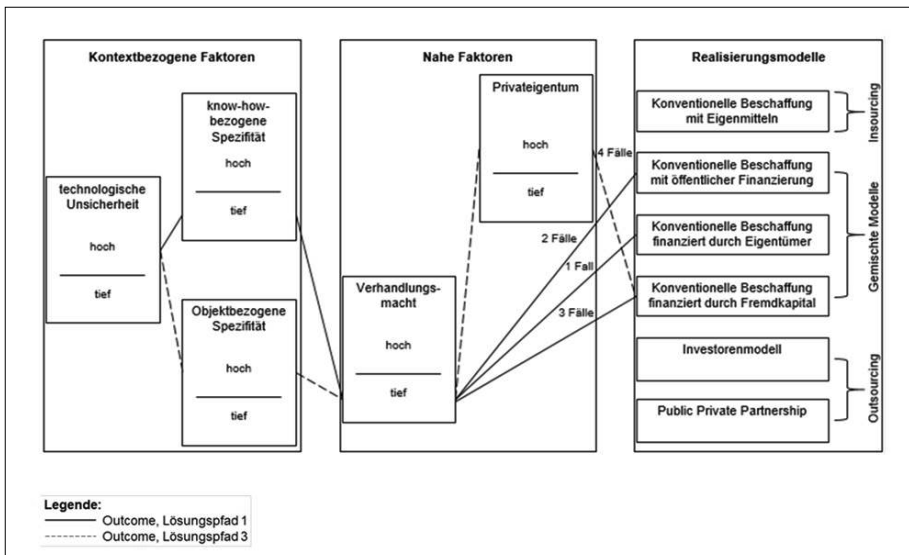


Abb. 5: Grafische Darstellung der Lösungspfade 1 und 3

Im Folgenden werden die Ergebnisse präsentiert und diskutiert.

Diskussion der Ergebnisse

Abbildung 4 zeigt vier so genannte Lösungspfade auf, welche die Analyse ergeben hat. Die Resultate verdeutlichen, dass hohe technologische Unsicherheit in Kombination mit anderen Einflussfaktoren, beispielsweise tiefer Know-how-bezogener Spezifität und tiefer Verhandlungsmacht, Outsourcing-orientierte Realisierungsmodelle begünstigt. Dieses Ergebnis ist bemerkenswert, weist es doch darauf hin, dass auf Interdependenzen zwischen den einzelnen Einflussfaktoren zu achten ist. Es kann festgestellt werden, dass sämtliche fünf Einflussfaktoren für die Auswahl von Realisierungsmodellen eine Rolle spielen.

Bei den häufigsten Lösungspfaden 1 und 3 fällt auf, dass beide die Einflussfaktoren hohe technologische Unsicherheit und tiefe Verhandlungsmacht enthalten. Beide Pfade führen zu Outsourcing-orientierten Realisierungsmodellen und sind in Abbildung 5 grafisch dargestellt. Offensichtlich tendieren Krankenhäuser, welche aufgrund ihres tiefen Investitionsvolumens über wenig Verhandlungsmacht verfügen, bei hoher Unsicherheit bezüglich der künftigen Verwendbarkeit ihrer Investition zur Zusammenarbeit mit externen Partnern. Diese Erkenntnis gilt insbesondere, wenn entweder wenig bau- und finanzspezifisches Know-how vorhanden ist oder wenn es sich um eine

spezifische, komplexe Investition handelt und sich das Krankenhaus in privater Eigentümerschaft befindet. Dabei kommen aber nicht reine Outsourcing-Lösungen wie das Investorenmodell oder Public Private Partnership zum Einsatz. Vielmehr setzen die Krankenhäuser nach wie vor

»Die Resultate verdeutlichen, dass hohe technologische Unsicherheit in Kombination mit anderen Faktoren, bspw. tiefer Know-how-bezogener Spezifität und tiefer Verhandlungsmacht, Outsourcing-orientierte Realisierungsmodelle begünstigt.«

auf die konventionelle Beschaffungsvariante, verlagern aber einen Teil der Verantwortung und damit auch einen Teil des Investitionsrisikos zu Fremdkapitalgebern. Darauf weisen die Fälle mit dem Modell „konventionelle Beschaffungsvariante mit Finanzierung durch den Fremdkapitalmarkt“ hin. In einzelnen Fällen, es handelt sich hierbei um Krankenhausneubauten, fand eine Emission von Anleihen statt. Bei weiteren Fällen, teilweise ebenfalls Neubauprojekte, wurden Bankdarlehen aufgenommen.

Dass keines der genannten Projekte mittels Investorenmodell oder Public Private Partnership realisiert wurde, erstaunt

auf den ersten Blick. Wäre doch das dafür benötigte Investitionsvolumen mit großer Wahrscheinlichkeit gegeben. Auch könnte dadurch eine weitere Aufteilung der Investitionsrisiken zwischen Krankenhaus und externen Partnern erreicht werden. Die in der Untersuchung festgestellte Zurückhaltung insbesondere gegenüber Public Private Partnership entspricht aber der bisher eher kritischen Haltung gegenüber diesem Modell in der Schweiz.²¹

Die Lösungspfade 2 und 4 decken nur einzelne Fälle ab. Analog zu Lösungspfad 3 führt auch in Lösungspfad 2 hohe Unsicherheit in Bezug auf die künftige Verwendbarkeit einer spezifischen, komplexen Investition zu Outsourcing-orientierten Realisierungsmodellen. Im Gegensatz zu Lösungspfad 3 handelt es sich aber um Krankenhäuser im öffentlichen Eigentum und diese weisen eine hohe Verhandlungsmacht auf. Lösungspfad 4 schließlich beschreibt die Realisierung eines Teilneubaus eines Krankenhauses mit Eigenmitteln. Es handelt sich somit um die einzige

in der Untersuchung vorhandene Erklärung für die Auswahl von Outsourcing-orientierten Lösungen.

Neue Modelle sollten geprüft werden

Für Krankenhäuser dürfte es sich im Sinne eines Fazits empfehlen, bei Investitionsvorhaben eine Umfeldanalyse durchzuführen. So gilt es beispielsweise zu klären, inwieweit technologische Veränderungen

die geplante Investition infrage stellen könnten und ob für das geplante Vorhaben genügend fachspezifisches, internes Know-how vorhanden ist. Auch sollte sich ein Krankenhaus mit der eigenen Verhandlungsmacht gegenüber Bau- und Finanzierungspartnern auseinandersetzen.

Die aus der Analyse gewonnenen Erkenntnisse helfen ein geeignetes Realisierungsmodell für die geplante Investition auszuwählen. Bei hoher Investitionsunsicherheit, geringem fachspezifischem internem Know-how und geringer Verhandlungsmacht beispielsweise könnte sich die Zusammenarbeit mit externen Partnern und eine entsprechende Aufteilung der Risiken lohnen. Künftig empfiehlt es sich in solchen Fällen aber, neben der konventionellen Beschaffungsvariante auch Investorenmodelle sowie Public Private Partnership genauer zu prüfen. Beide Modelle ermöglichen eine umfassendere Risikoaufteilung als dies bei der konventionellen Beschaffungsvariante der Fall ist. Die Auswahl eines optimalen Realisierungsmodells schließlich hilft, sowohl Bau- als auch Betriebskosten möglichst tief zu halten.

Literatur

Alberta Government (2013). Health Care Cost Drivers. Alberta: Alberta Government

Bellouma, Meryem (2011). Governance Mechanisms and Buyer Supplier Relationship: Static and Dynamic Panel Data Evidence from Tunisian Exporting SMEs. *International Journal of Economics and Financial Issues*, Vol. 1, No. 3, 88-98

Bolz, Urs (2015). Zusammenarbeitsformen. Public Private Partnership – ein Lösungsansatz für die Schweiz. Publikation Nummer 7. Bern: bpc bolz+partner consulting ag

Bolz, Urs; Kunzmann, Melanie, Schultze-Rhonhof, Michael (2013). Alternative Finanzierungsmöglichkeiten für kleinere und mittlere öffentliche Investitionsvorhaben in der Schweiz. In: *Jahrbuch der Schweizerischen Verwaltungswissenschaften 2013*, 163-174

Canadian Council for Public-Private Partnerships (2011). *Public-Private Partnerships. A Guide for Municipalities*. Canada: Canadian Council for Public-Private Partnerships

Coles, Jerilyn W. & Hesterly, William S. (1998). Transaction costs, quality and economies of scale: Examining contracting choices in the hospital industry. *Journal of Corporate Finance*, Vol. 4, Issue 4, 321-345

Constant, Alexandra; Petersen, Stephen; Mallory, Charles D. & Major, Jennifer (2011). *Research Synthesis on Cost Drivers in the Health Sector and Proposed Policy Options*. Ottawa/Ontario: Canadian Health Services Research Foundation

Credit Suisse (2013). *Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel*. Flawil: Credit Suisse

Diana, Mark L. (2009). Exploring information systems outsourcing in U. S. hospital-based health care delivery systems. *Health Care Management Sciences*, Vol. 12, 434-450

Donato, Ronald (2010). Extending transaction cost economics: Towards a synthesized approach for analyzing contracting in health care markets with experience from the Australian private sector. *Social Science & Medicine*, Vol. 71, 1989-1996

European Central Bank (2015). *Economic Bulletin*. Issue 3/2015. Frankfurt: European Central Bank

Eicher, Bernhard (2016): Selection of asset investment models by hospitals: examination of influencing factors, using Switzerland as an example. *The International Journal of Health Planning and Management* (early online, DOI: 10.1002/hpm.2341)

Eurostat (2015). *Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern*. Last update: 11-05-2015. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/database>

Fürstenberg, Torsten; Laschat, Mareike; Zich, Karsten; Klein, Silvia; Gierling, Patrick; Nolting, Hans-Dieter & Schmidt, Torsten (2011). G-DRG-Begleitforschung gemäss § 17b Abs. 8 KG. *Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008)*. Siegburg: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

Geissler, Alexander, Quentin, Wilm, Scheller-Kreinsen, David & Busse, Reinhard (2011). *Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems*. In

European Observatory on Health Systems and Policies (Hrsg.). *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals* (S. 9-21). New York: European Observatory on Health Systems and Policies

Haerne, Rory (2009). *Origins, Development and Outcomes of Public Private Partnerships in Ireland: The Case of PPPs in Social Housing Regeneration*. Dublin: Combat Poverty Agency

Hammond Hanlon Camp LLC (2013). *Healthcare Real Estate Development – Past, Present and Future. An analysis of historical trends and outlook for the future of the healthcare real estate development industry*. New York/San Diego/Atlanta/Chicago: Hammond Hanlon Camp LLC

Ludwig, Martijn; Groot, Wim & Van Merode, Frits (2009). Hospital efficiency and transaction costs: A stochastic frontier approach. *Social Sciences & Medicine*, Vol. 69, 61-67

Mannewitz, Tom (2011). *Two-Level Theories in QCA: A Discussion of Schneider and Wagemann's Two-Step Approach*. Compass Working Paper, 2011-64

Mick, Stephen S. (1990). Explaining vertical integration in health care: An analysis and synthesis of transaction-cost economics and strategic-management theory. In Mick, S. S. (Hrsg.), *Innovation in health care delivery: Insights for organization theory* (S. 207-240). San Francisco: Jossey Bass/Aha Press Series

Organisation for Economic Cooperation and Development (2013). *Health at a Glance 2013*. OECD Indicators. OECD Publishing

Pellegrini, Sonia; Widmer, Thomas; Weaver, France; Fritschi, Tobias & Bennett, Jonathan (2010). *KVG-Revision Spitalfinanzierung. Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation. Schlussbericht im Auftrag des Bundesrates für Gesundheit (BAG)*. Bern und Zürich: Berner Fachhochschule und Universität Zürich

PricewaterhouseCoopers AG (2013). *Spitalimmobilien: Neue Perspektiven, neue Chancen*. Zürich: PricewaterhouseCoopers AG

REP Real Estate Publishers (2009). *Germany Real Estate. Yearbook 2009*. Deutschland: REP Real Estate Publishers

Röhner, Nora (2012). *UN Peacebuilding – Light Footprint or Friendly Takeover*. Berlin: Otto-Suhr-Institut für Politikwissenschaft. Freie Universität Berlin

Ruester, Sophia (2010). *Inter-Organizational Trust as a Shift Parameter in the Extended Transaction Cost Framework: A first Application to the LNG Industry*. Italy: European University Institute

Sager, Fritz & Anderegg, Céline (2012). *Dealing with Complex Causality in Realist Synthesis: The Promise of Qualitative Comparative Analysis*. In: *American Journal of Evaluation*, Vol. 33 (1), 60-78

Schneider, Carsten Q. & Wagemann, Claudius (2004). *The Fuzzy-Set/QCA Two-Step Approach to Middle-Range Theories*. Chicago: American Political Science Association

Schneider, Carsten Q. & Wagemann, Claudius (2007). *Qualitative Comparative Analysis (QCA) und Fuzzy Sets. Ein Lehrbuch für Anwender und jene, die es werden wollen*. Opladen and Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich

Schweizerische Nationalbank (2015). Herausforderungen der aktuellen Geldpolitik der SNB. Referat von Dewet Moser anlässlich der ASIP-Mitgliederversammlung. Zürich: Schweizerische Nationalbank

Schweizerischer Bundesrat (2004). Botschaft betreffend der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung). Bern: Schweizerische Bundeskanzlei

Smith, Shelia; Newhouse, Joseph P. & Freeland, Mark S. (2009). Income, Insurance and Technology: Why does Health Spending Outpace Economic Growth: Health Affairs, Vol. 28 (5), 1276-1284

Wiley, Miriam (2011). From the origins of DRGs to their implementation in Europe. In European Observatory on Health Systems and Policies (Hrsg.). Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals (S. 3-7). New York: European Observatory on Health Systems and Policies

Williamson, Oliver E. (1985). The economic institutions of capitalism. Firms, markets, relational contracting. The Free Press, a Division of Macmillan

Wolke, Thomas (2010). Finanz- und Investitionsmanagement im Krankenhaus. Berlin: MWV Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Das Standardwerk zum Ausländerrecht



Aufenthalts-, Asyl- und Flüchtlingsrecht Handbuch

Von RA Dr. Reinhard Marx

6. Auflage 2017, 1.041 S., geb., 98,- €
ISBN 978-3-8487-3244-9

nomos-shop.de/27630

Das Handbuch von Marx

ist das Standardwerk zum Ausländerrecht. Es besticht durch seine präzise Behandlung aller in Betracht kommenden Rechtsprobleme, auch bislang richterlich noch nicht geklärter Fragen. Diese werden verständlich und mit Blick auf die Verfahrensabläufe erläutert. Der Bereich der humanitären Zuwanderung, des Flüchtlingsrechts und der Arbeitsmigration werden besonders intensiv behandelt. Praktische Empfehlungen zu Beginn eines jeden Abschnitts sprechen auch Berater in der Migrationsberatung an, zeigen die für sie praktischen Probleme auf, verweisen jeweils auf die juristischen Ausführungen zur Vertiefung und geben Hinweise, wann zu welchen Fragen anwaltlicher Rat gesucht werden sollte.

Jetzt auf aktuellem Stand

Die 6. Auflage folgt dem rasanten Tempo des Gesetzgebers und ist in allen Bereichen auf aktuellem Stand. Sie berücksichtigt die Änderungen durch die Asylpakete I und II und das Gesetz zur erleichterten Ausweisung von Flüchtlingen. Erste Erfahrungen mit bereits verabschiedeten Normen, vornehmlich dem Gesetz zur Verbesserung der Rechtsstellung von asylsuchenden und geduldeten Ausländern, sind durchgängig verarbeitet. Die Auswirkungen des IntegrationsG werden berücksichtigt.

Portofreie Buch-Bestellungen unter
www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos