

HAL Real Estate Investment Management

Marktreport ambulante Gesundheitsimmobilien



In Kooperation mit:

CBRE

Vorwort

Hauck Aufhäuser Lampe

Liebe Leserinnen und Leser,

Hauck Aufhäuser Lampe investiert mit seinen Fonds bundesweit in die ambulante immobiliare Infrastruktur, vorwiegend in Ärzthäuser und Gesundheitszentren. Mit dem vorliegenden Immobilienreport bieten wir erstmalig allen Marktakteuren und Interessierten einen umfassenden Einblick und Ausblick zu dieser noch jungen Assetklasse. Wir gehen auf wesentliche Parameter sowie aktuelle Entwicklungen im deutschen Gesundheitsmarkt ein und beleuchten die spezifischen Aspekte bei ambulanten Gesundheitsimmobilien. Dabei schauen wir auch auf die zukünftigen Rahmenbedingungen für Eigentümer, Mieter und sonstige Stakeholder.

Gesundheitsimmobilien finden sich bereits in diversen Portfolios von Immobilienfonds, derzeit aber insbesondere in Form von stationären (Reha-)Kliniken oder Pflegeheimen. Auch Betreutes Wohnen ist in den letzten Jahren aufgrund des demographischen Wandels verstärkt hinzugekommen. Vor allem die unzureichende Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer sowie die Kostenexplosion im stationären Bereich, aber auch Betreiberinsolvenzen und der Fachkräftemangel in Pflegeheimen setzen Investoren zunehmend unter Druck. Wer hingegen in ambulante Ärzthäuser und Gesundheitszentren investiert hat, blickt aktuell auf ein relativ stabiles und konjunkturunabhängiges Marktumfeld. Eine diversifizierte Mieterstruktur und hohe Indexierungen in den Mietverträgen tragen zur Reduktion des Risikos und Wertstabilität des Portfolios bei.

Die Voraussetzungen für den Betrieb von ambulanten Gesundheitsimmobilien wie Ärzthäuser und Gesundheitszentren bleiben auch in Zukunft attraktiv. Eine älter werdende Gesellschaft, die Zunahme von chronischen Beschwerden und Mehrfacherkrankungen sowie der Wunsch nach modernen Behandlungsmethoden und Vorsorgeleistungen erfordern zukünftig eine Ausweitung der ambulanten Versorgung. Diese Entwicklung ist politisch gewollt: Durch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ sollen Leistungen aus dem Krankenhaus in ambulante Einrichtungen verlagert werden. Aufgrund unterschiedlicher Kostenstrukturen in den verschiedenen Sektoren sollen dadurch bei gleicher (oder besserer) Versorgungsqualität die Ausgaben reduziert werden. Der Bedarf an modernen, ambulanten Gesundheitsimmobilien wird daher weiter zunehmen.

Vorwort

Hauck Aufhäuser Lampe

Für Investitionen in solche Ärztehäuser und Gesundheitszentren ist eine profunde Marktkennntnis notwendig – nicht nur auf der Immobilienseite. Die Vermietung fällt in der Regel kleinteiliger aus und die Mieter müssen oft konzeptionell begleitet werden. Außerdem ist es wichtig, die Belange der Ärzte aufgrund von Zulassungsbeschränkungen in der sogenannten Bedarfsplanung zu verstehen. Hier kommt es auf besondere Fähigkeiten und ein gutes Netzwerk des Asset Managers in diesen Bereichen an.

Das Real Estate Investment Management-Team von Hauck Aufhäuser Lampe besitzt diese Fähigkeiten und das erforderliche Netzwerk. Nur so konnte der nachfolgende Immobilienreport überhaupt entstehen. Wir möchten uns bei unserem Kooperationspartner CBRE für das Engagement bedanken und bei den vielen Mitwirkenden, die für Gastbeiträge und Interviews zur Verfügung gestanden haben und diesen Report dadurch bereichern. Wir wünschen Ihnen eine kurzweilige, erkenntnisreiche Lektüre und viel Spaß beim Lesen!



Patrick Brinker
Head of Real Estate
Investment Management (REIM)



Felix Rotaru
Abteilungsleiter
Healthcare

Vorwort

CBRE

Liebe Leserinnen und Leser,

der Gesundheitssektor in Deutschland ist von einer starken Wachstumsdynamik gekennzeichnet und gilt als einer der Beschäftigungsmotoren, der aufgrund seiner Konjunkturunabhängigkeit eine hohe Resilienz aufweist. Im Gesundheitswesen arbeiten derzeit 6 Mio. Menschen. Damit ist heute etwa jeder achte Erwerbstätige in dieser Branche beschäftigt. Rechnet man Personen aus der Wellnessbranche und dem Gesundheitstourismus dazu, arbeiteten im Jahr 2022 rund 8,1 Mio. Menschen oder jeder sechste Erwerbstätige in dieser Wachstumsbranche. Auch die Gesundheitsausgaben unterliegen seit Jahren einem Aufwärtstrend und lagen im Jahr 2022 mit knapp 500 Mrd. Euro gut 5 % über jenen des Vorjahres. Damit entfallen knapp 13 % des Bruttoinlandsproduktes auf den Gesundheitssektor. Deutschland hat damit aber auch die höchsten Gesundheitsausgaben innerhalb der Europäischen Union.

Die Gründe dafür sind vielschichtig: Nicht nur der Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung mit entsprechend höherem medizinischen Versorgungsbedarf ist hier zu nennen, sondern auch ein allgemein steigendes Gesundheitsbewusstsein breiterer Bevölkerungsgruppen, Präventionsmaßnahmen und Ausweitung regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen sowie die Tatsache, dass die Menschen in hochentwickelten Gesellschaften auch gerade wegen des medizinisch-technischen Fortschritts länger leben.

Dabei geht der Trend mehr und mehr in Richtung ambulanter Versorgungsformen, zum einen, um der notwendigen Steigerung der Kosteneffizienz Rechnung zu tragen, zum anderen, um den geänderten Anforderungen der Patienten, Klienten und Nutzer gerecht zu werden. Damit rücken moderne ambulante Gesundheitsimmobilien wie Ärztehäuser und Gesundheitszentren als essenzieller Teil der sozialen Infrastruktur in den Fokus professioneller, institutioneller Investoren. Die robusten Fundamentaldaten sprechen dafür, dass der Bedarf an eben diesen Immobilientypen zukünftig weiter steigen wird. Das zeigt sich auch am Transaktionsvolumen in dieser alternativen Assetklasse, das sich seit 2018 verdreifacht hat. Aber auch der soziale Aspekt bei den ESG-Kriterien sorgt dafür, dass sich mehr und mehr Investoren dieser hierzulande recht jungen Assetklasse zuwenden, auch weil klassische Immobiliensegmente sich gegen strukturelle Veränderungen auf der Nutzerseite eher behaupten müssen und deren Wachstumsperspektiven tendenziell schwächer ausfallen.

Vorwort

CBRE

Die vielfältigen Chancen in dem Wachstumsmarkt Ärztehäuser und Gesundheitszentren zu nutzen und die potenziellen Risiken richtig einzuschätzen, bedarf eines detaillierten Markt- und Immobilienverständnisses. Wir danken Hauck Aufhäuser Lampe sehr für die Möglichkeit, mit unserem interdisziplinären Expertenwissen zum Erfolg des vorliegenden Marktreports beizutragen und wünschen Ihnen eine gewinnbringende Lektüre.



Dr. Jan Linsin
Managing Director
Head of Research



Tim Schulte
Senior Director
Valuation Advisory



Marco Schnell
Senior Director
Investment Advisory



Michael Deltschew-Strobel
Associate Director
Architekt

Inhalt

01	Standort Deutschland	
	Ausblick auf Wirtschaft, Konjunktur, Inflation und Zinsen	7
	Allgemeiner Blick auf den Immobiliensektor	11
02	Gesundheitsmarkt Deutschland	
	Merkmale des deutschen Gesundheitswesens	13
	Bestimmende demografische und politische Faktoren	15
	Kennzahlen ambulanter ärztlicher Versorgung	19
	Trend zu kooperativen Arbeitsmodellen	22
	Zum Begriff des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)	24
	Diskussion zu investorengetragenen MVZ	26
03	Ambulante Gesundheitsimmobilien	
	Arten ambulanter Gesundheitsimmobilien	28
	Standortkriterien für Ärzte- und Gesundheitszentren	30
	Bauliche Anforderungen an ambulante Gesundheitsimmobilien	32
	Ambulante Gesundheitsimmobilien im Fokus des „S“ von ESG	35
04	Investmentmarkt, Verkehrswerte und Finanzierung	
	Professionalisierung des Marktes für ambulante Gesundheitsimmobilien	38
	Investmentmarkt Gesundheitsimmobilien	40
	Verkehrswerte ambulanter Gesundheitsimmobilien	44
	Niederlassung und Kreditvergabe bei Mediziner*innen	46
05	Ausblick	
	Zukünftige Institutionalisierung und stabiles Risiko-Rendite-Profil	48
	Auswirkungen aktueller Reformen auf ambulante Gesundheitsimmobilien	49

Die in dem vorliegenden Report verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche, männliche und diverse Personen. Auf eine Doppelnennung und gegenderte Bezeichnungen wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet.

Jegliche Gastbeiträge und Interviews, die den Report anreichern, spiegeln nicht zwangsläufig die Positionierung von Hauck Aufhäuser Lampe zu den diskutierten Themen wider.

„Wir erwarten sinkende Leitzinsen“

Beitrag von Dr. Alexander Krüger, Hauck Aufhäuser Lampe

Weltwirtschaft ohne Dynamik

Konjunktur- und kapitalmarktseitig ist die Verarbeitung der globalen Zinswende eine zentrale Herausforderung für 2024. Viele Ebenen sind betroffen: Die Kapitalaufnahme erfolgt längst unter restriktiven Bedingungen, die Refinanzierung von Krediten und Anleihen ist erschwert. Für Kreditinstitute erzeugt dies Spannung, zumal führende Notenbanken im Zuge von Bilanzverkürzungen beständig Liquidität verknappen. Wegen des kräftigen Zinsanstiegs dürften Investoren ihre Anlagestrategien zudem weiter überdenken. Die durch den Inflationsrückgang unterstützte Rückkehr positiver Realzinsen befördert diesen Trend wohl noch. Für die Welt besteht damit über 2024 hinaus eine Belastungsprobe, deren Verlauf und Ausgang unsicher sind.

Der restriktiven Geldpolitik stehen 2024 sinkende Impulse der Fiskalpolitik zur Seite. Diese ergeben sich oft automatisch, da den zurückliegenden Energiepreisanstieg abfedernde Hilfen entfallen.

Für Wachstum und Wirtschaft ist das eine ungünstige Politikkonstellation, die in dieser Form lange Zeit nicht mehr bestand.

Eine Bürde ist zudem die Politisierung des Welthandels, die durch den Nahost-Konflikt weiter angeschoben wird. Zu den Kontrahenten USA und China/Rusland – bei einem zwischen den Stühlen stehenden Europa – scheint damit eine neue Note hinzukommen, zieht das Konfliktverhalten westlicher Länder doch den Unmut arabischer Staaten auf sich. Für den globalen Waren- und Dienstleistungsverkehr, der Wohlfahrtsgewinne am besten befördert, sind das schlechte Nachrichten: Es bestehen neue Unsicherheit und Abschottungstendenzen, Protektionismus und Sanktionen scheinen sich als Zeitgeist immer weiter festzusetzen. Im Zuge der Blockbildung dürften daher neue Handelswege erschlossen und Lieferketten auch weiterhin vermehrt nach sicherheitspolitischen Erwägungen gestaltet werden. Die (Kosten-)Vorteile internationaler Arbeitsteilung sind dabei aber voraussichtlich nicht so zu heben, wie es sonst möglich wäre.

Geldpolitik auf Restriktionskurs

Leitzins (%)



Angesichts dieser Gemengelage wird es die Weltwirtschaft in diesem Jahr aus unserer Sicht wachstumsseitig erneut nicht auf den Vor-Corona-Trend von 3,4 % schaffen. Mit 2,8 % rechnen wir sogar mit einem etwas geringeren Zuwachs als 2023. Dabei erwarten wir für die US-Wirtschaft eine sanfte Konjunkturlandung. Insbesondere der US-Arbeitsmarkt hielt sich bis zuletzt beachtlich. Aufgrund der hohen Ausgangsbasis für 2024 wird der BIP-Zuwachs voraussichtlich 1,9 % betragen. Der BIP-Anstieg in China dürfte leicht auf 4,5 % abnehmen und im Euroraum 0,4 %

betragen. Von den EWU-Mitgliedstaaten bleibt Deutschland das große Sorgenkind: Die schwache Weltwirtschaft, das gestiegene Zinsniveau und die verunsichernde Wirtschaftspolitik werden wohl dafür sorgen, dass die Wirtschaftsleistung kaum über das Vor-Corona-Niveau hinauskommt. Verglichen mit anderen Ländern besteht damit ein teilweise deutlicher Rückstand. Unsere BIP-Prognose für 2024 liegt bei -0,1 %. Für eine Wachstumswende ist unseres Erachtens deutlich stärker auf angebotsseitige Elemente in der Wirtschaftspolitik zu setzen.

Prognosen zu Wachstum und Inflation

Wachstum und Inflation % zum Vorjahr	Bruttoinlandsprodukt				Verbraucherpreise			
	2022	2023	2024P	2025P	2022	2023	2024P	2025P
Welt	3,6	3,0	2,8	2,9				
Euroraum*	3,4	0,5	0,4	0,9	8,4	5,4	2,5	2,3
Deutschland**	1,8	-0,3	-0,1	0,7	6,9	5,9	2,5	2,2
Frankreich	2,5	0,9	0,7	0,9	5,9	5,7	2,3	2,1
Italien	3,9	0,7	0,5	0,6	8,7	5,9	1,9	2,4
Spanien	5,8	2,5	1,7	1,3	8,3	3,4	2,7	2,4
Großbritannien	4,3	0,3 (P)	0,4	1,1	9,1	7,3	2,5	2,3
Schweiz	2,7	0,7 (P)	0,6	0,8	2,8	2,1	0,9	0,9
USA	1,9	2,5	1,9	2,2	8,0	4,2	2,8	2,2
China	3,0	5,2	4,5	4,3	2,0	0,2	0,3	2,2

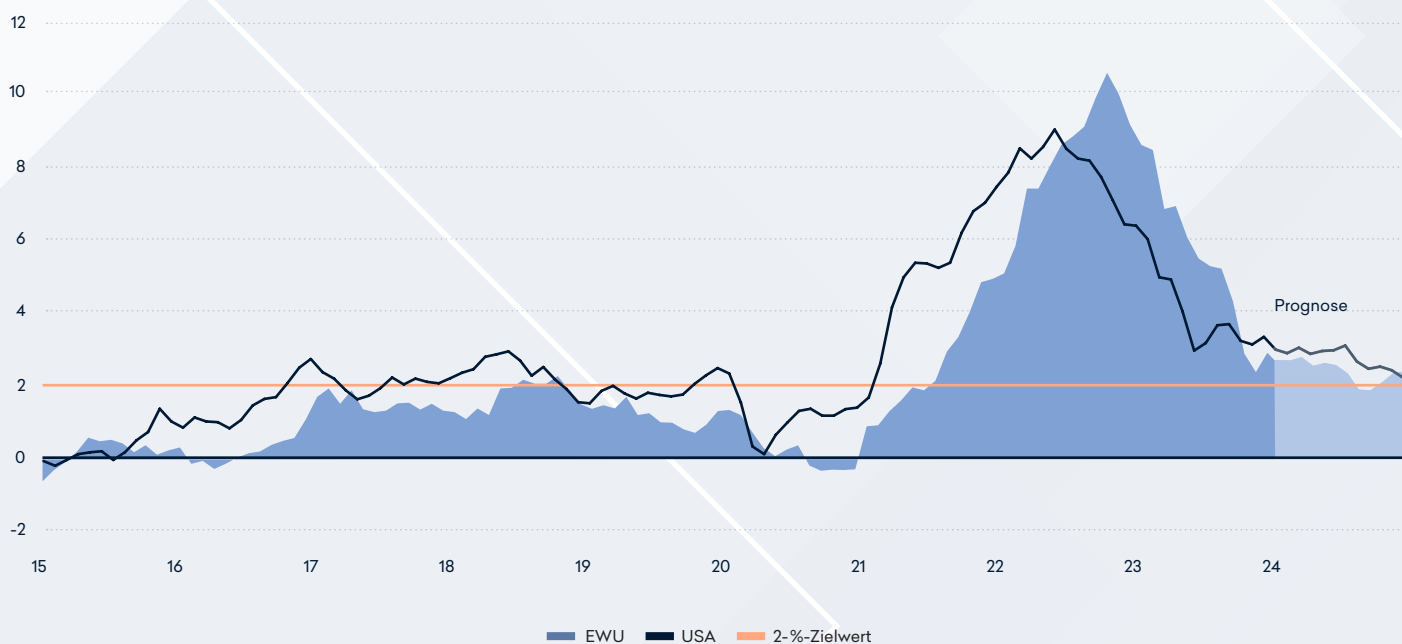
* Verbraucherpreise: HVPI ** Bruttoinlandsprodukt: Arbeitstageeffekt berücksichtigt; Verbraucherpreise: Nationaler Index

Inflation auf gutem Weg

Der globale Inflationsdruck wird 2024 aller Voraussicht nach weiter nachlassen. Allerdings bleibt der Inflationsrückgang in vielen Ländern ein zäh verlaufender Prozess, bei dem 2%-Preisziele führender Notenbanken unserer Einschätzung nach ab Sommer 2024 immerhin zeitweise erreicht werden. Negative Inflationsüberraschungen drohen jedoch weiterhin, sie resultieren vor allem aus dem abnehmenden Welthandel und dem Hinwirken auf Klimaneutralität. Hiervon betroffen sind auch der Euroraum und Deutschland, wo überdies manche Steuer zu Jahresbeginn angehoben wurde. Mit Blick auf neue administrierte und andere (lohninduzierte) Preiserhöhungen, die unseres Erachtens weitere Preisüberwälzungen kreieren werden, ist das

beständige Erreichen von 2%-Preiszielen weiterhin weniger wahrscheinlich. Auch hinsichtlich der vorerst noch hochbleibenden Kernraten der Verbraucherpreise wird eine dauerhafte und zielkonforme Inflationsentspannung noch auf sich warten lassen. Wir können daher nachvollziehen, dass Notenbanken den Sieg über die Inflation nicht zu früh erklären möchten. Sie werden wohl auch weiterhin mehr Belege für einen nachhaltigen Inflationsrückgang in Richtung Preisziel abwarten und Leitzinsen zunächst unverändert belassen. Im Zuge der voraussichtlich weiteren Inflationsabschwächung rücken ab Mai dennoch Zinssenkungen auf die Agenda: Wegen schwacher Konjunkturen und hoher Refinanzierungshürden dürfte die Fortführung der streng restriktiven Geldpolitik von vielen Notenbanken dann nicht mehr als notwendig angesehen werden.

Die Richtung stimmt Verbraucherpreise (% zum Vorjahr)



Quelle: LSEG Datastream, 02/2024-12/2024; Prognose Hauck Aufhäuser Lampe

Zinssenkungsdiskussion nimmt Fahrt auf

Der Offenmarktausschuss der US-Notenbank sieht Leitzinserhöhungen mittlerweile nicht mehr als erforderlich an. Über Zinssenkungen hat er auch bereits diskutiert, ohne diesbezüglich aber auf dem Sprung zu sein. Die Ausschussmitglieder möchten zunächst noch mehr Belege für einen nachhaltigen Inflationsrückgang abwarten. Die unveränderte Fortsetzung seines Restriktionskurses hält der Offenmarktausschuss deshalb vorerst für notwendig. Mit Blick auf unser Inflationsbild rechnen wir mit einer ersten Leitzinssenkung für Juni. Wahrscheinlich wird die Fed danach einen kleinen Zinsschritt auf jeder Sitzung in diesem Jahr beschließen. Da ein unverändert stattfindender Liquiditätsentzug etwaige Zinssenkungen konterkarierte, wird die Fed wohl auch das Tempo ihrer Bilanzschrumpfung von monatlich zurzeit bis zu 95 Mrd. US-\$ schon bald verlangsamen und die Schrumpfung voraussichtlich zur Jahreswende 2024/25 (weitgehend) einstellen.

„Zinssenkungen haben wir für die Zeit ab Juni auf dem Zettel.“

Der EZB-Rat hat bisher nicht über Leitzinssenkungen diskutiert. Markterwartungen an baldige Zinssenkungen sind für uns daher übereilt. Für die EZB gilt aus unserer Sicht jedenfalls, dass über einen weitergehenden Inflationsrückzug vorerst noch Unsicherheit bestehen wird. Sie dürfte die weitere Entwicklung daher erst einmal abwarten, bevor sie die Zinsschraube lockert. Da die Wirtschaftsleistung derzeit nicht einbricht und die Schuldentragfähig-

keit nicht direkt bedroht ist, besteht hierfür Raum. Zinssenkungen haben wir für die Zeit ab Juni auf dem Zettel. Dann jedenfalls dürfte weiter die Aussicht bestehen, dass die Inflationsrate im dritten Quartal 2024 knapp unter 2,0 % fällt. Hinsichtlich der weiteren Zinsbeschlüsse halten wir kleine Schritte alle drei Monate für wahrscheinlicher als Zinssenkungen auf jeder Ratssitzung.

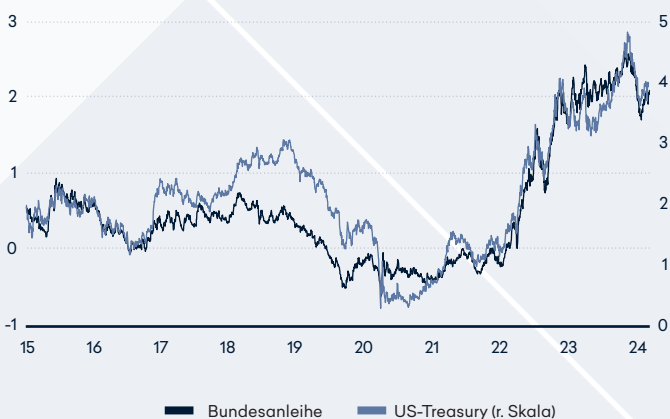
Alles in allem veranschlagen wir den 2024er-Zinssenkungsumfang für die Fed auf 125, den der EZB auf 75 Basispunkte. Die Leitzinsen würden damit noch immer deutlich über den Niveau liegen, die wir als konjunkturneutral ansehen. Dementsprechend wirkte die Geldpolitik weiterhin restriktiv, auch bis ins Jahr 2025 hinein. Voraussetzung für diesen Kurs ist natürlich, dass Gefahren für die Finanzmarktstabilität unter der Decke bleiben. Sobald dies nicht mehr der Fall wäre, stellte sich wohl unabhängig vom Erfolg bei der Inflationsbekämpfung ein früheres und kräftigeres Absenken der Leitzinsniveaus ein. Dann rückten unserer Einschätzung nach auch Anleihekäufe wieder auf die Agenda.

Renditefantasie: Gekommen, um zu bleiben

Die im vierten Quartal 2023 aufgekommene Euphorie bei Staatsanleihen hat sich in schwächerer Form bis zuletzt gehalten. Die Renditen notieren seither auf niedrigeren Niveaus als noch im November. Dabei sind Investoren mit Zinssenkungserwartungen für März/April 2024 unseres Erachtens zwar etwas weit vorausgeeilt. Dass die Renditen erstklassiger 10-jähriger Staatsanleihen jetzt aber noch deutlich in Richtung ihrer Ausgangsniveaus steigen, halten wir auch wegen gesunkener langfristiger Inflationserwartungen für wenig wahrscheinlich. Ein nennenswertes Maß der aus unserer Sicht für 2024 bevorstehenden Zinssenkungen dürfte eingepreist bleiben. Hinsichtlich unseres Leitzinsausblicks besteht die Aussicht auf tiefere Staatsanleiherenditen zudem fort.

In höheren Gefilden: Rendite 10-jähriger Staatsanleihen (%)

Quelle: LSEG Datastream



Das Renditerückgangspotenzial wird unserer Einschätzung nach durch gegenläufige, renditesteigende Effekte gebremst. Fallen die vom anhaltenden Absaugen überschüssiger Liquidität durch Notenbanken ausgehenden Effekte voraussichtlich noch weitgehend marktneutral aus, bestehen seitens der Emissionstätigkeit vieler Staaten durchaus renditesteigernde Impulse. Insbesondere die USA stechen hier mit einer in beängstigendem Tempo steigenden Verschuldung des Zentralstaats hervor. Seit Aussetzung der Schuldenobergrenze im Juni 2023 hat sich der Schuldenberg um 3,7 Bio. US- $\text{\$}$ erhöht; seit Anfang

2016 ist er um 80 % auf den Rekordwert von mehr als 34 Bio. US- $\text{\$}$ gestiegen. Rund 27 Bio. US- $\text{\$}$ davon werden weltweit von Investoren gehalten. Alles in allem dürfte der Schuldenanstieg munter weitergehen. Bislang noch sehr gute Bewertungen der US-Schuldentragfähigkeit durch Ratingagenturen werden unserer Einschätzung nach im Jahresverlauf daher weitere Kratzer erhalten.

Die Sorgen um die Schuldentragfähigkeit werden unseres Erachtens ausreichen, um ein durch die ultra-expansive Geldpolitik global seit mehr als einer Dekade verschwundenes Element aus der Versenkung zu holen: die Risikoprämie. Ohne die Wertpapierkäufe führender Notenbanken werden Investoren die Sicherheit ihrer Investments aus unserer Sicht nämlich langsam mehr hinterfragen. Die automatische Anhebung der US-Schuldenobergrenze Anfang 2025 wird hier wohl auch nicht eine höhere Sicherheit bewirken, da über den dann bestehenden Schuldenstand hinaus noch finanzieller Spielraum notwendig ist, den der Kongress zu beschließen hat. Für uns ist das insbesondere mit Blick auf den offenen Ausgang der US-Wahlen im November kein Selbstläufer. So oder so wären wir nicht überrascht, wenn Risikoprämien stiegen, weil Investoren den Schuldenstand als zu hoch ansehen. Für Ende 2024 behalten wir für die Rentenmärkte deshalb belastende US-Haushaltseffekte im Blick. Die Renditefantasie wird dies aber wohl nur dämpfen, da Notenbanken zinsseitig auch 2025 noch im Lockerungsmodus sein dürften. Das Zinsumfeld hellt sich also nachhaltiger auf, jedoch deutlich langsamer, als es sich verdunkelt hat.

Prognose zu Zinsen und Renditen

Zinsen und Renditen (%)	08.02.2024	Q1 2024	Q2 2024	Q3 2024	Q4 2024
USA					
Federal Funds Rate (oberer Zielspannenwert)	5,50	5,50	5,25	4,75	4,25
2-jährige Treasury	4,46	4,30	4,00	3,80	3,50
10-jährige Treasury	4,17	4,10	3,80	3,50	3,80
Euroraum					
Hauptrefinanzierungssatz	4,50	4,50	4,25	4,00	3,75
Einlagesatz	4,00	4,00	3,75	3,50	3,25
2-jährige Bundesanleihe	2,67	2,60	2,40	2,30	2,20
10-jährige Bundesanleihe	2,36	2,30	2,20	2,30	2,30

Quelle: LSEG Datastream.
Quartale: Prognose Hauck Aufhäuser Lampe;
Daten bezogen auf das jeweilige Quartalsende

Dr. Alexander Krüger

Chefvolkswirt
Hauck Aufhäuser Lampe



Allgemeiner Blick auf den Immobiliensektor

Gastbeitrag von Felix Embacher MRICS, bulwiengesa

Immobilienindex 2023 stagniert zum Vorjahr

Als Branche, die von der Daseinsvorsorge bis zum Finanzprodukt, ein breites Spektrum abbildet, unterliegt die deutsche Immobilienwirtschaft mannigfaltigen wirtschaftlichen, politischen und gesellschaftlichen Einflüssen. So kommt der bulwiengesa-Immobilienindex nach 18 Jahren nominalen Wachstums in 2023 nicht über eine nominale Nullrunde hinaus. Doch die eigentliche Problematik sind Wertverluste durch eine anhaltend hohe Inflation sowie die hohe Inaktivität im Markt (Baukosten, Personalengpässe, gestiegene Zinsen, Kreditvergabe). Ein detaillierter Blick in die Daten des letzten Jahreswird zeigen, dass trotz Krise auch Lichtblicke sichtbar werden.

Die wichtigsten Erkenntnisse des Immobilienindex 2023:

- Die Veränderungsrate des Immobilienindex ist im Vorjahresvergleich stark rückläufig und bildet kein Wachstum mehr ab.
- Insbesondere der Teilindex Gewerbe, der u.a. Büromieten, Handelsmieten und Preise für Gewerbegrundstücke abbildet, hat deutlich nachgegeben und notiert mit nominal -3,2 % erstmalig seit 2004 wieder im negativen Bereich.
- Der Teilindex Wohnen kann nominal zwar um +2,6 % zulegen, weist aber einen großen Unterschied von gut laufenden Mietsegmenten (+5,3 %) zu rückläufigen Werten von Eigentumswohnungen und Preisen für Wohnungsgrundstücke auf.
- Inflation übertrifft Immobilienindex sehr deutlich:
- Der Spread zwischen Immobilienindex gesamt und Inflation war in 2023 erstmals seit 2008 wieder negativ (-5,9 %).

Aktuelle Entwicklungen in den Immobiliensegmenten Büro, Handel, Logistik, Hotel und Wohnen

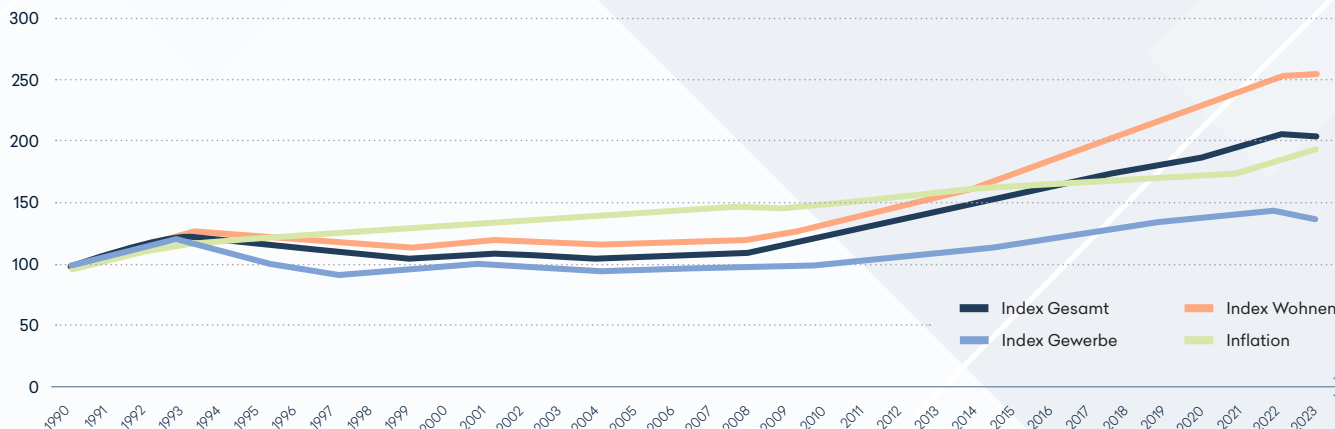
Büro: Die deutschen Büromärkte bewegen sich weiterhin in einem sehr herausfordernden Marktumfeld. Auch die Zinswende der EZB hat deutliche Spuren im Markt hinterlassen und in einigen Fällen zu Finanz- und Liquiditätsproblemen geführt. Dies äußerte sich bereits in einer Reihe von Insolvenzen von Projektentwicklern. Gleichzeitig sieht sich das Segment mit dem Einfluss von Remote Work und einer verringerten Nachfrage nach Büroflächen, insbesondere in peripheren Lagen, konfrontiert. Auch der anhaltende Prozess der Implementierung von ESG-Maßnahmen stellt das Segment vor Herausforderungen. Diesen Einflussfaktoren stehen Büromärkte gegenüber, die durch die lange Aufwärtsphase, fast flächendeckend robuste Marktparameter aufwiesen.

Handel: Das zweite Jahr in Folge mussten Einzelhändler in Deutschland 2023 schrumpfende Umsätze hinnehmen. Eine Konsumwende ist weiterhin außer Sicht, die weiterhin spürbare Zurückhaltung der VerbraucherInnen dürfte dem Einzelhandel einen schwierigen Start in das Jahr 2024 bescheren. Dazu kommen weitere Belastungsfaktoren. Im Vordergrund stehen spürbar gestiegene Kosten, sei es durch Indexmieten, hohe Energiepreise oder steigende Löhne. Zudem fehlt immer öfter Personal, was teilweise eingeschränkte Öffnungszeiten erfordert. Insbesondere in Innenstädten mehren sich die Leerstände infolge von Insolvenzen und Filialschließungen. Lichtblicke erwachsen durch die Erholung im Tourismus und die steigende Bevölkerungszahl.

Logistik: Das Jahr 2023 stand für die Logistikmärkte unter ähnlichen Vorzeichen wie das vorangegangene Jahr. Angesichts der Unruhen

Immobilienindex und Teilindizes Wohnen und Gewerbe vs. Inflation

Indexwert



Quelle: bulwiengesa AG

und Engpässe innerhalb der globalen Lieferketten sowie einer verhaltenen Konsumstimmung infolge der anhaltenden Inflation hat sich auch der Güterumschlag deutlich verlangsamt. Resultierend aus dieser Entwicklung häufen sich vermehrt Waren in den Lagern an, insbesondere saisonale Produkte. Der beeindruckende Aufschwung, den der E-Commerce während der Pandemie und den damit einhergehenden Schließungen der Ladengeschäfte erfuhr, ist zwischenzeitlich etwas abgeebbt. Die bevorzugte Strategie zur Erhöhung der Resilienz der Lieferketten ist nun die Aufstockung von Lagerbeständen. Trotz dieser Marktbedingungen sind die Aussichten keinesfalls negativ, da u. a. aus dem Bereich der Automobilindustrie im Kontext der E-Mobilität verstärkt Lagerflächen nachgefragt werden.

Hotel: Die vor Corona aufstrebende Assetklasse deutscher Hotels steht vier Jahre später – wie auch andere Assetklassen hierzulande – vor immensen Herausforderungen. Neue Hotels, die vielerorts Impulse für die touristische Nachfrage geben, werden kaum noch gebaut und viele Hotelinvestoren finden entweder keine geeigneten Objekte oder sehen sich mit einem schwierigen Preisfindungsprozess mit der Verkäuferseite konfrontiert. Die positive Nachricht jedoch ist: Der Tourismus kehrt zurück. Zum Ende des Jahres 2023 sind die Übernachtungszahlen in Deutschland wieder auf dem Niveau von 2019. Und in diversen Städten liegt die touristische Nachfrage sogar über dem Vor-Corona Niveau. Doch Hotels sind nun einmal Betreiberimmobilien und betriebsseitig leidet die Hotellerie seit über einem Jahr unter stark wachsenden Betriebskosten, anhaltender Personalnot, knapper werdenden Reisebudgets und einer in den letzten vier Jahren zugenommenen Wettbewerbsverschärfung. Und mit der Aufhebung der Mehrwertsteuerreduzierung auf Speisen rechnet besonders die Vollhotellerie mit merklichen Umsatzrückgängen.

Wohnen: Das Wohnsegment weist zwischen Neubau und Bestand eine sehr starke Spreizung auf. Der Neubau ist fast zum Erliegen gekommen, speziell das klassische Bauträgersegment kann angesichts erheblich geringerer Käuferinteresse kaum mehr wirtschaftlich betrieben werden. Die hohen Finanzierungszinsen, komplizierte und bundesweit nicht einheitliche Bauvorschriften, steigende Kosten durch höhere Bau- und Energieeffizienzstandards sowie zähe Genehmigungsprozesse hemmen das Segment. Die Vermietung von Bestandswohnungen dagegen kann starke Mietpreisteigerungen durchsetzen, aus Mangel an Alternativen. Eigentümer von Wohnungen sehen sich aufgrund der Sanierungsanforderungen mit hohen Investitionskosten und nicht ausreichenden Förderungen konfrontiert. Die Marktlage bleibt vielerorts wohl auf Jahre angespannt.

Deutsche Hypo Immobilienklimaindex ist zum Jahresanfang stabil bei getrübbten Marktaussichten

Das Deutsche Hypo Immobilienklima ist ein seismografisches Instrument, das konjunkturelle Wendepunkte im Immobilienmarkt

frühzeitig erkennt, wichtige Informationen für strategisches ökonomisches Handeln liefert und die Bewertung zukünftiger Marktentwicklungen ermöglicht.

Im Rahmen der 193. Monatsbefragung bewerteten die rund 1.200 Immobilienexpertinnen und Immobilienexperten das Deutsche Hypo Immobilienklima um 1,9 % besser als noch im Vormonat. Somit wurde zum Jahresanfang 2024 ein leicht erhöhter Wert von 72,3 Punkten erreicht. Dabei entwickeln sich die Teilindizes gegenläufig: Während das Investmentklima gegenüber dem Vormonat erneut um 7,3 % auf nun 57,9 Punkte zulegen konnte, nahm das Ertragsklima um 1,7 % auf 87,5 Zählerpunkte ab. Gegenüber dem Vorjahreswert von Januar 2023 sinkt das Immobilienklima um 4,5 %.

Die Stimmung entwickelte sich in den einzelnen Assetklassen zum Jahresanfang unterschiedlich. Mit einem deutlichen Anstieg von 5,2 % auf nun 116,7 Zählerpunkte baut das Wohnklima seine Spitzenposition weiter aus. Ebenfalls positiv bewertet wird das Büroklima, welches nach dem Verlust von 2,6 % zum Jahresende wieder auf 53,2 Punkte (+6,8 %) steigt. Es bleibt jedoch auf verhältnismäßig niedrigem Niveau.

In den übrigen Assetklassen ist eine negative Entwicklung zu beobachten. Nach vier positiven Monaten in Folge verliert das Logistikklima 1,3 % und fällt auf 106,7 Punkte. Der Abstand zum Wohnklima ist folglich wieder größer. Das Handelsklima sinkt um 3,0 % auf 58,1 Zählerpunkte und liegt damit bereits seit Juni 2022 unterhalb der 60-Punkte-Marke. Der aktuelle Hotelklimawert erreicht 80,6 Punkte und verzeichnet folglich mit -3,5 % den deutlichsten Verlust in der Befragung im Januar.

Deutsche Hypo Immobilienklima nach Segmenten



Quelle: bulwiengesa AG

Felix Embacher MRICS

Generalbevollmächtigter
bulwiengesa



Merkmale des deutschen Gesundheitswesens

Beitrag von Felix Rotaru, Hauck Aufhäuser Lampe

Gesundheit ist unser höchstes Gut!

In Deutschland können die Menschen auf ein gut funktionierendes Gesundheitswesen zurückgreifen. Es bietet ihnen unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und persönlichem Krankheitsrisiko eine Vielzahl an Möglichkeiten zur Diagnose, Früherkennung, Behandlung und Prävention von körperlichen und psychischen Erkrankungen. Das ist nicht selbstverständlich. In vielen Ländern sind die Gesundheitssysteme marode und der Zugang oft finanziell besser gestellten Menschen vorbehalten.

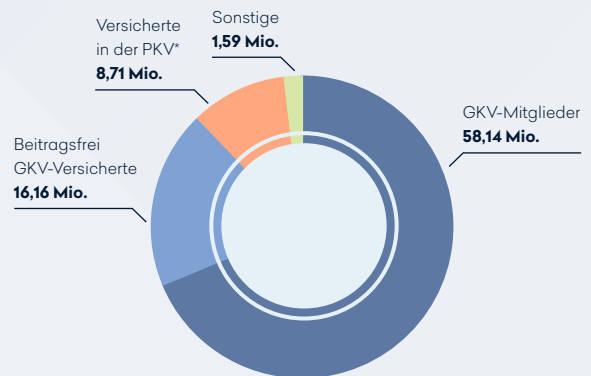
„Hierzulande haben wir ein wachstumsstarkes Gesundheitssystem mit einem breiten Leistungsumfang für alle Menschen [...]“

Hierzulande haben wir ein wachstumsstarkes Gesundheitssystem mit einem breiten Leistungsumfang für alle Menschen, welches auch im internationalen Vergleich gut abschneidet. Deutschland war das erste Land der Welt, das eine allgemeine Sozialversicherung einführte. Bis heute ist die Krankenversicherung ein wesentlicher Teil davon. Aktuell sind ca. 88 % der Bevölkerung Deutschlands in der solidarisch aufgebauten Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert. Etwa 10 % sind privat krankenversichert und der Rest ist anderweitig abgesichert oder ohne Krankenversicherung.

Die GKV finanziert sich größtenteils über Beiträge ihrer Mitglieder. Auch die Arbeitgeber der Pflichtversicherten bzw. die Rentenversicherungsträger sind hälftig an diesen Beiträgen beteiligt und verhelfen dem System dadurch zu sicheren Einnahmen. Zudem stellt der Staat anhand des sogenannten Bundeszuschusses Steuergelder zur Verfügung. Der Leistungsanspruch in der GKV gilt losgelöst von der Höhe der gezahlten einkommensabhängigen Beiträge und ist im Leistungskatalog der Krankenkassen für alle Versicherten festgelegt. Das Sachleistungsprinzip erlaubt GKV-Versicherten, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, ohne selbst in Vorleistung treten zu müssen. Die Leistungserbringer rechnen direkt mit den Krankenkassen ab, oder im Falle von ambulant tätigen Ärzten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen.

So können GKV-Patienten jederzeit unkompliziert Behandlungen bei Hausärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten oder im Krankenhaus und in Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch nehmen. Diese Regelleistungen beinhalten auch Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, notwendige Impfungen sowie die medizinische Versorgung während der Schwangerschaft und rund um die Geburt. Die meisten verschreibungspflichtigen Medikamente werden ebenfalls von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet, genauso wie Heilmittel (z. B. Physiotherapie oder Logopädie) und Hilfsmittel (beispielsweise Hörgeräte oder Prothesen). Und nicht zuletzt ist die zahnärztliche Versorgung durch die GKV in einem guten Maß gewährleistet.

Versicherte in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung im Jahr 2023



* Anzahl der PKV-Versicherten laut offizieller Seite des PKV-Verbandes (Stand 01/2023).

In der Privaten Krankenversicherung (PKV) können Patienten diese Leistungen über das Kostenerstattungsprinzip in Anspruch nehmen. Privatversicherte begleichen zunächst selbst ihre Rechnungen bei den Leistungserbringern und reichen sie dann bei ihrer privaten Krankenkasse zur Rückerstattung ein. Die PKV finanziert sich über individuelle Prämien ihrer Mitglieder. Deren Höhe hängt vom vertraglich vereinbarten Leistungsumfang, dem allgemeinen Gesundheitszustand und dem Eintrittsalter des Versicherten ab. Auch hier gibt es einen Zuschuss vom Arbeitgeber, und zwar maximal in Höhe des Höchstzuschusses, der auch an freiwillig gesetzlich krankenversicherte Mitarbeiter gezahlt würde.

Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)



Die Versorgung von gesetzlich Versicherten und Privatversicherten erfolgt entweder ambulant oder stationär. Vereinfacht gesagt, werden ambulante Leistungen am selben Tag erbracht und die Patienten können anschließend nach Hause gehen. Solche Leistungen werden oft außerhalb von Kliniken (Akutkrankenhäuser, Fachkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken) oder Pflegeeinrichtungen erbracht. Wenn Patienten stationär behandelt oder gepflegt werden, bleiben sie auch über Nacht und ggf. über einen längeren Zeitraum in der jeweiligen Einrichtung. Zudem gibt es auch sogenannte teilstationäre Behandlungen, bei denen die Patienten regelmäßig, aber nicht zeitlich durchgehend, in einer Einrichtung anwesend sind, was im Vergleich zu rein ambulanten Behandlungen eine längere und intensivere Betreuung ermöglicht. Die ambulante Gesundheitsversorgung ist in den vergangenen Jahren komplexer und arbeitsteiliger geworden. Durch den

politisch gewollten Grundsatz „ambulant vor stationär“ werden viele bisher stationär erbrachte operative Leistungen aufgrund geringerer Kosten vermehrt in den ambulanten Sektor verlagert und dort von größeren, kooperativen ambulanten Strukturen wie Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder großen Berufsausübungsgemeinschaften erbracht. Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit am Patienten von Ärzten und nichtärztlichen Leistungserbringern nimmt zu. Die dafür notwendige immobiliare Infrastruktur ist oft nicht vorhanden oder nur unzureichend ausgebaut. In Zukunft wird es darauf ankommen, allen Akteuren aus dem ambulanten Gesundheitswesen adäquate Räumlichkeiten für eine moderne, patientenorientierte Berufsausübung zur Verfügung zu stellen. Denn, sie sind das Rückgrat unserer medizinischen Versorgung und schützen täglich unser wichtigstes Gut – unsere Gesundheit!

Felix Rotaru

Abteilungsleiter Healthcare
Hauck Aufhäuser Lampe



Bestimmende demografische und politische Faktoren

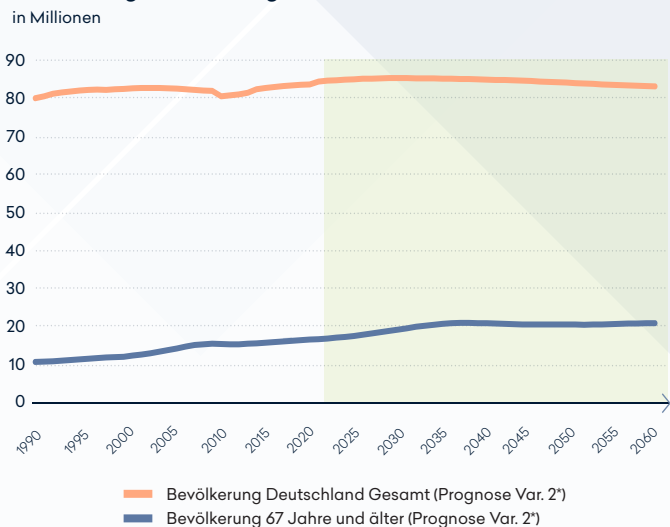
Beitrag von Dr. Jan Linsin und Christoph Huth, CBRE

Der demografische Wandel sowie politische Rahmenbedingungen und Grundsätze haben einen signifikanten Einfluss auf die deutsche Gesundheitswirtschaft. Durch eine älter werdende Gesellschaft nehmen auch verschiedenste Krankheitsbilder und Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) in der Bevölkerung zu. Dadurch wird das Gesundheitssystem auf der Kostenseite belastet, weil mehr medizinische und pflegerische Leistungen nachgefragt werden.

Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung wächst kontinuierlich

Die Entwicklung der Gesamtbevölkerung im Zeitraum 1990 bis 2022 zeigt eine Zunahme von rund 80 auf 84 Mio. Einwohner. Zum 30. September 2023 betrug der Bevölkerungsstand infolge der Nettozuwanderung (positiver Saldo aus Zu- und Fortzügen) rund 84,6 Mio. Menschen und war damit auf einem Rekordniveau. Die Prognose geht zunächst von einem weiteren Anwachsen der Bevölkerungszahl auf 85 Mio. Menschen aus, wobei der Höhepunkt dieser Entwicklung entsprechend der aktuellen Hochrechnungen im Jahr 2031 erreicht sein wird. Für die weitere Bevölkerungsentwicklung geht die Variante 2 der Prognose von einem Rückgang der Gesamtbevölkerung auf 83 Mio. Einwohner im Jahr 2060 aus.

Bevölkerungsentwicklung Deutschland



Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basis: 31.12.2021)

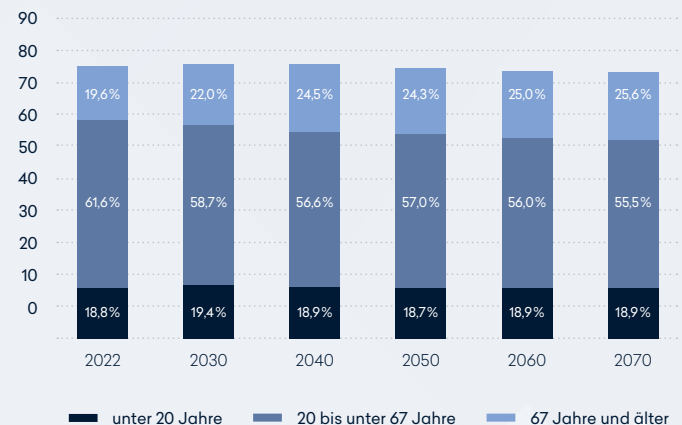
*Prognose Variante 2: Moderate Entwicklung der Geburten, der Lebenserwartung und des Wanderungssaldos

Die Einwohnerzahlen der Altersgruppe 67 Jahre und älter zeigen über diesen Zeitraum hinweg in der Tendenz eine andere Entwicklung. Sie weisen im Zeitraum 1990 bis 2022 einen kontinuierlichen Anstieg von zehn auf rund 17 Mio. Personen auf, was im Vergleich zur Gesamtbevölkerung einem stärkeren Zuwachs entspricht. Zudem wird diese Altersgruppe laut Prognose weiter an Stärke zugewinnen und im Jahr 2039 das vorausberechnete Maximum von rund 21 Mio. Personen erreichen.

Während die Veränderungen der Einwohnerzahlen in Deutschland insgesamt über den betrachteten Zeitverlauf moderat ausfallen, verändert sich die Zusammensetzung der Bevölkerung hinsichtlich der verschiedenen Altersgruppen kontinuierlich, was unter anderem auch zu einer sich verändernden Bedarfslage in der Nachfrage nach Angeboten der gesundheitlichen Versorgung führt.

Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppe

in Millionen



2022 entspricht der Bevölkerungsfortschreibung, ab 2030 Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basis: 31.12.2021) Variante 2: Moderate Entwicklung der Geburten, der Lebenserwartung und des Wanderungssaldos

Eine Analyse der Entwicklung des Anteils der unter 20-Jährigen sowie der Altersgruppe 67 Jahre und älter zeigt wenige Schwankungen im Anteil der jüngeren Menschen an der Gesamtbevölkerung, der 2030 einen Höhepunkt von 19,4 % erreichen wird. Der Anteil älterer Menschen nimmt demgegenüber kontinuierlich zu. Dieser Zuwachs geht einher mit dem Rückgang des Anteils der mittleren Altersgruppe in Deutschland. Wenngleich die Bevölkerungsentwicklung sich in ihrer Komplexität nicht auf ein Ergebnis reduzieren

lässt, so ist in der Entwicklung der Altersgruppen doch erkennbar, dass die Menschen in Deutschland in Zukunft immer älter werden und in der Folge eine moderne soziale Infrastruktur mit ambulanten wie stationären Einrichtungen auf solche Veränderungen reagieren muss.

Der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung ist regional sehr unterschiedlich ausgeprägt, wie die Analyse auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte zeigt. Dies ist begründet durch regionale Unterschiede in sozioökonomischen Faktoren sowie Wanderungsbewegungen, sodass der Anteil der Bevölkerung 65 Jahre und älter 2022 eine Spanne von 16 % (Frankfurt am Main) bis zu 32 % (Suhl) aufweist. Generell ist der Anteil der älteren Menschen in ländlichen Räumen höher als in den Großstädten.

Die Bevölkerungsentwicklung bis 2040 zeigt den Zuwachs des Anteils dieser Altersgruppe, der dann in einer Spanne von 20 % (Freising) bis 43 % (Dessau-Roßlau) liegen wird. Ländliche Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern, zeigen hohe Ausprägungen des Anteils älterer Menschen. In 43 Regionen Deutschlands wird der Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren 35 % und mehr betragen.

Wenngleich im Detail vielschichtiger, so lassen sich doch zwei gewichtige Trends in der regionalen Bevölkerungsentwicklung ausmachen: Zum einen führen die Wanderungsbewegungen nach wie vor stärker aus dem ländlichen Raum in die Städte als umgekehrt, wenngleich sich für die Großstädte auch eine Bewegung aus der Stadt heraus ins nahe Umland identifizieren lässt.

Insbesondere Umzüge junger Erwachsener zum Studium sowie der Erwerbstätigen beim Antritt oder Wechsel der Arbeitsstelle führen häufig in die Städte. Zum anderen führt der demografische Wandel mit einer gestiegenen Lebenserwartung sowie dem Rückgang der Geburten nach 1970 zu einer Veränderung der Alterszusammensetzung der deutschen Gesellschaft. In der Kombination resultieren beide Faktoren in einer Überalterung des ländlichen Raumes, da insbesondere jüngere Menschen fortziehen. Gerade hier benötigt es Lösungen zur Anpassung der Infrastruktur in einer Form, die eine medizinische Versorgung in einem den Bedarfen entsprechenden Umfang bereitstellt und gleichzeitig auf den Anstieg der Kosten durch strukturelle Herausforderungen reagiert.

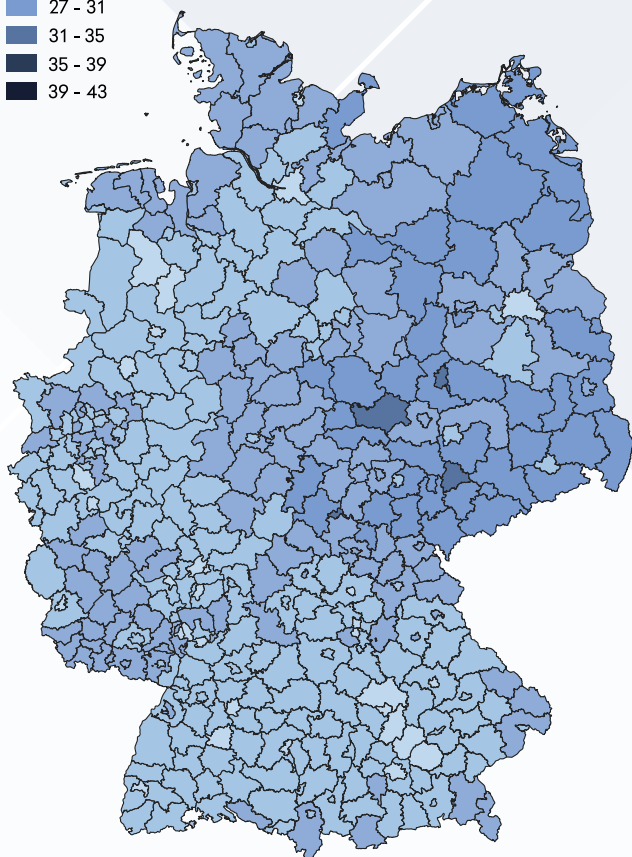
Gesundheitsausgaben steigen weiter

Im Jahr 2021 betrug das Volumen des deutschen Gesundheitsmarktes rund 474 Mrd. € und damit – bedingt durch Mehrausgaben infolge der Corona-Krise – ca. 33 Mrd. € bzw. 7,5 % mehr als 2020. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt 2021 betrug damit 13,2 %. Nach den aktuellen Angaben des Statistischen Bundesamtes erreichten die Gesundheitsausgaben im Jahr 2022 498,1 Mrd. € und liegen damit gut 5 % über jenen des Vorjahres. Pro Einwohnerin und Einwohner ergeben sich so rund 5.895 €. Damit entfallen knapp 13 % des Bruttoinlandsproduktes auf den Gesundheitssektor. Gemessen an der Wirtschaftsleistung gab Deutschland damit von

Anteil der Bevölkerung Altersgruppe 65+ nach Kreisen 2022 und 2040

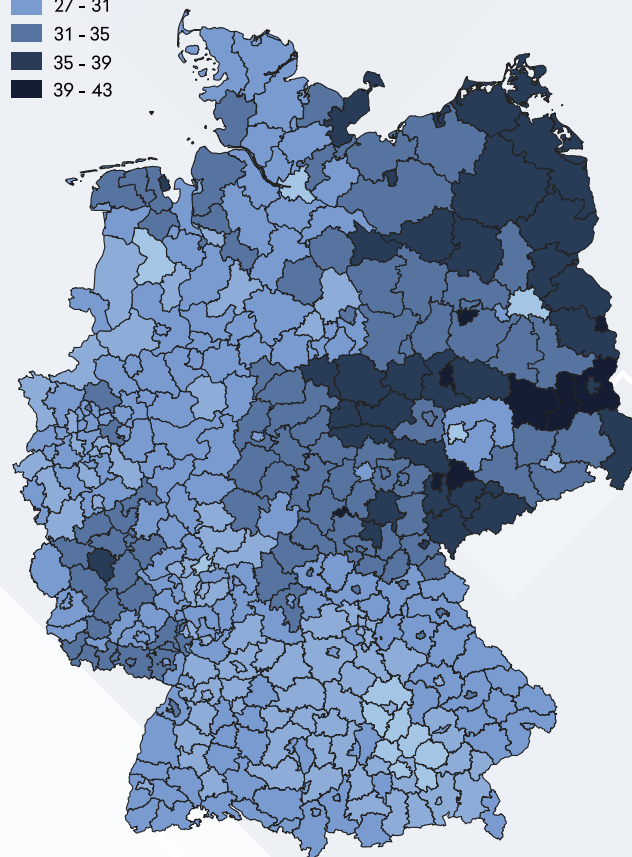
Bevölkerung 65+ in %

- 15 - 19
- 19 - 23
- 23 - 27
- 27 - 31
- 31 - 35
- 35 - 39
- 39 - 43



Bevölkerung 65+ in %

- 15 - 19
- 19 - 23
- 23 - 27
- 27 - 31
- 31 - 35
- 35 - 39
- 39 - 43



allen 27 EU-Staaten den höchsten Anteil für sein Gesundheitssystem aus. Im EU-Durchschnitt lagen die Gesundheitsausgaben gemäß der letzten verfügbaren Statistik von Eurostat für das Jahr 2020 bei 10,9 % des BIP.

Traditionell können Patienten fast jede Art von Versorgung in Anspruch nehmen, wo immer sie wollen. Die Deutschen gehören laut OECD weltweit zu den Spitzenreitern, wenn es um die Anzahl der Arztbesuche geht. Etwa zehn Mal pro Jahr suchen Deutsche einen Arzt auf – ohne etwaige jährliche Besuche beim Zahnarzt. Der internationale Durchschnitt liegt bei 6,6 Arztbesuchen im Jahr.

Ein weiteres Merkmal des deutschen Gesundheitssystems ist eine große Anzahl von eher kleinen Allgemeinkrankenhäusern, die oftmals nur unzureichend spezialisiert sind, was zu mittelmäßigen Ergebnissen bei der Behandlungsqualität führt. Überdurchschnittlich hoch ist entsprechend auch die Zahl der Krankenhausaufenthalte, auch weil ein hoher Anteil an Operationen stationär durchgeführt wird und es infolgedessen zu einer Überinanspruchnahme von Krankenhausleistungen kommt. Hier besteht erhebliches Optimierungspotential, zumal die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass viele kleinere Operationen auch sehr erfolgreich ambulant erbracht werden können und auch die Verweildauer in den stationären Einrichtungen deutlich kürzer ausfallen kann als hierzulande.

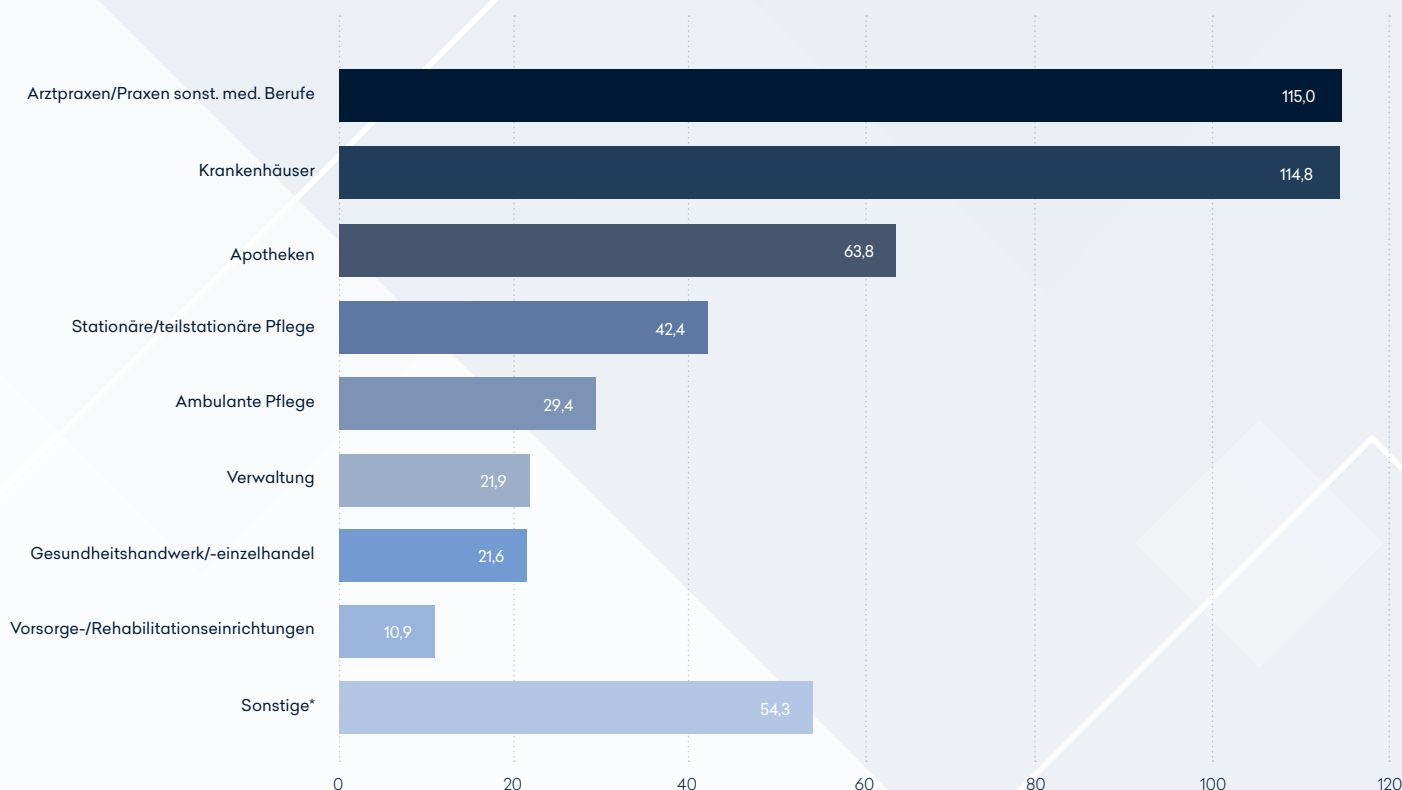
Die Vielzahl an Arztbesuchen schlägt sich entsprechend in den höheren Gesundheitsausgaben Deutschlands für die ambulante Versorgung nieder. So beliefen sich die Gesundheitsausgaben im Bereich Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen weiterer medizinischer Berufe im Jahr 2021 auf 115 Mrd. € und damit auf über 24 % der Gesamtausgaben. Damit liegen die Ausgaben gleichauf mit jene in Krankenhäusern und Kliniken.

Ambulantisierung nimmt zu

Grundsätzlich gilt für das deutsche Gesundheitssystem, dass die ambulante Versorgung vor der stationären zum Tragen kommt – das ist auch politisch gewollt. Vor dem Hintergrund steigender Kosten im Gesundheitssystem ist davon auszugehen, dass die Strukturen zur Erbringung von Leistungen in ambulanten Formaten zukünftig weiter zunehmen werden. Das zeigt sich nicht zuletzt durch die jüngste Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen (AOP-Katalog). Nachdem dieser schon Anfang 2023 um etliche Operationsmöglichkeiten nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kodes) erweitert wurde, kamen ab dem 01. Januar 2024 nun weitere 171 OPS-Kodes dazu. Damit wird man künftig schätzungsweise rund 300.000 vollstationäre Fälle pro Jahr vermeiden können.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ zielt laut dem Fünften Sozialgesetzbuch nicht nur auf die Vermeidung unnötiger Krankenhausbehandlungen ab, sondern kommt in den Bereichen Gesundheit und Soziales in vielen Aspekten zur Anwendung.

Gesundheitsausgaben 2021 nach ausgewählten Einrichtungen
in Milliarden Euro



* Rettungsdienste, Gesundheitsschutz, Sonstige Einrichtungen/private Haushalte etc.

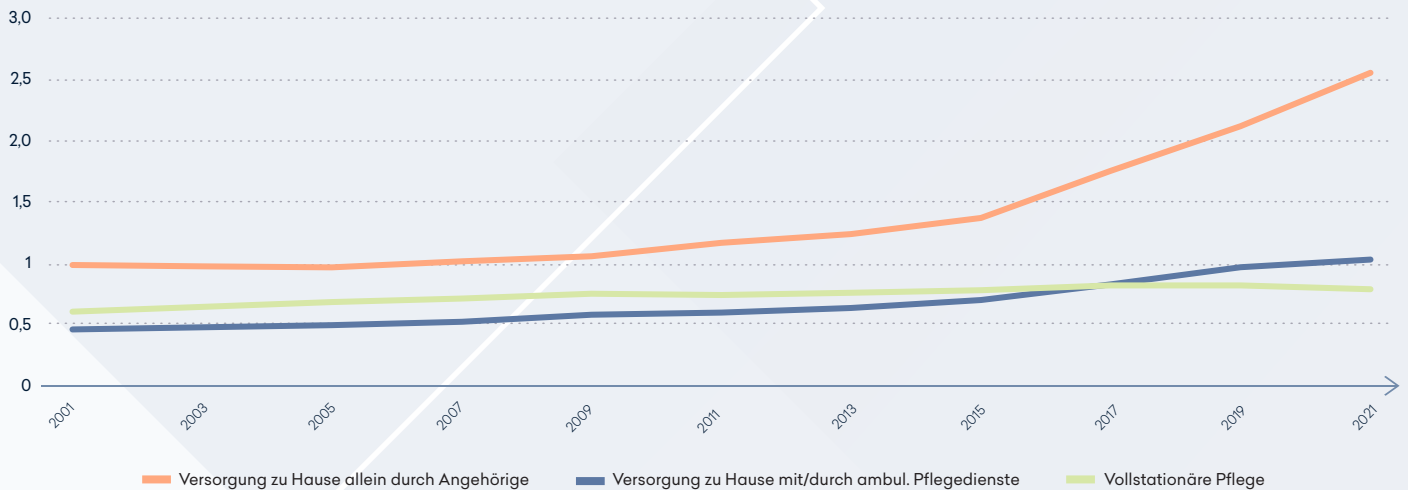
Im Bereich der Pflege ist es zum Beispiel nicht nur Ziel des Gesetzgebers, der häuslichen Pflege Vorrang vor der professionellen stationären Pflege zu geben, sondern auch die Pflegebereitschaft der Angehörigen zu unterstützen. Außerdem sollen präventive Maßnahmen zur Rehabilitation vor der stationären Pflege berücksichtigt werden. Einerseits soll es pflegebedürftigen Menschen ermöglicht werden, so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung zu leben, andererseits wird damit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit Rechnung getragen. Ambulante Pflegeformen erweisen sich in den meisten Fällen als kostengünstiger als die stationäre Pflege. Die Entwicklung der Versorgung der Pflegebedürftigen zeigt insbesondere in den letzten zehn Jahren den Trend zur Ambulantisierung besonders deutlich. In der Folge ist auch von einem höheren Bedarf in der Nachfrage nach ambulan-

ter medizinischer Versorgung durch diese wachsende Zielgruppe auszugehen.

Während die Fallzahlen der Empfänger stationärer Pflegeleistungen ab 2011 nur noch leicht angewachsen ist und nach 2019 sogar zurückgingen, hat die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen von 2011 bis 2021 um rund 82 % zugenommen. Der stärkere Anstieg ab 2015 ist auf das Inkrafttreten der Pflegestärkungsgesetze (Zeitraum 2015 - 2017) und die Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes nach dem Elften Sozialgesetzbuch zurückzuführen. Einen noch stärkeren Zuwachs verzeichnet die Versorgung zu Hause durch Angehörige mit 116 % über zehn Jahre. Wenngleich diese Gruppe keine ambulanten Pflegeleistungen in Anspruch nimmt, liegt es nahe, dass andere ambulante Angebote der gesundheitlichen Versorgung nachgefragt werden.

Pflegebedürftige nach Art der Versorgung

Anzahl der Empfänger in Millionen



Quelle: Statistisches Bundesamt, CBRE Research

Dr. Jan Linsin

Managing Director
Head of Research Germany
CBRE



Christoph Huth

Consultant
CBRE



Kennzahlen ambulanter ärztlicher Versorgung

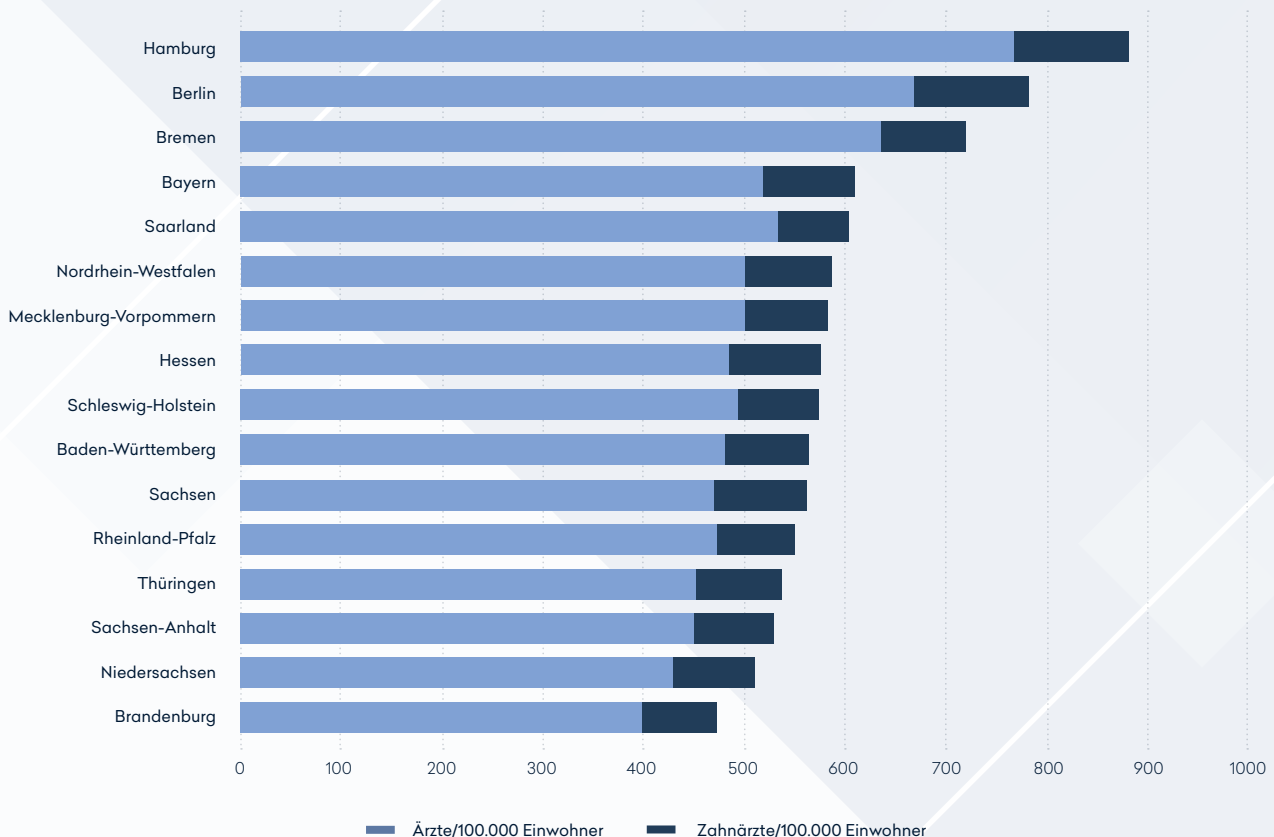
Beitrag von Dr. Jan Linsin und Christoph Huth, CBRE

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es 17 Kassenärztliche Vereinigungen (KVen), welche sich um die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung in den einzelnen Bundesländern kümmern (in Nordrhein-Westfalen gibt es zwei KVen). Sie müssen die flächendeckende, wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung gewährleisten und eine rechnerische Unterversorgung oder Überversorgung vermeiden. Die Niederlassung von Ärzten in Deutschland wird durch die Bedarfsplanung auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene durch die entsprechenden Gremien der Kassenärztlichen Vereinigung gesteuert und richtet sich wesentlich nach der regionalen Bevölkerungszahl sowie darüber hinaus nach regionalen Besonderheiten. Bei den Zahnärzten sind analog die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) für diese Aufgaben im Rahmen der vertragszahnärztlichen und kieferorthopädischen Versorgung zuständig.

Die Quoten der berufstätigen Ärzte und Zahnärzte fallen auf Ebene der Bundesländer unterschiedlich hoch aus. Insbesondere die drei Stadtstaaten fallen durch die höchsten Versorgungsquoten auf, was unter anderem an deren Rolle als Versorgungszentren auch für umliegende Regionen liegt.

Eine Auswertung der regionalen Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung* auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte zeigt Differenzen in der Versorgungslage auf. Die Arztdichte reicht dabei von 78 bis 415 Ärzte pro 100.000 Einwohner, wobei kreisfreie Städte mit deutlichem Unterschied zu den Landkreisen eine signifikant höhere Dichte an Ärzten aufweisen. Analog zu den drei Stadtstaaten gilt für Städte in Deutschland generell, dass sie entsprechend der bestehenden Bandbreite an Infrastruktur als Versorger für umliegende Regionen fungieren.

Länderspezifische Quoten der berufstätigen Ärzte und Zahnärzte pro 100.000 Einwohner 2022

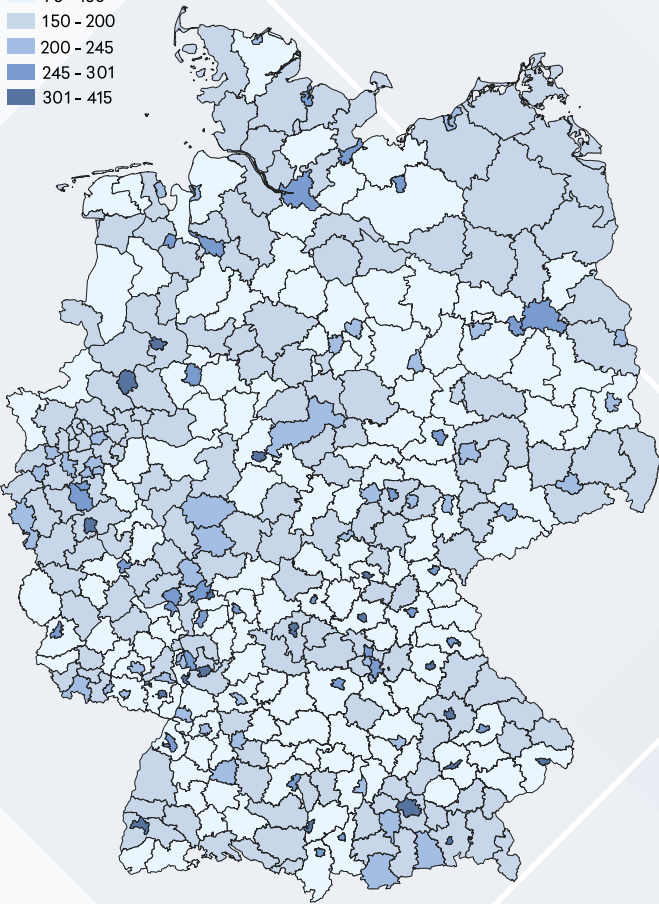
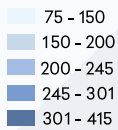


Quelle: Statistisches Bundesamt, Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, CBRE Research

*Die Quote der Arztdichte ist nicht direkt vergleichbar zur Auswertung der berufstätigen Ärzte und Zahnärzte vorab, da andere Grundgesamtheit

Regionale Disparitäten bei der Verteilung der Anzahl der Ärzte je 100.000 Einwohner (2022)

Arztdichte

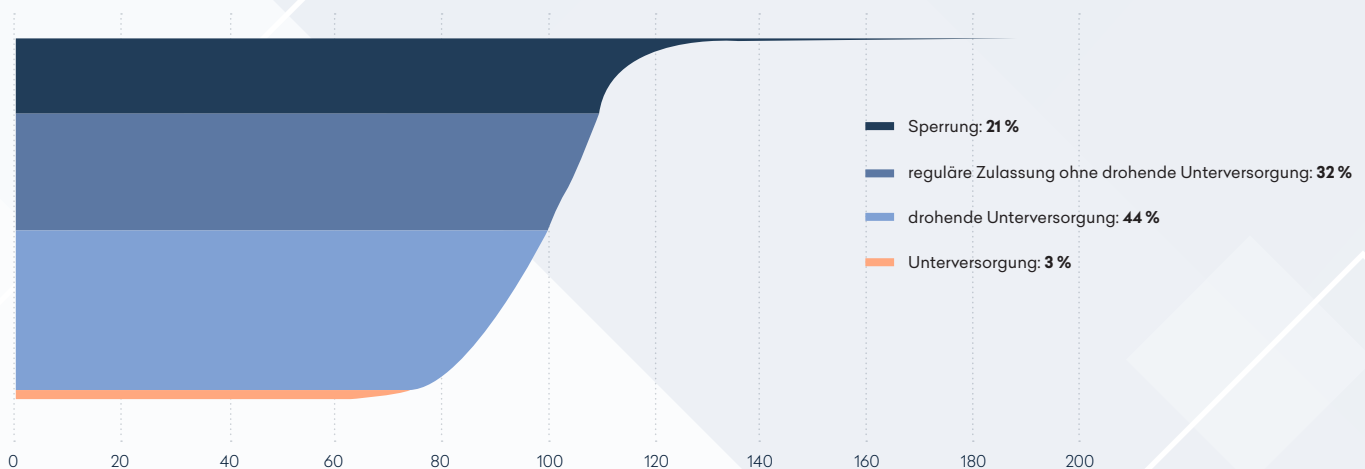


Quelle: KBV, CBRE Research

Für die Neugründung von Praxen sind die Versorgungsgrade von Bedeutung, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen für die einzelnen Facharztzrichtungen ausgewiesen werden. Auf ihrer Grundlage werden die Niederlassungsmöglichkeiten für Ärzte in Deutschland geregelt. Die Niederlassung von Ärzten in Regionen mit rechnerisch zu hohen Versorgungsgraden kann durch die Kassenärztlichen Vereinigungen untersagt werden. Ebenso kommt in Fällen der (drohenden) Unterversorgung die Förderung von Niederlassungen in Betracht.

Eine Betrachtung der Versorgungsgrade mit Hausärzten in den 984 Planungsregionen der Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt den Anteil der unterversorgten Regionen sowie der Regionen, für die eine Sperre neuer Zulassungen besteht. Das deutsche Gesundheitssystem ist von einer starken regionalen Varianz der Versorgung geprägt. Während in 21 % der 984 Mittelbereiche eine Überversorgung mit Hausärzten besteht (Versorgungsgrad > 110 %), liegt für zusammen 47 % eine drohende Unterversorgung (<100 %) oder eine Unterversorgung (< 75 %) vor – also in fast jedem zweiten Mittelbereich. Somit ist der Anteil der unterversorgten Regionen in den letzten fünf Jahren um 19 Prozentpunkte gestiegen. Damit droht Deutschland insbesondere in den ländlichen Regionen ein Ärztemangel. Ein wesentlicher Grund hierfür ist der sukzessive Renteneintritt der geburtenstarken „Baby-Boomer“-Jahrgänge der Praxisinhaber. So ist bereits heute mehr als ein Fünftel der Vertragsärzte älter als 60 Jahre. Zunehmend werden Ärzte – neben den medizinischen Fachangestellten – zum Engpassfaktor auf dem Markt der ärztlichen Gesundheitsversorgung. Ein weiterer Grund ist der ungebrochene Trend zur Teilzeitarbeit vor allem bei jüngeren Ärztinnen und Ärzten, infolgedessen die Versorgungsleistung je Ärztin bzw. Arzt rückläufig ist.

Hausärzte, Versorgungsgrade in den Mittelbereichen* 2022



Quelle: KBV, CBRE Research

* „Mittelbereiche“ bezeichnet die von den Kassenärztlichen Vereinigungen betrachteten Planungsbereiche für Hausärzte

“Die Patientenaufkommen in Arztpraxen variieren stark, je nach Fachrichtung des Arztes.“

Die Patientenaufkommen in Arztpraxen variieren stark, je nach Fachrichtung des Arztes. Diese Unterschiede können auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden, darunter die Art der Erkrankungen, die von den Ärzten behandelt werden, die Häufigkeit dieser Erkrankungen in der Bevölkerung und die spezifischen Anforderungen an die Behandlung. Auch spielt eine Rolle, wie behandlungs- und damit zeitintensiv ein typischer Fall ist. Die Angebote von Psychologen sowie auch physiologisch therapeutische Angebote nehmen in der Regel viel Zeit pro Patienten in Anspruch, was zu einem im Durchschnitt niedrigeren Fallaufkommen pro Arzt in diesen Bereichen führt. Darüber hinaus sind strukturelle Fakto-

ren von Bedeutung, etwa kann eine niedrige Verfügbarkeit an Behandlungsplätzen in einem Bereich langfristig dazu führen, dass infrage kommende alternative Angebote stärker ausgelastet werden.

Die Auswertung der Patientenaufkommen über die erfassten Fachrichtungen hinweg zeigt aktuell eine hohe Fallquote für Hautärzte, die Radiologie, HNO-Ärzte sowie Augenärzte. Die Allgemeinmedizin weist ein mittleres Aufkommen an Patienten auf, ähnlich der Kinder- und Jugendmedizin und auch den Orthopäden.

Die jüngste Modellrechnung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) zur Projektion der zukünftigen Beanspruchung von Vertragsärzten zeigt, dass im Jahr 2035 gegenüber dem Basisjahr 2019 allein durch den Einfluss der Bevölkerungsentwicklung im Bundesdurchschnitt bei fast zwei Dritteln der betrachteten Fachgruppen eine Mehrbeanspruchung zu erwarten ist. Dabei nimmt die Beanspruchung in der Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater am meisten zu (+27 %), gefolgt von den Psychotherapeuten (+21 %), den Urologen und Fachinternisten (jeweils +10 %) sowie den Augenärzten (+8 %).

Anzahl Behandlungsfälle je Arzt/Psychotherapeut

Ø 2021 Q4 - 2022 Q3



Quelle: KBV, CBRE Research

Dr. Jan Linsin

Managing Director
Head of Research Germany
CBRE



Christoph Huth

Consultant
CBRE



Trend zu kooperativen Arbeitsmodellen

Interview mit Dr. Peter Heinz, Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Herr Dr. Heinz, laut Statistischem Bundesamt waren 2023 circa 108.000 Studierende im Fach Humanmedizin eingeschrieben – so viele wie noch nie. Wird das reichen, um zukünftig den Teil der Ärzteschaft, der in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen wird, nahtlos zu ersetzen?

Dr. Heinz: Der altersbedingte Nachbesetzungsbedarf in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Rheinland-Pfalz liegt bis zum Jahr 2027 bei insgesamt 49 %. Selbst wenn sich alle von den 108.000 Medizinstudierenden letztendlich für eine Tätigkeit in der ambulanten Versorgung entscheiden werden, werden wir die Zeit bis dahin in Versorgungsprobleme geraten. Ein Medizinstudium in Regelstudienzeit dauert über sechs Jahre, im Anschluss kommen nochmal einige Jahre Facharztweiterbildung dazu.

Humanmedizin ist nach wie vor einer der beliebtesten Studiengänge. Dennoch können sich unseren Erfahrungen nach die wenigsten Studierenden vorstellen, nach ihrer abgeschlossenen Ausbildung in einer klassischen Einzelpraxis zu praktizieren.

Die Medizin wird „weiblicher“ und zudem haben sich insgesamt die Lebensvorstellungen junger Mediziner verändert. Was bedeutet das für zukünftige Kooperationsformen in der ambulanten Versorgung?

Dr. Heinz: Dass sie weiblicher wird, belegen auch die Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz. Das alleine ist aber nicht der Grund, weshalb es neue Kooperationsformen braucht, um die Versorgung der Bürger sicherzustellen. Generell ist der Trend zu erkennen, dass Nachwuchsmediziner ihr Privatleben nicht hinter ihrer beruflichen Tätigkeit anstellen wollen. Und das natürlich vollkommen zurecht. Das Arbeitspensum des klassischen Rollenbildes „Arzt in Einzelpraxis“ war nur zu stemmen, indem im Hintergrund starke, meist familiäre Unterstützung vorhanden war. Und auch, indem eigene Interessen hintenangestellt wurden. Die nachkommende Medizinergeneration legt einen großen Wert auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die meisten (Ehe)Partner der Mediziner sind ebenfalls berufstätig und können sich in der heutigen Zeit kaum noch vorstellen, dies zugunsten der ärztlichen Tätigkeit des Partners aufzugeben.

Die nachkommende Medizinergeneration legt zudem einen großen Wert auf kooperative Teamarbeit. Auch das spricht dafür, dass die klassische Einzelpraxis immer seltener zu finden ist. Der Wunsch nach flexibler Arbeitszeitgestaltung und Teilzeitmodellen unterstreicht diese Entwicklung.

Mit neuen, kooperativen Arbeitsmodellen kann diesen Wünschen an den Arbeitsplatz entsprochen werden.

Aufgrund des aktuellen Fachkräftemangels können sich Nachwuchsmediziner nahezu aussuchen, wo sie arbeiten wollen. Aus dem ehemaligen Arbeitgebermarkt wurde ein Arbeitnehmermarkt. Für die ambulante Versorgung bedeutet dies, dass neue Arbeitsformen entstehen müssen, die den Anforderungen der jungen Mediziner entsprechen.

„Dem Trend der kollegialen Zusammenarbeit folgend, werden zunehmend größere Praxisräume gefragt sein.“

Wie steht es um die immobiliare Infrastruktur in Deutschland? Hält diese mit den Anforderungen – insbesondere von jungen Mediziner – Schritt?

Dr. Heinz: Dem Trend der kollegialen Zusammenarbeit folgend, werden zunehmend größere Praxisräume gefragt sein. Solche geeigneten, bereits bestehenden Räumlichkeiten zu finden, ist wesentlich schwerer, als die einer Einzelpraxis. Zusammenarbeit, idealerweise auch mehrerer Fachgruppen, erfordert ein gut abgestimmtes Raumkonzept, das es in der Regel dort, wo es gebraucht wird, nicht gibt. Investoren hierfür sind dank der bestehenden Bedarfsplanung und der daraus resultierenden Planungsunsicherheit nur schwer zu finden.

Sehen Sie Vorteile für Ärzte und Patienten, wenn mehrere Praxen und sonstige Heilberufe in einem Ärztehaus oder Gesundheitszentrum zusammenarbeiten?

Dr. Heinz: Definitiv. Wie bereits genannt, wünscht sich ein Großteil der Nachwuchsmediziner ein kooperatives Arbeitsumfeld. Neben der Arbeit im Team und dem Austausch mit anderen Fachgruppen, ist auch das Thema Kostenteilung und die Nutzung von Synergieeffekten nicht außer Acht zu lassen.



Foto: DMDE/KV RLP

Aufgrund der anstehenden Ruhestandswelle und der absehbar nicht in ausreichender Anzahl nachkommenden Medizinern, muss auch in Zukunft sichergestellt werden, dass die Patienten, die eine ärztliche Behandlung benötigen, diese auch erhalten. Daher muss auf den Prüfstand gestellt werden, welche Leistungen an nicht-ärztliches, medizinisches Fachpersonal delegiert werden können. Das entlastet die Ärzte und erhöht zeitgleich die Attraktivität nicht-ärztlicher Fachberufe.

Welche Auswirkungen wird die Digitalisierung auf die Berufsausübung von Heilberufen haben und sind die Immobilien Ihrer Meinung nach dafür gut ausgestattet?

Dr. Heinz: Telemedizinische Leistungen haben sich besonders während der pandemischen Situation bewiesen und sind seither etabliert. Diese werden auch weiterhin einen steigenden Einfluss auf die Patientenversorgung haben. Zudem fördert die Digitalisierung eine bessere Vernetzung der Berufsgruppen.

Leider hinken wir in Deutschland im weltweiten Vergleich noch immer im Hinblick auf den Internetausbau hinterher. Auch im Jahr 2023 gibt es Orte in Deutschland, die sehr schlecht angebunden sind und eine geringe Internetgeschwindigkeit aufweisen. Das ist meist in ländlichen, strukturschwachen Räumen der Fall. In Kombination mit anderen infrastrukturellen Schwächen entscheiden sich sehr wenige Ärzte für eine Tätigkeit in diesen Gebieten. Diese Probleme müssten vorrangig behoben werden, um die Niederlassung vor Ort wieder attraktiv zu gestalten. Eine gut funktionierende EDV-Infrastruktur, wie sie zum Beispiel in Banken und Sparkassen zu finden ist, ist enorm teuer und mit Geldern aus dem erwirtschafteten Honorar in Praxisstrukturen keinesfalls erstellbar.

„Um die politisch anvisierte Ambulantisierung voranzutreiben, braucht es entsprechende Praxisräume, um die Leistungen außerhalb des Krankenhauses erbringen zu können.“

Ist die Bedarfsplanung noch zeitgemäß? Welche Auswirkungen hätte eine Abschaffung in der jetzigen Form oder zumindest eine partielle Aufhebung hinsichtlich operierender Fachrichtungen, wenn die politisch gewollte Ambulantisierung klappen soll?

Dr. Heinz: In der Form, in der sie jetzt besteht, ist sie nicht mehr zeitgemäß. Wir sehen immer wieder, dass die Bedarfsplanung anstelle eines Sicherstellungswerkzeuges ein Niederlassungsverhinderungsinstrument ist. Sie wurde in den frühen 90er-Jahren eingeführt, um die damalig befürchtete Ärzteschwemme aufzuhalten. Heute haben wir keine Ärzteschwemme mehr, sondern sind hän-

deringend auf der Suche nach Nachwuchsmedizinern, die ambulant tätig werden wollen. Die Bedarfsplanung, so wie sie derzeit konzipiert ist, ist ein echtes Hindernis, um Ärzte für die ambulante Versorgung zu gewinnen. Sie ist nicht nur ein echtes Bürokratiemonstrum, sondern vor allem viel zu unflexibel, um auf die zukünftigen Bedarfe und Erfordernisse einzugehen.

Ich bin davon überzeugt, dass der Wegfall der Bedarfsplanung keine ungesteuerte Niederlassungswelle in Zentren mit sich bringt. Letztendlich greifen mit dem Wegfall der Bedarfsplanung dann die Strukturen der freien Marktwirtschaft. Eine Niederlassung bringt hohe Investitionskosten mit sich und die Praxisinhaber müssen in der Regel hohe Kredite aufnehmen. Betriebswirtschaftlich ist die Unternehmung nur dann tragfähig, wenn genügend Patienten versorgt werden können. In Regionen, in denen bereits viele ärztliche Kollegen tätig sind, wird sich kein weiterer Kollege niederlassen und keine Bank einen bezahlbaren Kredit gewähren.

Um die politisch anvisierte Ambulantisierung voranzutreiben, braucht es entsprechende Praxisräume, um die Leistungen außerhalb des Krankenhauses erbringen zu können. Fiele die Bedarfsplanung weg, würde die Ambulantisierung sicherlich ein Stück weiter vorangetrieben werden. Aber auch hier trifft meine Ausführung zu: Eine so große Investition muss unter betriebswirtschaftlichen Aspekten und der marktwirtschaftlichen Situation vor Ort getroffen werden. Die Kollegen, die bereits jetzt schon fachärztlich tätig sind und ambulant operieren, sind zwingend in eine Neuniederlassung einzubeziehen, sofern die Niederlassung an jedem Ort frei möglich wäre.

Wie könnten – auch mit Blick auf die anstehende Krankenhausreform – intersektorale Versorgungsmodelle der Zukunft aussehen? Und stehen zurzeit genügend geeignete Immobilien dafür zur Verfügung?

Dr. Heinz: Wir müssen die Versorgung weiterdenken und uns von den bisherig bestehenden Strukturen lösen. Zukünftig werden die Patienten nicht mehr im Krankenhaus liegen, um dort ein paar Tage überwacht zu werden oder dort länger als nötig verbleiben, damit das Krankenhaus keine Abschläge ihrer Vergütung erhält. Und wir müssen uns auch davon lösen, dass niedergelassene Ärzte Patienten in Kliniken schicken, um dort überwacht zu werden.

Integrierte Gesundheitszentren sind schon seit einigen Jahren diskutierte Modelle, um die intersektorale Versorgung voranzutreiben. In diesen Gesundheitszentren können Ärzte und auch andere Gesundheitsberufe tätig sein und neben der Regelversorgung eine internistische, bettenführende Abteilung anbieten. In dieser können Patienten für einen kurzen Zeitraum überwacht werden, wenn dies notwendig wird. Wenn man es so sehen will, ist es quasi eine Arztpraxis plus oder eben ein Krankenhaus light.

Hierfür braucht es natürlich entsprechend große Immobilien. Das muss aber nicht zwangsläufig ein Neubau sein. Die derzeitige Krankenhausstrukturreform führt dazu, dass einige, vorwiegend ländliche Kliniken schließen müssen, da sie sich einfach nicht mehr rentieren. Diese Häuser könnten beispielsweise für neue, intersektorale Vorhaben genutzt werden. Das hat auch den Vorteil, dass die Versorgung vor Ort nicht wegbricht.

Zum Begriff des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

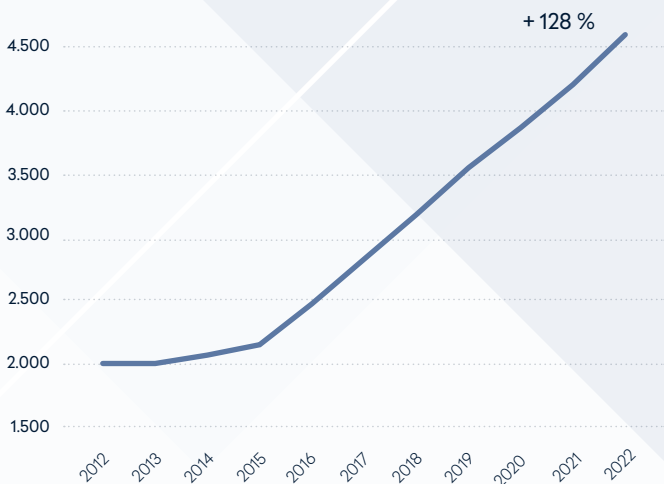
Gastbeitrag von Dr. Maritheres Palichleb, LL.M. und Mouna Sonnemann, Maître en droit, GSK Stockmann

Ärzteläger vs. MVZ: Strukturelle Unterschiede im Gesundheitswesen

Mit der Einföhrung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) am 01.01.2004 wurden die M6glichkeiten ärztlicher Kooperationen erweitert. Neben selbständigen Ärzten, Praxisgemeinschaften und Berufsausübungsgemeinschaften sind seitdem auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als Organisationsform zulässig. Diese Erweiterung entspricht den Forderungen nach einer einheitlichen Trägerschaft, die sowohl die Gesundheitsversorgung verbessern als auch nicht selbständigen Ärzten bessere berufliche Chancen bieten soll. Die hohe Gründungsdynamik für MVZ verläuft seit Jahren weitestgehend linear. Laut aktuellen Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurden im Jahr 2022 bundesweit 4.574 Einrichtungen gezählt (ohne zahnärztliche MVZ). Das waren 395 mehr als zum Ende des Vorjahres.

Anzahl MVZ, alle Träger, 2012-2022

Letzte Aktualisierung: 01.12.2023



Im Kontext dieser Entwicklungen ist es wichtig, zwischen MVZ und Ärzteläusern zu differenzieren. Ärzteläuser, auch bekannt als Ärztezentren, beherbergen in der Regel mehrere Ärzte verschiedener Fachrichtungen am selben Standort, ähnlich wie MVZ. Im Gegensatz zu MVZ sind Ärzteläuser jedoch keine eigenständige ärztliche Organisationsform. Sie bestehen vielmehr aus

einzelnen, rechtlich nicht miteinander verbundenen Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften oder Praxisgemeinschaften, möglicherweise auch aus einem MVZ als Teil eines Ärzteläuses. MVZ sind medizinische Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte in einer Organisationsform tätig sind. Diese Einrichtungen sind nicht auf ein bestimmtes Fachgebiet beschränkt. Stattdessen können in einem MVZ Ärzte verschiedener Fachrichtungen tätig werden, um ein breites Spektrum an Gesundheitsleistungen „aus einer Hand“ anzubieten.

Gründung von MVZ: Rechtliche Rahmenbedingungen im Kurzüberblick

Die Gründung von MVZ unterliegt vor allem den Bestimmungen des Fünften Sozialgesetzbuches. Berechtigt zur Gründung sind unter anderem zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sowie Kommunen. Als alleinige Rechtsform für ein MVZ ist eine privatrechtliche Körperschaft in Form einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft vorgeschrieben. Die konkreten Anforderungen für die Gründung variieren je nach gewählter Rechtsform und richten sich nach allgemeinen zivil- und gesellschaftsrechtlichen Grundsätzen.

Zulassung in der vertragsärztlichen Versorgung: Anforderungen für MVZ

Für die Mehrheit der Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, die eine Praxis nicht ausschließlich mit Privatpatienten führen, ist die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung von existenzieller Bedeutung. Allerdings existieren strenge Beschränkungen für die Zulassung. Um in der vertragsärztlichen Versorgung tätig zu sein – sei es in einem MVZ oder in einer herkömmlichen Einzel- oder Gemeinschaftspraxis – bedarf es der Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) sowie der entsprechenden Zulassung für den geplanten Vertragsarztsitz durch den zuständigen Zulassungsausschuss. Diese Anforderungen gelten sowohl für Neugründungen oder Übernahmen von Praxen als auch für die Verlegung des Vertragsarztsitzes.

Die Zulassung als Vertragsarzt erfolgt durch die Mitgliedschaft der für den Arztsitz zuständigen KV und beruht auf der Eintragung

des Arztes in das Arztregister einer KV als Vorstufe zur Zulassung oder Anstellung in einem MVZ. Angestellte Ärzte wiederum werden mit der Zulassung des MVZ Mitglieder der KV, in deren Bezirk das MVZ seinen Sitz hat. Die vertraglichen Bestimmungen zur vertragsärztlichen Versorgung sind auch für die im MVZ angestellten Ärzte verbindlich. Ihre Anstellung im MVZ erfordert die Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Erteilung dieser Genehmigungen hängt im Wesentlichen davon ab, ob Zulassungsbeschränkungen aufgrund von Überversorgung bestehen, wobei es hier auch Ausnahmen gibt, insbesondere für die Nachbesetzung einer Arztstelle.

Exkurs - BSG-Urteil: Anstellung von Ärzten in MVZ unter neuer Prüfung

Mit Urteil vom 26.01.2022 hat das BSG entschieden, dass der Zulassungsausschuss nur Ärzten eine Anstellungsgenehmigung im MVZ erteilen kann, die eine abhängige Beschäftigung im MVZ und keine selbstständige Tätigkeit ausüben. Dies wird angenommen, wenn Gesellschafter-Geschäftsführer weniger als 50 % der Stammkapitalanteile halten und keine Sperrminorität innehaben oder als beteiligte Gesellschafter exakt 50 % oder weniger der Gesellschaftsanteile besitzen. Um beiden Gesellschaftern einer MVZ-Betreiber-GmbH eine Anstellungsgenehmigung vom Zulassungsausschuss zu ermöglichen, müssen sie daher exakt 50 % der Stammkapitalanteile halten und einen externen Geschäftsführer bestellen. Denn es darf nicht der Fall vorliegen, dass der angestellte Arzt als Gesellschafter aufgrund seiner Gesellschaftsanteile und Geschäftsführungsbefugnis die Gesellschaft und damit das MVZ insgesamt leitet.

Vermietung an Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als Single-Tenant im Vergleich zu Arzthäusern: Unterschiede für Vermieter

Eine Vermietung an ein MVZ als Single-Tenant im Vergleich zu Arzthäusern erfordert für den Vermieter eine differenzierte Betrachtung verschiedener Vertragsaspekte.

a) Unterschiede in der Mietstruktur

MVZ als ganze Immobilien sind typischerweise Single-Tenant-Objekte, während klassische Arzthäuser als Multi-Tenant-Objekte fungieren. In Letzteren gibt es exklusiv genutzte Mietbereiche der jeweiligen Arzt-Einheiten, aber auch Gemeinschaftsflächen, deren exklusive und gemeinschaftliche Nutzung durch die Mieter geregelt werden muss. Dies führt zu Unterschieden in der Gestaltung der Mietverträge, insbesondere hinsichtlich der Umlage und Abrechnung von Neben- und Betriebskosten sowie der Regelung und Abgrenzung von Unterhaltungspflichten zwischen den Vertragsparteien.

b) Mietvertragsparteien und Sicherheiten

Bei der Vermietung an ein MVZ ist die jeweilige juristische Person Vertragspartei, die das MVZ betreibt (häufig eine GmbH), während Vermieter bei einem klassischen Arzthaus Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften oder Praxisgemeinschaften in der Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts gegenüberstehen. Hier haften mehrere Personen als Mieter gesamtschuldnerisch für alle Verpflichtungen aus dem Mietvertrag. Dies hat Auswirkungen auf die hinreichende Gestellung von Mietsicherheiten zugunsten des Vermieters, der häufig von Trägern eines MVZ (organisiert als GmbH und damit geringerer Haftungssumme) höhere Sicherheitsleistungen verlangt, insbesondere im Hinblick auf hohe Kosten des Ausbaus mieterseitiger Einrichtungen in der Mietsache bei Beendigung des Mietverhältnisses.

c) Flexibilität bei Mieterwechseln

Im Gegensatz zur Vermietung an ein MVZ erfordert der Abschluss eines Gewerbemietvertrages mit einer Arztpraxis in der Regel spezifische Regelungen für den Fall, dass Ärzte aus der Berufsausübungsgemeinschaft oder Praxisgemeinschaft ausscheiden oder in diese neu einsteigen, was zugleich einen Mieterwechsel bedeutet. Die vorstehenden Ausführungen gelten entsprechend für den Fall der Veräußerung einer Arztpraxis durch dessen Inhaber (oder Erben). Der Mietvertrag sollte für dieses in der Praxis recht häufige Szenario flexible Bestimmungen enthalten, welche die berechtigten Sicherungsinteressen des Vermieters wahren.

Dr. Maritheres Palichleb, LL.M.

Rechtsanwältin und Partnerin
GSK Stockmann



Mouna Sonnemann, Maître en droit

Rechtsanwältin
GSK Stockmann



Diskussion zu investorengetragenen MVZ



Interview mit Sybille Stauch-Eckmann, Vorsitzende des Bundesverbands der Betreiber Medizinischer Versorgungszentren, BMV

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind aus der ambulanten Versorgung nicht mehr wegzudenken. Aktuell wird insbesondere deren Träger- und Inhaberschaft politisch rege diskutiert. Worum geht es da konkret?

Stauch-Eckmann: Die ambulante Versorgung ist im Umbruch. Haupttreiber dieses Strukturwandels sind die Demographie, ein gewandeltes Berufsbild der Ärztinnen und Ärzte, aber auch die politisch gewollte und dringend benötigte Ambulantisierung sowie Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems. Wir beobachten dabei eine Tendenz zur Gruppenbildung, um diese Herausforderungen zu meistern. Nicht nur durch Investoren und MVZ in Krankenhausträgerschaft, sondern auch bei selbstständigen Vertragsärztinnen und -ärzten. Diese Gruppenbildung ist also eine Antwort auf die aktuellen Herausforderungen: Sei es der Wunsch, insbesondere jüngerer Ärztinnen und Ärzte, nach einer Arbeit in Anstellung, nach Work-Life-Balance, aber vor allem nach der Arbeit im Team oder auch auf die Hebung von Effizienzreserven und der Möglichkeit von Skalierung.

MVZ allgemein, aber insbesondere MVZ-Gruppen, sind hier ein Teil der Lösung. Eine Erkenntnis, die sich erfreulicherweise auch nach und nach in der öffentlichen und politischen Debatte durchsetzt. Ich verstehe jedoch, dass dieser Umbruch auch Beharrungstendenzen hervorruft, so wie es Wandel immer tut. Und die Debatte über die Finanzierung von MVZ und ambulanten Versorgung durch private nichtärztliche Kapitalgeber ist aus meiner Sicht ein Symptom davon. Daher verwundert es auch nicht, dass die Debatte bisher sehr stark von Wettbewerbsgedanken

und Konkurrenzschutz etablierter Strukturen geprägt ist. Hier müssen leider Investoren als Projektionsfläche erhalten.

„Wir benötigen in der ambulanten Versorgung deutlich mehr Investitionen, um den vorhandenen Investitionsstau zu lösen.“

Stellen nichtärztliche MVZ-Träger bzw. Kapitalgeber aus Ihrer Sicht eine Gefahr für die ambulante Versorgung dar? Benötigen wir eigentlich nicht mehr statt weniger private Investitionen im deutschen Gesundheitsmarkt?

Stauch-Eckmann: Wir benötigen in der ambulanten Versorgung deutlich mehr Investitionen, um den vorhandenen Investitionsstau zu lösen. Nicht nur bei den Krankenhäusern, sondern eben auch bei Arztpraxen. Gerade mit Blick auf die Anpassung einer modernen Infrastruktur zur Umsetzung der Ambulantisierung und Digitalisierung. Nur so kann es gelingen, innovative Versorgungsmodelle für die Zukunft umzusetzen.

Anzahl MVZ nach Trägerschaft 2012-2022

Letzte Aktualisierung: 01.12.2023

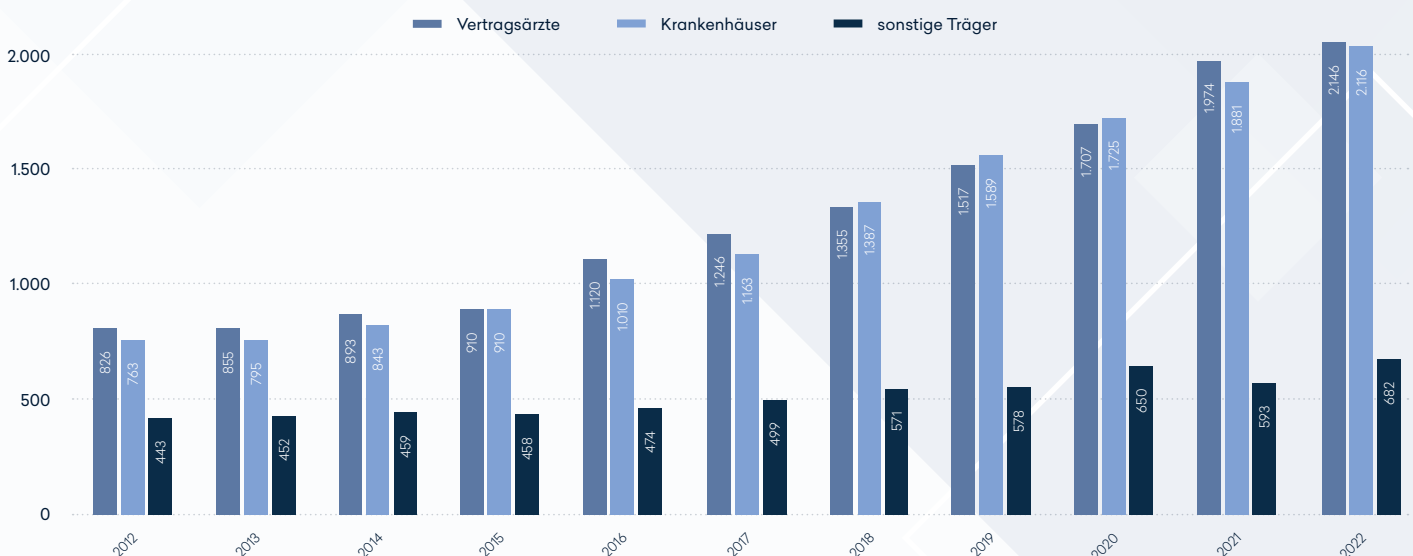


Foto: Ortheum

Quelle: KBV, Medizinische Versorgungszentren; Statistische Informationen

Was soll ein Transparenzregister für MVZ hinsichtlich der Lenkung von Patienten bewirken? Es gibt jetzt schon lange Wartezeiten für Facharzttermine, da dürfte es Patienten doch egal sein, was auf einem Praxisschild zur Trägerschaft hinterlegt ist.

Stauch-Eckmann: Von einem Transparenzregister in der ambulanten Versorgung, das in der politischen Diskussion in unterschiedlicher Ausprägung gefordert wird, darf man keine Lenkungswirkung erwarten. Anders als das aktuell diskutierte Transparenzgesetz im stationären Bereich, geht es hier um die Schaffung einer Datengrundlage über die Strukturveränderungen in der ambulanten Versorgung für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik – das ist zumindest unser Verständnis davon. Dabei müssen wir zwei verschiedene Aspekte unterscheiden: Zum einen die Transparenz gegenüber Patientinnen und Patienten beim Besuch einer Praxis. Hier ist das Praxisschild der geeignete Ort, um Angaben über die Praxisform, Rechtsform und Ärztliche Leitung zu machen. Die Strukturtransparenz richtet sich hingegen in erster Linie an Politik und Selbstverwaltung und soll die Entwicklungen in der ambulanten Versorgung abbilden. Aus diesem Grund ist ein „MVZ-Register“ auch keine Lösung, sondern wir benötigen eine Transparenzoffensive, die alle ambulanten Leistungserbringer erfasst – von der Einzelpraxis bis zum MVZ.

Die Strukturtransparenz sollte dann perspektivisch auch noch um Qualitätsaspekte ergänzt werden, auch wenn das in der ambulanten Versorgung schwierig ist. Jedenfalls müssten solche Maßnahmen für alle Leistungserbringer und Versorgungsformen in gleichem Maße gelten.

Wird vor dem Hintergrund vorliegender Gutachten zu verfassungs- bzw. europarechtlicher Bedenken hinsichtlich einer MVZ-Regulierung diese überhaupt durchsetzbar sein?

Stauch-Eckmann: Die klare Antwort ist Nein. Es gibt mittlerweile mehrere juristische Gutachten, die sich mit zahlreichen vorgeschlagenen MVZ-Regulierungen beschäftigen. Allen voran das Rechtsgutachten von Prof. Dr. Martin Burgi, Ordinarius für Verfassungs- und Europarecht an der LMU München, aber auch jüngst weitere Gutachten. Sie alle kommen zu dem Schluss, dass einer weiteren einschränkenden Regulierung für MVZ enge rechtliche Grenzen gesetzt sind. Ausschlaggebend ist hierbei, dass trotz jahrelangen Engagements von privaten, nichtärztlichen Kapitalgebern keine negativen Effekte auf die Gesundheitsversorgung zu beobachten sind. Das hat noch Anfang 2023 das Bundesgesundheitsministerium selbst dargelegt sowie ein von ihm in Auftrag gegebenes Gutachten bereits 2020.

Als BBMV drängen wir allerdings auf notwendige Reformen des Rechtsrahmens für MVZ und der ambulanten Versorgung insgesamt. Allerdings auf einer sachlichen und evidenzbasierten Grundlage. Dabei sehen wir, dass zum Beispiel die 2012 eingeführte regulatorische Erforderlichkeit eines Trägerkrankenhauses zur MVZ-Gründung die Entwicklung von regionalen Kooperation zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung behindert.

Moderne MVZ benötigen i. d. R. eine adäquate immobiliare Infrastruktur mit vielen Anforderungen an Raumanzahl und

Raumgrößen. Finden sich in Deutschland genügend Immobilien, welche diese Anforderungen erfüllen?

Stauch-Eckmann: Tatsächlich ist hinsichtlich der räumlichen Ausstattung moderner Versorgungsformen derzeit nicht alles ideal. Hierbei geht es zum Beispiel um die Barrierefreiheit, aber auch die Innenausstattung von Praxen. Moderne Praxen müssen auch räumlich so angelegt sein, dass Praxisabläufe optimiert sind und die Beschäftigten vor Ort in ihrer Arbeit unterstützt und nicht behindert werden. Hierbei muss man auf die räumliche und technische Umsetzung achten. Außerdem sind Patienten natürlich sehr angetan von ganzen Gesundheitszentren, unter deren Dach gleich mehrere fachärztliche oder interdisziplinär agierende Arztpraxen und MVZ eine Versorgung anbieten. Aber auch deren Anbindung, etwa durch den öffentlichen Nahverkehr und der digitalen Infrastruktur darf nicht vernachlässigt werden. Hier ist vor allem der Staat – und insbesondere die Kommunen – gefragt, entsprechend tätig zu werden.

Sind Ärzte- und Gesundheitszentren aufgrund flexibler Raumgestaltungs- und interdisziplinärer Kooperationsmöglichkeiten auch für MVZ die eher bevorzugten Orte der Leistungserbringung?

Stauch-Eckmann: Ja, kurze Wege fördern die Kooperation und können auch dazu führen, dass effizientere Strukturen aufgebaut werden. Beispielsweise, wenn in einem Ärztehaus ein ambulanter OP-Saal existiert, bei dem sich die angesiedelten Leistungserbringer zur besseren Auslastung koordinieren. Gerade mit Blick auf die angestrebte Ambulantisierung wird bislang der Bedarf an einer modernen immobiliare Infrastruktur unterschätzt. Das mag daran liegen, dass in der Politik häufig noch der Gedanke vorherrscht, dass die Ambulantisierung allein durch Krankenhäuser umgesetzt werden könnte. Dabei ist klar, dass auch mit der bestehenden Infrastruktur der Krankenhäuser die notwendige Ambulantisierung nicht erreicht werden kann. Hier muss der Blick geweitet werden und die ambulanten Leistungserbringer stärker einbezogen werden. Insbesondere MVZ-Gruppen sind leistungsfähige Partner, um die notwendige ambulante Infrastruktur aufzubauen und zu betreiben. Aber sie werden den Bedarf alleine auch nicht decken können, denn im Gegensatz zum stationären Bereich existiert in der ambulanten Versorgung keine duale Finanzierung durch Krankenkassen und Staat. Das heißt, dass die Investitionen in den Aufbau ambulanter Strukturen, inklusive der räumlichen Infrastruktur, aus privaten Investitionen erfolgen muss.

Welche Rolle werden MVZ in der zukünftigen ambulanten Versorgung spielen, auch mit Blick auf die Krankenhausreform und mögliche intersektorale Versorgungsformen?

Stauch-Eckmann: MVZ werden weiter an Bedeutung gewinnen, da bin ich mir ganz sicher. Wenn stationäre Überkapazitäten abgebaut werden sollen, wie es das ausgesprochene Ziel der aktuell diskutierten Krankenhausreform ist, dann muss sichergestellt sein, dass die Patientinnen und Patienten ein ausreichendes Versorgungsangebot in der ambulanten Versorgung vorfinden. Die Kooperationsmöglichkeiten zwischen MVZ und Krankenhäusern, bzw. zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern müssen ausgebaut werden. Zugleich sollte ein fairer Wettbewerb zwischen allen Leistungserbringern möglich sein.

Arten ambulanter Gesundheitsimmobilien

Beitrag von Felix Rotaru, Hauck Aufhäuser Lampe

Vielfältige Nutzungen für eine moderne Gesundheitsversorgung

Ambulante Gesundheitsimmobilien spielen eine entscheidende Rolle für eine zeitgemäße Gesundheitsversorgung. Sie bieten eine breite Palette von Dienstleistungen unter einem Dach an und für deren Nutzer viele Synergieeffekte. Für Patienten stellen sie in der Regel die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen dar. Ambulante Versorgung findet in Deutschland in den verschiedensten Immobilien statt, weshalb sich dahingehend etliche Begriffe etabliert haben. Zum besseren Verständnis macht es Sinn, sich einzelne Immobilienarten genauer anzuschauen und zu verdeutlichen, dass in einer ambulanten Gesundheitsimmobilie von einem Nutzer (Single-Tenant) bis mehrere Nutzer (Multi-Tenant) ganz verschiedene Mieter beherbergt sein können. Die Nutzflächen solcher Objekte können je nach Lage und Nutzung der Mieteinheiten extrem variieren. Die Spanne reicht grob von ca. 1.000 qm bis über 10.000 qm. Zudem ist die Sektorengrenze zwischen ambulanten und (teil)stationären Einrichtungen nicht immer eindeutig gezogen, weshalb es auch vorkommt, dass Mischformen von Gesundheitsimmobilien existieren.

Ärztehaus oder Fachärzteezentrum

Der geläufigste Begriff und häufig auch Synonym für ambulante Gesundheitsimmobilien dürfte das Ärztehaus sein. Sinngemäß ist eine solche Immobilie mit verschiedensten autarken Arztpraxen (Allgemeinmediziner und sonstige Fachärzte) bestückt und somit ein Multi-Tenant-Objekt. Die Praxen sind als Einzelpraxis, Praxismgemeinschaft, Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) organisiert. Andere,

nichtärztliche Mieter finden sich in einem solchen Haus zwar nicht, dennoch steht hier der kooperative Gedanke einer fachübergreifenden, patientenorientierten ärztlichen Versorgung im Vordergrund. Durch die Bündelung medizinischer Kompetenzen können so auch komplexe Krankheitsbilder behandelt werden und es gibt nur kurze Wege für Patienten.

Ambulantes Gesundheitszentrum

Bei einer mieterseitigen Erweiterung des Ärztehauses oder Fachärzteezentrums um weitere Gesundheitsberufe wie beispielsweise Zahnmedizin, Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie spricht man von einem ambulanten Gesundheitszentrum. Dort sind in der Regel auch weitere gesundheitsaffine Dienstleister wie Apotheke, Sanitätshaus, Hörakustiker oder Optiker vertreten. Und nicht zuletzt können psychosoziale, pflegerische und sozialmedizinische Einrichtungen wie Psychotherapeuten, ambulante Pflegedienste, Tagespflege oder Beratungsstellen ein ambulantes Gesundheitszentrum sinnvoll ergänzen. Hier ist also ein sehr diversifizierter Mietermix gegeben.

Medizinische Versorgungszentren

Oft wird auch das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) als Synonym für eine ambulante Gesundheitsimmobilie verwendet. Hier muss man jedoch zwischen Organisationsform und Immobilie unterscheiden. MVZ können mit weiteren Mietern Teil einer Immobilie sein oder je nach Größe und Leistungsspektrum auch alleine ein ganzes Objekt als Single-Tenant mieten. Dann könnte man auch von der Immobilie als MVZ sprechen. Solche Fälle

Die häufigsten Arten ambulanter Gesundheitsimmobilien

Ärztehaus oder Fachärzteezentrum	Ambulantes Gesundheitszentrum	Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	Praxisklinik oder Ambulantes OP-Zentrum
Intersektorales Gesundheitszentrum	Ambulantes Rehasentrum	Dialysezentrum	Humanmedizinisches Labor
Gewerbeimmobilie mit medizinischer Nutzung	(Betreutes) Wohnen mit medizinischer Nutzung	Poliklinik oder Institutsambulanz	Tagesklinik

können zum Beispiel eintreten, wenn ein größeres zahnärztliches MVZ mit eigenem Dentallabor eine Immobilie mietet oder ein größeres ambulantes OP-Zentrum bzw. eine Praxisklinik Mieter wird. Solche Einheiten benötigen oft schon alleine Nutzflächen im viertelligen Bereich. Eine Praxisklinik ist eine medizinische Einrichtung, die ambulante und teilstationäre chirurgische Eingriffe sowie Diagnose- und Therapieangebote anbietet. Im Gegensatz dazu konzentriert sich ein ambulantes OP-Zentrum ausschließlich auf operative Eingriffe, die ohne stationären Aufenthalt durchgeführt werden. Praxiskliniken bieten oft ein breites medizinisches Leistungsspektrum, während ambulante OP-Zentren nur auf spezifische chirurgische Eingriffe spezialisiert sind. Im Zuge der Ambulantisierung und einer voraussichtlich besseren Leistungsvergütung wird bei diesen größeren Nutzungseinheiten der Raumbedarf weiter steigen.

Sektorenübergreifende Versorgung

In der Nähe von Kliniken oder auch direkt auf dem Klinikgelände gehen ambulante und stationäre Versorgung teilweise Hand in Hand – und das nicht nur, weil auch Krankenhäuser MVZ gründen und so ebenfalls an der ambulanten Versorgung teilnehmen dürfen. Der Sozialmediziner Rudolf Virchow entwickelte die Idee der Poliklinik – ein in der ehemaligen DDR beliebtes Versorgungsmodell, das auch als Vorlage diente für die Einführung der heute weit verbreiteten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Aktuell gibt es nur noch wenige solcher integrierten medizinischen Versorgungseinrichtungen oder Institutsambulanzen. Sie sind zumeist direkt am Krankenhaus angegliedert und können in der Regel per Ermächtigung mit angestellten Ärzten an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Seit 2021 können sie auch neue Arztsitze übernehmen bzw. neue Fachrichtungen integrieren. Weitere am Krankenhaus angegliederte ambulante Gesundheitsimmobilien können größere humanmedizinische Labore oder Dialysezentren sein. In ersterem werden anfallende Blut- und Gewebeuntersuchungen aus dem Krankenhaus

auf schnellem Wege durchgeführt. In Dialysezentren werden Patienten aus dem Krankenhaus und der weiteren Umgebung mit schweren Nierenerkrankungen behandelt. Auch Tageskliniken befinden sich oft auf dem Krankenhausgelände und ermöglichen eine ambulante oder teilstationäre Patientenbetreuung. Oft werden dort speziell für ältere Menschen rehabilitative Behandlungen, Betreuung und Pflege angeboten oder fachärztliche Untersuchungen organisiert. In ambulanten Rehazentren werden zudem rehabilitative Dienstleistungen, einschließlich physiotherapeutischer und ergotherapeutischer Behandlungen angeboten, um Patienten bei der Genesung nach Verletzungen oder Operationen zu unterstützen.

Mischnutzungen und Quartiere

Arztpraxen und medizinische Dienstleister können auch als einzelne Mieter in sonstigen Immobilien mit Mischnutzung vertreten sein. Typischerweise finden sich in Bürogebäuden mit sonstigen freien Berufen wie beispielsweise Steuerberater oder Anwaltskanzleien auch gehäuft Arztpraxen. Beliebt ist die Beimischung von gesundheitsaffinen Nutzern auch in Konzepte des Betreuten Wohnens aber auch als Teil einer Quartiersentwicklung. Dort kann ein ambulantes Gesundheitszentrum neben weiterer sozialer Infrastruktur wie einem Kindergarten oder Seniorenwohnungen die Projektentwicklung bereichern und auch einen Mehrwert bei der Projektvergabe durch die Stadt darstellen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ambulante Gesundheitsimmobilien in vielerlei Formen am Markt vorkommen. Für Investoren ist es daher wichtig, den Gesundheitsmarkt und seine Facetten zu kennen, um Chancen und Risiken der einzelnen Nutzungsarten richtig einschätzen zu können. Der Bedarf an Investitionen in ambulanter immobilierender Infrastruktur ist jedenfalls jetzt schon riesig und wird sich durch den Trend zur Ambulantisierung weiter verfestigen.

Mögliche Mieter in ambulanten Gesundheitsimmobilien



Felix Rotaru

Abteilungsleiter Healthcare
Hauck Aufhäuser Lampe



Standortkriterien für Ärzte- und Gesundheitszentren

Gastbeitrag von Anna Maria Martin, IMMOTISS

Die Kriterien für einen idealen Standort für Ärzte- und Gesundheitszentren sind abhängig von verschiedenen Faktoren, die je nach regionalen Gegebenheiten und Bedürfnissen der Bevölkerung sowie der Nutzer (Gesundheitsdienstleister) variieren können. Sie bestimmen die Eignung eines Standortes aus Nutzer- und Investorensicht und helfen bei Investitionsentscheidungen sowie bei der Identifikation geeigneter Standorte für Projektentwicklungen, Neubauten oder Umnutzungen.

Die Faktoren lassen sich in fünf Hauptbereiche unterteilen:

1. Verkehrsanbindung

- Gute Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- Nähe zu Hauptverkehrsstrecken
- Ausreichende Parkmöglichkeiten für Patienten und Mitarbeitende

„Die Erreichbarkeit ist sowohl für Patienten als auch für Mitarbeitende von entscheidender Bedeutung und kann maßgeblich zur Attraktivität eines Standorts beitragen.“

Die Erreichbarkeit ist sowohl für Patienten als auch für Mitarbeitende von entscheidender Bedeutung und kann maßgeblich zur Attraktivität eines Standorts beitragen. Die Art der Anbindung sollte sich nach der umgebungstypischen Mobilitätsstruktur richten – beispielsweise sollte im städtischen Raum ein Schwerpunkt auf die Anbindung an das ÖPNV-Netz gelegt werden und im ländlichen Raum eine gute Anbindung an das Straßennetz vorhanden sein. Stichprobenhafte Befragungen von Mitarbeitenden in Gesundheitseinrichtungen haben ergeben, dass die Verfügbarkeit von Parkplätzen für Personal deutlich zur Mitarbeiterzufriedenheit und deren Gewinnung beitragen kann.

Bei der Entscheidung, ob ein ländlicher oder städtisch gelegener Standort besser geeignet ist, lässt sich konstatieren, dass beide Standortarten gut funktionieren können. Eine hausärztliche Ver-

sorgung und Notfallversorgung müssen auch im ländlichen Raum in angemessener (Fahr)zeit erreichbar sein. Gleichzeitig sind für fachärztliche Belange längere Anfahrtswege zumutbar. Folglich können für die erstgenannten Versorgungsarten Standorte in ländlichen Regionen wie beispielsweise Kreisstädte mit einem entsprechend großen Einzugsgebiet geeignet sein. Ambulante Gesundheitszentren mit hoher Spezialisierung sollten hingegen besser im urbanen Raum angesiedelt sein. Gut geeignet sind außerdem auch Standorte in der Peripherie von großen Städten, da diese sowohl aus der Stadt als auch der umliegenden Region gut erreichbar sind. Ein Standort in einem Gewerbe- oder Bürogebiet kann sowohl von der guten Verkehrsanbindung als auch von den umliegenden Einkaufs- und Dienstleistungsangeboten profitieren und birgt ein großes Potenzial, die kurzen Wege zu nutzen.

2. Umliegende Infrastruktur

- Nähe zu Einkaufs- und Dienstleistungsangeboten
- Nähe zu ergänzenden medizinischen Angeboten
- Gut ausgebaute digitale Infrastruktur

Die umliegende Infrastruktur trägt zur Attraktivität eines Standorts bei. Hierbei lässt sich auch der Gedanke des „One-Stop-Shoppings“ aus dem Einzelhandel übertragen. Gerne wird die Möglichkeit von Patienten wahrgenommen, neben dem Arztbesuch auch noch weitere Erledigungen im unmittelbaren Umfeld tätigen zu können. Bei größeren Ärzte- und Gesundheitszentren bietet es sich zudem an, die Mieterschaft durch medizinnaher Dienstleistungen wie eine Apotheke, ein Sanitätshaus oder auch eine Bäckerei zu ergänzen.

Eine gut ausgebaute digitale Infrastruktur ist ebenfalls von besonderer Bedeutung, um moderne Technologien zur Verarbeitung und zum Austausch von Patientendaten sowie in der Zusammenarbeit mit anderen Ärzten effektiv nutzen zu können. Dies bildet auch die Voraussetzung für die Etablierung eines telemedizinischen Angebots, das insbesondere für die Versorgung von Patienten im ländlichen Raum attraktiv sein kann.

3. Soziodemografische/-ökonomische Struktur

- Ausreichende Bevölkerungsdichte im Einzugsgebiet
- Adäquate Bevölkerungsentwicklung im Einzugsgebiet
- Gute wirtschaftliche Situation in der Region

Da sich die Bevölkerungsstruktur innerhalb Deutschlands deutlich unterscheidet, ist bei der Betrachtung eines Standortes und dessen relevanten Einzugsgebiets, die Entwicklung der Einwohnerdichte sowie der Altersstruktur und der daraus folgenden Ableitung der Entwicklung der Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung unerlässlich. Zwar bedarf es in jeder Region eines Zu-

gangs zur Gesundheitsversorgung, jedoch wird zukünftig auch im Sinne der Kosteneffizienz nicht in jeder Region die Gesundheitsversorgung unmittelbar angesiedelt sein, sondern längere Anfahrtswege in Kauf genommen werden.

Auch die wirtschaftliche Lage einer Region spielt eine bedeutende Rolle für die Attraktivität als Arbeits- und Wohnort für Ärzte und medizinisches Fachpersonal. Außerdem lässt sich dadurch auch das Potenzial ableiten, ob Patienten Zusatzleistungen (IGeL) in Anspruch nehmen können oder auch als Selbstzahler oder Privatpatient behandelt werden.

4. Netzwerk und Kooperationsmöglichkeiten

- Nähe zu anderen Gesundheitseinrichtungen und Institutionen
- Nähe zu Forschungs- und Bildungseinrichtungen
- Etablierung einer „Marke“

Auch Ärzte- und Gesundheitszentren bzw. deren Mieter befinden sich im Wettbewerb um qualifiziertes Fachpersonal sowie Patienten. Eine erfolgreiche Strategie kann die Kooperation mit anderen Gesundheitseinrichtungen vor Ort sein, darunter auch Forschungs- und Bildungseinrichtungen. Eine solche Zusammenarbeit kann beim Werben von Personal von Universitäten und Bildungsstätten unterstützen sowie bei der Koordination der Versorgung von Patienten, beispielsweise bei Überweisungen an andere Fachgebiete.

Neben der physischen Standortattraktivität spielt auch der Ruf eines Ärzte- und Gesundheitszentrums für Patienten sowie (potenzielle) Mitarbeitende eine wichtige Rolle. Hierbei kann es helfen, ein Ärzte- und Gesundheitszentrum als eine „Marke“ mit guter Reputation in der Region zu etablieren. Positive Merkmale für Mitarbeitende sind dabei unter anderem ein modernes und kooperatives Arbeitsumfeld und bei Patienten zum Beispiel eine angenehme Atmosphäre und einfache Terminvergabe.

5. Wettbewerbsumfeld

- Verfügbarkeit von KV-Sitzen für Neugründungen
- Mäßige Anzahl von Konkurrenzeinrichtungen
- Verfügbarkeit von geeigneten Grundstücken und Gebäuden

Insbesondere bei Neugründungen bzw. Projektentwicklungen von Ärzte- und Gesundheitszentren ist der Wettbewerb im Umfeld genauer zu betrachten.

Sofern eine Neueröffnung geplant ist, müssen freie KV-Arztstühle in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Zwar besteht auch die Möglichkeit, eine Privatpraxis außerhalb der KV-Bedarfsplanung zu eröffnen, dies bietet sich jedoch nur in Gebieten mit einer ausreichenden Zahl an Privatpatienten oder potenziellen Selbstzahlern an – wie beispielsweise in den Top-7 Städten. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die eingeschränkte Ansiedlungs- und Umzugsbereitschaft der Mieterklientel zu einem erhöhten Vermietungsaufwand führt. Arztpraxen haben in der Regel eine hohe Standorttreue, so dass eine Umzugsbereitschaft nur dann geschaffen werden kann, wenn die neuen Flächen einen deutlich besseren Ausbaustandard und die Möglichkeit bieten, die Praxisabläufe effizienter zu gestalten. Gleichzeitig sollte die Mietpreissteigerung nur moderat ausfallen, da sonst die Gefahr besteht, dass der Umzugsgedanke aufgrund der meistens günstigeren Altmiete verworfen wird.

„Insbesondere bei Neugründungen bzw. Projektentwicklungen von Ärzte- und Gesundheitszentren ist der Wettbewerb im Umfeld genauer zu betrachten.“

Fazit

Die Standortkriterien für Ärzte- und Gesundheitszentren sind vielschichtig und bedürfen einer sorgfältigen Analyse. Bei der Betrachtung wird außerdem deutlich, dass es nicht nur einen perfekten Standort für ein Ärzte- und Gesundheitszentrum gibt, sondern der Standort immer unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten sowie dem medizinischen Schwerpunkt bewertet werden muss. Insgesamt verdeutlicht die Betrachtung dieser Kriterien, dass die Wahl des geeigneten Standorts für Ärzte- und Gesundheitszentren nicht nur medizinische, sondern auch wirtschaftliche, infrastrukturelle und soziale Aspekte berücksichtigen muss.

Anna Maria Martin

Senior Consultant
IMMOTISS



Bauliche Anforderungen an ambulante Gesundheitsimmobilien

Beitrag von Michael Deltschew-Strobelt, CBRE

1. Anforderungen an Ärztehäuser und Gesundheitszentren aus technischer und baurechtlicher Sicht

Auch für Gesundheitsimmobilien sind bauliche Vorgaben und Anforderungen stark abhängig von der aktuellen bzw. geplanten Nutzung. Speziell für Ärztehäuser und Gesundheitszentren gelten meist keine spezifischen baulichen Anforderungen, im Gegensatz zu bspw. Pflegeheimen oder Krankenhäusern, die baulich stark reglementiert sind.

Der Umbau oder Neubau von Ärztehäusern und Gesundheitszentren orientiert sich immer am jeweiligen Landesbaurecht. Die bundesweit in der Politik und Ärzteschaft diskutierten Reglementierungsbedarfe für Ärztehäuser und Gesundheitszentren beziehen sich derzeit nicht auf die technischen Anforderungen für ein solches Gebäude. Die allgemeinen baulichen Vorgaben und Anforderungen sind abhängig von der Nutzung. Sie erfassen und regeln somit auch Anforderungen für den späteren Betrieb.

Im Zuge der weiter zunehmenden Ambulantisierung wird der Bedarf an spezialisierten Räumlichkeiten bspw. auch für ambulantes Operieren deutlich zunehmen. Um diesen Bedarf zu decken, sind Neubauten und bauliche Umnutzungen in diesem Bereich notwendig und erfordern bereits vor Projektstart eine eingehende Analyse der zu erfüllenden Anforderungen. In jedem Fall gilt aber - je spezialisierter die (geplante) Nutzung der Ärztehäuser und Gesundheitszentren, desto mehr zusätzliche Vorschriften sind für die jeweiligen Nutzungseinheiten zu berücksichtigen:

- Für den Zugang zu Ärztehäusern und Gesundheitszentren sowie für das Wohl der Mitarbeiter gelten fast ausnahmslos die Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) und die bei Neubauten zu berücksichtigende DIN 18040-1 und -2 (mit Anforderungen an barrierefreie Gebäude und den Zugang).
- Über alle Gewerke, aber vor allem bei den haustechnischen Anlagen gilt es dann, erweiterte Anforderungen zu erfüllen: Dies betrifft bspw. Raumluftechnik, Elektroinstallation inkl. Notstromversorgung, Trinkwasserhygiene, Aufbereitung des Abwassers, Müllentsorgung oder Größenanforderungen an Aufzüge.
- Die Röntgen- und Strahlenschutzverordnung (RöV und StrlSchV) beschreiben den Umgang mit radioaktiven Stoffen und den Betrieb von Einrichtungen. Dazu gehört auch die Definition von Anforderungen u. a. an den baulichen Strahlenschutz.

— Auf Landesebene gelten die Krankenhaushygieneverordnungen zu Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygVO). Eine gute Orientierungshilfe für die Anforderungen an ambulantes Operieren bietet die dreistufige Kategorisierung in der Liste zur Umsetzung der Bayerischen MedHygV „Ambulant Operieren“.

— Diverse Leitfäden und lokale Anforderungen ergänzen hier den Regelungsbedarf.

Durch erfolgten und weiter absehbaren Rückgang von infrastrukturellen Versorgungsmöglichkeiten im Bereich der originären Krankenhausleistungen für z. B. operative Eingriffe wird auch der Bedarf an geeigneten Räumlichkeiten für ambulante Operationen in Ärztehäusern und Gesundheitszentren weiter zunehmen und muss dementsprechend spezielle bauliche Anforderungen erfüllen.

2. Erfahrung aus der Praxis - Ärztehäuser und Gesundheitszentren in der technischen Bewertung

In Ärztehäusern und Gesundheitszentren beobachten wir in Bezug auf die Immobilie ähnliche Abnutzungserscheinungen an Gebäudehülle und Gebäudetechnik, die man im Bestand auch bei vergleichbaren Assetklassen wie Büro- und Verwaltungsgebäuden vorfindet. Ergänzend dazu beobachten wir immer wieder auch technische Herausforderungen im Bereich der Genehmigung und des Brandschutzes: Wir sehen bspw. Glastrennwände, Oberlichter oder Festverglasungen mit unzureichender Brandschutzqualität zu Atrien, Passagen oder zu notwendigen Fluren. Insbesondere bei Ärztehäusern und Gesundheitszentren finden wir oft behördlich nicht abgestimmte und genehmigte Umnutzungen bzw. Umbauten, die bisweilen auch brandschutztechnisch relevant sind.

Ärztehäuser und Gesundheitszentren sind in der Regel für diese Nutzung geplante Gebäude mit einer Fläche von mehreren hundert bis zu einigen tausend Quadratmetern. Dem gegenüber stehen Einzel- oder Gemeinschaftspraxen, die auch dezentral in sonstigen Bestandsgebäuden untergebracht sind, sowohl in Wohngebäuden als auch in Büro- und Verwaltungsgebäuden. Sie belegen dann in der Regel kleinere Flächen im Verhältnis zum Gesamtgebäude. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass sich aus großen Nutzungseinheiten weitreichende Effizienzen und Synergien ergeben, sowohl organisatorisch als auch baulich und technisch:

In der Regel finden wir in Ärztehäusern und Gesundheitszentren gut organisierte Grundrisse mit gutem Raumprogramm/-angebot vor. Meist vorhandene Anlagentechnik verbessert die Auf-

enthaltsqualität in Innenräumen (Raumlufttechnische Anlagen: Lüftungs- und/oder Klimaanlage). Anlagentechnik in den Größenordnungen, wie sie in Ärzthäusern und Gesundheitszentren eingesetzt werden kann, ermöglicht erst ambulantes Operieren und kann klinikähnliche Voraussetzungen schaffen. Zudem sind größere Anlagen effizienter im Betrieb und sparen Kosten.

Ärzthäuser und Gesundheitszentren als Gebäude bieten einen guten Nutzer- und Mitarbeiterkomfort. Bei der Arbeitsplatzqualität werden Aspekte wie Belichtung, Beleuchtung, Außenraumbezug und das Vorhandensein von Sozialräumen berücksichtigt. Meist sind die Ärzthäuser und Gesundheitszentren barrierefrei bzw. barrierearm. Im Gegensatz dazu beobachten wir bei Arztpraxen in sonstigen Bestandsgebäuden, dass diese oft von den Auflagen der Barrierefreiheit befreit sind, weil sie einen unverhältnismäßigen Mehraufwand für diese Maßnahmen geltend machen können. Schließlich beobachten wir, dass die Aufenthaltsqualität und der soziale Aspekt bei Ärzthäusern und Gesundheitszentren berücksichtigt werden, indem weitere Nutzungen angegliedert werden: stationäre Aufnahmemöglichkeiten, Tages- oder Kurzzeitpflege, Apotheken, Labore, Sanitätshäuser, Therapie- oder Sportmöglichkeiten etc.

Aus Immobiliensicht bieten Ärzthäuser und Gesundheitszentren aufgrund ihrer Größe besondere Effizienz in der Bewirtschaftung und im Betrieb. Große Nutzungseinheiten können technisch professionell betreut werden und das ist wirtschaftlicher als die Betreuung kleinteiliger Einheiten. Hinsichtlich ESG können Prozesse besser gestaltet werden, um Nachhaltigkeitskriterien zu erfüllen. Eine sorgfältige Planung - auch des späteren Instandhaltungsbudgets und notwendiger Maßnahmen entsprechend des Gebäudealters - hat einen sehr positiven Einfluss auf die wirtschaftliche Lebensdauer der Immobilie und trägt somit zum Werterhalt bei.

Aufgrund der jeweils hohen bis sehr hohen technischen, räumlichen und auch nutzungs-basierten Synergieeffekte von Ärzthäusern und Gesundheitszentren sehen wir trotz spezieller nutzerspezifischer Anforderungen ein entsprechendes Potenzial für deren Erwerb und Betrieb.

3. Umnutzung von Bestandsgebäuden zu Ärzthäusern und Gesundheitszentren

Wir beobachten, dass Eigentümer und Investoren Möglichkeiten suchen, wie sie bspw. Bürogebäude umnutzen können. Im Zuge einer strategischen Planung für Immobilien mit unklarerer Nutzungsperspektive, kann eine Nutzung als Ärztehaus bzw. Gesundheitszentrum potenziell neue Perspektiven eröffnen. Neben dem öffentlichen Baurecht sind insbesondere die baulichen Gegebenheiten des Bestandes zu beachten und mit den Anforderungen an die angestrebte Nutzung abzugleichen. Um beurteilen zu können, wie effizient und wirtschaftlich das Gebäude strukturiert werden kann, sind die Verhältnisse von Bruttogrundfläche zu nutzbarer (vermietbarer) Fläche sowie Bruttogrundfläche zu Anzahl von Erschließungskernen wichtige Kenngrößen.

In Abhängigkeit von der angestrebten Nutzung ist die Anpassungsfähigkeit hinsichtlich der Grundrissaufteilung, Gebäudetechnik und Gebäudestruktur zu analysieren:

- Die Anpassungsfähigkeit der Grundrissaufteilung wird beurteilt anhand der Stützenabstände, des Fassadenrasters, der Flexibilität nichttragender Innenwandssysteme (Skelettbauweise), Anzahl Sanitäreinrichtungen und Teilbarkeit der Flächen.
- Die Bewertung der Anpassungsfähigkeit der Gebäudetechnik ist abhängig von der Zugänglichkeit der Technikzentralen, Anpassbarkeit der Technik, Ausbaureserve und Rohbaumaße (Raumhöhen).
- Bei Nutzungen mit hohen Anforderungen müssen unter Umständen auch Änderungen der Gebäudestruktur in Betracht gezogen werden. Hierbei ist die Analyse der Nutzlastreserven der Tragkonstruktion für Erweiterung und/oder Aufstockungen notwendig. Lässt das statische System nachträgliche Änderungen in tragenden Decken- bzw. Wandbereichen zu?

4. Exkurs: Barrierefreiheit als „S“ von ESG

Barrierefreiheit – mehr als Rampen und Aufzüge. Wie mit einfachen Mitteln Teilhabe, Sicherheit sowie Attraktivität der Immobilie gesteigert werden können.

Im Allgemeinen wird Barrierefreiheit oft mit Rollstuhlgerechtigkeit assoziiert. Dabei betrifft die Barrierefreiheit alle Sinne des Menschen und umfasst neben der Mobilität auch Sehen und Hören, kognitive Einschränkungen, Sprachunkenntnis und Alphabetismus. Das schließt auch Personen bspw. mit temporären Einschränkungen aufgrund Verletzungen, Personen mit Kinderwagen oder auch Kinder, die noch nicht lesen können, mit ein. Um allen Menschen gleichermaßen eine Teilhabe und die Nutzung von Außenanlagen und Gebäuden zu ermöglichen, müssen bauliche und gestalterische Maßnahmen ergriffen werden. Mit dem „S“ als Teil von ESG ist die soziale Dimension mittlerweile auch für Investoren interessant geworden. Denn bereits durch vergleichsweise geringe Maßnahmen kann Teilhabe verbessert und die Sicherheit erhöht werden.

Systematik zur Festlegung von Maßnahmen

Im Neubau sind die Maßnahmen bereits Bestandteil der Genehmigungsplanung. In Bestandsgebäuden ist das Thema Barrierefreiheit Gegenstand von Abwägungen zwischen baulichen Gegebenheiten, dominierenden Nutzergruppen und anderen Schutzziele wie Denkmalschutz. Bei den festzulegenden Maßnahmen sind folgende zwei Fragen zu stellen:

- Welcher Personenkreis mit welchen möglichen Einschränkungen wird das Gebäude nutzen?
- Können diese Personen verschiedene Bewegungsaspekte möglichst selbstständig ausführen?

Aus diesen zwei Fragen ergibt sich eine Matrix, die den vier Bewegungsaspekten in Abhängigkeit der Art der Einschränkungen entsprechende Maßnahmen zuordnet.

Barrierefreiheit-Matrix zu den vier Bewegungsaspekten in Abhängigkeit von der Art der Einschränkungen

Dimensionen der Einschränkungen Vier verschiedene Bewegungsaspekte	Motorische Einschränkung	Seheinschränkung	Höreinschränkung, Kognitive Einschränkung, Fremdsprachigkeit
	Beispielhafte Maßnahmen in der Praxis (organisatorische/betriebliche Aspekte werden nicht betrachtet)		
Kann ich das Gebäude auffinden und erreichen?	<ul style="list-style-type: none"> • Behindertenparkplatz • Beschilderung zu stufenlos erreichbaren Eingängen 	<ul style="list-style-type: none"> • kontrastreiche Außenflächengestaltung • taktile Aufmerksamkeitsfelder an Treppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Piktogramme als Beschilderung
Komme ich in das Gebäude hinein?	<ul style="list-style-type: none"> • stufenloser Eingang (Rampe, Aufzug etc.) • automatische Türen (keine Karusselltür!) 	<ul style="list-style-type: none"> • kontrastreich markierter Eingang • taktile Übersichts-/Gebäudepläne 	<ul style="list-style-type: none"> • Piktogramme • Gegensprechanlage, für höreingeschränkte Personen
Kann ich das Gebäude nutzen?	<ul style="list-style-type: none"> • alle für den individuellen Nutzer relevanten Flächen stufen und schwellenlos erreichbar • trotzdem: richtige Ausbildung von Treppen gem. barrierefreier Vorgaben sowie • beidseitige und durchgängige Handläufe an Treppen und in Fluren • geeignete Sanitärinstallationen • Pausenräume und Teeküchen für alle Personengruppen nutzbar • ausreichend Bewegungsfläche in Nutz-, Verkehrs- und Sanitärflächen • ausreichend breite Türen (90 cm) • Einbauhöhen von Bedienelementen, wie Schalter, Griffe etc. berücksichtigen • unterfahrbare Einbauelemente: Theken, Armaturen etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • taktile Übersichts-/Gebäudepläne • kontrastreich markierte Türen 	<ul style="list-style-type: none"> • Piktogramme • Anzeigen • induktive Höranlage
Komme ich im Notfall aus dem Gebäude heraus?	<ul style="list-style-type: none"> • Alarmierung • Brandabschnitte • Rettungswegkennzeichnung • EvacChair 	<ul style="list-style-type: none"> • akustische Alarmierung • kontrastreiche Fluchtwegführung 	<ul style="list-style-type: none"> • visuelle Alarmierung • Vibrationskissen (bei Beherbergung)

Quelle: CBRE (Anmerkung: Diese Matrix stellt keine vollständige Maßnahmenübersicht dar. Jedes Gebäude und Bauvorhaben ist individuell zu bewerten und sollte hinsichtlich der verschiedenen Schutzziele, Nutzergruppen und ihrer jeweiligen Einschränkungen beurteilt werden.)

Michael Deltschew-Strobelt

Associate Director, Architekt
CBRE



Ambulante Gesundheitsimmoblien im Fokus des „S“ von ESG

Gastbeitrag von Susanne Eickermann-Riepe FRICS,
ICG Institut und RICS

Unsere Gesellschaft hat zurzeit viele Herausforderungen zu bewältigen. Dazu gehören Klimaveränderungen, makroökonomische Rahmenbedingungen, geopolitische Risiken, aber auch der demografische Wandel und die Auswirkungen der Pandemie auf unser Leben und Arbeiten. Das Bewusstsein für diesen Wandel hat längst auch die Immobilienwirtschaft erfasst und Strukturveränderungen scheinen unausweichlich. Eine Vielzahl von Assetklassen ist davon betroffen und muss neben ökologischen auch soziale und gesellschaftliche Veränderungen antizipieren. Nachhaltigkeit fokussiert sich nicht nur auf ökologische Ziele und CO₂-Emissionen, sondern auch auf Schaffung von Mehrwerten z. B. durch eine gute Aufenthaltsqualität, Infrastruktur-Anbindung, Verfügbarkeit und Qualität von Dienstleistungen, Einrichtungen und Angeboten für die Nutzer aber auch für die Arbeitnehmer. Beide Perspektiven und Anforderungen müssen stärker in die Gestaltung der Immobilienprodukte einfließen. Was bei Büroimmobilien ausführlich als Gamechanger diskutiert wird, trifft auch auf alle anderen Assetklassen zu. Es gilt daher, auch ambulante Gesundheitsimmobilien insgesamt attraktiver und zukunftsfähiger zu machen.

Der demographische Effekt wirkt sich insbesondere auch auf die ambulante ärztliche Versorgung aus. Der Bedarf an medizinischer Arbeitszeit steigt durch die alternde Gesellschaft sowie den größeren diagnostischen und therapeutischen Aufwand in Folge von medizinischem Fortschritt. Verstärkt wird diese Tendenz durch die Prämisse des Gesetzgebers „ambulant vor stationär“, der die Fallzahlen in der ambulanten Versorgung perspektivisch weiter steigern will. Zwar steigt auch die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, aber die verfügbare Arbeitskraft sinkt durch verschiedene Faktoren, wie die Feminisierung des Berufes, verstärkte Work-Life-Balance und den Trend zur Anstellung. Die Folge ist eine drohende Unterversorgung in der ambulanten Versorgung und Städte und Gemeinden sind mit dieser Aufgabe häufig überfordert. Vor diesem Hintergrund gewinnen lokale Ärzte- und Gesundheitszentren mit kooperativen Angeboten aller Akteure des Gesundheitswesens erheblich an Bedeutung – primär für die Sicherung der grundlegenden medizinischen Versorgung.

Das ICG Institut hat sich intensiv damit befasst, welchen Einfluss das „S“ in ESG auf die Immobilienwirtschaft haben wird. Neben einem Praxisleitfaden und der wissenschaftlich unterstützten

Studie 1 zur „Wirkungsmessung von Social Impact“ wurden die Implikationen für Quartiere und einzelne Assetklassen bis hin zu Scoring Modellen analysiert.

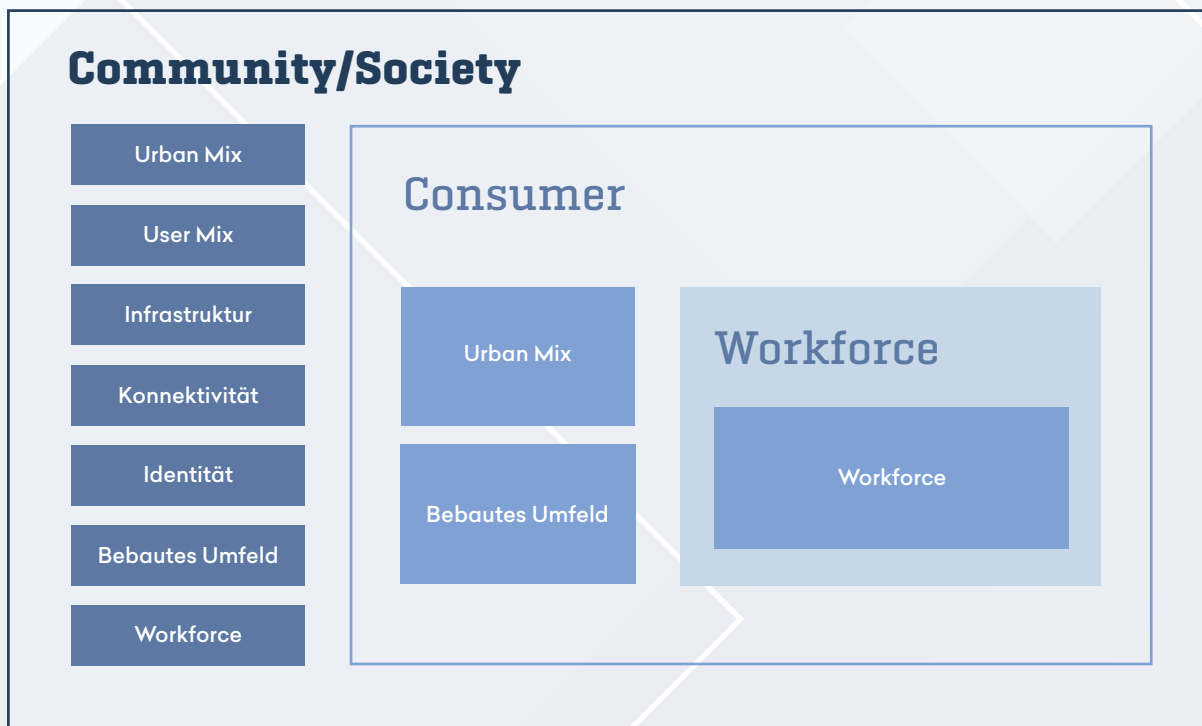
„Eines ist klar, der Entwurf der europäischen Sozial-Taxonomie stärkt das „S“ in ESG [...]“

Eines ist klar, der Entwurf der europäischen Sozial-Taxonomie stärkt das „S“ in ESG und gibt dazu einige Hinweise - im Kontext der Versorgung u.a. die „Sicherstellung des Zugangs zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung einschließlich Pflegediensten“. Aber auch als Standortfaktor für Kommunen und Quartiere ist ein weiteres Ziel der Sozial-Taxonomie die „Förderung einer von der Gemeinschaft getragenen Entwicklung“ von Bedeutung. Integrative und nachhaltige Gemeinschaften und Gesellschaften werden resilienter gegenüber Veränderungen sein. Insbesondere Quartiere profitieren von einem guten Mix an Nutzern und urbanen Angeboten, Infrastruktur, Identität und Konnektivität. Daher ist die Integration von Ärzte- und Gesundheitszentren für den urbanen Mix von großer Bedeutung. Die Attraktivität eines Standorts steigt entsprechend der Versorgungslage, auch der medizinischen Versorgung. Bezogen auf die Ziele der Sozial-Taxonomie ist allerdings nicht schon die Nutzungsklasse selbst der Garant für das „S“, denn es geht dabei vielmehr um drei weitreichendere Zielfelder:

1. **Menschenwürdige Arbeit (Workforce)**
2. **Angemessener Lebensstandard und Wohlergehen (Consumer)**
3. **Integrative und nachhaltige Gemeinschaften und Gesellschaften (Community/Society)**

Hauptziele und Sub-Ziele der Sozial-Taxonomie

Hauptziele	Sub-Ziele
Menschenwürdige Arbeit (Arbeiter/Arbeitnehmer)	Förderung von menschenwürdiger Arbeit
	Förderung von Gleichheit und Nichtdiskriminierung am Arbeitsplatz
	Gewährleistung der Achtung der Menschenrechte und Arbeitnehmerrechte der betroffenen Arbeitnehmer in der Wertschöpfungskette
Angemessener Lebensstandard und Wohlergehen (Endnutzer/Verbraucher)	Gewährleistung von gesunden und sicheren Produkten und Dienstleistungen
	Langlebigkeit und Reparierbarkeit der Produkte/Güter
	Schutz der persönlichen Daten und der Privatsphäre
	Verantwortungsvolle Marketingpraktiken/Produktinformation
	Sicherstellung des Zugangs zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung einschließlich Pflegediensten
	Verbesserung des Zugangs zu gesunden und nährstoffreichen Lebensmitteln
	Verbesserung des Zugangs zu Trinkwasser von guter Qualität
	Verbesserung des Zugangs zu qualitativ hochwertigem Wohnraum
	Verbesserung des Zugangs zu Bildung und lebenslangem Lernen
	Förderung von Gleichheit und integrativem Wachstum
	Verbesserung des Zugangs zur wirtschaftlichen Basisinfrastruktur
	Kinderbetreuung und Unterstützung für Kinder
	Eingliederung von Menschen mit Behinderungen
Schaffung und Erhalt von menschenwürdigen Arbeitsplätzen	
Integrative und nachhaltige Gemeinschaften und Gesellschaften (Kommunen und die Gesellschaft)	Erhaltung des Beschäftigungsniveaus, Einstellung lokaler Arbeitskräfte und Unterstützung lokaler Zulieferer
	Förderung der Gleichstellung
	Unterstützung nachhaltiger Existenzgrundlagen und Landrechte
	Förderung einer von der Gemeinschaft getragenen Entwicklung
	Vermeidung und Bewältigung negativer Auswirkungen auf die Gemeinschaften durch Geschäftstätigkeiten
	Beteiligung, Einbindung und Information der Betroffenen vor Entscheidungsfestlegung
	Gewährleistung der Achtung der Menschenrechte der betroffenen Gemeinschaften
	Risikobasierte Sorgfaltsprüfung der Einhaltung der Menschenrechte
	Minderheitenschutz



Jede Assetklasse und jedes Produkt haben das Potenzial, hier einen Beitrag zu leisten. In der ICG Studie 2 „Social Impact Investing - Social. Impact. Assetklassen.“ wird auch verdeutlicht, dass die Immobilienwirtschaft ihre Portfolioanalysen erweitern muss, denn neben den bereits bekannten immobilienwirtschaftlichen Kriterien kommen neue Cluster hinzu, die die soziale und gesellschaftliche Wirkung der Immobilien bzw. der Quartiere verstärken. Gesundheitsimmobilien tragen daher sowohl dazu bei, ein Quartier zu verbessern, können aber auch eigene Kriterien erfüllen.

Auch in Bezug auf die Chancen und Risiken von Immobilien und deren Wertentwicklung und Resilienz zählen soziale und gesellschaftliche Kriterien ein. Die Immobilienwirtschaft steht zwar noch am Anfang der Ableitungen auf die Wertfindung, aber die starke Nachfrage nach ESG- bzw. Taxonomie-konformen Immobilien zeigt bereits auf, dass der Nachhaltigkeitsanspruch wächst. So kann auch das „S“ in ESG einen Beitrag - zumindest zur Wertstabilität - leisten. Das ICG hat hierzu eine erste Ableitung vorgenommen (Studie 3 „Social Impact Investing - Rendite. Wert. Wirkung.“).

Selbst wenn die EU Sozial-Taxonomie noch nicht beschlossen ist, zeigen die Vergleiche mit der bereits heute erkennbaren Wirkung der ökologischen Anforderungen, dass das „S“ in ESG ähnliche Wirkungen entfalten kann. Die wesentliche Frage wird dabei sein, ob fehlender Social Impact zum materiellen Risikofaktor wird, ähnlich dem fehlenden ökologischen Impact. Die Stakeholder werden es am Ende entscheiden. Einerseits die Investoren, die neben der klassischen Renditeerzielungsabsicht die langfristige ökonomische Wertschöpfung zunehmend mit Konzepten zur ökologischen und sozialen Selbstverpflichtung verbinden. Andererseits die Städte und Kommunen, die Bauland bereitstellen oder Genehmigungen erteilen und dabei die Entwicklung des Umfelds und das Wohl ihrer Bürgerinnen und Bürger im Auge haben. Aber auch die Mieter stellen neue Anforderungen um ihre Nachhaltigkeitsziele zu erreichen und die Mitarbeitenden zu binden. Nicht zuletzt richten sich die Finanzierer mit Social Bonds oder speziellen Kreditangeboten auf mehr „S“ in der Immobilienwirtschaft ein. Eine Vielzahl von Faktoren unterstreicht somit die Attraktivität des „S“ in ESG - ein guter Grund, Verantwortung zu übernehmen und die Kriterien in zukünftige Produkte einfließen zu lassen!

Susanne Eickermann-Riepe FRICS

Vorstandsvorsitzende des ICG Instituts
Vorsitzende des European World Regional Boards der RICS



Der Markt für ambulante Gesundheitsimmobilien professionalisiert sich

Beitrag von Patrick Brinker und Florian Schmitz-Muckenhaupt, Hauck Aufhäuser Lampe

Insbesondere seit der Corona-Pandemie haben ambulante Gesundheitsimmobilien verstärkt das Interesse von Anlegern auf sich gezogen, weil das Bewusstsein für die Wichtigkeit von Gesundheitseinrichtungen gestiegen ist. Investoren schätzen die Resilienz dieser Assetklasse aufgrund des konjunkturabhängigen Geschäftsmodells und einer hohen Wertstabilität durch indexierte Mietverträge mit hohen, inflationsbereinigenden Anpassungen. Die Anleger, die sich mit dieser Assetklasse beschäftigen, variieren und können eine breite Palette von Interessengruppen umfassen. Dazu gehören beispielsweise institutionelle Investoren wie Fonds und Real Estate Investment Trusts (REIT). Private Equity-Firmen und Vermögensverwalter, die auf den Gesundheitssektor spezialisiert sind, können ebenfalls in ambulante Gesundheitsimmobilien investieren. Aber auch Einzelinvestoren oder Family Offices interessieren sich dafür, besonders wenn sie ein diversifiziertes Immobilienportfolio anstreben.

Ankauf von Ärzthäusern und Gesundheitszentren

Als Manager größerer Fonds, die in ambulante Gesundheitsimmobilien investieren, finden wir uns sehr häufig auf der Käuferseite wieder und vertreten institutionelle Anleger wie Pensionskassen, Versicherungen, Versorgungswerke oder Banken. Das kann auch anhand größerer Einzelmandate erfolgen. Wir konzentrieren uns dabei vordergründig auf den Ankauf von Ärzthäusern und Gesundheitszentren mit einem diversifizierten Mietermix. Kleinteilige Objekte, z. B. mit einer Büronutzung im Erdgeschoss und ein bis zwei kleinen Arztpraxen im ersten Stockwerk, sehen wir für institutionelle Anleger nicht als investitionsfähiges ambulantes Gesundheitszentrum an. Vielmehr zählen wir Immobilien mit einer Nutzfläche zwischen 1.000 und 10.000 Quadratmetern und einem überwiegenden Anteil gesundheitsaffiner Nutzer dazu. Betreiberimmobilien kommen für uns nur in Form von Praxiskliniken oder ambulanten OP-Zentren infrage, weil im Zuge der Ambulantisierung zukünftig vermehrt solche Immobilien benötigt werden und wir dafür je nach Betreiber eher geringe Risiken im Betrieb sehen.

Im Gegensatz zu vielen anderen Assetklassen muss es bei Ärzthäusern und Gesundheitszentren hinsichtlich des Standortes nicht unbedingt immer eine Top-7-Stadt sein. Im Gegenteil – die höheren Renditen lassen sich aus unserer Sicht auch langfristig eher in C- und D-Städten generieren oder sogar in den größeren Mittelstädten ab 50.000 Einwohnern. Schließlich ist eine medizinische Grundversorgung überall in Deutschland dauerhaft notwendig. Und nicht zuletzt kommt es bei der Gesamtbetrachtung auch auf andere Faktoren wie örtliche Gegebenheiten, Nutzungsart, Mietermix, Laufzeiten der Mietverträge und dem (energetischen) Zustand des Gebäudes etc. an.

Auf der Verkäuferseite haben wir es oft mit Eigentümern zu tun, die selbst noch in der Gesundheitsimmobilie Mieter sind – also mit Ärzten, Apothekern oder sonstigen Gesundheitsberufen. Wir nehmen in letzter Zeit eine zunehmende Professionalisierung des Marktes wahr, nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass sich auch die großen und kleineren Maklerhäuser intensiver mit den Bedürfnissen professioneller Investoren hinsichtlich dieser Assetklasse auseinandersetzen. Das Verständnis für die Belange institutioneller Anleger ist dadurch in den letzten Jahren bei vielen Eigentümern gestiegen und so nimmt auch die Qualität der aufbereiteten Dokumente zu, wenngleich Due Dilligence-Prozesse durch fehlende oder unvollständige Unterlagen manchmal noch unnötig in die Länge gezogen werden. Hier erleichtert eine gründliche Vorbereitung und Dokumentation den Ablauf des Kaufprozesses erheblich. Zudem wird bei institutionellen Investoren im Vorfeld durch die Zusendung einer aktuellen Mieterliste mit Informationen zu den Mietern und deren Mietflächen, Vertragslaufzeiten sowie Verlängerungsoptionen eine schnellere Vorprüfung erreicht.

„Ein gutes Assetmanagement setzt eine ganzheitliche Betrachtung der Immobilie voraus.“

Verschiedene Herausforderungen für Assetmanager

Assetmanager müssen beim Erwerb und der Verwaltung solcher ambulanten Gesundheitsimmobilien eine profunde Marktkenntnis aufweisen, um möglichen Herausforderungen innerhalb dieser Gattung angemessen begegnen zu können. Unabhängig von der Anlagestrategie müssen sie schnell und flexibel sowohl am Objekt selbst als auch mit deren (potenziellen) Mietern arbeiten können. Durch unvorhergesehene Ereignisse können immer wieder Managementaufgaben wie z. B. Nachvermietungen anfallen. In solchen Fällen muss man insbesondere bei der Vermietung an Ärzten die Bedarfsplanung vor Ort kennen und die Zulassungsmodalitäten innerhalb des Sicherstellungsauftrags der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Ärzte bilden immer das Grundgerüst in solchen Immobilien. Je nach Fachrichtung und Tätigkeitsschwerpunkt können sie für andere gesundheitsaffine Mieter im Objekt wichtige Verordner darstellen oder eine Möglichkeit bieten, interdisziplinär an Patienten zu arbeiten. Die Kenntnis solcher Synergieeffekte erlaubt dem Assetmanager ein speziell auf die Mieter abgestimmtes Nutzungskonzept zu implementieren.

Ein gutes Assetmanagement setzt eine ganzheitliche Betrachtung der Immobilie voraus. Es müssen aktuelle sowie zukünftige, vor allem gesetzgeberische und sonstige Marktentwicklungen berücksichtigt und antizipiert werden. Schon während des Ankaufsprozesses und Onboardings müssen Mietverträge angepasst werden. Darin sind oft Schriftformfehler vorhanden und es fehlen ausreichend verschriftlichte Regelungen zu Themen wie Betriebskosten und Instandhaltung. In den letzten Jahren hat das Thema ESG (Umwelt, Soziales und Unternehmensführung) zunehmend an Bedeutung gewonnen und damit auch sogenannte Green Lease-Klauseln in den Mietverträgen, die zu einer konformen (regulatorischen) Berichterstattung notwendig sind.

ESG-Kriterien sind mittlerweile zu einem wichtigen Entscheidungsfaktor geworden, da Anleger nachhaltige und ethische Investitionen bevorzugen. Die wachsende Sensibilität für Umwelt- und soziale Fragen spiegelt sich in einem verstärkten Interesse an nachhaltigen Anlageprodukten wie beispielsweise sogenannte Artikel-8-Fonds wider, bei denen finanzielle Renditen mit positiven sozialen und ökologischen Auswirkungen kombiniert werden. Das alles spielt auch mit Blick auf mögliche Exit-Szenarien eine entscheidende Rolle. Und nicht zuletzt ist ein permanenter Austausch mit den Mietern notwendig, damit das Assetmanagement frühzeitig auf Veränderungen reagieren kann. Oft sind z. B. bei einem Auszug eines Mieters andere Mieter im Haus bereit, die Flächen aufgrund von Erweiterungswünschen zu übernehmen. Im Rahmen eines aktiven Mietermanagements sind solche Potenziale frühzeitig erkennbar. Eine erfolgreiche Investition in diese Assetklasse hängt also auch entscheidend von den Fähigkeiten des Assetmanagers ab, weshalb Investoren nur mit markterfahrenen Akteuren zusammenarbeiten sollten.

Proof of Concept am Beispiel des Gesundheitszentrums Brandt Areal Hagen

Ärztelhäuser und Gesundheitszentren können vielfältige Entwicklungspotenziale bergen, wie am Beispiel des Gesundheitszentrums Brandt Areal in Hagen gezeigt werden kann. Das Objekt wurde 2020 für einen unserer Fonds angekauft – inklusive eines Generalmietvertrages. Nachdem dieser auf unseren Wunsch hin aufgelöst wurde, stand unser Assetmanagement vor einigen Herausforderungen. Insbesondere die Mietverträge mussten auf die Eigentümerin übergeleitet werden. In diesem Zuge wurden durch unser eigenes Leasing-Ma-

nagement auch ein Centermanagement-Vertrag aufgelöst und Schriftformfehler „geheilt“. In weiteren Nachträgen wurden mit den Mietern Green Lease-Klauseln verhandelt und implementiert. Des Weiteren konnte mit einigen Mietern auch eine vorzeitige Ziehung ihrer Verlängerungsoptionen vereinbart werden.

Vermietungsseitig wurde zudem ein Sanitätshaus, welches das Objekt zwischenzeitlich verlassen musste, durch ein anderes nahtlos ersetzt. Die noch leerstehenden Flächen konnten langfristig an Ärzte vermietet werden. So wurde z. B. eine hausärztliche Praxis für den Standort gewonnen, welche die allgemeinmedizinische Versorgung des Stadtteils verbessert und auch für die sonstigen Mieter im Haus ein wichtiger Verordner ist. Zudem konnte eine Augenarztpraxis in das Objekt eingemietet werden. Ergänzend sind am Standort weitere Mieter aus dem Gesundheitssektor wie Apotheke, Hörakustiker, Physiotherapie, ambulante Pflege, Ergotherapie und Psychotherapie tätig. So wurde das Gesundheitszentrum zu einem Top-Standort für ambulante Gesundheitsdienstleistungen weiterentwickelt. Der Verkehrswert der Immobilie konnte dadurch signifikant erhöht werden. Weitere anstehende Assetmanagement-Maßnahmen betreffen ESG-Themen wie z. B. die Implementierung eines Smart Metering-Konzepts und die Aufstellung einer Photovoltaik-Anlage auf dem Dach sowie den Aufbau von Ladesäulen für Elektroautos. Wir sind überzeugt davon, dass auch diese Maßnahmen sich mittelbar wertsteigernd auf das Objekt auswirken werden.



Patrick Brinker

Head of Real Estate
Investment Management (REIM)
Hauck Aufhäuser Lampe



Florian Schmitz-Muckenaupt

Teamleiter
Asset Management REIM
Hauck Aufhäuser Lampe



Investmentmarkt Gesundheitsimmobilien

Beitrag von Dr. Jan Linsin und Marco Schnell, CBRE

Seit mehreren Jahren steigt das Interesse der Investoren an alternativen Immobilienassetklassen. Dabei rücken vor allem Gesundheits- und Seniorenimmobilien in den Fokus der professionellen Anleger. Zwei Faktoren sind dafür entscheidend: Gut prognostizierbare Fundamentaldaten dieser Immobilien in einer alternden Gesellschaft sowie die der Assetklasse Healthcare generell zugesprochene relative Unabhängigkeit von konjunkturellen Schwankungen.

Die strukturellen Veränderungen in traditionellen Assetklassen wie Büro, Einzelhandel oder Hotel infolge der Corona-Pandemie und des veränderten Nutzerverhaltens waren ein Katalysator, um diese Healthcare-Immobilien aus ihrer Nische für wenige Spezialisten zu holen. Heute wagt sich eine zunehmend breitere Gruppe an die recht junge, aber aufstrebende Assetklasse heran – trotz der Herausforderungen als Betreiberimmobilien und mit ganz eigenen regulatorischen Rahmenbedingungen.

Vor allem institutionelle Investoren zeigen seit Ausbruch der Corona-Pandemie ein verstärktes Interesse, diese Alternatives aufgrund höherer Renditen zur Beimischung in ihren Bestandsportfolios zu nutzen oder auch als eigenes assetklassenspezifisches Vehikel aufzulegen. Dies unterstützt u.a. dabei, auch Dank der damit verbundenen sozialen Aspekte (Impacts) die gesteckten ESG-Ziele zu erreichen.

Insgesamt flossen so seit 2011 rund 26 Mrd. € in die Assetklasse Gesundheitsimmobilien. In den einzelnen Jahren wurde – mit nur ganz wenig Ausnahmen und bedingt durch Sondereffekte – das Gros im Bereich Pflegeheime und dem Segment des Betreuten Wohnens allokiert. Dabei ist es für eine aufstrebende Assetklasse auch nicht verwunderlich, dass das Transaktionsvolumen gewissen Schwankungen unterworfen war, insbesondere infolge von einigen wenigen großvolumigen Portfoliotransaktionen, die im Wesentlichen im Bereich von Pflegeheimen und Reha-Kliniken und angeführt von ausländischen Investoren stattfanden.

Investmenttransaktionsvolumen in Gesundheits- und Seniorenimmobilien in Deutschland – Zinswende sorgt ab 2022 für Normalisierung auch bei alternativen Immobilienassetklassen



Quelle: CBRE Research; Bundesbank

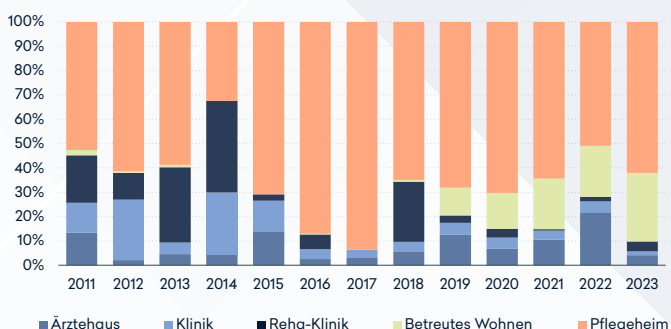
Wie auch in vielen Vorjahren bewahrheitete sich 2023 erneut, dass das Transaktionsvolumen am deutschen Gesundheitsimmobilieninvestmentmarkt von Großtransaktionen abhängt. Bleiben diese aus, bleibt auch das Transaktionsgeschehen überschaubar. So wurde im zurückliegenden Jahr keine Transaktion im dreistelligen Millionenbereich registriert. Insbesondere die stark gestiegenen Finanzierungskosten, aber auch die eingeschränkte Bereitschaft der Banken, großvolumige Transaktionen zu begleiten, bremste die Dynamik am Investmentmarkt. Entsprechend lag die Portfolioquote mit 30 % auf dem niedrigsten Wert seit 2009. Zum Vergleich: Im Vorjahr lag dieser Wert noch bei 48 %. Hinzu kam die allgemeine Zurückhaltung der Marktakteure aufgrund unterschiedlicher Preisvorstellungen sowie das sehr selektive Agieren der Investoren bei Investments in Pflegeimmobilien, wozu gerade auch einige Betreiberinsolvenzen beitrugen.

Insgesamt erreichte das Transaktionsvolumen 2023 mit insgesamt 931 Mio. € knapp die Eine-Milliarde-Euro-Marke. Damit lag die Investitionsdynamik in etwa auf dem Niveau von 2017. Der Anteil internationaler Investoren betrug 17 %, 29 Prozentpunkte weniger als 2022. Insgesamt betrug der Anteil am gesamten in Deutschland registrierten Transaktionsvolumen damit 3,2 % – was in etwa dem langfristigen Mittel (3,1 %) seit 2009 entspricht.

Transaktionsvolumen 2023 in allen Subassetklassen rückläufig

Trotz der weiterhin guten Fundamentaldaten ging das Investmenttransaktionsvolumen bei Gesundheits- und Seniorenimmobilien im Jahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr um 63 % zurück. Mit 578 Mio. € entfiel der Großteil des Transaktionsvolumens 2023 (62 %) auf Pflegeheime. Auf Platz zwei lag Betreutes Wohnen mit 262 Mio. € (28 %). Im Vergleich zum Vorjahr wurden somit 55 % beziehungsweise 50 % weniger investiert. In Kliniken und Reha-Kliniken wurden insgesamt 170 Mio. € (anteilig 6 %) investiert; 31 % weniger als im Jahr zuvor.

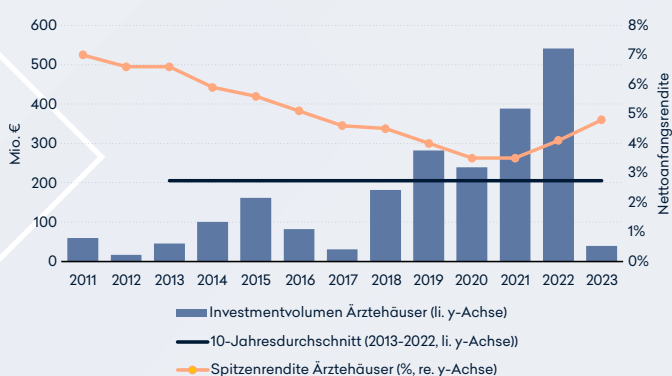
Anteile der Investmenttransaktionsvolumen Gesundheits- und Seniorenimmobilien nach Assetklasse



Am stärksten fiel der Rückgang bei Ärztehäusern und Gesundheitszentren aus. Mit 39 Mio. € lag das Transaktionsvolumen um 93 % unter dem Ergebnis des Vorjahres, welches mit rund 541 Mio. € allerdings auch mit einem historischen Rekordvolumen aufwartete. Hier zeigt sich, dass das im Markt vorhandene Angebot an modernen und qualitativ hochwertigen Ärztehäusern bei weitem nicht die große Nachfrage auf Seiten der Investoren bedienen kann.

Auch wenn es sich nicht im Investitionsvolumen 2023 widerspiegelte, ist ein großes Interesse an Immobilien jenseits der stationären Versorgung zu beobachten. So sind beispielsweise Ärztehäuser und Gesundheitszentren für viele Investoren von Interesse, die bisher eher in anderen gewerblichen Immobilienklassen aktiv sind – die politische Regulierung und das damit verbundene Betreiberisiko sind für Ärztehäuser und Gesundheitszentren überschaubar. Zugleich dürfte es hier sowie bei systemrelevanten Immobilien wie Reha-Kliniken und Kliniken durch die Konsolidierung am Betreibermarkt durchaus zukünftig mehr Produkt auf dem Markt geben. So gibt es Betreiberinvestoren, welche bei den zusammen mit den Betreibern erworbenen Immobilien auf Sale-and-Lease-back setzen.

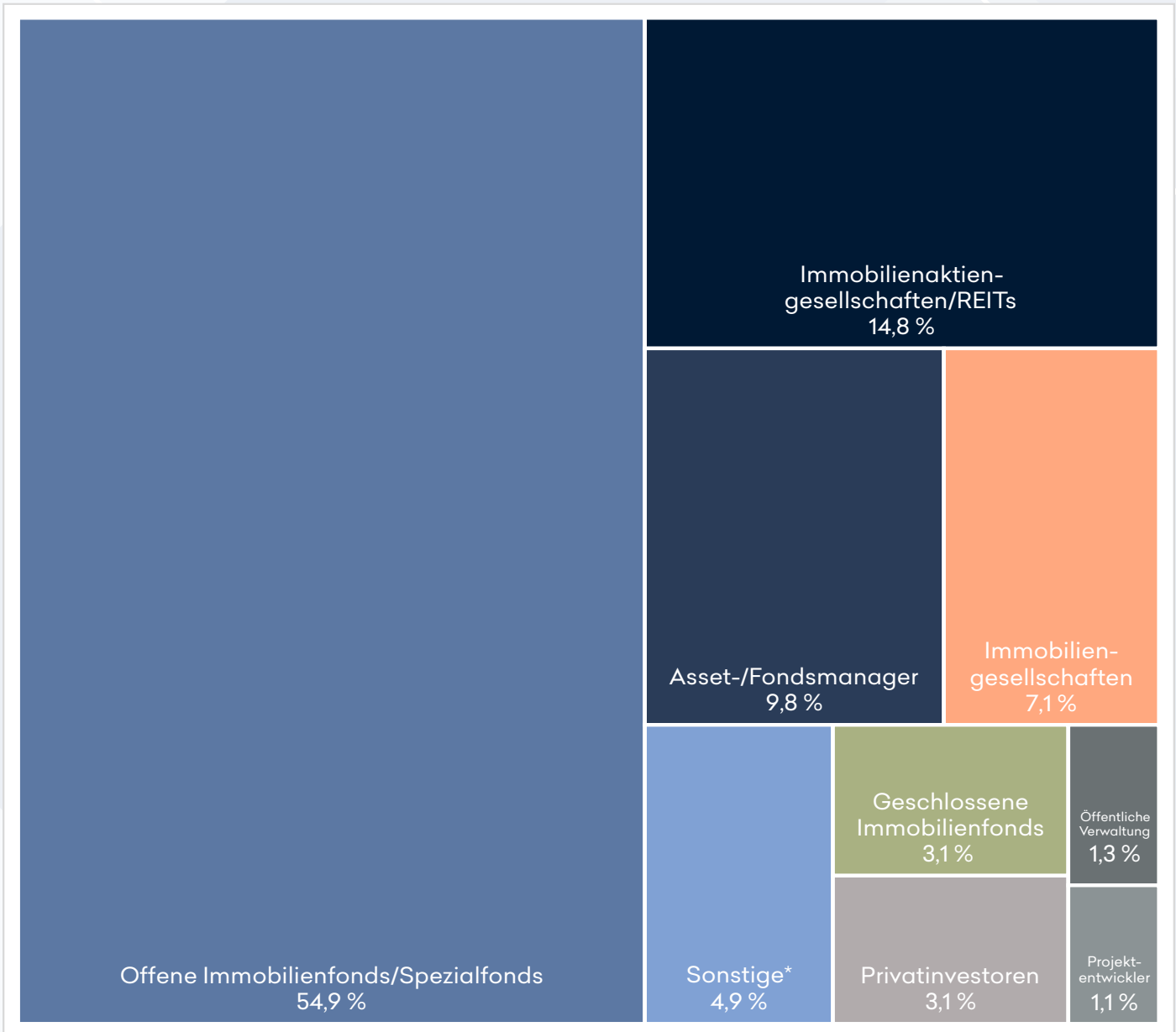
Investmenttransaktionsvolumen und Spitzenrendite Ärztehäuser



Seit 2011 wurden insgesamt knapp 2,2 Mrd. € in Ärztehäuser und Gesundheitszentren investiert, wobei Einzeltransaktionen dominieren. Auf sie entfielen 82 % des Gesamtvolumens. Bis dato wurde auch keine Transaktion über der 100-Millionen-Euro-Marke abgeschlossen. In den letzten drei Jahren wurden jedoch immer häufiger Abschlüsse im Segment zwischen 20 und bis zu knapp 70 Mio. € registriert.

Das durchschnittliche Transaktionsvolumen (2011 bis 2023) lag bei 13,3 Mio. €, was in etwa dem durchschnittlichen Kaufpreis klassischer Ärztehäuser und Gesundheitszentren entspricht, der sich in der Regel in einer Größenordnung zwischen 10 und 15 Mio. € pro Einrichtung bewegt. Bei sehr großen Ärztehäusern und Gesundheitszentren liegt die Transaktionsgröße in der Regel bei 30 bis 50 Mio. €.

Nach wie vor wird der deutsche Investmentmarkt für Ärztehäuser und Gesundheitszentren von inländischen Käufern, meist institutionellen Investoren aus dem Bereich der offenen Immobilienspezialfonds, dominiert. Diese zeichneten für 80 % des seit 2011 in dieser Assetklasse allokierten Transaktionsvolumens verantwortlich. Investoren aus Nordamerika kamen im Vergleichszeitraum auf einen Anteil von rund 10 %, wobei unter den Immobilieninvestoren hier weniger Private Equity-Unternehmen als vielmehr ein auf den Healthcare-Sektor spezialisierter kanadischer REIT aktiv war.



Quelle: CBRE Research

*inkl. Versicherungen/Pensionskassen

Größere Dynamik auf dem Investmentmarkt für Gesundheitsimmobilien erwartet

Seniorenimmobilien, Ärztehäuser und Gesundheitszentren und soziale Infrastruktur stehen bei einer Vielzahl von Investoren weit oben auf der Agenda – insbesondere bei institutionellen Investoren, nicht zuletzt auch deshalb, weil damit ein Teil ihrer ESG-Strategie umgesetzt werden kann. Wir erwarten, dass sich deren Interesse im Jahresverlauf 2024 und darüber hinaus auch in einer größeren Dynamik auf dem Investmentmarkt niederschlagen dürfte. Gerade für die dringend notwendige soziale Transformation Deutschlands wird privates Kapital benötigt, zumal es nicht nur an bezahlbaren Wohnformen für eine alternde Gesellschaft fehlt, sondern auch an modernen, leistungsfähigen Gesundheitsimmobilien wie Ärztehäusern und Gesundheitszentren. So könnte die geplante Krankenhausreform dazu führen, dass kleinere und unprofitablere Krankenhäuser in eher ländlichen Regionen schlie-

ßen müssen. Hiervon könnten Ärztehäuser und Medizinische Versorgungszentren profitieren, da sie zukünftig einen Großteil der primären, ambulanten Gesundheitsversorgung übernehmen werden (müssen). Für langfristig orientierte Immobilieninvestoren ergeben sich somit entsprechend attraktive Investmentchancen. Voraussetzung ist jedoch eine fundierte Markt-, Objekt- und Betreiberanalyse und ein tiefes Verständnis regulatorischer Vorgaben in einem hochspezialisierten und teilweise fragmentierten Sektor.

Unterstützend wirkt, dass der Preisfindungsprozess am Gesundheitsimmobilienmarkt größtenteils abgeschlossen sein dürfte. Mit dem Renditeanstieg, der im Jahresverlauf 2023 beobachtet werden konnte, haben die Preise wieder ein Niveau erreicht, auf dem die Objekte für institutionelle Investoren interessant werden. Zum Jahresende 2023 lag die Spitzenrendite (Nettoanfangsrendite) für Ärztehäuser und Gesundheitszentren mit 4,8 % um 0,7 Prozentpunkte höher als im Vorjahr.

Investitionskennziffern für Arzthäuser und Gesundheitszentren

Kategorie	Ärzteläger und Gesundheitszentren
Beschreibung	Sehr gutes oder neu erbautes Gebäude mit einem renommierten, bonitätsstarken Einzelmietler oder einem Mix aus Praxen und medizinbezogenen Dienstleistungen (ggf. erweitert/erweiterbar um therapeutische und/oder pflegerische Leistungen) und einer geeigneten InvestitionsgröÙe sowie einer guten Anbindung an den öffentlichen und individuellen Nahverkehr im relevanten Einzugsgebiet mit entsprechendem Patientenstamm
Preis pro m ²	Top-5-Städte: > 4.000 €/m ² B-/C-Städte: 2.000-4.000 €/m ²
Multiplikator (brutto)	17,5x-20x (je nach Standort)
Rendite (Trend, nächste 6 Monate)	Stabil

Quelle: CBRE Research (Stand: Januar 2024)

Dr. Jan Linsin

Managing Director
Head of Research Germany
CBRE



Marco Schnell

Senior Director
Investment Advisory Services
CBRE



Geringere Abschläge bei Verkehrswerten ambulanter Gesundheitsimmobilien



Foto: Hering

Interview mit Karsten Hering MRICS, Geschäftsführer bei HERING Sachverständige für Immobilienbewertung

Herr Hering, ein turbulentes Jahr 2023 ist für die Immobilienwirtschaft zu Ende gegangen. Wie haben Sie als Verkehrswertgutachter das Jahr wahrgenommen und welchen Herausforderungen standen Sie konkret gegenüber?

Hering: Die Aufgabe des Gutachters ist es, als externer und neutraler Beobachter das Handeln von Marktakteuren sowie das Geschehen am Immobilienmarkt zu analysieren und zu interpretieren sowie Rückschlüsse daraus zu ziehen. Wir haben es dabei mit einem komplexen Marktumfeld mit einer Vielzahl unterschiedlicher und teils gegensätzlicher Einflüsse und Entwicklungen zu tun. Maßgebend war zuletzt eine hohe Inflation, die zu deutlichen Leitzinserhöhungen der EZB und den damit gestiegenen Finanzierungskosten führt, wodurch sich die Marktbedingungen für Immobilieninvestitionen innerhalb einer relativ kurzen Zeit doch deutlich verändert haben. Das Transaktionsvolumen am Immobilieninvestmentmarkt ist massiv zurückgegangen. Hinzu kommen Themen wie ESG, gestiegene Baukosten, Insolvenzen, eine schwache Konjunktur und unterschiedliche Entwicklungen an den einzelnen Mietmärkten. Die Komplexität des Marktgeschehens und die Unsicherheiten an den Immobilieninvestmentmärkten haben insofern deutlich zugenommen.

Der Verkehrswert repräsentiert vereinfachend den wahrscheinlichen Preis, auf den sich Verkäufer und Käufer verständigen. Die Preisvorstellungen von Käufern und Verkäufern gingen im letzten Jahr aber häufig noch stark auseinander. Die Anzahl der belastbaren Marktevidenzen sowie die Qualität und Aussagekraft von Marktinformationen nehmen in einem derartigen Marktumfeld mit rückläufigen Transaktionszahlen stetig ab, was die Einschätzung von Verkehrswerten erheblich erschwert.

Wie haben sich die Verkehrswerte innerhalb der Assetklasse „Ambulante Gesundheitsimmobilien“ entwickelt, insbesondere im Vergleich zu anderen Immobiliengattungen?

Hering: Eine pauschale, allgemeingültige Aussage zur Entwicklung von Verkehrswerten lässt sich für gewöhnlich nicht treffen. Dazu ist die Komplexität der möglichen Einflüsse auf den jeweiligen Immo-

bilienwert zu hoch. Die Frage zielt sicher darauf ab, dass das veränderte Zinsniveau und die gestiegenen Finanzierungsbedingungen bei allen Assetklassen zu marktbedingten Renditekorrekturen führten. Ambulante Gesundheitsimmobilien wie Ärztehäuser und Gesundheitszentren sind erst in den vergangenen Jahren verstärkt in den Fokus von Investoren geraten, wohingegen beispielsweise Pflegeheime schon seit Längerem zum Anlagespektrum institutioneller Anleger zählen. Die von einer hohen Nachfrage und vom Niedrigzinsniveau getriebenen Preis- und Renditeentwicklungen setzten bei ambulanten Gesundheitsimmobilien deshalb später ein und verliefen zudem weniger dynamisch als bei den schon länger etablierten Assetklassen. Entsprechend geringer fallen derzeit die marktbedingten Renditekorrekturen von ambulanten Gesundheitsimmobilien aus.

Hinzu kommt, dass die Vermietungs- und Ertragsrisiken von ambulanten Gesundheitsimmobilien weniger stark von überregionalen wirtschaftlichen Veränderungen abhängen. Auch der gesetzgeberische Einfluss ist nicht so stark ausgeprägt wie bei Pflegeheimen. Den ambulanten Gesundheitsimmobilien kommt außerdem entgegen, dass die Mieten in der Regel indexiert sind und sich die Mieterträge durch Anpassungen entsprechend erhöht haben. Den marktbedingten Renditeanstiegen aufgrund des veränderten Zinsumfeldes steht deshalb häufig eine positive Ertragsentwicklung gegenüber, was sich stabilisierend auf die Werte von derartigen Assets auswirkt. Zu unterscheiden ist jedoch zwischen modernen, zeitgemäßen Objekten und älteren Bestandsimmobilien, deren Anpassungsfähigkeit an aktuelle Anforderungen hinsichtlich der Konzeption und der energetischen Eigenschaften eingeschränkt ist. Insgesamt können wir beobachten, dass insbesondere zeitgemäße ambulante Gesundheitsimmobilien im derzeitigen Marktumfeld vielfach nur leichte Abschläge erfahren und im Vergleich zu anderen Assetklassen als relativ stabil angesehen werden können.

Welche Faktoren spielen bei der Bewertung von Ärztehäusern und Gesundheitszentren eine wichtige Rolle?

Hering: Die Bewertung von Ärztehäusern und Gesundheitszentren unterscheidet sich hinsichtlich der Beurteilung der standort-

lage- und objektspezifischen Einflussfaktoren zunächst nicht wesentlich von anderen Investmentimmobilien. Bei Ärztehäusern und Gesundheitszentren sind dabei neben der Wettbewerbssituation unter anderem die Erreichbarkeit des Objektes und die Verfügbarkeit von Pkw-Stellplätzen im Umfeld sowie am Objekt selbst von Bedeutung. Bei den Gebäudemerkmalen spielen die Drittverwendungsfähigkeit, die Flächenkonzeption, das Ausstattungsniveau sowie der Bauzustand eine Rolle. Bei einigen Mietern sind die Anforderungen an die technische Ausstattung oder die Gebäudekonzeption besonders. Beispielsweise ist nicht jedes Objekt für die Ansiedlung einer Radiologie mit Großgeräten geeignet. Die energetischen Eigenschaften erlangen auch bei Gesundheitsimmobilien immer mehr Bedeutung. Bei Bestandsimmobilien ist insbesondere die Anpassungsfähigkeit zu beachten. Hinsichtlich der Ertragsituation bzw. Ertragsrisiken liegt das Augenmerk bei ambulanten Gesundheitsimmobilien auf dem Mietermix, den Mietvertragskonditionen, den Mietvertragslaufzeiten sowie der Angemessenheit der Vertragsmieten. Ein ausgewogener und sich ergänzender Mieterbesatz mit unterschiedlichen, sich ergänzenden Gesundheitsdienstleistungen (Apotheke, Therapeuten) mindert für gewöhnlich die Ertragsrisiken und stärkt den Standort.

Zu unterscheiden ist bei der Beurteilung der Miet- und Ertragsrisiken auch zwischen Objekten mit einem Hauptmieter sowie klassischen Ärztehäusern und Gesundheitszentren mit einer Vielzahl an Mietern aus dem Gesundheitsbereich. In Bezug auf die laufende Bewirtschaftung ist zu beachten, dass die Mieterschaft in Marktkreisen als anspruchsvoll gilt, was sich häufig in etwas höheren Verwaltungskosten niederschlägt. Dafür sind Mieter von Gesundheitsimmobilien für gewöhnlich standorttreu. Aufgrund des erhöhten Publikumsverkehrs ist die Beanspruchung und Abnutzung von Gesundheitsimmobilien gewöhnlich erhöht, was bei den Instandhaltungskosten gewürdigt werden muss. Insofern ist einigen Parametern beziehungsweise Faktoren eine erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken.

Können Mieter aus dem ambulanten Sektor die aktuellen VPI-Erhöhungen innerhalb ihrer indexierten Mietverträge besser verkraften, als Mieter aus dem stationären Bereich, wie z.B. Pflegeheime?

Hering: Für die Mieter ambulanter Gesundheitsimmobilien lässt sich die Frage in der Mehrheit der Fälle durchaus mit ja beantworten. Die wirtschaftlichen Herausforderungen im stationären Bereich und bei kliniknahen Gesellschaften sind hingegen vielfach größer als im ambulanten Sektor. Im stationären Bereich überlagern sich der Fachkräftemangel, gestiegene Allgemeinkosten sowie die nur schwer anpassbaren, von den Bewohnern der Einrichtungen zu tragenden Investitionskosten und verringern damit die Wirtschaftlichkeit für die Betreiber erheblich, was sich an diversen Insolvenzen im letzten Jahr zeigte.

Bei Ärzten ist z. B. der Anteil der Miete an den Gesamtbetriebskosten meist geringer als bei stationären Einrichtungen. Eine Steigerung der Miete im Umfang der Veränderung des Verbraucherpreisindex erhöht die Belastung für einen Arzt deshalb in einem Ausmaß, das dieser besser verkraften kann als dies bei Pflegeheimen der Fall ist. Zudem haben Ärzte aufgrund zusätz-

licher Einnahmen aus dem privaten Bereich in der Regel einen größeren wirtschaftlichen Handlungsspielraum.

Dennoch ist die Beurteilung der mit den Mieten verbundenen Risiken auch vom jeweiligen Standort und vom Objekt abhängig. Nehmen wir beispielsweise Ihr Ärzte- und Gesundheitszentrum in München-Pasing, das sich im Eigentum Ihres Fonds befindet: Die Mieter aus dem Gesundheitsbereich sind teilweise schon sehr lange im Objekt. Die vertraglichen Mieten bewegten sich bei in der Vergangenheit steigenden Marktmieten in einem unteren, moderaten Bereich der Marktmietbandbreite. Die Mieten sind zwar indexbedingt gestiegen, sie bewegen sich aber noch immer angemessen innerhalb der Marktmietbandbreite und sind deshalb als erzielbar zu erachten. Sie halten also dem Marktvergleich stand und sind nicht mit erhöhten Risiken verbunden. In Märkten mit stabilen oder sogar rückläufigen Marktmieten kann eine VPI-Erhöpfung hingegen durchaus zu einem erhöhten Ertragsrisiko führen, selbst wenn die Mieter dies verkraften könnten. Auch bei Neubauobjekten, deren Mietverträge in jüngerer Zeit abgeschlossen wurden, kann eine indexbedingte Anpassung der Mieten dazu führen, dass diese über den erzielbaren Marktmieten liegen und damit das Ertragsrisiko erhöhen.

Was erwarten Sie hinsichtlich der Verkehrswertentwicklung bei ambulanten Gesundheitsimmobilien für das Jahr 2024 und wie können Eigentümer die Wertentwicklung positiv beeinflussen?

Hering: Verkehrswerte sind letztendlich das Ergebnis des Handelns von Marktakteuren am Immobilienmarkt. Das Handeln von Marktteilnehmern lässt sich allerdings nicht voraussehen, weshalb die Entwicklung von Verkehrswerten nicht vorweggenommen und eine diesbezügliche Aussage nicht getroffen werden kann.

Es gibt allerdings aktuelle Anzeichen, die eine Stabilisierung der Einflussfaktoren und Marktbedingungen erwarten lassen. Das Risiko weiterer Leitzinserhöhungen hat nach Einschätzung von Ökonomen abgenommen, gleichzeitig bewegt sich die Inflation zunehmend in die von der EZB angestrebte Richtung. Auch die Finanzierungskosten sind zuletzt wieder leicht gesunken, was zu einer Entlastung führen könnte. Marktbeobachter gehen deshalb von einem steigenden Vertrauen bei Käufern und Verkäufern aus. Die Hoffnung einer Bodenbildung beziehungsweise einem Ende der Preisfindungsphase steigt. Damit kann eine Marktbelebung und eine Stabilisierung der Preise einsetzen.

Auf die Entwicklung der Marktbedingungen haben Eigentümer allerdings keinen Einfluss. Der Eigentümer kann die Wertentwicklung jedoch durch aktives Asset-Management positiv beeinflussen und die Marktgängigkeit einer Immobilie verbessern. Das Thema ESG spielt dabei aktuell sicher eine große Rolle. Bereits heute zeigt sich, dass Immobilien, die aktuellen Anforderungen nicht mehr entsprechen und zudem schwer oder eingeschränkt anpassbar sind, „abgestraft“ werden. Darüber hinaus kann der Eigentümer durch aktives Mietermanagement, Maßnahmen zur Mieterbindung, Optimierung des Mietermixes und eine Stabilisierung der Mietsituation auf den Immobilienwert einwirken. Anhand gezielter Investitionen können zudem die Bewirtschaftungskosten gesenkt werden, was das Ertragsrisiko minimiert und den Immobilienwert positiv beeinflussen kann.

Sehr gute Bonität der Ärzte macht eine Kreditvergabe attraktiv

Gastbeitrag von Markus Knollhuber, Merkur Privatbank

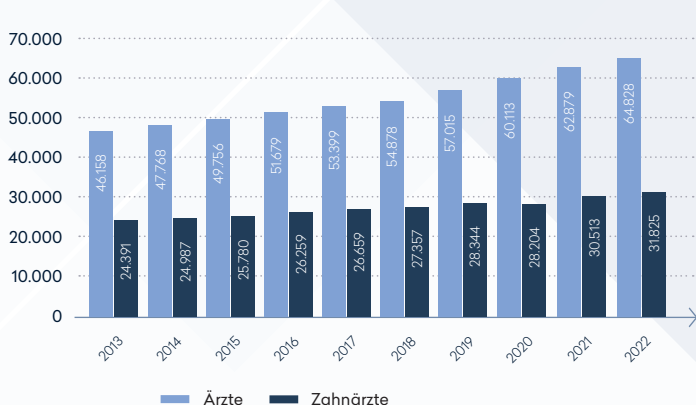
Um die Chancen und Risiken einer Niederlassung von Ärzten und Zahnärzten zu bewerten, ist es sinnvoll, sich zunächst mit dem Gesundheitsmarkt in Deutschland im Allgemeinen auseinanderzusetzen. Der Gesundheitssektor in Deutschland zeichnet sich als einer der wenigen konstant wachsenden Wirtschaftszweige aus. Er zeigt sich durch seine Ausprägungen bemerkenswert stabil gegenüber Einflüssen von Dritten und weltweiten geopolitischen Entwicklungen.

Robustes Wachstum in der ambulanten Versorgung

Auch in der ambulanten Versorgung zeigt sich ein ähnlicher Trend, der das robuste Wachstum im allgemeinen Gesundheitswesen widerspiegelt. Im Bereich der Humanmedizin wurde im Jahr 2022 ein Umsatz von 64,8 Mrd. € verzeichnet, während die Zahnmedizin 31,8 Mrd. € ausmachte. Bemerkenswert ist hier der jeweilige stetig wachsende Trend, selbst während der Pandemiephase, zuletzt in der Humanmedizin von +3,09 % und in der Zahnmedizin von +4,30 %. Diese Zahlen bestätigen das kontinuierliche und nachhaltige Wachstum im ambulanten Bereich.

Umsätze in der Humanmedizin und Zahnmedizin 2022

in Milliarden Euro



Quelle: Rabmann Research / Destatis

Gleichzeitig unterliegt das deutsche Gesundheitssystem einer gewissen Regulierung im Rahmen der Bedarfsplanung und der Niederlassungsfreiheit (ausgenommen Zahnmediziner). Das macht

eine Kreditvergabe von Banken in diesem Bereich sehr gut kalkulierbar und attraktiv. Ärztinnen und Ärzte müssen sich daher kaum Sorgen machen, dass sie Schwierigkeiten haben werden, Geld für die Finanzierung einer Praxis zu erhalten.

Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass höhere Zinsbelastungen als in jüngerer Vergangenheit einkalkuliert werden sollten. Der Zinssatz sollte jedoch nicht das alleinige Kriterium für die Niederlassung und den Start in die Selbstständigkeit sein. Im historischen Vergleich liegen die Zinsen für Unternehmenskredite jetzt wieder auf dem Niveau von vor gut zehn Jahren. Doch auch vor zehn Jahren war die Investition in eine Praxis attraktiv, wie die Umsatz- und Ertragsentwicklungen gezeigt haben, und der Gesundheitsmarkt hat sich als absolut krisenresistent erwiesen und tut dies immer noch. Dies spiegelt sich auch in den nahezu zu vernachlässigenden Ausfallquoten wider.

„In der Insolvenzstatistik tauchen kaum Arzt- bzw. Zahnarztpraxen auf, und wenn doch, liegen die Ursachen im privaten Bereich [...]“

Auch in der Insolvenzstatistik tauchen kaum Arzt- bzw. Zahnarztpraxen auf, und wenn doch, liegen die Ursachen hauptsächlich im privaten Bereich und nicht im wirtschaftlichen Kontext. Diese positiven Aspekte beeinflussen natürlich das Beurteilungs- und Genehmigungsverfahren der Kreditinstitute. Bei der Vergabe von Praxiskrediten gibt es keine zusätzlichen Anforderungen in Bezug auf die Inflation und die damit verbundenen Unsicherheiten. Dazu kommt die weiterhin sehr gute Bonität der Ärztinnen und Ärzte. Für die Banken ist in erster Linie wichtig zu wissen, wie die wirtschaftlichen Aussichten sind und ob die Investitions- und Kostenanalyse für die Vorhaben überzeugend ist.

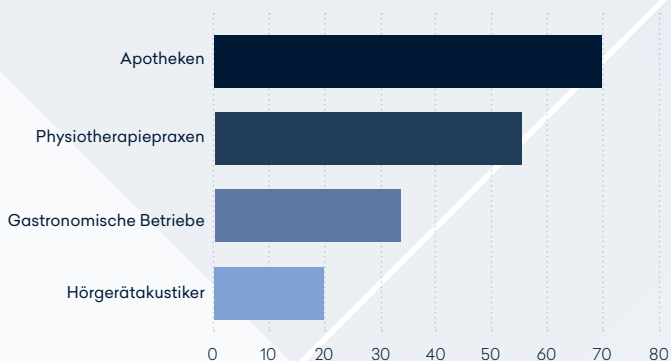
Niederlassung in Ärztehäuser und Gesundheitszentren strategisch sinnvoll

Ein strategischer Aspekt der Niederlassungsplanung könnte der Einzug in ein Ärztehaus oder Gesundheitszentrum sein. In einer solchen Immobilie siedeln sich unter anderem eigenständige Arzt- und Zahnarztpraxen unter einem Dach an. Die beteiligten „Heilberufler“ können sich am gemeinsamen Standort technische Geräte, Empfangs-, Warte- und Sanitärbereiche oder Schulungsräume bis hin zum Personal teilen und die hier entstehenden Synergien auch wirtschaftlich nutzen. Im Durchschnitt sind rund 15 Ärzte in einem Ärztehaus oder Gesundheitszentrum tätig, bei zwei Ärzten pro Praxis. Ärztehäuser und Gesundheitszentren verfügen also im Durchschnitt über rund sieben Praxen, meist unterschiedlicher Fachrichtungen. Das hier bestehende Kooperations- und Überweisungspotenzial erhöht noch zusätzlich die wirtschaftliche Attraktivität. Dies sind auch die Hauptmotivationspunkte, welche die Initiatoren haben.

Nichtärztliche Mieter runden das Angebot in solchen ambulanten Gesundheitsimmobilien ab. Etwa 70 % davon sind Apotheken, 55 % Physiotherapiepraxen und 20 % Hörgeräteakustiker. In jedem dritten Ärztehaus oder Gesundheitszentrum finden sich zudem gastronomische Betriebe wie Cafés und Bistros, aber auch Handelsunternehmen und Drogerien.

Nichtärztliche Mieter in Ärztehäuser und Gesundheitszentren

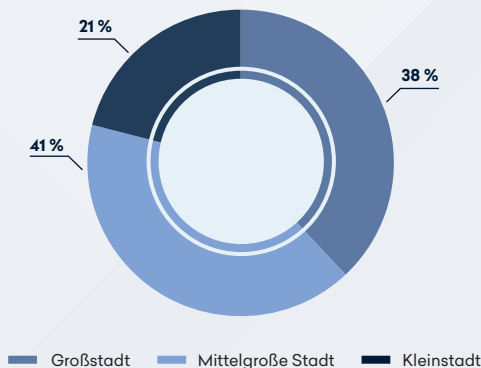
in Prozent



Gemäß einer bundesweiten Analyse befinden sich 38 % der Ärztehäuser in Großstädten, 41 % in mittelgroßen Städten und 21 % in Kleinstädten. Sie sind oft als eigenständige Marke in der Region bekannt und dienen als Anziehungspunkt für Patienten. Dies

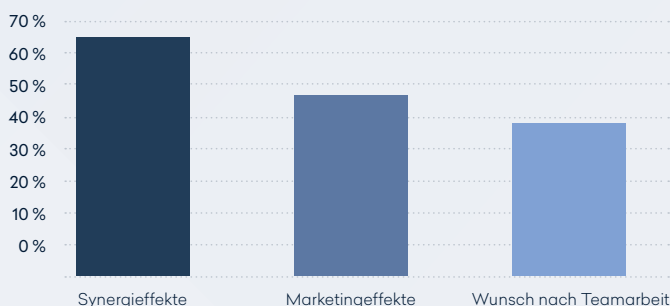
könnte auch in der Zukunft, insbesondere wenn es um die Abgabe einer Praxis in einem Ärztehaus oder Gesundheitszentrum geht, als positiver Aspekt dienen und das Risiko von Leerständen mindern.

Lage von Ärztehäusern und Gesundheitszentren



Bei der Frage nach den relevanten Faktoren für die Gründung eines Ärztehauses oder Gesundheitszentrums nannten 65 % der Initiatoren Synergieeffekte bei Kosten und Einnahmen sowie die Möglichkeit, Netzwerke zu bilden. Marketingeffekte, die sich aus der gemeinsamen Einrichtung ergeben, wurden von 48 % genannt. Der Wunsch nach Teamarbeit spielte für 39 % der Initiatoren eine Rolle.

Relevante Faktoren für die Gründung eines Ärztehauses oder Gesundheitszentrums



Zusammenfassend ist bei entsprechender Struktur eine Niederlassung in einem Ärztehaus aufgrund der bereits genannten möglichen Synergieeffekte positiv zu bewerten und wird von Kreditinstituten in der Regel gerne begleitet.

Markus Knollhuber

Direktor Team Heilberufe
Mercur Privatbank



Zukünftige Institutionalisierung und stabiles Rendite-Risiko-Profil

Beitrag von Dr. Jan Linsin, CBRE

Die Zeichen für moderne ambulante Gesundheitsimmobilien stehen eindeutig auf Wachstum. Dafür sorgt hierzulande der Megatrend der demografischen Entwicklung, der trotz der jüngsten positiven Bevölkerungsentwicklung zu einer Überalterung der Gesellschaft – und damit einem organischen Marktwachstum bei der Anzahl der Patienten, aber eben auch zu einer Überalterung der Ärzteschaft führt. Das ist aus Sicht der Immobilienwirtschaft insofern spannend, da sich mit der Angebotsverknappung an niedergelassenen Ärzten nicht nur ein weiterer Fachkräftemangel abzeichnen wird, sondern sich zudem die Ärzte der jüngeren und nächsten Generation primär in Angestelltenverhältnissen in modernen Gesundheitsimmobilien sehen, als in der Selbständigkeit und im Einzelunternehmertum. Dieses veränderte ärztliche Selbstverständnis der jungen Generationen unterscheidet sich dabei nicht wesentlich von dem in anderen Arbeits- und Lebensbereichen, zumal der Wunsch nach einer ausgewogenen und selbstbestimmten Work-Life-Balance, das Arbeiten in interdisziplinären und den Wissensaustausch fördernden Teams sowie in Organisationsformen mit flachen Hierarchien im Fokus stehen.

Das bedeutet aber auch, dass der Anspruch der Ärzte an ihre Arbeitgeber und den zur Verfügung gestellten physischen Arbeitsplatz weiter steigen wird und moderne Ärztehäuser und Gesundheitszentren als Wettbewerbsvorteil im Kampf um die zunehmend knapper werdenden Fachkräfte/-ärzte gelten. Zudem sprechen die zu erzielenden Synergieeffekte im Hinblick auf Kosteneffizienz in modernen Einrichtungen des Gesundheitswesens dafür, dass das Angebot zukünftig sehr wahrscheinlich weiter wachsen wird.

Ferner sorgen der medizinisch-technische Fortschritt, die weiter zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen, aber auch der Kostendruck für eine dringend notwendige und weiter auszubauende Ambulantisierung von Gesundheitsdienstleistungen, welche aktuell in der vorgehaltenen sozialen, systemrelevanten Infrastruktur nur bedingt abgebildet werden kann. So erfüllen viele Einrichtungen schon lange nicht mehr die Anforderungen an Nachhaltigkeitskriterien und Barrierefreiheit. Hinzu kommt aber auch, dass der moderne, selbstbewusste und aufgeklärte Patient ebenfalls

einen hohen Anspruch an eine erstklassige medizinische Versorgung in modernen Einrichtungen hat – unabhängig davon, ob er in einer der Top-7-Städte oder in ländlichen Regionen lebt. Jedoch muss bedacht werden, dass infolge der fortschreitenden Urbanisierung und Überalterung des ländlichen Raums, sich die dortige Infrastruktur weiter ausdünnen könnte (Stichwort: Ärztemangel). Das wiederum könnte zu spezifischen Fördermaßnahmen führen, sodass insbesondere leistungsfähige und kosteneffiziente ambulante Gesundheitszentren mit einem großen Einzugsgebiet stärker in den gesellschaftlichen und investorensseitigen Fokus rücken. Für den Ausbau und die Modernisierung der sozialen Infrastruktur wird entsprechend Kapital benötigt, das zunehmend von Privatinvestoren und professionellen Investmentmanagern und Anlegern bereitgestellt wird.

Gerade diese Faktoren sind es, die unserer Meinung nach dazu führen werden, dass sich die derzeit noch recht junge Assetklasse der ambulanten Gesundheitsimmobilien weiter etablieren und für eine Vielzahl von (institutionellen) Investoren aufgrund ihrer hohen Systemrelevanz weiter an Attraktivität gewinnen wird. Vor allem aus äußerst positiven Chancen-Risiko-Aspekten spricht einiges für Investments in diese Immobilienklasse. Die hohe Resilienz dieser ambulanten Gesundheitsimmobilien aufgrund des konjunkturunabhängigen Geschäftsmodells auf Basis eines diversifizierten Mietmix sorgt für eine sehr hohe Wertstabilität durch lang laufende, indexierte Mietverträge mit nachhaltigen, inflationsbereinigenden Anpassungen.

Das steigende Interesse an dieser Assetklasse zeigt sich auch in unserer jährlich durchgeführten European Investor Intentions Survey. Von den rund 900 befragten Investoren möchte 2024 fast jeder Dritte in Gesundheitsimmobilien investieren. Auch das Auflegen neuer Fondsvehikel in diesem Bereich, wie sie insbesondere seit der Corona-Pandemie zu verzeichnen sind, wird dazu führen, dass ambulante Gesundheitsimmobilien weiter aus ihrem Nischendasein herauswachsen werden und zu einer festen Investmentalternative für Immobilieninvestoren werden – vergleichbar mit der Entwicklung bei Pflege- und Seniorenimmobilien in den letzten Jahren.

Dr. Jan Linsin

Managing Director
Head of Research Germany
CBRE



Auswirkungen aktueller Reformen auf ambulante Gesundheitsimmobilien

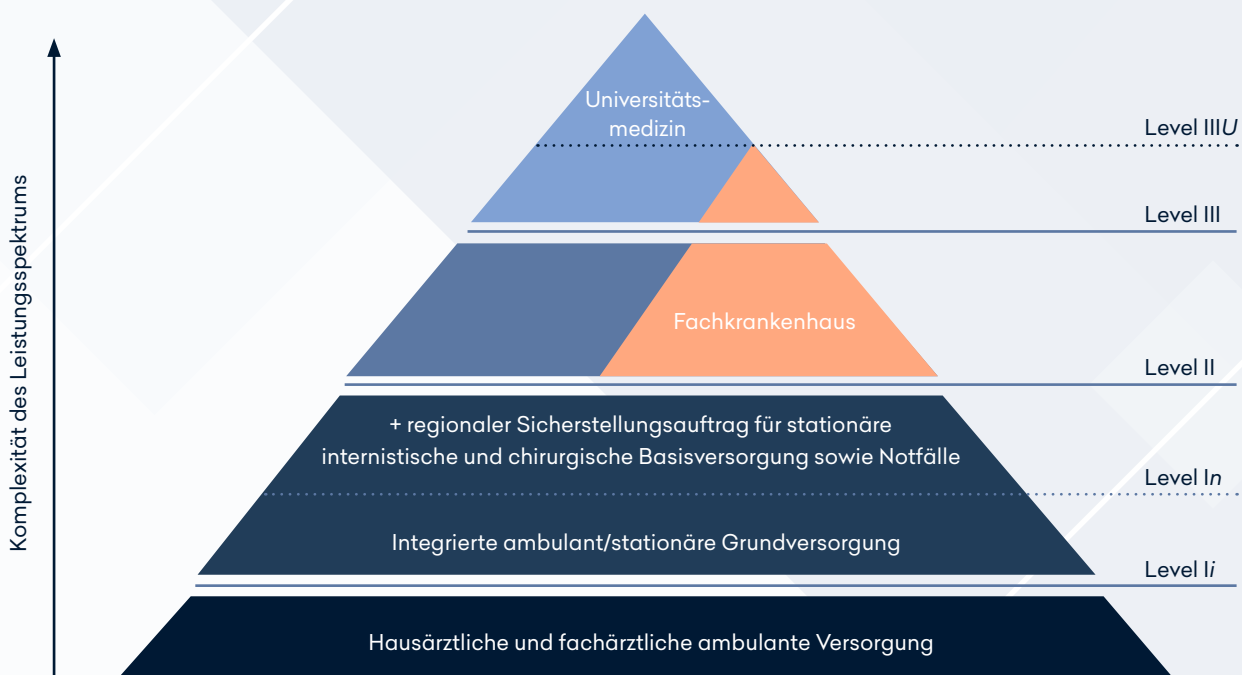
Beitrag von Patrick Brinker und Felix Rotaru, Hauck Aufhäuser Lampe

Die Bedeutung ambulanter Gesundheitsimmobilien wird weiter zunehmen. Ihre vielfältigen Nutzungen und möglichen Synergieeffekte zeigen, dass sie eine zentrale Rolle in der modernen Gesundheitslandschaft spielen und die Zukunft der ambulanten Versorgung mitgestalten. Es wird immer einen Ort der Leistungserbringung erfordern, um mit und am Patienten zu arbeiten. Insbesondere bei invasiven und bildgebenden Verfahren müssen Mediziner und sonstige Leistungserbringer mit dem Patienten interagieren. Die Integration von Telemedizin und digitalen Gesundheitsdiensten wird die Nutzung dieser Immobilien weiter optimieren und zu effektiveren aber auch effizienteren Prozessen führen. Patienten erhalten dadurch eine noch umfassendere Versorgung und Leistungserbringer werden entlastet. Insgesamt werden ambulante Gesundheitsimmobilien auch zukünftig dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung zugänglicher und patientenorientierter zu gestalten. Auch die aktuellen Reformvorhaben stärken die ambulante Versorgung.

Krankenhauslandschaft wird weiter schrumpfen

Durch die anstehende Krankenhausreform und die fortschreitende Ambulantisierung werden weitere Leistungen in den ambulanten Sektor verlagert oder es findet eine sektorenübergreifende Arbeit am Patienten statt. Durch die Abschaffung der mengenorientierten Fallpauschalen und die Einführung von Vorhaltepauschalen sollen Krankenhäuser eine bessere Finanzierungsgrundlage erhalten. Dennoch gehen Experten davon aus, dass die Krankenhauslandschaft in den nächsten Jahren weiter schrumpfen wird. Die Diskussion um ambulante versus stationäre Gesundheitsimmobilien geht zunehmend in Richtung einer integrativen Herangehensweise. Die sinnvolle Koordination und Integration beider Modelle könnte die Gesundheitsversorgung optimieren. Die Nutzung von Technologien wie Telemedizin kann den Übergang zwischen ambulanten und stationären Dienstleistungen nahtloser gestalten und eine patientenzentrierte Versorgung fördern.

Das Versorgungsstufenmodell



Quelle: BMG, eigene Darstellung

Um eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten und auch kleineren Krankenhäusern eine Perspektive zu ermöglichen, soll das Konzept der sogenannten „Level 1i-Krankenhäuser“ als sektorenübergreifende Versorgung eingeführt werden. In diesen ambulant-stationären Mischimmobilien soll eine Bündelung interdisziplinärer und interprofessioneller Leistungen erfolgen. Sie sollen sich durch die Umwandlung bisheriger kleiner Krankenhäuser entwickeln. Level 1i-Krankenhäuser würden dann nur stationäre Leistungen der interdisziplinären Grundversorgung anbieten und mit ambulanten fach- und hausärztlichen Leistungen ergänzt werden. Zudem könnte eine enge Zusammenarbeit mit weiteren ambulanten gesundheitsaffinen Berufsgruppen stattfinden, indem auch diese in solchen Immobilien angesiedelt werden. Auch eine ambulante oder teilstationäre pflegerische Versorgung vor Ort ist denkbar. Damit sollen Level 1i-Krankenhäuser zu einer Brücke zwischen der ambulanten und stationären Versorgung werden.

Digitalisierung und KI bergen großes Potenzial

Die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen und auch in ambulanten Gesundheitsimmobilien erstreckt sich über die gesamte Wertschöpfungskette. Terminvereinbarungen, Fernüberwachung von Patienten und Telemedizin bieten flexible Lösungen, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern können. Die Nutzung von neuen Telekommunikationstechnologien ermöglicht auch die effektive Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Patienten. Insgesamt wird die zunehmende Verknüpfung von elektronischen Patientenakten, künstlicher Intelligenz und Digitalisierung in ambulanten Gesundheitsimmobilien dazu beitragen, die Qualität der Patientenversorgung zu steigern, Kosten zu optimieren und den Gesundheitssektor insgesamt effizienter gestalten.

Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) werden mehrere Hoffnungen und Ziele verbunden. Sie soll als Kernelement des Digital-Gesetzes ab 2025 vor allem den Austausch von medizinischen Informationen zwischen verschiedenen Gesundheitseinrichtungen erleichtern, was zu einer effizienteren und schnelleren Patientenversorgung führen wird. Patienten

können auch selbst leichter auf eigene Gesundheitsdaten zugreifen. Dies fördert das Verständnis für die eigene Gesundheit und unterstützt eine aktivere Beteiligung an der eigenen Behandlung. Eine elektronische Dokumentation minimiert das Risiko von Fehlern durch unleserliche Handschriften oder verlorene Papiere. Dadurch steigt auch die Sicherheit der Gesundheitsversorgung. Die elektronische Verfügbarkeit von umfassenden Gesundheitsdaten ermöglicht auch eine verbesserte Forschung und Analyse von Gesundheitstrends, was wiederum zu besseren präventiven Maßnahmen und Therapien führen kann.

Auch Künstliche Intelligenz (KI) wird einen tiefgreifenden Einfluss auf die Medizin und das Gesundheitswesen haben. Eine signifikante Auswirkung wird bei der Diagnoseunterstützung erwartet. So können KI-Algorithmen beispielsweise Röntgenaufnahmen oder MRT-Scans analysieren und darin Muster erkennen, was Ärzten bei einer schnelleren und genaueren Diagnose von Krankheiten hilft. Durch die Analyse großer Mengen genetischer und klinischer Daten ermöglicht KI eine personalisierte Medizin, was insbesondere bei Krebstherapien vorteilhaft sein kann. Auch die Entwicklung neuer Medikamente könnte durch KI beschleunigt werden. Und nicht zuletzt können KI-gesteuerte virtuelle Assistenten und sprachbasierte Systeme Ärzte bei der Dokumentation, Terminplanung und dem Austausch von Informationen unterstützen, was die Arbeitsbelastung reduziert. Durch solche Effizienzsteigerungen kann auch einem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen entgegengesteuert werden.

Somit zeichnet sich für ambulante Gesundheitsimmobilien eine vielversprechende Zukunft ab. Die steigende Nachfrage nach flexiblen, dezentralen Gesundheitsdienstleistungen beschleunigt innovative Konzepte. Die Integration moderner Technologien ermöglicht eine effiziente Patientenversorgung, während architektonische Gestaltung die Patientenerfahrung optimiert. Die zunehmende Vernetzung von medizinischem Fachpersonal und die Förderung präventiver Maßnahmen lassen auf eine umfassende, patientenzentrierte Versorgung hoffen. Insgesamt deutet der Ausblick darauf hin, dass ambulante Gesundheitsimmobilien einen bedeutenden Beitrag zur zukünftigen Gesundheitsversorgung leisten werden.

Patrick Brinker

Head of Real Estate
Investment Management (REIM)
Hauck Aufhäuser Lampe



Felix Rotaru

Abteilungsleiter Healthcare
Hauck Aufhäuser Lampe



Impressum

Herausgeber

Hauck Aufhäuser Lampe Privatbank AG
Kaiserstraße 24
60311 Frankfurt am Main

Telefon: 069-21610
Web: www.hal-privatbank.com

Patrick Brinker

Head of Real Estate Investment Management
patrick.brinker@hal-privatbank.com

Alle Rechte vorbehalten.
Redaktionsschluss 09. Februar 2024.

In Kooperation mit

CBRE GmbH
OMNITURM, Große Gallusstraße 18
60312 Frankfurt am Main

Telefon: 069-1700770
Web: www.cbre.de

Dr. Jan Linsin

Head of Research Germany
jan.linsin@cbre.com

Weitere Informationen:

HAL Real Estate Investment Management REIM

Attraktive Real Estate Investmentlösungen
für Institutionelle Investoren



HAL Economic Research Newsletter

Analysen und Kommentare zu aktuellen Konjunktur-
und Inflationsdaten sowie Notenbankentscheidungen



Über Hauck Aufhäuser Lampe

Unsere Privatbank fokussiert sich auf die vier Kerngeschäftsfelder Private und Corporate Banking, Asset Management, Asset Servicing und Investment Banking. Im Zentrum der Geschäftstätigkeit stehen die ganzheitliche Beratung und die Verwaltung von Vermögen privater und unternehmerischer Kunden, das Asset Management für Institutionelle Investoren, umfassende Fondsdienstleistungen für Financial und Real Assets in Deutschland, Luxemburg und Irland sowie die Zusammenarbeit mit unabhängigen Vermögensverwaltern. Wir investieren anhand unserer Fonds unter anderem in die medizinische Grundversorgung in Deutschland. Im Fokus stehen dabei der Erwerb und Betrieb von ambulanten Arzthäusern und Gesundheitszentren.

HAUCK
AUFHÄUSER
LAMPE

