



# Healthcare Immobilien Buyers Guide

2021



CLIFFORD  
CHANCE



# Inhaltsverzeichnis

Editorial .....	4
<i>Kapitel 1</i>   Investmentmarkt für Healthcare Immobilien .....	6
<i>Kapitel 2</i>   Gründe für Healthcare Investments .....	10
<i>Kapitel 3</i>   Drittverwendungspotenzial Hotelimmobilie .....	16
<i>Kapitel 4</i>   Betreiberimmobilie Pflegeheim .....	22
<i>Kapitel 5</i>   Regulatorischer Rahmen und Struktur .....	30
<i>Kapitel 6</i>   Finanzierung .....	42
Erfolgskriterien .....	46
Kontakt .....	48

SOZIALIMMOBILIEN				
HEALTHCARE IMMOBILIEN				Kinderbetreuungs- einrichtungen
Pflege- einrichtungen	Seniorenwohnen	Gesundheit/ med. Einrichtungen	Behinderten- heime	Jugendheime
Vollstationäre Pflege	Betreutes Wohnen	MVZ	Eingliederungs- einrichtungen	Flüchtlingsheime
Tagespflege	Servicewohnen	Ärztelhäuser	Wohnheime	Obdachlosen- heime
Hospiz	Mehrgenerations- häuser	Reha	Therapiezentren	Weitere
Mischeinrichtungen		Privatkliniken	Werkstätten	
Seniorenresidenzen / -stifte		Akut - Kliniken	Servicewohnen	
Ambulante Wohngemeinschaften				

## Ergänzende Angaben zu verwendeten Begriffen im Buyers Guide

### Pflegeimmobilien

Immobilien, in denen auf der mehrheitlichen Fläche eine **Pflegeeinrichtung** (siehe Grafik) untergebracht ist.

### Seniorenimmobilien / Seniorenwohnen

Immobilien, in denen Pflegebedürftige / Senioren leben, denen ein ambulantes Versorgungsangebot gemacht wird. Seniorenimmobilien sind allein aufgrund der rechtlich notwendigen Freiwilligkeit der Inanspruchnahme des Versorgungsangebots keine Pflegeimmobilien. Typische Nutzungskonzepte sind u.a. **Betreutes Wohnen** und **Servicewohnen**.

Investoren im deutschen Immobilienmarkt streben spürbar nach Diversifizierung und nachhaltigen Nutzungskonzepten. Mit guten Gründen: das anhaltende Niedrigzinsniveau auf den Finanzmärkten, ein kontinuierlicher Druck auf die Rendite, zunehmende Regulierung mit Fokus auf CSR, ESG und Social Impact Investing und nicht zuletzt eine wachsende Unsicherheit und ein verändertes Nutzerverhalten in Folge der Corona-Pandemie.

In den Fokus der Investoren rücken daher neben etablierten Immobilienarten wie Büro, Handel, Industrie und Logistik sowie Wohnen immer stärker alternative Immobilienanlagen wie Healthcare Immobilien. Die breite Palette der Sozialimmobilien – siehe Schaubild links – wird überwiegend konjunkturunabhängig genutzt und insbesondere in dem aktuellen, gesamtwirtschaftlich herausfordernden Umfeld, zu einem stabilisierend wirkenden und attraktiven Investmentprodukt. Im Zuge der Weiterentwicklung rund um die europäische Taxonomie-Verordnung werden Healthcare Immobilien zusätzlich an Bedeutung gewinnen. In den letzten vier Jahren ist die Spitzenrendite für Pflegeimmobilien um über 100 Basispunkte gefallen. Für das laufende Jahr 2021 ist ein weiterer Rückgang zu verzeichnen. Diese Renditekompression belegt das steigende Interesse der Investoren, während die Entwicklung des Transaktionsvolumens diesen Nachfrage-Trend aufgrund der limitierten Verfügbarkeit an Investitionsprodukten nicht vollumfänglich abbilden kann.

Mit diesem Healthcare Immobilien Buyers Guide greifen wir bei Colliers den stark wachsenden Beratungsbedarf zu Healthcare Immobilien auf und bieten Ihnen gemeinsam mit immoTISS care, den Spezialisten für Gesundheits-, Pflege- und Seniorenimmobilien, und den Rechtsberatern Clifford Chance eine perfekte Kombination relevanter Informationen für Investoren und Verkäufer. Immobilien- und Transaktionsexpertise treffen auf Spezialisten für Sozialimmobilienwirtschaft.

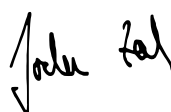
Der vorliegende Buyers Guide mit Fokus auf Healthcare Immobilien folgt unserem im Mai 2021 veröffentlichten EMEA Research & Forecast Report „Senior Living & Healthcare – A Growth Market“, den wir Ihnen auf Wunsch ebenfalls gerne zukommen lassen.

Im Folgenden bieten wir Ihnen zunächst einen Überblick zum Investmentmarkt für Healthcare Immobilien mit allen wichtigen Fundamentaldaten für den Beleg einer nachhaltigen Investment Story. Danach liegt der Fokus auf besondere Spezialthemen, die die Besonderheiten sowie daraus resultierende Chancen dieser Spezialklasse erläutern. Aus aktuellem Anlass erörtern wir auch die Möglichkeit der Umnutzung von Hotels in Healthcare Immobilien.

Wir wünschen Ihnen ein informatives Lesevergnügen!



Monica-Elena Popescu  
Head of Portfolio Investment  
& Advisory Germany  
Colliers International



Jochen Zeeh  
Geschäftsführender Gesellschafter  
ImmoTISS-Gruppe

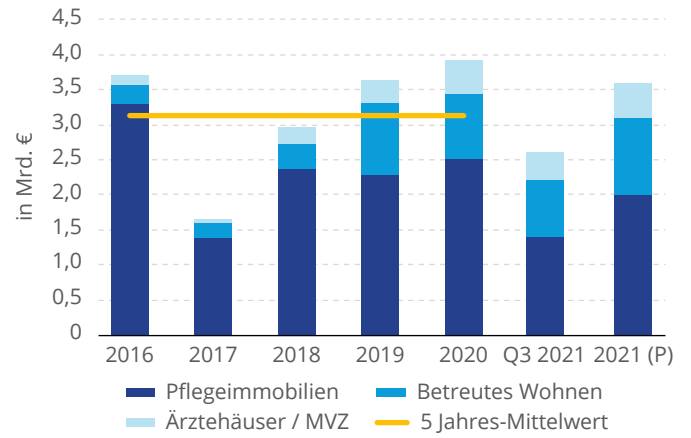


Dr. Philipp Stoecker  
Partner  
Clifford Chance

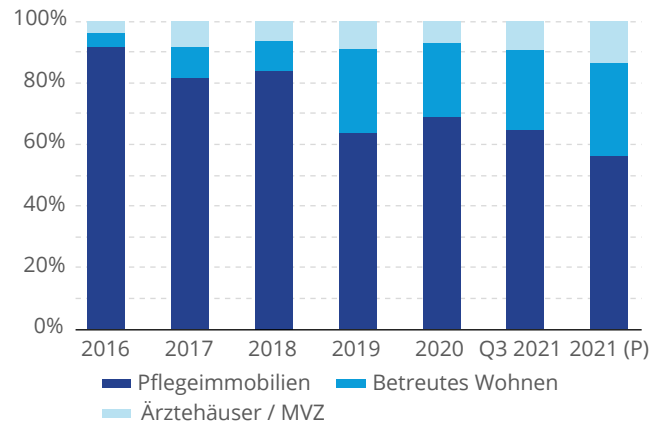
# Kapitel 1



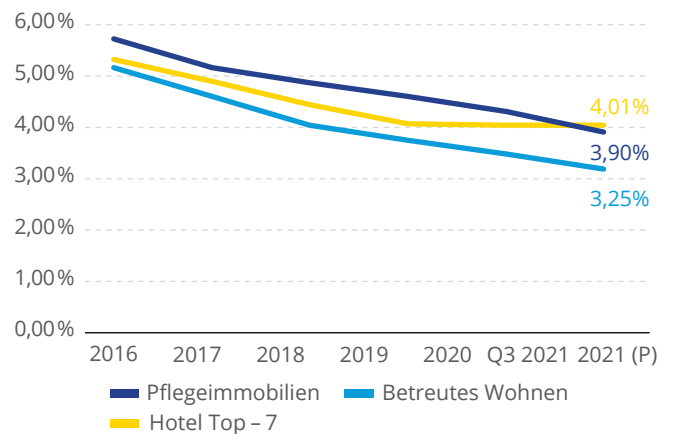
## Transaktionsvolumen im Healthcare Segment (ohne Kliniken)



## Verteilung des Transaktionsvolumens nach Objektarten (ohne Kliniken)



## Spitzenrenditen



Quellen: Colliers Research; Daten: Trasenix

# Investmentmarkt für Healthcare Immobilien

Mit rund 3,9 Mrd. Euro erreichte das Transaktionsvolumen von Healthcare Immobilien (der Kategorien Pflegeimmobilien, Betreutes Wohnen, Ärztehäuser und Medizinische Versorgungszentren) im Jahr 2020 einen neuen Fünfjahres-Höchstwert - getrieben durch eine Vielzahl von Portfoliotransaktionen mit einem Anteil von 48%. Im laufenden Jahr 2021 liegt das Transaktionsvolumen zum Abschluss des dritten Quartals bei rund 2,6 Mrd. Euro mit einem Portfolioanteil von 20%. Gemäß der Prognose für das vierte Quartal wird dieses Volumen erneut nahezu erreicht werden und somit weiterhin über dem Fünfjahres-Mittelwert liegen.

Verglichen zu klassischen Nutzungsarten des deutschen Immobilieninvestmentmarktes, welche einen klaren Transaktionsfokus auf die Top-7 Städte haben und dessen Mieternachfrage sich in der Regel stark an der Wirtschaftskraft orientiert, haben Healthcare Immobilien eine besondere Nachfragestruktur. Diese lässt sich insbesondere aus der seniorenlastigen Bevölkerungsstruktur und deren demografischer Entwicklung ableiten, welche in Gesamtdeutschland für eine steigende, nachhaltige Nachfrage nach Pflegeplätzen spricht. Sodass Wettbewerbssituation und eine infrastrukturell gut eingebettete Mikrolage in der Beurteilung der Lagequalität wesentlich wichtiger sind, als eine Top-7 Makrolage.

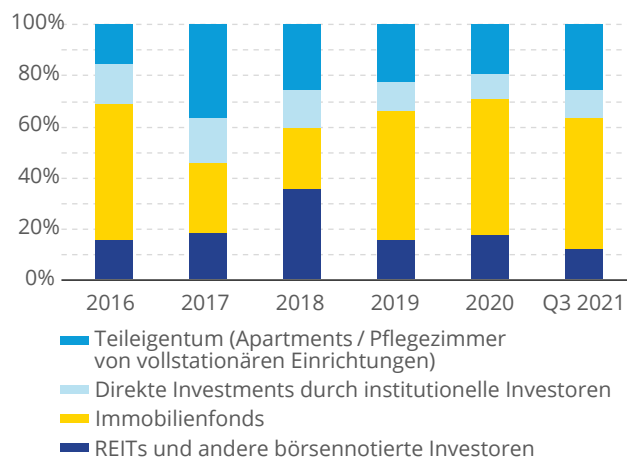
Weiterhin bleibt mit rund 54% des Transaktionsvolumens die Pflegeimmobilie das dominierende Segment im Healthcare Investmentmarkt, wobei das Segment Betreutes Wohnen insbesondere im letzten Jahr nochmals stark an Bedeutung gewonnen hat.

Wie viele andere nachgefragte Teilsegmente des Immobilieninvestmentmarktes erfährt auch der Teilmarkt Healthcare eine Renditekompression. So sank durch einen starken Anlagedruck die Spitzenrendite, sowohl für das Segment Pflegeimmobilien als auch für das Segment Betreutes Wohnen, im Jahr 2020 um weitere 25 Basispunkte gegenüber dem Vorjahr. Für das laufende Jahr 2021 ist ein erneuter Renditerückgang um etwa 25 Basispunkte zu verzeichnen.

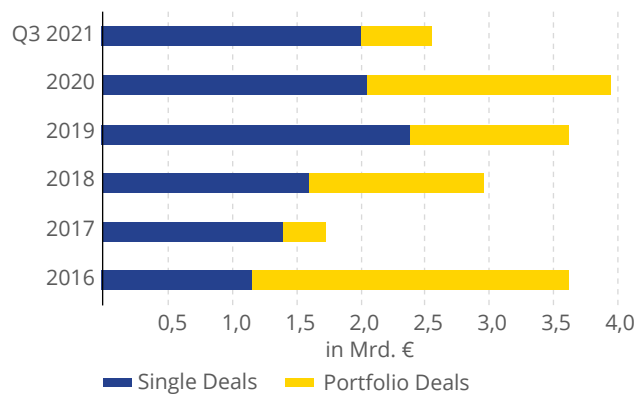
Vergleicht man die Märkte der beiden Betreiberimmobilienarten Hotel und Pflege, so stellt man fest, dass bedingt durch die Seitwärtsbewegung der Spitzenrenditen im Teilmarkt Hotel in den letzten zweieinhalb Jahren, die Spitzenrenditen beider Betreiberimmobilien nun dicht beieinander liegen. Die Spitzenrenditen für Hotels sowie für Pflegeimmobilien liegen im dritten Quartal 2021 bei rund 4,00%, während die Nutzungsart Betreutes Wohnen eine Spitzenrendite von 3,25% aufweist.

# Kapitel 1

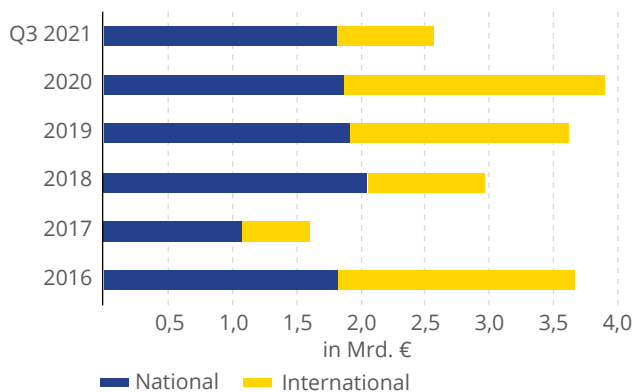
## Transaktionsvolumen Healthcare nach Käufertypen (ohne Kliniken)



## Transaktionsvolumen Healthcare nach Transaktionsform (ohne Kliniken)



## Transaktionsvolumen Healthcare nach Käuferherkunft (ohne Kliniken)



Quelle: Colliers Research; Daten: Trasenix



# Investmentmarkt für Healthcare Immobilien

Die Käuferseite wird 2021, wie auch schon in den Jahren zuvor, von den Immobilienfonds dominiert. Der Anteil dieser Käufergruppe lag im Zeitraum 2016 bis 2020 zwischen 20 und 55 Prozent. Die zweitgrößte Käufergruppe sind REITs bzw. börsennotierten Investoren. Die Spanne lag in den letzten Jahren zwischen 15 und 35 Prozent. Abseits des klassischen Investmentmarktes hat sich in den vergangenen Jahren der Vertrieb von Pflegeimmobilien in Form von WEG-Einheiten etabliert – das Segment „Teileigentum“\*. Der prozentuale Anteil des Transaktionsvolumens in Form von Teileigentum lag in den letzten fünf Jahren zwischen 15 und 40 Prozent – schwerpunktmäßig bei Neubauimmobilien.

Bedingt durch die vergleichsweise geringe Größe des Teilmarktes Healthcare und die erst in den letzten Jahren begonnene Professionalisierung und Europäisierung des entsprechenden Betreibermarktes ist eine relativ hohe Volatilität in der Struktur dieses Teilmarktes erkennbar. Der Anteil der Portfoliotransaktionen an allen Transaktionen schwankte in den letzten fünf Jahren zwischen 20 und 75 Prozent.

\*Teileigentum: Apartments oder Pflegezimmer von vollstationären Einrichtungen, die als Teil der Gesamteinheit verkauft werden.

Das Portfoliotransaktionsvolumen von 1,9 Mrd. Euro im Jahr 2020 lag deutlich über dem Durchschnitt (1,45 Mrd. Euro) der letzten fünf Jahre. Das durchschnittliche Transaktionsvolumen je Objekt lag in den letzten fünf Jahren bei rund 22 Mio. Euro und war somit im Vergleich zu klassischen Nutzungsarten wie Büro deutlich kleiner. Entsprechend sind Portfoliotransaktionen sehr beliebt. Zudem war der Portfolio-Investmentmarkt, in den vergangenen Jahren auch durch Sale- & Lease-Back Transaktionen von Betreibern geprägt, die ihre Bestände in Portfolien an die zunehmende Anzahl an interessierten institutionellen Investoren veräußert haben. Eine Übersicht größerer Portfoliotransaktionen der letzten Quartale bietet die unten aufgeführte Tabelle.

## Auswahl der größten Portfoliotransaktionen im Zeitraum Q2-2020 - Q3-2021

Portfolio	Kaufpreis	Käufer	Verkäufer	Datum
27 Pflegeimmobilien (Bestand)	ca. 425 Mio. €	Swiss Life ESG Health Care Deutschland V S.C.S., SICAV-SIF	Threestones Capital Management S.A.	Q4 2020
8 Pflegecampusse (Neubau)	ca. 250 Mio. €	Cofinimmo	Projektentwickler	Q4 2020
19 Pflegeimmobilien (Bestand)	ca. 245 Mio. €	Aedifica SA	Azurit-Gruppe	Q2 2021
10 Seniorenresidenzen und Pflegeimmobilien (Bestand)	>200 Mio. €	GHS Senior Housing Immobilien II AG	Höchster Pensionskasse WaG	Q3 2020
8 Pflegeimmobilien (Bestand)	ca. 145 Mio. €	Primonial REIM	Sarec-Gruppe	Q3 2020
9 Pflegeimmobilien (Bestand / Neubau)	ca. 145 Mio. €	Icade	Orpea	Q3 2020
7 Seniorenimmobilien (hauptsächlich Neubau)	>100 Mio. €	Patrizia Social Care Fund III	Senioren-Wohnen Holding	Q2 2020

Quelle: Trasenix

# Kapitel 2



## Ausschnitt aus dem Organigramm der „Plattform für nachhaltige Finanzierung“ der EU-Kommission

Platform on Sustainable Finance  
permanent European Commission advisory board for Taxonomy Regulation

### 57 MEMBERS & 11 OBSERVERS

Appointed members from a range of sectors, including industry, academia & civil society

Advise  
on technical  
screening criteria

Advise  
on regulation  
review

Advise on  
extension of  
taxonomy to  
significantly  
harmful and low  
impact activities

Advise on  
extension of  
taxonomy to  
social objectives

Advise on data  
availability &  
usability of  
criteria

Monitoring  
capital flows  
to sustainable  
investments

*Weblink*  
Draft Report by Subgroup 4,  
Social Taxonomy



# Vier gute Gründe, warum sich ein Immobilieninvestment im Bereich Healthcare lohnt

## 1. Social Impact Investing

Unter dem zunehmenden Einfluss der Corporate Social Responsibility (CSR) von Unternehmen und der im Juli 2020 in Kraft getretenen Taxonomie-Verordnung der Europäischen Union, die das Ziel hat, einen Rahmen zur Erleichterung nachhaltiger Investitionen mit dem Fokus auf Environmental Social Governance (ESG) vorzugeben, kommt dem „Social Impact Investing“ auf dem Immobilieninvestmentmarkt eine besondere Bedeutung zu. Bereits im Jahr 2019 beziffert das Forum für nachhaltige Geldanlagen (FNG) das Volumen im deutschen Immobilieninvestmentmarkt für ESG-konforme Immobilienfonds mit 87,8 Mrd. Euro.

Lag der Fokus in der Bau- und Immobilienwirtschaft zu Beginn der Debatte und der Bemühungen rund um ESG auf dem „E“ (Environmental), so richtet sich nun der Blick verstärkt auf die Fragestellung, wie das „S“ (Social) umgesetzt und messbar gemacht werden kann.

In den aktuellen Fachdebatten zum Thema wird der Sozialimmobilie eine besondere Bedeutung zugesprochen. Ein Grund, warum das Investmentvolumen dieser Objektklasse in den letzten Jahren stark gestiegen ist.

Auch bei der Assetklasse Sozialimmobilie sollte sich der Investor bei der Prüfung eines potenziellen Investments nicht nur auf den Bereich „sozial“ beschränken. Denn mit der im Juli dieses Jahres erfolgten Veröffentlichung eines Kriterienkatalog-Entwurfs der Arbeitsgruppe der Sustainable Finance Platform der EU-Kommission werden erste Tendenzen erkennbar, was die EU in Zukunft unter sozialer Perspektive als ein nachhaltiges Investment verstehen könnte. [Siehe Organigramm und Link zum Report links \(S. 10\)](#)

Im Entwurf für eine „soziale“ Taxonomie werden die folgenden drei, auf die Stakeholder ausgerichteten Ziele, aufgeführt:

- Gewährleistung menschenwürdiger Arbeit
- Förderung von Verbraucherinteressen
- Ermöglichung integrativer und nachhaltiger Gemeinschaften

Hinter allen drei Zielen sollen Kriterien stehen, die sich auf die Auswirkungen in der gesamten Wertschöpfungskette beziehen.

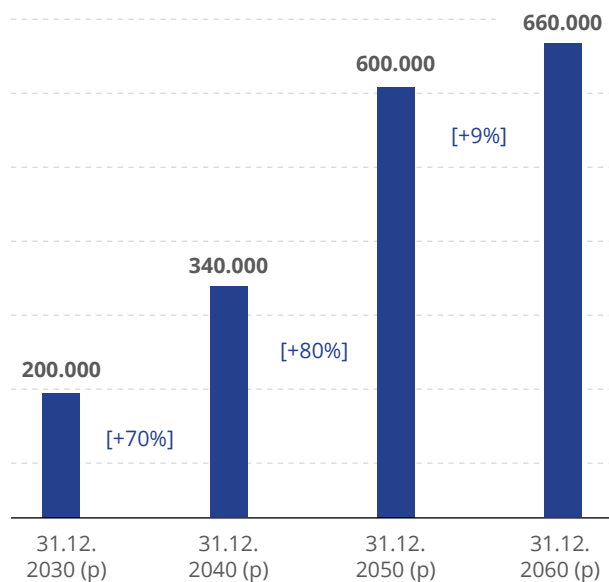
Dabei wird nach einer vertikalen sowie einer horizontalen Betrachtungsdimension unterschieden. Bei der **vertikalen Dimension** stehen Produkte und Dienstleistungen für die **Erfüllung von Grundbedürfnissen** und **grundlegende Infrastruktur** im Fokus. Aus dieser Perspektive könnten Investments, die den Zugang zu diesen Produkten und Dienstleistungen erleichtern und gleichzeitig die Bemühungen um die Erreichung anderer sozialer Ziele nicht beeinträchtigen, als „sozial“ angesehen werden. Ein wesentlicher Aspekt, der mit Pflegeheimen und Seniorenimmobilien definitiv erfüllt werden kann. Als Beispiel: Die Spezialisierung auf besondere Nutzergruppen, wie Demenzzranke, könnte im Rahmen der Bewertung ein echtes Plus bedeuten. Dagegen berücksichtigt die **horizontale Dimension** die **Auswirkungen auf die verschiedenen Stakeholder**, die von den wirtschaftlichen Aktivitäten betroffen sein können: z. B. die Angestellten eines Pflegeheims, einschließlich der Beschäftigten in der gesamten Wertschöpfungskette, Verbraucher und Gemeinschaften. Ein Positiv-Beispiel wäre eine Sozialimmobilie, die selbst und mit ihren Aktivitäten rund um ihre Nutzung sowohl gesellschaftlich als auch räumlich (Nachbarschaft/Quartier) integrierend eingebettet ist und die für die Angestellten mit dem ÖPNV gut erreichbar ist sowie ein gutes Arbeitsumfeld bietet.

***Das Investment in eine Immobilie aus dem Teilmarkt Healthcare hat also gute Voraussetzungen, sich im Rahmen des Social Impact Investing als nachhaltig und sozial zu erweisen.***

# Kapitel 2



## Zusätzliche Leistungsbezieher von vollstationären Pflegeleistungen gegenüber dem Ausgangsjahr 2019



Quelle: Colliers Research; Statistisches Bundesamt (Destatis): Pflegestatistik 2019, Vorausberechnung Bevölkerungsstand Deutschland (Bev-Variante-01 Geburten und LE moderat, WS niedrig (G2L2W1)); Fortschreibung der Hospitalisierungsquote (Leistungsbezieher vollstationärer Pflege) basierend auf aktueller Prävalenz (Anzahl; 31.12.2019)

# Vier gute Gründe, warum sich ein Immobilieninvestment im Bereich Healthcare lohnt

## 2. Demografisch bedingte Wachstumsprognose

Es ist allgemein bekannt, dass die deutsche Gesellschaft einem laufenden Alterungsprozess unterliegt. Auch wenn damit so manche staatlichen und wirtschaftlichen Herausforderungen verbunden sind, bietet dieser Prozess für den Betreiber von Healthcare Immobilien ein enormes Wachstumspotenzial. Darüber hinaus sichert es dem Investor einen nachhaltigen Business-Plan. Denn gemäß der Pflegestatistik 2019 des Statistischen Bundesamtes (DESTATIS) bedürfen rund 10 Prozent der Bevölkerung aus der Altersgruppe ab 80 Jahren einer vollstationären Pflege.

Trotz des prognostizierten Bevölkerungsrückgangs in den kommenden Jahren (-6,7 Prozent bis 2060) ist, aufgrund der Altersstruktur der Bevölkerung und einer Zunahme älterer Altersgruppen, von einer stetig steigenden Zahl an Leistungsbeziehern vollstationärer Pflegeleistungen und damit einem wachsenden Bettenbedarf bis 2060 auszugehen. Diese Betrachtung setzt voraus, dass sich der prozentuale Pflegeanteil in den einzelnen Altersgruppen gegenüber dem Ausgangsjahr 2019 nicht mehr wesentlich verändert. Diese Entwicklung entspräche bereits im Jahr 2040 einem Mehrbedarf von 340.000 Leistungsbeziehern von vollstationären Pflegeleistungen, wenn man die heute bestehende Pflegeprävalenz fortschreibt. *Der Bedarf an neuen Pflegeimmobilien ist unbestritten.*

## 3. Stabiler Cashflow

Der noch zu Beginn des 21. Jahrhunderts stark fragmentierte Pflegeimmobilienmarkt in Deutschland vollzog in den letzten Jahren einen Prozess der Konsolidierung, Professionalisierung und Europäisierung auf der Betreiberseite. Damit geht aus Investorensicht ein geringeres Ausfallrisiko dank bonitätsstarker Mieter/Pächter einher. Des Weiteren sind bei diesen Betreiberimmobilien Vertragslaufzeiten mit einem Zeitraum von 20 oder mehr Jahren, oftmals mit Verlängerungsoptionen, üblich. Häufig werden Wertsicherungsklauseln zum Schutz der Erträge vor Inflationsentwicklungen

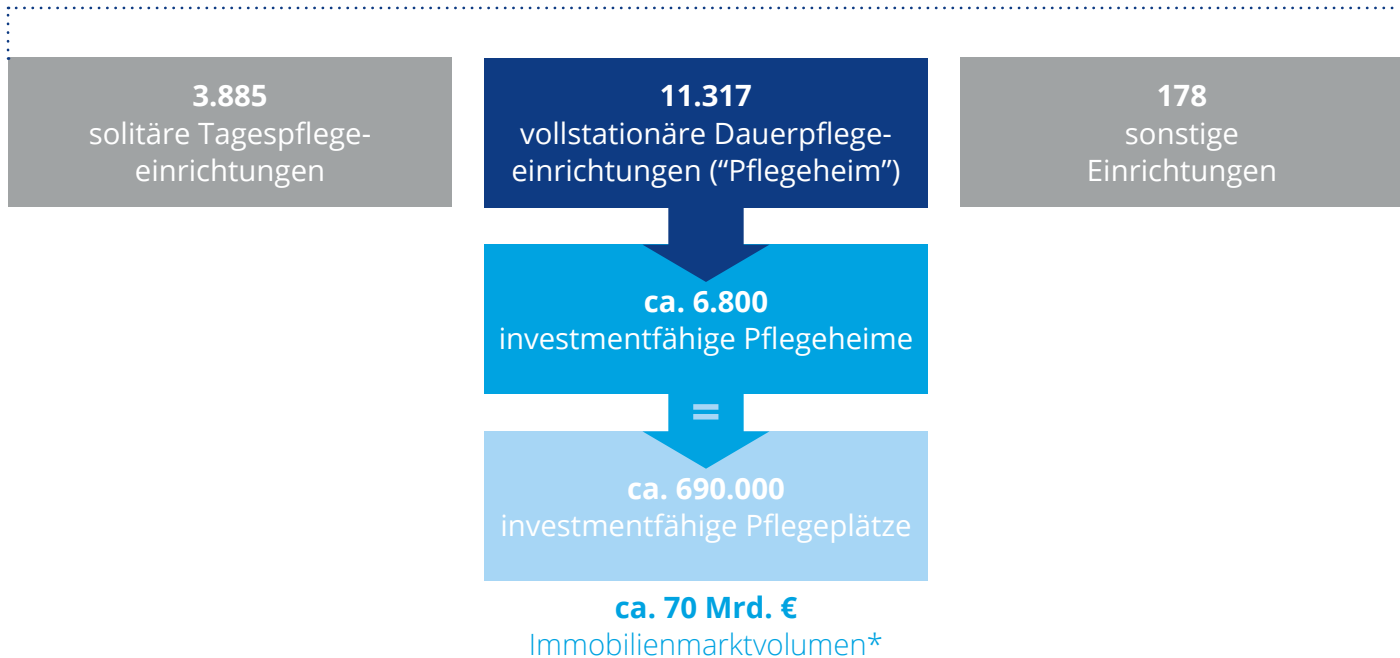
in diesen langen Vertragszeiträumen vereinbart. Die Höhe der erzielbaren Pacht kann aber nicht, wie häufig bei anderen Betreiberimmobilien, pauschal vom Umsatz abgeleitet werden. Die Pacht orientiert sich vielmehr an den Investitionskosten (siehe Erläuterung zur Betreiberimmobilie in Kapitel 4). Die Höhe der Investitionskosten hängt wiederum unter anderem vom Alter der Immobilien und dem Standort (Bundesland) der Pflegeeinrichtung ab. Demgegenüber wird der Umsatz maßgeblich durch die verhandelten Pflegesätze bestimmt. Somit kann eine Pachtaufwandsquote bei 10 Prozent liegen, aber auch schnell, besonders bei Neubauten, einen Pachtanteil am Umsatz von 20 bis 25 Prozent erreichen. *Die Pacht orientiert sich also immer an den Einnahmen aus Investitionskosten.*

Es ist völlig untypisch, dass ein Betreiber eine marktkonforme Pflegeimmobilie verlässt und der Investor einen neuen Betreiber suchen muss. Denn die Abwicklung eines Pflegeheimbetriebs ist schwierig und führt zu massiven Imageschäden beim Betreiber. Hintergrund ist unter anderem, dass ein Betreiber laufende Heimverträge mit den Bewohnern seiner Pflegeimmobilie hat und diese Verträge dann gekündigt werden müssten – ein Worst-Case-Szenario für alle Seiten mit entsprechendem Schlagzeilen-Potenzial! Daher sind Betreiber in der Regel an Verlängerungen von Mietverträgen interessiert, sofern die baurechtlichen Anforderungen erfüllt werden können und die Pacht aus den Investitionskosten refinanziert werden kann.

In einem schwierigen gesamtwirtschaftlichen Umfeld ist dieses defensive und konjunkturunabhängige Investment ein wichtiger Stabilisierungsanker. Im Vergleich zu den anderen Assetklassen weisen die Renditen, trotz einer erfolgten Kompression, weiterhin ein attraktives Rendite-Risiko-Verhältnis auf.

## Pflegeeinrichtungen 2019 – Struktur nach Einrichtungstyp

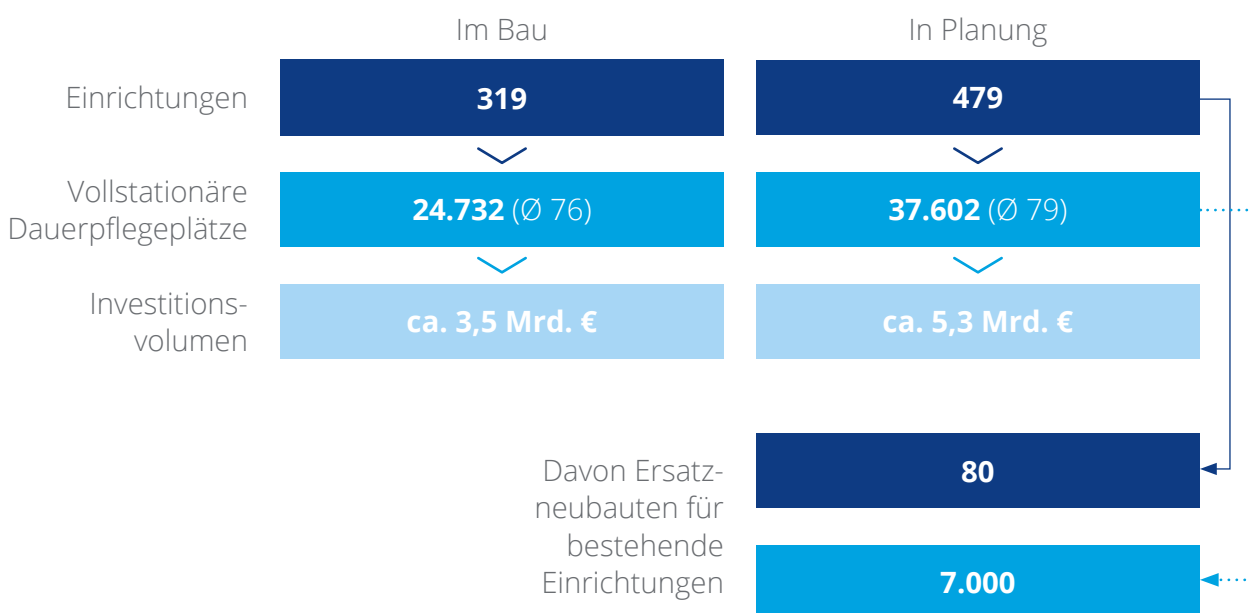
### 15.380 Pflegeeinrichtungen



\* gerundeter Wert, ermittelt auf Basis der marktüblichen Kaufpreise pro Bett für Bestands- und Neubauten der letzten Jahre sowie den investmentfähigen Pflegeplätzen

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis): Pflegestatistik 2019, Trasenix und eigene Hochrechnungen.

## Übersicht Projektentwicklungen (Stand Q1-2021)



Quellen: Trasenix

# Vier gute Gründe, warum sich ein Immobilieninvestment im Bereich Healthcare lohnt

## 4. Development-Potenzial

Das heutige Marktvolumen für vollstationäre Pflegeheime (investmentfähig i.S.v. Mindestgröße, keine Objektförderung) liegt bei schätzungsweise 70 Mrd. Euro.

Der aktuelle Bestand an Pflegeangeboten reicht jedoch nicht aus, um den bereits vorhergehend erläuterten und demografisch bedingten zukünftigen Bedarf zu decken. Es ist völlig unstrittig, dass der Healthcare Markt eine wachsende Nachfrage nach zusätzlichen Pflegeleistungen und -plätzen aufweist und somit auch das Investmentmarktvolumen in der Konsequenz steigen muss.

Dementsprechend kommt der Projektentwicklung in dieser Assetklasse eine besondere Bedeutung zu.

Neben benötigten Ergänzungsbauten, welche die steigende Nachfrage decken müssen, gibt es einen zusätzlichen Bedarf der sich aus der Sanierung von Bestandsbauten ergibt, welche an die aktuellen landesrechtlichen und marktbedingten Anforderungen im Pflegebereich anzupassen sind.

Von fast 800 Projektentwicklungen mit über 60.000 Betten im Bereich der vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen sind über 10 Prozent Ersatzneubauten für bestehende Einrichtungen. Das Investitionsvolumen dieser 800 Projektentwicklungen beträgt dabei hochgerechnet rund 8,5 Mrd. Euro.

Der zukünftig hohe Bedarf an neuen Pflegeimmobilien ermöglicht es den Projektentwicklern und Investoren, Immobilien anderer Nutzungsarten unter dem Gesichtspunkt der Drittverwendungsfähigkeit als Pflegeimmobilie zu prüfen. In einem folgenden Kapitel dieses Buyers Guides wird daher der Blick auch auf die Konversion von Hotelimmobilien in Pflegeimmobilien gerichtet.

# Kapitel 3





# Drittverwendungspotenzial im Hotelsegment: Healthcare Immobilie

Das Pandemiejahr 2020 bescherte der Hotelbranche einen Rekordeinbruch. Auch die erste Hälfte des Jahres 2021 war von Betriebsschließungen und Beherbergungsverboten bestimmt. Seit August ist zwar eine Erholung spürbar, jedoch mit Fokus aus Urlaubsregionen, während Stadthotels weiterhin unter den Auswirkungen der Pandemie leiden. So ist auch in 2022 keine vollständige Erholung der Branche zu erwarten. Daher stellt sich verstärkt die Frage einer Umnutzung von Hotelimmobilien.

Die Umnutzung zu Pflege- und Seniorenimmobilien ist dabei ein interessanter und zunächst naheliegender Ansatz. Dabei müssen die Gegebenheiten eines Hotels in jedem Fall individuell geprüft werden, um zu beurteilen, ob sich die Umwandlung in eine Pflege- und Seniorenimmobilie wirtschaftlich darstellen lässt. Auch bleibt abzuwägen, welche Form der Pflege- und Seniorenimmobilie für das jeweilige Objekt sowie den Standort geeignet ist.

Für eine **voll- und teilstationäre Pflege** (z. B. Tagespflege oder Kurzzeitpflege) können zwar prinzipiell Hotelzimmer mit einer Mindest-Wohnraumfläche von 14 m<sup>2</sup> (exklusive des Vorflur-Bereichs vor der Nasszelle) in Frage kommen, allerdings gilt es die Barrierefreiheit sicherzustellen und Bewegungsradien zu prüfen – insbesondere in den Nasszellen. Sollte die Raumstruktur der Hotelzimmer diese Umwandlung mit einfachen Mitteln ermöglichen, gilt es weiterhin die öffentlichen Bereiche dem Back of House einer Pflegeeinrichtung anzupassen.

Falls eine Umwandlung in eine **Wohnanlage des Betreuten Wohnens oder in eine Seniorenresidenz** mit Betreiberkonzept angedacht wird, so unterscheiden sich die Anforderungen elementar von den stationären Versorgungsformen. In diesem Fall müssen Raumstrukturen neu konzipiert und größere zusammenhängende Flächen durch den Zusammenschluss von einzelnen Hotelzimmern geschaffen werden. Neben den größeren Wohnungseinheiten werden zusätzlich mindestens noch Gemeinschafts-

räume und, je nach Konzept, ein Restaurant für die Bewohner benötigt, die in den öffentlichen Bereichen des umzubauenden Hotels darzustellen sind. Für **gehobene Seniorenresidenzen** besteht zudem die Möglichkeit, Hoteleinrichtungen wie beispielsweise den Wellnessbereich mit Pool zu übernehmen und in das jeweilige Konzept zu integrieren. So kann sich beispielsweise eine **Umwandlung eines 5-Sterne-Hotels aufgrund des bestehenden Flächenprogramms für einen Umbau in gehobene Luxus-Seniorenapartments eignen**, bei denen die bestehenden großzügigen Gemeinschaftsflächen als entsprechend wichtiger Bestandteil des exklusiven Betriebskonzepts integriert werden können.

Bei größeren Anlagen kann, sofern der Bestandsgrundriss es erlaubt, eine Kombination unterschiedlicher Wohnformen angedacht werden. In diesem Fall wäre es möglich, die großzügigen hotelspezifischen Gemeinschafts- und Versorgungsflächen ohne große Anpassungen effizient umzugestalten, um Synergien der jeweiligen Konzepte zu nutzen. **Eine pauschale Faustformel für die Herleitung, welches Pflegekonzept sich für eine Bestandsimmobilie eignet, gibt es leider nicht, da die Grundrisse in jedem Einzelfall auf die spezifischen Anforderungen geprüft werden müssen.**

# Kapitel 3



# Drittverwendungspotenzial im Hotelsegment: Healthcare Immobilie

## **Spezifische Herausforderungen bei Umnutzungen zu Pflege- und Seniorenimmobilien**

Generell gilt anzumerken, dass jeder Healthcare Immobilientyp sein nutzerspezifisches Anforderungsprofil aufweist. Nachdem das alte Hotelnutzungskonzept nicht mehr zum Standort passt, gilt es zu prüfen, inwieweit durch den Markt bzw. umliegende Standortentwicklungen eine andere Nutzungsart für den Standort geeignet ist.

Unter anderem müssen die folgenden Punkte bei derartigen Überlegungen analysiert werden:

### **1. Standort**

Während sich das Hotelangebot grundsätzlich nach der allgemeinen Reisenachfrage und den umliegenden Nachfragegeneratoren richtet, lassen sich Seniorenwohnen und Betreutes Wohnen derzeit aus Nachfragesicht pauschal positiv bewerten, da das Angebot bei weitem noch nicht ausreicht. Hierdurch kann die Standortwahl auf Makroebene vorerst offen betrachtet werden, da sich sowohl in Großstädten als auch in kleineren Regionen noch gute Chancen ergeben.

Der Standort sollte jedoch nicht nur den zukünftigen Bewohnern den Anschluss an das allgemeine Leben ermöglichen, sondern auch eine gute Erreichbarkeit für Personal und Angehörige sicherstellen. Dies bedeutet, dass eine gute infrastrukturelle Anbindung über den öffentlichen Nahverkehr gegeben sein sollte, die wohnqualitätsinzidierend zu bewerten ist. Ein Standort im Gewerbegebiet oder an Autobahnen bzw. Bundesstraßen ist in den meisten Fällen bereits ein klares Ausschlusskriterium. Sollte sich eine Liegenschaft an einer stark befahrenen Straße befinden, ist es essenziell, dass die rückwärtige Seite des Gebäudes einen Grünblick oder eine angrenzende attraktive Nachbarschaft bietet. Zudem sollte das allgemeine Image der Mikrolage als Wohn- und Aufenthaltsstandort positiv zu bewerten sein.

Aus baurechtlicher Perspektive lässt sich eine Umwidmung vom gewerblichen Kurzzeitwohnen, wie bei Hotels der Fall, zu wohnwirtschaftlichen Langzeitaufenthalten in den meisten Fällen verwirklichen, da die Städte und Kommunen ein starkes Interesse an der Schaffung von Pflege- und Seniorenimmobilien haben.

### **2. Größe und Flächenprogramm**

Als Faustformel sollte für die Realisierung eines wirtschaftlichen Pflegekonzepts grundsätzlich eine Fläche von mindestens 3.500 m<sup>2</sup> BGF zur Verfügung stehen. Die konkreten Möglichkeiten zur Nutzung dieser Flächen hängen wiederum von diversen Parametern ab. Beispielsweise ist bei einer nicht veränderbaren Flurbreite von weniger als 2,0 m die Nutzung als vollstationäre Pflegeeinrichtung nur im Sonderfall möglich. Zudem sollte hierbei auch eine ausreichend große Dimensionierung der Geschossgrößen von mindestens 600 m<sup>2</sup> NGF und idealerweise mindestens 1.000 m<sup>2</sup> für den Betrieb effizienter Wohnbereiche und Hausgemeinschaften berücksichtigt werden. Für den Betrieb einer Tagespflege sollte hingegen eine wirtschaftliche Größe von mindestens 350 m<sup>2</sup> zur Verfügung stehen. Für die Gestaltung von 1 bis 3 Zimmer großen Seniorenwohnungen sollten zwischen 30 und 80 m<sup>2</sup> für Wohnungen mit Küche, zusätzlichem Abstellraum und einer Nasszelle von mindestens 4 m<sup>2</sup> einkalkuliert werden. Zudem sollten Balkone vorhanden oder baulich möglich sein.

Restaurants und Tagungsräume können in vielen Konzepten als Gemeinschaftsflächen wie Besucherlounge oder Cafeteria umgenutzt werden. Ebenso können vorhandene Spa-Anlagen übernommen und angepasst werden, um gehobeneren Leistungen als Teil des Serviceangebots vorzuhalten. Weitere Funktionsräume wie z. B. Wäscherei, Küche, Lagerräume und Räume für die Verwaltung sollten hierbei ebenfalls mit eingeplant werden.

## 3. Strukturelle Anforderungen

Um größere Umbauten mit statischen Eingriffen zu umgehen, sollte die Immobilie mehrere Kriterien bereits erfüllen. Ein wichtiges Kriterium hierbei ist die Einhaltung der DIN 18040-2 zum barrierefreien Bauen. Insbesondere im Hotelsegment ist diese jedoch nur sporadisch umgesetzt.

Zusätzlich ist zu beachten, dass die Geschosse keine Rampen oder Steigungen von mehr als 6 Prozent aufweisen und Bewegungsflächen von mindestens 1,5 m x 1,5 m vorhanden sind. Für eine rollstuhlfreundliche Umgebung sollten Türen eine Breite von 90 cm nicht unterschreiten.

Umnutzungspotenzial  
zu Pflege- und  
Senioreneinrichtungen

ca. 1.500 Hotels

Hotels, die die  
Mindestanforderung  
der BGF erfüllen

ca. 5.000 Hotels

Umnutzungspotenzial  
von **ca. 30.000 Hotels**  
innerhalb Deutschland.

### Fazit

*Auf dem Hotelimmobilienmarkt werden sich mittelfristig vermehrt attraktive Ankaufsmöglichkeiten ergeben, für die eine Umnutzung zu Pflegeeinrichtungen naheliegend erscheint. Obwohl die spezifischen Anforderungen der jeweiligen Konzepte die tatsächliche Anzahl der Umnutzungsmöglichkeiten stark reduzieren, sind dennoch sicherlich mehr als 1.500 Beherbergungsbetriebe als geeignet einzustufen. Dies macht zwar lediglich in etwa 5 Prozent des gesamten Hotelmarktes von etwa 30.000 Beherbergungsbetrieben aus, ist aber dennoch eine signifikante Zahl.*

# Drittverwendungspotenzial im Hotelsegment: Healthcare Immobilie

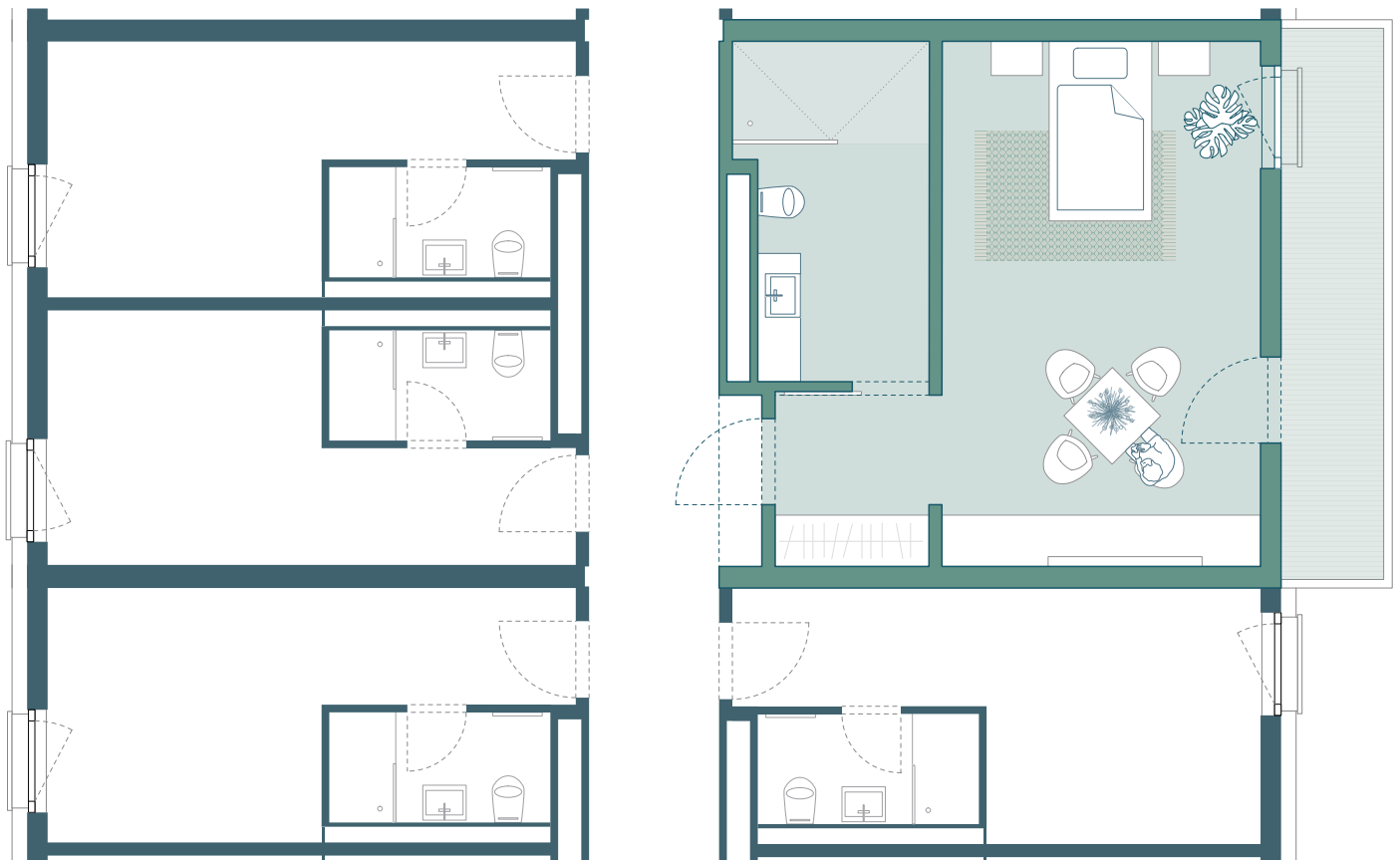
Als Leitfaden zur Prüfung einer Umnutzung empfiehlt sich nachfolgende Vorgehensweise

1. Prüfung des Standortes – Festlegung des genauen seniorenspezifischen Nutzungskonzepts
2. Prüfung des gebäudestrukturellen / statischen Rasters hinsichtlich Veränderung der Raumstruktur und Barrierefreiheit
3. Erste grobe Kostenschätzung für erforderliche Umbaumaßnahmen
4. Prüfung des Einstandspreises / Residualwerts
5. Prüfung Baurecht / Planungsänderung
6. Identifikation Betreiberpartner / Mieter

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich die genaue Analyse und Prüfung von Hotelimmobilien für die Umnutzung zu einer Pflege- oder Seniorenwohnform immer lohnt, insbesondere auch dann, wenn es sich um nicht mehr zeitgemäße Gebäude- und Betriebsstrukturen von Hotels handelt

oder aber das aktuelle Nutzungskonzept für den jeweiligen Standort nicht mehr nachhaltig ist. Eine zielgerichtete initiale Machbarkeitsanalyse kann ein erster, aber erfolgversprechender Schritt sein, eine Immobilie oder ein Immobilienportfolio mit mehr Nachhaltigkeit und Kredit-Points für die ESG-Konformität aufzuwerten.

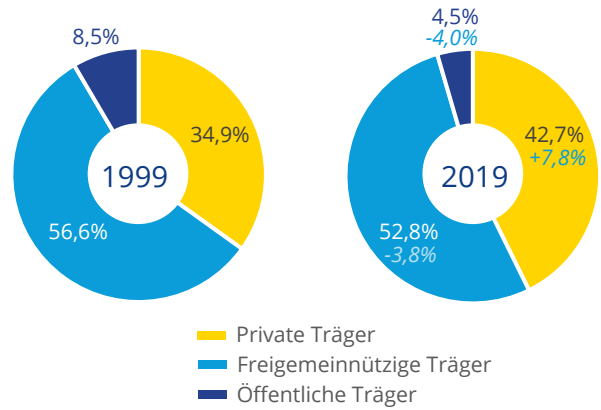
## Beispiel einer Umnutzung von Hotel in Seniorenwohnen



# Kapitel 4

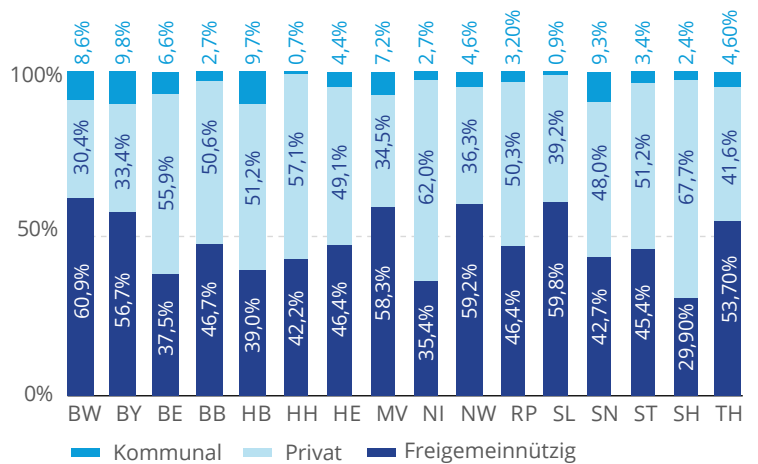


## Marktanteile der Betreiberstruktur nach Trägerart /-schaft bei stationären Pflegeheimen in Deutschland



Quelle: Pflegestatistiken 1999-2019

## Verteilung der Trägerschaft nach Bundesländern



Quelle: Trasenix, Stand: Juni 2021

# Betreiberimmobilie Pflegeheim

Pflegeimmobilien sind Betreiberimmobilien. Bei Pflegeimmobilien werden in der Regel langfristige Mietverträge mit einem Betreiber abgeschlossen. Oftmals handelt es sich um „single tenant“-Objekte. Demzufolge kommen der Bonität des Betreibers, den wesentlichen Stellschrauben für einen nachhaltigen Betrieb sowie der nachhaltigen Pachtansätze große Bedeutung zu. Seit mehreren Jahren lassen sich in der Betreiberlandschaft vermehrt Veränderungen in Richtung Professionalisierung und Konsolidierung beobachten. Zudem gibt es zwei wesentliche Faktoren, die für die nachhaltige Pachtzahlung von Bedeutung sind: die besondere Ertragsstruktur vollstationärer Pflegeeinrichtungen mit den für die Pachtzahlung relevanten Investitionskosten und die direkten Leistungserbringer der Pflegeleistungen – die Fachkräfte.

## **1. Betreibermarkt – dynamische Defragmentierung**

### **1.1 Übersicht & Struktur des Pflegeheimmarktes**

Der deutsche Pflegeheimmarkt ist auf den ersten Blick immer noch fragmentiert und intransparent. Gleichzeitig hat er sich aber in den letzten Jahren bereits stark konsolidiert und professionalisiert – bei steigenden Auslastungsquoten der vorhandenen Einrichtungen. Für internationale Betreiberfirmen und Finanzinvestoren sind selbst die vielen länderspezifischen Gesetzgebungen, die einen sehr hohen Regulierungsgrad zur Folge haben, kein Grund, Deutschland zu meiden. Das Gegenteil ist der Fall, denn die Zersplitterung bietet Investoren viele Eintrittspforten in den Markt und Möglichkeiten, „buy & build“-Strategien umzusetzen.

Die Mehrheit der vollstationären Pflegeheime wird traditionell von freigemeinnützigen Trägern betrieben. Dazu gehören auf der einen Seite die kirchlichen Träger wie Caritas oder Diakonie und auf der anderen Seite Wohlfahrtsverbände wie beispielsweise die Arbeiterwohlfahrt (AWO). Dieses Bild zeigt sich noch heute, ihr Anteil hat über die Jahre aber stetig abgenommen. 1999, im ersten Jahr des amtlichen Beginns für die Erhebung der Pflegestatistik, betrug er noch 56,6 Prozent. Im Jahr 2019 lag er bei einem Wert von knapp 53 Prozent. Als Gewinner gelten die privaten Betreiber. Sie blicken auf ein jahrelanges Wachstum zurück, das sich zuletzt bei einem Anteil von rund 43 Prozent eingependelt hat. Als Gründe für die Steigerung der letzten Jahre gelten große Betreiberübernahmen durch private Pflegekonzerne und erhöhte Neubauaktivität bei privaten Pflegeheimbetreibern. Vieles deutet darauf hin, dass sich das Wachstum fortsetzen und mittelfristig sogar ein Marktanteil von 50 Prozent erreicht sein wird.

Die Verteilung der Trägerschaft variiert stark nach Bundesland. Während in Bundesländern wie Bayern, Baden-Württemberg, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und im Saarland die freigemeinnützigen Träger den Hauptanteil ausmachen, sind in Berlin, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein die privaten Träger stärker vertreten.



## 1.2 Einstiegschance für Investoren – Trend zur weiteren Konsolidierung des Betreibermarktes

Der fragmentierte deutsche Betreibermarkt eröffnet genügend Chancen für Betreiber und Investoren zum Eintritt in den Markt, aber auch für bereits am Markt agierende Betreiberunternehmen. Es gibt viele Betreiber, die über sehr wenige Pflegeheime verfügen und sich auf eine Region oder Stadt fokussieren. Regional operierende und kleinere Unternehmensgruppen unter ihnen werden so bei steigendem Wettbewerb zu potenziellen Übernahmekandidaten und stellen aussichtsreiche Investitionsziele dar.

In diesem Sinne hat die Kleinteiligkeit den notwendigen Spielraum für eine zunehmende Konsolidierung auf dem Betreibermarkt, wie sie in den letzten Jahren zu beobachten war, ermöglicht.

Und dieser Trend zur Konsolidierung lässt sich auch weiter beobachten, wie zuletzt bei der Übernahme des Berliner Betreibers Advita durch die französische Domus Vi Group. Weiterhin bringt die zunehmende Konsolidierung von kleineren Betreibern eine hohe Professionalisierung in den Prozessen und Strukturen mit sich.

Zudem war der Markt in den letzten Jahren auch von M&A Transaktionen von größeren Betreibergruppen geprägt, die die Build-and-Buy Strategie verfolgen. Hier liegt die Motivation für eine Transaktion in der Realisierung von Gewinnen der meist durch Private Equity finanzierten Unternehmen.



# Betreiberimmobilie Pflegeheim

## Betreiberübernahmen 2019/21

### Mai 2019

Alloheim übernimmt Pro Talis Gruppe  
(14 Pflegeheime)

### Oktober 2019

Kos SpA übernimmt Charleston Holding  
GmbH (47 Einrichtungen)

Schönes Leben erwirbt MEDIKO Gruppe  
(20 Pflegeheime)

### Januar 2020

Übernahme der Novita durch die ERLBAU  
Deggendorf GmbH & Co. KG (11 Pflegeheime)

Argentum Pflege Holding GmbH erwirbt die  
Deutsche Pflege und Wohnstift GmbH  
(17 Pflegeheime)

Alloheim übernimmt Moring Gruppe und  
Vital Wohnen Gruppe (10 Pflegeheime)

Quadriga Capital übernimmt Medical Senio-  
ren-Park Holding GmbH (6 Pflegeheime) und  
sechs stationäre Einrichtungen der Convivo  
Gruppe (6 Pflegeheime)

### Mai 2020

Übernahme der Qualivita AG durch Korian  
(13 Pflegeeinrichtungen)

### Nov. 2020

Domidep übernimmt Römergarten Resi-  
denzen GmbH und Römergarten Senioren-  
Residenzen Ba-Wü GmbH (20 Pflegeheime)  
- größte Übernahme 2020 im Bereich der  
Betreiber für vollstationäre Pflegeheime

Curata Care Holding übernimmt  
KMG Pflegeeinrichtungen (6 Pflegeheime)

### Juli 2021

Die französische Domus Vi Group hat den  
in Berlin ansässigen Betreiber Advita  
übernommen



**Korian Deutschland** (19,7 %)

**Alloheim Seniorenresidenz** (17,7 %)

**Orpea Deutschland** (12,8 %)

**Schönes Leben Gruppe** (5,6 %)

**Nationale Betreiber** (44,2 %)

Quelle: Colliers Research; Daten: Trasenix

## Kostenbestandteile

## Kostenträger

<p><b>INVESTITIONSKOSTEN</b> Kosten der Immobilie und des Inventars (10 – 20%)</p>	>	<p>Pflegebedürftige (Sozialhilfeträger)</p>
<p><b>UNTERKUNFT &amp; VERPFLEGUNG</b> Kosten für Hauswirtschaft und Betriebsablauf (15 – 20%)</p>	>	<p>Pflegebedürftige (Sozialhilfeträger)</p>
<p><b>PFLEGEKOSTEN</b> (60 – 70%)</p>	>	<p>Pflegekasse</p>

# Betreiberimmobilie Pflegeheim

## Europäisierung des deutschen Altenpflegemarktes

Da die lange prophezeite demografische Entwicklung immer mehr zur Realität wird, steigt der Pflegebedarf stetig – aber nicht nur neue Pflegeplätze sind gefragt. Zusätzliche Investitionen sind notwendig, um alte Strukturen an die aktuellen gesetzlichen Vorgaben anzupassen und die steigende Nachfrage zu befriedigen. Freigemeinnützige oder öffentliche Träger sind oftmals nicht in der Lage, die notwendigen finanziellen Mittel für Projektentwicklungen auf die Beine zu stellen.

Das Kapital kommt von privatwirtschaftlich organisierten Betreibergesellschaften aus dem In- und Ausland, die expandieren möchten. Besonders ausländische Akteure, die mit gesättigten Heimatmärkten konfrontiert sind, sehen aufgrund einer

soliden Nachfrage nach Betreuungs- und Pflegeleistungen sowie einer stabilen Wirtschaftskraft die Chance, eine profitable Plattform bzw. Betreiberkette in Deutschland aufzubauen. Derzeit beträgt der Anteil der Betreiber mit internationaler Beteiligung 56% der Top-10 Betreiber. Gemessen an der Anzahl der Betreiber lässt sich dennoch eine Dominanz nationaler Betreiberfirmen beobachten, da nur vier Betreiberketten in den Top-10 vertreten sind, die von international agierenden Betreibern und Investoren geführt werden. Jedoch machen die Top-10 Betreiber, trotz einer Konsolidierung und Verdopplung des Marktanteils in den vergangenen Jahren, lediglich 14% des Gesamtmarktes aus. Der Anteil internationaler Betreiber am weiterhin stark fragmentierten und von freigemeinnützigen Trägern mehrheitlich geprägten Gesamtmarkt hat die Schwelle von 10% bereits überschritten.

## Top-10-Betreiber für stationäre Pflege

	Trägerart	Betreiber	Pflegeplätze	Pflegeeinrichtungen	Herkunft Eigentümer
1	Privat	Korian	27.109	254	Frankreich
2	Privat	Alloheim (Eigentümer: Nordic Capital)	23.180	243	Schweden
3	Privat	Victor's Group	14.462	114	Deutschland
4	Privat	Orpea	13.193	151	Frankreich
5	Privat	Kursana (Eigentümer: Dussmann Group)	9.638	96	Deutschland
6	Privat	Azurit-Hansa-Gruppe	8.240	82	Deutschland
7	Freigemein.	Johanniter Seniorenhäuser	7.896	93	Deutschland
8	Privat	Schönes Leben Gruppe (Eigentümer: Waterland)	7.463	94	Niederlande
9	Freigemein.	Evangelische Heimstiftung	6.693	95	Deutschland
10	Privat	DOMICIL Seniorenresidenzen	6.597	44	Deutschland

Quelle: Trasenix, Stand: Juni 2021

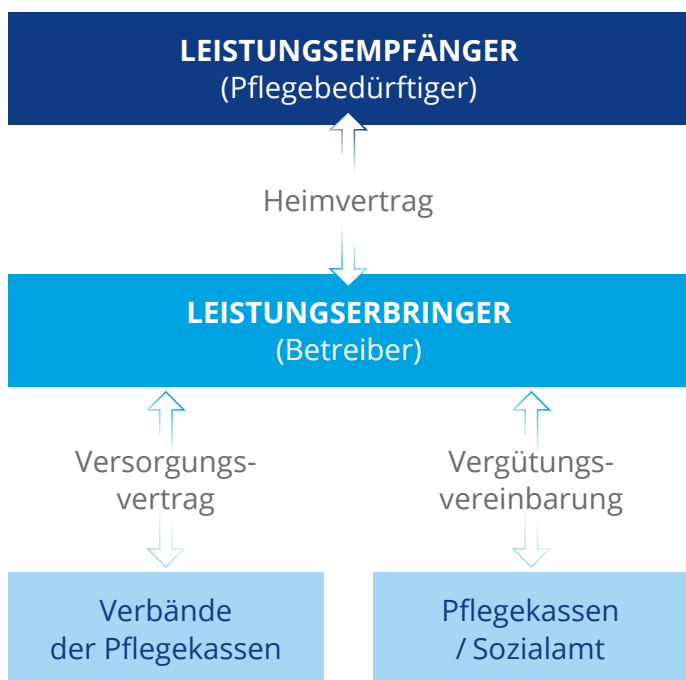
## 2. Ertragsquelle - Refinanzierung der Pacht durch Investitionskosten (stationäre Pflege)

Für Betreiber von vollstationären Pflegeeinrichtungen sind drei Säulen für den Umsatz relevant, aus denen sich das Heimentgelt zusammensetzt. Das sind die monatlichen Pflegekosten (Pflegesatz), die von der Pflegeversicherung bezuschusst werden, sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (insbesondere Reinigung, Energie, Essens- und

Getränkeversorgung). Die dritte Säule sind die Investitionskosten, die als ratierlicher, tagesgleicher Beitrag (Subjektförderung) die Herstellungsaufwendungen der Immobilie sowie deren fortlaufende Instandhaltungsaufwendungen abdecken. Sie gehören wie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung zum Eigenanteil des Pflegebedürftigen bzw. Versicherten und müssen selbst getragen werden oder mit Unterstützung der Angehörigen oder der Sozialhilfeträger.

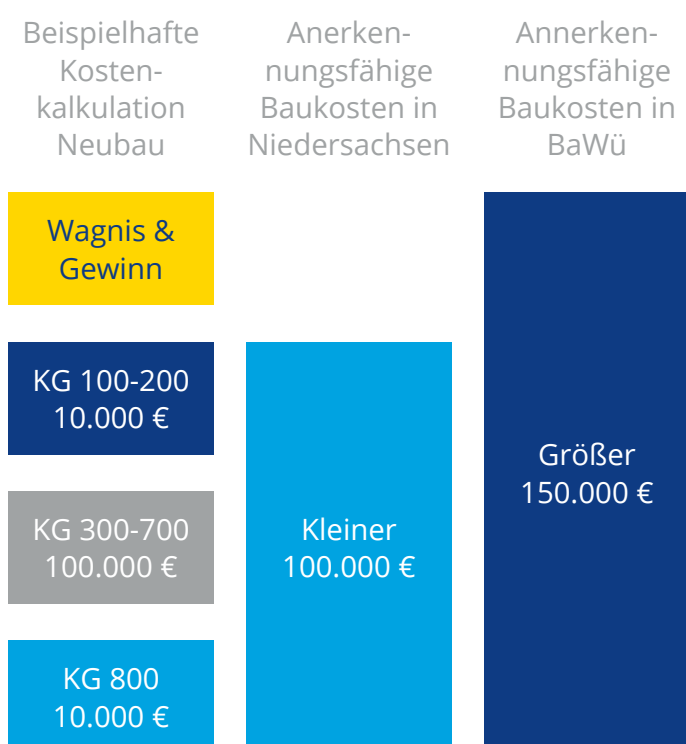
# Kapitel 4

## Finanzierung eines Pflegeplatzes



Quelle: immoTISS care

## Refinanzierung der Baukosten eines Pflegeplatzes



Quelle: immoTISS care

## Rechtlicher Rahmen

Der Betreiber als Leistungserbringer schließt einen Versorgungsvertrag („Betriebslizenz“) und Vergütungsvereinbarungen gemäß SGB XI mit den Pflegekassen sowie dem Sozialhilfeträger ab, in denen die Höhe der Vergütungssätze für die vom Betreiber erbrachten Leistungen festgelegt werden. Mit dem Pflegebedürftigen, der Leistungsempfänger ist, wird seitens des Betreibers ein Heimvertrag unterzeichnet.

## Investitionskosten als Maßstab

Zu den Investitionskosten gehören Kosten, die durch Errichtung, Anschaffung, Instandsetzung oder -haltung von Inventar und betriebsnotwendigen Gebäudeteilen sowie damit verbundenen technischen Anlagen entstehen. Auch Pachtzahlungen, die der Betreiber zu zahlen hat, oder Abschreibungen und Darlehenszinsen sind Bestandteil der Investitionskosten. Eine Pacht ist dann nachhaltig, wenn die vereinnahmten Erlöse aus den Investitionskosten abzüglich des dem Betreiber zustehenden Betrags für seine Instandhaltungsverpflichtung (inkl. Inventar) den Pachtansatz bei der gegebenen oder kalkulatorisch nachhaltigen Auslastung – i. d. R. 95 Prozent – decken. Jeder Pflegeheimbetreiber vereinnahmt die Investitionskosten auf den Tag genau. Diese dürfen auf die pflegebedürftigen Bewohner bzw. deren unterstützenden Angehörigen oder den Sozialhilfeträger umgelegt werden – allerdings nur betriebsnotwendige und angemessene Kosten – und entsprechen vom Prinzip her der Kaltmiete einer Wohnung.

Investitionskosten gelten als Indikator für die Nachhaltigkeit der Pacht und als Maßstab für eine Investition in eine Pflegeimmobilie. Wobei es hier zu beachten gilt, dass vollstationäre Bestandspflegeeinrichtungen in der Vergangenheit bei der Erstellung durchaus auch öffentliche Fördermaßnahmen erhielten – in Form von direkten Zuschüssen. Weiterhin hängt die Höhe der Investitionskosten sowohl vom Alter der Immobilie ab als auch von länderspezifischen Berechnungssystematiken. In den ostdeutschen Bundesländern liegen die durchschnittlichen Investitionskosten niedriger, da es in der Vergangenheit unter anderem eine großzügigere Förderpolitik als in den westlichen Bundesländern gab.

# Betreiberimmobilie Pflegeheim

Gemessen an der gesamten Ertragsstruktur eines Pflegeheimbetriebes, liegen die Erlöse aus den Investitionskosten in der Regel bei 10 bis 20 Prozent der gesamten Erträge. Bei neuen Einrichtungen liegen die Erlöse naturgemäß im oberen Bereich der Spanne.

## Refinanzierung der Investitionskosten

Mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) im Jahr 1995 wurde die „duale Finanzierung“ eingeführt, nach der die Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert in Rechnung gestellt werden. Im Rahmen der landesrechtlichen Ausgestaltungen haben in der Folge die einzelnen Bundesländer eigenständige Regelungen für die Förderung sowie Finanzierung der Investitionskosten mit sehr unterschiedlichen Förder- und Refinanzierungsstrukturen entwickelt. In einigen Ländern erhielten Betreiber innerhalb eines definierten Zeitrahmens eine Objektförderung in Form von nicht rückzahlbaren Investitionszuschüssen für die Errichtung der Pflegeeinrichtungen, andere Bundesländer haben die Finanzierung direkt auf eine Subjektförderung umgestellt, bei der letztlich die Pflegebedürftigen unter Einbeziehung ihrer eigenen Einkommens- und Vermögensverhältnisse entsprechende Zuwendungen des Landes (meist sozialhilferechtlichen Regelungen folgend) erhalten. Für Pflegebedürftige, deren Einkommen und Vermögen nicht ausreichend ist, übernehmen Sozialhilfeträger anteilig die Investitionskosten – aber nur, wenn zwischen dem Kostenträger und dem Heimträger über die Übernahme eine Vereinbarung getroffen wurde. Die Abrechnung der Kosten richtet sich nach Genehmigungsvorbehalt bzw. einer Angemessenheitsbeurteilung durch die Sozialhilfeträger. Als beeinflussende Faktoren für die Angemessenheitsbeurteilung gelten die Höhe der anererkennungsfähigen Baukosten und Gebäudeflächen, der Refinanzierungszeitraum der Anlagegüter sowie – pauschal – Instandhaltungsaufwendungen. Die anererkennungsfähigen Baukosten weisen je nach Bundesland eine erhebliche Bandbreite auf. In Baden-Württemberg reichen sie bereits über 150.000 Euro, während sie in Niedersachsen unter 100.000 Euro liegen. Anders gestaltet sich die Thematik bei Selbstzahlern, mit denen individuelle Vereinbarungen,

z. B. die Zimmergröße betreffend, getroffen werden können. Eine Anpassung der Investitionskosten ist in diesem Fall rechtfertigbar (siehe auch [Kapitel 5 Ziffer 5.]).

## 3. Pflegefachkräfte wichtig für den Ertrag des Betreibers

Für Pflegeheimbetreiber entscheidet die Personalsituation über die Wirtschaftlichkeit eines Betriebes, die meist erst ab einer Belegungsquote von 90 Prozent erreicht wird. In manchen Pflegeheimen bleiben die Auslastungszahlen jedoch hinter der tatsächlichen Nachfrage zurück, da die vorgeschriebene Pflegefachkraftquote von 50 Prozent in der stationären Pflege, die in der „Heimmindestpersonalverordnung“ bundesweit geregelt ist, nicht erfüllt wird und ein Aufnahmestopp durch die Aufsichtsbehörden verhängt werden kann.

## Strategien gegen Personalmangel

Bei der Personalgewinnung spielt die marktgerechte und adäquate Bezahlung für das Pflegepersonal eine wichtige Rolle, aber sie ist nicht allein ausschlaggebend. Weitere Kriterien, die potenzielle Mitarbeiter in der Entscheidung für einen Standort beeinflussen, sind ein gutes Betriebsklima, arbeitnehmerfreundliche Strukturen sowie eine ansprechende Gestaltung der Pflegeimmobilie durch helle und freundliche Raumkonzepte. Ein angenehmes Ambiente ist nicht nur für die Bewohner, sondern auch für die Fachkräfte von Vorteil, die sich einen modernen und attraktiven Arbeitsplatz wünschen. Wenn der Standort sich auch noch als gut erreichbar mit öffentlichen Verkehrsmitteln erweist, zieht das Fachkräfte zusätzlich an. Für Immobilieninvestoren empfiehlt sich eine genaue Prüfung des Betreibers, der für regelmäßige Mietzahlungen verantwortlich ist, anhand von Faktoren, die auf das Halten und Gewinnen von Fachkräften abzielen. Wenn das Betreibermanagement einen guten Ruf genießt und ausreichend Anreize für seine Mitarbeiter bietet, kann die Pflegeimmobilie wirtschaftlich betrieben werden und so eine höhere Sicherheit für Investoren bieten.

# Kapitel 5



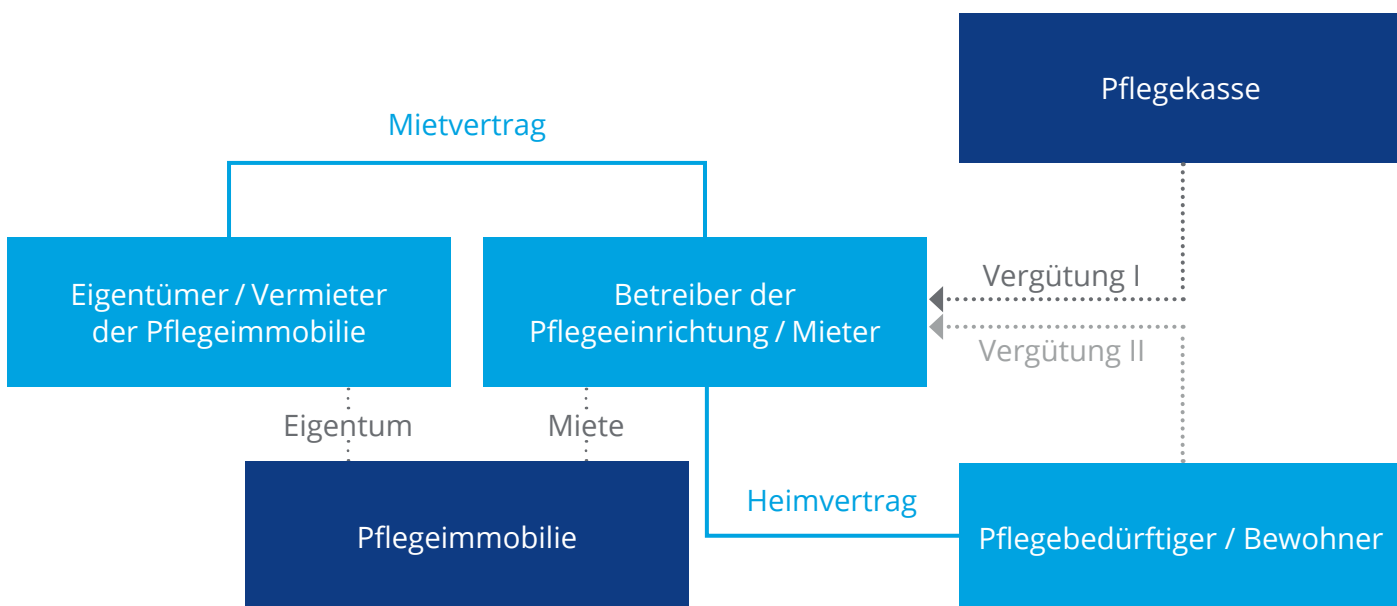
# Regulatorischer Rahmen und Struktur

## 1. Struktur und Rechtsbeziehungen bei Pflege- und Seniorenimmobilien

Im Fokus der rechtlichen Aspekte, die im Zusammenhang mit vermieteten Pflegeimmobilien zu berücksichtigen sind, steht das Verhältnis zwischen dem Eigentümer der Immobilie als Vermieter (nachfolgend „Eigentümer“) und dem Betreiber der Pflegeeinrichtung als Mieter (nachfolgend „Betreiber“ genannt) sowie das Verhältnis zwischen dem Betreiber und den Bewohnern der Pflegeimmobilie. Diese Struktur, die dem Betrieb einer Pflegeimmobilie zugrunde liegt, sieht üblicherweise vor, dass es sich bei Eigentümer und Betreiber der Pflegeimmobilie um zwei verschiedene (juristische) Personen handelt. Zu diesem Zweck vermietet oder verpachtet der Eigentümer das Grundstück, auf dem die Pflegeimmobilie errichtet wurde, an den Betreiber. Dieser wiederum vermietet sodann die einzelnen Zimmer und/oder Wohneinheiten der Pflegeimmobilie an die Bewohner unter.

Die mietrechtlichen Vorgaben sind abhängig vom jeweiligen Vertragsverhältnis und ergeben sich, unter anderem, aus dem Miet-, Pacht- und Wohnraummietrecht. Neben den mietrechtlichen Vorgaben sind seitens des Betreibers weitere Vorgaben, die den Betrieb der Pflegeimmobilie regeln, zu beachten. Diese sich im Wesentlichen aus dem Heimrecht ergebenden Vorgaben sind unmittelbar nur an den Betreiber adressiert und von diesem zu beachten, können aber auf vertragliche Regelungen zwischen Eigentümer und Betreiber Einfluss nehmen.

### Klassische Strukturierung von Pflegeimmobilien



## 2. Eigentümer-Betreiber-Verhältnis: Unterscheidung zwischen Miet- und Pachtvertrag

Die Vereinbarung über die Nutzung der Pflegeimmobilie erfolgt üblicherweise durch Abschluss eines Miet- oder Pachtvertrages zwischen Eigentümer und Betreiber. Obgleich die überwiegenden Vorschriften, die auf Pachtverträge anzuwenden sind, dem Mietrecht entstammen, unterscheiden sich Miet- und Pachtverträge in einigen wesentlichen Punkten. Zwar gewähren beide Vertragstypen dem Betreiber der Pflegeimmobilie den Gebrauch, allerdings ist der Pächter im Gegensatz zum Mieter auch zur „Ziehung der Früchte“ der Immobilie berechtigt. Dies bedeutet, dass der Pächter die wirtschaftlichen Erträge und Gewinne aus der Immobilie behalten und verwerten darf. Die Berechtigung zur Fruchtziehung ist insbesondere relevant, wenn der Pächter die Pflegeimmobilie mitsamt Inventar pachtet, da er aus dem Gebrauch des Inventars Erträge generiert, die sich wiederum in einem finanziellen Gewinn manifestieren und die er ansonsten nicht behalten dürfte. Der Mieter, dem die „Fruchtziehung“ nicht zusteht, darf die Pflegeimmobilie im Gegensatz dazu nur nutzen, die Erträge, die sich aus dem Gebrauch des Inventars ergeben, jedoch nicht behalten. Aufgrund dessen werden in der Praxis zumeist Pachtverträge vereinbart, wenn der Betreiber neben der Pflegeimmobilie auch das Inventar pachtet. Sofern lediglich der Gebrauch der Pflegeimmobilie gewährt werden soll, genügt regelmäßig die Vereinbarung eines Mietvertrages.



# Regulatorischer Rahmen und Struktur

## 3. Regulatorischer Rahmen für Betreiber von Pflegeeinrichtungen und Auswirkungen auf Eigentümer

Neben den grundsätzlich üblichen vertraglichen Vereinbarungen zur Überlassung von Miet- oder Pachtflächen regeln vielfältige rechtliche Vorgaben den Betrieb der Pflegeeinrichtung und sind unmittelbar an den Betreiber gerichtet. Sie ergeben sich unter anderem aus den sozialrechtlichen Vorschriften (SGB XI) in Verbindung mit vertraglichen Vereinbarungen mit den Sozialleistungsträgern (z. B. Versorgungsverträge mit den gesetzlichen Pflegeversicherungen), den heimrechtlichen Regelungen des betroffenen Bundeslandes (z. B. heimbaurechtliche Anforderungen oder investitionskostenrechtliche Bestimmungen, siehe [5]) sowie weiteren Vorschriften, die z. B. das Verhältnis zwischen dem Betreiber und den pflegebedürftigen Bewohnern regeln (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz, WVBVG).

Im Unterschied zum Betreiber der Pflegeeinrichtung als Adressat einer Vielzahl von gesetzlichen Vorgaben richten sich unmittelbar an den Eigentümer grundsätzlich keine heimrechtlichen Bestimmungen. Dies führt jedoch keineswegs dazu, dass das Verhältnis zwischen Eigentümer und Betreiber vollkommen losgelöst von den rechtlichen Vorgaben für den Betrieb von Pflegeeinrichtungen ausgestaltet werden kann. Vielmehr haben einige Vorschriften indirekte – mitunter kommerziell nicht unwesentliche – Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen Eigentümer und Betreiber.

Eine sehr zentrale Frage, die auch für den Fortbestand der Pflegeeinrichtung in der Pflegeimmobilie relevant ist, kann sich aus veränderten heimbaurechtlichen Anforderungen ergeben. Im Miet- bzw. Pachtvertrag ist dabei grundsätzlich eine vertragliche Vereinbarung darüber zu treffen, welche Partei für die Einhaltung der heimbaurechtlichen Anforderungen bei Beginn des Miet- oder Pachtvertrags sowie für während der Laufzeit neu eingeführte bzw. abgewandelte Anforderungen verantwortlich ist. Erfahren die heimbaurechtlichen Anforderungen nach Abschluss des Miet- bzw. Pachtvertrags eine grundlegende Änderung (z. B. Geltung einer maximalen Bettenzahl pro Pflegeeinrichtung oder

Veränderung der Mindestgrößen für Bewohnerzimmer), trifft die Pflicht zur Finanzierung von Umbauarbeiten, die erforderlich sind, um die neuen heimbaurechtlichen Vorgaben einzuhalten, die in der vertraglichen Regelung vereinbarte Partei. Gesetzliche Vorgaben oder Richtlinien, die eine generelle Zuordnung der Verantwortlichkeit zum Betreiber oder zum Eigentümer vorsehen würden, sind nicht vorhanden. Letztlich wird die Frage der vertraglichen Ausgestaltung und Zuordnung dieser Verantwortlichkeit im Kontext des wirtschaftlichen Gesamtkonzepts und der Verteilung der wirtschaftlichen Risiken zwischen den Vertragsparteien zu beantworten sein. Je nach Allokation dieser wirtschaftlichen Risiken können individuell abgestimmte vertragliche Lösungen für die Zuweisung dieser Verantwortlichkeit entwickelt und umgesetzt werden. Die heimbaurechtlichen Anforderungen und deren vertragliche Abbildung können insoweit sehr relevante Auswirkungen auf die Vertragsverhandlungen zwischen Eigentümer und Betreiber haben.

Weitere Beispiele für mittelbare Auswirkungen rechtlicher Vorgaben auf das Verhältnis zwischen Eigentümer und Betreiber betreffen die Vereinbarungen zur Miete und deren Refinanzierbarkeit über Investitionskosten.

## 4. Unterschiedliche Wohnformen, unterschiedliche heim(bau)rechtliche Anforderungen

Je nach Einordnung der Pflegeeinrichtung in eine der landesgesetzlich vorgegebenen Wohnformen bzw. Kategorien von Pflegeeinrichtungen ergeben sich je nach Bundesland unterschiedliche rechtliche Anforderungen aus den 16 Landesheimgesetzen. Typischerweise enthalten die Landesheimgesetze drei verschiedene Bereiche der Regulierung: heimbaurechtliche Anforderungen, Vorgaben zum Pflegepersonal sowie Vorgaben zur Mitbestimmung der Bewohner.

### 4.1 Stationäre Pflegeeinrichtungen

Stationäre Pflegeeinrichtungen unterliegen grundsätzlich den strengsten heimbaurechtlichen Anforderungen. Neben vielen weiteren baurechtlichen Vorschriften (z. B. Vorgaben zu Gemeinschaftsflächen, Pflegebädern und sanitären Einrichtungen, Therapieräumen, Barrierefreiheit etc.) sind die folgenden drei Kriterien besonders maßgeblich:

- Verhältnis zwischen Einzel- und Doppelzimmern (auch Einzelzimmerquote genannt)
- Vorgaben zu Mindestgrößen von Einzel- und Doppelzimmern
- Kapazitätsbegrenzungen, d. h. Begrenzung der maximalen Bettenzahl pro Pflegeeinrichtung.

Nach der Föderalismusreform im Jahr 2006, durch welche die Kompetenz zur Regelung der heimrechtlichen Vorschriften vom Bund auf die Bundesländer übergegangen ist, haben die Bundesländer im Verlauf der Zeit eigene heimrechtliche Gesetze und Vorschriften erlassen. Mittlerweile gibt es in jedem Bundesland ein entsprechendes Heimgesetz, das entweder in allen genannten Regelungsbereichen

(Baurecht, Pflegepersonal, Mitbestimmung) oder nur in Teilen Regelungen mit unterschiedlichem Detailgrad vorsieht. Einige Bundesländer, z. B. Bayern oder Mecklenburg-Vorpommern, haben ihre Heimgesetze bereits einmal oder mehrfach nach dem erstmaligen Inkrafttreten überarbeitet oder ergänzt.

Nur wenige Bundesländer, z. B. Niedersachsen oder Thüringen, haben bislang keine eigenen heimbaurechtlichen Vorgaben, z. B. Mindestgrößen für Bewohnerzimmer, erlassen. In all diesen Bundesländern (neben den genannten zudem Bremen, Saarland und Sachsen-Anhalt) laufen derzeit Gesetzgebungsverfahren für den Erlass entsprechender Regelungen. Bis zum Geltungsbeginn landesspezifischer Regelungen gelten die Bestimmungen der Heimmindestbauverordnung, die vor 2006 als Bundesrecht einheitlich für alle Pflegeeinrichtungen in Deutschland verbindlich war, vorübergehend fort.

Insgesamt ist erkennbar, dass eine Mindestquote von Einzelzimmern in den landesrechtlichen Regelungen tendenziell zunimmt und die Mindestgrößen für Bewohnerzimmer in den meisten Bundesländern höher liegen als die Anforderungen der damaligen Heimmindestbauverordnung (mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen, die die Mindestgrößen aus der Heimmindestbauverordnung in den landeseigenen Regelungen übernommen haben). Vorgaben zur maximalen Bettenzahl kommen unter den aktuell geltenden heimrechtlichen Vorschriften bislang nur vereinzelt vor (Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen).

Eine Übersicht über die im Grundsatz für Neubauten geltenden Anforderungen in den Bundesländern mit Blick auf die oben genannten zentralen drei Kriterien enthält die nachfolgende Tabelle:

# Regulatorischer Rahmen und Struktur

## Aktuelle heimbaurechtliche Anforderungen bzgl. Einzel-/ Doppelzimmerquote, Zimmergrößen und Bettenzahl

	Einzel-/ Doppelzimmer	Mindestgrößen (in m <sup>2</sup> )	Maximale Bettenzahl
Baden Württemberg	100 % EZ	EZ: 14 / DZ: /	100
Bayern	Angemessene Anzahl EZ	EZ: 14 / DZ: 20	/
Berlin	Mind. 60 % EZ	EZ: 14 / DZ: 22	/
Brandenburg	Grundsätzlich EZ	EZ: 14 / DZ: 24	/
Bremen*	/	EZ: 12 / DZ: 18	/
Hamburg	100 % EZ	EZ: 14 / DZ: /	/
Hessen	/	EZ: 14 / DZ: 24	/
Mecklenburg-Vorpommern	/	EZ: 12 / DZ: 18	/
Niedersachsen*	/	EZ: 12 / DZ: 18	/
Nordrhein Westfalen	100 % EZ	EZ: 14 / 2x EZ: 24	80 (Ausn. bis zu 120)
Rheinland-Pfalz	/	EZ: 14 / DZ: 20	/
Saarland*	60 % EZ	EZ: 12 / DZ: 18	/
Sachsen	/	EZ: 12 / DZ: 18	/
Sachsen-Anhalt*	/	EZ: 12 / DZ: 18	/
Schleswig-Holstein	75 % EZ	EZ: 14 / DZ: 20	/
Thüringen*	/	EZ: 12 / DZ: 18	/

\* Laufende Gesetzesvorhaben für landesspezifische Regelungen zur Ablösung der Heimmindestbauverordnung.

Quelle: Geltende gesetzliche Vorschriften in den jeweiligen Bundesländern

Im Zusammenhang mit diesen Vorgaben ist zu berücksichtigen, dass diese in erster Linie auf Neubauten Anwendung finden und von Bestandsbauten grundsätzlich nicht erfüllt werden müssen. Ausnahmen gelten – je nach landesrechtlicher Regelung – unter Umständen dann, wenn Bestandsbauten in einem wesentlichen Umfang umgebaut oder erneuert werden. In diesen Fällen unterfallen sie ggf. den zum Zeitpunkt des Umbaus geltenden Anforderungen für Neubauten.

Abweichend von diesem Grundsatz (sog. Bestandschutz) sehen einige Landesgesetze Anpassungspflichten vor, nach denen auch Bestandsbauten gewisse Anforderungen innerhalb einer vorgesehenen Frist umsetzen müssen. Beispielsweise ist

diese Umsetzungsfrist in Baden-Württemberg zum 01.09.2019 mit der Folge abgelaufen, dass seither die Bestandsbauten grundsätzlich nur maximal 100 Bewohnerplätze haben dürfen. Die Umsetzungsfrist bezog sich zudem auf die Mindestgrößen für Einzel- und Doppelzimmer sowie die Einzelzimmerquote von 100 Prozent. In Brandenburg lief am 01.07.2020 die Umsetzungsfrist zur Anpassung der Mindestgrößen für Einzel- und Doppelzimmer ab. Ganz besonders im Hinblick auf derartige Anpassungsfristen sollten sich Eigentümer von Pflegeimmobilien mit den geltenden heimbaurechtlichen Bestimmungen vertraut machen, um ggf. erforderlichen Anpassungsbedarf in den vertraglichen Regelungen mit dem Betreiber entsprechend abbilden und berücksichtigen zu können.

## 4.2 Ambulante Wohnformen / Betreutes Wohnen

Auch die heimrechtlichen Anforderungen an ambulante Wohnformen, die oftmals mit dem Begriff „Betreutes Wohnen“ pauschal umschrieben werden, sind in den Bundesländern unterschiedlich ausgestaltet. Allen ambulanten Wohnformen ist gemein, dass sie sich nach landesheimrechtlicher Perspektive von stationären Pflegeeinrichtung wesentlich unterscheiden: Die Pflegeleistungen werden in einem vom Bewohner selbst gewählten Umfeld erbracht (z. B. Wohngemeinschaft), in welchem dem Pflegeanbieter regelmäßig nur ein „Gaststatus“ zukommt. Die Bewohner können ihren Alltag

dort regelmäßig in einem gewissen Umfang (noch) eigenständig bestreiten. Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen erhalten demgegenüber Leistungen mit umfassendem Versorgungscharakter als einheitliches Leistungspaket (bestehend aus Verpflegung, Unterkunft, Pflege). Auch die Anzahl der in ambulanten Wohnformen betreuten Bewohner unterscheidet sich maßgeblich von stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Landesgesetze verwenden für die ambulanten Wohnformen verschiedene Begrifflichkeiten und weisen ihnen unterschiedliche Merkmale zu. Dennoch lassen sich insgesamt die folgenden drei übergeordneten Kategorien bilden:

Ambulante Wohnform	Typische Merkmale
<b>Anbieter-Wohngemeinschaften</b>	<p><b>Pflege und Wohnen als fixe Kombination („aus einer Hand“)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermieter und Anbieter der Pflegeleistungen sind identisch</li> <li>• Miet- und Pflegevertrag mit Bewohner ggf. miteinander verbunden</li> <li>• Mehrere Bewohner innerhalb einer Wohneinheit (begrenzte Bewohnerzahl)</li> <li>• Pflegeanbieter hat nur Gaststatus in Wohngemeinschaft</li> </ul>
<b>Private Wohngemeinschaften</b>	<p><b>Pflegeleistungen in frei wählbarem Umfeld</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewohner können Umfang der Pflegeleistungen frei wählen, z. B. auch durch Auswahl eines dritten Pflegeanbieters</li> <li>• Keine Verknüpfung zwischen Miet- und Pflegevertrag</li> <li>• Mehrere Bewohner innerhalb einer Wohneinheit (begrenzte Bewohnerzahl)</li> <li>• Eigenverantwortlichkeit der Wohngemeinschaft (wird auf Initiative der Bewohner gebildet, Pflegeanbieter hat keinen Einfluss auf Zusammensetzung; Bewohner haben volles Hausrecht)</li> <li>• Pflegeanbieter hat nur Gaststatus in Wohngemeinschaft</li> </ul>
<b>Servicewohnen</b>	<p><b>Service und Wohnen als fixe Kombination („aus einer Hand“); Pflegeleistungen optional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermieter und Anbieter der Serviceleistungen (z. B. Notrufdienst, Hausmeister-, Einkaufsservice) sind identisch</li> <li>• Freie Wählbarkeit von Pflegeleistungen (freie Wahl der Leistungen und des Anbieters; ggf. Vermittlung durch den Serviceanbieter)</li> </ul>

# Regulatorischer Rahmen und Struktur

In den landesrechtlichen Bestimmungen vielfach genutzte Begriffe sind z. B. ambulant betreute Wohngemeinschaft, selbstorganisierte Wohngemeinschaft oder Betreutes (Einzel-)Wohnen. Ergänzend sehen einige Landesgesetze auch „sonstige Wohnformen“ vor, um weitere Angebote, die ansonsten keiner Kategorie zuzuordnen sind, zu erfassen. Wohngemeinschaften für Intensivpflegebedürftige stellen keine eigenständige Gruppe unter den ambulanten Wohnformen dar, sodass diese im Grundsatz den allgemeinen Regelungen des jeweiligen Bundeslands unterliegen.

Welche Anforderungen für die einzelnen ambulanten Wohnformen gelten, bestimmt das jeweilige Landesrecht. Im Grundsatz lässt sich festhalten, dass Anbieter-Wohngemeinschaften einem niedrigeren Regulierungsniveau als stationäre Einrichtungen unterworfen sind, dennoch strengere Anforderungen als private Wohngemeinschaften erfüllen müssen. Beispielsweise müssen Anbieter-Wohngemeinschaften in einigen Bundesländern ebenfalls heimbaurechtliche Vorschriften sowie Vorgaben zur Mitbestimmung und zum Personal einhalten, die jedoch regelmäßig hinter den Voraussetzungen für stationäre Einrichtungen zurückbleiben. Zu beachten ist, dass in einigen Bundesländern Wohngemeinschaften, die eine gewisse Größe überschreiten, als stationäre Einrichtungen eingeordnet werden und folglich entsprechend höheren Anforderungen unterliegen.

Servicewohnen unterliegt, mit wenigen Ausnahmen, wenigen bis keinen heimrechtlichen Bestimmungen, teilweise ist diese ambulante Wohnform vom Anwendungsbereich der Landesheimgesetze ausdrücklich ausgenommen. Insgesamt erfordern ambulante Wohnformen daher stets eine genaue Prüfung anhand der jeweils geltenden Bestimmungen.

Bei ambulanten Wohnformen ist darüber hinaus zu beachten, dass die heimrechtliche Einordnung nicht zwingend mit der sozial- bzw. leistungsrechtlichen Einordnung übereinstimmen muss. Dies kann in der Praxis dazu führen, dass eine ambulante Wohnform von der zuständigen Aufsichtsbehörde nach den heimrechtlichen Bestimmungen aufgrund besonderer Umstände als stationäre Einrichtung eingeordnet wird (z. B. Wohngemeinschaft mit großer Bewohnerzahl), nach den sozial- und leistungsrechtlichen Bestimmungen unter anderem für die Zwecke der Vergütung hingegen von einer ambulanten Pflegeleistung auszugehen ist. Eine enge Abstimmung mit den jeweils zuständigen Institutionen bzw. Behörden ist daher unerlässlich.

## 5. Investitionskosten und Auswirkungen auf die Ausgestaltung der vertraglich vereinbarten Miete / Pacht

### 5.1 Vergütungsbestandteile des Betreibers einer stationären Pflegeeinrichtung

Die gesetzlichen Regelungen sehen vor, dass der Betreiber einer stationären Pflegeeinrichtung seine Vergütung aus verschiedenen, gesetzlich abschließend definierten Vergütungsbestandteilen erhält. Hierzu zählt neben der Pflegevergütung (Vergütung für die Erbringung von Pflegeleistungen) auch ein angemessenes Entgelt für Verpflegung und Unterkunft. Zusätzlich darf der Betreiber sog. betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen („Investitionskosten“) gegenüber dem Bewohner geltend machen.

Entscheidend ist, dass zwischen den genannten Vergütungsbestandteilen keine „Quersubventionierung“ durch den Betreiber erfolgen darf. Die gesetzlichen Regelungen untersagen es dem Betreiber, Aufwendungen, die den Investitionskosten zuzuordnen sind, in der Pflegevergütung oder dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung zu berücksichtigen.

### 5.2 Investitionskosten: relevant für Eigentümer und Betreiber

Aus Sicht des Betreibers ist für den wirtschaftlichen Betrieb einer Pflegeeinrichtung daher ganz maßgeblich, dass die mit dem Eigentümer vereinbarte Miete bzw. Pacht vollständig als Bestandteil der Investitionskosten berücksichtigungsfähig und auf die Bewohner umlagefähig ist. Daher sind die Höhe der vereinbarten Miete und mittelbar die umlagefähigen Investitionskosten für das Verhältnis zwischen Eigentümer und Betreiber von besonderer Bedeutung.

Zu den Investitionskosten zählen unter anderem Aufwendungen des Betreibers für (i) Maßnahmen (inkl. Kapitalkosten), die dazu bestimmt sind, die Gebäude der Pflegeimmobilie (inkl. sonstiger abschreibungsfähiger Anlagegüter) herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instand zu halten oder instand zu setzen und (ii) eine Miete oder Pacht, die für die Pflegeimmobilie vom Betreiber entrichtet werden muss.

Diese Investitionskosten können unter Einhaltung bestimmter Vorgaben vom Betreiber als zusätzlicher Vergütungsbestandteil gegenüber dem Bewohner geltend gemacht werden. Mit der Geltendmachung von Investitionskosten durch den Betreiber darf dieser keinen Gewinn erzielen, sondern nach dem Umlageprinzip nur tatsächlich angefallene Kosten ersetzt verlangen. Außerdem sind nur betriebsnotwendige Aufwendungen berücksichtigungsfähig.

Die Geltendmachung von Investitionskosten gegenüber Bewohnern setzt die Zustimmung der zuständigen Landesbehörde voraus, wenn die Pflegeeinrichtung eine landesrechtliche Förderung erhalten hat (sog. geförderte Einrichtung). Um eine Doppelfinanzierung von Aufwendungen (durch die Förderung und die Investitionskosten) zu vermeiden, muss der Betreiber eine Zustimmung der Behörde zur konkreten Höhe der Investitionskosten einholen, bevor er diese gegenüber den Bewohnern geltend macht. Pflegeeinrichtungen, die keine Förderung erhalten haben, müssen den Investitionskostenbetrag der zuständigen Behörde lediglich anzeigen.

Ein faktisches Erfordernis zur Genehmigung des Investitionskostenbetrags entsteht unabhängig vom Förderstatus auch dann, wenn eine Pflegeeinrichtung einen relevanten Anteil von Bewohnern hat, der die Investitionskosten nicht aus eigenen finanziellen Mitteln bestreiten kann. In diesen Fällen werden die Investitionskosten von den Sozialhilfeträgern übernommen. Dies setzt ein Einvernehmen mit dem jeweiligen Sozialhilfeträger über die Höhe der Investitionskosten voraus, das in den verschiedenen Bundesländern (und teilweise Kommunen) unterschiedlich ausgestaltet ist. Auch in Abwesenheit einer einheitlichen Regelung oder Verwaltungspraxis lässt sich feststellen, dass sich die Berechnung durch die Sozialhilfeträger oftmals an den Grundsätzen orientiert, die für die Berechnung von Investitionskosten bei geförderten Einrichtungen Anwendung finden.

# Regulatorischer Rahmen und Struktur

Der Regulierung von Investitionskosten sind oftmals intensive und kontroverse Diskussionen bei der Verhandlung der Miete bzw. Pacht geschuldet. Maßgeblich ist stets, ob die von den Parteien anvisierte Miete bzw. Pacht vom Betreiber im Wege der Investitionskosten refinanziert werden kann.

## **5.3 Berechnung der Investitionskosten: 16 verschiedene Wege**

Die Bestimmungen der 16 Bundesländer zur Berechnung der (maximalen) berücksichtigungsfähigen Investitionskosten bei Pflegeeinrichtungen „im Mietmodell“ sind höchst unterschiedlich. Auch für die Berechnung der Investitionskosten für Pflegeeinrichtungen, die selbst Eigentümer der Immobilien sind, sehen die landesrechtlichen Vorschriften sehr unterschiedliche Ausgestaltungen vor. Einige Bundesländer haben detaillierte Regelungen in Durchführungsverordnungen normiert, in anderen gibt es kaum gesetzliche Bestimmungen, sodass der etablierten Verwaltungspraxis eine wesentliche Bedeutung zukommt.

Zustimmungsbescheide für Investitionskostenbeträge werden in den meisten Bundesländern für einen bestimmten Zeitraum (1 bis 2 Jahre) erlassen. Unabhängig von dieser Geltungsdauer sehen die landesrechtlichen Bestimmungen teilweise vor, dass die Zustimmungsbescheide auch während dieser Dauer aufgehoben oder abgeändert werden können. Weiterhin können die Zustimmungen vorläufig erteilt, zeitlich befristet, inhaltlich beschränkt oder mit Nebenbestimmungen versehen werden, sodass mit einer einmal erteilten Zustimmung keine Rechtssicherheit „für alle Zeit“ erreicht werden kann.

Trotz der Unterschiedlichkeit der landesrechtlichen Regelungen gibt es einige Gemeinsamkeiten, wie z. B. den Umgang mit veränderten Aufwendungen auf Seiten des Betreibers und damit einhergehenden Neuberechnungen der Investitionskostenbeträge. Dem Grundsatz des Umlageprinzips folgend müssen die Investitionskostenbeträge angepasst werden, sobald sich die tatsächlichen Aufwendungen des Betreibers verändern, vor allem, wenn sie sich verringern. In den meisten Ländern ist daher gesetzlich geregelt, dass eine Neufestsetzung bei einer

Absenkung der Investitionsaufwendungen erfolgen muss mit der Konsequenz, dass die zu viel geforderten Beträge den Bewohnern zu erstatten sind. Die Schwellenwerte, ab wann eine Neuberechnung zu erfolgen hat, sind nicht einheitlich gesetzlich definiert. In der Regel erfolgt eine Neuberechnung bei einer Ermäßigung der Aufwendungen um mindestens 5 bzw. 10 Prozent. Zusätzlich sind entsprechende Nebenbestimmungen und Auflagen der Zustimmungsbescheide zu beachten. Vergleichbares gilt für eine Erhöhung der tatsächlichen Aufwendungen, die auf Antrag des Betreibers unter verschiedenen Voraussetzungen zu einer Neuberechnung führen können.

Eine Neuberechnung der Investitionsbeträge erfolgt auch dann, wenn sich die heimbaurechtlichen Anforderungen in einem Bundesland verändern und die Pflegeeinrichtung beispielsweise aufgrund von Anpassungspflichten für Bestandsbauten Umbaumaßnahmen durchführen muss. Die hierdurch verursachten Kosten zur Einhaltung der veränderten Bestimmungen, aber auch z. B. eine geänderte Bettenzahl, haben – je nach Berechnungsmodell und Bundesland – Auswirkungen auf die Berechnung der Investitionskosten.

Insgesamt setzt die Kalkulation der Investitionskosten – und damit die Verhandlung und Festlegung der Miete bzw. Pacht – für eine vermietete Pflegeimmobilie fundierte Kenntnisse der einschlägigen rechtlichen Grundlagen sowie der behördlichen Berechnungspraxis voraus.

## **5.4 Obergrenzen bzw. Höchstsätze für Miete bzw. Pacht als Bestandteil der Investitionskosten**

Die zwischen Eigentümer und Betreiber vereinbarten Miet- bzw. Pachtzahlungen sind nicht unbeschränkt im Rahmen der Berechnung der Investitionskosten berücksichtigungsfähig. Anderenfalls könnten willkürlich festgelegte und ausschließlich profitorientierte Mietsummen einschränkungslos auf Bewohner (und Sozialhilfeträger) umgelegt werden. Daher sehen nahezu alle landesrechtlichen Bestimmungen eine Deckelung der berücksichtigungsfähigen Miet- bzw. Pachtkosten vor.

Die Obergrenzen bzw. Höchstsätze sind in den 16 Bundesländern sehr unterschiedlich definiert. Die verschiedenen Regulierungsansätze lassen sich – unter Außerachtlassung der detaillierten Ausgestaltung, die sich für jedes Bundesland unterscheidet – wie folgt zusammenfassen:

- Einige Bundesländer (*z. B. Berlin, Bremen*) sehen eine Deckelung nur in Form einer Kopplung an die orts- und/oder marktübliche Miete vor. Die gesetzlichen Vorschriften legen regelmäßig nicht fest, wie die orts- bzw. marktübliche Miete bestimmt wird.
- Andere Bundesländer (*z. B. Brandenburg, Saarland*) sehen – zusätzlich zum Maßstab der Orts- oder Marktüblichkeit oder alternativ hierzu – eine Beschränkung durch eine abstrakte Vergleichsberechnung vor. Bei dieser werden die Investitionskosten entweder vergleichbarer Einrichtungen im Mietmodell oder, häufiger, vergleichbarer Einrichtungen im Eigentümermodell zugrunde gelegt.
- Eine kleinere Gruppe von Bundesländern (*hierzu zählen unter anderem Bayern und Hessen*) sehen eine konkrete Vergleichsberechnung vor, sodass für die konkrete Einrichtung berechnet wird, welche Investitionskosten berücksichtigungsfähig wären, würde die Immobilie im Eigentum des Betreibers stehen. Dies setzt die Vorlage entsprechender Dokumentation und Information gegenüber der Behörde voraus.
- *In Nordrhein-Westfalen*, wo mitunter die schärfsten und detailliertesten Regelungen Anwendung finden, hat der Betreiber ein Wahlrecht und darf nach bestimmten Maßgaben selbst festlegen, ob er eine konkrete oder fiktive Vergleichsberechnung zugrunde legen möchte.
- Eine weitere Gruppe von Bundesländern im nord- und ostdeutschen Raum (*darunter Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein*) sieht eine Kombination aus den verschiedenen Beschränkungsmodellen vor, indem grundsätzlich die Orts- bzw. Marktüblichkeit maßgeblich ist, aber auch eine abstrakte Vergleichsberechnung erfolgen kann. Für den Fall, dass Betreiber und Eigentümer rechtlich, personell oder wirtschaftlich miteinander verflochten sind, dient eine konkrete Vergleichsberechnung als Obergrenze.
- Lediglich *in Baden-Württemberg* enthalten die gesetzlichen Bestimmungen keine Regelungen zur Deckelung bzw. Berechnung der maximal zulässigen Miete bzw. Pacht. Stattdessen wurden in einer Vereinbarung, geschlossen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und dem Kommunalverband für Jugend und Soziales unter Moderation des Ministeriums für Soziales und Integration *Baden-Württemberg*, konkretere Regelungen zur Berechnung der Investitionskosten (vor allem bei Immobilien im Eigentum des Betreibers) getroffen. Vorgaben zu berücksichtigungsfähigen Miet- bzw. Pachtzinsen sind darin jedoch nicht enthalten, sodass letztlich der etablierten Verwaltungspraxis eine entscheidende Bedeutung zukommt.
- Beachtenswert ist schließlich, dass einige Bundesländer (*z. B. Bremen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt*) spezielle Regelungen für Träger- oder Eigentümerwechsel vorsehen und danach grundsätzlich keine Erhöhungen der Investitionskosten allein auf Grundlage des Träger- bzw. Eigentümerwechsels erlauben. Vereinzelt wird auch explizit der Fall erfasst, dass eine zunächst im Eigentum betriebene Pflegeeinrichtung veräußert und fortan (zurück)gemietet wird. Auch hier gilt, dass dieser Wechsel in der Eigentümer- oder Trägerstruktur im Grundsatz keine höheren Investitionskosten rechtfertigt.



# Regulatorischer Rahmen und Struktur

## 5.5 Beendigung des Miet- bzw. Pachtverhältnisses zwischen Eigentümer und Betreiber / Eintritt des Eigentümers in den (Unter-)Mietvertrag

Ausgehend von der üblichen Struktur des Betriebs einer Pflegeimmobilie handelt es sich bei dem Vertragsverhältnis zwischen Eigentümer und Betreiber und dem Vertragsverhältnis zwischen Betreiber und Bewohner um zwei voneinander unabhängige Vertragsverhältnisse. Der zwischen Eigentümer und Betreiber abgeschlossene Miet- bzw. Pachtvertrag dient vor allem der gewerblichen (Weiter-)Vermietung der einzelnen Zimmer bzw. Wohneinheiten an den jeweiligen Bewohner, ohne dass ein Vertragsverhältnis zwischen Eigentümer und Bewohner zustande kommt. Der Grundsatz, dass zwischen Eigentümer und Bewohner keine vertragliche Beziehung besteht, wird jedoch dann durchbrochen, wenn der Miet- bzw. Pachtvertrag zwischen Eigentümer und Betreiber endet. Hierbei kommt es nicht auf eine bestimmte Art der Beendigung an, sodass auch eine Beendigung aufgrund einer insolvenzbedingten Kündigung des Insolvenzverwalters des Betreibers erfasst ist.

**(a)** Bei Beendigung dieses Miet- bzw. Pachtvertrages tritt der Eigentümer der Pflegeimmobilie in sämtliche Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag zwischen Betreiber und Bewohner kraft Gesetzes gemäß § 565 BGB ein, soweit es sich bei dem Vertrag zwischen Betreiber und Bewohner um einen Wohnraummietvertrag handelt. Ein vertraglicher Ausschluss dieses Eintritts ist nicht möglich. Der Eigentümer tritt jedoch nur in mietvertragstypische Klauseln, nicht hingegen in Sondervereinbarungen ein. Die Pflicht zur Erbringung etwaiger Pflegeleistungen, die der Betreiber gegenüber dem Bewohner erbringt, ist daher nicht von dem kraft Gesetzes entstehenden Eintritt des Eigentümers erfasst, sondern verbleibt weiterhin bei dem (ggf. insolventen) Betreiber.

**(b)** Sollte es sich bei dem zwischen Betreiber und Bewohner geschlossenen Vertrag nicht um einen Wohnraummietvertrag, sondern um einen Wohn- und Betreuungsvertrag im Sinne des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes (WBVG) handeln,

scheidet der dem Wohnraummietrecht entstammende und kraft Gesetzes entstehende Eintritt des Eigentümers in die Rechte und Pflichten des Vertrages aus.

Die Abgrenzung, ob es sich bei dem Vertrag zwischen Betreiber und Bewohner um einen Wohnraummietvertrag oder einen Wohn- und Betreuungsvertrag handelt, kann im Einzelfall schwierig sein und steht in enger Beziehung zum Umfang der Pflegeleistungen, die der Betreiber gegenüber dem Bewohner erbringt. Sofern der Umfang der Leistungen die Eröffnung des Anwendungsbereiches des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes zur Folge hat, richten sich Ausübung und Folgen der Kündigung nach diesem Gesetz, wobei dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz ein Eintritt des Eigentümers in die Rechte und Pflichten des Wohn- und Betreuungsvertrages fremd ist.

# Kapitel 6



# Spezial-Finanzierung mit vielen Hürden

Der Weg zu einer erfolgreichen Fremdfinanzierung vollstationärer Pflegeeinrichtungen in Deutschland unterscheidet sich signifikant von der Finanzierung klassischer Assetklassen im Immobilienbereich wie beispielsweise der Wohn- oder klassischen Gewerbeimmobilien. Die Komplexität des Finanzierungsprozesses bewegt sich im Fall der Pflegeimmobilien auf einem weitaus höheren Niveau und verlangt eine besondere Expertise und Vorbereitung seitens der Immobilieninvestoren. Sie werden in der Regel von spezialisierten Kreditinstituten mit einer hohen Expertise im Pflegebereich finanziert.

## **Pflegeheimbetrieb steht im Fokus**

Zur Durchführung einer fundierten Immobilienbewertung fordern Kreditinstitute umfangreiche Unterlagen zur Immobilie und insbesondere zum Pflegeheimbetrieb selbst. Dies stellt einen gravierenden Unterschied zur Finanzierung von Wohn- oder klassischen Gewerbeimmobilien dar. Zu den geforderten Unterlagen gehören neben betriebswirtschaftlichen Informationen und Daten zum Betreiber auch die Vereinbarungen hinsichtlich der Investitionskosten oder Belegungsstatistiken. Um als Immobilieninvestor diesen Anforderungen gerecht werden zu können, bedarf es einer Transparenzklausele im Miet- bzw. Pachtvertrag, in der der Pflegeheimbetreiber zur Offenlegung der notwendigen Unterlagen und Informationen zum Betrieb verpflichtet wird.

Doch nicht nur im Zuge der umfangreichen Anforderungen an Unterlagen steht der Pflegeheimbetrieb selbst im Fokus der Kreditinstitute. Bei Pflegeimmobilien handelt es sich bekanntlich um Betreiberimmobilien. Im Falle einer wirtschaftlichen Schieflage des Betriebs und/oder des Mieters bzw. Pächters kann somit der Kapitaldienst schnell gefährdet sein. Dies führt dazu, dass bei der Kreditprüfung auch die allgemeine Marktfähigkeit der Immobilie eine wichtige Rolle spielt. Banken möchten sicherstellen, dass im Fall der Fälle jederzeit ein anderer Betreiber die Nutzung der Immobilie übernehmen würde. Dabei spielen bei Pflegeimmobilien nicht nur der Standort und die Gebäudequalität eine wichtige Rolle. Es werden darüber hinaus auch assetspezifische Kriterien wie beispielsweise

die Einzelzimmerquote, die Zimmergrößen, die Verfügbarkeit von Nasszellen oder die Erfüllung der auf Länderebene jeweils geltenden Bauverordnungen analysiert.

Damit es erst gar nicht zu einer wirtschaftlichen Schieflage kommt, wird auch der Betreiber mit seinem Betriebskonzept und Management auf den Prüfstand gestellt. Insbesondere in Zeiten des Fachkräftemangels sind solche „Soft Facts“ von großer Bedeutung für den wirtschaftlichen Erfolg eines Pflegeheimbetriebs.

Dennoch gilt: Mögen die Analysen und Prüfungen der Kreditinstitute auch noch so umfangreich sein – marktgängig strukturierte Immobilien mit erfahrenen Betreibern und marktüblichen Miet-/Pachtverträgen werden seitens der Kreditinstitute gerne finanziert.

## **Finanzierende Banken haben hohe Expertise**

Bei den im Pflegebereich aktiven Kreditinstituten handelt es sich meist um ausgewiesene Spezialisten. Sie verfügen nicht nur über eine hohe Kompetenz in der Finanzierung, sondern auch im Bereich der Investition und des Betriebs von Pflegeeinrichtungen.

Ein *wesentlicher Knackpunkt* bei der Beurteilung von potenziellen Bestandsimmobilien ist die Beurteilung der nachhaltigen Refinanzierbarkeit des Kapitaldienstes. So analysieren Banken die *Investitionskosten, die die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtungen an den Betreiber monatlich entrichten*. Hierbei wird zwischen den Investitionskosten für Selbstzahler und denen für Sozialhilfempfangener unterschieden. Von den anhand der *tatsächlichen Belegung errechneten Gesamteinnahmen aus Investitionskosten werden die laufenden Bewirtschaftungskosten der Immobilie abgezogen*. In der Regel wird seitens der Kreditinstitute nur der *verbleibende Betrag als möglicher Kapitaldienst akzeptiert*. Die tatsächliche Miete bzw. Pacht, die im Investorenmodell vom Betreiber an den Immobilieninvestor gezahlt wird, spielt – solange sie nicht unterhalb der Gesamteinnahmen aus Investitionskosten liegt – nur eine untergeordnete Rolle.

# Kapitel 6



# Spezial-Finanzierung mit vielen Hürden

Doch nicht nur der Kapitaldienst orientiert sich im Wesentlichen an den Einnahmen aus Investitionskosten. *Auch bei der Ermittlung des Immobilienertragswertes* als Grundlage für die Beurteilung des Markt- und Beleihungswertes *werden die Investitionskosten, die die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtung entrichten, herangezogen.* Zwar erfolgt ein Abgleich mit der tatsächlichen Miete bzw. Pacht, die der Immobilieninvestor erhält, eine überhöhte Miete bzw. Pacht, die der Betreiber nicht vollständig aus den Einnahmen aus Investitionskosten refinanzieren kann, bleibt jedoch oftmals unberücksichtigt. Auch die Betrachtung des Gesamtumsatzes des Pflegeheimbetriebs (neben den Einnahmen aus Investitionskosten auch die Einnahmen aus dem Pflegesatz sowie Unterkunft und Verpflegung) als Grundlage zur Ermittlung eines Ertragswertes erfolgt nur äußerst selten.

Aus den geschilderten Vorgehensweisen der Kreditinstitute folgt, dass diese in der Praxis oftmals überdurchschnittlich hohe Eigenkapitalanforderungen in Höhe von 20 bis 40 Prozent der Gesamtinvestitions- bzw. Gesamtanschaffungskosten stellen.

Ob ein Investor mit seiner Pflegeimmobilie am unteren oder doch am oberen Ende der angegebenen Range landet, liegt nicht zuletzt auch am Kaufpreiskoeffizient im Ankauf. Erfahrungsgemäß werden die dynamischen Marktentwicklungen der vergangenen Jahre in Form von stark gesunkenen Renditen für Pflegeimmobilien noch nicht von allen Kreditinstituten bzw. deren Gutachtern bei der Ermittlung von Marktwerten berücksichtigt. So besteht zwischen tatsächlichem Marktwert und dem durch den Bankgutachter festgesetzten Marktwert oftmals eine im Vergleich zu anderen Assetklassen überdurchschnittlich hohe Abweichung, die vollständig durch Eigenkapital des Investors gedeckt werden muss. *Der in der Beleihungswertermittlungsverordnung vom Gesetzgeber festgesetzte Mindestkapitalisierungszinssatz für Pflegeheime von 6,5 Prozent spiegelt ebenfalls nicht die Renditeentwicklung der letzten Jahre wider und trägt zu erheblichen Abschlägen in den Beleihungswerten für Healthcare-Objekte bei.*

## Höheres Risiko resultiert in höheren Margen

Am Transaktionsmarkt für Pflegeimmobilien lassen

sich schon immer höhere Renditen als am Markt für Wohn- oder klassische Gewerbeimmobilien beobachten. Dies wird mit einem höheren Risiko von Pflegeimmobilieninvestments begründet. Die Sicht der Immobilieninvestoren wird dabei seitens der Banken geteilt. Dies resultiert in höheren Margenanforderungen und dadurch höheren Zinsen für Pflegeimmobilienkredite im Vergleich zu Darlehen für Wohn- oder klassische Gewerbeimmobilien.

Wird eine zehnjährige Zinsbindung und ein LTV von 50 Prozent unterstellt, lagen die Zinssätze für entsprechende Darlehen vor wenigen Jahren im Regelfall noch bei über 2 Prozent p. a. Inzwischen haben sie sich im Zuge der allgemeinen Zinsentwicklung, aber auch durch die höhere Anerkennung und das gestiegene Investoreninteresse an der Assetklasse Pflegeimmobilien reduziert. So konnten Investoren in den vergangenen Monaten Pflegeimmobilien vereinzelt sogar zu unter 1 Prozent p. a. langfristig finanzieren.

## Mix mit Betreutem Wohnen als Trumpf

Vorteilhaft auf die Finanzierbarkeit wirkt sich die allgemeine Entwicklung aus, bei Neukonzeptionierungen neben Pflegeplätzen verstärkt auch Betreutes Wohnen anzubieten. Es trägt zu einer Risikodiversifikation bei und erhöht die Drittverwendungsfähigkeit der Immobilie. Höhere Marktwerte im Rahmen der Bewertung und geringere Zinssätze sind eine häufige positive Folge für Investoren.

## Fördermöglichkeiten der KfW

Durch den Wechsel von einer objekt- zu einer bedarfsorientierten Subjektförderung ist die ursprüngliche Förderung von Pflegeeinrichtungen durch öffentliche Mittel weitestgehend eingestellt worden.

Attraktiv ist jedoch die Nutzung von KfW-Förderungen beim Bau oder der energieeffizienten Sanierung von Pflegeimmobilien. Einrichtungen dieser Art gehören im Sinne der KfW-Förderung zu den Wohngebäuden, jedes Zimmer zählt als eine Wohneinheit. Dadurch kann im Regelfall ein Großteil der Baukosten von Pflegeheimen über KfW-Darlehen finanziert werden. Dies hat den attraktiven Nebeneffekt von hohen Tilgungszuschüssen – teilweise über 10 Prozent der Gesamtherstellungskosten.



# Investment Guide – Was zeichnet Top-Objekte aus?

Vor jedem Immobilienkauf ist es notwendig, das Objekt einer Stärken-Schwächen-Analyse zu unterziehen, um Risiken beurteilen zu können. Das gilt auch für Healthcare Immobilien. Nicht allein Kaufpreis und Rendite dürfen ausschlaggebend sein.

# Erfolgskriterien für Pflegeimmobilien-Investments



## Demografie

- Mittelfristig nachhaltiger Bedarf an Pflegeplätzen und alternativen Wohnformen für Senioren in den relevanten Alterskohorten



## Wettbewerbssituation

- Versorgungslage – Anzahl der bereits vorhandenen Plätze/Einheiten in professionell versorgten Wohnformen für Senioren
- Nachhaltige Positionierung im Wettbewerb – hinsichtlich offerierten Angebots, Preisgefüge und Immobilienstruktur im relevanten Einzugsgebiet



## Pachtvertrag

- Nachhaltige Refinanzierbarkeit der Pacht
- Transparenzklausel
- Mietsicherheiten
- Mietindexierung



## Gesamterscheinungsbild

- Attraktivität für Bewohner und deren Angehörige
- Image



## Standort / Lage

- „Anschluss ans Leben“ – Entfernung zum Ortszentrum, Anbindung an Einrichtungen des täglichen Bedarfs
- Seniorengerechtes Umfeld – barrierefreie Erreichbarkeit, gute ÖPNV-Anbindung
- Sozioökonomische Gegebenheiten (Kaufkraft, Arbeitslosenquote)



## Objekt

- Adäquate Immobilienstruktur
- Baulicher Zustand des Objektes
- Konformität mit rechtlichen Anforderungen an Pflegeimmobilien
- Drittverwendbarkeit



## Betrieb / Betreiber

- Grundsätzliche Wirtschaftlichkeit des Betriebes
- Bonität des Betreibers
- Track Record
- Pflege- und Servicekonzept
- Management
- Attraktivität als Arbeitgeber

# Kontakt



**Colliers**



**Monica-Elena Popescu**  
Director  
Head of Portfolio Investment  
& Advisory | Germany  
Colliers International



**René Schappner**  
Geschäftsführer  
Head of Hotel | Germany  
Colliers International



**Christian Kadel**  
Geschäftsführer  
Head of Capital Markets | Germany  
Colliers International

Die Immobilienberater von Colliers sind an den Standorten in Berlin, Düsseldorf, Frankfurt, Hamburg, Köln, Leipzig, München, Nürnberg, Stuttgart und Wiesbaden vertreten. Das Dienstleistungsangebot umfasst die Vermietung sowie den An- und Verkauf von Büro-, Gewerbe-, Hotel-, Industrie-, Logistik- und Einzelhandelsimmobilien, Wohn- und Geschäftshäusern,

Grundstücken und Land & Forst, Immobilienbewertung, Finanzierungsberatung, Architecture and Workplace Consulting sowie Occupier Services, die Unterstützung von Unternehmen bei betrieblichem Immobilienmanagement. Weltweit ist die Colliers International Group Inc. (NASDAQ, TSX: CIGI) mit rund 15.000 Experten in 67 Ländern tätig.





**Jochen Zeeh**  
Geschäftsführender Gesellschafter  
Investment und Asset Management

Die immoTISS care ist ein unabhängiges und ausschließlich auf Gesundheits-, Pflege- und Seniorenimmobilien spezialisiertes Beratungs- und Immobilienmanagementunternehmen. ImmoTISS care kann dabei auf eine gesamtdeutsche Marktkenntnis in den Bereichen nachhaltige Investmentberatung, Standort- und Machbarkeitsanalysen sowie Projektentwicklungen und Konzeptionierungen von Healthcare Immobilien verweisen.



**Oliver Zirn**  
Geschäftsführer Trasenix GmbH

2019 als Tochtergesellschaft der immoTISS care auf eigene Beine gestellt, hat sich Trasenix innerhalb kürzester Zeit zum führenden Anbieter von Marktdaten zu Pflege und Senioreneinrichtungen in Deutschland entwickelt. Die umfangreiche Trasenix-Datenbank überzeugt durch eine in dieser Kombination einmaligen Quantität und Qualität der Marktdaten, die weit über das bisherige Datenangebot anderer Akteure hinausgeht. Trasenix bietet ein auf Investoren, Betreiber und Projektentwickler zugeschnittenes Leistungsangebot an, u.a. bestehend aus Datenbankauszügen, Kurzanalysen, Marktreports sowie Reporting und Monitoring Tools.

## C L I F F O R D C H A N C E



**Dr. Philipp Stoecker**  
Partner  
Real Estate  
Clifford Chance



**Dr. Gunnar Sachs**  
Partner  
Healthcare  
Clifford Chance



**Dr. Gerold M. Jaeger**  
Partner  
Real Estate  
Clifford Chance



**Carolin Kemmner**  
Senior Associate  
Healthcare  
Clifford Chance

Clifford Chance, eine der weltweit führenden Anwaltssozietäten, ist für ihre Mandanten mit rund 3.400 Rechtsberatern in allen wesentlichen Wirtschaftszentren der Welt präsent.

Unser Team im Immobilienrecht umfasst zehn Partner, einen Counsel sowie spezialisierte Associates und Wirtschaftsjuristen und gehört zu den marktführenden Beratern der Branche. Wir begleiten Immobilienunternehmen, Fonds, institutionelle Anleger, Private Equity-Investoren, Bauunternehmen und Kreditinstitute bei nationalen und internationalen Immobilien-Trans-

aktionen, Finanzierungen und im laufenden Asset Management. Unsere globale Healthcare, Life Sciences & Chemicals Gruppe verfügt über mehr als zwei Jahrzehnte Erfahrung in der Gesundheits- und Life Science Industrie und berät die weltweit führenden und aufstrebenden Unternehmen u.a. in den Bereichen Arzneimitteln, Medizinprodukte und Gesundheitsdienstleistungen. Seit mehr als 20 Jahren begleiten wir mit umfangreicher immobilienrechtlicher und gesundheitsrechtlicher Expertise und beispielloser Erfahrung auch zu Erwerb und Veräußerung von Immobilien im Gesundheitssektor.