

Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2014

*Vergleich der wichtigsten
Kennzahlen von 28 Schweizer
Spitälern über die Jahre 2007
bis 2014 sowie Exkurs zum
Schweizer Psychiatrie-Markt.*



Einleitung

Liebe Leserin, lieber Leser

Das Schweizer Spitalwesen erneuert sich unaufhaltsam. Kaum ein Monat vergeht, ohne dass grosse Um- oder Neubauprojekte angekündigt werden. Dies ist einerseits auf die vielerorts veraltete Spitalinfrastruktur zurückzuführen: Fast drei Viertel der betrieblich genutzten Infrastruktur wurde vor 1980 erstellt.¹ Andererseits führt die aktuelle Kapitalmarktsituation zu einem Überangebot an Kapital und zu historisch tiefen Finanzierungskosten. Diese Rahmenbedingungen treiben die intensive Investitionstätigkeit der Spitäler auch mittelfristig an.

Mit der vorliegenden Studie zeigen wir Ihnen auf, wie robust die Finanzkennzahlen der Schweizer Spitäler im Jahr 2014 waren. Wir erläutern, wie sich finanzielle Kennzahlen wie die EBITDA-Marge oder Eigenkapital- und Verschuldungsquoten verändert haben. Im Kontext der aktuellen Tiefzinsphase wird regelmässig die Frage aufgeworfen, ob tiefere EBITDA- bzw. EBITDAR-Margen für Spitäler nun ausreichen würden. Unsere Antwort dazu lesen Sie in **Kapitel 1**.

Bei der stationären Akutsomatik hat sich das mit der KVG-Revision 2012 eingeführte Finanzierungssystem über Fallpauschalen prinzipiell bewährt. Zahlreiche Verbesserungen liessen und lassen sich realisieren. Es kam weder zu «blutigen» Entlassungen noch zu einem forcierten Spitalsterben. Im Gegenteil: Die Gesundheitsbranche wächst. Voraussichtlich ab 2018 soll auch in der Psychiatrie zumindest teilweise auf ein Fallpauschalensystem umgestellt werden. Darum leuchten wir in dieser Studie auch den Psychiatriemarkt aus. Mehr dazu erfahren Sie in **Kapitel 2**.

Während die Finanzierung von Investitionen und strategische Positionierungsfragen nach wie vor zu den Schlüsselthemen gehören, steht eine weitere Konsolidierungswelle bevor. In den vergangenen Jahren haben mehrere Zusammenschlüsse von Spitälern stattgefunden; weitere wurden bereits öffentlich bekanntgegeben oder werden derzeit geprüft. In **Kapitel 3** gehen wir auf die Erfolgsfaktoren für die Integration von Spitälern ein. Dieses Kapitel widmet sich dem logischen Schritt nach einer Kooperation oder Akquisition, die wir in der letzten Studie ausführlich besprochen haben.

Unser Fazit und einen kurzen Blick in die Zukunft finden Sie in **Kapitel 4**.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Patrick Schwendener
Director Corporate Finance
Head Deals Healthcare

Philip Sommer
Senior Manager Beratung
Gesundheitswesen

1. Akutspitäler: Kennzahlen der Wettbewerbsfähigkeit	4
Ziele im aktuellen Marktumfeld gleichbleibend	4
Zur Studie	5
EBITDA-Marge 2014 rückläufig	5
Wachstumstrend bei EBIT und Reingewinn gebrochen	6
Personal- und medizinischer Aufwand bleiben stabil	8
Eigenkapitalquoten nehmen zu	8
Liquidität anhaltend hoch	8
2. Finanzielle Gesundheit für die Psychiatrie zunehmend wichtiger	10
Minimale EBITDAR-Marge von 8% notwendig	10
Fragmentierter, stabiler Anbietermarkt	11
Zugang zu psychiatrischen Leistungen wird niederschwelliger	11
Ergebnisverbesserungen sind auch in der Psychiatrie gefragt	12
Mehr Freiheiten und Unternehmertum	12
3. Erfolgsfaktoren für die Integration von Spitälern	14
Gemeinsames Zielbild erarbeiten	14
Integration als langfristigen Prozess verstehen	16
Erfolgsfaktoren im Überblick	16
Kurz und bündig	16
4. Fazit und Ausblick	19
Fortsetzung folgt	19
5. Anhang	20
Stichprobe	20
Median- und Durchschnittswerte	21
Quellenverzeichnis	21
6. Kontakt	22



Aufgrund eines Überangebots an Kapital erneuern viele Schweizer Spitäler die Infrastruktur rege.

1. Akutspitäler: Kennzahlen der Wettbewerbsfähigkeit

Ziele im aktuellen Markt- umfeld gleichbleibend

Unsere Studie 2012 hat gezeigt, dass sich für die Schweiz auf Basis einer risikogerechten Verzinsung des Eigen- und Fremdkapital (WACC) von jährlich 5.0% bis 7.0% und einer durchschnittlichen Anlagenutzungsdauer von 20 bis 30 Jahren ein EBITDAR-Margenziel von jährlich rund 10.0% oder höher ableiten lässt.² Dabei steht nicht die Gewinnmaximierung im Vordergrund, sondern das Erzielen eines angemessenen Gewinns, der die langfristige Finanzierung der betriebsnotwendigen Anlagen ermöglicht. So gesehen dient das gewinnorientierte Wirtschaften der Versorgungssicherheit und dem Gemeinwohl: Es stellt das Überleben des Spitals sicher. Die Ansicht, dass Schweizer Spitäler einen angemessenen Gewinn erwirtschaften dürfen, hat sich mittlerweile weitgehend durchgesetzt. Schliesslich wurde sie am 7. April 2014 vom Bundesverwaltungsgericht bestätigt.³

Angesichts der aktuellen Tiefzinsphase werden wir häufig gefragt, ob der hergeleitete Richtwert von 10.0% EBITDAR-Marge nach wie vor gelte oder ob nicht auch eine tiefere Marge ausreichen würde. Dazu folgendes Beispiel: Wenn ein Spital seine Finanzierung über die nächsten zehn Jahre zu tiefen Kosten absichert (Hedging), würde eine leicht tiefere Marge über diesen Zeitraum tatsächlich ausreichen, ohne dass es zu Verlusten käme. Während dieser zehn Jahre können weitere Investitionen anfallen, die finanziert werden müssen. Angenommen die Zinsen wären in der Zwischenzeit deutlich angestiegen, befände sich das Spital spätestens nach dem Auslaufen der Zinsabsicherung in zehn Jahren möglicherweise in einer ganz anderen Situation. In diesem Fall müsste es seine Zusatzkosten über Betriebskosteneinsparungen kompensieren, damit kein Verlust resultiert, was grosse Anstrengungen und vor allem Zeit benötigt. Beim Abschluss einer variablen Finanzierung (Libor) würde dieselbe Situation bereits

viel früher eintreten – nämlich beim Anstieg der Zinsen. Bei den hohen Investitions- bzw. Finanzierungsvolumen können sich bereits geringe Veränderungen der Zinskonditionen schnell zu materiellen Auswirkungen multiplizieren.

Ein Unternehmen sollte seine strategischen Finanzierungsziele langfristig ausrichten, um eine solche Sachlage zu vermeiden. Deshalb halten wir an unserer Meinung fest, dass ein EBITDAR-Ziel von 10.0% auch in der aktuellen Kapitalmarktsituation angemessen ist. Bei erfolgreichem Geschäftsgang können die tiefen Zinsen dabei kurzfristig dazu beitragen, dass sich die Eigenkapitalquote erhöht: Entweder wird zusätzliches Eigenkapital geschaffen, oder verzinsliches Fremdkapital lässt sich frühzeitig amortisieren.

Wachstum und gesunde Finanzen stehen also nach wie vor im Mittelpunkt. Dennoch liegen die Gewinnmargen vieler Spitäler auch vier Jahre nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung unterhalb unseres Richtwerts. Wir gehen davon aus, dass sich die Margen im Median mittel- bis langfristig weiter erhöhen werden. Trotzdem wird es immer Spitäler geben, deren finanzielle Ergebnisse ungenügend sind. Dies wird vom Krankenversicherungsgesetz und dem SwissDRG-Fallpauschalensystem explizit beabsichtigt, indem sie die Baserate über das jährliche Kostenbenchmarking so ansetzen, dass die Kostenstrukturen der effizienten Spitäler als Referenzen gelten. Das soll die Spitäler innerhalb des regulierten Wettbewerbs dazu zwingen, die Kosten so weit wie möglich zu optimieren. Kosteneinsparungen sind übrigens nicht gleichbedeutend mit einem Leistungsabbau. Vielmehr kann bspw. eine Anpassung des Leistungsangebots im Rahmen einer Mindestfallzahlregelung (Stichwort «Case Load») nicht nur die Kosten, sondern auch die Qualität insgesamt erhöhen.

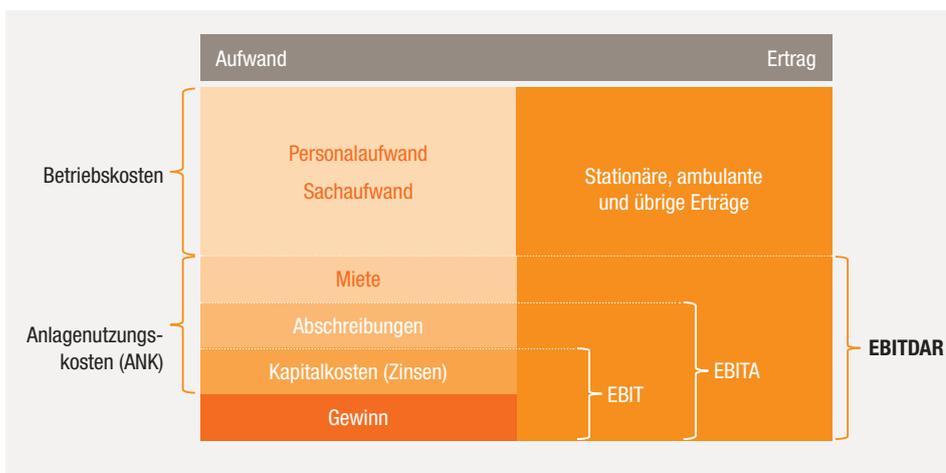


Abbildung 1: Erfolgsrechnung eines Spitals

2 «Schweizer Spitäler: den Finanzen auf den Puls gefühlt»; PwC; 2012. In der ursprünglichen Analyse hatten wir ein EBITDA-Ziel von 10.0% hergeleitet. Wenn ein Spital die Liegenschaften mietet, so gilt diese Grösse analog für den EBITDAR, d.h. den Betriebsgewinn vor Abschreibungen (DA), Zinsen (I), Steuern (T) und Miete (R).

3 Bundesverwaltungsgericht; Urteil C-1698/2013 vom 7. April 2014.

Zur Studie

Wie in den Vorjahren basiert der quantitative Teil der vorliegenden Studie auf den publizierten Jahresrechnungen der untersuchten Spitäler. Für die Jahre 2013 und 2014 haben wir uns auf die Geschäftsberichte 2014 abgestützt, da die Abschlüsse 2013 teilweise auch retrospektiv angepasst wurden. In unserer Analyse enthalten sind die folgenden Kennzahlen:

- EBITDA
- EBIT und Reingewinn
- Personalaufwand
- Medizinischer Aufwand
- Eigenkapital und Verschuldung
- Liquiditätsgrade

Unsere Studie basiert auf Medianwerten. Damit wollen wir Verzerrungen durch Extreme vermeiden. Wir haben uns auf die EBITDA-Margen beschränkt, weil uns nicht genügend Informationen vorliegen, um die EBITDAR-Margen verlässlich zu berechnen. Die Abweichungen im Median dürften über die gesamte Stichprobe jedoch gering sein, da die Mehrheit der untersuchten Spitäler ihre Immobilien im Eigentum hält und jährlich abschreibt.

EBITDA-Marge 2014 rückläufig

Der EBITDA stand im Fokus mehrerer PwC-Studien und stellt mittlerweile eine zentrale Kenngrösse bei der Beurteilung der finanziellen Leistungsfähigkeit eines Spitals dar. Einerseits, weil damit die Anlagenutzungskosten gedeckt werden müssen. Und andererseits, weil Eigen- und Fremdkapitalgeber aufgrund des EBITDA die Verschuldungskapazität eines Spitals bestimmen.

Gegenüber anderen Gewinngrössen wie etwa dem EBIT oder dem Reingewinn ist der EBITDA objektiver, da hier unterschiedliche Abschreibungsregeln neutralisiert werden. Damit hilft die Kennzahl auch, Ergebnisse von Gesellschaften zu vergleichen, die ihre Jahresrechnungen nach unterschiedlichen Rechnungslegungsgrundsätzen erstellen. Allerdings bleiben bei solchen Vergleichen Differenzen oberhalb des EBITDA bestehen und können zu Verzerrungen führen.

Im Rahmen der vorliegenden Studie haben wir festgestellt, dass 2014 erstmals seit 2010 der Trend einer steigenden EBITDA-Marge gebrochen wurde. Damit rückt die Zielgrösse von 10% etwas weiter weg. Im Median liegt die EBITDA-Marge 2014 bei 6.4%, also 0.5 Prozentpunkte tiefer als 2013. Sechs der 28 untersuchten Unternehmen weisen Werte über 10% aus, wobei das «effizienteste» Spital mit 12.5% einen Bestwert erreichte, das ineffizienteste hingegen minus 0.7% zu verzeichnen hatte.

Anhand der Medianwerte erkennen wir für die Jahre 2012 bis 2014 noch keinen deutlichen Trend, da die Veränderungen gering sind. Die Entwicklung verläuft seit der Einführung des neuen Finanzierungssystems relativ stabil. Die EBITDA-Margen 2014 zeigen allerdings eine höhere Varianz als 2013. Während sich das 25%-Quantil 2014 leicht auf 4.7% reduziert hat (4.9% in 2013), stieg das 75%-Quantil auf 9.1% an (8.7% in 2013). Dasselbe war schon zwischen 2012 und 2013 zu erkennen. Kurz: Die Streuung der EBITDA-Margen hat sich sowohl 2013 als auch 2014 erhöht. Diese Entwicklung unterstützt die Prognose unserer Studie 2007 bis 2012, wonach die Streuung der Gewinnmargen zunehmen sollte. Ob sich aus diesen Veränderungen jedoch ein klarer Trend ableiten lässt, wird sich erst in den nächsten Jahren weisen.

Mit 6.4% liegt der EBITDA auch 2014 klar unterhalb des langfristigen Zielwerts. Dies ist auf verschiedene Ursachen zurückzuführen:

1. Fast drei Viertel der heute genutzten Spitalinfrastruktur wurde vor 1980 erbaut. Dies kann aufgrund der baulichen Gegebenheiten zu ungünstigen Prozessen und somit zu Ineffizienzen führen.
2. Massnahmen zur Verbesserung der Leistungs- und Kostenplanung sind noch nicht umgesetzt oder entfalten noch nicht ihre volle Wirkung.
3. Mit der Inbetriebnahme neuer Anlagen werden sich die Anlagenutzungskosten in vielen Fällen erhöhen (höhere Abschreibungen und Zinsbelastung). Das erfordert höhere Margen, wenn kein Verlust resultieren soll. Dieser Druck dürfte aktuell noch nicht das Maximum erreicht haben.
4. Die Tarifunsicherheiten für provisorische Tarife halten an.
5. Es kommen unterschiedliche Rechnungslegungsstandards und -grundsätze zur Anwendung.

Die Begründungen 1 bis 4 können die tiefen EBITDA-Margen erklären. Eine unterschiedliche Rechnungslegung per se gibt keine eindeutige Begründung ab.

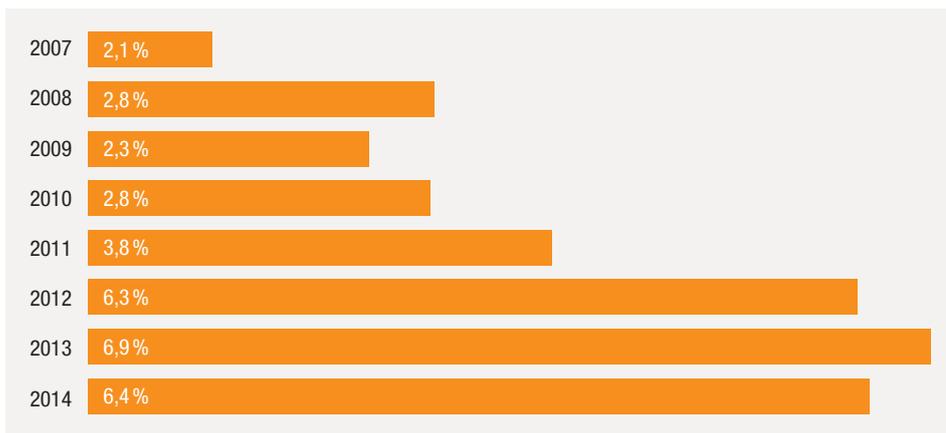


Abbildung 2: Entwicklung der EBITDA-Margen seit 2007

Jede Kennzahl hat ihre Schwächen. So wird der EBITDA oft von ertragsschwachen Unternehmen in den Vordergrund gerückt, weil er das Ergebnis positiver darstellen kann, als es tatsächlich ist: Während ein EBITDA von 6.4% für ein Spital mit viel verzinslichem Fremdkapital existenzbedrohend sein kann, mag derselbe Wert für ein eigenkapitalfinanziertes Spital ausreichen, weil dieses keine Zinsen zahlen muss. Im Hinblick auf die anstehenden

Spitalinvestitionen dürfen die oben erwähnten positiven Margen also nicht darüber hinwegtäuschen, dass langfristig höhere Zielwerte erreicht werden müssen. Denn die meisten Spitäler können ihre geplanten Investitionen nicht aus den vorhandenen Mitteln und mit dem betrieblichen Cashflow finanzieren, sondern müssen dafür auf den Finanz- und Kapitalmarkt zurückgreifen.

Wachstumstrend bei EBIT und Reingewinn gebrochen

Werden die Abschreibungen vom EBITDA abgezogen, resultiert daraus der EBIT – oft als Betriebsgewinn bezeichnet.⁴ Die Reduktion der EBITDA-Margen von 2013 auf 2014 spiegelt sich auch bei der EBIT-Marge. Diese ist im gleichen Zeitraum von 1.9% auf 1.4% gesunken. Der Trend eines kontinuierlichen Anstiegs über mehrere Jahre wurde 2014 auch bei dieser Kennzahl erstmals gebrochen.

Die Differenz zwischen EBITDA- und EBIT-Marge blieb 2014 mit fünf Prozentpunkten unverändert; in den letzten drei Jahren zeigte sie sich relativ stabil. Von 2007 bis 2011 hingegen wurden deutlich tiefere Werte publiziert. In einer früheren Studie⁵ haben wir gezeigt, dass bei durchschnittlicher Nutzungsdauer von 20 oder 30 Jahren und einem Kapitalumschlag von 0.9x die Abschreibungen jährlich zwischen 3.8% und 5.7% des Umsatzes betragen. Die übertragenen Liegenschaften und deren teilweise beschleunigten Abschreibungen haben dazu geführt, dass diese Bandbreite bereits seit 2012 erreicht wird. Wir erwarten, dass die Verhältnisse

Ergebnisverbesserungen sind für Schweizer Spitäler weiter notwendig.



ähnlich bleiben werden. Die EBIT-Marge der Jahre 2012 bis 2014 bildet also die Entwicklung der EBITDA-Marge ab, jeweils um die jährlichen Abschreibungen verschoben.

Langfristig erachten wir einen Wert von mindestens 5.0% als angemessenen Zielwert für die EBIT-Marge, damit sich eine risikogerechte Verzinsung sicherstellen lässt.⁶ Die aktuell erwirtschafteten EBIT-Margen reichen demnach nur solange aus, wie keine Fremdfinanzierungen in grösserem Umfang zu verzinsen sind. Das zeigt sich daran, dass die Reingewinnmargen im Median nach wie vor positiv ausfallen. Mit Blick auf die teilweise

grossen Investitionsprojekte werden jedoch viele Spitäler ihre Profitabilität weiter verbessern müssen.

Interessant ist die Betrachtung der Anzahl Studienteilnehmer, die 2014 ein negatives Ergebnis erwirtschaftet haben. Von den untersuchten 28 Spitälern haben acht einen Verlust ausgewiesen. Dies stellt einen deutlichen Anstieg gegenüber den Jahren 2012 und 2013 dar, in denen nur je drei rote Zahlen hinnehmen mussten. Ein ähnliches Bild präsentiert sich beim EBIT: Hier hat sich die Anzahl negativer Ergebnisse von je vier in den Jahren 2012 und 2013 auf sieben erhöht. Die Unterschiede zwischen EBIT und Ergebnis gehen aus

dem Finanzerfolg, den Steuern und dem neutralen Erfolg wie zum Beispiel aus Fondsveränderungen hervor. Unsere Analyseresultate unterstützen die These, dass die Werte mittelfristig stärker streuen werden. Ob sich die Zunahme negativer Ergebnisse im Jahr 2015 fortsetzt, bleibt abzuwarten. Allerdings lassen Kürzungen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Fachkräftemangel und stagnierende Fallpreise nur einen Schluss zu: Entweder verbessern die Schweizer Spitäler ihre Effizienz deutlich, oder sie werden vermehrt Turnaround-Situationen bewältigen müssen.

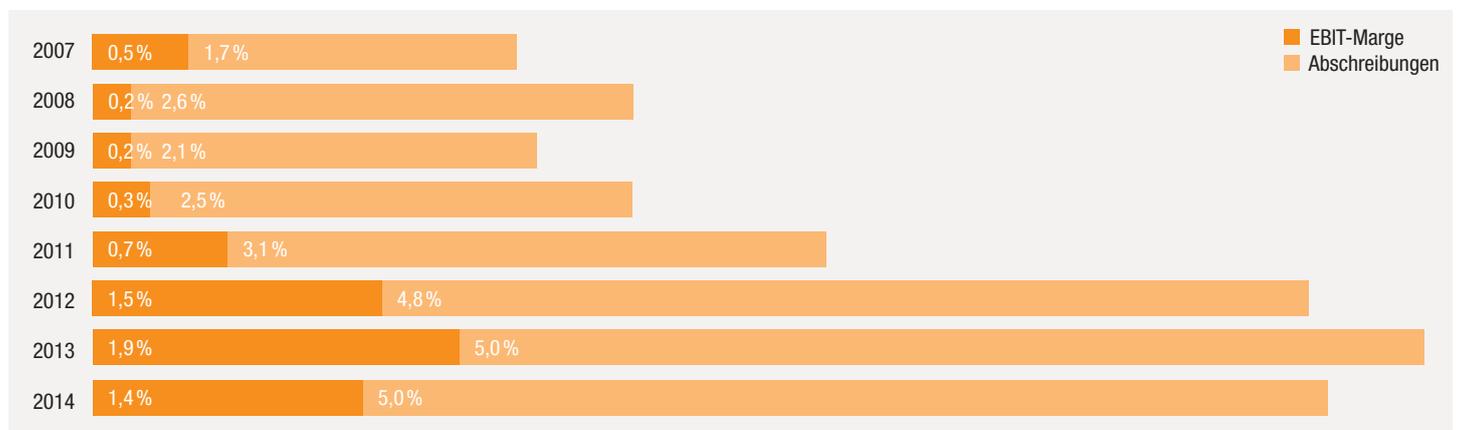


Abbildung 3: Entwicklung der EBIT-Margen seit 2007

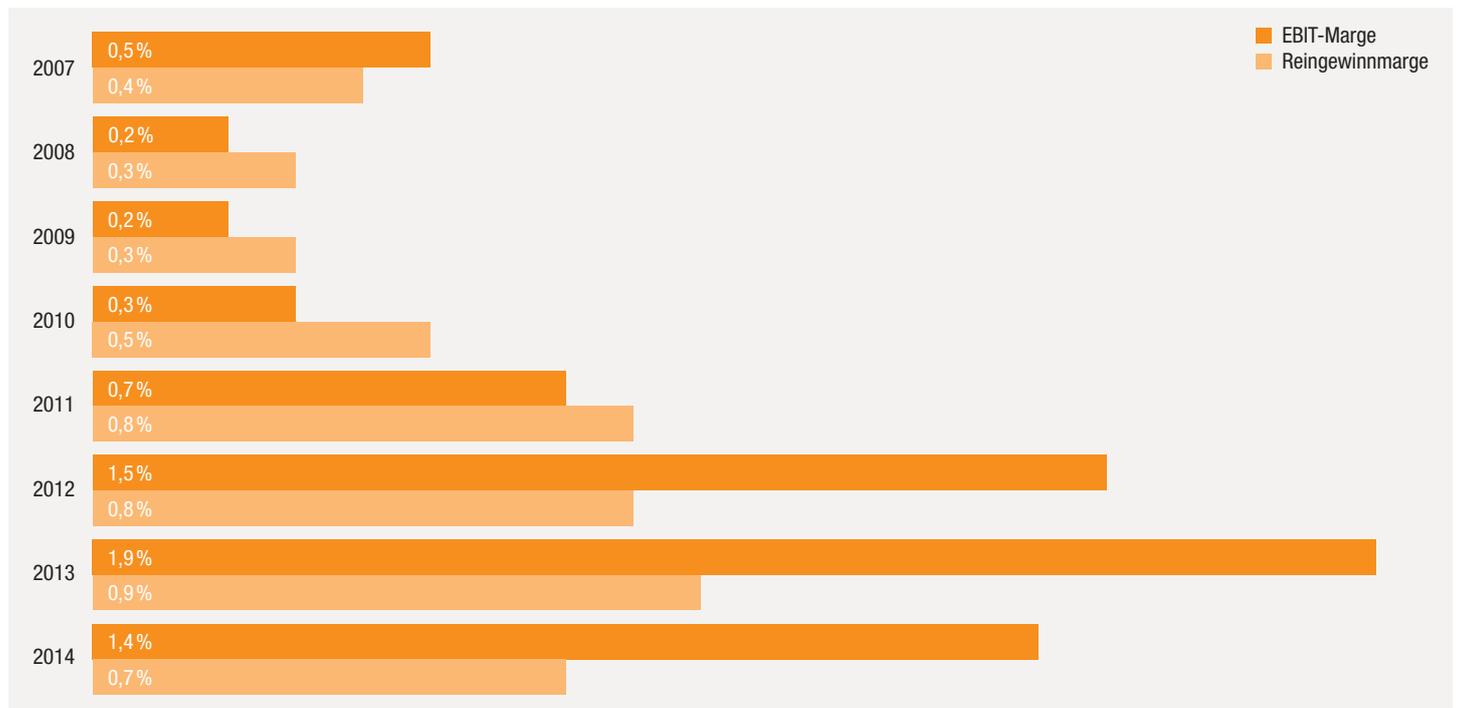


Abbildung 4: Entwicklung der EBIT- und Reingewinnmargen seit 2007

4 Die Abschreibungen entsprechen im EBITDA den Buchstaben D und A. D steht für Depreciation (Abschreibungen auf materielle Sachanlagen wie Gebäude) und A für Amortisation (Abschreibungen auf immaterielle Sachanlagen wie etwa Software oder Marken).

5 PwC: Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2012, Patrick Schwendener, Philip Sommer, August 2013, Zürich.

6 PwC: Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2012, Patrick Schwendener, Philip Sommer, August 2013, Zürich.

Personal- und medizinischer Aufwand bleiben stabil

Der personelle und der medizinische Bedarf stellen die bedeutendsten Kostenpositionen eines Spitals dar. Beide zeichnen sich seit Beginn unserer Betrachtungen durch eine sehr hohe Stabilität aus, sowohl gemessen an den Gesamtkosten als auch am Umsatz. Die mit dem Umsatz gebildeten Verhältniszahlen sind einzig 2012 gesunken, weil die Spitäler aufgrund der Einführung der Fallpauschalen damals ein vergleichsweise hohes Umsatzwachstum verzeichneten.

Der Personalaufwand in Prozent des Gesamtaufwands liegt für das erste Quartil unserer Stichprobe von 2007 bis 2014 bei 64.8%, das dritte Quartil bei 69.1%. Der Median über die gleiche Periode beträgt 66.8%. Der Anteil der Personalkosten am Gesamtaufwand ist im Vergleich zu 2013 um 0.9 Prozentpunkte auf 67.0% gestiegen, was im Rahmen der jährlichen Schwankungen der Vorjahre liegt. Die Personalkosten in Prozent des Umsatzes dürften sich in Zukunft leicht reduzieren, absolut gesehen jedoch weiterhin deutlich ansteigen.

Beim medizinischen Aufwand liegen das erste und dritte Quartil gemessen am Gesamtaufwand von 2007 bis 2014 bei 15.6% beziehungsweise 19.5%, der Medianwert beträgt 18.1%. Im Vergleich zum Vorjahr (18.4%) blieb diese Relation mit 18.1% ebenfalls fast gleich. Wir gehen davon aus, dass hier noch deutliches Einsparpotenzial vorliegt. Interessant wird auch sein, ob und wie sich die stark veränderten Wechselkurse von 2015 niederschlagen werden.

Eigenkapitalquoten nehmen zu

Im Vergleich zu den Vorjahren hat sich die Eigenkapitalquote 2014 im Median deutlich erhöht. Gegenüber 2013 ist ein Anstieg um neun Prozentpunkte auf 49% festzustellen.⁷ Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass mehrere Spitäler ihre Sachanlagen im Rahmen einer Umstellung der Rechnungslegung aufgewertet haben. Allerdings variieren die Eigenkapitalquoten innerhalb der Stichprobe stark: Der tiefste Wert beträgt rund 9%, das Maximum 89%. Diese Unterschiede sind mehrheitlich ein Abbild

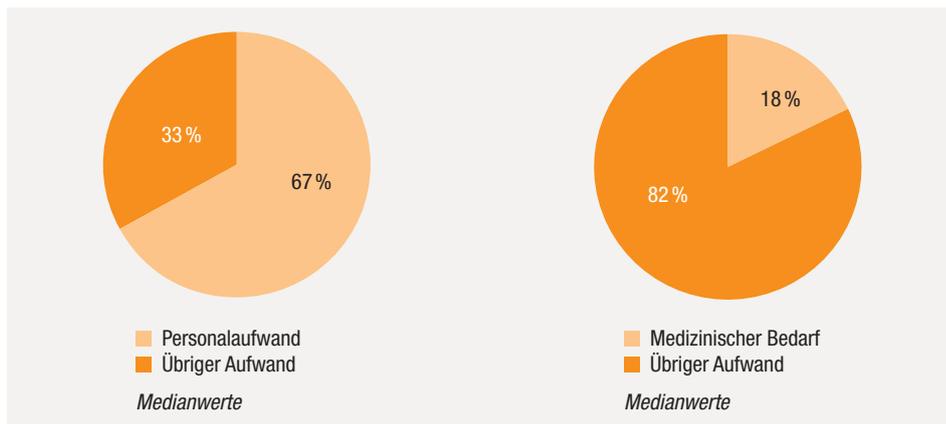


Abbildung 5: Personal- und medizinischer Aufwand in % des Gesamtaufwands (2014)

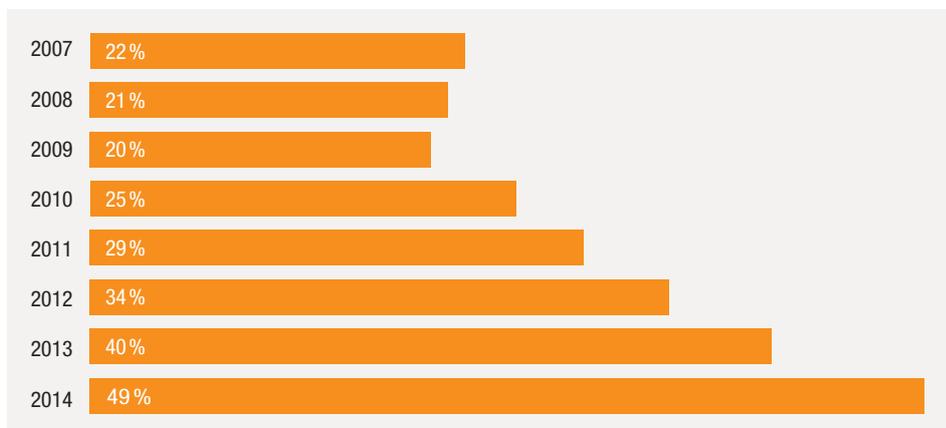


Abbildung 6: Entwicklung der Eigenkapitalquote

der Historie als der finanziellen Performance der letzten Jahre.

Werden künftig grössere Investitionen getätigt, so nimmt die Eigenkapitalquote dieser Spitäler in der Regel ab, weil sie die Investitionen primär mittels Fremdkapital finanzieren. Viele Spitäler werden in den nächsten ein bis fünf Jahren Bauprojekte in Angriff nehmen. Während sich die Eigenkapitalquote der profitablen Spitäler bis zum Beginn eines Bauprojekts weiter erhöht, wird sie sich danach reduzieren, weil das Spital Fremdkapital in grösserem Umfang aufnehmen wird. Für unsere Stichprobe gehen wir nach wie vor von einer Zunahme aus.

Liquidität anhaltend hoch

Alle Liquiditätsgrade sind im Vorjahresvergleich weiter gestiegen, wie dies schon seit 2007 kontinuierlich der Fall war. Sie lagen in allen Erhebungsjahren klar über den Richtwerten. Das heisst, dass die Spitäler

heute über deutlich mehr Liquidität (bzw. kurzfristiges Umlaufvermögen) verfügen als noch vor einigen Jahren. Die folgenden Zielwerte gelten für die drei Liquiditätsgrade als gut:

- Cash Ratio (Liquiditätsgrad 1) > 20.0%. Hier wird oft eine Bandbreite von 20.0% bis 35.0% genannt.
- Quick Ratio (Liquiditätsgrad 2) > 100.0%.
- Current Ratio (Liquiditätsgrad 3) > 200.0%.

Die in den letzten Jahren aufgebaute Liquidität wird voraussichtlich für bevorstehende Investitionen oder den Abbau der Verschuldung eingesetzt. Nicht zuletzt werden auch die im aktuellen Marktumfeld eingeführten Negativzinsen dazu anregen, den Bestand an liquiden Mitteln zu optimieren. Der Anstieg der Liquidität lässt sich auch am Verhältnis von flüssigen Mitteln zum Umsatz ablesen (vgl. Abbildung 8).

⁷ Die Werte für das Jahr 2013 haben sich gegenüber der letzten Studie aufgrund von Restatements ebenfalls deutlich erhöht, nämlich von ursprünglich 29% auf 40%.

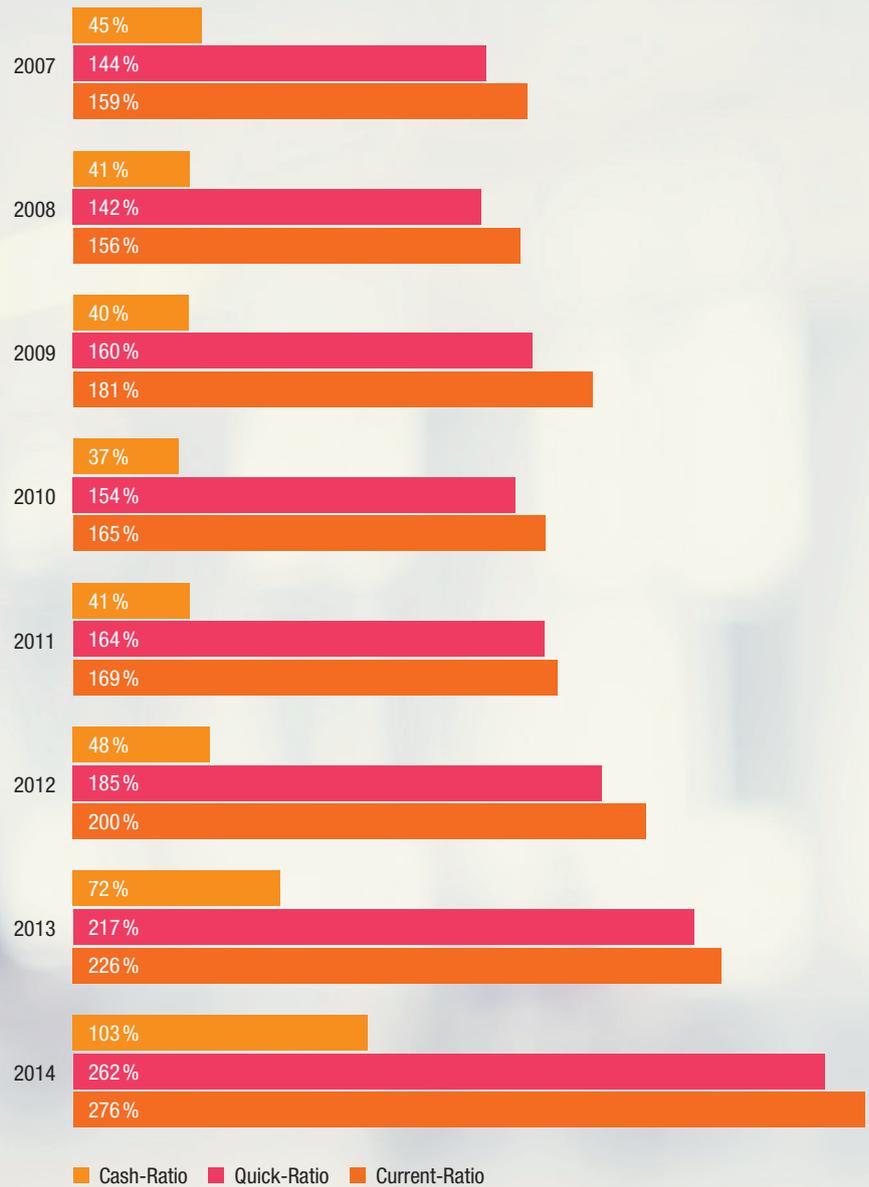


Abbildung 7: Anstieg der Liquiditätsgrade 1 bis 3



Abbildung 8: Flüssige Mittel in Prozent des Gesamtertrags

2. Finanzielle Gesundheit für die Psychiatrie zunehmend wichtiger

Eine ähnliche Entwicklung wie in der stationären Akutsumatik ist seit längerem in der Psychiatrie festzustellen. Hier sollen die Leistungserbringer per 2018 mit einem Fallpauschalensystem entgolten werden. Diesen Systemwechsel (TARPSY) haben wir zum Anlass genommen, den Psychiatriemarkt auszuleuchten.

Minimale EBITDAR-Marge von 8% notwendig

Die Psychiatrien als Spezialkliniken sind ein tragender Pfeiler des Schweizer Gesundheitswesens. Sie umfassen rund 80 Kliniken. Ein wesentlicher Unterschied zwischen Psychiatrien und Akutspitälern liegt in den für die Leistungserbringung notwendigen Anlagen. Während Akutspitäler einen bedeutenden Teil ihrer Investitionen in hochkomplexe und teure Infrastruktur tätigen, ist dies in der Psychiatrie nicht der Fall. Zudem müssen viele medizintechnische Apparate und Installationen in der Akutmedizin nach wenigen Jahren ersetzt werden. Vergleicht man das gesamte Anlagevermögen von

Akutspitälern und Psychiatrien, so weisen Psychiatrien längere Abschreibungsdauern auf. Das heisst, sie können ihre Anlagen insgesamt länger nutzen, bevor sie diese ersetzen müssen. Das hat Konsequenzen auf die erforderliche Minimalprofitabilität. Wenn wir bei den Schweizer Psychiatrien vom selben Kapitalumschlag wie im Akutbereich ausgehen ($0.9x^7$), so können diese ihre Anlagenutzungskosten ab einer EBITDAR-Marge von rund 8.0% decken. Überdurchschnittlich hohe Investitionen, eine unterdurchschnittliche Abschreibungsdauer oder Tarifiereduktionen im Rahmen der Umstellung auf TARPSY würden diesen Wert natürlich erhöhen.

In der aktuellen Studie haben wir Kennzahlen für neun Schweizer Psychiatrien berechnet. Dabei haben wir uns auf die Jahre 2012 bis 2014 beschränkt. Bei der Profitabilität fällt auf, dass die EBITDA-Margen der Psychiatrien leicht tiefer liegen als diejenigen der Akutspitäler. Das erstaunt nicht, da Psychiatrien weniger infrastrukturlastig sind und ihre Tarife einen entsprechend geringeren Anteil für Investitionen enthalten. Die Mehrheit der

untersuchten Psychiatriekliniken verfügen über Immobilien. Allerdings liegen die Differenzen zwischen den EBITDA- und EBIT-Margen der Jahre 2012 bis 2014 bei rund 2.0%. Dieser Wert erscheint uns angesichts des oben erwähnten Kapitalumschlags tief. Er weist darauf hin, dass die heute betriebenen Immobilien vermutlich vor einer Gesamterneuerung stehen. Einige Psychiatrien haben bereits damit begonnen und Kapital am Finanz- und Kapitalmarkt aufgenommen. Mittelfristig werden also auch die Schweizer Psychiatrien ihre Profitabilität noch erhöhen müssen.

Der Personalaufwand fällt bei den Psychiatrien in den Jahren 2012 bis 2014 deutlich höher aus als bei den Akutspitälern. Gemessen sowohl am Umsatz als auch am Gesamtaufwand lag er jährlich um mehr als zehn Prozentpunkte über den Akutspitälern. Der medizinische Aufwand hingegen ist mit rund 3.0% vom Umsatz beziehungsweise von den Gesamtkosten weniger zentral für zukünftige Optimierungen.

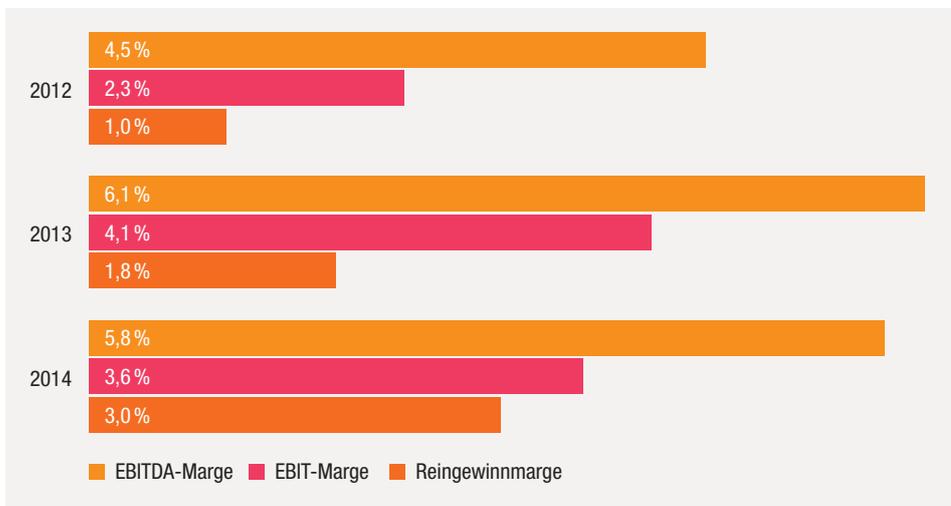


Abbildung 9: Margenübersicht in der Psychiatrie

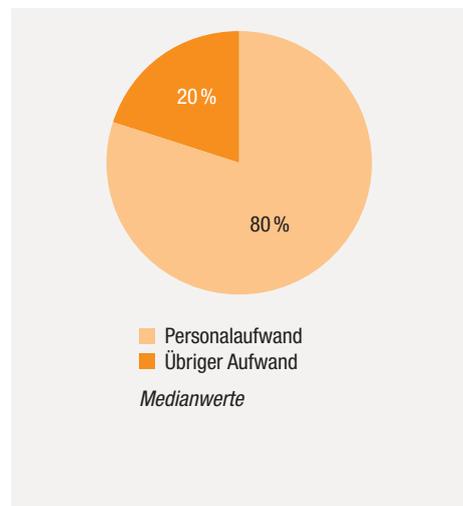


Abbildung 10: Bedeutung des Personalaufwands in der Psychiatrie



Das Image der psychiatrischen Institutionen hat sich in den letzten Jahren positiv verändert.

Fragmentierter, stabiler Anbietermarkt

Der Anbietermarkt psychiatrischer Institutionen in der Schweiz ist mit ungefähr 80 Kliniken relativ fragmentiert. Diese gliedern sich in reine Psychiatrien und psychiatrische Stützpunkte, die zu den somatischen Spitälern gehören. Zirka zwei Drittel aller psychiatrischen Kliniken sind öffentlich. Insgesamt stellen sie mehr als 7000 Betten zur Verfügung.⁸

Die Anzahl der Anbieter psychiatrischer Leistungen ist relativ stabil. In den letzten Jahren haben nur einige somatische Spitäler ihre psychiatrischen Stützpunkte – insbesondere in den umliegenden Regionen – sowohl um stationäre als auch um ambulante Angebote erweitert. Der Psychiatriemarkt scheint in Zukunft vermehrt in Bewegung zu kommen, sei es durch eine verstärkte Vernetzung unter den Marktteilnehmern oder durch Zusammenschlüsse.

Eine enge Vernetzung der Akteure – sowohl psychiatrische Kliniken untereinander als auch zwischen Psychiatrien und somatischen Spitälern – weisen aus Patientenperspektive gewisse Vorteile auf. Über eine integrierte Versorgung kann der Patient einfacher von einem Angebot zu einem anderen wechseln, ohne von den Schnittstellen tangiert zu werden.

Zugang zu psychiatrischen Leistungen wird niederschwelliger

Das Image der psychiatrischen Institutionen hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Sie sind heute keine Anstalten mehr, sondern Kliniken. Diese Entstigmatisierung führt zu einem niederschweligen Zugang und somit zum vermehrten Bezug psychiatrischer Leistungen, also einer höheren Nachfrage bei gleichbleibender Häufigkeit der Krankheit (Prävalenz). Die erhöhte Lebenserwartung der Menschen führt ausserdem dazu, dass Patienten, die psychiatrische Leistungen in Anspruch nehmen, immer älter werden.

Angesichts dieses Wachstums in der Psychiatrie dürften die folgenden Behandlungsbereiche in Zukunft stärker nachgefragt werden:

- **Alterspsychiatrie:** Aufgrund der steigenden Lebenserwartung werden die Patienten immer älter.
- **Burn-out und Depression:** Vermehrter Druck in der Arbeitswelt und im Privatleben führt zu mehr Burn-out-Patienten, die im schlechtesten Fall Depressionen entwickeln.
- **Psychosomatik:** Der Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und somatischen Folgen steigt.

Ergebnisverbesserungen sind auch in der Psychiatrie gefragt

Der Wettbewerb unter den Psychiatrien hat nach unserer Einschätzung noch nicht dieselbe Intensität erreicht wie in der Akutsomatik. Er wird jedoch – zeitlich verzögert – in den kommenden Jahren zunehmen. Damit stehen künftig vermehrt Themen wie die strategische Positionierung, Prozessverbesserungen und Effizienzsteigerungen auf der Agenda der strategischen Führungsgremien von Psychiatrien. Auch bei diesen sind die EBITDA- bzw. EBITDAR-Margen zu erhöhen, um den Zielwert von minimal 8.0% zu erreichen. Verschärft wird dieser Anspruch durch die für 2018 geplante Einführung des neuen Tarifsystems TARPSY, das die derzeitige Entschädigung über Tagespauschalen ablösen soll. Sobald klar ist, wie TARPSY konkret ausgestaltet ist, wird dies die Zusammenarbeitsformen und Prozesse in der Psychiatrie beeinflussen. Beispielsweise gewinnen Patientenpfade, Aufenthaltsdauermanagement sowie die Kooperation mit Zuweisern und nachsorgenden Institutionen auch in der Psychiatrie an Bedeutung.

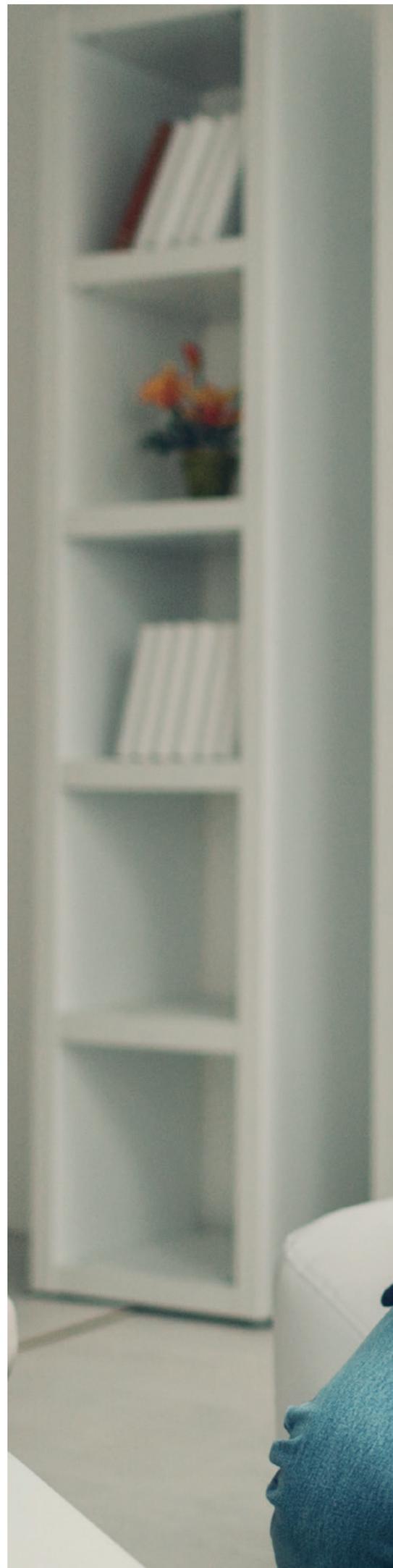
Mehr Freiheiten und Unternehmertum

Die Psychiatrien sollten gezielt einen Patientennutzen bieten und Synergien nutzen. Eine klare Angebotsstrategie ist eine zentrale Voraussetzung für eine

starke Positionierung im Markt. So sollten Anbieter psychiatrischer Leistungen bewusst entscheiden, welche Leistungen sie selber, in Kooperation (vgl. unsere Spitalstudie vom Vorjahr zum Thema Kooperationen)⁹ oder gar nicht anbieten. Eine klare Positionierung dürfte sich vor allem auf die Ertragsseite auswirken. Zur Verbesserung der Kostenseite bieten sich insbesondere die Patientenpfade und die Supportprozesse als Stellhebel an. Auch sollten die Kliniken Investitionsvorhaben prüfen und auf die Bedürfnisse der modernen Psychiatrie ausrichten. Die Sanierung von alten Liegenschaften in denkmalgeschützten Gebäuden ist möglicherweise weniger zielführend als ein Neubau.

Damit die (öffentlichen) psychiatrischen Kliniken marktgerechter agieren können, haben einige Eigentümer (Kantone) in der Deutschschweiz die Verselbstständigung ihrer psychiatrischen Dienste in eigenständige Aktiengesellschaften geplant oder bereits vorgenommen. Damit erhalten die öffentlichen Psychiatrien mehr unternehmerische Freiheiten. Allerdings sind mit diesem Spielraum allein die strategischen und operativen Herausforderungen noch nicht gemeistert.

Der Psychiatriemarkt wird sich weiterentwickeln, und die finanziellen Kennzahlen werden für die Unternehmenssteuerung immer entscheidender. Darum werden wir diese Kennzahlen auch in den folgenden Jahren in unsere Studie einbinden.





Eine klare Positionierung mit Fokus auf den Patientennutzen dürfte sich vor allem positiv auf der Ertragsseite auswirken.

3. Erfolgsfaktoren für die Integration von Spitälern

Wie bereits in der letzten Studie ausgeführt, erwarten wir eine zunehmende Konsolidierung in der Schweizer Spitallandschaft. Von 2001 bis 2013 hat die Anzahl Spitäler über alle Spitaltypen hinweg um rund 20% abgenommen. Die Zahl der akutsomatischen Grundversorgungsspitäler hat sich fast halbiert, während diejenige der Zentrumsspitäler gestiegen ist.¹⁰ Spitalschliessungen und Zusammenführungen begründen diese Entwicklung. Dabei stellt sich die Frage, wie sich zusammengeführte Spitäler integrieren lassen.

Für eine Integration sind verschiedene Modelle denkbar: von der verstärkten Zusammenarbeit über Standorte eines bestehenden Spitalverbunds bis hin zur vollständigen unternehmerischen und juristischen Integration von zwei oder mehreren Spitälern, die heute im Wettbewerb stehen.

Integrationen sollen Synergien im Angebot (Ertragsseite), im Betriebsmodell (Kosten- und in der Infrastruktur (Investitionen) erzielen und dadurch eine Verbesserung der finanziellen Kennzahlen erwirken. Deutlich unterschiedliche finanzielle Ausgangslagen können sowohl Integrationen antreiben (ein sanierungsbedürftiges Spital wird zur Marktkonsolidierung von einem finanziell gesunden Spital übernommen) oder aber eine solche verhindern (ein Zusammenschluss unter Gleichen kommt bei sehr unterschiedlichen finanziellen Ausgangslagen nicht in Frage).

In der Praxis stellt die Integration für viele Spitäler eine enorme Herausforderung dar. Häufig treffen sie auf Widerstände seitens der Zuweiser, Mitarbeiter, Politik oder Patienten. Dies kann so weit gehen, dass Ankündigungen von Änderungen im Leistungsangebot sich von selbst erfüllen. Zum Beispiel kann die Bekanntgabe der Schliessung eines Standorts zu dessen sofortigen Leerung führen, da die Zuweiser keine Patienten mehr überweisen.

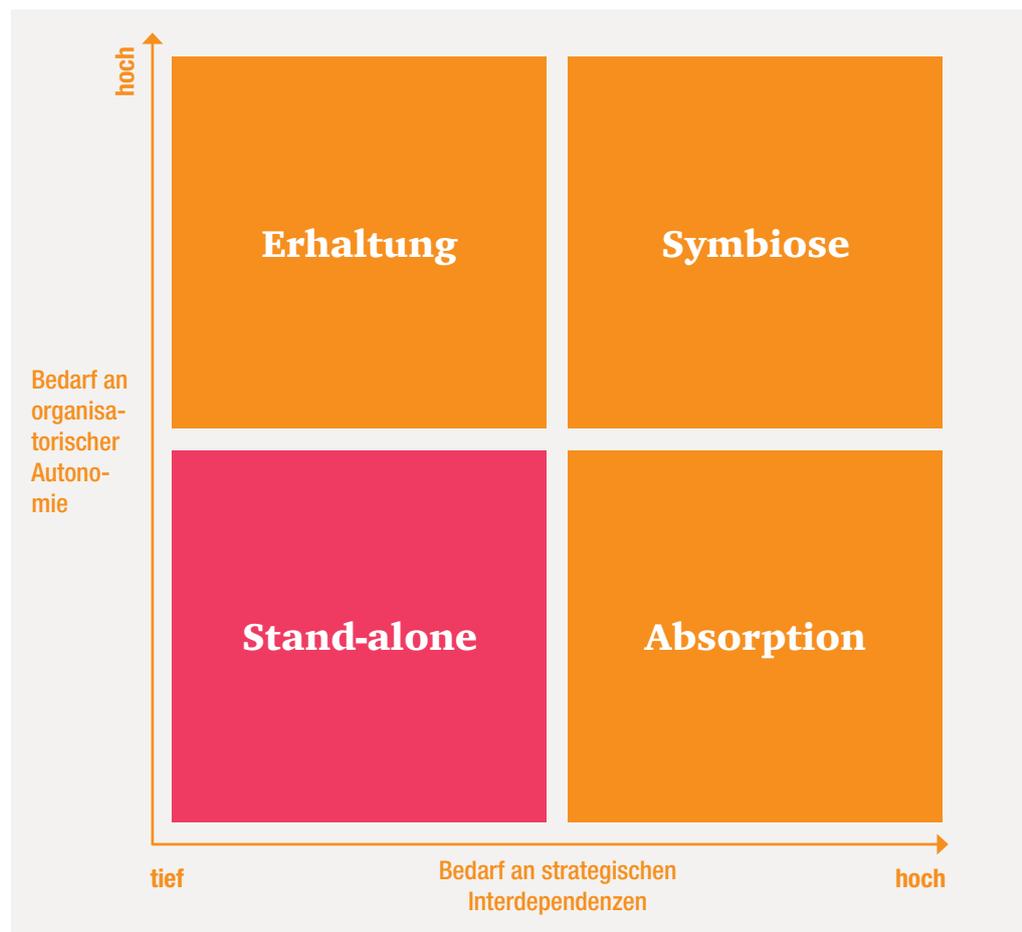


Abbildung 11: Verschiedene Integrationsansätze (in Anlehnung an Haspeslagh & Jemison 1990)

Eine Integration ist ein hochkomplexes Vorhaben und bindet beträchtliche Ressourcen. Zu Beginn sollte Klarheit darüber herrschen, wo man steht, wohin man strebt, wie und wann man dort hin gelangen möchte und was man dabei beachten sollte. Je rascher ein gemeinsames Zielbild erarbeitet wird, desto besser. In diesem Kapitel zeigen wir auf, welche Integrationsansätze je nach Situation zur Wahl stehen, wie die Integration typischerweise erfolgen kann und welche Faktoren zum Gelingen beitragen.

Gemeinsames Zielbild erarbeiten

Nach dem Entscheid zur Integration müssen die fusionierenden Spitäler zuerst über ihre Eigenständigkeit befinden. Die Integrationsansätze unterscheiden sich je nach dem Bedarf an strategischer Abhängigkeit (Interdependenz) zwischen den Spitälern und an organisatorischer Autonomie. Eine strategische Interdependenz resultiert zum Beispiel, wenn eine gemeinsame Angebotsstrategie erforderlich ist oder Wissen, Mitarbeitende und Ressourcen über die bisherigen Unternehmen ausgetauscht werden sollen. Die Notwendigkeit für organisatorische

10 Quelle: BFS: Kennzahlen der Schweizer Spitäler

- **Absorption:** Umfassende Integration durch Übernahme der Prozesse des einen Trägers durch den anderen (klassische «Übernahme»). Die Absorption wird bei hohem Bedarf strategischer Zusammenarbeit gewählt (z.B. zur gemeinsamen Marktbearbeitung mit konsolidierter Angebotsstrategie).
- **Symbiose:** Selektives Vorgehen beim Integrieren («Merger of Equals»). Die Symbiose kombiniert die besten Elemente der fusionierenden Unternehmen. Dieser Ansatz wird meistens bei zwei gleich grossen Spitälern mit ähnlicher Ausrichtung gewählt. Die Symbiose ist deutlich aufwändiger und langwieriger als die Absorption, verspricht jedoch einen hohen Nutzen. Zudem lässt sie sich nach aussen und innen gut kommunizieren.
- **Erhaltung:** Beibehalten der Eigenständigkeit in vielen Bereichen mit selektiver und langfristig ausgerichteter Integration. Gewisse Bereiche im Backoffice (Logistik, Finanzen, Beschaffung, Personal) werden zusammengeführt. Dieser Integrationsansatz wird meistens als Zwischenschritt oder bei der Zusammenführung von verschiedenen Geschäftsmodellen gewählt (Grundversorgungsspital vs. Zentrumsversorgungsspital, oder auch Akutsomatik, Psychiatrie, und Reha unter einem Dach).
- **Stand-alone:** Keine Integration, sondern juristische Zusammenführung (entweder unter einem gemeinsamen Rechtskleid oder unter einer Holding). Es gibt einzig eine gemeinsame strategische Führung, gegebenenfalls werden die Finanzmittel für Investitionen zwischen den Betrieben zentral alloziert. Ein Beispiel ist die Zusammenführung von mehreren Regionalspitälern zu einem Kantonsspital mit sehr hoher Autonomie der einzelnen Standorte. Dieser Integrationsansatz wird entweder als Zwischenschritt oder bei der Übernahme eines Privatspitals durch einen Privatinvestor gewählt.

Autonomie ergibt sich aus der Zusammenführung von Spitälern mit unterschiedlichen Betriebsmodellen (z.B. akutsomatisches Spital mit Spezialklinik oder Universitäts- mit Regionalspital). Abbildung 11 stellt die vier grundsätzlichen Integrationsansätze vereinfacht dar. In der Praxis sind häufig Mischformen zu beobachten.

Welcher Integrationsansatz am meisten Nutzen verspricht, hängt von der jeweiligen Situation ab. Sind die Geschäftsmodelle vergleichbar und die Partner liegen in angrenzenden Regionen, kommt eher eine Absorption in Frage als bei unterschiedlichen Geschäftsmodellen wie etwa beim

Zusammengehen von Leistungserbringern aus Akutsomatik, Psychiatrie und Pflegeheim in einem Unternehmen. Je nach Ansatz verändern sich sowohl der Aufwand als auch der Nutzen infolge der Integration.

Die Wahl des Integrationsmodells ist zentral für das weitere Vorgehen. Die Spitäler können nicht mit der Umsetzung beginnen, solange sie diese Fragen nicht beantwortet haben. In der Praxis führen nicht geklärte Vorstellungen vom Integrationsansatz zu langwierigen Schlaufen in der Umsetzung. Wird das Integrationsmodell während der Umsetzung geändert, verlangsamt dies den Prozess und demotiviert die involvierten Mitarbeiter.

Integration als langfristigen Prozess verstehen

Die Integration kann in allen Modellen (Ausnahme Stand-alone) in drei Phasen unterteilt werden. Abbildung 12 stellt diese Phasen dar.

In einer ersten Phase geht es um die Planung und Vorbereitung der Integration. Zentral ist die Entwicklung eines gemeinsamen Zielbilds, einer gemeinsamen Angebotsstrategie und gemeinsamer Prozesslandschaften in Abstimmung mit dem gewählten Integrationsansatz. Ein Zusammenführen von strategischen und operativen Leitungsgremien kann weitere Schritte vereinfachen.

Als Zweites steht die Umsetzung der Integration im Vordergrund. Dabei werden die neue Angebotsstrategie sowie das Führungs- und Organisationsmodell gemäss Zielbild umgesetzt. Die Umsetzung bildet den Kern der Integration, damit sich die mittel- bis langfristig angestrebten Veränderungen auch finanziell niederschlagen. Dabei sollten die Involvierten zwar nach dem Integrationsplan vorgehen, aber dennoch flexibel auf veränderte Rahmenbedingungen reagieren. Erste Erfolge in der Zusammenarbeit sollten schnell realisiert und kommuniziert werden, da diese bei allen Beteiligten Akzeptanz für die Integration schaffen. Üblicherweise werden die Supportfunktionen vor dem medizinischen Kerngeschäft integriert. Ebenfalls zu empfehlen ist ein gemeinsamer Auftritt nach aussen, der die Integration widerspiegelt und das Bekenntnis zum neuen Unternehmen zum Ausdruck bringt.

In der dritten und letzten Phase geht es um die Optimierung der Angebotsstrategie, Bereinigungen in der Führungs- und Organisationsstruktur und um Prozessoptimierungen. Sobald die Integration abgeschlossen ist, lassen sich Synergien insbesondere in den Supportfunktionen ausschöpfen.

Erfolgsfaktoren im Überblick

Aus unseren Erfahrungen mit Integrationsprojekten haben wir die wesentlichen Erfolgsfaktoren eines Integrationsprozesses zusammengefasst (nicht abschliessend):

Klares Ja zu einem Integrationsmodell

Den Entscheid für das Integrationsmodell sollte die strategische und operative Leitung treffen, die konkrete Ausarbeitung geschieht unter Einbezug der Anspruchsgruppen – insbesondere aus dem medizinischen Kerngeschäft. Der strategische Fahrplan gibt allen Betroffenen im Veränderungsprozess die nötige Orientierung.

Geschwindigkeit, Flexibilität und 80:20-Regel

Die Integration sollte so schnell wie möglich vonstattengehen, damit Veränderungen gleichsam rasch spürbar werden. Daher sollte das Integrationsprojekt nicht perfektioniert werden: Sobald die wesentlichen Elemente stehen, müssen die Beteiligten mit der Lösung beginnen. Perfekte Pläne sind zu langsam und würden von der Realität oder veränderten Rahmenbedingungen eingeholt.

Kommunikation und Führung

Sowohl gegenüber Zuweisern und der Öffentlichkeit als auch gegenüber den Mitarbeitern ist Kommunikation absolut entscheidend für den Veränderungsprozess. Die Führungsgremien sollten intern möglichst rasch Geschlossenheit signalisieren und als Vorbild vorangehen. Die Mitarbeitenden sind vom gemeinsamen Vorgehen zu überzeugen und dafür zu gewinnen. Am besten gelingt dies erfahrungsgemäss, indem sie das gemeinsame Zielbild kommunizieren, das den Nutzen für jeden Einzelnen und für das gesamte Unternehmen in den Vordergrund stellt. So können sich die beiden Unternehmenskulturen annähern und schliesslich

vereinen.

Die Öffentlichkeit sollte wenn immer möglich über die Entwicklungen informiert werden, um keine Gerüchte in Gang zu setzen. Dabei gilt das Augenmerk der Kommunikation von Änderungen im Leistungsangebot, die mit den Mitgliedern des Kerngeschäfts abzustimmen ist.

Balance von Integrationsprojekt und operativem Geschäft

Das Integrationsprojekt braucht zwar viel Raum, doch sollte es niemals das Tagesgeschäft in den Hintergrund drängen. Es gilt also, ein Gleichgewicht zu finden, in dem sich Tagesgeschäft und Integrationsprojekt erfolgreich bewältigen lassen. Ein schlankes Kernteam hilft, dass sich die Schlüsselträger im Spital weiter auf das Tagesgeschäft konzentrieren können. Gegebenenfalls sollen andere, nicht strategische Projekte sistiert oder gestoppt werden, damit sich die Integration mit den nötigen Ressourcen und hohem Tempo vorantreiben lässt.

Kurz und bündig

Eine Integration ist aufwändig, komplex und mit Risiken behaftet. Ein klares Zielbild, schnelles Vorgehen und eine überzeugende Kommunikation führen zum Erfolg. Nur wenn ein gemeinsames Ziel die Unternehmen zusammenführt, wird die absehbare Konsolidierung im Schweizer Spitalmarkt auch gelingen.



Abbildung 12: Phasen einer Integration





Wir erwarten eine weitere Konsolidierung im Schweizer Spitalmarkt. Die Integration von mehreren Spitälern stellt jeweils eine grosse Herausforderung dar.

4. Fazit und Ausblick

Die Bedeutung der finanziellen Kennzahlen in der Unternehmensführung von Spitälern nimmt weiter zu. Insbesondere die EBITDA-Marge hat sich seit unserer ersten Studie von 2012 bei vielen Spitälern als eine der wichtigen finanziellen Führungsgrössen etabliert. Das Gewinnziel in Form einer positiven EBITDA- bzw. EBITDAR-Marge von rund 10.0% ist langfristig notwendig, juristisch erlaubt und ethisch vertretbar. In Zukunft gewinnt auch die Kennzahl des Free Cashflow an Bedeutung.

Die EBITDA-Margen haben seit 2010 zugenommen. Dieser Trend wurde im Jahr 2014 gebrochen: Die EBITDA-Marge hat im Vergleich zum Vorjahr von 6.7% auf 6.4% zum ersten Mal abgenommen. Über die Hälfte der Schweizer akutsomatischen Spitäler erzielen unzureichende finanzielle Ergebnisse, um nachhaltig erfolgreich zu sein. Sie sind daher auch künftig darauf angewiesen, sich auf der Ertrags-, Aufwands- oder Investitionsseite zu verbessern. Demnach ist mit einer weiteren Intensivierung des Wettbewerbs zu rechnen. Andere Entwicklungen im Gesundheitswesen wie die Ambulantisierung der Medizin, die anstehende Revision des ambulanten Tarifmodells, die zunehmend höheren Komfortbedürfnisse der Patienten und die bessere Vergleichbarkeit der Qualität (wenn auch auf tiefem Niveau) werden die Spitäler weiter

beschäftigen. Agilität wird sich dabei auszahlen und in besseren Finanzkennzahlen zum Ausdruck kommen. Wir gehen von einem anhaltend wachsenden Markt aus, erweiterte Angebote werden zu zusätzlichen Fallzahlen führen. Zudem gewinnt der ambulante Markt zur Sicherung von stationären Zuweisungen an Gewicht.

Die Psychiatrien als Spezialkliniken sind ein wichtiger Teil des Schweizer Gesundheitswesens. Zum ersten Mal haben wir mit dieser Studie Transparenz über deren finanzielle Hauptkennzahlen geschaffen. Nach unseren Berechnungen sollte eine typische psychiatrische Institution als Zielwert eine EBITDA- bzw. EBITDAR-Marge von mindestens 8.0% erreichen. Auch bei den Psychiatrien liegt der Median der EBITDA-Margen mit 5.8% deutlich tiefer als der Zielwert. Seit 2012 ist die EBITDA-Marge steigend, ein Zeichen für die stärkere Ausrichtung auf wettbewerbliche Elemente. Vermutlich wird jedoch erst die voraussichtliche Einführung von TARPSY einen weiteren Schub in Richtung wettbewerbliche Elemente und Effizienzsteigerungen bringen. Die Psychiatrie wird etwas verzögert den gleichen Marktkräften ausgesetzt wie die Akutsomatik.

Wir erwarten eine weitere Konsolidierung des Schweizer Spitalmarkts. Mögliche Optionen sind eine Änderung der strategischen Ausrichtung, ein Verkauf an ein erfolgreiches Spital oder einen

Spitalbetreiber oder im Extremfall sogar eine Schliessung. Damit wird es vermehrt zu konzernartigen Strukturen oder Fusionen mit voller betrieblicher Integration kommen. Eine Integration erfolgreich zu meistern, ist eine Herkulesaufgabe. Die Akzeptanz von Patienten, Zuweisern, Politik und öffentlicher Meinung ist entscheidend. Wesentliche Erfolgsfaktoren sind die Entwicklungen eines klaren Zielbilds, die Abstützung desselben bei den Schlüsselpersonen vor allem aus dem medizinischen Kerngeschäft, Mut zur Geschwindigkeit sowie eine überzeugende, akkurate Kommunikation gegenüber Zuweisern, Mitarbeitern, Patienten und der Politik über Nutzen, Erfolge und Risiken der Integration.

Fortsetzung folgt

Das Gesundheitswesen steht vor spannenden Entwicklungen – gerne setzen wir unsere Leserschaft auch nächstes Jahr wieder darüber ins Bild, wie sie sich in den finanziellen Kennzahlen der Branche niederschlägt. Mit dieser Transparenz möchten wir die strategischen und operativen Leitungsgremien von Spitälern und die politischen Schlüsselpersonen bei der Entscheidungsfindung unterstützen und einen Vergleich der finanziellen Gesundheit von Schweizer Spitälern ermöglichen.

5. Anhang

Stichprobe

Die vorliegende Studie haben wir in Eigenregie durchgeführt. Basis unserer Untersuchung waren die publizierten Jahresrechnungen 2007 bis 2014 von 28 akutsomatischen Spitälern. Die Studie erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität für das Schweizer Gesundheitswesen. Im Vergleich zu den Vorjahren wurde die Stichprobe von 27 auf 28 erhöht. Durch die Erweiterung der Stichprobe haben sich einige Kennzahlen rückblickend verändert, die grundsätzlichen Erkenntnisse wurden dadurch jedoch nicht beeinflusst.

Akutspitäler (Stichprobe: 28)		
Ente Ospedaliero Cantonale	Kantonsspital St. Gallen	Spital Thurgau AG
GZO AG	Kantonsspital Uri	Spitäler fmi AG
Inselspital	Kantonsspital Winterthur	Spitäler Schaffhausen
Kantonsspital Aarau	Luzerner Kantonsspital	Spitalverbund Appenzell
Kantonsspital Baden AG	Solothurner Spitäler AG	Ausserrhoden
Kantonsspital Baselland	Spital Limmattal	Spitalzentrum Biel AG
Kantonsspital Glarus AG	Spital Netz Bern AG	SRO AG
Kantonsspital Graubünden	Spital RSE AG	Universitätsspital Basel
Kantonsspital Nidwalden	Spital STS AG	Universitätsspital Zürich
Kantonsspital Schwyz		Zuger Kantonsspital AG

Für die Berechnung der Kennzahlen haben wir die publizierten Geschäftsberichte der folgenden neun Psychiatrien verwendet.

Psychiatrien (Stichprobe: 9)		
Clinique Genevoise de Montana	Luzerner Psychiatrie	Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit
Klinik Barmelweid AG	Psychiatrie Baselland	Centre Neuchâtelois de Psychiatrie
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	Psychiatrische Klinik Zugersee	Psychiatrische Dienste Aargau AG

Median- und Durchschnittswerte

Der Median bezeichnet die mittlere Stelle einer Anzahl von Werten, die nach Grösse sortiert sind. Er teilt eine Stichprobe in zwei Hälften, sodass die Werte der einen Hälfte kleiner sind als der Medianwert und diejenigen der anderen grösser. Im Vergleich zum arithmetischen Mittel ist der Median robuster gegenüber Extremwerten.

Kennzahl	Definition
Eigenkapitalquote	Eigenkapital/Bilanzsumme
Liquiditätsgrade	
Liquiditätsgrad 1 (Cash-Ratio)	Liquide Mittel/kurzfristiges Fremdkapital
Liquiditätsgrad 2 (Quick-Ratio)	(Umlaufvermögen – Vorräte)/kurzfristiges Fremdkapital
Liquiditätsgrad 3 (Current-Ratio)	Umlaufvermögen/kurzfristiges Fremdkapital
EBITDAR-Marge	Betriebsgewinn vor Abschreibungen und Mieten/Umsatz
EBITDA-Marge	Betriebsgewinn vor Abschreibungen/Umsatz
EBIT-Marge	Betriebsgewinn/Umsatz
Kapitalumschlag	Umsatz/investiertes Kapital (Eigenkapital + verzinsliches Fremdkapital – flüssige Mittel)
Rendite auf dem investierten Kapital (ROIC)	EBIT/investiertes Kapital (Eigenkapital + verzinsliches Fremdkapital – flüssige Mittel)
Investiertes Kapital (IC)	Eigenkapital + verzinsliches Fremdkapital – flüssige Mittel

Quellenverzeichnis

- Bloomberg L.P. für Finanzdaten zu den europäischen Spitalgesellschaften. www.bloomberg.com/
- Jahresberichte 2007 bis 2014 der untersuchten akutsomatischen Spitäler
- Jahresberichte 2012–2014 der untersuchten Psychiatrischen Spitäler
- PwC: Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2013, Patrick Schwendener, Philip Sommer, November 2014, Zürich
- PwC: Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2012, Patrick Schwendener, Philip Sommer, August 2013, Zürich
- PwC: Schweizer Spitäler: Den Finanzen auf den Puls gefühlt, Patrick Schwendener, Philip Sommer, Februar 2012, Zürich
- PwC: Spitalimmobilien: Hoher Investitionsbedarf, unsichere Finanzierung, Christian Elsener et. al., August 2010, Zürich
- BFS: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (diverse Jahrgänge)
- BFS: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (diverse Jahrgänge)
- Kantonale Gesundheitsdirektionen (diverse): Versorgungsberichte
- Haspeslagh, P. C., & Jemison, D. B. (1991). Managing acquisitions: Creating value through corporate renewal. New York: Free Press.
- Schweizerische Eidgenossenschaft: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. Juli 2013), Bern

6. Kontakt

Patrick Schwendener

Director, Head Deals Healthcare

+41 58 792 15 08

patrick.schwendener@ch.pwc.com

ch.linkedin.com/in/patrickschwendener

Philip Sommer

Senior Manger, Beratung Gesundheitswesen

+41 58 792 75 28

philip.sommer@ch.pwc.com

ch.linkedin.com/in/philipsommer

Ein Dankeschön
an alle Personen
welche bei der Erstellung
dieser Studie mitgewirkt
haben – insbesondere Josip
Martic, Yannick Perler,
Marc Schulthess und
Paul Sailer.

