



# Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2019

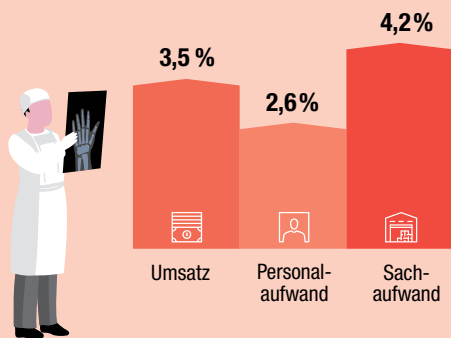
Status quo vor der COVID-19-Pandemie und  
Einschätzungen für 2020+

Vergleich der wichtigsten Kennzahlen von Schweizer Spitätern,  
neunte Ausgabe, November 2020

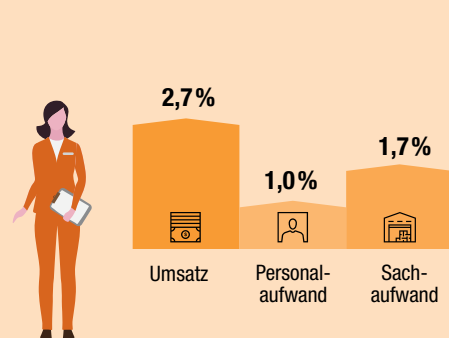
# Akutsomatik

# Psychiatrie

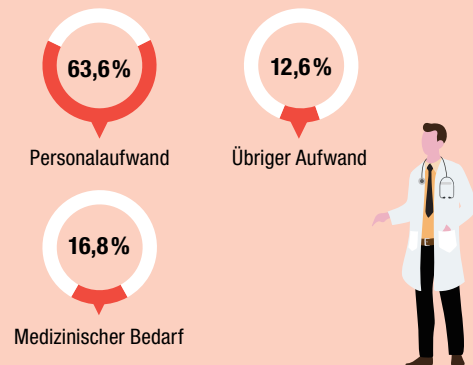
## Wachstumsraten im Jahr 2019



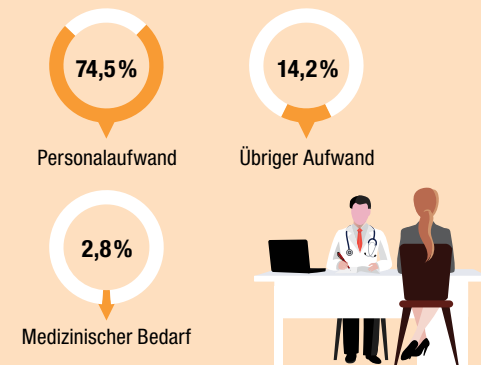
## Wachstumsraten im Jahr 2019



## Kostensplit im Jahr 2019 (in % des Umsatzes)

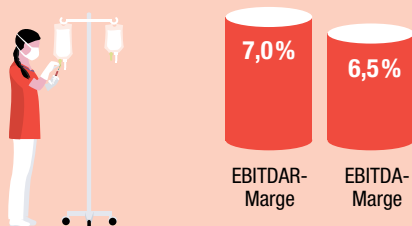


## Kostensplit im Jahr 2019 (in % des Umsatzes)



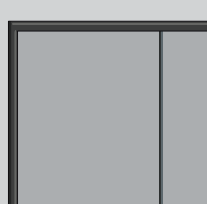
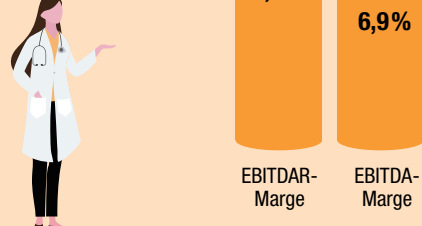
## Profitabilitätsmargen im Jahr 2019

10,0%  
Zielmarge



## Profitabilitätsmargen im Jahr 2019

8,0%  
Zielmarge



# Inhalt

## Zum Auftakt ein Blick auf Vergangenheit und Gegenwart

### Teil I: Finanzielle Entwicklung der Schweizer Spitäler

#### Akutsptäler standen schon vor COVID-19 unter Druck

Stationäre Umsätze steigen trotz fortgesetzter Ambulantisierung

Aufwand steigt progressiv an

Ziel-EBITDAR-Marge entfernt sich weiter

Ungenügende Eigenkapitalquote bei jedem 5. Spital – erste Rekapitalisierungen sind die Folge

Liquidität bleibt angespannt

Value-at-Risk-Betrachtung ermöglicht tieferen Einblick

#### Psychiatrien verzeichnen solide Profitabilität

Erträge wachsen stärker als im Vorjahr

Rentabilität erreicht nachhaltiges Niveau

Finanzierungsstruktur ist nach wie vor gesund

#### Rehabilitationseinrichtungen bleiben zu wenig rentabel

Steigende Behandlungskomplexität und -integration in der Rehabilitation

### Teil II: 2020 im Ausnahmezustand

COVID-19 wirkt sich finanziell aus

Operationelle Exzellenz und finanzielle Steuerung werden immer wichtiger

Digitalisierung schreitet weiter voran

Strukturwandel beeinflusst die Infrastruktur

### Teil III: Erfolgsfaktoren für den Aufbruch im Schweizer Spitalwesen

#### Operationelle Exzellenz verbessert systematisch die Ergebnisse

Programmziele definieren

Ergebnisverbesserungsprogramme frühzeitig und weitsichtig planen

#### Fallstudie 1: Beispiel Patientenfluss/Verweildauersteuerung

#### Fallstudie 2: Optimierung des Sachaufwands

#### Exzellenz in der Finanzfunktion ist gefragt – dies meinen 52 CFOs von Schweizer Spitalern

Finanzabteilungen richten sich neu aus

Business Partnering rückt ins Zentrum 38

Incentivierung erfordert eine Modernisierung 39

Arbeitskräfte müssen sich an der Zukunft ausrichten 40

### 6 Die Digitalisierung schreitet voran 41

Die Krise begünstigt mobile Anwendungen für die interne Kommunikation 41

Agile Kommunikation und Projektmethoden sorgen für Aufmerksamkeit 42

Plattform für e-Behandlungen reduziert Kosten und erleichtert den Arztzugang 44

### Die Zukunft der Infrastruktur will geplant sein 46

Blick auf die Kapitalrendite von Schweizer Spitalern erweitert die Beurteilung 47

### Exkurs: Gewichtete Kapitalkosten bestimmen die Rendite auf dem investierten Kapital 48

### Exkurs: Kapitalrendite von Schweizer und börsenkotierten Spitalern 49

Optionen zur Verbesserung der Kapitalrendite 50

Impairment Test prüft die Werthaltigkeit 51

COVID-19 kann die Geschäftsentwicklung und somit die Werthaltigkeit beeinflussen 52

Spitäler sollten über alternative Immobilienmodelle nachdenken 53

Interview mit Serge Fayet von Hemmi Fayet Architekten 56

### Teil IV: Das Wichtigste auf den Punkt gebracht 58

Finanzen vor anspruchsvollen Aufgaben 58

Vier Themen gehören auf die Agenda der Spitalführung 58

### Anhang 60

Weitere Informationen 60

Stichprobe 60

Median- und Durchschnittswerte 61

Kennzahlen 61

Quellenverzeichnis 62

Endnotenverzeichnis 62

Abbildungsverzeichnis 63

Abkürzungen und Glossar 64

### Publikationsübersicht 66

### Kontakte 68

#### Read me

Die vorliegende Publikation ist ein umfangreiches Werk mit verschiedenen Themenfeldern. Diese sind miteinander verknüpft. Dennoch können Sie die Studie selektiv nach Interesse lesen. Die Einleitung gibt eine Orientierung, wo sich welche Informationen befinden.







# Zum Auftakt ein Blick auf die Vergangenheit und Gegenwart

Liebe Leserin, lieber Leser

Die COVID-19-Pandemie rückt das Schweizer Gesundheitswesen in den Fokus des gesellschaftlichen und politischen Diskurses. Die Gesundheitsinstitutionen sollten während des Lockdowns nicht nur den elektiven Betrieb einstellen, sondern auch höchsten Einsatz und grösste Flexibilität zeigen. Fragen zur Finanzierung, Kapazitäten und alltägliche Traktanden gerieten zeitweilig in den Hintergrund.

In der vorliegenden neunten Ausgabe unserer Publikation zur finanziellen Gesundheit von Schweizer Spitälern legen wir für Sie die Ausgangslage im Jahr 2019 dar, aus der die Spitäler in die Pandemie geraten sind. Wir wagen finanzielle und operative Einschätzungen für 2020 und darüber hinaus. Abschliessend sprechen wir über die Schwerpunkte, die wir für die Spitäler im Sinne eines langfristigen Erfolgs nun als wichtig erachten.

Die Themen der diesjährigen Studie gliedern wir in die folgenden drei Hauptkapitel:

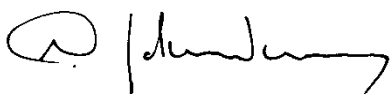
In **Teil I** leuchten wir die Finanzkennzahlen für Akutsomatik, Psychiatrie und die Rehabilitation aus. Wir verdeutlichen, wie sich deren finanzielle Gesundheit 2019 entwickelt hat. Dazu stützen wir uns wie im Vorjahr auf die etablierte Kooperation mit dem Verein SpitalBenchmark ab und verfeinern unsere unabhängige Stichprobe mit dessen Detaildaten.

- In der **Akutsomatik** war die Ausgangslage auch ohne COVID-19 bereits anspruchsvoll. Der Trend stagnierender bis sinkender EBITDAR-Margen hält an. Dies, obwohl 2019 überraschend ein stationäres Umsatzwachstum erkennbar war. Insgesamt erreichten nur wenige Institutionen die EBITDAR-Zielmarge von 10,0 Prozent. Das Bild der Akutsomatik bleibt im Wesentlichen unverändert.
- Bei den Leistungserbringern aus **Psychiatrie und Rehabilitation** zeigt sich weiterhin ein Nachfrageanstieg. Während die Psychiatrien im Durchschnitt ausreichend rentabel arbeiten, verzeichneten Rehabilitationskliniken eine ungenügende Profitabilität. Der Fokus auf die Versorgungsqualität zeigt auch in diesen Bereichen die Möglichkeiten neuer Geschäftsmodelle und deren aktuelle Grenzen auf. Die regulatorische und tarifliche Ausgestaltung hinkt hier noch hinterher.

In **Teil II** befassen wir uns mit dem Ausnahmezustand, den das Schweizer Gesundheitswesen aufgrund von COVID-19 zu bewältigen hat. Wir erläutern den Einfluss von COVID-19 auf die Finanzen und stellen die Herausforderungen für Digitalisierung und bauliche Infrastruktur dar.

In **Teil III** eruieren wir, inwiefern die Leistungserbringer die aktuelle Situation für eine langfristige Resilienz nutzen können. Ein besonderes Augenmerk gilt dem Thema **Operationelle Exzellenz und Ergebnisverbesserung**. Wir zeigen beispielhaft auf, wie ein Spital mit einer systematischen Prozessoptimierung sein finanzielles Ergebnis verbessert. Ein weiteres Schwerpunktthema sind die neuen **Anforderungen an die Infrastruktur**. Zudem führen wir die Diskussion über die Werthaltigkeit von Spitalinfrastruktur fort, was wir in dieser Ausgabe erstmalig mit einer Analyse des Return on Invested Capital (ROIC) verdeutlichen. Des Weiteren erfahren Sie anhand von zwei Beispielen, wie die **Digitalisierung** an Bedeutung gewinnt und neue patientenorientierte Geschäftsmodelle hervorbringt. Abschliessend interpretieren wir die Ergebnisse unserer **Umfrage bei Finanzchefs** von Schweizer Spitälern. Wir zeigen auf, was diese derzeit bewegt. Schliesslich geben wir Empfehlungen ab, wie die Finanzfunktion in Zukunft einen noch grösseren Mehrwert schaffen kann.

Lassen Sie uns die aktuellen Herausforderungen gemeinsam angehen. Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.



Patrick Schwendener, CFA  
Director  
Leiter Deals Gesundheitswesen  
PwC Schweiz



Philip Sommer  
Partner  
Leiter Beratung Gesundheitswesen  
PwC Schweiz

# Teil I

## Finanzielle Entwicklung der Schweizer Spitäler

### Akutspitäler standen schon vor COVID-19 unter Druck



Das Jahr 2019 reiht sich in seiner finanziellen Entwicklung in die Vorjahre ein. Das Leistungsvolumen im stationären Bereich erhöhte sich entgegen unseren Erwartungen und resultierte in einer **zunehmenden Umsatzentwicklung**. Die ambulanten Aktivitäten der Spitäler nahmen erneut stark zu.

Die **Aufwände** der Akutspitäler stiegen 2019 stärker an als davor. Die **Umsatzrendite** gemessen als **EBITDAR-Marge** war wie seit 2014 im Median leicht rückläufig. Ergänzend werteten wir die **Kapitalrendite** für 2019 aus, auch Return on Invested Capital (ROIC) genannt. Diese entwickelt sich stabil auf einem noch zu tiefen Niveau.

Das **Verknüpfen von versorgungs- und betriebswirtschaftlicher Perspektive** führt zu einer Konzentration der stationären Leistungsangebote. Dementsprechend wurden vereinzelt Leistungsaufträge zurückgegeben. Das Erstellen und Bündeln spezialisierter Angebote begünstigt die Gründung eigener oder mit Kooperationen betriebener Kompetenzzentren. Diese sollen eine hohe Behandlungsqualität bei einer Leistungserbringung mit steigender Komplexität ermöglichen. Veränderte Geschäftsmodelle und die Inbetriebnahme neuer Infrastrukturen wirken sich zunehmend stärker aus.

Insgesamt führen gerade grosse Investitionsprojekte zu einer Verschiebung der **Kapitalstrukturen** Richtung mehr Fremdkapital. Bei einem finanziell nachhaltigen Geschäftsgang kehren diese über den laufenden Investitionszyklus hinweg in die Nähe der Ausgangslage zurück. So bleiben nötige Investitionen weiterhin finanzierbar. Insgesamt erscheint dies wenig problematisch, wo eine üppige Eigenkapitalausstattung gegeben ist. Allerdings liegt eine solche nicht mehr überall vor. Zudem sollten sich Eigentümer, Verwaltungsräte und das Spitalmanagement auch bei guter Kapitalisierung Gedanken zur Werthaltigkeit des investierten Kapitals machen und nötigenfalls Massnahmen ergreifen.





## Stationäre Umsätze steigen trotz fortgesetzter Ambulantisierung

Wie in den Vorjahren haben die Umsatzzahlen der Akutspitäler auch 2019 zugelegt. Im Median fielen die stationären Erlöse gegenüber dem Vorjahr um 2,0 Prozent höher aus und lagen damit über dem erwarteten Nullwachstum.

Der ambulante Bereich verzeichnete mit einem Wachstum von 7,6 Prozent im Median ein starkes Umsatzwachstum. Dadurch stieg der Anteil der ambulanten Erträge am Gesamtumsatz um 1,5 Prozentpunkte an. Seit dem 1. Januar 2019 gilt schweizweit die Bundesliste mit sechs Gruppen von ambulant durchzuführenden Eingriffen. Das wirkte sich teilweise bereits in den Vorjahren auf die Zahlen aus, da die Leistungserbringer selbst oder kantonale Listen diese Entwicklung begünstigten. Daher erstaunt das hohe ambulante Umsatzwachstum 2019 auf den ersten Blick. Neben dem Trend zur Ambulantisierung liesse sich anführen, dass Spitäler immer mehr ambulante Leistungen erbringen, weil sich niederschwellige Angebotsstrukturen verändern und die Patienten heute öfter

direkt ins Spital gehen. Zudem zeigt eine von der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) in Auftrag gegebene Analyse, dass die Akzeptanz der bisherigen ambulanten Liste des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und insbesondere die Akzeptanz einer künftigen Ausweitung zwischen 2018 und 2019 deutlich zunahm.<sup>1</sup> Eine baldige Erweiterung der Liste ambulant durchzuführender Eingriffe ist wahrscheinlich. Die Spitäler sollten diese bereits heute in Businessplänen als Szenario abbilden.

Trotz eines anhaltenden Bevölkerungswachstums und demografischer Veränderungen halten wir an der These fest, dass die stationären Fallzahlen längerfristig seitwärts oder leicht rückläufig tendieren. Als stärksten Katalysator sehen wir die Entwicklung sektoren- oder schnittstellenüberspannender Tarifsysteme wie ambulanter Pauschalen oder der diagnosebezogenen Fallgruppen von Zero-Night-DRG.<sup>2</sup> Wir erwarten in den kommenden zwei bis vier Jahren einen Durchbruch mit anschliessender Umsetzung.

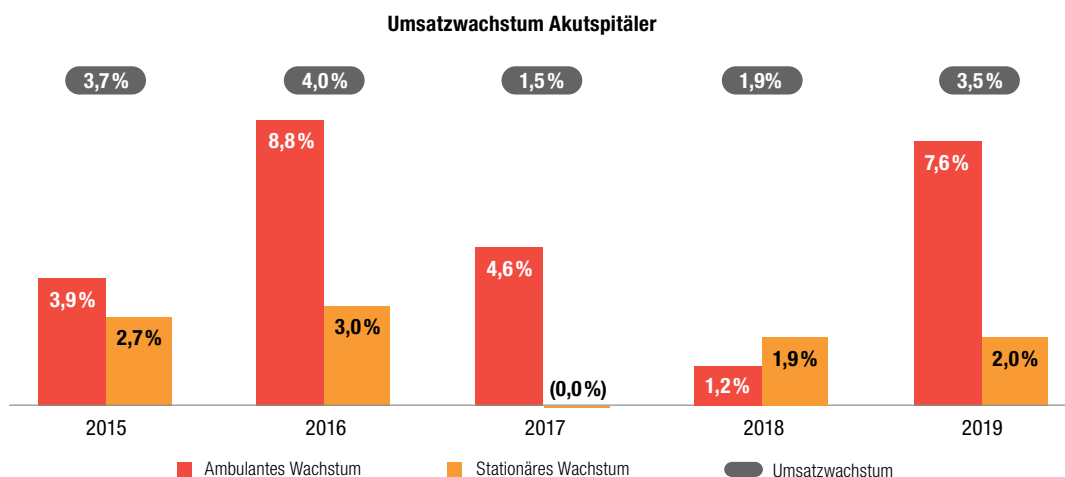


Abbildung 1: Umsatzwachstum (Medianwerte) der Schweizer Akutspitäler

## Aufwand steigt progressiv an

2019 sind die Aufwände im Verhältnis zum Ertrag überproportional gestiegen. Während das Umsatzwachstum im Median 3,5 Prozent betrug, haben sich die implizierten Aufwände um 4,1 Prozent erhöht.<sup>3</sup> Abbildung 3 zeigt deren Veränderung und jene des EBITDAR in Prozent des Umsatzes. Wie bereits in den vergangenen Jahren macht der Personalaufwand mit 63,6 Prozent des Umsatzes sowie rund 70,0 Prozent des Gesamtaufwands den Löwenanteil aus. Dieser Wert hat sich in den letzten Jahren nur gering verändert. Mit anderen Worten: Schon vermeintlich kleine Änderungen wie ein geringer Stellenanstieg oder ein Ausgleich der Teuerung können sich bei gleichbleibenden Tarifen deutlich auf die Rentabilität auswirken. Allerdings lässt die gleichbleibende Quote erahnen, dass ohne neue Arbeitsmodelle und den konsequenten Einsatz neuer Technologien keine grossen Sprünge möglich sind.

Das Verhältnis des medizinischen Bedarfs zum Umsatz erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr leicht auf 16,8 Prozent. Fast drei Viertel der Institutionen verzeichneten ein gegenüber der Vorperiode leicht höheres Wachstum des medizinischen Bedarfs. Hier sehen wir kurz- bis mittelfristiges Optimierungspotenzial.

Das Verhältnis zwischen Umsätzen und Aufwänden in Abbildung 2 zeigt deutlich, dass die Aufwände in unserer Stichprobe mit Ausnahme der Jahre 2015 und 2018 stärker angestiegen sind als die Erträge, was gleichbedeutend mit einer Verschlechterung der operativen Margen ist. Für steigende EBITDAR-Margen sind Betriebsabläufe weiter zu optimieren und strukturelle Veränderungen einzuleiten. Welche Möglichkeiten sich dazu bieten, lesen Sie in Teil III ab Seite 28.

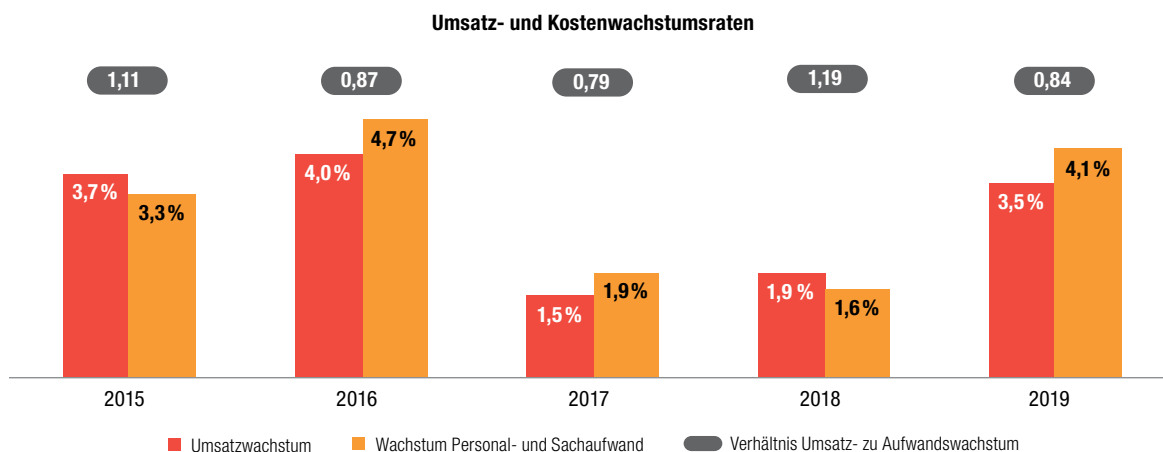


Abbildung 2: Umsatz- und impliziertes Aufwandswachstum im Zeitverlauf (Median- und implizierte Werte)<sup>4</sup>

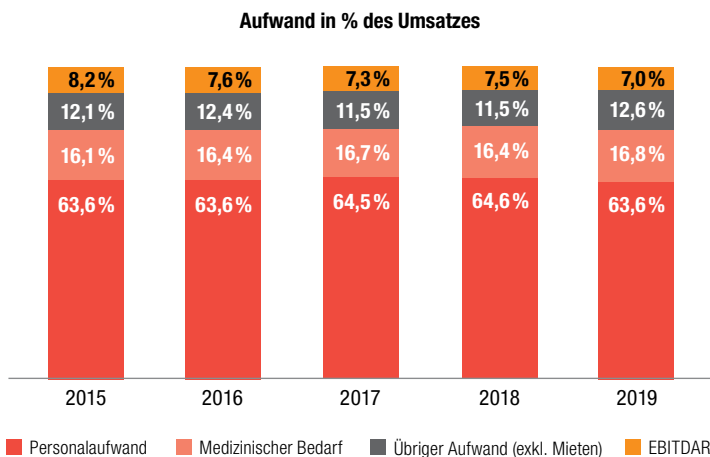


Abbildung 3: Aufwand in Prozent des Umsatzes (Median- und implizierte Werte)



## Ziel-EBITDAR-Marge entfernt sich weiter

Auch 2019 trat die erhoffte Margenverbesserung nicht ein. Die EBITDAR-Marge fiel im Median gegenüber dem Vorjahr sogar um 0,5 Prozentpunkte, während die EBITDA-Marge praktisch unverändert blieb. Insgesamt gingen die EBITDAR-Margen seit 2015 um 1,2 Prozentpunkte zurück, während sich die EBITDA-Margen hielten. Der Rückgang der EBITDAR-Marge liegt in den überproportionalen Aufwandssteigerungen der letzten Jahre begründet. Der relative Anteil der Mieten am Ertrag reduzierte sich, während die EBITDA-Marge unverändert blieb. Eine mögliche Erklärung besteht darin, dass bei einigen Spitälern die Immobilien zu tiefen Bilanzwerten übertragen wurden. Trotzdem zeigen die geringen Differenzen zwischen den beiden Margen, dass Schweizer Spitäler mehrheitlich Immobilieneigner sind und diesem Modell offenbar Vorteile zuschreiben.

Die EBIT- und Reingewinnmargen blieben gegenüber dem Vorjahr stabil oder erhöhten sich leicht. Mit 1,1 respektive 0,9 Prozent liegen sie jedoch tiefer als vor fünf Jahren. Ein Drittel der Stichprobe verzeichnete eine negative EBIT-Marge, während jedes vierte Spital einen Jahresverlust auswies. Der relative Abschreibungsanteil erhöhte sich über die letzten fünf Jahre und tendiert nach oben, je nach Kapitalumschlagsannahme. Die zu tiefen EBITDAR- und EBITDA-Margen führen nach Abzug des relativen Abschreibungsanteils zu deutlich zu tiefen Reingewinnmargen. Damit die Spitäler schwierige Jahre wie 2020 aus eigener Kraft überstehen können und langfristig Investitionen selbstständig tragen können, brauchen sie wesentlich höhere Reingewinnmargen.

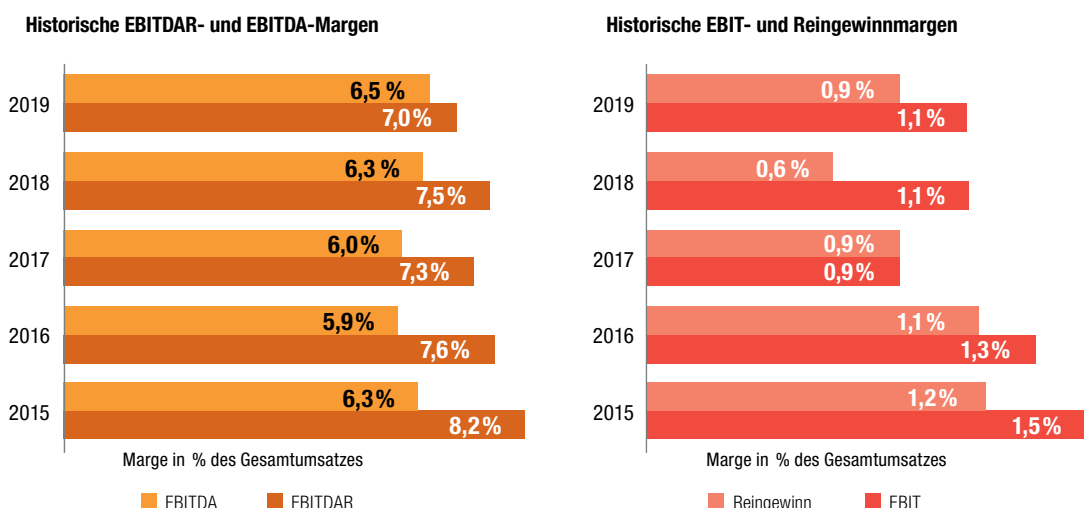


Abbildung 4: Entwicklung der Umsatzrenditen über die Zeit (Medianwerte)

## SpitalBenchmark-Daten bestätigen Einschätzungen

Für 2019 verwendeten wir zum zweiten Mal die Daten des Vereins SpitalBenchmark zur Plausibilisierung der Resultate unserer Stichprobe. Während wir mit 45 Akutspitälern einen Umsatzanteil von rund 68,0 Prozent abdecken, ist die Datenbank des Vereins SpitalBenchmark mit 127 Akutspitälern deutlich umfangreicher. Gemäss SpitalBenchmark hat sich die EBITDAR-Marge (Median) von 2018 auf 2019 um 0,7 Prozentpunkte auf 7,9 Prozent erhöht. Diese Entwicklung ist jedoch nicht auf eine Erholung des Schweizer Akutspitalmarkts zurückzuführen. Sie geht aus der Aufnahme weiterer Mitglieder in die Datengrundlage von SpitalBenchmark hervor. Insbesondere die erstmalige Berücksichtigung mehrerer Privatkliniken im Jahr 2019 liess die Margen erheblich ansteigen. Werden nur die Daten derjenigen Spitäler verglichen, die schon 2018 vertreten waren, zeichnet sich eine leichte Reduktion der EBITDAR-Marge ab. Obwohl der Datensatz 2019 deutlich umfassender ist als unserer, zeigen die beiden Analysen somit ein deckungsgleiches Bild.

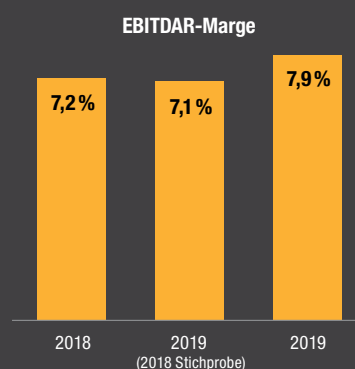


Abbildung 5: Entwicklung der EBITDAR-Margen gemäss Verein SpitalBenchmark (Medianwerte)

## Ungenügende Eigenkapitalquote bei jedem fünften Spital – erste Rekapitalisierungen sind die Folge

Schweizer Akutspitäler beobachteten über die letzten Jahre stetig sinkende Eigenkapitalquoten: von 48,3 (2015) auf 43,3 Prozent (2018). 2019 stoppte dieser Trend und die mediane Eigenkapitalquote lag bei 47,5 Prozent. Diese Entwicklung lässt sich nicht mit der finanziellen Performance von 2019 erklären. Vielmehr ist sie auf Kapitalerhöhungen und Umwandlungen von Eignerdarlehen zu Eigenkapital bei mehreren Spitälern zurückzuführen und zeugt damit zusätzlich von ungenügender Profitabilität.<sup>5</sup>

Der Vergleich der individuellen Eigenkapitalquoten mit dem in früheren Studien thematisierten Minimalwert von 30,0 Prozent bringt die empfindliche Lage vieler Spitäler ans Licht. Jedes fünfte untersuchte Spital erreicht den Mindestzielwert 2019 nicht.

Beim Nettoverschuldungsgrad (verzinsliches Fremdkapital abzüglich flüssiger Mittel dividiert durch das Eigenkapital) präsentiert sich eine ähnliche Situation.

Der Nettoverschuldungsgrad nahm zwischen 2015 und 2018 stetig zu und war aufgrund der oben beschriebenen Effekte im Jahr 2019 erstmalig rückläufig. Im Median wiesen die Schweizer Akutspitäler 2019 eine Nettoverschuldung von rund 50,0 Prozent des Eigenkapitals aus, wobei sich einzelne Spitäler deutlich unterscheiden. Während knapp ein Fünftel der Institutionen einen Nettoverschuldungsgrad von unter 10,0 Prozent auswiesen, lag dieser bei 12 Prozent der Leistungserbringer oberhalb des Maximalwerts von 200,0 Prozent.<sup>6</sup> Die Hälfte der Spitäler identifizierte Nettoverschuldungsgrade zwischen rund 20,0 und 115,0 Prozent. Trotz der leichten Erholung gegenüber 2018 bleibt die Finanzierungssituation demnach angespannt, insbesondere in Hinblick auf die anstehenden Infrastrukturprojekte. Im Zug der Finanzierung dieser Vorhaben werden die Eigenkapitalquoten weiter ab- und die Verschuldungsgrade zunehmen. Mittelfristig führt das zu höheren Kapitalkosten und setzt folglich noch bessere Ergebnisse voraus.

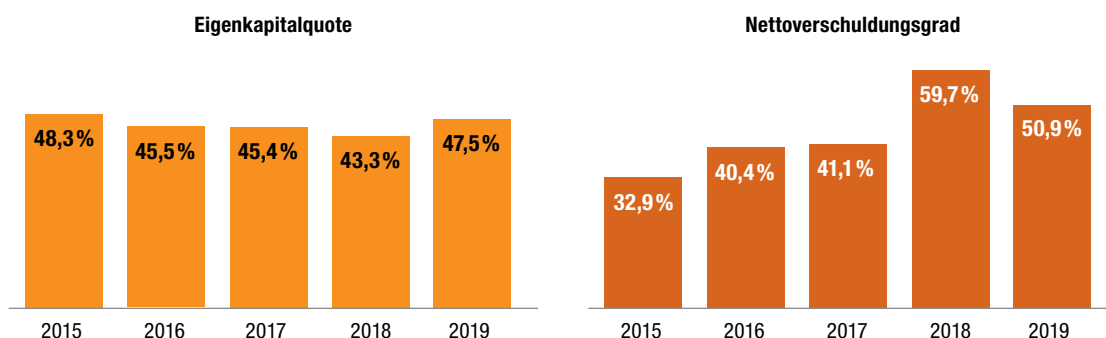


Abbildung 6: Entwicklung der Kapitalstruktur über die Zeit (Medianwerte)





## Liquidität bleibt angespannt

Die Liquiditätsgrade geben Auskunft darüber, ob die kurzfristigen Aktiven ausreichen, um die kurzfristigen Passiven zu begleichen. Wer diese Kennzahlen überwacht und steuert, kann Liquiditätsengpässe frühzeitig erkennen und verhindern.

Über die letzten fünf Jahre blieben die Liquiditätsgrade der untersuchten Schweizer Spitäler relativ konstant und lagen im Median stets über den Minimalwerten. Allerdings streuen die Ergebnisse stark. 2019 lag der Liquiditätsgrad 1 bei gut einem Viertel der Spitäler unterhalb des Minimalwerts von 20,0 Prozent. Den Minimalwert von 100,0 Prozent beim Liquiditätsgrad 2 konnten 14,0 Prozent der Spitäler nicht erreichen. Beim Liquiditätsgrad 3 lagen sogar gut 40,0 Prozent unterhalb des Minimalwerts. Im Fall eines plötzlichen Liquiditätsabflusses oder -ausbleibens wie etwa während des elektiven Eingriffsverbots im Rahmen der Massnahmen des Bundesrates im Zusammenhang mit COVID-19 könnte die Zahlungsfähigkeit dieser Institutionen ohne externe Unterstützung rasch schwinden.

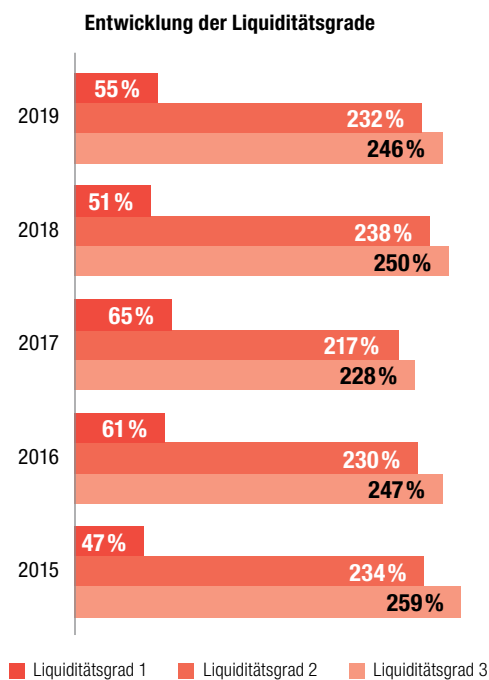


Abbildung 7: Liquiditätsgrade von Schweizer Spitalern im Zeitverlauf (Medianwerte)

Wir erachten den Liquiditätsgrad 2 als die massgebliche Kennzahl zur Beurteilung der Liquiditätssituation eines Spitals. Die kurzfristigen Forderungen sind wichtig, da sie einerseits eine hohe Werthaltigkeit (d.h. geringe Ausfallwahrscheinlichkeiten) aufweisen und andererseits umfangreich sein können. Vorräte sind ebenfalls entscheidend, sind den Forderungen in Bezug auf die Höhe jedoch untergeordnet, da der grösste Teil der



Beim **Liquiditätsgrad 1** werden die flüssigen Mittel ins Verhältnis zum kurzfristigen Fremdkapital gesetzt. Aus einer reinen Risikosicht erscheint ein möglichst hoher Liquiditätsgrad 1 erstrebenswert. Die Bereithaltung finanzieller Mittel ist jedoch mit Kosten verbunden (explizite Kosten wie aktuell mögliche Negativzinsen und Opportunitätskosten). In der Praxis sollte der Liquiditätsgrad 1 zwischen 20,0 Prozent und 35,0 Prozent liegen. Für das Spitalwesen mit hohen monatlichen Personalaufwänden erachten wir diese Werte als eher tief. Wir empfehlen als zusätzliche Orientierungsgrösse die liquiditätswirksamen Kosten von bis zu zwei Monaten heranzuziehen.

Der **Liquiditätsgrad 2** setzt das Umlaufvermögen (exkl. Vorräte) ins Verhältnis zum kurzfristigen Fremdkapital. Ein wichtiger Bestandteil bei der Anwendung dieser Kennzahl ist daher die Prüfung der Werthaltigkeit ausstehender Forderungen, die zur Liquidität addiert werden. Da im Spitalbetrieb ein Grossteil der Forderungen gegenüber Parteien mit hoher Kreditwürdigkeit besteht (Kantone und Versicherungen), ist die Werthaltigkeit der Debitoren üblicherweise hoch. Dennoch sollte ein Spital die Untergrenze von 100,0 Prozent beim Liquiditätsgrad 2 nicht unterschreiten.

Beim **Liquiditätsgrad 3** wird das gesamte Umlaufvermögen ins Verhältnis zu den kurzfristigen Verbindlichkeiten gesetzt. Ein Wert von 100,0 Prozent würde hier bedeuten, dass sämtliche bilanzierten Vermögenswerte des aktiven Umlaufvermögens (Debitoren, Vorräte, nicht fakturierte Leistungen usw.) veräussert oder zu Geld gemacht werden müssten, um die bilanzierten kurzfristigen Verbindlichkeiten mit einer Laufzeit von weniger als zwölf Monaten zu decken. Gängig sind Richtwerte von 200,0 Prozent, ein Wert von 100,0 Prozent gilt als tief und würde auf ein potenzielles Liquiditätsproblem hinweisen. Dies gilt auch für Schweizer Spitäler.

Leistungserbringung durch medizinische Leistungen und nicht durch verwendete Materialien erfolgt. Allerdings kann das Orientieren an Richtwerten zu ungenügenden Liquiditätsbeständen führen. Gerade weil ein Grossteil der Leistungserbringung in einem Spital über die Mitarbeitenden zustande kommt, wäre die Beurteilung oder Festlegung der Liquidität anhand einer reinen Bilanzarithmetik zu einseitig.

## Value-at-Risk-Betrachtung ermöglicht tieferen Einblick

Um das Risiko eines Liquiditätsengpasses oder einer Überschuldung einzugrenzen, haben wir erstmals für unsere Stichprobe eine Value-at-Risk-Analyse (VaR-Analyse) durchgeführt. Damit wird üblicherweise ein maximaler Verlust oder eine Einbusse über eine bestimmte Zeit und mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit berechnet.

Mit dieser Methode haben wir sowohl das Überschuldungsrisiko (Ansatz 1) als auch das Risiko eines Liquiditätsengpasses (Ansatz 2) analysiert (vgl. Abbildung 8). Die Analyse erfolgte auf Basis der aktuellen Swiss-GAAP-FER-Geschäftsberichte von 42 Schweizer Spitälern unserer Stichprobe im Vergleich zur durch-

schnittlichen Reingewinn- und EBITDAR-Entwicklung in den vergangenen zehn Jahren.

Das Ergebnis der Analyse stellt eine Annäherung unter Annahmen dar: Erstens ist die Anzahl an historischen Beobachtungen pro Spital für eine verlässliche Schätzung der benötigten Mittelwerte und Standardabweichungen gering. Zweitens gehen wir davon aus, dass die modellierten Reingewinn- und EBITDAR-Margen normalverteilt und voneinander unabhängig sind. Für eine Verbesserung der zukünftigen Margen unterstellen wir die gleiche Wahrscheinlichkeit wie für eine Verschlechterung über denselben Zeitraum, unabhängig von der Entwicklung der Margen in den vergangenen Jahren.

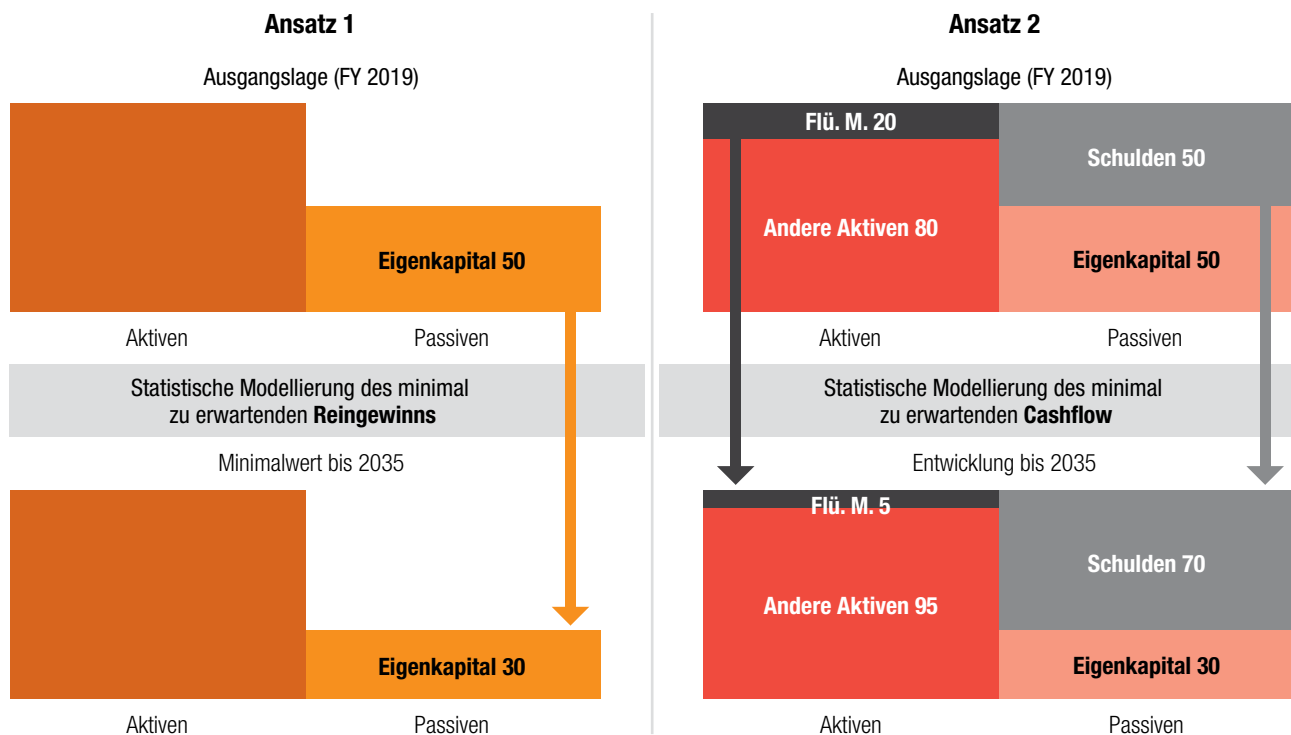


Abbildung 8: Analyse des Risikos einer Überschuldung (links) und des Risikos eines Liquiditätsengpasses (rechts)





## Ansatz 1: Risiko einer Überschuldung

Das Ziel dieses Ansatzes besteht darin, den Minimalwert des Eigenkapitals eines Spitals zu berechnen, der mit einer Wahrscheinlichkeit von 95,0 Prozent (Konfidenzniveau) in den nächsten 15 Jahren nicht unterschritten wird. Basis bilden die Buchwerte des Eigenkapitals gemäss Geschäftsbericht 2019.

In einem ersten Schritt werden die Reingewinnmargen für die nächsten 15 Jahre modelliert. Wir leiten die Verteilungsparameter der Reingewinnmargen (Mittelwerte und Standardabweichungen) für jedes Spital aus dessen Historie der letzten zehn Jahre ab. Basierend auf diesen Parametern simulieren wir eine Zeitreihe von minimalen Reingewinnmargen bei entsprechendem Konfidenz-

niveau. Anschliessend wenden wir die minimal erwarteten Werte auf die erwarteten Umsätze (Vorjahr inklusive Bevölkerungswachstum) an, um die Veränderung des Eigenkapitals für jedes Jahr zu berechnen. Die Veränderung des Eigenkapitals wird abschliessend zur Basis des Eigenkapitals addiert, um den Minimalwert des Eigenkapitals innerhalb der nächsten 15 Jahren zu erhalten.

Abbildung 9 zeigt den minimalen Eigenkapitalwert bis 2035 in Relation zum Buchwert des Eigenkapitals gemäss Jahresabschluss 2019 (100,0 Prozent) für 42 Schweizer Spitäler, der mit einer Wahrscheinlichkeit von 95,0 Prozent nicht unterschritten wird. Die Spitäler sind auf der X-Achse nach ihrer durchschnittlichen EBITDAR-Marge der letzten zehn Jahre sortiert. Die Kreisgrösse symbolisiert die Grösse der jeweiligen Spitäler (Total Aktiven).

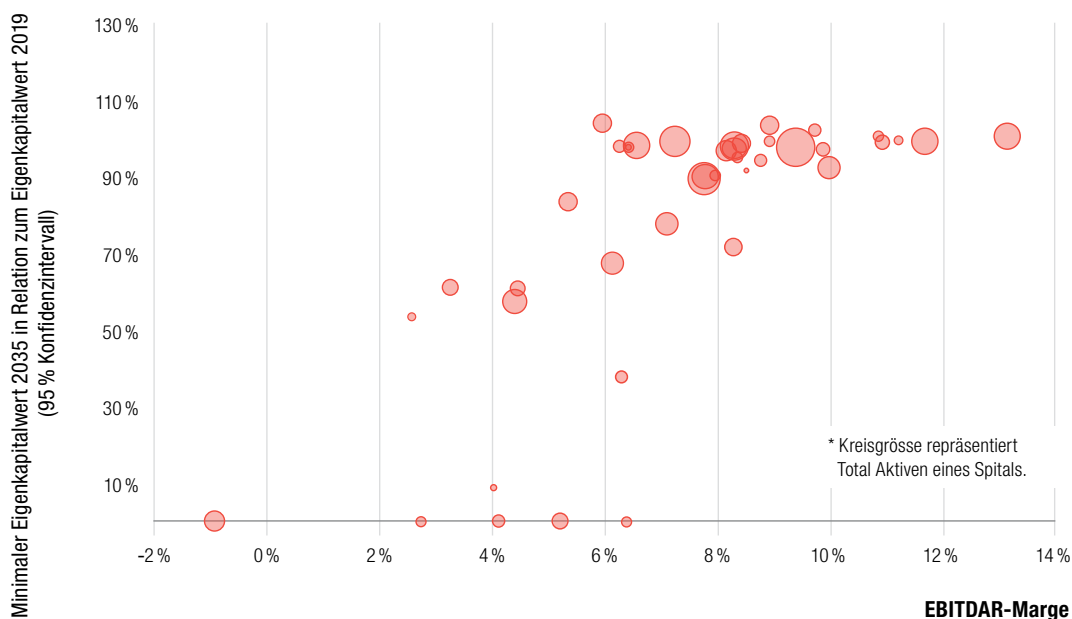


Abbildung 9: VaR-Analyse des minimalen Eigenkapitalwerts (Ansatz 1)

Ein Wert von null würde auf eine Überschuldung hindeuten. Ein Wert von 80,0 Prozent gilt als eine Reduktion des Eigenkapitalwerts innerhalb der nächsten 15 Jahren auf 80,0 Prozent des aktuellen Buchwerts des Eigenkapitals 2019, also als eine Reduktion um 20,0 Prozent. Insgesamt könnten fünf von 42 Spitätern in den nächsten 15 Jahren in eine Überschuldungssituation geraten. Sie würden dann das gesamte Eigenkapital aufgezehrt haben. Des Weiteren zeigt Abbildung 9, dass Spitäler mit einer durchschnittlichen EBITDAR-Marge von mindestens

10,0 Prozent nahezu keine Reduktionen des aktuellen Eigenkapitals zu erwarten haben. Was nach wenig klingt, ist durchaus ernst zu nehmen: Die Berechnungen unterstellen implizit, dass zukünftige exogene Entwicklungen (regulative Änderungen, Tarifsenkungen etc.) im bisherigen Ausmass kompensiert werden können (Annahme der normalverteilten Ergebnisse). Gelingt dies nicht, sinken die Kreise in Abbildung 9 nach unten und eine Überschuldung wird deutlich wahrscheinlicher.

## Ansatz 2: Risiko eines Liquiditätsengpasses

Mit dem zweiten Ansatz berechnen wir einen Minimalwert, den die flüssigen Nettomittel (flüssige Mittel abzüglich Schulden) der Spitäler mit einer Wahrscheinlichkeit von 95,0 Prozent in den nächsten 15 Jahren nicht unterschreiten. Die Beurteilung des Cashflows erfolgt auf Basis des Gewinns vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen und Mieten, also dem EBITDAR, und unter Berücksichtigung der erwarteten Investitionen. Bei diesen gingen wir davon aus, dass jedes Spital pro Jahr 5,0 Prozent seines Umsatzes in Sachanlagen reinvestiert. Sofern eine Nettoschuld be- oder entsteht, werden zusätzlich kalkulatorische Zinsaufwände von 5,0 Prozent berücksichtigt. Der minimal zu erwartende Cashflow wird wie bei Ansatz 1 mit einem statistischen Modell zur EBITDAR-Marge hergeleitet. Ebenfalls wie in Ansatz 1 schätzten wir die

Verteilungsparameter (Mittelwerte und Standardabweichungen) für jede Institution aus der spitaleigenen Historie der letzten zehn Jahre.

Anders als bei Ansatz 1 besteht bei der Liquidität keine klare Grenze, die gesetzestbedingt nicht unterschritten werden darf. Den Verschuldungsgrad simulierten wir als Nettoverschuldung über das Total der Aktiven. In der Praxis liegen einige Werte zwischen 20,0 und 60,0 Prozent. Höhere Werte sollten nur kurzfristig, etwa unmittelbar nach Abschluss einer neuen Finanzierung, beobachtet werden und eine Ausnahme darstellen.

Abbildung 10 zeigt den maximalen Verschuldungsgrad in den nächsten 15 Jahren auf und bestätigt die grossen Unterschiede zwischen den einzelnen Spitälern, die bereits in Abbildung 9 auftreten.

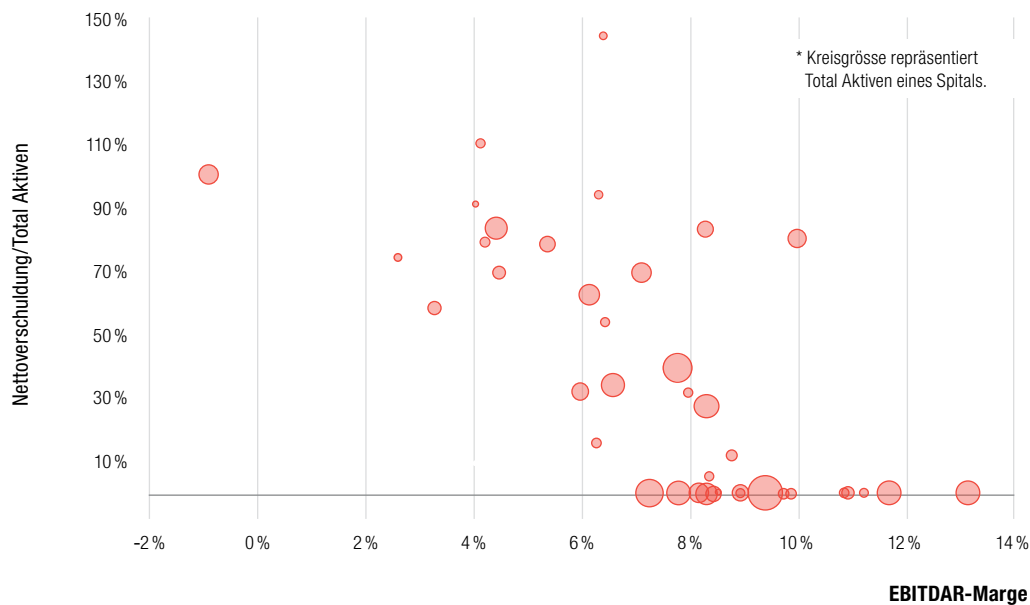


Abbildung 10: VaR-Analyse des maximalen Verschuldungsgrads (Ansatz 2)

Während gewisse Spitäler (beinahe) komplett eigenfinanziert bleiben, erreicht der Fremdfinanzierungsanteil bei anderen ein hohes Niveau. Aus Abbildung 10 ist ebenfalls erkennbar, dass Spitäler mit einer EBITDAR-

Marge von mindestens 10,0 Prozent langfristig eigenfinanziert bleiben können. Ein hoher Fremdfinanzierungsanteil deutet auf höhere Kapitalkosten, mehr Auflagen von Investoren sowie auf ein erhöhtes Konkursrisiko hin.

## EBITDAR-Zielmarge von 10,0 Prozent erhärtet sich

Die von uns im Jahr 2013 hergeleitete EBITDAR-Zielmarge von 10,0 Prozent<sup>7</sup> erhärtet sich auch in einer empirischen Simulation als Grenzwert. Die Simulationen von Überschuldungs- und Liquiditätssituation zeigt einen negativen Trend für Spitäler auf, die in den vergangenen zehn Jahren keine EBITDAR-Marge von 8,0 bis 10,0 Prozent erreichten. Eine Betrachtung der EBITDAR-Marge allein greift jedoch offensichtlich zu kurz. Für eine Einschätzung der finanziellen Situation müsste die individuelle Situation des Spitals eingehender analysiert und Faktoren wie Fallentwicklung, Investitionsbedarf, ausstehende Verschuldung und andere mitberücksichtigt werden.

Die Unternehmensgrösse trägt wesentlich zur nachhaltigen finanziellen Situation eines Spitäles bei. Das Überschuldungsrisiko und das Risiko eines Liquiditätsengpasses fallen bei grösseren Institutionen tendenziell geringer aus. Diese Erkenntnis bekräftigt die Bemühungen vieler Spitäler, mit Kooperationen oder Zusammenschlüssen mehr Marktbedeutung zu erreichen. Die von uns im Sommer 2020 in der Studie «Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz» vorgeschlagenen «Hub and Spoke» Modelle können dazu einen wichtigen Beitrag leisten.





# Psychiatrien verzeichnen solide Profitabilität



## Erträge wachsen stärker als im Vorjahr

Das Umsatzwachstum der Psychiatrien ist gegenüber dem Vorjahr auf 2,7 Prozent angestiegen. Insgesamt schwankten die Wachstumsraten im Median über die letzten fünf Jahre zwischen 1,0 und 2,7 Prozent. 2019 markierte gemäss Abbildung 11 den Höchstwert seit 2015.

Innerhalb der Stichprobe variierte das Umsatzwachstum von minus 3,0 bis plus 13,0 Prozent. Dabei lag der Wert bei der Hälfte der ausgewerteten Psychiatrien zwischen 1,8 und 5,2 Prozent. 38,0 Prozent der Institutionen verzeichneten 2019 einen Umsatzrückgang gegenüber 2018. Demnach schwankt das individuelle Umsatzwachstum nicht nur langfristig, sondern auch zwischen einzelnen Jahren.

Wir gehen von zukünftigen Wachstumsraten im gesamten Psychiatriemarkt von 3,0 bis 4,0 Prozent pro Jahr aus. Dieser Wert wird sowohl durch die Bevölkerungszunahme als auch durch die Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten getrieben. Gerade im spitalambulanten und tagesklinischen Bereich sowie bei ambulanten Praxen erwarten wir hohe Wachstumsraten. Im Gegenzug nehmen wir im stationären Bereich ein geringes Wachstum an.

Auch in der Psychiatrie ist ein klarer Trend von ambulant vor stationär zu erkennen. Dieser hängt einerseits mit den Kostenvorteilen von ambulanten Behandlungen und andererseits mit den Behandlungspräferenzen der Patienten und deren sozialer Reintegration sowie einer weiteren Entstigmatisierung psychischer Krankheiten zusammen. In der Summe dürften diese Faktoren das ambulante Wachstum auch in Zukunft begünstigen.

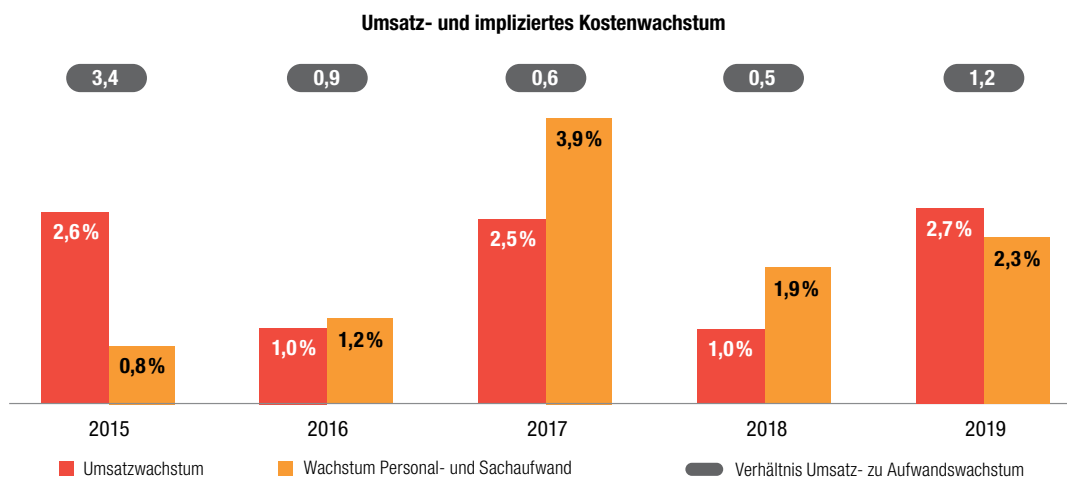


Abbildung 11: Umsatz- und Aufwandswachstum im Zeitverlauf (Median- und implizierte Werte)



**Aufwand in % des Umsatzes**

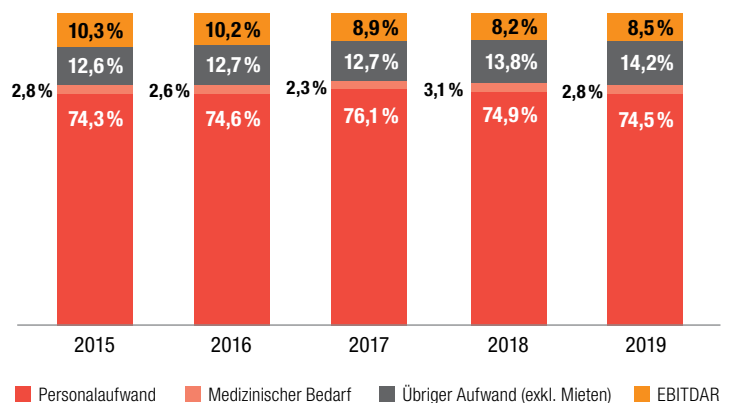


Abbildung 12: Aufwandspositionen in Prozent des Umsatzes (Median- und implizierte Werte)

Die Aufwände nahmen um 2,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr zu. Damit liegen sie leicht unterhalb des Umsatzwachstums. Das Verhältnis zwischen Umsatz- und Aufwandswachstum beträgt 1,18. Damit wuchsen die Erträge 2019 seit 2015 erstmals stärker als die Aufwände, was die EBITDAR-Marge ansteigen liess.

Abbildung 12 macht deutlich, dass sowohl der Personalaufwand als auch der medizinische Bedarf in Prozent der Erträge gegenüber dem Vorjahr abnahmen. Der übrige Aufwand legte hingegen um 0,4 Prozent der Erträge zu. Auch hier gilt zu beachten, dass es sich um den implizierten übrigen Aufwand handelt.<sup>8</sup>

Rund 85,0 Prozent der untersuchten Psychiatrien erreichten sinkende Personalaufwandsquoten. Der medizinische Bedarf nahm hingegen bei gut der Hälfte der Institutionen zu, obwohl der Medianwert minim sank.

Der Personalaufwand macht nach wie vor über vier Fünftel des Gesamtaufwands aus (Abbildung 13). Der Anteil des Personalaufwands am Gesamtaufwand (exkl. Mieten) sank gegenüber dem Vorjahr um 0,1 auf 81,4 Prozent. Er befand sich 2019 auf dem tiefsten Stand seit 2012.

**Aufwand in % des Personal- und Sachaufwands**

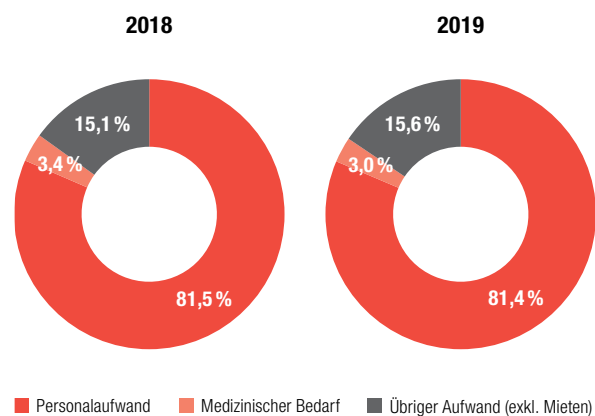


Abbildung 13: Aufwandsaufteilung in Prozent des Personal- und Sachaufwands (exkl. Mieten)

## Rentabilität erreicht nachhaltiges Niveau

Wie in den vergangenen Jahren wirtschafteten die Schweizer Psychiatrien auch 2019 profitabel. Das unterproportionale Wachstum der Aufwände im Verhältnis zum Umsatz widerspiegelt sich in einer höheren EBITDAR-Marge. Diese konnte im Median gegenüber dem Vorjahr auf 8,5 Prozent steigen und lag weiterhin über dem Zielwert von 8,0 Prozent<sup>9</sup>.

Rund drei Viertel der Studieninstitutionen erreichten oder übertrafen den Zielwert. Derselbe Anteil steigerte

die Marge gegenüber dem Vorjahr. Rund ein Drittel der Stichprobe wies eine EBITDAR-Marge von über 10,0 Prozent aus.

Die EBITDA-Marge verbesserte sich 2019 im Median auf 6,9 Prozent, die EBIT-Marge auf 3,5 Prozent. Die Reingewinnmarge notierte ein Plus von 0,3 Prozentpunkten. Sie tendiert zu einer risikoadäquaten Verzinsung, die wir bei rund 5,0 Prozent oder höher sehen (bei einem Kapitalumschlag von 1,0x).

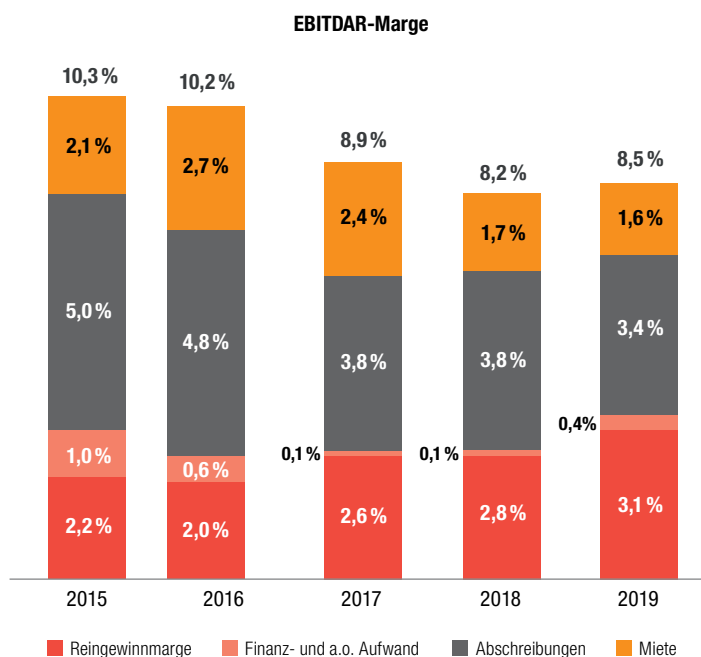


Abbildung 14: Überleitung EBITDAR- zu Reingewinnmarge

Abbildung 14 entflechtet die Komponenten der EBITDAR-Marge und deren Überleitung zur Reingewinnmarge. Seit 2015 sanken sowohl die Mietaufwände als auch die Abschreibungen. Betrug die Mietaufwände im Jahr 2015 noch 2,1 Prozent und die Abschreibungen 5,0 Prozent der Erlöse, waren es 2019 lediglich 1,6 und 3,4 Prozent. Obwohl die EBITDAR-Marge 2015 höher lag als im Jahr 2019, liess die starke Abnahme der Aufwandblöcke die Reingewinnmargen ansteigen.





## Finanzierungsstruktur ist nach wie vor gesund

Im Hinblick auf die Finanzierungsstruktur befinden sich die Schweizer Psychiatrien nach wie vor in einer komfortablen Situation. Die Eigenkapitalquote blieb über die letzten Jahre stabil und lag 2019 bei 56,0 Prozent, was eine leichte Abnahme gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Insgesamt haben nur wenige Institutionen Fremdkapital aufgenommen. In Kombination mit den erarbeiteten Jahresergebnissen resultiert für unsere Stichprobe eine stabile beziehungsweise leicht rückläufige Eigenkapitalquote.

Mit Ausnahme einer Psychiatrie erreichten sämtliche Institutionen die minimale Eigenkapitalquote von 30,0 Prozent. Bei anhaltend solider Profitabilität wird dieser Status in Zukunft beibehalten, allenfalls durch Erneuerungsprojekte ebenfalls in Richtung einer stärkeren Fremdfinanzierung tendieren.

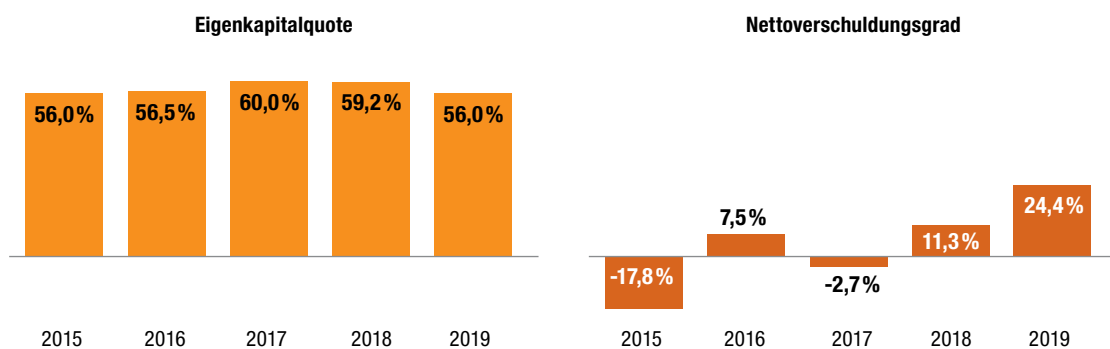


Abbildung 15: Entwicklung der Kapitalstruktur über die Zeit (Medianwerte)

Der Nettoverschuldungsgrad zeigt ein ähnliches Bild. Sämtliche untersuchten Psychiatrien lagen mit einer Ausnahme unterhalb des Maximalwerts von 200,0 Prozent. Im Median betrug der Nettoverschuldungsgrad 24,4 Pro-

zent, Tendenz leicht steigend. Insgesamt befanden sich die Psychiatrien 2019 in einer guten finanziellen Verfassung, besonders im Hinblick auf allfällige Fremdkapitalaufnahmen für Investitionsprojekte.

## SpitalBenchmark-Daten stützen die Studienaussagen

Die Daten des Vereins SpitalBenchmark stützen die obigen Aussagen. Insgesamt sank die EBITDAR-Marge der 49 untersuchten Psychiatrien von 2018 auf 2019 leicht auf 8,3 Prozent. Wie bei den Akutspitälern entstand auch hier durch die Aufnahme neuer Mitglieder gegenüber 2018 eine Verschiebung der Margen. Wird für das Jahr 2019 dieselbe Stichprobe auf Basis der Mitglieder 2018 verwendet, beobachten wir eine minimale Steigerung der EBITDAR-Marge auf 8,6 Prozent.

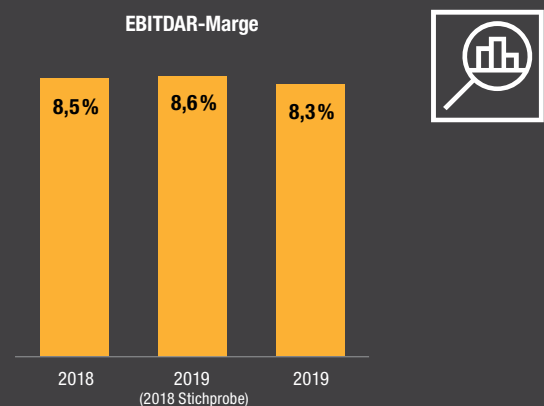


Abbildung 16: Entwicklung der EBITDAR-Margen gemäss SpitalBenchmark (Medianwerte)

## Rehabilitationseinrichtungen bleiben zu wenig rentabel



Wie 2018 nutzen wir auch für die vorliegende Publikation zur Analyse der Rehabilitationseinrichtungen die Daten des Vereins SpitalBenchmark. In diesem Datenpool sind 51 der insgesamt knapp 100 Rehabilitationseinrichtungen der Schweiz vertreten. Sie behandeln rund 70,0 Prozent der schweizweiten Fälle. Die Stichprobe kann je nach Kennzahl variieren, da nicht sämtliche Zahlen von allen Institutionen verfügbar sind.<sup>10</sup>

Insgesamt wiesen die Schweizer Rehabilitationseinrichtungen 2019 eine ungenügende EBITDAR-Marge aus. Sie müssten in der Lage sein, eine EBITDAR-Marge von mindestens 8,0 Prozent zu erwirtschaften, um einen nachhaltigen Betrieb sicherzustellen. Die EBITDAR-Marge (Median) verbesserte sich zwar auf 7,1 Prozent. EBITDA-Marge und Reingewinnmarge hingegen sind im gleichen Zeitraum gefallen. Der Aufwand für die Anlagenutzung der Rehabilitationseinrichtungen liegt damit seit fünf Jahren über unseren Erwartungen, sodass am Ende eine tiefe Reingewinnmarge resultiert.

Profitabilitätsentwicklung Rehabilitation

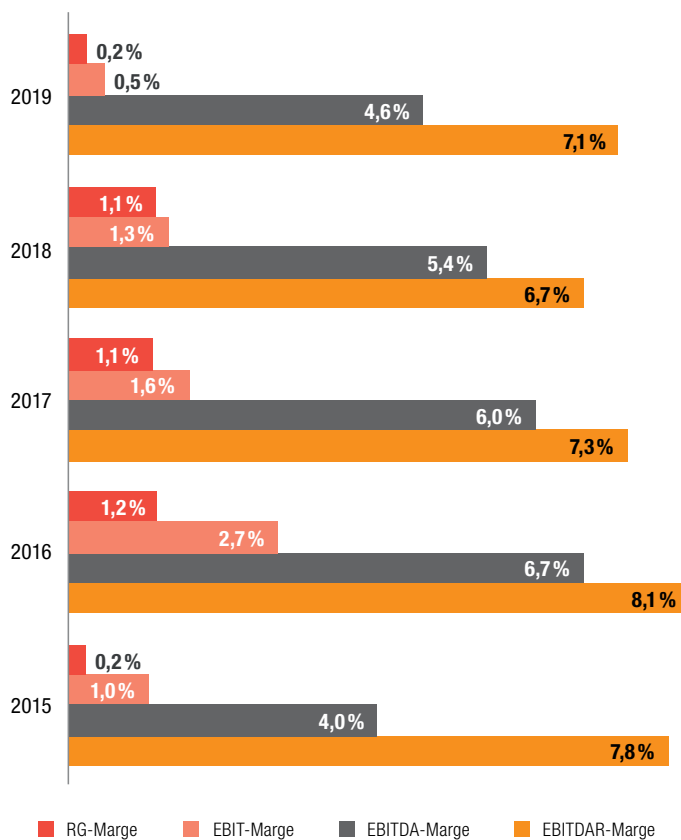


Abbildung 17: Entwicklung der Umsatzrenditen über die Zeit gemäss SpitalBenchmark (Medianwerte)



2019 erwirtschaftete knapp die Hälfte der untersuchten Rehabilitationseinrichtungen die EBITDAR-Zielmarge von 8,0 Prozent. Bei rund einem Fünftel lag diese unter 4,0 Prozent. Bei diesen Einrichtungen wäre bei gleichbleibendem Umsatz eine Verdopplung des EBITDAR notwendig, um den Zielwert zu erreichen.

Die tiefen EBITDAR-Margen und hohen Aufwände für die Anlagenutzung widerspiegeln sich in den Reingewinnmargen. Deren Median 2019 war auf dem tiefsten Stand seit 2015. Knapp die Hälfte der Institutionen verzeichneten eine negative Reingewinnmarge; 2018 waren es noch 36,0 Prozent. Diese Werte entsprechen keiner risikogerechten Verzinsung des investierten Kapitals.

Die Entwicklung der EBITDAR-Marge lässt sich anhand der Erlös- und Kostenveränderung pro Austritt (Median) erklären. In den Jahren 2016 und 2019 lag der Kostenanstieg unterhalb des Erlösanstiegs, was zu steigenden EBITDAR-Margen führte. In den Jahren 2017 und 2018 stiegen die Kosten pro Austritt stärker als die Erlöse und bewirkten eine Reduktion der EBITDAR-Marge.

Die Eigenkapitalquote der Rehabilitationskliniken erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr auf 46,3 Prozent. Damit liegt sie über dem Niveau von 2015. Diese Erhöhung ist nicht nur auf die Geschäftstätigkeit zurückzuführen, sondern auch auf Kapitalerhöhungen oder die Rückführung von Fremdkapital. Trotzdem weisen noch drei von zehn Rehabilitationseinrichtungen Eigenkapitalquoten von unter 30 Prozent aus.

**Erlös- und Kostenveränderung pro Austritt**

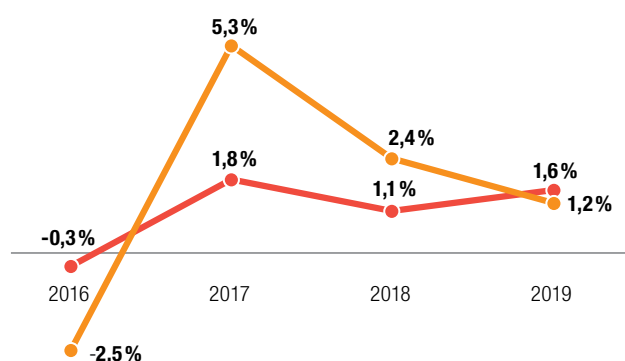


Abbildung 18: Erlös- und Kostenveränderung pro Austritt gemäss SpitalBenchmark (Medianwerte)

**Eigenkapitalquote**

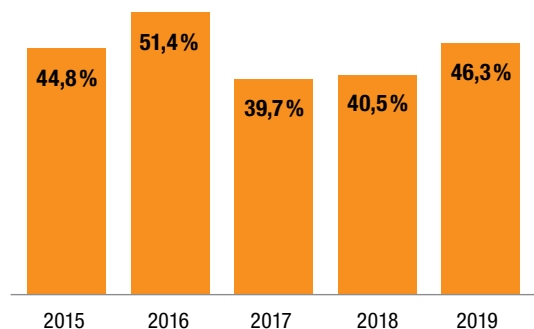


Abbildung 19: Entwicklung der Kapitalstruktur über die Zeit (Medianwerte)

## Steigende Behandlungskomplexität und -integration in der Rehabilitation

Sowohl das Alter bei Eintritt als auch die durchschnittliche Anzahl Diagnosen sind in den vergangenen Jahren gewachsen. Lag das Durchschnittsalter bei Eintritt 2015 noch bei 69,4 Jahren, betrug es 2019 bereits 72,2 Jahre. Das entspricht einem Anstieg von 2,8 Jahren. Diese Entwicklung ist ein Abbild der demografischen Veränderung. Die Schweizer Bevölkerung wird immer älter; möglicherweise werden jüngere Patienten zunehmend ambulant behandelt. Angesichts der alternden Babyboomer-Generation<sup>11</sup> dürfte sich dieser Trend in Zukunft fortsetzen. Auch die durchschnittliche Anzahl Diagnosen wird durch die höhere Anzahl multimorbider Patienten und durch den medizinischen Fortschritt hoch bleiben oder sogar zunehmen.

Seit Längerem warten wir darauf, dass die neue Tarifstruktur ST-Reha eingeführt wird (voraussichtlich per 1. Januar 2022). Dies wird sich finanziell unterschiedlich auf die verschiedenen Leistungserbringer auswirken und hängt nicht zuletzt von Veränderungen in der Patientenstruktur ab. Die Rehabilitationseinrichtungen sind gefordert: ein neues Vergütungssystem, neue Spitalplanungen der Kantone, beginnende Ambulantisierung, Campus-Bildung mit Akutspitalern und mehr. Wir erachten eine Vorwärtsstrategie für Rehabilitationseinrichtungen auch bei knappen finanziellen Ressourcen als entscheidend. Dazu gehören Anpassungsfähigkeit, strategisch mutige Entscheide zugunsten von Netzwerken, die Konzentration des Leistungsangebots und bauliche Flexibilität.

Letztlich muss aber vor allem auch die künftige Tarifstruktur der Tatsache einer komplexeren und stärker integrierten Leistungserstellung sowie der Veränderung der Patientenstrukturen Rechnung tragen.

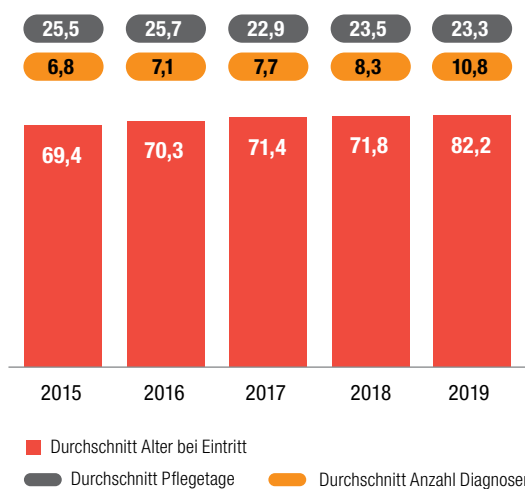
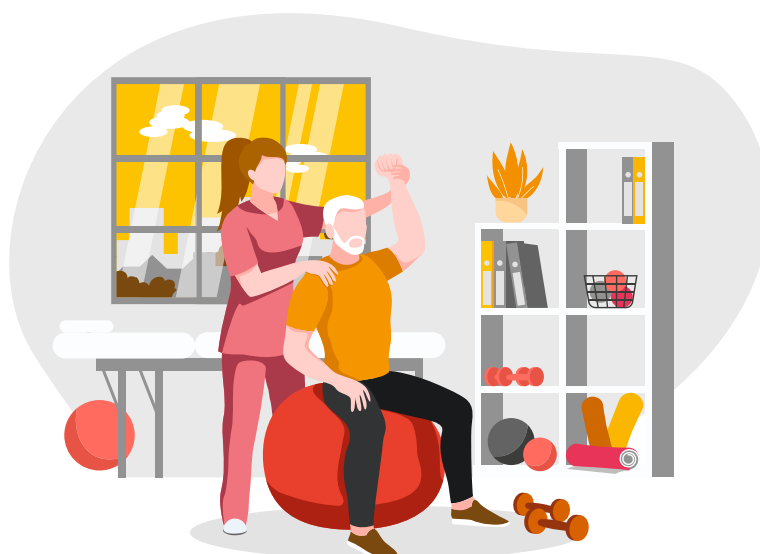


Abbildung 20: Entwicklung des Eintrittsalters, der Anzahl Diagnosen und Pflegetage (Medianwerte)







# Teil II

## 2020 im Ausnahmezustand

Das Jahr 2020 bleibt nicht nur für das Schweizer Gesundheitswesen mit der COVID-19-Pandemie verbunden. Vor allem im zweiten und vierten Quartal des Jahres waren die Leistungserbringer stark mit der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung beschäftigt. Der Ernstfall blieb im 2. Quartal 2020 nicht nur aufgrund der guten Vorbereitung und der hohen Leistungsfähigkeit des Schweizer Gesundheitswesens in den meisten Regionen der Schweiz aus. Der Bund untersagte den Schweizer Spitälern während 42 Tagen elektive Eingriffe, was die Auslastung und die finanzielle Situation zahlreicher Leistungserbringer enorm beeinflusste. Die Entwicklungen im vierten Quartal 2020 sind zum Zeitpunkt der Publikation aufgrund der hohen Dynamik noch kaum absehbar.

Im Laufe des Jahres 2020 schätzten wir die Auswirkungen von COVID-19 auf die Leistungserbringer im Schweizer Gesundheitswesen nach jeweils aktuellem Stand ein und berechneten die finanziellen Folgen für Schweizer Spitäler und das Gesundheitswesen. Unsere Einschätzungen und Berechnungen wurden auch in der politischen Diskussion verwendet.







## COVID-19 wirkt sich finanziell aus

2020 rechnen viele Leistungserbringer sowohl im akuten stationären als auch im ambulanten Bereich mit signifikanten Umsatzrückgängen – dies vor allfälligen Beteiligungen an den Ertragsausfällen und Mehraufwand beispielsweise durch den Bund. Zudem sind durch die Bereitstellung von Kapazitäten, zusätzliche Anschaffungen und die erhöhten Sicherheitsvorkehrungen signifikante Mehraufwände entstanden, welche nur teilweise kompensiert wurden, zum Beispiel durch geringere Sachaufwände wegen weniger Eingriffen.

Ertragsausfälle entstanden vor allem durch das vom Bundesrat verordnete Verbot elektiver Eingriffe vom 17. März bis zum 26. April 2020. Auch Notfallkonsultationen gingen zurück, da die Bevölkerung von einem höheren Infektionsrisiko bei Gesundheitsanbietern ausging.

Nach Ende des Eingriffsverbots erholte sich der stationäre Bereich insgesamt relativ rasch und der ambulante Bereich mit einer leichten Verzögerung. Unsere Gespräche mit Leistungserbringern und zuliefernden medizintechnischen Unternehmen legen nahe, dass das Hochfahren nach dem Lockdown in der Schweiz auch im internationalen Ländervergleich zügig erfolgte. Der erwartete Nachholeffekt traf bisher trotzdem nicht bei allen Leistungserbringern in gleichem Masse ein. Die Leistungen befanden sich im Mai und Juni 2020 noch grösstenteils unterhalb des Vorjahresniveaus. Das führen wir vor allem auf die allgemeine Zurückhaltung gegenüber nicht dringlichen Spitalaufenthalten während der Pandemie zurück.

Gemeinsam mit dem Verein SpitalBenchmark nahmen wir im Sommer 2020 eine indikative Abschätzung des finanziellen Schadens vor.<sup>12</sup> Wir schätzen die Ertragsausfälle 2020 der Schweizer Spitäler auf 1,1 bis 2,0 Mrd. CHF. Davon entfallen rund 1,0 bis 1,7 Mrd. CHF auf die Akut-somatik. Die Mehraufwendungen belaufen sich gemäss der Hochrechnung auf 0,6 Mrd. CHF, sodass ein finanzieller Gesamtschaden von 1,7 bis 2,6 Mrd. CHF resultiert. Während ein Grossteil davon in der ersten Jahreshälfte entstand, hängt dessen Höhe für das gesamte Jahr 2020 stark von der Entwicklung in der zweiten Jahreshälfte ab. Etwaige drastische Massnahmen im vierten Quartal 2020 sind hier noch nicht berücksichtigt. Allerdings werden zum Zeitpunkt der Publikation erste elektive Eingriffe bereits wieder verschoben. Massgebend werden Aufhol-effekte vom Infektionsgeschehen im letzten Quartal abhängig sein. Allerdings resultiert ein Aufholen von Leistungen in einem Anstieg des Personal- und Sachaufwands. Abhängig von der weiteren Entwicklung der Pandemie und weiterhin aufrechtzuerhaltenden Schutzkonzepten werden Teile dieses Effekts auch 2021 fortbestehen und einen negativen Einfluss auf die Geschäftsergebnisse der Schweizer Akutspitäler haben. Wir meinen, dass staatlich verordnete Eingriffsverbote nicht zu den betrieblichen Risiken eines Spitals gehören. Jedoch zählen langfristige Nachfrageveränderungen als Folge einer Pandemie sehr wohl dazu. Die Leistungserbringer des Schweizer Gesundheitswesens sollten in der Lage sein, nach der Pandemie wieder eigenständig zu haushalten; selbst wenn die «Normalisierung» keine (sofortige) Rückkehr auf Vorkrisenniveau bedeutet.

	Akut Stationär		Ambulant		Psychiatrie		Reha		Total	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
Nettoertragsausfälle	570	1'019	440	695	44	100	93	151	1'147	1'965
Mehrkosten	378	424	126	141	39	48	27	31	570	646
<b>Gesamtschaden 2020</b>	<b>948</b>	<b>1'443</b>	<b>566</b>	<b>836</b>	<b>83</b>	<b>148</b>	<b>120</b>	<b>183</b>	<b>1'717</b>	<b>2'610</b>

Abbildung 21: COVID-19-bedingter finanzieller Gesamtschaden 2020 (indikativ in CHF Mio.)

## Operationelle Exzellenz und finanzielle Steuerung werden immer wichtiger

Viele Spitäler haben innerhalb kürzester Zeit gravierende Anpassungen an den Prozessen vorgenommen und damit bewiesen, dass Veränderungen auch kurzfristig möglich sind. Gleichzeitig nimmt der finanzielle Druck seit rund drei Jahren stark zu. Dieser allgemeine Trend wird durch COVID-19 weiter verstärkt. Spitäler sehen sich einem zunehmenden Effizienzbedürfnis und damit einem Handlungsbedarf in ihrem Kerngeschäft gegenüber. Unsere Analyse in Teil I zeigt, dass die Aufwände in den vergangenen Jahren häufig oberhalb des Umsatzes wuchsen.<sup>13</sup>

Die übliche Effizienzsteigerung eines Spitals beträgt rund 0,5 Prozent<sup>14</sup> pro Jahr. Sie wird durch Tarifsenkungen, die Ambulantisierung oder strengere gesetzliche Anforderungen meist absorbiert. Kantone als Eigentümer sind – zumindest in der Deutschschweiz – immer weniger bereit, langfristige Verluste zu akzeptieren.

Eine aktuelle Studie<sup>15</sup> im Auftrag des BAG schätzt die Effizienzpotenziale im Gesundheitswesen. Demnach summieren sich die produktivitätsbedingten Ineffizienzen auf zirka 3,6 Mrd. CHF<sup>16</sup>, auch wenn zwischen Effizienz und ergebniswirksamem Verbesserungspotenzial zu unterscheiden ist. Diese Summe gibt ein realistisches Bild der Grössenordnung für Verbesserungspotenziale in diesem Bereich. Der Druck auf die Spitäler nimmt zu, dieses Effizienzpotenzial nach und nach zu heben.

Diese Situation hat viele Spitäler veranlasst und wird weitere dazu bringen, umfassende Projekte für operationelle Exzellenz und Ergebnisverbesserungen zu starten. Teil dieser operationellen Exzellenz wird vermehrt die finanzielle Führung, das Zusammenspiel von Finanzen und Kerngeschäft sowie die entsprechende Transformation der Finanzfunktion sein.

## Digitalisierung schreitet weiter voran

Die Notwendigkeit von Digitalisierung und Telemedizin rückt durch die Pandemie in den Mittelpunkt. Stellvertretend für diese Thematik stehen Meldungen per Fax an das BAG oder die Swiss Covid-App.

Im Rahmen der COVID-19-Situation wurde der physische Kontakt vor Ort im Spital schwieriger. Das Patientenbedürfnis nach einer ergänzenden ortsunabhängigen Konsultation und Behandlung kam deutlich zum Ausdruck. Telemedizin wird heute meistens mit einer Videosprechstunde gleichgesetzt. Telemedizin digitalisiert jedoch nicht nur den Arztbesuch, sondern gestaltet auch Prozesse effizienter. Zurzeit können die Leistungserbringer im Schweizer Gesundheitswesen im Bereich der Telemedizin der Nachfrage und den Patientenbedürfnissen nicht ausreichend begegnen.

Neue Behandlungsmöglichkeiten wie «Care at Home» hätten es in dieser ausserordentlichen Lage ermöglicht, Behandlungen ausserhalb des Spitals fortzusetzen. Das Schweizer Gesundheitswesen sollte im Rahmen seines Qualitäts- und Sicherheitsbewusstseins und

seiner Innovationskraft neue Behandlungsformen und Geschäftsmodelle entwickeln und vorhandene sowie neue Technologien zur Steigerung von Effizienz und Behandlungsqualität nutzen. COVID-19 hat dem Gesundheitsmarkt einen digitalen Schub verschafft. Den Schweizer Spitalern bietet sich die Chance, personelle Kapazitäten optimal auszugestalten und eine möglichst breite Patientengruppe anzusprechen.

Kommunikation ist ein weiteres Thema, das sich digital unterstützen lässt. Der Ausbruch von COVID-19 stellte die Kommunikation innerhalb zahlreicher Spitalorganisationen auf eine harte Probe. Neue Vorgaben zum Beispiel zur Hygiene kamen nur verzögert bei den Mitarbeitenden an, die häufig nur unregelmässigen Zugriff auf die Kommunikationskanäle hatten. Zahlreiche Institutionen konnten nicht alle Mitarbeiter in kurzer Frist erreichen. Auch gegenüber Patienten und Zuweisern mussten Schweizer Spitäler klare Vorgaben machen. Für eine effizientere Krisenkommunikation über entsprechende Kanäle wurden zahlreiche Projekte eingeführt.



## Strukturwandel beeinflusst die Infrastruktur

Die COVID-19-Pandemie beschleunigt den erwarteten Strukturwandel. Zu Beginn der Pandemie wurde der Ruf nach Strukturergänzung und Nutzen von Spitalinfrastrukturen laut. Doch der wahre Engpass bestand in qualifiziertem Personal auf Intensivpflegestationen und nicht in der entsprechenden Infrastruktur. Um genügend Personal in den Zentren zu bündeln, wurde eine gewisse Konzentration von stationären Spezialleistungen vorgenommen oder Geburtsstationen und OP-Betriebe an Landes-spitälern geschlossen. Nach Beendigung der ausser-ordentlichen Lage gingen viele Institutionen nicht zu den «alten» Strukturen zurück, sondern führten die «neue Normalität» weiter.

Wir erwarten, dass der Strukturwandel noch nicht abgeschlossen ist. Eine moderne Spitalinfrastruktur ist die Basis für effiziente Leistungserbringung. Dabei ist die Flexibilität der Spitalinfrastruktur höchst wichtig.

Der Spitalbetrieb wandelt sich fundamental und die Ambulantisierung schreitet voran. Ein Spital definiert sich immer weniger durch seinen Bettenturm als vielmehr durch seine Rolle als Gesundheitsdienstleister mit differenzierten ambulanten und stationären Angeboten, dezentral und zentral, und künftig auch durch «Care at Home» oder «Hospital at Home». Die Grenzen zum Niedergelassenen-Bereich und zu anderen Gesundheitsdienstleistern werden fließend.

Angesichts der benötigten Flexibilität stellt sich die Frage nach alternativen Immobilienmodellen, wie der Trennung von Betrieb und Immobilie. Die Schweizer Spitäler können dadurch agil auf die Veränderungen in der Gesundheitsversorgung reagieren und sich gleichzeitig auf die Behandlung von Patienten als Kerngeschäft konzentrieren.



# Teil III

## Erfolgsfaktoren für den Aufbruch im Schweizer Spitalwesen

Ausgehend von den in Teil II skizzierten Herausforderungen konkretisieren wir in Teil III, wie Spitäler diese erfolgreich nutzen können, um sich im Schweizer Gesundheitswesen langfristig zu positionieren. Dazu konzentrieren wir uns auf vier Bereiche:

- Die **operationelle Exzellenz** zur systematischen Verbesserung der Ergebnisse gewinnt an Bedeutung.
- Dazu unerlässlich ist eine aktive **finanzielle Steuerung**. Lesen Sie mehr über die Umfrage bei den Finanzchefs von Schweizer Spitalern.
- Im Thema **Digitalisierung** zeigen wir beispielhaft auf, wie ein Spital im Lockdown reagiert hat und wie neue telemedizinische Angebote in den Gesundheitsmarkt drängen.
- Wir sprechen darüber, inwiefern die Finanzen die **Infrastruktur** beeinflussen, welche Rolle der Return on Invested Capital (ROIC) spielt und wie sich Spitäler in der aktuellen Situation erfolgreich betreiben lassen.



Operationelle Exzellenz



Finanzielle Steuerung



Digitalisierung



Infrastruktur



## Operationelle Exzellenz verbessert systematisch die Ergebnisse



### Programmziele definieren

Operationelle Exzellenz und eine Verbesserung der Geschäftsprozesse sollen Qualität und Profitabilität erhöhen. In Spitälern sehen wir drei unterschiedliche Ziele für Programme der operationellen Exzellenz. Diese Ziele sind je nach Programm unterschiedlich zu gewichten:

- a. **Qualitätssteigerung:** Unter dieses Ziel fallen Projekte zur Steigerung der medizinisch-pflegerischen und organisatorischen Qualität. Demnach schliesst sich das Spital an Qualitätsprogramme an oder bindet das Know-how von Experten für die Umsetzung ein. Zum Beispiel zieht es in einem Verbesserungsprojekt des Notfalls einen erfahrenen Notfallmediziner heran.
- b. **Effizienzsteigerung:** Die angestrebte Prozessoptimierung schöpft aufwandseitig Potenziale aus. Oder mit denselben Ressourcen lassen sich mehr Patienten behandeln. Damit steigt die Produktivität. Diese Ressourcen sind nicht zwingend rein monetär. Das Ziel kann gerade angesichts des latenten Fachkräftemangels durchaus anders gelagert sein.
- c. **Ergebnisverbesserung:** Unter Ergebnisverbesserungsprogramme fallen alle Massnahmen, die sich positiv auf die Erfolgsrechnung auswirken. Um die angestrebten Effekte zu erreichen, ist es entscheidend, umsatz- oder aufwandseitig die wichtigsten Hebel und Potenziale zu identifizieren.

Aktuell nimmt die Anzahl Ergebnisverbesserungsprogramme in der Schweizer Spitallandschaft deutlich zu. Viele Spitäler möchten ihre Profitabilität um mehrere EBITDAR-Punkte verbessern. Das entspricht teilweise einem Plus pro Jahr von hohen einstelligen **bis tiefen zweistelligen Millionenbeträgen**. Ohne systematische Verbesserungen in den operativen Geschäftsbereichen (oder einer wesentlichen Strukturveränderung) sind solche Ziele in der Regel nicht realistisch.

## Ergebnisverbesserungsprogramme frühzeitig und weitsichtig planen

Spitalverantwortliche sollten Ergebnisverbesserungsprogramme möglichst frühzeitig und proaktiv einleiten. Stehen die Involvierten weniger unter Zeitdruck und engagieren sich stark, lassen sich die Ergebnisse nachhaltig und zielgerichtet verbessern, ohne substanzielle Einschnitte vorzunehmen. Dabei ist es wichtig, in interdisziplinären Teams mit ärztlichen, pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Kompetenzen zu arbeiten.

Ein Ergebnisverbesserungsprogramm muss bereits zu Beginn die Hebel mit dem grössten Potenzial identifizieren und sich anschliessend auf diese konzentrieren. Nur so kann man entsprechend viel Energie in die

Realisierung der wichtigsten Potenziale stecken. In der Regel wird eine grosse Anzahl von Potenzialen identifiziert, realistisch umsetzbar sind meistens nur fünf bis sieben gleichzeitig. Je nach Anspruch des Programms lassen sich die Potenziale zeitlich versetzt in «Wellen» von beispielsweise drei bis fünf Potenzialen durchführen.

Das Vorgehen von Ergebnisverbesserungsprogrammen geschieht im PwC-Ansatz in zwei Hauptphasen und ist in mehrere Projekte etappiert. Dabei unterscheiden wir – in Analogie zur Medizin – in die Phasen Diagnostik und Therapie:

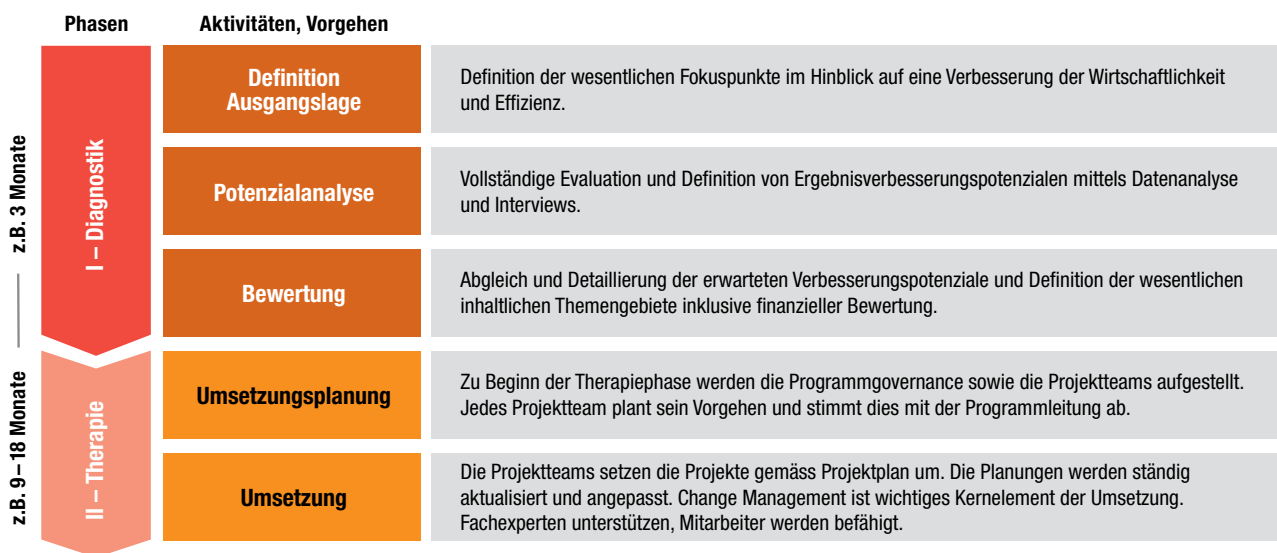


Abbildung 22: Exemplarischer Aufbau eines Ergebnisverbesserungsprogramms

Die **Phase der Diagnostik** beinhaltet die Erfassung der Ausgangslage, Potenzialanalyse und Bewertung. Dabei gilt es, Themenfelder mit dem grössten Verbesserungspotenzial zu erkennen. Diese werden quantifiziert und auf Umsetzbarkeit priorisiert. Sie sollten sich direkt positiv auf das gesetzte Ziel, wie beispielsweise die Erfolgsrechnung, auswirken.

Die **Phase der Therapie** umfasst die Planung und Durchführung der Massnahmen. Dabei werden die identifizierten Potenziale erfolgswirksam durch alle Akteure des Leistungserbringers umgesetzt, woraus eine nachhaltige Verbesserung resultiert. Angesichts der Komplexität und Abhängigkeit zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen und Fachbereichen empfehlen wir, dieser Phase genügend Zeit einzuräumen und die Verantwortlichkeiten klar zu definieren.



## Wesentliche Ergebnisverbesserungshebel im Spital

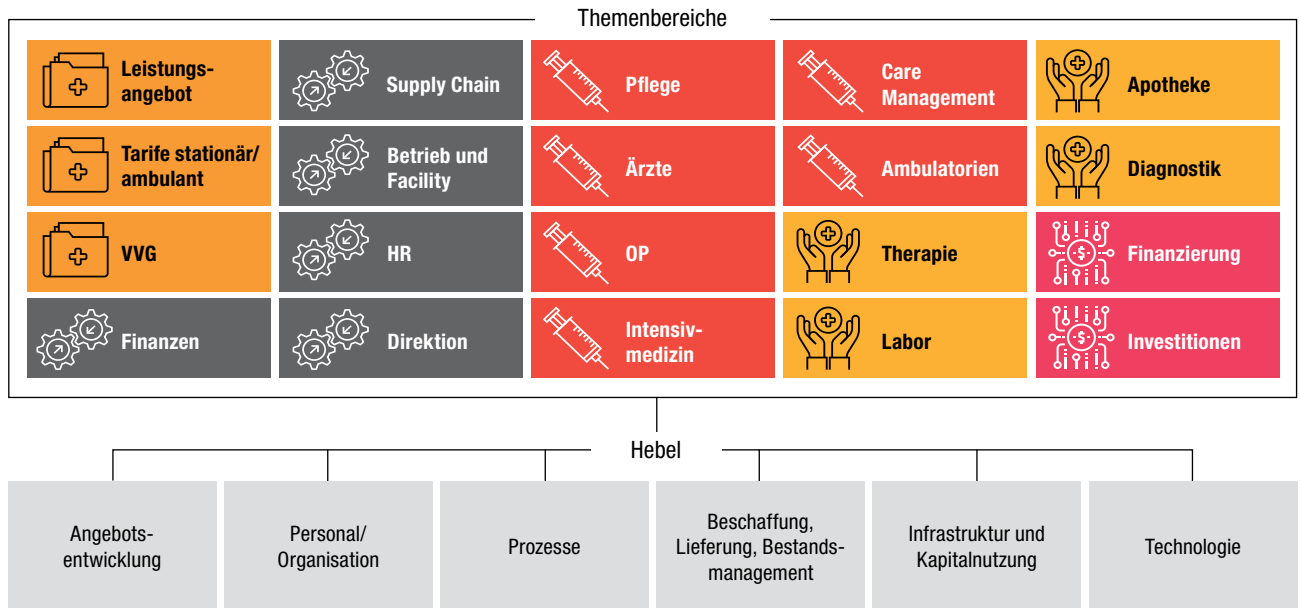
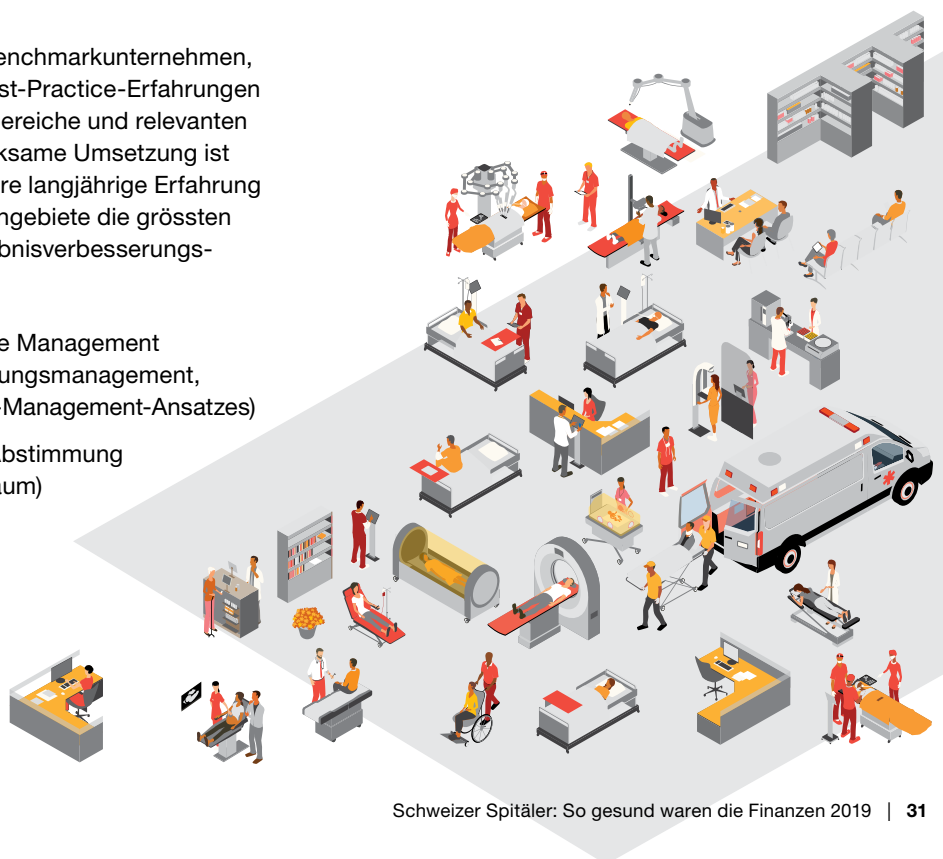


Abbildung 23: Systematische Logik zur Evaluation von Hebeln zur Ergebnisverbesserung

Abbildung 23 dient als Raster für ein Verbesserungsprogramm, nach dem die Verantwortlichen sämtliche Themenbereiche eines Spitals auf wesentliche Hebel für Umsatz- und Aufwandspotenziale durchleuchten können. Dabei sollten sie sich auf die Stellhebel wie Prozesse, Infrastrukturen, Personaleinsatz, Technologie und andere konzentrieren.

Aus Analysen, Vergleichen mit Benchmarkunternehmen, Experteneinschätzungen und Best-Practice-Erfahrungen gehen die individuellen Themenbereiche und relevanten Hebel hervor. Für eine erfolgswirksame Umsetzung ist deren Identifikation zentral. Unsere langjährige Erfahrung zeigt, dass die folgenden Themengebiete die grössten Treiber für ein erfolgreiches Ergebnisverbesserungsprogramm darstellen:

- Ressourcensteuerung und Care Management (Verweildauersteuerung, Belegungsmanagement, Etablierung eines Performance-Management-Ansatzes)
- Operationssäle (Planung und Abstimmung mit Intensivmedizin, Aufwachraum)
- Ambulatorien
- Sachaufwand



# Fallstudie 1:

## Beispiel Patientenfluss/Verweildauersteuerung

Die Steuerung von Patientenfluss und Verweildauer hat sich seit der Einführung von Swiss-DRG im Jahr 2012 zu einem Erfolgsfaktor für eine qualitative und finanziell erfolgreiche Leistungserbringung entwickelt. Dennoch besteht bei zahlreichen Leistungserbringern die Möglichkeit zur Weiterentwicklung und Professionalisierung.

### Hintergrund

Das Swiss-DRG-System belohnt Spitäler, deren mittlere Aufenthaltsdauer unter dem Referenzwert liegt. Gerade ein hoher Anteil Normallieger unterhalb der mittleren Verweildauer (NL1) gegenüber Normalliegern über der mittleren Verweildauer (NL2) ist betriebswirtschaftlich interessant. Ziel ist es, die Verweildauer von NL2-Fällen hin zu NL1-Fällen bei gleichbleibender oder verbesserter Behandlungsqualität zu reduzieren.

Durch die zielgerichtete und medizinisch sinnvolle Optimierung der Verweildauer kann ein Spital mehr Patienten in seinen Betten mit den gleichen personellen Ressourcen versorgen. Gegebenenfalls ist ein Abbau von Kapazitäten im Anschluss an eine erfolgreiche Verweildauersteuerung denkbar und kommende Infrastrukturprojekte sind zu redimensionieren.

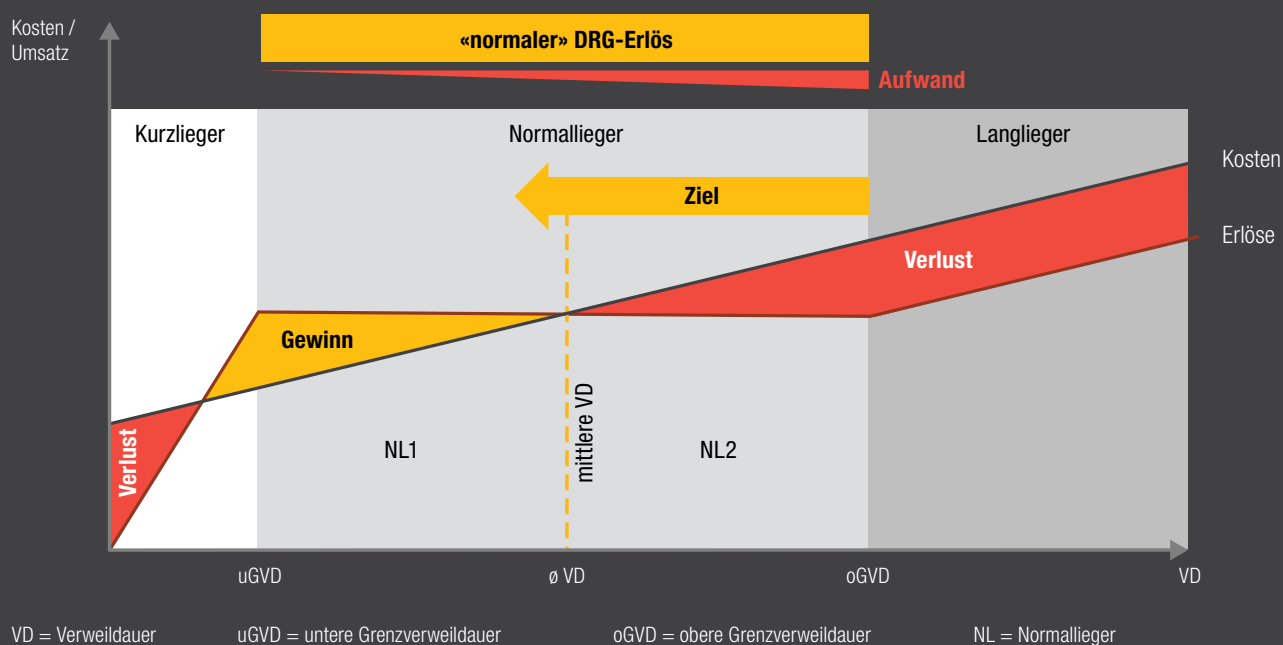


Abbildung 24: Schematischer Wirkungszusammenhang zwischen Verweildauer und Erfolgsrechnung, kann im Einzelfall abweichen (PwC-eigene Darstellung)

# Kernbestandteile des Projekts

## A) Potenzialanalyse:

Bereits während der Diagnostikphase des Programms wird das Gesamtpotenzial eingeschätzt und auf die einzelnen Fachabteilungen heruntergebrochen (aufbauend auf Referenzwert Swiss-DRG). Zusätzlich werden Zielanteile der NL2-Lieger und Langlieger je Fachabteilung aus Erfahrungswerten abgeleitet.

## B) Verbesserung von Steuerung und Transparenz:

Im klassischen Reporting des Controllings ist entscheidend, dass der entsprechende Bericht intuitiv verständlich ist und eine hohe Akzeptanz bei den klinischen Anwendern genießt. Der Adressatenkreis sollte umfassend sein; auch Assistenzärzte und Stationsleitungen gehören dazu.

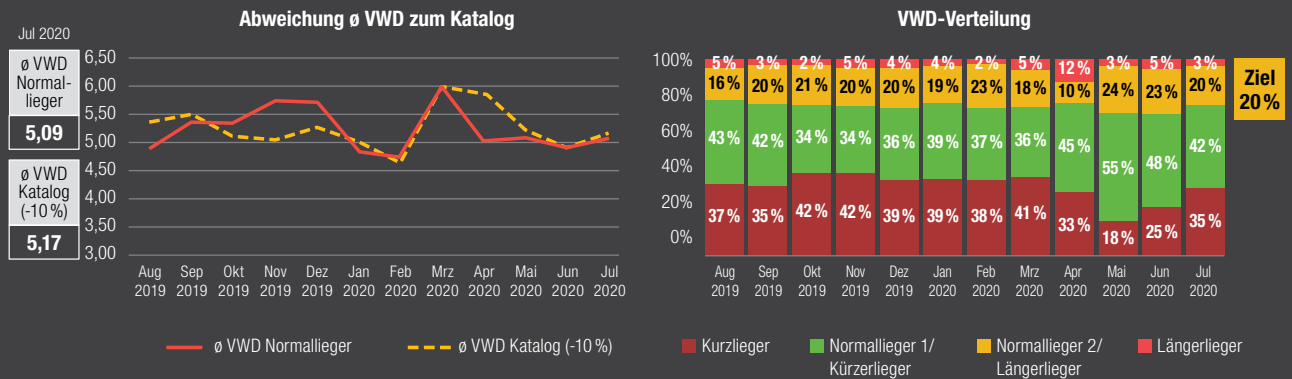


Abbildung 25: Abweichung der Verweildauer zum Katalogeffekt (links) und Verteilung der Verweildauer (rechts)



Neben dem retrospektiven Berichtswesen schafft eine Live-DRG-Ampel während des Patientenaufenthalts Transparenz über DRG-Status und Liegedauern.

### Echtzeit-Unterstützung

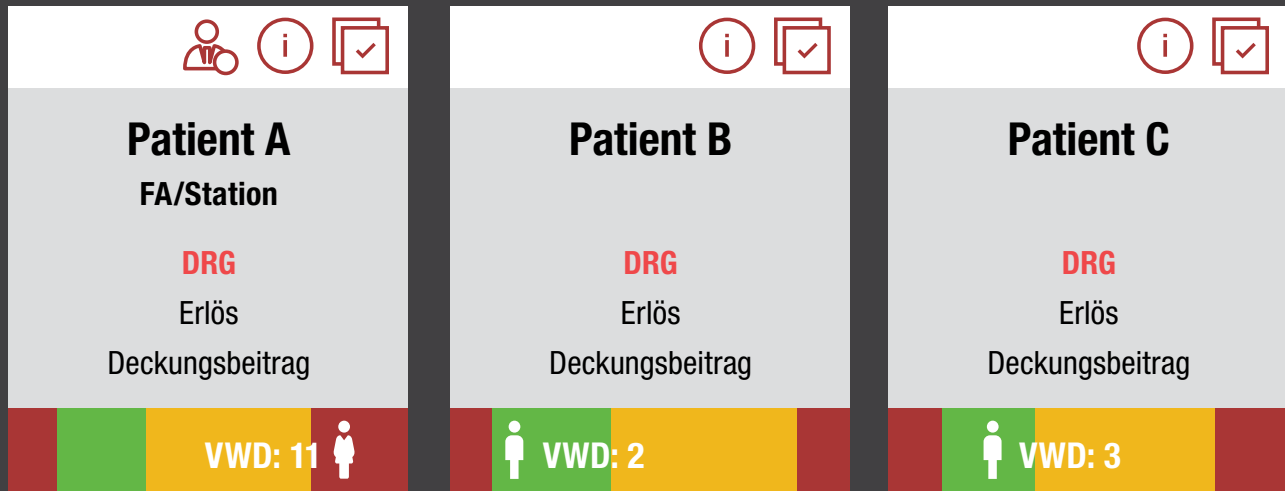


Abbildung 26: Beispielhafte Darstellung einer DRG-Ampel

Voraussetzung für die Darstellung von steuerungsrelevanten Verweildauerzeiten ist das fallbegleitende Kodieren. Damit kann der Leistungserbringer die Verweildauern zeitnah und realistisch steuern. Das Kodieren ist Basis für ein effizientes Ressourcen- und Belegungsmanagement.

#### C) Analyse spitalweiter und abteilungsspezifischer Ansatzpunkte:

Die Analyse von konkreten Verbesserungspotenzialen in der Verweildauersteuerung umfasst zum einen das Einhalten gewisser Mindeststandards wie interprofessionelle regelmäßige Arzt- und Oberarztvisiten sowie klare Standards im Austrittsmanagement. Zum anderen sind je Abteilung spezifische Prozesse festzulegen.

Die Analyse der Verbesserungspotenziale erfolgt zahlengestützt und anhand von Gesprächen mit den Fachabteilungen. Ein wichtiger Teil der erfolgreichen Umsetzung geschieht nur über ein fachliches Hinterfragen der beteiligten Personen während einer ausreichend langen Zeit. Dabei können die Beteiligten Lösungsansätze diskutieren und suboptimale Prozesse weiterentwickeln. Bei derart klinisch relevanten Prozessen hilft es, rechtzeitig eine Aussenperspektive einzubeziehen.

#### D) Entlassung des Patienten bleibt eine medizinische Entscheidung

Aus Erfahrung wissen wir, dass sich Verweildauern durch organisatorische und prozessuale Umstellungen verkürzen lassen. Die medizinisch notwendige Dauer des Spitalaufenthalts soll zu keinem Zeitpunkt und von keiner Seite in Frage gestellt werden; diese Entscheidung liegt stets bei der Ärzteschaft.



# Beispielhaftes Ergebnis eines Verweildauer-Optimierungsprojektes

Das nachfolgende Beispiel illustriert das Projektergebnis einer Verweildaueroptimierung.

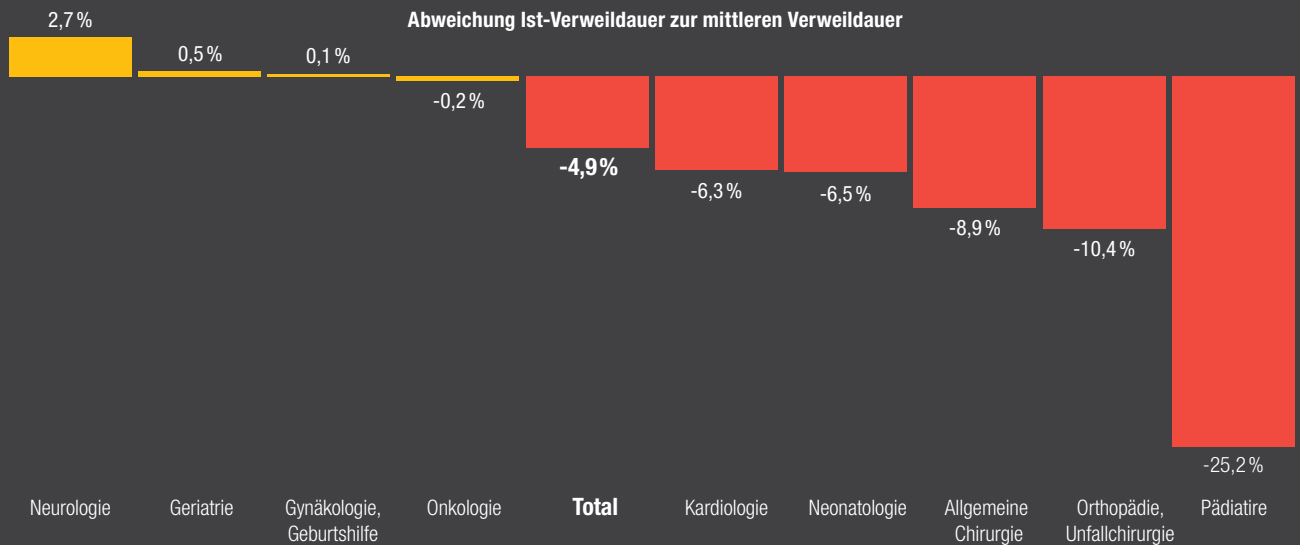


Abbildung 27: Illustrative Abweichung der Ist-Verweildauer zur mittleren Verweildauer

In der Folge der Verweildauerreduktion kann das Spital zahlreiche Betten für weitere Patienten nutzen. Wir gehen von einem Spital mit 300 Betten aus und nehmen eine Verweildauerreduktion von 4 Prozent an, was 11 Betten entspricht. Bei einer durchschnittlichen Belegung von 85 Prozent, einem Case-Mix-Index (CMI) von 0,95 und einer initialen Verweildauer von 5 Tagen kann das Spital bei entsprechender Nachfrage im Markt 776 Fälle und 737 Case-Mix-Punkte (CMP) mehr erbringen. Bei einer Baserate von angenommenen 10'000 CHF ergibt das einen Mehrerlös von über 7 Mio. CHF.

Das Verweildauermanagement kann und soll auf die Belegungssteuerung abgestimmt sein. Die Entwicklung geht von einem Belegungssekretariat bis hin zu einem Ressourcenmanagement, das die Kapazitäten von Bettenstationen, Operationssälen, IPS und Aufwächerräumen steuert. Die Belegungssteuerung lässt sich zusätzlich mit einem integrierten Patienten- oder Case Management kombinieren. Die weitreichendste Form ist ein zentraler Bettenpool, der die Ressourcen als Plattform bündelt und sie den Kliniken als Leistungen zur Verfügung stellt.

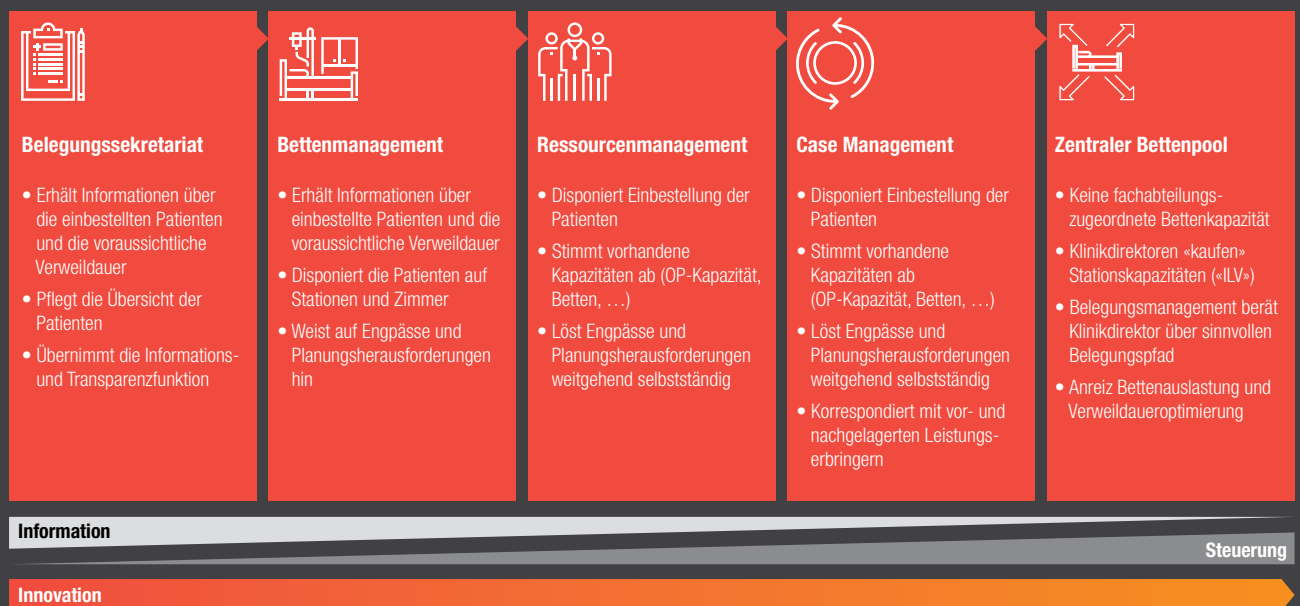


Abbildung 28: Integrierte Steuerung, vom Belegungssekretariat über das Ressourcenmanagement bis zum zentralen Bettenpool

# Fallstudie 2:

## Optimierung des Sachaufwands

Der Sachaufwand macht zwischen 25 und 30 Prozent des Gesamtaufwands eines Spitals aus. Daher ist dieser Kostenblock für Ergebnisverbesserungsprojekte höchst relevant. Neben den harten Zahlen und Fakten schafft ein solches zudem Akzeptanz für allenfalls notwendige Personalmassnahmen. Daneben ist die Umsetzung – je nach Warengruppe – mit weniger Widerstand behaftet.

Zahlreiche Spitäler reduzieren die Optimierung des Sachaufwandes auf Einkaufspreise. Diese Optik greift zu kurz. Die operative Analyse des Sachaufwandes ist deutlich komplexer und umfasst unter anderem die folgenden Komponenten:

- Produktstandardisierung
- Bündelung Lieferanten/Hersteller
- Wirtschaftlicher und zweckmässiger Einsatz von medizinischen Produkten und Arzneimitteln
- Ausgestaltung von Service- und Wartungsverträgen
- Preise

Die Betrachtung umfasst alle Sachaufwände: den nichtmedizinischen Sachbedarf, den medizinischen Sachbedarf und allenfalls auch Arzneimittel.

### Beispielhaftes Ergebnis eines Sachaufwand-Optimierungsprojekts

Nachfolgend präsentieren wir ein illustratives Beispiel-Analyseergebnis für zwei Produkte aus dem Bereich der interventionellen Kardiologie. Das Resultat der operativen Analyse lässt sich als Startpunkt für die Positionierung des strategischen Einkaufs verwenden.

Bei einem Zentrumsspital konnte auf Grundlage der Analyse und Umsetzungsbegleitung 6 Prozent des Sachaufwandes der Kardiologie eingespart werden. Bei Universitätsspitälern sind aus unseren Erfahrungen – abhängig von der Ausgangssituation – auch Einsparungen von 10 Prozent möglich.

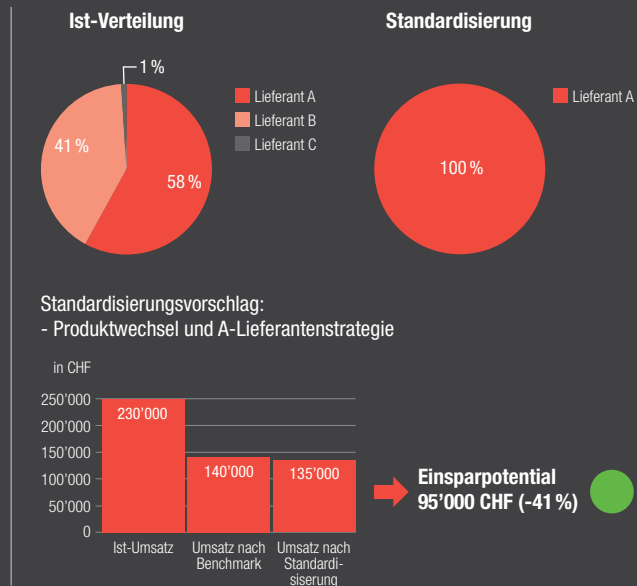
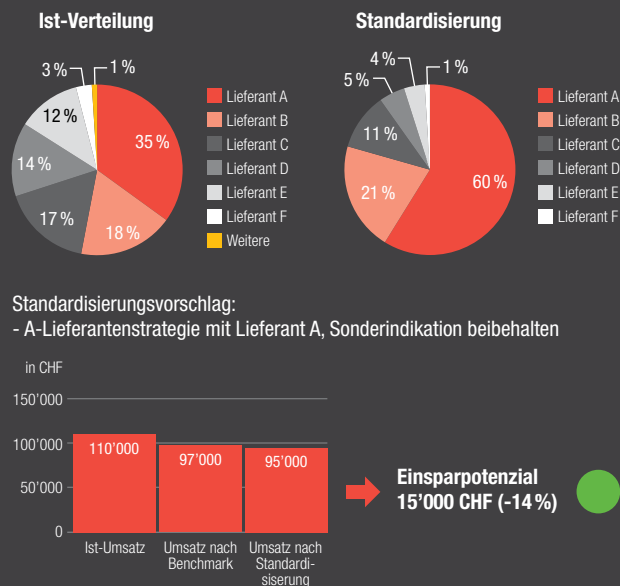


Abbildung 29: Beispielhafte Sachaufwandsanalyse anhand von zwei Produktarten

# Exzellenz in der Finanzfunktion ist gefragt – dies meinen 52 CFOs von Schweizer Spitälern



## Finanzabteilungen richten sich neu aus

Die **Entwicklungen im Schweizer Spitalwesen** und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Spitalfinanzen haben uns veranlasst, erstmals eine Umfrage bei CFOs der 100 grössten Schweizer Spitäler durchzuführen. Wir bedanken uns herzlich für die hohe Rücklaufquote von 52 Prozent. Vertreten waren CFOs zu 74 Prozent aus der Akutsomatik, 14 Prozent aus der Psychiatrie und 12 Prozent aus dem Bereich der Rehabilitation. In Zukunft werden wir diese Umfrage wiederholen, damit wir Veränderungen nachzeichnen können.

Das Jahr 2020 stellt Spital-CFOs und ihre Teams vor unerwartete **Herausforderungen**. In bewegten Zeiten ist es wichtig, ein klares Zielbild der Rolle der zukünftigen Finanzfunktion zu haben und deren Transformation konsequent voranzutreiben. Die Weiterentwicklung der Finanzabteilung lässt sich in zehn Handlungsfelder gliedern:



Abbildung 30: Zehn relevante Handlungsfelder der Finanzfunktion

Als die wichtigsten drei Handlungsfelder nannten die befragten CFOs:



**1. Business Partnering:** Der Spital-CFO und sein Team sollen zu strategischen Partnern des Kerngeschäfts werden.



**2. Incentivierung:** Das klassische Honorarmodell hat ausgedient. Neue Anreizmodelle sind gefragt, erste Lösungsvorschläge werden bereits umgesetzt.



**3. Arbeitskräfte der Zukunft:** Die Finanzfunktion braucht vermehrt technologische Fähigkeiten. Kreativität und Innovation müssen ebenfalls in der Finanzabteilung einziehen.

## Business Partnering rückt ins Zentrum

CEO sehen den **CFO zunehmend als strategischen Partner**, der Schlüsselentscheidungen vorbereitet und mitträgt, vor allem wenn es um die Umsatz- und Profitabilitätsentwicklung des Spitals geht. Die Studienteilnehmenden ordnen einen hohen Anteil der Arbeitszeit der traditionellen Verarbeitung von Geschäftsvorfällen und Berichterstattung (75 Prozent) zu. Nur 13 Prozent der Arbeitszeit der Finanzabteilung wird aktuell für Business Partnering, Erkenntnisse und Entwicklung von Massnahmen eingesetzt. Weitere 12 Prozent entfallen auf Compliance. Diese Verteilung sollte sich künftig stärker Richtung Business Partnering verschieben. Dabei geht der Anteil der Arbeitszeit für transaktionale Verarbeitung zurück.

Verteilung der Arbeitszeit in der Finanzabteilung in Prozent

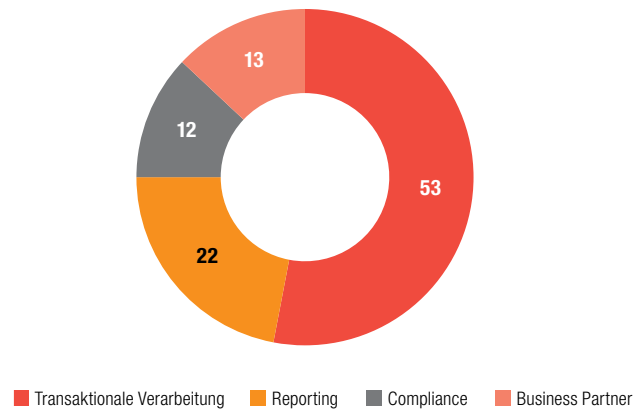


Abbildung 31: Aktuelle Verteilung der Arbeitszeit in der Finanzabteilung in Prozent

Der CFO sollte das Kerngeschäft bei der Identifikation und Erschliessung von neuen Potenzialen unterstützen. Die befragten CFOs nannten als **aktuelle Themenfelder mit den grössten Herausforderungen**:

1. Erhöhung der Umsätze und Profitabilität
2. Sinkende Tarife und Anteile Patienten mit Zusatzversicherungen
3. Verbesserung der Prozesseffizienz und -exzellenz

Diese Themen erfordern ein hohes Mass an Unternehmertum und zielen auf mehr Profitabilität ab. Ganz nach dem Motto: Die Finanzfunktion im Spital neu denken.

Trotz dieser Herausforderungen oder vielleicht aufgrund der veränderten Prioritäten erwartet die Mehrheit der Spital-CFOs eine **positive Umsatzentwicklung und eine neutrale bis leicht positive Profitabilitätsentwicklung** in den nächsten drei Jahren.

Der CFO ist in Zukunft noch mehr dafür verantwortlich, die **Profitabilität aktiv zu verbessern**. Dazu braucht das Spital eine entsprechende finanzielle Führung und Steuerung und die Finanzfunktion **mehr Zeit für die Rolle als Business Partner**. Das richtige Instrument für diese Rolle ist die Business Intelligence (BI). Der Ausbau und die Weiterentwicklung der BI für ein erfolgreiches **Performance Management** gehören zu den häufigsten geplanten Massnahmen der Spital-CFOs. Digitalisierung und Prozessautomatisierung setzen die benötigten Ressourcen hierfür frei.

Erwartete Umsatz- und Profitabilitätsentwicklung

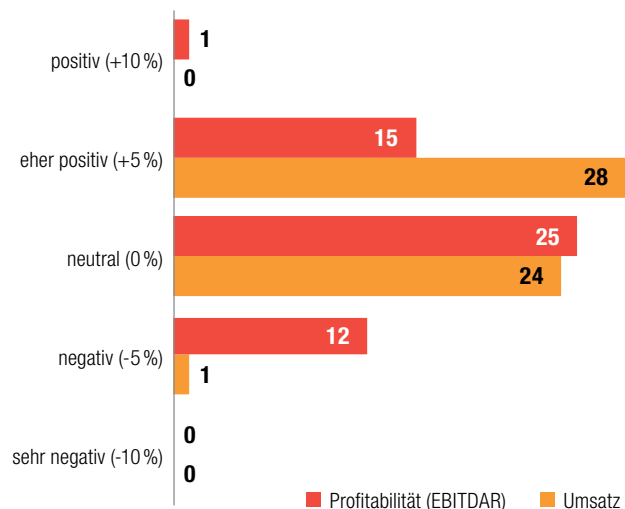


Abbildung 32: Erwartete Umsatz- und Profitabilitätsentwicklung in den nächsten drei Jahren

## Incentivierung erfordert eine Modernisierung

An Aktualität kaum zu übertreffen ist der Druck der Öffentlichkeit, die Lohn- und Bonuskonzepte in den Schweizer Spitälern zu überprüfen und neu auszurichten.

Abbildung 33 zeigt die gängigsten Kaderarzt-Vergütungssysteme und deren heutige Verteilung laut der CFOs im Überblick.

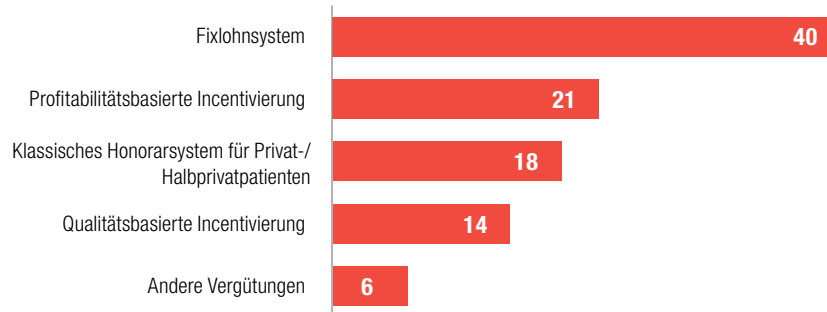
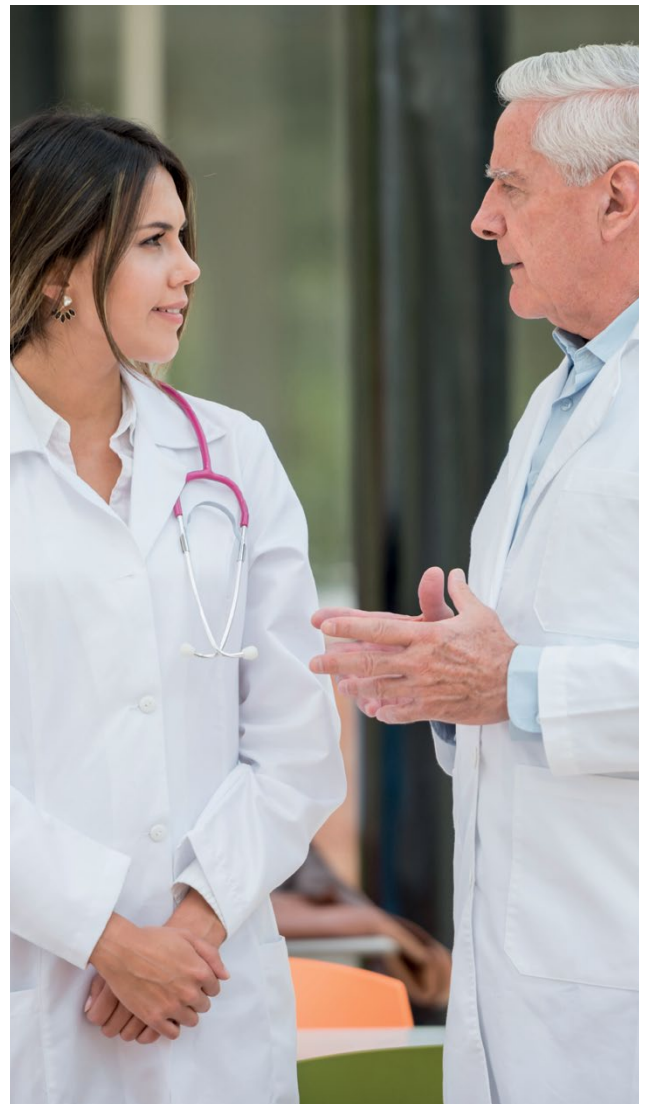


Abbildung 33: Aktuelle Vergütungssysteme von Kaderärzten in Schweizer Spitälern

Die bislang verbreiteten Kaderarztvergütungen mit privatärztlichen Honorarpools sind auf dem Rückzug. Der Trend geht Richtung **fixe Vergütung für Kaderärzte, allenfalls verbunden mit einem variablen Anteil**. Seitens der Kantone gibt es bereits erste Ansätze, eine mengenbasierte Vergütung bei Gesundheitsdienstleistungen zu unterbinden.

Wir meinen: Eine Fixlohnvergütung sollte um einen **variablen Anteil ergänzt werden**. Dieser variable Lohnanteil soll auf der Zielerreichung in den Bereichen **Mitarbeiterzufriedenheit, Patientenzufriedenheit, Qualität und Profitabilität** (Ebene Profitcenter und Ebene Gesamtspital) basieren. Zudem ist die variable Vergütung auch auf die übrigen Kadermitarbeitenden – zum Beispiel in der Pflege oder im Support – auszuweiten, damit das Spital über die entsprechende Incentivierung das Ziel auf allen Ebenen erreichen kann. Die Zieldefinition und Incentivierung sollte nicht nur auf individueller Basis, sondern auch auf **Team und Gesamtspitalebene** erfolgen, damit Entscheidungen im Interesse des Spitals als Ganzes ausfallen. Diese Aufgabe kann der **Spital-CFO massgeblich mitprägen**.





## Arbeitskräfte müssen sich an der Zukunft ausrichten

Der Wandel der Finanzabteilung hin zu einem Business Partner erfordert einen hohen Grad an Automatisierung von simplen, repetitiven Tätigkeiten. Dazu sind die Mitarbeitenden zentraler Ankerpunkt; sie müssen ihre Fähigkeiten entsprechend weiterentwickeln. Die Auto-

matisierung von repetitiven Prozessen soll **Arbeitszeit für Tätigkeiten als Business Partner für das Kerngeschäft freisetzen**. Abbildung 34 stellt die erfolgreiche Transformation der Finanzfunktion vereinfacht dar.



Abbildung 34: Transformation des Finanzteams

Die Zyklen der Veränderung werden kürzer und anspruchsvoller, ein stetes und lebenslanges Lernen wird notwendig. Die Kombination einer angepassten (Veränderungs-)Kultur und neuer Technologien befähigen die Mitarbeitenden, sich nicht mehr um die Transaktionsverarbeitung, sondern auf neue Erkenntnisse oder Resultate und abzuleitende Massnahmen zu konzentrieren. Davon profitiert das Kerngeschäft, und wichtige Anspruchsgruppen wie Chefarzte werden es wertschätzen.

Das Finanzteam braucht im Weiteren verstärkte Unterstützung für **Kreativität und Innovation**. Die Spital-CFOs messen diesen Kompetenzen einen Wert von über 70 von 100 bei. Unsere Projekterfahrung mit Schweizer Spitalern zeigt, dass die Verantwortlichen mit einem gut geplanten **Workshop der Transformation des Finanzteams** einen optimalen Start ermöglichen. Damit wird der Veränderungs- und Handlungsbedarf transparent gemacht. Anschliessend gilt es mit neuartigen Kreativitäts- und Innovationstechniken den IST-Zustand zu hinterfragen und Raum zuzulassen für neue Lösungen, zum Beispiel automatisierte Prozesse, Mobile Reporting, virtuelle Zusammenarbeitsformen etc.

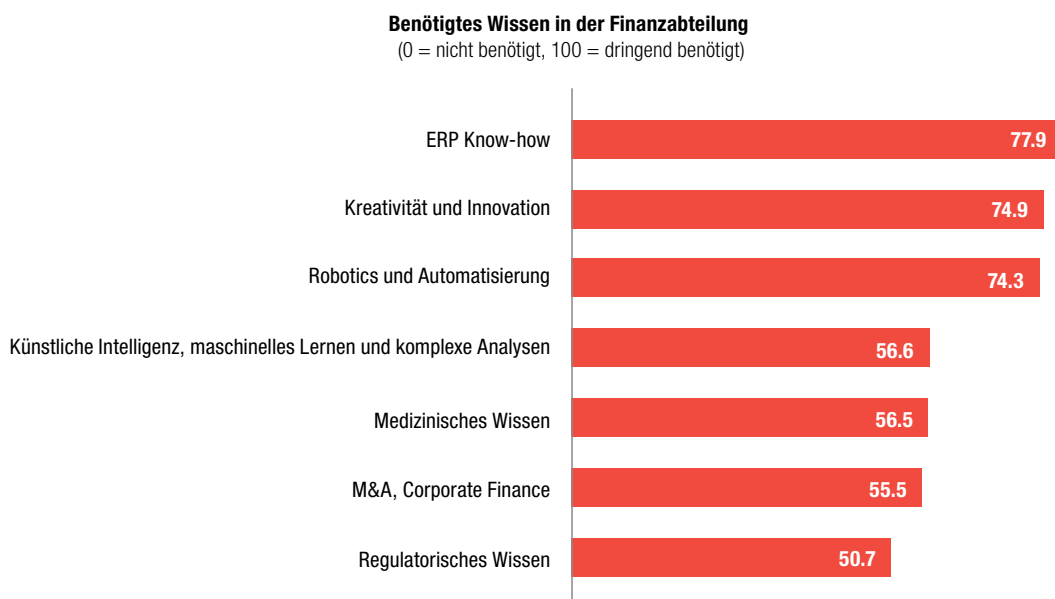


Abbildung 35: Benötigtes Wissen in der Finanzabteilung



### Die Krise begünstigt mobile Anwendungen für die interne Kommunikation

Im Spitalalltag arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen Hand in Hand und kommunizieren laufend miteinander. Ob bei einer diagnostischen Abklärung von Patienten, der Planung von Operationen oder bei der Koordination von Visiten und Gesprächen mit Angehörigen – in jedem Fall braucht es eine reibungslose, schnelle und effiziente interne Kommunikation mit den jeweiligen Kolleginnen und Kollegen.

Heute wird spitalintern vorwiegend persönlich, per E-Mail, am Telefon, über unübersichtliche Intranetauftritte sowie material- und zeitintensive interne Poststellen kommuniziert. Auch WhatsApp-Gruppen – im Hinblick auf den Datenschutz bedenklich – kommen zum Einsatz. Diese Art der internen Kommunikation ist oft nicht zufriedenstellend und resultiert in mangelnder Informationsqualität, Redundanzen, Informationsverlust, Unzufriedenheit und Missverständnissen innerhalb und zwischen den Berufsgruppen sowie bei den Patienten. Ausserdem ist es schwierig und zeitraubend, Personen ohne E-Mail- und Computeranschluss zeitnah in die Kommunikation einzubinden.

Eine mobile, intuitiv aufgebaute interne Kommunikation adressiert viele dieser Herausforderungen. Zum einen ergeben sich zeitliche Einsparungen an unterschiedlicher Stelle. Informationen lassen sich mit wenig Koordinationsaufwand und direkt an sämtliche Betroffene vermitteln. Diese wiederum können reagieren, Fragen stellen oder sich mit Kollegen austauschen. Des Weiteren finden die Nutzer Informationen dank bekannten Strukturen und einer zentralen Anlaufstelle rasch. Zudem entfallen wiederholtes Nachfragen und mehrfache Absprachen.

Eine mobile App, welche auf den mitarbeitereigenen Geräten installiert wird, steigert ebenfalls die Zufriedenheit der Mitarbeitenden. Diese sind nicht mehr mit unbefriedigenden Informationssituationen konfrontiert und fühlen sich besser eingebunden. Nicht zu vernachlässigen ist die Signalwirkung, besonders bei jüngeren, digital affinen Menschen. Die Nutzung einer mobilen App steigert die Attraktivität als Arbeitgeber und verbessert die Chancen beim Wettbewerb um Talente.

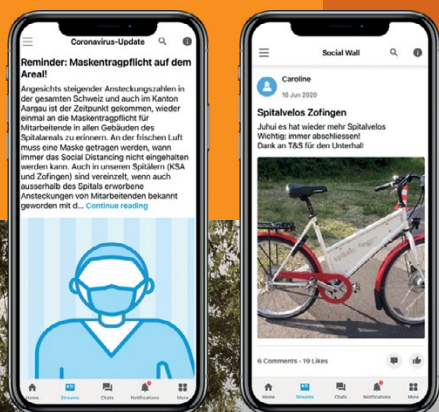
Im Zusammenhang mit COVID-19 sind die Vorteile einer mobilen App für die interne Kommunikation wertvoller denn je. Mehr als zuvor benötigen Mitarbeitende einen einfachen und verlässlichen Zugang zu neusten Informationen. Gerade in Krisenzeiten bietet eine mobile Anwendung Spitalern einen deutlichen Mehrwert. Die Mitarbeitenden können nicht nur die aktuellsten sicherheitsrelevanten Informationen einsehen, sondern sich über diese Plattform in Echtzeit austauschen und nachfragen, was sie tatsächlich beschäftigt. Das schafft Vertrauen und stärkt die Verbundenheit zum Spital – in unsicheren Zeiten äusserst wertvoll. Darüber hinaus bieten mobile Apps der Spitalleitung zahlreiche Vorzüge. Da eine direkte und unkomplizierte Verbindung zu jedem einzelnen Mitarbeitenden besteht, kann die Spitalleitung einfach und regelmässig Feedback einholen, ein Stimmungsbild der aktuellen Lage erstellen und rechtzeitig reagieren. Zudem kann sie über Kontrollmechanismen sicherstellen, dass alle Mitarbeitenden bestimmte sicherheitsrelevante Informationen gelesen und verstanden haben. Effizienteres Arbeiten führt im Weiteren zu mehr Produktivität. Beispielsweise lassen sich Ferien oder Schichtplanwechsel unkompliziert über die mobile App anstossen und bewilligen.

CEOs von Schweizer Spitalern<sup>17</sup> erachten die Rekrutierung von Fachkräften als eine ihrer anspruchsvollsten Aufgaben, da immer weniger Fachkräfte verfügbar sind. Daher ist es essenziell, Abläufe zu entschlacken, zu überdenken und gegebenenfalls technologisch zu unterstützen. Nur so kann das Spital bei gleichbleibendem Personalbestand mehr Patienten bestmöglich betreuen. Deshalb sollte die Geschäftsleitung einem effizienten Personalwesen ebenso viel Aufmerksamkeit schenken wie den Finanzen. Letztlich sind und bleiben Mitarbeiterthemen Chefsache, erst recht in Krisenzeiten.

# Agile Kommunikation und Projektmethoden sorgen für Aufmerksamkeit



Martin Matter, CTO, Kantonsspital Aarau



## Krisenkommunikation für 5'000 Mitarbeitende in 17 Tagen

Interview mit Martin Matter (CTO, Kantonsspital Aarau) über die Einführung einer mobilen Kommunikations-App am Kantonsspital Aarau (KSA) während des COVID-19-Lockdowns im März und April 2020.

Martin Matter ist seit über eineinhalb Jahren als Chief Technology Officer und Mitglied der Geschäftsleitung am KSA tätig. Dort fungiert er als treibende Kraft hinter der Digitalisierungsstrategie des KSA. Davor war er seit 2014 Mitglied der Spitaldirektion am Universitätsspital Zürich und hatte die Funktion als Direktor ICT/CIO inne. Im Frühling 2020 leitete er die Einführung einer mobilebasierten App für die interne Kommunikation am KSA. Ein Projekt, das trotz oder gerade wegen des nationalen Lockdowns und der weltweiten Pandemie überaus schnell und effizient von der Idee zur Umsetzung gebracht wurde.

### Herr Matter, können Sie uns kurz die Ausgangslage und die damit verbundenen Herausforderungen schildern?

Das Kantonsspital Aarau zählt zu den grossen Kantonsspitalern der Schweiz und war beziehungsweise ist, wie auch andere Spitäler, stark von der ausserordentlichen Situation im Zusammenhang mit COVID-19 betroffen. Durch die plötzliche Situation und die sich schnell verändernde Lage wurden wir im März zu schnellem Handeln gezwungen. Rasch musste eine Lösung gefunden werden. Eine effiziente interne Kommunikation wurde überaus zentral für den täglichen Betrieb innerhalb dieser Krise. Auch musste mit Unsicherheit umgegangen werden. Bestehende Kanäle wie E-Mail oder Intranet konnten dabei die Anforderungen nicht optimal erfüllen. Sie sind langsam, wenig flexibel und können nicht laufend aktualisiert werden. Zudem war es wichtig, sämtliche Mitarbeitenden des KSA mit den wichtigen und sicherheitsrelevanten Informationen zu versorgen, auch diejenigen, welche keinen E-Mail-Account haben. In einem Spital gibt es davon sehr viele. Aber ein Smartphone hat jeder im Sack. Alternativ hätte man zwar auch allen Mitarbeitenden einen E-Mail-Account erstellen können. Doch dies würde die obigen Probleme nicht lösen.

**Sie sprachen davon, dass schnell eine geeignete Lösung gefunden werden musste. Wie viel Zeit verging zwischen dem Entscheid, eine solche App für die interne Krisenkommunikation einzusetzen, und dem Go-Live?**

Es war wirklich erstaunlich, wie schnell alles ging. Vom Entscheid bis zum Go-Live vergingen gerade einmal zweieinhalb Wochen. In nur zweieinhalb Wochen konnten wir Top-down-Informationen an die komplette Belegschaft verteilen. Als PwC uns eine solch schnelle Implementierung versprochen hatte, haben intern einige daran gezweifelt. Aber wir haben es geschafft und viele waren überrascht, wie schnell ein solches Projekt erfolgreich umgesetzt werden kann.

**Was waren aus Ihrer Sicht die Erfolgsfaktoren für diese gelungene schnelle Einführung?**

Wir verfügten über klare und einfache Anforderungen und wussten genau, was wir brauchen und wollen. Der Bedarf war allen schnell klar. Der Schlüssel war aber sicherlich das überaus agile Projektvorgehen, bei dem es keine detaillierte und lange Konzeptphase gab. Das Ganze wurde sehr schlank und zielgerichtet durchgeführt. Das ist sicherlich ein grosser Unterschied zu anderen Projekten bei uns und in Spitälern generell. Beeindruckend ist zudem, dass sich das ganze Team, das aus externen und internen Mitgliedern zusammengesetzt war, sich nicht ein einziges Mal physisch getroffen hat. Alle Arbeiten und Besprechungen wurden remote durchgeführt, weil wir uns ja im Lockdown befanden.

**Gab es auch Herausforderungen oder Gegenstimmen zum geplanten Vorhaben?**

Gegenstimmen gibt es immer. Gerade auch, wenn nicht alle bei einer Entscheidung mitreden können. Doch die Anzahl war sehr gering, da alle die Notwendigkeit und Dringlichkeit verstanden haben. Auch gab es vereinzelte Mitarbeitende, welche ihr privates Smartphone nicht für geschäftliche Zwecke einsetzen wollten. Diese Meinungsverschiedenheiten traten nur selten auf und konnten gemeinsam behoben werden. Generell mussten die Mitarbeitenden auch nicht überzeugt oder motiviert werden, die App zu nutzen, sondern sie waren sofort an Bord.

**Wofür wurde die App zu Beginn eingesetzt?**

Zu Beginn wurde sie ausschliesslich genutzt, um Informationen und Updates zum Thema COVID-19 zu verteilen. Die App wurde als zentraler Kommunikationskanal für sämtliche Infos zu diesem Thema. Der entsprechende E-Mail-Verkehr wurde eingestellt. Auch heute werden noch regelmässig Statistiken zu diesem Thema geteilt. Die Mitarbeitenden haben sich daran gewöhnt und schätzen die Informationen und die neue Art, diese zu konsumieren. Es war zu Beginn eine bewusste Entscheidung, lediglich Top-down-Informationen über die App laufen zu lassen und keine Peer-to-Peer-Kommunikation anzustreben.

**Und wie sieht die Anwendung heute aus?**

Der Umfang wurde leicht ausgeweitet und es gibt mehrere «Streams» zu verschiedenen Themen. Neben dem Thema COVID-19 existiert nun zum einen noch der «GL-Blog» mit Informationen aus der Geschäftsleitung. Dann gibt es die «Social Wall», zu der jeder Mitarbeitende etwas beitragen und sich austauschen kann. Und zuletzt haben wir einen «Stream» über aktuelle Berichte zum KSA in den Medien. Die Mitarbeitenden schätzen diese Informationen und Kanäle, lesen sie auch und interagieren damit.

**Ist eine Ausweitung der Funktionen und der Anwendungsfelder vorstellbar?**

Ja, doch für eine breitere Nutzung braucht es nun zuerst eine entsprechende Konzeptionierungsphase. Wir können uns sehr gut vorstellen, dass eine Kommunikations-App auch in Zukunft eine zentrale Rolle spielen wird.

**Sie haben nun erste Erfahrungen mit einer Kommunikations-App gemacht. Was sind für Sie die grössten Vorteile einer solchen Lösung?**

Man kann sehr schnell und zeitnah mit den Mitarbeitenden kommunizieren. Auch bietet es den Mitarbeitenden die Möglichkeit, darauf zu reagieren, Rückfragen zu stellen oder Antworten zu geben. Eine bidirektionale Kommunikation ist möglich. Man erreicht die Leute sehr schnell und direkt und sie können sich mit Anliegen und Bemerkungen einbringen. Weiter bietet die App Push-Benachrichtigen und ist im Aufbau ähnlich wie bereits bekannte Apps aus dem privaten Alltag. Dies erleichtert den Mitarbeitenden die Nutzung erheblich. Sie sind sich gewohnt,

auf diese Art Informationen zu konsumieren und finden sich sehr schnell zurecht. Gerade in einer Krise hat sich die Kommunikation über die App sehr bewährt. Wir hatten während der Krise in der Task Force mehrere Meetings in der Woche. Dank der App konnten kurz darauf die neuen Informationen schnell und unkompliziert verteilt werden. Mit anderen Kanälen wäre dies sehr aufwändig und unübersichtlich geworden.

**Was ist Ihr persönliches Fazit?**

Eine Kommunikations-App ist ein sehr effektives Tool, um in Echtzeit, nutzerfreundlich und ohne grosse Schulungen den grössten Teil der Mitarbeitenden mit Informationen zu versorgen. Darüber hinaus hoffe ich jedoch, dass man daraus gelernt hat, dass es nicht in jedem Fall detaillierte Konzeptionsphasen braucht, sondern auch schnelle Entscheidungen und Umsetzungen funktionieren können. Ich hoffe, dass dieses Beispiel genau dies gezeigt hat und auch in Zukunft für ähnliche Projekte schnelle Entscheidungen und agile Projektmethoden möglich sind und forciert werden. Ähnliche Projektideen liegen vor, die von einer schnellen Umsetzung ausgehen und nach Lösungen ohne ewige Konzeptphasen schreiben. Das Kommunikationsprojekt hat gezeigt, dass man kurzfristig eine erste Lösung einführen und sich mittelfristig Zeit für detaillierte Abklärungen und Konzepte nehmen kann. Denn meistens muss kurzfristig nicht das perfekte Produkt her. Aber es muss möglichst schnell etwas zur Verfügung gestellt und der erste Schritt getan werden. Nur so können wir den schnelllebigen Veränderungen der Technologien und des Marktes gerecht werden.

**Denken Sie, es wäre auch ohne die COVID-19-Pandemie zu der Einführung einer App gekommen?**

Ohne die Pandemie wäre es nicht so zügig dazu gekommen. Allen war die Dringlichkeit sehr bewusst und so konnte das Projekt generell und auch in dieser Geschwindigkeit umgesetzt werden. Sämtlichen Entscheidungsträgern war klar, dass etwas gemacht werden musste – und zwar schnell. Dies bot uns die Möglichkeit, Neues auszuprobieren und etwas zu wagen. Man kann die Kommunikations-App also als eine Art Pilotprojekt betrachten, bei dem eine alternative Methode ausprobiert wurde. Und die neue Methode hat sich ganz klar bewährt. Nun arbeiten wir daran, organisatorische Anpassungen vorzunehmen, um dies in Zukunft noch besser möglich zu machen – auch ohne Krise.



# Plattform für e-Behandlungen

reduziert Kosten und erleichtert den Arztzugang

«Ein Grossteil des Know-hows von soignez-moi.ch liegt in den Algorithmen der Plattform begründet.

Diese ermöglichen es, die Patienten zu triagieren und so die Zeit des Arztes für die Anamnese zu reduzieren.»



Plattform Soignez-moi.ch/DrNow.ch

## Soigneur-moi.ch/DrNow.ch hat in weniger als einem Jahr 11'000 Patienten bedient

Carole Matzinger, Geschäftsführerin von soigneur-moi.ch bzw. DrNow.ch (für deutsch- und englischsprachige Benutzer), erläutert die Grundidee und die Zukunftspläne von soigneur-moi.ch. Die Plattform will mithelfen, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken und den schnellen Zugang zu einem Arzt zu erleichtern.

Angesprochen sind Menschen, die keine Zeit haben, ohne ernsthafte oder chronische Krankheit zum Arzt zu gehen und nur kleine gesundheitliche Probleme aufweisen. Dieses Angebot will von den Versicherern unabhängig bleiben, um Patienten als Kunden in den Mittelpunkt zu rücken.

Soigneur-moi.ch bietet mehrere Geschäftsmodelle an:

- **B2C-Modell:** Diese Dienstleistung direkt an den Patienten wird mit 59 Franken pro Konsultation in Rechnung gestellt und von den Versicherungen bezahlt. Sie umfasst insbesondere die Sortierung (über einen Fragealgorithmus), die telefonische Anamnese, die Verschreibung, die Koordination mit der Apotheke (falls erforderlich), die Nachbetreuung und einen eventuellen Rückruf. Grundsätzlich werden alle Gespräche durch einen Arzt geführt. Wird dem Patienten nach der Anamnese empfohlen, sich in der Notaufnahme zu melden, oder können die Beschwerden nicht durch den Service gelöst werden, wird keine Gebühr erhoben.
- **B2B-Modell A:** Dieses Modell stellt den Ärzten logistische Kapazitäten und eine Plattform zur Verfügung, für die eigene Algorithmen entwickelt wurden. Dieses Modell ist derzeit im Hôpital ophtalmique Jules-Gonin in Betrieb und wird auf monatlicher Mietbasis in Rechnung gestellt.
- **B2B-Modell B:** Die Dienstleistung besteht aus der Bereitstellung der logistischen Kapazitäten, der Plattform und den Ärztinnen und Ärzten von soigneur-moi.ch. Dieses Modell wurde von einigen Spitälern während der COVID-19-Pandemie eingesetzt, um der Überlastung ihrer Notfallabteilungen vorzubeugen. Es wurde bisher beispielsweise im Spitalzentrum Biel und im Hôpital de la Tour umgesetzt.

Soigneur-moi.ch beschäftigt derzeit rund 20 Ärzte, die von zu Hause oder vom Büro auf die Webplattform zugreifen. Sie werden nach der für die Plattform aufgewendeten Zeit und nicht nach der Anzahl Konsultationen vergütet. Das vermeidet Doppelarbeit und gewährleistet eine gute Qualität der Patientenversorgung.

Ein Grossteil des Know-hows von soigneur-moi.ch liegt in den Algorithmen der Plattform begründet. Diese ermöglichen es, die Patienten zu triagieren und so die Zeit des Arztes für die Anamnese zu reduzieren. Die Algorithmen wurden in Zusammenarbeit mit dem Inselspital entwickelt, überprüft und validiert. Sie sind transparent und funktionieren im Gegensatz zu ähnlichen Angeboten auf dem Markt «Open Source». Sie wurden seit der Inbetriebnahme der Plattform laufend weiterentwickelt. Beispielsweise wurde die Reihenfolge der Fragen geändert, da diese die Antworten nachweislich wesentlich beeinflusst. Die Algorithmen basieren auf 10 bis 25 Fragen, was oft zum Abbruch führt. Allerdings müssen es genügend Fragen sein, um die Gesprächszeit mit dem Arzt danach zu verkürzen und interessante Tarife anzubieten. Obwohl keine medizinische Zertifizierung der Algorithmen notwendig war, ist die Validierung durch das Inselspital für Fragen der Reputation und Qualität der Versorgung zentral.

Bis heute betreffen 35 Prozent der Anfragen Hals-Nasen-Ohren-Symptome, allerdings hat COVID-19 diese Zahlen beeinflusst. Bei den meisten Konsultationen geht es um kleinere Beschwerden, die lediglich eine Verschreibung erfordern, wie beispielsweise ein leichter Harnwegsinfekt. Das Patientenprofil setzt sich zu 54 Prozent aus Frauen zusammen und weist ein Durchschnittsalter von 40 Jahren auf. Die durchschnittliche Dauer der Konsultation eines Patienten beträgt 4:30 Minuten.

Soigneur-moi.ch unterscheidet sich von traditionellen Telemedizinangeboten, da wie beschrieben die Plattform von den Versicherern unabhängig ist und für gleiche Leistungen niedrigere Preise als der Schweizer Gesundheitsmarkt gewährleistet. Der Vorteil der Plattform liegt in der verkürzten Anamnesezeit dank der vorgelagerten Fragen. Darüber hinaus führt der ärztliche Direktor eine Qualitätskontrolle durch und alle Ge-

sprache werden aufgezeichnet. Zudem geht bei bestimmten Antidepressiva das Rezept direkt an die Apotheke. Krankschreibungen sind nur einmal verlängerbar und können nur viermal pro Jahr ausgestellt werden, um Missbrauch zu vermeiden. Die Gesamtheit dieser Massnahmen soll die Qualität und Integrität der Plattform wahren.

Schliesslich hinterlassen die Ärzte keine Datenspuren und verpflichten sich, keine Patientendaten zu verwenden. Sämtliche Daten werden auf den Servern der Plattform aufbewahrt. Als erste Schweizer Plattform ist diese nach ISO-27001, Verordnung über die Datenschutzzertifizierungen (VDSZ) und Goodpriv@cy zertifiziert.

Soigneur-moi.ch hat die folgenden Dienstleistungen in Planung:

- **Prä-Anästhesie-Protokoll:** Zurzeit werden Anästhesisten als Partner für die Anwendung dieses Protokolls gesucht.
- **Chronische Krankheiten:** Dieser Bereich weist ein vielfältiges Wachstumspotenzial auf. Hier wird soigneur-moi.ch die Kapazität fürs Engineering erhöhen und noch mehr Fachärzte finden müssen, um diese Art von Krankheiten zu behandeln.

Zurzeit kann jedes Spital Partner von soigneur-moi.ch werden. Seit der Gründung im Oktober 2019 hat die Plattform 11'000 Patienten behandelt. Die geografische Abdeckung begrenzt sich aktuell auf die Westschweiz und Partnerschaften mit 180 Apotheken. Ziel ist es, im Rahmen des B2C-Geschäftsmodells jährlich 100'000 Patienten zu erreichen. Die Expansion in die Deutschschweiz hat bereits begonnen. Sie umfasst vor allem den Aufbau des gesamten Ärzteteams. Die deutschsprachige Plattform ist schon bald betriebsbereit.

## Die Zukunft der **Infrastruktur** will geplant sein



Die Infrastruktur ist neben der Digitalisierung das zweite sehr wichtige Investitionsfeld. In früheren Studien haben wir aufgezeigt, dass in den nächsten 15 Jahren ein Investitionsvolumen von mindestens 12 Mrd. CHF bei den Schweizer Spitälern ansteht. Es liegt im Interesse aller, dass diese Bauten so nutzenstiftend und kosteneffizient wie möglich erstellt werden. Aus ökonomischer Perspektive gehören dazu die regelmässige Prüfung der Werthaltigkeit einer Immobilie sowie die Prüfung alternativer Eigentümermodelle, wie sie in anderen Branchen üblich sind. Im Folgenden zeigen wir auf, wie sich die Wirtschaftlichkeit der Immobiliennutzung beurteilen lässt, welche Massnahmen bei Beeinträchtigung der Werthaltigkeit nötig werden und auf welche alternativen Eigentümermodelle die Spitäler zurückgreifen können.



## Blick auf die Kapitalrendite von Schweizer Spitälern erweitert die Beurteilung

Zur Finanzierung von Investitionen sind langfristige Businesspläne und Tragbarkeitsrechnungen nötig. Die etablierte EBITDAR-Marge gibt Auskunft darüber, wie effizient die von einem Spital erbrachten Leistungen produziert werden. Diese Grösse reicht jedoch nur dann aus, wenn die Leistungen in einer durchschnittlich teuren Infrastruktur erbracht werden. Baut ein Spital sehr teuer, muss es eine deutlich höhere EBITDAR-Marge erwirtschaften. Um zu beurteilen, ob ein Spital eine genügend hohe Rendite in Bezug auf seine Infrastruktur

und das durch Eigner und Fremdkapitalgeber investierte Kapital erwirtschaftet, ist ein Blick auf die sogenannte Kapitalrendite nötig.

Eine gängige Kennzahl ist die Gesamtkapitalrendite. Wir verwenden dafür den englischen Begriff Return on Invested Capital, kurz ROIC. In der Finanzpraxis existieren unterschiedliche Berechnungsmethoden<sup>18</sup>. In der vorliegenden Analyse haben wir den folgenden Ansatz gewählt:

$$\text{ROIC} = \frac{\text{EBIT}}{\text{Eigenkapital} + \text{verzinsliches Fremdkapital} - \text{nichtoperative flüssige Mittel}}$$

Der ROIC eignet sich für vermögensintensive Branchen wie das Gesundheitswesen. Er stellt eine gute Ergänzung zu den Umsatzrenditen wie der EBITDAR-Marge dar.

Gemäss Abbildung 36 ging der ROIC der Stichprobe der Schweizer Spitäler zwischen 2012 und 2019 zurück. Über diesen Zeitraum sind die Gewinne im Mittel um 10 Prozent gesunken, während sich das durchschnittlich investierte Kapital ungefähr verdoppelt hat. Dieser Anstieg des investierten Kapitals liegt häufig in der Übertragung der Spitalimmobilien vom Eigner auf die Spitäler begründet. 2019 stieg der ROIC auf 2,4 Prozent an, was sich unter anderem durch den Anstieg der mittleren Rentabilitätsmargen erklären lässt.

Ein eigenständig geführtes Unternehmen wie ein Spital, das mit keinen Sonderzuschüssen in schlechten Zeiten rechnen darf, benötigt ein den Geschäftsrisiken entsprechendes ROIC-Niveau. Dessen Höhe lässt sich mit den gewichteten Kapitalkosten (Weighted Average Cost of Capital, WACC) ermitteln. Die Kapitalrenditen der untersuchten Schweizer Spitäler sind zweifellos zu tief. Das könnte Institutionen mit mehreren schlechten Jahren in Folge und ohne externe finanzielle Unterstützung an den Rand der Existenz bringen, selbst wenn diese aktuell noch über ein gutes Eigenkapitalpolster verfügen. Um diese Reserven auch in Zukunft aufrechterhalten oder bilden zu können, ist demnach ein höherer ROIC nötig.

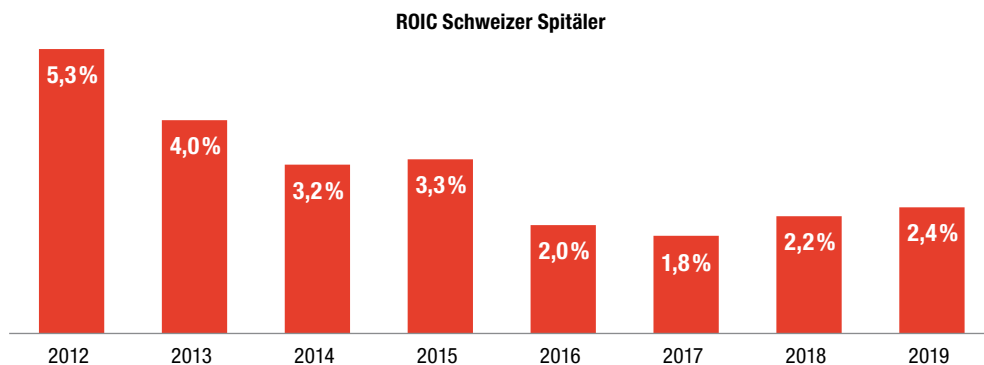


Abbildung 36: Kapitalrendite beziehungsweise Return on Invested Capital, 2012 bis 2019 (Medianwerte)



## Exkurs

# Gewichtete Kapitalkosten bestimmen die Rendite auf dem investierten Kapital

Der Kapitalkostensatz (WACC) eines Spitals setzt sich aus den Eigen- und Fremdkapitalkosten gewichtet mit der Zielkapitalstruktur zusammen. Die Eigenkapitalkosten werden dabei häufig über das sogenannte Capital Asset Pricing Model (CAPM) hergeleitet. Dazu werden die am Markt beobachteten Beta-Faktoren von vergleichbaren kotierten Unternehmen herangezogen. So lässt sich die Kapitalstruktur bereinigen und anschliessend auf die (Ziel-)Kapitalstruktur des Unternehmens anwenden, um die Eigenkapitalrisikoprämie zu bestimmen. Anschliessend addiert man den risikofreien Zinssatz und allfällige Kleinkapitalisierungs- und Landesrisikoprämien hinzu, um zu den Eigenkapitalkosten zu gelangen.

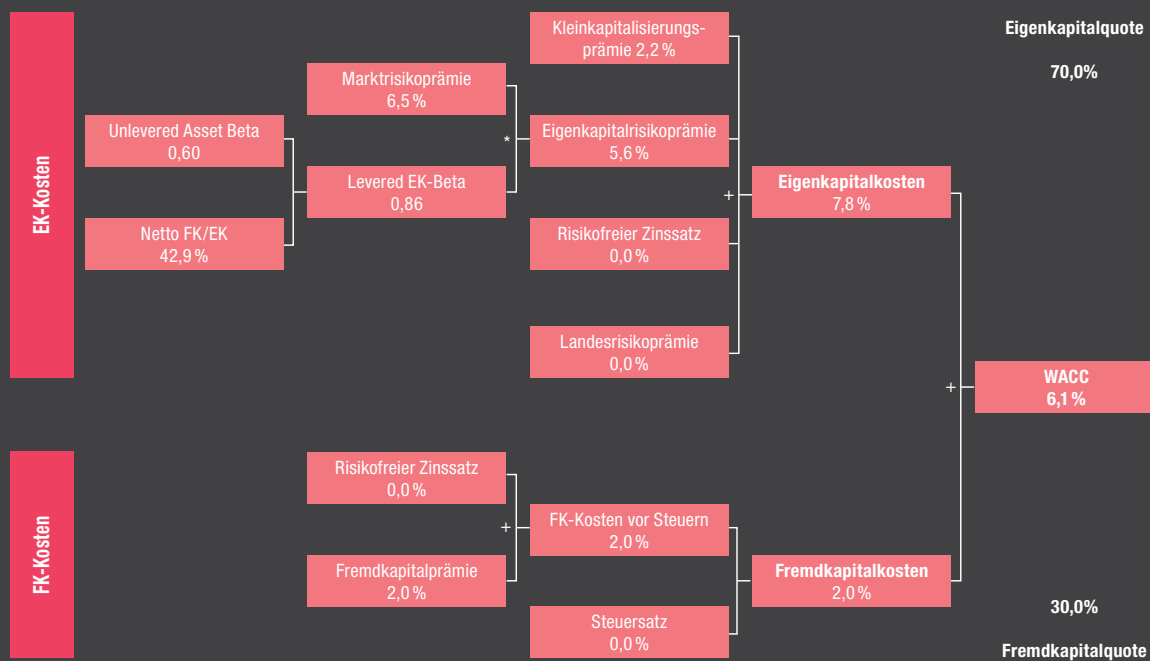


Abbildung 37: Beispielhafte Darstellung der Berechnung der gewichteten Kapitalkosten

## Exkurs

# Kapitalrendite von Schweizer und börsenkotierten Spitälern

Für einen Vergleich mit unserer Stichprobe berechneten wir die ROIC-Werte von 22 börsenkotierten internationalen Vergleichsspitälern. Deren Entwicklung zwischen 2012 und 2019 scheint derjenigen unserer Schweizer Stichprobe entgegenzulaufen: Während der ROIC der nicht kotierten Schweizer Spitäler sank und sich seit dem Tiefstwert von 2017 erholte, verzeichneten die Peers 2016 ihren Maximalwert und brachen danach ein.

Bei den Vergleichsunternehmen erhöhte sich der ROIC über die Jahre aufgrund steigender Betriebsgewinne bis 2016, während die Kapitalbasis sank. Ab 2017 nahmen die Betriebsgewinne weniger stark zu oder reduzierten sich und die Kapitalbasis vergrösserte sich. Das bewirkte einen Einbruch des ROIC bis 2019, sodass auch die untersuchten börsenkotierten Spitalunternehmen aktuell nur eine ungenügende Kapitalrendite erreichen.

Das ROIC-Niveau der Schweizer Spitäler dürfte sich stabilisieren, sobald die Mehrheit der geplanten Infrastrukturprojekte umgesetzt ist. Börsenkotierte Unternehmen hingegen sind ständigen Marktbewegungen ausgesetzt. Sind Umsatz- und Kapitalrenditen langfristig unzureichend, sinkt der Aktienwert. Solche Unternehmen werden letztlich von anderen übernommen. Das dürfte in abgeschwächter Form auch bei nicht kotierten Schweizer Spitalern der Fall sein, falls politisch opportun. Es ist daher für jedes Unternehmen primär wichtig, die risikogerechte Verzinsung auf dem eingesetzten Kapital zu erzielen, hier gemessen als ROIC. Die erreichte EBITDAR-Marge kann dafür als Indikator herangezogen werden, lässt aber nur dann valide Aussagen zu, wenn die Infrastruktur «durchschnittlich teuer» war.

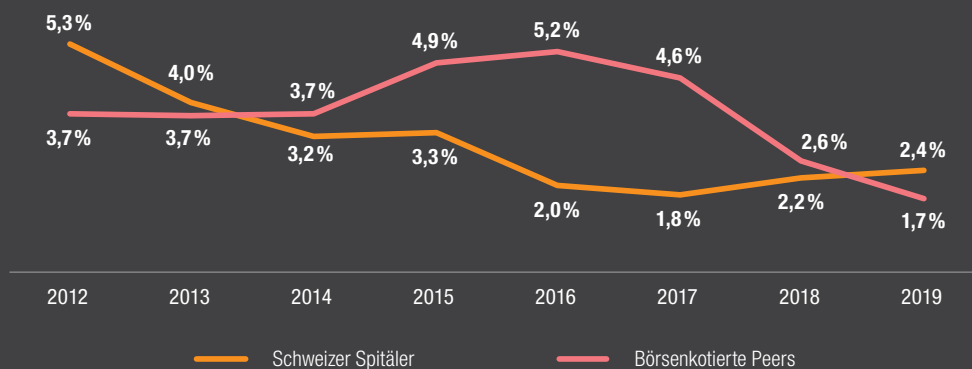


Abbildung 38: Kapitalrenditen von Schweizer Spitalern und börsenkotierten Vergleichsspitälern (Medianwerte)

## Optionen zur Verbesserung der Kapitalrendite

Um den ROIC zu verbessern, gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten: Erstens führt eine Verbesserung der Umsatzrendite zu einer Erhöhung. Zweitens lässt sich beim investierten Kapital ansetzen. Gelingt es einem Spital, seinen Betrieb weniger kapitalintensiv zu führen – indem es beispielsweise günstiger oder weniger baut –, erhöht sich bei gleichbleibender Rentabilität der ROIC.

Eine Möglichkeit für einen weniger kapitalintensiven Betrieb bieten alternative Immobilienmodelle. Zum Beispiel kann das Spital einen professionellen Betreiber von Gesundheitsimmobilien mit dem Bau eines neuen Spitalgebäudes betrauen und dieses danach über einen langjährigen Mietvertrag mieten. So können sich sowohl Spital- als auch Immobilienbetreiber auf ihre jeweiligen Kernkompetenzen konzentrieren, was Qualität und Effizienz erhöht.

Der alleinige Blick auf die Umsatzrenditen reicht nicht aus. Er sollte mit Analysen zur Kapitalverzinsung ergänzt werden. Diese beiden Kennzahlen können durchaus einen unterschiedlichen Verlauf nehmen; werden nicht beide berücksichtigt, kann es zu Fehlentscheidungen kommen. Abbildung 39 zeigt, dass zwischen den WACC, die wir für die meisten Spitäler bei 5 bis 7 Prozent sehen, und dem ROIC eine grössere Differenz besteht, als dies die isolierte Betrachtung der EBITDAR- und EBITDA-Margen vermuten lässt.

Wenn ein Unternehmen über längere Zeit einen ROIC erwirtschaftet, der unterhalb der gewichteten Kapitalkosten liegt, dann müssen die Anlagen langfristig im Wert berichtigt werden. Dazu muss es zu einer ausserordentlichen Abschreibung (Impairment) und einem Eigenkapitalverzehr kommen. Weil das Thema der Werthaltigkeit für viele Spitäler aufgrund der Inbetriebnahme von Neubauten aktuell wird, gehen wir im Folgenden auf das exemplarische Vorgehen einer Werthaltigkeitsprüfung ein.

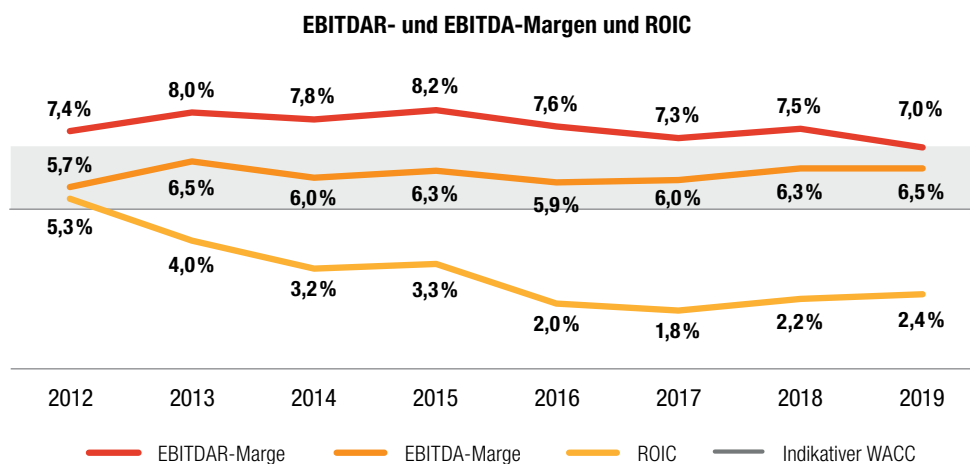
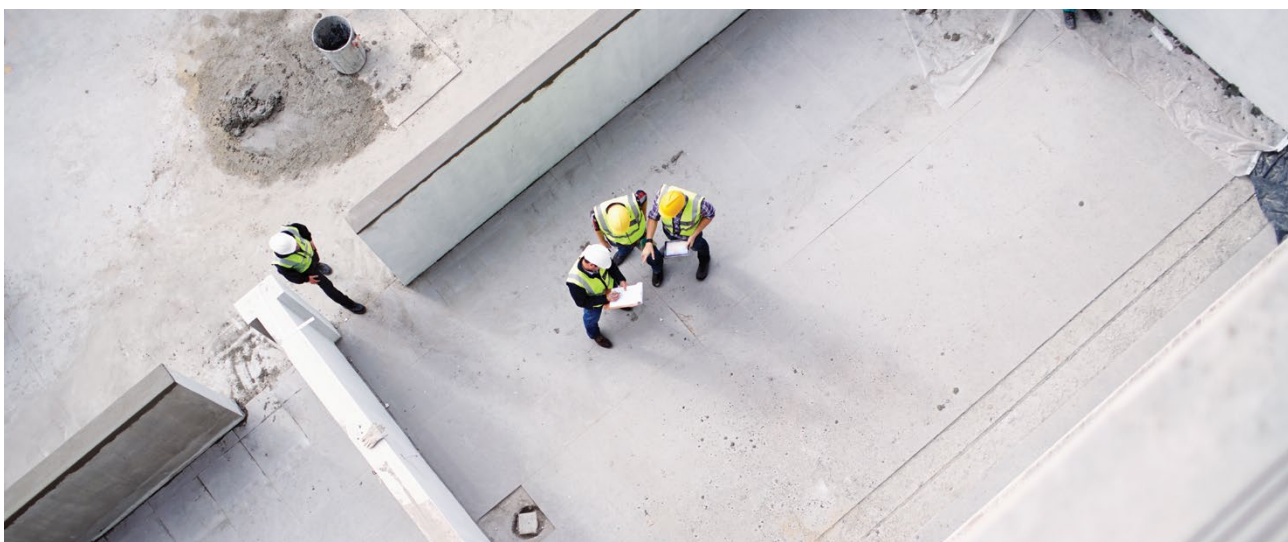


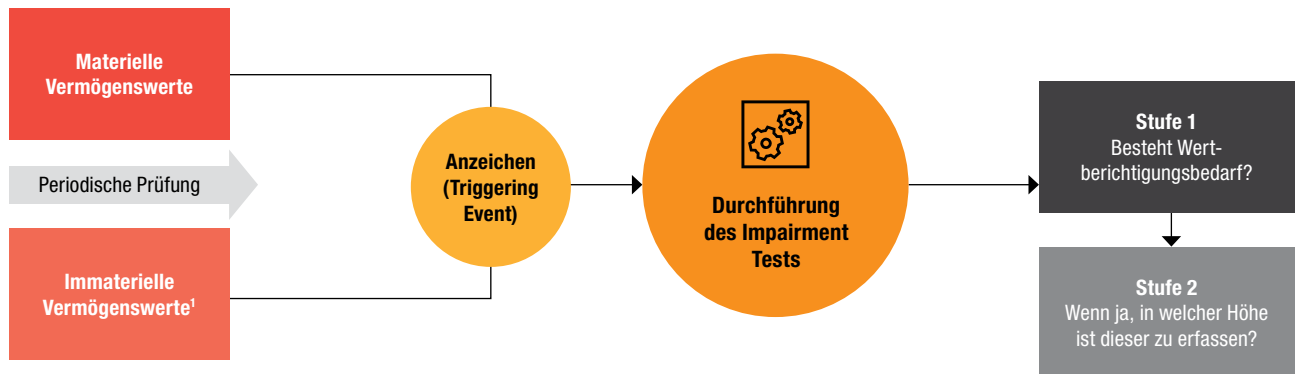
Abbildung 39: Umsatz- und Kapitalrenditen von Schweizer Spitalern im Jahresverlauf (Medianwerte)



## Impairment Test prüft die Werthaltigkeit

Sowohl internationale Rechnungslegungsstandards als auch Swiss GAAP FER orientieren sich am Konzept der «True and Fair View». Demnach müssen die Ertrags- und Vermögenslage möglichst korrekt abgebildet werden. Aus diesem Grund sind nach Swiss GAAP FER 20 mate-

rielle und immaterielle Vermögenswerte beim Vorliegen von Anzeichen («Triggering Event») auf ihre Werthaltigkeit zu überprüfen. Ist die Werthaltigkeit nicht mehr gegeben, muss der Finanzverantwortliche eine ausserordentliche Abschreibung – ein sogenanntes Impairment – vornehmen.



<sup>1</sup> Erworbene immaterielle Vermögenswerte wie z. B. Marken (Brand), Kundenbeziehungen, Ärzteverträge, Datenbanken, Software, Spitalisten wie auch selbst erstellte immaterielle Vermögenswerte

Abbildung 40: Durchführung des Impairment Tests nach Swiss GAAP FER 20

Externe Auslöser	Interne Auslöser	Spezifische Auslöser im Gesundheitswesen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absinken des Marktwertes eines Unternehmens oder der ganzen Industrie</li> <li>• Nachteilige Entwicklungen im technischen, marktbezogenen, wirtschaftlichen oder rechtlichen Umfeld</li> <li>• Anstieg der Marktzinsen</li> <li>• Der Börsenkurs des Unternehmens liegt unter dem Buchwert</li> <li>• Epidemie/Pandemie und insbesondere ihre langfristigen Auswirkungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überalterung oder physischer Schaden</li> <li>• Internes Berichtswesen liefert substanzielle Hinweise dafür, dass die wirtschaftliche Ertragskraft eines Vermögenswertes schlechter ist als erwartet</li> <li>• Nachteilige Entwicklungen wie Vermögenswerte, etwa aufgrund Stilllegung, Planungen zur Einstellung/ Restrukturierung des Geschäftsbereichs sowie die Neueinschätzung der Nutzungsdauer eines Vermögenswerts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarifeingriffe</li> <li>• Operationslisten</li> <li>• Sinkende Rentabilität</li> <li>• Verbesserung der Genesungszeiten</li> <li>• Trend zu mehr ambulanten Eingriffen</li> <li>• Ungenügende Rendite bei Neubauten</li> <li>• Schlechte Auslastung von Anlagen</li> <li>• Einbruch der Zusatzversichertenanteile</li> <li>• Wegfall bisheriger Einnahmen (GWL, Zuschüsse)</li> <li>• usw.</li> </ul>

Abbildung 41: Übersicht über mögliche «Triggering Events»

Zur Bestimmung der Höhe der Wertberichtigung wird der Buchwert mit dem erzielbaren Betrag verglichen. Dieser bestimmt sich aus dem höheren Wert aus dem Nutz-

wert und dem Netto-Marktwert<sup>19</sup>. Abbildung 42 zeigt die Durchführung eines Impairment Tests schematisch auf.

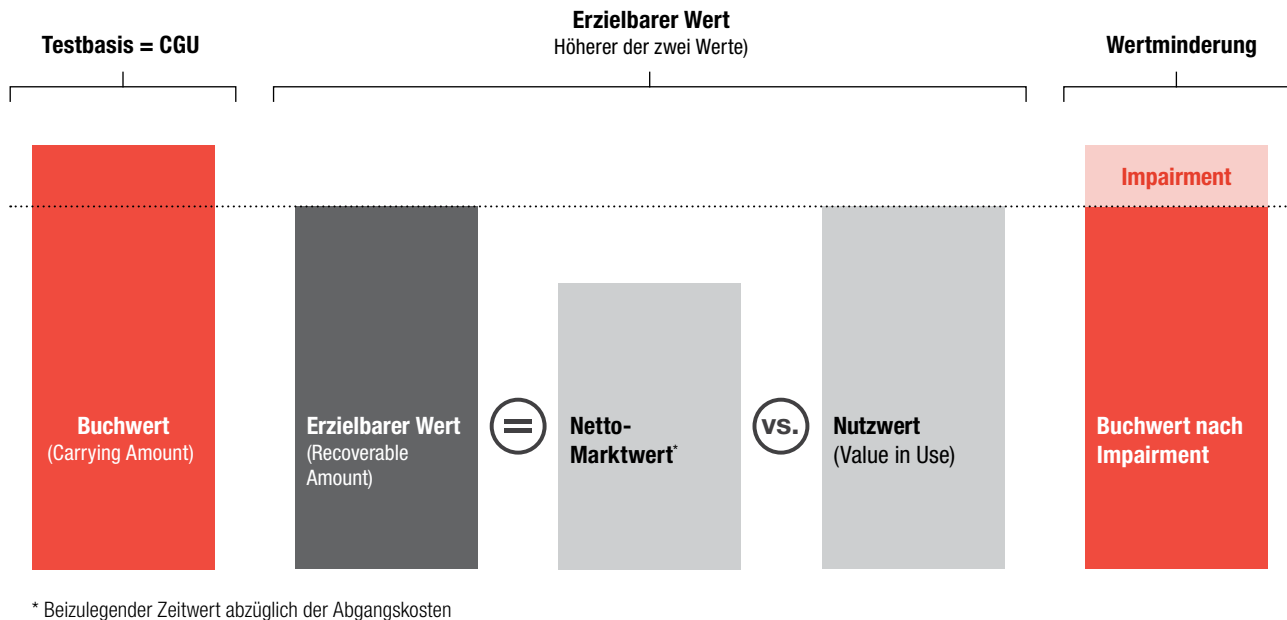


Abbildung 42: Schematische Darstellung des Impairment-Test-Verfahrens<sup>20</sup>

Der Werthaltigkeitstest wurde grundsätzlich auf Ebene der einzelnen Vermögenswerte durchgeführt. In der Praxis wird auf das Konzept der Zahlungsströme generierenden Einheiten (engl. CGU) abgestützt statt auf einzelne Vermögenswerte. Eine solche Einheit ist die kleinste identifizierbare Gruppe von Vermögenswerten, die Zahlungsströme erzeugt, die unabhängig von den Zahlungsströmen anderer Vermögenswerte oder anderer Gruppen von Vermögenswerten sind. Meistens ist dies das Gesamtspital oder einzelne Standorte einer Spitalgruppe.

Wenn der erzielbare Wert tiefer ausfällt als der Buchwert, muss auf CGU-Ebene eine ausserordentliche Abschreibung vorgenommen werden. Zunächst wird ein allfälliger Goodwill abgeschrieben, danach weitere Kategorien an

Vermögenswerten «pro rata», wobei einzelne Vermögenswerte nicht unter ihren (a) Netto-Marktwert, (b) Nutzwert und (c) null abgeschrieben werden können. Die Wertminderung wird direkt im Ergebnis erfasst und verschlechtert die EBIT- und Reingewinnmarge. Dies führt in der Folge zu einem Rückgang des Eigenkapitals. Nach der Erfassung einer Wertminderung muss der Abschreibungs-/ Amortisationsaufwand eines Vermögenswerts in künftigen Perioden angepasst werden.

In seltenen Fällen kann es zu einer späteren Wertaufholung kommen, sofern die Gründe für Wertminderung nicht mehr bestehen. Eine solche Wertaufholung ist bis zu den fortgeführten Anschaffungs- und Herstellungskosten möglich, davon ausgenommen sind Goodwillpositionen.

## COVID-19 kann die Geschäftsentwicklung und somit die Werthaltigkeit beeinflussen

Die Entwicklungen rund um COVID-19 beeinflussen die Werthaltigkeit von Vermögenswerten und Betriebseinheiten im Gesundheitswesen. Die Spitäler sollten ihren Anpassungsbedarf gerade in Bezug auf die Nutzwertanalysen der Businesspläne prüfen. Dabei müssen sie beurteilen, inwiefern COVID-19 einen nachhaltigen Einfluss auf die Geschäftsentwicklung hat. Diese Einflüsse müssen sie in den Planrechnungen berücksichtigen und mögliche Planungsunsicherheiten mit Szenarien abbilden.

COVID-19 wird die Entwicklung des Geschäftsjahrs 2021 beeinflussen. Gut möglich, dass die Spitäler je nach Leistungsfokus COVID-19-bedingte Wertberichtigungen auch bei Leistungserbringern im Gesundheitswesen diskutieren müssen. Gelingt es einem Spital nicht, einen ROIC in Höhe der WACC zu erwirtschaften, resultiert langfristig ein Wertberichtigungsbedarf. Damit das nicht passiert, sollte ein Spital möglichst flexibel gebaut werden und alternative Nutzungen zulassen.



## Spitäler sollten über alternative Immobilienmodelle nachdenken

Demografische und weitere Entwicklungen im Gesundheitswesen Schweiz erhöhen den Bedarf an Gesundheitsimmobilien und verändern die Anforderungen an diese. Heute sind die meisten stationären Leistungserbringer nach wie vor Eigentümer ihrer Immobilien und bauen diese auch selbst. Ambulante Leistungserbringer mieten ihre Immobilien deutlich öfter. Mittlerweile gehen die Spitäler als Fremdkapitalgeber neben Banken und dem öffentlichen Anleihenmarkt auch institutionelle Anleger wie Pensionskassen an. Die Neubauten bleiben dabei allerdings im Eigentum der Spitäler und erscheinen so in deren Bilanzen.

### Betrieb und Immobilie trennen

In anderen Branchen wie dem Bankensektor, den Geschäftsimmobiliien oder im Detailhandel<sup>21</sup> haben sich alternative Modelle durchgesetzt, gerade international. Wir sprechen von sogenannten «Sale and rent back»- oder «Build and rent back»-Modellen. Dabei wird eine Liegenschaft an einen Investor verkauft oder ein Neubau gemeinsam mit diesem geplant, durch ihn erstellt und nachher zurückgemietet. Das Ganze lässt sich mit Liegenschaftsportfolios umsetzen. International haben sich dafür Real Estate Investment Trusts (REIT) etabliert. In der Schweiz existiert diese Form nicht, doch bieten Immobilienfonds vergleichbare Möglichkeiten.

Richtig umgesetzt entstehen dadurch Vorteile für alle Seiten. Die Leistungserbringer können sich auf ihre Kernkompetenzen im medizinischen Bereich konzentrieren und den Verkaufserlös oder die beträchtlichen, nicht mehr in der Immobilie als Fremdkapital gebundenen Mittel in den Betrieb oder in die Digitalisierung investieren. Der Investor als Immobilieneigentümer und -betreiber generiert Mieteinnahmen, indem er sich auf seine Kernkompetenz beschränkt, das Management der Immobilien, und dabei Synergien über sein Portfolio nutzt. Ein Beispiel dafür stellt die Nachhaltigkeit einer Infrastruktur nach ESG-Kriterien dar (Environment, Social, Governance). Ein nachhaltig gebautes Gebäude erfordert oft höhere Aufwände.<sup>22</sup> Umfangreiche Projekterfahrung aus einem bestehenden Immobilienportfolio – vor allem ausserhalb von Gesundheitsimmobilien – kann helfen, die richtige Balance zu finden. Ein Immobilieninvestor stellt also nicht allein Kapital zur Verfügung und ist danach nur noch Mietzinsempfänger oder Renditeoptimierer.

Natürlich wirft eine Trennung von Betrieb und Immobilie neue Fragen auf. Oft sind die Unsicherheiten aber auf fehlende Kommunikation, Offenheit und Einfühlungsvermögen zurückzuführen und lassen sich in einer vertrauensvollen Partnerschaft lösen.

### Spitäler in starker Verhandlungsposition

Es gibt bereits heute Spitäler, die Spitalbetrieb und Immobilien trennen. Ein erfolgreiches Praxisbeispiel für eine «Sale and rent back»-Lösung ist die Immobiliengesellschaft Infracore (ehemals Swiss Healthcare Properties). Antrieb ist ein klarer Fokus auf die jeweiligen Kernkompetenzen und die Schonung der Liquidität aus Sicht der Betreiber. Weitere Gründe liegen in der Schweiz in der Mehrwertsteuer; diese wird bei einer Mietlösung nicht zu Beginn, sondern über die Jahre verteilt fällig.

Ein Immobilieninvestor, der schon ein Dutzend Gesundheitsimmobilien realisiert hat und betreibt, bringt viel Erfahrung mit. Dadurch tun sich gegebenenfalls neue strategische Optionen auf. Immobilienbetreiber formulieren Renditeanforderungen an solche Projekte, die nicht unterschritten werden sollen. Aufgrund der langfristigen finanziellen Verbindlichkeiten bevorzugen sie Mietverträge mit 10 bis 30 Jahren Laufzeit, systemrelevanten Leistungserbringern und starken Trägerschaften im Hintergrund. Weil es davon nicht unbeschränkt viele gibt, sehen wir mittlere und grosse Spitäler in einer guten Verhandlungsposition. Immerhin sind die Renditeerwartungen nicht in Stein gemeisselt. Entscheidend ist das Erreichen eines nachhaltigen Rentabilitätsniveaus. Aus der Praxis wissen wir, dass viele Investoren ein Rent-Cover-Ratio (EBITDAR/Miete) von 2,0 oder höher voraussetzen. Je nach Kennzahl und Einschätzung der Bonität variieren auch die Renditeanforderungen. Wenn bei einer langfristigen Lösung mit einem Investor primär finanzielle Bedenken bestehen, so sind diese möglicherweise tiefer und unabhängig von der Eigentumslösung begründet.

In den meisten Fällen ist der Investor für Gebäudekern und -hülle verantwortlich. Ausstattung und Einrichtung sind Sache des Mieters. Grundsätzlich lässt sich vieles vertraglich individuell regeln. So verfügen zahlreiche Gesundheitsimmobilien bei der Erstvermietung über Staffelmietverträge, die zwischen drei und fünf Jahren eine umsatz- oder auslastungsabhängige Jahresmiete aufweisen. Ein aktuelles Beispiel für die geschilderte Verantwortungsteilung ist das Ambulatorium des Universitätsspitals Zürich im Circle in Zürich. Die Räumlichkeiten werden so flexibel gebaut, dass sie nach Ablauf des langfristigen Mietvertrags auch als Büros genutzt werden könnten.

## Immobilieninvestoren diversifizieren ihre Portfolios

Schweizer und ausländische Investoren interessieren sich unter anderem aufgrund der nach wie vor sehr tiefen Zinsen stark für Gesundheitsimmobilien. Die Nachfrage nach Investitionsprojekten übersteigt das Angebot deutlich. Wir denken dabei an etablierte Schweizer Investoren und solche aus Industriestaaten mit fortschrittlichen Gesundheitssystemen und viel Erfahrung mit Gesundheitsimmobilien.

Die richtigen Gesundheitsimmobilien bieten für Investoren geringe Ausfallrisiken und stabile Renditen. Das Gesundheitswesen ist kaum konjunkturabhängig und weist ein langfristiges Wachstumspotenzial auf. Weil auch Investoren langfristige Verpflichtungen haben, bestehen beiderseits Abhängigkeiten und ein gemeinsames Interesse an einer erfolgreichen Zusammenarbeit. Auf Basis des Nettofondsvermögens liegt die erwartete Ausschüttungsrendite wohl bei 3 bis 5 Prozent, je nach Ausgestaltung des Mietvertrags.

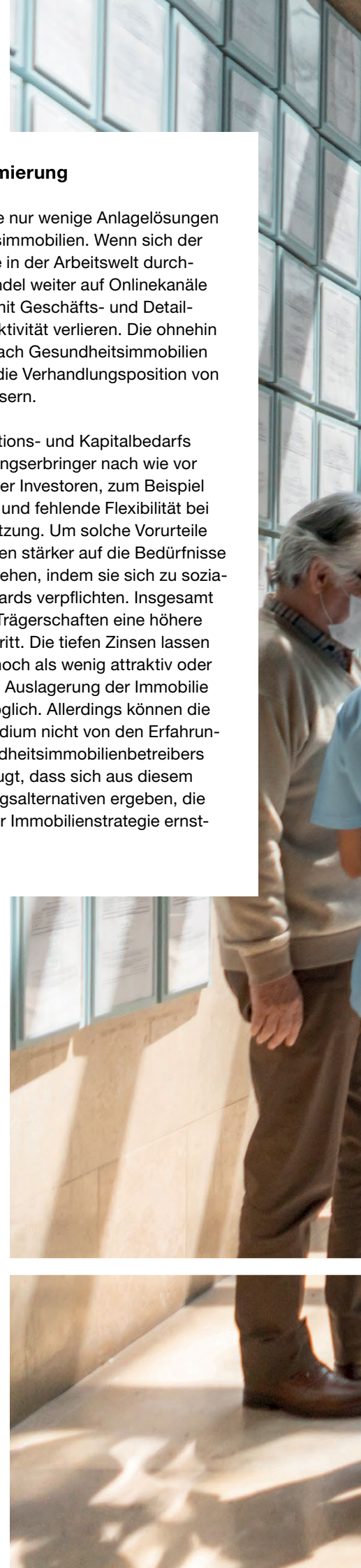
Wie für den Spitalbetrieb liegt das Hauptaugenmerk auch für Investoren und Betreiber auf der Risikoprüfung der Gegenpartei. Wichtig ist eine gewisse Mindestgrösse. Falls es sich um ein reguliertes Anlagegefäss handelt, gilt dies auch nach oben, da einzelne Anlageobjekte ein Portfolio nicht dominieren dürfen. Um die Ausfallrisiken zu minimieren, sind flexible Strukturen nötig, die alternative Nutzungsarten zulassen. Der Wandel der Gesundheitsversorgung, der medizinische Fortschritt und veränderte Patientenbedürfnisse bergen zwar Risiken, bieten aber auch Potenziale für alternative, heute vielleicht noch wenig denkbare Immobiliennutzungen.<sup>23</sup> In diesem Zusammenhang erachten wir aus Investorensicht neben Single-Tenant-Infrastrukturen von systemrelevanten Leistungserbringern auch Multi-Tenant-Gebäude mit einem Nuttermix bestehend aus kooperierenden Gesundheitsdienstleistern als attraktiv, vor allem hinsichtlich Risikodiversifikation.

Investoren und Betreiber suchen also systemrelevante Strukturen. Wie bei allen Immobilien ist auch hier der Standort wegweisend; dieser soll möglichst optimal auf die Patientenströme ausgerichtet sein. Für die Mietzinskonditionen sind auch die Trägerschaft und deren Garantien entscheidend. Es kann also auch im Interesse des Eigners liegen, solche Optionen im Hinblick auf eine Schonung der Kantons- oder Gemeindebudgets zu prüfen.

## Mögliche Portfoliooptimierung

In der Schweiz gibt es heute nur wenige Anlagelösungen im Bereich der Gesundheitsimmobilien. Wenn sich der Trend zu Home-/Flex-Office in der Arbeitswelt durchsetzt und sich der Detailhandel weiter auf Onlinekanäle verschiebt, werden Fonds mit Geschäfts- und Detailhandelsimmobilien an Attraktivität verlieren. Die ohnehin bereits grosse Nachfrage nach Gesundheitsimmobilien wird weiter zunehmen und die Verhandlungsposition von Leistungserbringern verbessern.

Trotz des immensen Investitions- und Kapitalbedarfs bestehen seitens der Leistungserbringer nach wie vor grosse Vorbehalte gegenüber Investoren, zum Beispiel ein zu starker Renditefokus und fehlende Flexibilität bei der künftigen Immobiliennutzung. Um solche Vorurteile abzubauen, sollten Investoren stärker auf die Bedürfnisse der Leistungserbringer eingehen, indem sie sich zu sozialen und nachhaltigen Standards verpflichten. Insgesamt sehen wir bei den privaten Trägerschaften eine höhere Bereitschaft zu diesem Schritt. Die tiefen Zinsen lassen die Option aktuell für viele noch als wenig attraktiv oder notwendig erscheinen. Eine Auslagerung der Immobilie ist später jederzeit noch möglich. Allerdings können die Involvierten im Planungsstadium nicht von den Erfahrungen eines versierten Gesundheitsimmobilienbetreibers profitieren. Wir sind überzeugt, dass sich aus diesem Modell zusätzliche Handlungsalternativen ergeben, die die Spitäler im Rahmen ihrer Immobilienstrategie ernsthaft prüfen sollten.









# Interview mit Serge Fayet von Hemmi Fayet Architekten

«Gesundheitsimmobilien sollten Ausdruck einer agilen Planung und einer flexiblen Infrastruktur sein.»



Petra Hemmi, dipl. Architektin ETH, Serge Fayet, dipl. Architekt ETH

Serge Fayet ist Co-Leiter der Hemmi Fayet Architekten ETH SIA AG. Er verfügt über langjährige Erfahrung im Bereich von Gesundheitsimmobilien. Er ist ein Befürworter von flexiblen Planungslösungen für Spitäler. Wir interviewen ihn zum Thema von flexiblen Planungsmodellen bei Spitalbauten.

### **Was zeichnet moderne, langfristig nutzbare Gesundheitsimmobilien aus?**

Agilität in der Planung und Flexibilität in der Infrastruktur, sowohl während der Planung als auch später im Betrieb. Dies würde jedoch eine erhebliche Veränderung der Grundwerte bedeuten. Darüber hinaus bietet das «Core and Shell»-Prinzip die Chance, echte «Design to Cost»-Prozesse anzuwenden. Nicht nur um günstiger zu werden, sondern um gemeinsam festzulegen, in welchen Bereichen nachhaltige Investitionen getätigt werden sollen. Auf diese Weise würden alle Beteiligten Verantwortung gegenüber den Steuerzahlern und Krankenkassen zeigen.

### **Wo liegen die Vorteile einer Aufteilung zwischen Betriebs- und Immobiliengesellschaft gegenüber dem gegenwärtigen Paradigma?**

Dieser Ansatz sollte aus zwei Perspektiven betrachtet werden: aus der finanziellen Perspektive und aus inhaltlicher Sicht.

Aus finanzieller Sicht besteht der Vorteil darin, dass das Eigenkapital in der Betriebsgesellschaft verbleibt und Investitionen ermöglicht. Die Miete wird jedoch höher sein, da der Investor Zinsen auf sein Eigenkapital gezahlt hat. Der Grund für eine etwas höhere Kapitalisierungsrate liegt in der «Nutzungsbindung» der Spitalimmobilie, da die Immobilie nicht ohne Weiteres veräussert werden kann. Beide Parteien müssen sich auch über die finanzielle Schnittstelle zwischen Grundausbau und Mieterausbau bis ins kleinste Detail im Klaren sein.

Inhaltlich müssen beide Parteien anerkennen, dass die jeweilige Partei genau weiss, was in ihrem eigenen Bereich benötigt wird. Dieses Modell ist vorteilhaft, sobald Vertrauen aufgebaut ist, da jede Partei in ihrem eigenen Fachgebiet handelt. Ohne Vertrauen werden sich beide Parteien gegenseitig behindern.

In einem solchen Modell können beide Parteien frühzeitig sicherstellen, dass eine flexible Infrastruktur den langfristigen betrieblichen Erfordernissen entspricht. Die Spitalgesellschaft kann über einen langen

Zeitraum effektiv arbeiten, während der Immobilieninvestor einen «gesunden» langfristigen Mieter behält. Falls der Spitalbetrieb nicht gut läuft, wird sich der Investor fragen: Was mache ich mit einer Spitalimmobilie? Dies veranschaulicht die Bedeutung einer flexiblen, auf den Betrieb ausgerichteten Infrastruktur. Der Erfolg wird daran gemessen werden, wie lange der Betrieb bestehen bleibt, ob er Miete zahlen kann und damit dem Investor eine nachhaltige und sichere Investition garantiert.

### **In der Schweiz nimmt die Planung von Spitalbauten oft sehr lange Zeiträume ein. Sind durch die Trennung von Betrieb und Immobilie kürzere Planungszeiten möglich?**

Der Zeitrahmen wird von diesem Modell nicht beeinflusst. Die Antwort lautet nein oder vielmehr «weder schneller noch langsamer». Die Ausschreibungs- und Wettbewerbsverfahren sind eher die Ursache für längere Zeiträume.

### **Welche Argumente sehen Sie, damit Verwaltungsräte und Geschäftsleitungen von Leistungserbringern ihre Zurückhaltung gegenüber Immobilieninvestoren ablegen?**

Investoren sollten den Mietern gegenüber ein grösseres Einfühlungsvermögen zeigen, denn noch heute haben Spitäler die berechnete Befürchtung, dass Investoren zu wenig Interesse an der Realität des Betriebs haben. Die Spitalbetriebe befürchten, dass Investoren in ihrem Eigeninteresse handeln. Durch Einfühlungsvermögen kann Vertrauen aufgebaut werden, sodass die Spitalbetriebe ihre Immobilienprojekte nicht mehr selbst weiterentwickeln werden.

### **Das Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil ist ein Beispiel für Flexibilität beim Bauen. Welche Aspekte haben letztlich zum Erfolg geführt bei diesem Projekt?**

Der Erfolg war möglich, da sich beide Parteien zu Beginn der Entwicklung auf gemeinsame Werte sowie auf ein tiefes Verständnis zwischen allen Beteiligten einigten. Auf diese Weise wurde eine Art «Firmenkultur» geschaffen. Innerhalb dieser Werte war man sich einig, dass Flexibilität und damit Prozesse Vorrang vor der Stadtplanung haben, ohne ihren Wert zusammen mit guter Architektur ausser Acht zu lassen. Der Erfolg wird in diesen Fällen bei der Ausschreibung bestimmt: Nicht immer wird das beste Projekt ausgewählt, sondern der am

besten geeignete Partner, um das Projekt langfristig zu entwickeln.

### **Environment, Social and Governance, kurz ESG, wurde einst als trendige Zeiterscheinung betrachtet. Mittlerweile kann man davon ausgehen, dass dieses Thema zunehmend wichtiger wird. Wie sehen Sie dessen Bedeutung im Spitalumfeld?**

Nur mit agilen Planungsmethoden lässt sich aus meiner Sicht diese Verantwortung wahrnehmen. Verantwortung bedeutet, dass Spitalimmobilien effektiv und hochflexibel sein müssen, um langfristig effizient zu bleiben. Ressourcen fliessen zu oft in konventionelle Stadtplanung und Architektur statt in nachhaltige, flexible Infrastrukturen und Planungsprozesse. Für Spitäler müssten grundlegend neue Ansätze in Stadtplanung und Architektur sowie neue Methoden, Prioritäten und Verfahren aufgegriffen werden.

### **Welches sind die grössten Hindernisse flexibler Strukturen und wie können sie am besten umgangen werden?**

Es fehlt auf allen Ebenen das Bewusstsein, dass eine Spitalimmobilie ganz besondere Bedingungen mit sich bringt. Folglich werden nach wie vor konventionelle Verfahren und Planungsprozesse angewandt. Diese konventionelle Sichtweise stellt das grösste Hindernis dar, und ein Wandel kann nur stattfinden, wenn ein gewisser sektorspezifischer Protektionismus aufgegeben wird. Eine Chance zur Bewältigung dieses Problems könnten die schweizerischen Ausbildungsstätten für Städtebau und Architektur, unser Verband des SIA und natürlich die Behörden und Bauherren selbst ergreifen.

### **Inwiefern wird heute im Gesundheitswesen anders gebaut als früher?**

Aus meiner Sicht ist es alarmierend wenig anders. Stadtplanung und Architektur versuchen nach wie vor vorrangig dem Zeitgeist zu entsprechen, die Infrastruktur ist nur geringfügig flexibler. Die Planungsprozesse haben sich nur wenig an die Dynamik des Gesundheitssystems angepasst, und echte «Design to Cost»-Prozesse werden immer noch nicht angewandt. Weder die Schweizer Ausbildungsstätten für Städtebau und Architektur noch der SIA haben das Thema «Bauen für das Gesundheitswesen» aufgegriffen.



# Teil IV

## Das Wichtigste auf den Punkt gebracht



### Finanzen vor anspruchsvollen Aufgaben

In der **Akutsomatik** war die Ausgangslage auch ohne COVID-19 bereits anspruchsvoll. Der langjährige Trend stagnierender bis sinkender EBITDAR-Margen setzte sich fort. Dies obwohl entgegen unserer Erwartung ein stationäres Umsatzwachstum zu erkennen war. Insgesamt erreichten wie in den Vorjahren nur wenige Institutionen die definierte EBITDAR-Zielmarge von 10,0 Prozent. Jedes fünfte Spital hat eine ungenügende Kapitalisierung. So waren erste Rekapitalisierungen nötig, weitere werden folgen. Selbst Spitäler mit ausreichender Kapitalisierung konzentrieren sich nun stärker auf Ergebnisverbesserungen, um ein Abschmelzen von finanziellen Reserven zu vermeiden. Zum ersten Mal simulierten wir mit dem «Value at Risk»-Ansatz die Überschuldungs- und Liquiditätssituation. Diese Analysen zeigen, dass ungefähr jedes achte Spital mit hoher Wahrscheinlichkeit innerhalb der nächsten 15 Jahre in eine Überschuldung gerät, wenn die exogenen Faktoren ungünstiger werden auch deutlich mehr. Gerade kleinere Spitäler sind stärker gefährdet. Diese Erkenntnis bekräftigt die Bemühungen vieler Spitäler, mit Hilfe von Kooperationen oder Schulterschlüssen mehr Marktmacht zu erlangen. Ein möglicher Ansatz dafür sind die in unserer vorangegangenen Studie vorgestellten Hub-and-Spoke-Modelle.<sup>24</sup>

Die Leistungserbringer in der **Psychiatrie und Rehabilitation** verzeichnen einen anhaltenden Nachfrageanstieg. Während die Psychiatrien im Mittel ausreichende Rentabilität aufweisen, bleiben die Rehabilitationskliniken bei der Rentabilität hinterher. Der Fokus auf die Versorgungsqualität zeigt auch in diesen Bereichen die Chancen und die Notwendigkeit neuer Geschäftsmodelle.

### Vier Themen gehören auf die Agenda der Spitalführung

#### Operationelle Exzellenz wird immer wichtiger

Viele Spitäler haben innerhalb kürzester Zeit tiefgreifende Anpassungen ihrer Prozesse vorgenommen. Gleichzeitig nimmt der finanzielle Druck – unabhängig von COVID-19 – seit rund drei Jahren stark zu. Die mittlere Effizienzsteigerung eines Spitals beträgt rund 0,5 Prozent pro Jahr. Eine weitere Steigerung ist aufgrund der aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen notwendig. Dies ist meistens nur mit einem tiefgreifenden Programm für operationelle Exzellenz und Ergebnisverbesserungen realisierbar.

## Die Digitalisierung schreitet weiter voran

Digitalisierung und Telemedizin gewinnen an Bedeutung. Das zeigen die hohen Investitionen in die digitale Weiterentwicklung bei zahlreichen Leistungserbringern. Das führt uns auch die hohe Akzeptanz von digitalen Lösungen während der Pandemie vor Augen.

Wir erwarten, dass die Digitalisierung von Prozessen innerhalb des Spitals und in der Kommunikation mit Patienten und Zuweisern weiter voranschreiten wird. Die Spitäler dürften höhere Investitionen dafür tätigen, was deren neue Rolle als integrale Gesundheitsanbieter unterstreicht. So entsteht das nötige Fundament, um in einigen Jahren mit echten «Care at Home»-Lösungen zu starten. Das Schweizer Gesundheitswesen sollte mit seinem Qualitäts- und Sicherheitsbewusstsein und seiner Innovationskraft neue Behandlungsformen und Geschäftsmodelle erarbeiten und gleichzeitig Technologien für mehr Effizienz und Behandlungsqualität nutzen.

## Die Finanzfunktion wandelt sich

Die **dynamischen Entwicklungen im Spitalumfeld** in der Schweiz und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Spitalfinanzen haben uns veranlasst, eine Umfrage bei Schweizer Spitalfinanzchefs (CFOs) durchzuführen. Die Anforderungen an den Spital-CFO und sein Team steigen. Deshalb muss sich auch die **Finanzfunktion transformieren** und sich auf die Herausforderungen der Zukunft vorbereiten.

1. **Business Partnering:** Der Spital-CFO und sein Team sollen zu strategischen Partnern des Kerngeschäfts aufrücken.
2. **Incentivierung:** Das klassische Honorarmodell hat ausgedient. Neue Anreizmodelle sind gefragt, erste Lösungsvorschläge werden bereits umgesetzt.
3. **Arbeitskräfte der Zukunft:** Die Finanzfunktion braucht vermehrt technologische Fähigkeiten. Kreativität und Innovation müssen ebenfalls in der Finanzabteilung einziehen.

## Der Strukturwandel wirkt sich infrastrukturell aus

Die COVID-19-Pandemie hat den Strukturwandel beschleunigt. Manche Spitäler haben ihre spezialisierten stationären Leistungen unwiderruflich konsolidiert. Wir erwarten, dass sich dieser Wandel fortsetzt. Dabei ist die Flexibilität der Spitalinfrastruktur absolut zentral. Die Ambulantisierung schreitet weiter voran. Ein Spital definiert sich immer weniger durch seinen Bettenturm als vielmehr durch seine Rolle als Gesundheitsdienstleister mit differenzierten ambulanten und stationären Angeboten, dezentral und zentral, und künftig auch durch «Care at Home» oder «Hospital at Home».

Angesichts der erforderlichen Flexibilität stellt sich die Frage nach alternativen Immobilienmodellen, etwa einer Trennung von Betrieb und Immobilie. Schweizer Spitäler können damit agil auf die Veränderung ihrer Rolle innerhalb des Schweizer Gesundheitswesens agieren und sich gleichzeitig auf die Behandlung von Patienten konzentrieren. Sie sollten sich ihre starke Verhandlungsposition bewusst machen. Immerhin sind auch Investoren primär an einer langfristigen Partnerschaft interessiert.

Zunehmend wichtiger wird im Weiteren die Diskussion der Werthaltigkeit von Spitalinfrastruktur. Diese Betrachtung haben wir in der vorliegenden Publikation erstmals mit Hilfe einer ROIC-Analyse durchgeführt.

Wenn Sie mehr über die Entwicklung und zukünftige Gestaltung des Schweizer Gesundheitswesens wissen oder die Unterstützung unserer Experten beanspruchen möchten, sind wir gerne für Sie da. Wir freuen uns auf einen anregenden, kritischen und zukunftsorientierten Dialog mit Ihnen.

Bleiben Sie gesund!

Ihr PwC-Team für das Gesundheitswesen

# Anhang

## Weitere Informationen

Auswertungen aus unserer Studie im interaktiven Format sowie weiterführende Informationen und Publikationen von PwC finden Sie unter: [www.pwc.ch/de/insights/gesundheitswesen/spitalstudie.html](http://www.pwc.ch/de/insights/gesundheitswesen/spitalstudie.html)

## Stichprobe

Wir haben die vorliegende Studie in Eigenregie durchgeführt. Basis unserer Untersuchung waren die publizierten Jahresrechnungen 2007 bis 2019 von 45 akutsomatischen Spitälern aus fast allen Kantonen.

Die Studie erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität für das Schweizer Gesundheitswesen. Die untersuchten Spitäler erreichen einen Gesamtumsatz von 18,8 Mrd. CHF in 2019. Das entspricht einem Anteil von rund 68,0 Prozent des Umsatzes aller Schweizer akutsomatischen Spitäler, wobei akutsomatische Häuser mit psychiatrischen Leistungen im Nebenangebot gemäss Bundesamt für Statistik BFS (Kategorien A und A/P) mitberücksichtigt wurden. Im Weiteren haben wir für diese Studie 13 Psychiatrien aus dem öffentlichen Sektor untersucht.

Im Verlauf der letzten Jahre haben immer mehr Spitäler ihre Jahresrechnung auf Swiss GAAP FER umgestellt. Dadurch haben sich einige Kennzahlen rückblickend verändert. Die grundsätzlichen Erkenntnisse bleiben allerdings gleich. Weil die verfügbaren Informationen unterschiedlich detailliert ausgewiesen sind, kann die Stichprobengrösse je nach ausgewerteter Kennzahl leicht variieren. Ebenfalls können sich einige Kennzahlen aus den Vorjahren aufgrund von rückwirkenden Anpassungen der Jahresabschlüsse (Restatements) oder bisher nicht verfügbaren Detailangaben verändern. Wie bereits in den Vorjahren analysieren wir die operativen und finanziellen Schlüsselkennzahlen und quantitativen Marktentwicklungen des Schweizer Gesundheitswesens.

### 45 Akutspitäler als Stichprobe für das Jahr 2019

Claraspital	Kantonsspital Nidwalden	Spital Schwyz
EOC Ente ospedaliero cantonale	Kantonsspital St. Gallen	Spital Thun-Simental Saanenland AG
Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER	Kantonsspital Uri	Spital Thurgau AG
Freiburger Spital	Kantonsspital Winterthur	Spital Uster
Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland (GZO) AG	Kinderspital Zürich	Spital Wallis (konsolidiert)
Hôpital du Jura	Luzerner Kantonsspital	Spitäler fmi AG
Hôpital Neuchâtelois HNE	Ostschweizer Kinderspital	Spitäler Schaffhausen
Hôpital Riviera-Chablais	Regionalspital Emmental AG	Spitalverbund Ausserrhoden
Hôpitaux Universitaires Genève (HUG)	Regionalspital Surselva	Spitalzentrum Biel
Inselspital Bern	Solothurner Spitäler AG	SRO Spital Region Oberaargau AG
Kantonsspital Aarau AG	Spital Bülach	Stadtspital Triemli
Kantonsspital Baden AG	Spital Limmattal	Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Kantonsspital Baselland	Spital Linth	Universitätsspital Basel
Kantonsspital Glarus	Spital Männedorf	Universitätsspital Zürich
Kantonsspital Graubünden	Spital Muri	Zuger Kantonsspital AG

Für die Berechnung der Kennzahlen haben wir die publizierten Geschäftsberichte der folgenden 13 Psychiatrien für das Jahr 2019 ausgewertet. Die Stichprobe wird jährlich mit den zusätzlichen Finanzberichten ausgeweitet.

### 13 Psychiatrien als Stichprobe im Jahr 2018

Centre neuchâtelois de psychiatrie	Klinik SGM Langenthal	Psychiatrische Dienste Aargau AG
Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit	Luzerner Psychiatrie	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Integrierte Psychiatrie Winterthur IPW	Psychiatrie Baselland	Psychiatriezentrum Münsingen (PZM)
Klinik Barmelweid AG	Psychiatrie St. Gallen Nord	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
		Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

## 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 und vermag die Ausgangslage somit besser abzubilden.

Die Verwendung der Medianwerte hat jedoch auch einige Nachteile. So können unterschiedliche Berechnungsarten zu divergierenden Ergebnissen führen. Der beobachtete Medianwert ist also folglich nicht zwingend identisch mit dem über Medianwerte berechneten Wert. Die Median-EBITDAR-Marge könnte theoretisch bei 10,0 Prozent liegen, während der Median-Personalaufwand bei 70,0 Prozent und der Median-Sachaufwand bei 25,0 Prozent liegen, was eine Median-EBITDAR-Marge von 5,0 Prozent implizieren würde.

## Kennzahlen

Kennzahl	Definition
Eigenkapitalquote	Eigenkapital/Bilanzsumme
EBITDAR-Marge	Betriebsgewinn vor Abschreibungen und Mietaufwendungen/Umsatz
EBITDA-Marge	Betriebsgewinn vor Abschreibungen/Umsatz
EBIT-Marge	Betriebsgewinn/Umsatz
Kapitalumschlag	Umsatz/investiertes Kapital (= Eigenkapital + verzinsliches Fremdkapital – nichtoperative flüssige Mittel)
Netto-Verschuldungsgrad	Verzinsliches Fremdkapital abzüglich der flüssigen Mittel dividiert durch das Eigenkapital
ROIC	EBIT/investiertes Kapital (= Eigenkapital + verzinsliches Fremdkapital – nichtoperative flüssige Mittel)
Rent-Cover-Ratio	EBITDAR/Mietaufwand

## Quellenverzeichnis

- PwC (2013): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2012
- PwC (2016): Ambulant vor stationär: Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen
- PwC (2016): Spitalbauten und ihre Zukunft
- PwC (2017): 20th CEO Survey Report 2017
- PwC (2017): CEO Survey Spitalmarkt Schweiz 2017
- PwC (2017): Finance Effectiveness Benchmark Report 2017
- PwC (2018): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2017
- PwC (2019): Zero-Night-DRG: Ein Diskussionsvorschlag zur Stärkung der Ambulantisierung im Spital
- PwC (2019): Ambulantisierung: das Gesundheitswesen im radikalen Wandel
- PwC (2019): Qualitätssteigerung durch Mengenreduktion
- PwC (2019): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2018
- PwC (2020): Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz
- PwC (2020): Whitepaper 2.0 zur Berechnung des finanziellen Schadens für Schweizer Spitäler und Kliniken infolge von COVID-19
- gfs.bern-ab (2019):, Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH, Juni – August 2019 (n jeweils ca. 1'000)
- Infras im Auftrag des BAG (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen
- Porter, M.E. (1985): Competitive Advantage. Creating and Sustaining Superior Performance, New York
- Verein SpitalBenchmark
- WIG/ZHAW INFRAS (2020): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen. Schlussbericht, Winterthur, Zürich

## Endnotenverzeichnis

- 1 gfs.bern-ag (2019): Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH, Juni – August 2019 (n jeweils ca. 1'000)
- 2 Vgl. PwC (2019): Zero-Night-DRG: Ein Diskussionsvorschlag zur Stärkung der Ambulantisierung im Spital
- 3 Im Unterschied zu den Vorjahren leiten wir in der vorliegenden Studie die Veränderung des Aufwands über das Umsatzwachstum sowie die EBITDAR-Margen ab (Abbildung 2). Die Medianwerte allein können zu widersprüchlichen Ergebnissen führen, was wir mit diesem Ansatz vermeiden.
- 4 Aufgrund der neuen Berechnungsmethodik weichen die ausgewiesenen Werte von der Vorgängerstudie ab.
- 5 Beim Kantonsspital Baselland (KSBL) wurde beispielsweise das Eignerdarlehen in Eigenkapital umgewandelt. Das Kantonsspital Winterthur (KSW) führte eine Kapitalerhöhung in Form von Sacheinlagen (Spitalgebäude) durch. Diverse weitere Rekapitalisierungen sind aktuell in Diskussion (z.B. für die Spitalregion Fürstenland-Toggenburg).
- 6 Die Nettoverschuldung im Verhältnis zum Eigenkapital sollte den Faktor 2,0x beziehungsweise 200,0 Prozent nicht überschreiten.
- 7 Vgl. PwC (2013): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2012
- 8 Die Summe der Medianwerte (Personalkosten, medizinischer Bedarf und übriger Aufwand) entspricht nicht zwingend der EBITDAR-Marge. Deshalb wird der übrige Aufwand als Delta errechnet.
- 9 Aufgrund der geringeren Anlageintensität und des geringeren Bedarfs an medizintechnischen Geräten gehen wir bei den Psychiatrien im Gegensatz zur Akutsomatik nicht von einer Ziel-EBITDAR-Marge von 10,0 Prozent, sondern von einem etwas tieferen Wert aus.
- 10 Die Datengrundlage des Vereins SpitalBenchmark wird mit dem Beitritt weiterer Mitglieder stetig erweitert. Die Zahl untersuchter Institutionen ist über die Jahre stark angestiegen. In Bezug auf die EBITDAR-Marge stehen für das Jahr 2015 die Daten von lediglich 13 Institutionen zur Verfügung. Für 2019 waren es bereits 42 der 51 Mitglieder. Die Anzahl Institutionen innerhalb der Stichprobe variiert jedoch nicht nur zwischen den Jahren, sondern ist auch abhängig von der Kennzahl. So fällt zum Beispiel die Datenverfügbarkeit von Leistungskennzahlen (Ausritte, Diagnosen usw.) höher aus als diejenige der Finanzkennzahlen (EBITDAR-Margen usw.).



- 11 Vgl. PwC (2019): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2018
- 12 PwC (2020): Whitepaper 2.0 zur Berechnung des finanziellen Schadens für Schweizer Spitäler und Kliniken infolge von COVID-19 ([www.pwc.ch/de/publications/2020/COVID-19\\_Whitepaper\\_2.0\\_20200828.pdf](http://www.pwc.ch/de/publications/2020/COVID-19_Whitepaper_2.0_20200828.pdf))
- 13 In einer aktuellen Studie im Auftrag des BAG werden die Effizienzpotenziale im Gesundheitswesen auf ca. 3,6 Mrd. CHF geschätzt – WIG/ZHAW INFRAS (2020).
- 14 Gemäss PwC-Analyse (nicht veröffentlicht)
- 15 Vgl. Infras im Auftrag des BAG (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen
- 16 WIG/ZHAW INFRAS (2020), S. 80, Summe Total Spalte P1.S1-P1.S5, vor Konsolidierung
- 17 Vgl. PwC (2017): 20th CEO Survey Report 2017
- 18 Da öffentliche Spitäler in der Schweiz keine Steuern zahlen, haben wir den EBIT im Zähler verwendet. Als nicht-operative flüssige Mittel haben wir jene flüssigen Mittel definiert, die 10,0 Prozent der jeweiligen Jahreserlöse übersteigen.
- 19 Der beizulegende Zeitwert abzüglich der Abgangskosten ist derjenige Wert, der bei einem Verkauf zu Marktbedingungen erzielt werden könnte. Davon werden diejenigen Kosten abgezogen, die durch den Verkauf entstehen würden.
- 20 Der Nutzungswert ist definiert als die mit dem Kapitalisierungssatz diskontierten zukünftigen freien Cashflows eines Vermögenswerts oder einer zu testenden Einheit. Die Planung sollte realistisch erfolgen und fünf Jahre nicht überschreiten. Die weiteren Jahre werden im sogenannten Restwert («Terminal Value») berücksichtigt. Zudem dürfen zukünftige Investitionen, die eine Erweiterung des Tätigkeitsbereichs darstellen und noch nicht beschlossen sind, nicht in die Planung einfließen.
- 21 Zum Beispiel beim Verkauf des Globus-Gebäudes im Jahr 2020
- 22 Vgl. Erstellung des Bettenhauses Triemli
- 23 Vgl. PwC (2020): Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz
- 24 Vgl. PwC (2020): Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Umsatzwachstum (Medianwerte) der Schweizer Akutspitäler	7
Abbildung 2: Umsatz- und impliziertes Aufwandswachstum im Zeitverlauf (Median- und implizierte Werte)	8
Abbildung 3: Aufwand in Prozent des Umsatzes (Median- und implizierte Werte)	8
Abbildung 4: Entwicklung der Umsatzrenditen über die Zeit (Medianwerte)	9
Abbildung 5: Entwicklung der EBITDAR-Margen gemäss Verein SpitalBenchmark (Medianwerte)	9
Abbildung 6: Entwicklung der Kapitalstruktur über die Zeit (Medianwerte)	10
Abbildung 7: Liquiditätsgrade von Schweizer Spitälern im Zeitverlauf (Medianwerte)	11
Abbildung 8: Analyse des Risikos einer Überschuldung (links) und des Risikos eines Liquiditätsengpasses (rechts)	12
Abbildung 9: VaR-Analyse des minimalen Eigenkapitalwerts (Ansatz 1)	13
Abbildung 10: VaR-Analyse des maximalen Verschuldungsgrads (Ansatz 2)	14
Abbildung 11: Umsatz- und Aufwandswachstum im Zeitverlauf (Median- und implizierte Werte)	16
Abbildung 12: Aufwandspositionen in Prozent des Umsatzes (Median- und implizierte Werte)	17
Abbildung 13: Aufwandsaufteilung in Prozent des Personal- und Sachaufwands (exkl. Mieten)	17
Abbildung 14: Überleitung EBITDAR- zu Reingewinnmarge	18
Abbildung 15: Entwicklung der Kapitalstruktur über die Zeit (Medianwerte)	19
Abbildung 16: Entwicklung der EBITDAR-Margen gemäss SpitalBenchmark (Medianwerte)	19
Abbildung 17: Entwicklung der Umsatzrenditen über die Zeit gemäss SpitalBenchmark (Medianwerte)	20
Abbildung 18: Erlös- und Kostenveränderung pro Austritt gemäss SpitalBenchmark (Medianwerte)	22

Abbildung 19: Entwicklung der Kapitalstruktur über die Zeit (Medianwerte)	22
Abbildung 20: Entwicklung des Eintrittsalters, der Anzahl Diagnosen und Pflage tage (Medianwerte)	23
Abbildung 21: COVID-19-bedingter finanzieller Gesamtschaden 2020 (indikativ in CHF Mio.)	25
Abbildung 22: Exemplarischer Aufbau eines Ergebnisverbesserungsprogramms	30
Abbildung 23: Systematische Logik zur Evaluation von Hebeln zur Ergebnisverbesserung	31
Abbildung 24: Schematischer Wirkungszusammenhang zwischen Verweildauer und Erfolgsrechnung, kann im Einzelfall abweichen (PwC-eigene Darstellung)	32
Abbildung 25: Abweichung der Verweildauer zum Katalogeffekt (links) und Verteilung der Verweildauer (rechts)	33
Abbildung 26: Beispielhafte Darstellung einer DRG-Ampel	34
Abbildung 27: Illustrative Abweichung der Ist-Verweildauer zur mittleren Verweildauer	35
Abbildung 28: Integrierte Steuerung, vom Belegungssekretariat über das Ressourcenmanagement bis zum zentralen Bettenpool	35
Abbildung 29: Beispielhafte Sachaufwandsanalyse anhand von zwei Produktarten	36
Abbildung 30: Zehn relevante Handlungsfelder der Finanzfunktion	37
Abbildung 31: Aktuelle Verteilung der Arbeitszeit in der Finanzabteilung in Prozent	38
Abbildung 32: Erwartete Umsatz- und Profitabilitätsentwicklung in den nächsten drei Jahren	38
Abbildung 33: Aktuelle Vergütungssysteme von Kaderärzten in Schweizer Spitälern	39
Abbildung 34: Transformation des Finanzteams	40
Abbildung 35: Benötigtes Wissen in der Finanzabteilung	40
Abbildung 36: Kapitalrendite beziehungsweise Return on Invested Capital, 2012 bis 2019 (Medianwerte)	47
Abbildung 37: Beispielhafte Darstellung der Berechnung der gewichteten Kapitalkosten	48
Abbildung 38: Kapitalrenditen von Schweizer Spitälern und börsenkotierten Vergleichsspitälern (Medianwerte)	49
Abbildung 39: Umsatz- und Kapitalrenditen von Schweizer Spitälern im Jahresverlauf (Medianwerte)	50
Abbildung 40: Durchführung des Impairment Tests nach Swiss GAAP FER 20	51
Abbildung 41: Übersicht über mögliche «Triggering Events»	51
Abbildung 42: Schematische Darstellung des Impairment-Test-Verfahrens	52

## Abkürzungen und Glossar

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BI	Business Intelligence
B2B	Business-to-Business
B2C	Business-to-Consumer
CAPM	Capital Asset Pricing Model
CFA	Chartered Financial Analyst
CFO	Chief Financial Officer, Finanzverantwortliche Person
CGU	Cash Generating Unit, Zahlungsströme generierende Einheiten
CHF	Schweizer Franken
CIO	Chief Information Officer, Leiter IT, Digitalisierung und Daten
CMI	Case-Mix-Index, Fallschwere
CMP	Case-Mix-Punkte, Fallpunkte nach Fallschwere
CTO	Chief Technology Officer, Leiter Technologie
DRG	Diagnosis-Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppe
EBIT	Earnings before Interest and Taxes, Betriebsergebnis vor Zinsen und Steuern
EBITDA	Earnings before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization, Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen auf Sachanlagen und immaterielle Vermögensgegenstände

EBITDAR	Earnings before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization and Rent costs, Ergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände und Mieten
EK	Eigenkapital
ERP	Enterprise resource planning, Administrative IT
ESG	Environment, Social, Governance
FA	Fachabteilung
FK	Fremdkapital
FMH	Fédération des médecins suisses, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GVD	Grenzverweildauer, im DRG-System
HR	Human Resources, Personalabteilung
ICT	Information and Communications Technology
ILV	Interne Leistungsverrechnung; Kostenstellenrechnung, mit deren Hilfe Leistungen/Kosten verrechnet werden, die umgelegt werden
KSA	Kantonsspital Aarau
M&A	Merger & Acquisition
Mio.	Million
MIS	Management Information System
Mrd.	Milliarde
NL	Normallieger, im DRG-System
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
OBSAN	Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium
OP	Operation
REIT	Real Estate Investment Trusts
ROIC	Return on invested Capital
SIA	Schweizerischer Ingenieur- und Architektenverein
ST Reha	Tarifstruktur für stationäre Rehabilitation
Swiss GAAP FER	Rechnungslegungsstandard
TARMED	Tarif médical, Arzttarif, Tarif für die ambulanten ärztlichen Leistungen in der Schweiz
TARPSY	Tarifsysteem Psychiatrie
VaR	Value-at-Risk
VDSZ	Verordnung über die Datenschutzzertifizierungen
VR	Verwaltungsrat
VWD	Verweildauer
WACC	Weighted Average Cost of Capital, gewichtete durchschnittliche Kapitalkosten

## Weitere Informationen

Weiterführende Informationen und Publikationen von PwC finden Sie unter:  
[www.pwc.ch/gesundheitswesen](http://www.pwc.ch/gesundheitswesen)



# Publikationsübersicht



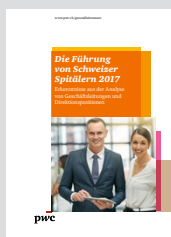
## Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz

- Von starren Spitalstrukturen zu flexiblen Netzwerken: Lösungen durch innovative Geschäftsmodelle



## Gesundheitswesen Schweiz – Fokus auf die Kernkompetenzen

- Betriebsmodell und Leistungsdefinition
- Evaluation von Sourcingmodellen und Einsparpotenzial von Outsourcing
- Fallbeispiele Reinigung und IT



## Die Führung von Schweizer Spitalern 2017

- Die Geschäftsleitung von Spitalern und Best Practices
- Typische Eigenschaften von Klinikdirektorinnen und -direktoren
- Spitaldirektoren im Gespräch



## CEO Survey Spitalmarkt Schweiz 2017

- Stabile Profitabilität ist die Schlüsselaufgabe
- Höhere Effizienz ist gefragt
- Die Branche ist im Wandel
- Patientenbedürfnisse rücken immer mehr ins Zentrum (Ambulantisierung)



## Zero-Night-DRG – Ein Diskussionsvorschlag zur Stärkung der Ambulantisierung im Spital

- Zero-Night-DRG als Lösungsvorschlag zur Verringerung von Fehlanreizen in den Tarifstrukturen
- Grundsätze eines Zero-Night-DRG-Systems
- Auswirkungen auf die einzelnen Akteure



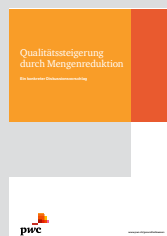
## Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen.

- Der Trend zur ambulanten Medizin – und die Rolle der Finanzierung und Tarifierung
- Das ambulante Potenzial für 13 ausgewählte Eingriffe sowie das Gesamtpotenzial
- Ambulante Fallpauschalen – ein Lösungsansatz?



## Ambulantisierung: das Gesundheitswesen im radikalen Wandel

- Proaktive Ausrichtung auf die voranschreitende Ambulantisierung ist gefragt
- Unterschiedliche Tarif- und Finanzierungssysteme setzen Fehlanreize und behindern die Ambulantisierung



## Qualitätssteigerung durch Mengenreduktion

- Unser Ansatz – vom Warum bis hin zur wirkungsvollen Umsetzung
- Implikation für das Schweizer Gesundheitswesen und dessen Akteure – vom Konzept zur Umsetzung



## The digital opportunity in the Swiss healthcare system

- Problembereiche entlang des Patientenpfads
- Technologische Trends im Gesundheitswesen
- Auswirkungen der Technologie auf die Akteure im Gesundheitswesen



## Die Führung in den akutsomatischen Spitalern der Schweiz

- Spitalführung auf Ebene der Spitaldirektorin bzw. des Spitaldirektors und der Geschäftsleitung



## Zukunft Personalisierte Medizin

- Herausforderung für die Schweiz
- Ein Daten-Safe fürs Leben
- Das schweizerische Gesundheitssystem im Umbruch



## Spital übermorgen – Praxishandbuch Spitalstrategie

- Praxishandbuch als Unterstützung zur Strategieentwicklung
- Prozessschritte und Methoden von der Analyse über die Planung bis zur Umsetzung



**Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2018**

- Finanzielle Gesundheit und Herausforderungen der Akutspitäler, Psychiatrien und Rehabilitationskliniken
- Investitionsentwicklung und Finanzfunktion der Zukunft
- Entwicklung und zukünftige Gestaltung des Schweizer Gesundheitswesens



**Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2017**

- Finanzielle Gesundheit und Herausforderungen der Akutspitäler, Psychiatrien und Rehabilitationskliniken
- Gedankenreise in die Versorgungslandschaft von übermorgen
- Übersicht Alters- und Pflegeheimmarkt



**Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016**

- Finanzielle Gesundheit und Herausforderungen der Akutspitäler und Psychiatrien
- Externe Finanzierung heute und übermorgen
- Die Versorgungslandschaft im Wandel
- Der Behandlungspfad im Jahr 2030



**Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2015**

- Finanzielle Gesundheit und Herausforderungen der Akutspitäler und Psychiatrien
- Ergebnisverbesserungen
- Transaktionen in der Spitalbranche
- Ambulante Geschäftsmodelle für Spitäler



**Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2014**

- Finanzielle Gesundheit und Herausforderungen der Akutspitäler und Psychiatrien
- Erfolgsfaktoren für die Integration von Spitälern



**Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2013**

- Finanzielle Gesundheit und Herausforderungen der Akutspitäler
- Kooperationen, Übernahmen und Fusionen
- Die Bewertung von Spitalbetrieben



**Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2012**

- Finanzielle Gesundheit der Akutspitäler
- Investitionseffizienz



**Schweizer Spitäler: Den Finanzen auf den Puls geföhlt 2011**

- Finanzielle Gesundheit der Akutspitäler



**Spitalbauten und ihre Zukunft**

- Wie sieht das Spital in 30 Jahren aus?



**Das KIS der Zukunft**

- Die Digitalisierung als Katalysator für die Spitalinformatik
- Bewegung im KIS-Markt
- Das KIS der Zukunft



**Spitalimmobilien: neue Perspektiven, neue Chancen**

- (Finanzielle) Bedeutung von Spitalimmobilien
- Investitions- und Nutzungsplanung von Spitalimmobilien



**Analyse IT – Schutzbereitschaft für Spitäler**

- IT Security – Referenz Architektur für das Gesundheitswesen
- IT-Analyse der Schutzbereitschaft im Spital



# Kontakte



## Ihr PwC-Leadership-Team

v. l. n. r.: Gerhard Siegrist, Dr. Rodolfo Gerber, David Roman, Philip Sommer und Patrick Schwendener

## Ihre Hauptansprechpartner



**Philip Sommer**  
Partner  
Leiter Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 75 28  
philip.sommer@pwc.ch



**Patrick Schwendener, CFA**  
Director  
Leiter Deals Gesundheitswesen  
+41 58 792 15 08  
patrick.schwendener@pwc.ch



**David Roman**  
Director  
Digital Health  
+41 58 792 77 90  
david.roman@pwc.ch



**Gerhard Siegrist**  
Partner  
Wirtschaftsprüfung und Kodierrevision  
+41 58 792 26 10  
gerhard.siegrist@pwc.ch

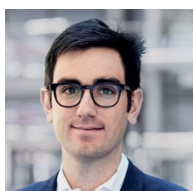
## Weitere Autoren der Studie



**Robert Lüthi**  
Senior Manager  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 15 10  
robert.luethi@pwc.ch



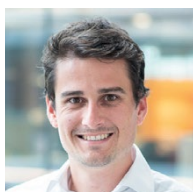
**Mirco Kunz**  
Manager  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 44 45  
mirco.kunz@pwc.ch



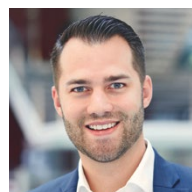
**Paul Sailer**  
Manager  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 78 46  
paul.sailer@pwc.ch



**Frederik Haubitz**  
Senior Consultant  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 75 11  
frederik.haubitz@pwc.ch



**Philippe Plodeck**  
Senior Consultant  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 44 78  
philippe.plodeck@pwc.ch



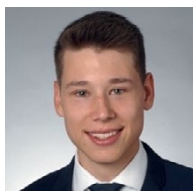
**Tobias Bosshart**  
Senior Consultant  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 19 49  
tobias.bosshart@pwc.ch



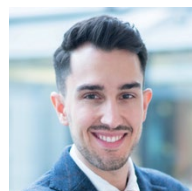
**Rainer Braun**  
Senior Consultant  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 12 98  
rainer.b.braun@pwc.ch



**Christophe Brawand**  
Senior Consultant  
Deals Gesundheitswesen  
+41 58 792 41 66  
christophe.brawand@pwc.ch



**Nick Eggerschwiler**  
Consultant  
Deals Gesundheitswesen  
+41 58 792 62 10  
nick.e.eggerschwiler@pwc.ch



**Anton Helbling**  
Consultant  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 23 10  
anton.helbling@pwc.ch

**«Neue Herausforderungen  
bringen neue Möglichkeiten –  
nutzen Sie diese aktiv»**









[www.pwc.ch/  
gesundheitswesen](http://www.pwc.ch/gesundheitswesen)

