

www.pwc.ch/gesundheitswesen

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

*Die wichtigsten Kenn-
zahlen von 20 Schweizer
Spitälern im Vergleich*



pwc

Wie gesund sind die Finanzen der Schweizer Spitäler? Eine Diagnose.

Die vorliegende Studie prüft die finanzielle Gesundheit von 20 Schweizer Spitälern zwischen 2007 und 2012. Mit Hilfe verschiedener Kennzahlen zeigen wir auf, dass sich die Situation für die meisten Spitäler im Jahr 2012 verbessert hat. Ausserdem gehen wir der Frage nach, wie sich Investitionen und deren effiziente Nutzung auf die minimale Profitabilität eines Spitals auswirken.

1. Finanzielle Gesundheit

Das Schweizer Spitalwesen steht mit der seit 2012 geltenden Spitalfinanzierung diversen finanziellen Herausforderungen gegenüber. Nachdem erste Erfahrungen mit dem neuen System vorliegen, werden die Diskussionen nun vermehrt anhand finanzieller Grössen wie der EBITDA-Marge oder der Eigenkapitalquote geführt. Solche und weitere Finanzkennzahlen sind ein gängiges Mittel, um die finanzielle Gesundheit von Unternehmen zu beurteilen.

Die vorliegende Studie stützt sich auf Grössen der Erfolgsrechnung und der Bilanz, also auf Zahlen des finanziellen Rechnungswesens. Sie will Kennzahlen, die für Spitäler, Kapitalgeber oder Unternehmens- und Immobilientransaktionen als Richtwerte dienen, jährlich ermitteln. Durch den Vergleich mit den Jahren 2007 bis 2011 können wir aufzeigen, wie sich diese Grössen unter dem neuen System der Fallpauschalen entwickeln.

Ein Spital kann mit den geeigneten Kennzahlen einerseits seine eigene Entwicklung über mehrere Jahre beobachten, andererseits – im Vergleich mit anderen Spitälern in der Schweiz oder in Europa – wertvolle Informationen gewinnen. Auf diese Weise werden Aussagen zu Wettbewerbsfähigkeit und Verbesserungspotenzial möglich. Für Schweizer Spitäler liegen bislang keine solchen systematisch erhobenen Kennziffern vor.

Im Jahr 2011 haben wir die Studie «Schweizer Spitäler: den Finanzen auf den Puls gefühlt» publiziert. Diese untersuchte die Finanzen des Schweizer Spitalwesens anhand finanzieller Kennzahlen von 2007 bis 2010. Aus den

Resultaten haben wir Hypothesen aufgestellt, wie sich die neue Spitalfinanzierung auswirken könnte. Die Analyse befasste sich mit denselben Kennzahlen, wie sie für andere Branchen üblich sind. Die Stichprobe umfasste 20 Spitäler, die einen Umsatz von gesamthaft 8 Milliarden Franken erwirtschaften und rund 8000 Betten betreiben. Diese Auswahl gilt als Gradmesser für die gesamte Spitalbranche der Schweiz. Aufgrund unserer Auswertungen der publizierten Jahresrechnungen haben wir 2011 prognostiziert,

- dass es zu einem deutlichen Anstieg der Profitabilität kommen werde, insbesondere der viel diskutierten EBITDA-Marge, und dass dadurch das Eigenkapital zunehmen dürfte und
- dass aufgrund der vielerorts geplanten Investitionen auch das Fremdkapital ansteigen werde und damit die Kosteneffizienz und Optimierung der Bilanz stärker in den Fokus rücken würden.

Mit der aktuellen Studie liegen nun die Ergebnisse aus der Analyse der Jahresrechnungen 2011 und 2012 vor. Diese zeigt, dass sich unsere Hypothesen aus verschiedenen Gründen mehrheitlich bestätigt und sich die meisten Kennzahlen verbessert haben.

In der vorliegenden Untersuchung haben wir die Jahresrechnungen 2011 und 2012 der 20 Stichprobenspitäler ergänzt und unser Augenmerk auf die Auswirkungen des Systemwechsels gerichtet. Wie für die Vorjahre stützen wir unsere Berechnungen auf Medianwerte ab, da diese bei Extremwerten zu verlässlicheren Resultaten führen.

Die Studie 2011 hat eine positive Resonanz erzielt. Darum haben wir in dieser zweiten Ausgabe die erhobenen Kennzahlen nicht nur aktualisiert, sondern weitere Grössen zum Personal- und Sachaufwand erhoben. Zudem haben wir Vergleiche mit kotierten europäischen Spitälern angestellt. Die folgenden sieben Grössen wurden analysiert:

1. EBITDA-Marge
2. EBIT-Marge
3. Personalaufwand
4. Medizinischer Aufwand
5. Eigenkapitalquote
6. Verschuldung
7. Liquiditätsgrade 1 bis 3

Im Anschluss an die Analyse dieser Grössen folgen Überlegungen zur Investitionseffizienz unter Verwendung der Kennzahl «Kapitalumschlag», die den Umsatz ins Verhältnis zum investierten Kapital setzt. In unseren Überlegungen gehen wir von der Annahme aus, dass die Immobilien im Eigentum der Spitäler sind.

2. EBITDA – Schlüsselgrösse der Wirtschaftlichkeit

EBITDA steht für «Earnings before Interest, Tax, Depreciation and Amortization», zu Deutsch «Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen auf Sach- und immaterielle Anlagen». Für ein Spital berechnet sich der EBITDA als Differenz aus dem Total der Erträge sowie der Personal- und Sachkosten. Dabei dürfen in den Sachkosten keine Abschreibungen und Zinsen enthalten sein. Der EBITDA stellt somit die operative Leistungsfähigkeit vor Investitionen und Finanzierung dar.

zungskosten, also Abschreibungen und Zinsen, zu decken. Zumindest theoretisch sollte dies über den Investitionskostenzuschlag möglich sein. In der Praxis wird diese Differenzierung allerdings kaum gemacht: Die Fallkostenpauschalen werden als Gesamtgrösse verhandelt, das heisst inklusive Investitionskostenzuschlag.

Der EBITDA ist – so stellen wir fest – nicht nur in der Anlagenbewirtschaftung praxisrelevanter geworden. Er spielt generell in der Mehrjahresplanung eine immer wichtigere Rolle. Wir erwarten, dass er zu einem finanziellen Zielwert auf Stufe Geschäftsleitung oder Verwaltungsrat avancieren wird, wie dies in anderen Branchen der Fall ist.

Ein tiefer EBITDA kann zu einem Verlust und damit zu einer Reduktion des Eigenkapitals führen. Im Extremfall kann es zur Situation kommen, dass ein Spital das Fremdkapital nicht mehr zu amortisieren oder zu verzinsen vermag und externe Unterstützung benötigt. Investoren nutzen den EBITDA daher häufig als Näherungswert des operativen Cashflows oder zur Schätzung der Verschuldungskapazität. Einige Schweizer Banken zum Beispiel stellen aktuell Fremdfinanzierungen bis in Höhe des sechsfachen jährlichen EBITDA zur Verfügung. Allerdings hängt die Bestimmung der genauen Verschuldungskapazität von weiteren, individuellen Faktoren ab.

Um den Betrieb aufrechtzuerhalten, muss ein Spital kontinuierlich Investitionen in Anlagen und Maschinen tätigen, die im EBITDA definitionsgemäss nicht abgebildet sind. In Kapitel 6 erläutern wir daher den Einfluss von Bilanz und Investitionen. Ebenso machen wir dort deutlich, welche Mindestwerte sich für die EBITDA-Marge daraus ableiten lassen.

Erfolgsrechnung eines Spitals

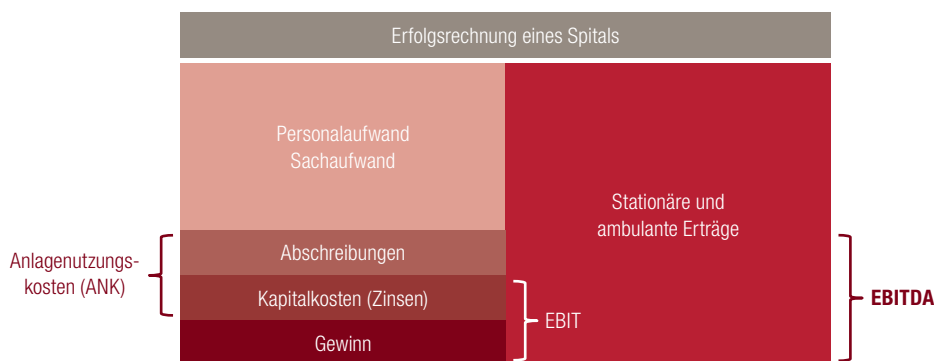


Abbildung 1: Bestimmung der EBITDA- und EBIT-Marge.

In der Praxis wird die EBITDA-Marge häufig mit der eigenen Entwicklung oder derjenigen anderer Spitäler verglichen. Sie errechnet sich wie folgt:

$$\text{EBITDA-Marge} = \frac{\text{EBITDA Jahr } x}{\text{Umsatz Jahr } x} \times 100$$

Der EBITDA liefert einen wichtigen Hinweis zur Profitabilität. Für die Schweizer Spitäler ist er deshalb von Bedeutung, weil mit dem Wechsel vom Kostenabgeltungssystem hin zum Preissystem ab Anfang 2012 zahlreiche Institutionen für die Finanzierung ihres Anlagevermögens selbst verantwortlich geworden sind. Mittel- bis langfristig müssen sie genügend Mittel erwirtschaften, um die notwendigen Anlagenut-

2.1. EBITDA-Marge 2012

Unsere erste Studie über die Jahre 2007 bis 2010 zeigt EBITDA-Margen von 1,3% bis 2,0%. Als operative Gewinnmargen waren diese ausreichend, weil sich die Immobilien in den meisten Fällen nicht im Eigentum der Spitäler, sondern in jenem der Kantone befanden. Mit dem Übergang zur neuen Spitalfinanzierung hat sich dies geändert, das machen die Auswertungen 2012 überdeutlich: Die EBITDA-Marge im Median hat sich mit aktuell 5,7% gegenüber dem Vorjahr mehr als verdoppelt. Die meisten untersuchten Spitäler verzeichneten im ersten Jahr der neuen Spitalfinanzierung einen Anstieg der EBITDA-Marge gegenüber 2011.

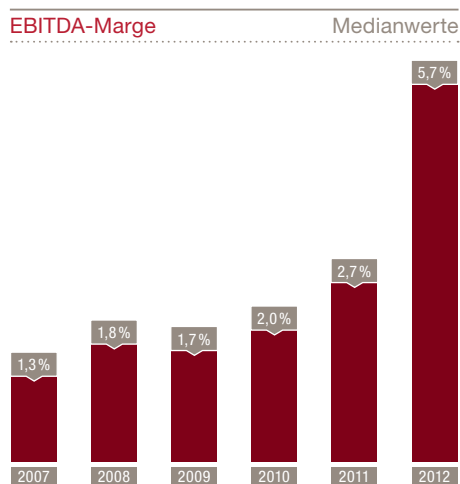


Abbildung 2: Die EBITDA-Marge hat sich 2012 im Median mehr als verdoppelt.

Aufgrund des Systemwechsels war mit diesen Veränderungen zu rechnen. Mittelfristig müssen die Spitäler EBITDA-Margen von über 10,0% erwirtschaften, um die Anlagenutzungskosten zu decken und gleichzeitig ihre neue unternehmerische Verantwortung wahrzunehmen. Es stellt sich daher die Frage, warum die Zahlen 2012 noch nicht auf diesem Niveau liegen. Dafür gibt es unseres Erachtens verschiedene Gründe:

1. Provisorische Tarife: Durch die Einführung der Fallpauschale hat sich für die meisten Spitäler viel verändert. Einige mussten bis zum Abschluss des Geschäftsjahrs 2012 mit Arbeitstarifen arbeiten. Deshalb haben sie für die teilweise noch provisorischen Fallpauschalen Rückstellungen gebildet, die das operative Ergebnis verschlechterten.

2. Veraltete Anlagen: Zahlreiche Spitalanlagen sind alt und für die heutigen Anforderungen nicht mehr optimal. Die bestehenden Anlagen bieten daher nur ein limitiertes Optimierungspotenzial. Bei älteren Spitalern mögen aufgrund der weitgehend abgeschriebenen Substanz temporär auch tiefere EBITDA-Margen ausreichen. Für Neu- oder Umbauten müssen sie spätestens im Hinblick auf die Finanzierung ein nachhaltiges Profitabilitätsniveau erreicht haben.

3. Operative Effizienz: Die Effizienz der betrieblichen Abläufe wird sich mittel- bis langfristig verbessern müssen. 2012 haben bereits zahlreiche Spitäler Massnahmen und Programme für mehr Effizienz eingeleitet. Da diese zeitlich verzögert greifen und das Kostenabgeltungssystem über Jahrzehnte prägend war, werden solche Massnahmen allerdings erst nach und nach konkrete Auswirkungen zeigen.

4. Erstjahreseffekte: 2012 haben die meisten Spitäler erstmals einen grösseren Gewinn erwirtschaftet. Was im Gesundheitswesen bisher nicht «sein durfte», ist im neuen

System zur Finanzierung der Infrastruktur notwendig. Wenn Spitäler in guten Jahren keinen Gewinn erwirtschaften, können sie ihrer unternehmerischen Verantwortung nicht nachkommen. Wir meinen, dass einige Spitäler ihre Möglichkeiten im Rahmen der Ermessensentscheide genutzt haben, um das operative Ergebnis und damit letztlich den Gewinn buchhalterisch zu reduzieren.

5. Rechnungslegung: Die neue Spitalfinanzierung hat bei einigen Spitalern zu einer neuen Gliederung von Erträgen und Kosten geführt. Dadurch sind die Resultate 2012 nur bedingt mit den Vorjahren vergleichbar. Inwiefern sich dieser Effekt positiv oder negativ auf die Profitabilität auswirkt, lässt sich nur schwer abschätzen.

Zusätzlich zu den Schweizer Spitalern haben wir 14 an europäischen Börsen kotierte Spitalgruppen untersucht. Deren EBITDA-Marge 2012 liegt im Median bei rund 10,2% und hat sich im Vergleich zum Vorjahr sogar leicht erhöht (10,0%). Finanzanalysten prognostizieren für diese Spitalgruppen EBITDA-Margen im Median von 10,9% bis 11,7% für 2013 bis 2015. Da diese Unternehmen in einem kompetitiven Umfeld agieren, gelten ihre Profitabilitätszahlen als Richtwerte, allerdings mit länderspezifischen Unterschieden, wie in Kapitel 6 zu lesen ist.

2.2. Ausblick und Erwartungen

Für die Finanzierungsfähigkeit von Investitionen gehen wir nach wie vor davon aus, dass das Schweizer Spitalwesen mittelfristige EBITDA-Margen von 10,0% und mehr erreichen muss. Es wird sich demnach an das Niveau europäischer Spitalgruppen angleichen.

3. Die EBIT-Marge

Auch die EBIT-Marge, also der Gewinn vor Steuern und Zinsen, spielt in der Beurteilung der finanziellen Gesundheit eines Unternehmens eine Schlüsselrolle. Sie ist eng mit der Bilanz verknüpft, weil das darin enthaltene Anlagevermögen die Abschreibungen vorgibt.

Abbildung 3 zeigt die Entwicklung der EBIT-Margen über die Zeitachse: Im Vergleich zum EBITDA hat sich diese Kennzahl noch stärker verbessert, die Werte für 2012 liegen deutlich über den Vorjahren. Dies begründet sich primär darin, dass die EBIT-Marge historisch bei annähernd 0,0% lag, weil viele Spitäler kein zu verzinsendes Fremdkapital in der Bilanz aufwiesen. Mit dem Übertrag der Anlagen sind nun in einigen Kantonen teilweise beträchtliche Zinszahlungen nötig.

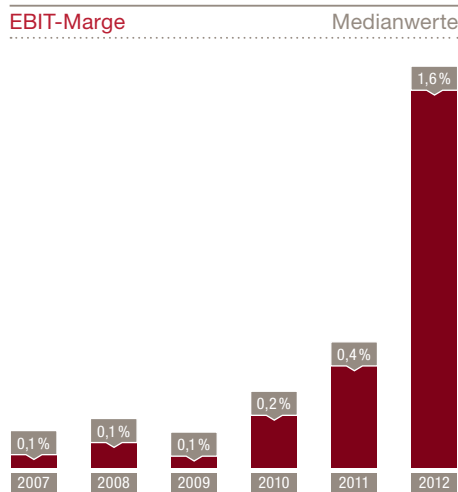


Abbildung 3: Die Differenz zwischen EBITDA- und EBIT-Marge ist 2012 gewachsen.

Auffallend ist, dass die Differenz zwischen der EBITDA- und der EBIT-Marge zwischen 2011 und 2012 grösser geworden ist. Daraus schliessen wir, dass die Abschreibungen 2012 über den Vorjahreswerten liegen – angesichts der vielerorts übernommenen Immobilien und der entsprechenden Abschreibungen erscheint dies logisch. Dass die Differenz nicht noch deutlicher ausgefallen ist, liegt wohl daran, dass die meisten überführten Anlagen bereits abgeschrieben sind.

Langfristig muss der EBIT ausreichen, um die Kapitalkosten zu decken; Steuern sind für die meisten öffentlichen Spitäler der Schweiz kein Thema. Unter den Kapitalkosten verstehen wir eine risiko-adäquate Verzinsung des investierten Gesamtkapitals. Wir gehen davon aus, dass dafür mittel- bis langfristig eine EBIT-Marge von rund 5,0% bis 6,0% erwirtschaftet werden muss (siehe Kapitel 6). Ist dies einmal erreicht, können diejenigen Spitäler, die ihre tarifierten Leistungen in der nötigen Qualität effizient erbringen, einen Gewinn erwirtschaften und ihr Eigenkapital hochfahren. Dabei geht es nicht darum, den Gewinn zu maximieren, sondern einen zu erwirtschaften, der sowohl dem Risiko der Fremd- als auch der Eigenkapitalgeber Rechnung trägt und dieses entsprechend entschädigt.

Ist dies nicht der Fall, kann das Spital keine risikoadäquate Verzinsung erreichen oder keine Reserven für schlechte Jahre aufbauen. Also müsste die öffentliche Hand die Spitäler in schlechten Jahren finanziell unterstützen. Im Gegensatz dazu könnte ein Spital, das sich in guten Jahren ein gewisses Polster zugelegt hat, die schlechten Jahre aus eigener Kraft überstehen. Es wird zum Teil argumentiert, dass nachträgliche Zuschüsse oder Subventionen letztlich zu einem ähnlichen Ergebnis führen

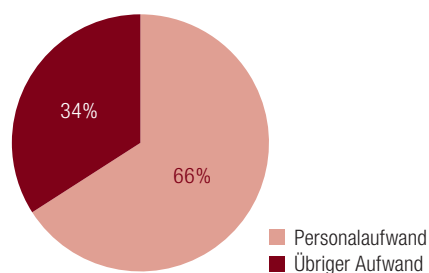
würden. Allerdings widersprechen diesem Zweck der neuen Spitalfinanzierung, die eine wirtschaftliche Eigenverantwortung der Spitäler stärken und Anreize für die Optimierung von Betriebsabläufen bieten will. Ausserdem wird sich in einer finanziell angespannten Situation die Aufnahme von Fremdkapital erschweren und verteuern oder sogar verunmöglichen.

4. Analyse der Kostenstrukturen

Die Personalkosten stellen für ein Spital mit Abstand die bedeutendste Aufwandposition dar. Je nachdem liegt deren Anteil zwischen 60,0% und 70,0% der gesamten Kosten. Der zweitgrösste Kostenblock über dem EBITDA besteht üblicherweise aus dem medizinischen Aufwand mit rund 15,0% bis 20,0% der Gesamtkosten.

Medizinischer Aufwand: Beim medizinischen Aufwand als zweitgrösster Kostenposition stellen wir über die letzten Jahre ebenfalls eine stabile Entwicklung fest. Der medizinische Aufwand der Studienspitäler betrug von 2007 bis 2012 zwischen 17,0% und 18,0%. 2012 konnten einige Spitäler diese Position verbessern. Trotzdem ist es zu früh, darin einen Trend vorauszusagen. Allerdings ist sich die Branche einig, dass diese Position ein grosses Einsparungspotenzial aufweist. Einerseits liegt dies im Schweizer Preisniveau begründet, das im Vergleich zum europäischen noch deutlich höher angesiedelt ist. Andererseits dürften die Spitäler ihren medizinischen Bedarf künftig vermehrt über Einkaufskooperationen beschaffen.

Personalaufwand
in % des Gesamtaufwands



Medizinischer Bedarf
in % des Gesamtaufwands

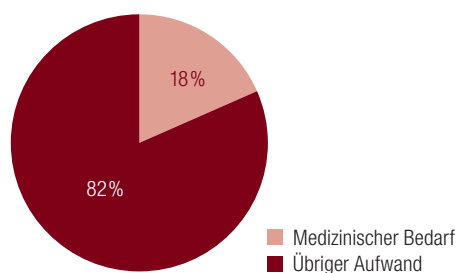


Abbildung 4: Personal- und medizinischer Aufwand in Prozent des Gesamtaufwands sind über die letzten Jahre stabil geblieben.

Personalaufwand: Unsere Analyse macht deutlich, dass der Personalaufwand in Prozent des Gesamtaufwands von 2007 bis 2012 zwischen 66,0% und 67,0% lag. Die Streuung innerhalb der untersuchten Spitäler ist relativ gering. Auch das Jahr 2012 hat zu keiner deutlichen Veränderung dieser Kennzahl geführt. Die Personalaufwendungen unserer Studienteilnehmenden haben zwischen 2007 und 2012 weniger stark zugenommen als der Umsatz, was sich unter anderem in den höheren EBITDA-Margen zeigt. Diese Entwicklung kann in einer besseren Effizienz oder natürlichen Skaleneffekten begründet sein. Für die Zukunft erwarten wir eine Reduktion des relativen Anteils der Personalkosten, was die Profitabilität erhöhen wird. Gerade die geplanten Neu- und Umbauten bieten ein grosses Potenzial, die Betriebsprozesse zu verbessern.

Bei den Bilanzkennzahlen ist die Entwicklung der Kapitalstruktur interessant, das heisst, wie sich die Anteile von Eigen- und Fremdkapital verändert haben. Zudem haben wir die Liquiditätsgrade 1 bis 3 untersucht. Diese Kennzahlen stellen die Beziehungen zwischen dem aktiv- und passivseitigen Umlaufvermögen dar und belegen die Fähigkeit eines Spitals, seinen kurzfristigen Verbindlichkeiten nachzukommen.

5. Bilanzkennzahlen

5.1 Eigenkapital und Verschuldung

Die Eigenkapitalquote ist wichtig, weil Eigenkapital in schlechten Zeiten als Puffer dient und die Widerstandsfähigkeit eines Spitals stärkt. Die Stabilität eines Spitals steigt also mit der Eigenkapitalquote an, was zum Beispiel für die Aufnahme von Fremdkapital oder die entsprechenden Konditionen vorteilhaft sein kann. Berechnet wird die Eigenkapitalquote, indem die Eigenmittel in Relation zur Bilanzsumme gesetzt werden.

Die Eigenkapitalquoten waren 2012 so hoch wie nie seit 2007. Die neue Spitalfinanzierung wirkt sich also auf die Zusammensetzung der Kapitalstruktur aus. Oder anders ausgedrückt: Die tiefen Eigenkapitalquoten vor 2012 waren das Resultat des bisherigen Kostenabgeltungsprinzips.

Die Eigenkapitalquote 2012 im Median liegt mit 29,0% rund vier Prozentpunkte über dem Vorjahresniveau. Allerdings sind die Resultate der Stichprobe sehr heterogen und zeigen grosse Unterschiede. Die Ursache liegt in der Art der Anlagenübertragung, einem Schlüsselfaktor. Entscheidend war, ob die Kantone ihre Liegenschaften den Spitalern per Anfang 2012 ins Eigenkapital oder über Fremdkapital übertragen haben. Hier haben die Kantone bekanntlich sehr unterschiedliche Strategien gewählt. Zudem haben auch die erwirtschafteten Gewinne bei vielen Spitalern die Eigenkapitalsituation verbessert.

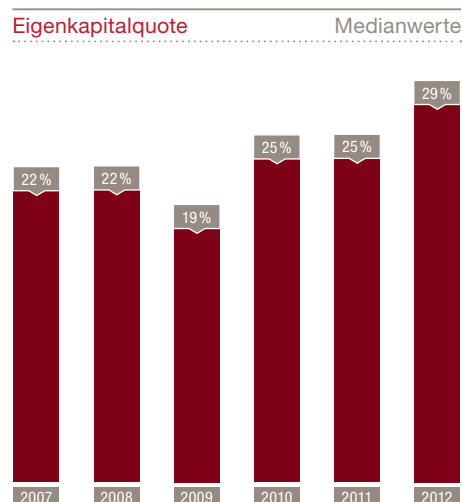


Abbildung 5: Die Eigenkapitalquote war über die letzten sechs Jahre noch nie so hoch wie 2012.

Die Investitionsvorhaben und deren künftige Profitabilität sind weitere Faktoren, die sich auf die Kapitalstruktur der Spitäler auswirken. Insgesamt ist eine Prognose der künftigen Entwicklung unter den gegebenen Bestimmungsfaktoren schwierig. Wir gehen jedoch davon aus, dass das Eigenkapital für die Spitäler noch zentraler wird: sowohl um für schlechtere Jahre gewappnet zu sein als auch um für Investoren attraktiv zu werden. Andererseits werden die Institutionen in den kommenden Jahren ihre teilweise noch vorhandenen Investitionsabgeltungskonten abbauen, wodurch sich das Eigenkapital relativ betrachtet weiter erhöhen dürfte. Daher rechnen wir insgesamt mit einer anhaltend ansteigenden Eigenkapitalquote.

5.2 Liquiditätsgrade

Die zweite Gruppe der Bilanzkennzahlen unserer Auswertung bilden die Liquiditätsgrade 1 bis 3. Diese setzen einen Teil oder das gesamte Umlaufvermögen ins Verhältnis zum kurzfristigen Fremdkapital. Die Liquiditätsgrade belegen, inwiefern ein Spital seinen Zahlungsverpflichtungen fristgerecht nachkommen kann.

Als gesund beurteilen wir eine Cash-Ratio (Liquiditätsgrad 1) von über 20% und eine Quick-Ratio (Liquiditätsgrad 2) von über 100%. Bei der Current-Ratio (Liquiditätsgrad 3) gelten Werte von über 100% als ausreichend. Die erhobenen Medianwerte übertreffen diese Richtwerte in sämtlichen Jahren.

Auffallend ist, dass alle drei Liquiditätsgrade relativ hoch waren und sich 2012 erstmals leicht reduziert haben, die Cash-Ratio am stärksten. Eine mögliche Erklärung für das hohe Niveau der Liquiditätsgrade sind Kontokorrentkredite, die den Spitälern in zahlreichen Kantonen in der Vergangenheit günstig Liquidität gewährten. Ein weiterer Grund liegt vermutlich darin, dass im aktivseitigen Umlaufvermögen längere Zahlungsfristen üblich sind als passivseitig, was insbesondere die Liquiditätsgrade 2 und 3 anhebt.

Die neue Leistungsabrechnung hat die Endjahreswerte 2012 bei einigen Spitälern wohl noch beeinflusst. Hier ist erst ab 2013 mit vollständig normalisierten Werten zu rechnen.

Der Anstieg der Liquiditätsgrade bis ins Jahr 2011 verlief im Einklang mit dem Umsatzwachstum und lässt sich primär auch damit begründen. Die Reduktion im Jahr 2012 könnte auf eine Optimierung der Bilanzen hindeuten. Hohe oder zu hohe Liquiditätsgrade können aus wirtschaftlicher Sicht problematisch werden, weil dadurch vergleichsweise viele Mittel im Umlaufvermögen gebunden sind und nicht mehr zinslos zur Verfügung stehen.

Wir erwarten, dass sich diese Kennzahlen über die nächsten Jahre finanzwirtschaftlich und damit auch nachhaltig weiter verbessern.

Liquiditätsgrade 1 bis 3

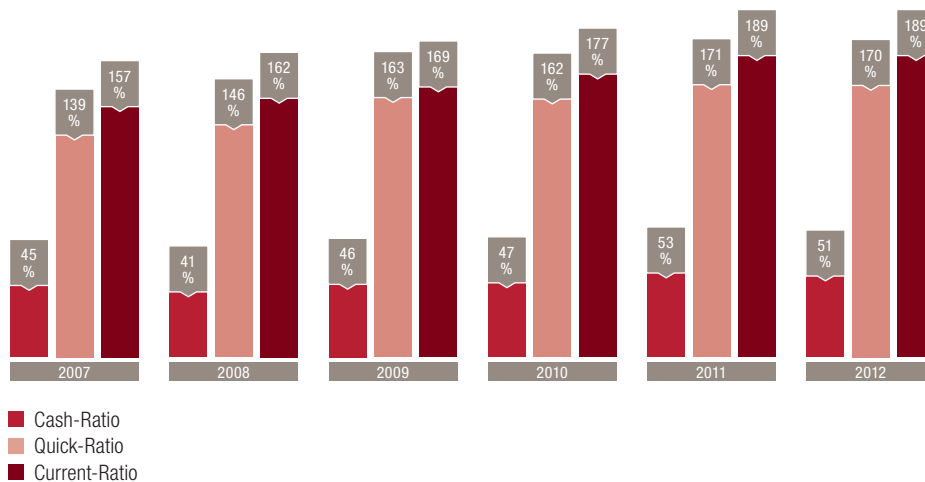


Abbildung 6: Die Liquiditätsgrade weisen 2012 noch starke Spuren der Umstellung in der Leistungsabrechnung auf.

6. Investitionseffizienz

6.1 Konzept

Wie erwähnt, beeinflusst die Bilanzstruktur die minimal erforderliche Profitabilität eines Spitals wesentlich. Während die EBITDA-Marge als Ergebnis von Erträgen und Personal- sowie Sachkosten dargestellt wird, ändern wir in diesem Kapitel die Perspektive: Hier bestimmen wir, welche Marge für Zinsen, Steuern und Abschreibungen nötig ist – ausgehend von einem Nullergebnis. Daraus ergibt sich die minimal erforderliche EBITDA-Marge.

Die Passivseite der Bilanz setzt sich aus Eigen- und Fremdkapital zusammen, wobei die Kapitalstruktur unter anderem aus der Investitionstätigkeit hervorgeht.

zum Umsatz bestimmt, woraus sich die minimal erforderliche EBITDA-Marge ableiten lässt.

Abbildung 7 zeigt, dass sich die minimal erforderliche EBITDA-Marge als Funktion der Kapitalkosten (WACC), Steuern, Abschreibungen und des Kapitalumschlages bestimmt. Während Steuern für Schweizer Spitäler mehrheitlich irrelevant sind, errechnet sich der jährliche Abschreibungssatz (in Prozent des Anschaffungswerts) über die gewichtete, durchschnittliche Nutzungsdauer des investierten Gesamtkapitals. Um die EBITDA-Margen zu berechnen, wird schliesslich der «Kapitalumschlag» benötigt, der das Verhältnis von Umsatz zum investierten Kapital beschreibt. Für die Schweiz haben wir den Kapitalumschlag auf Basis von Neu- oder Umbauprojekten bestimmt. Die historischen Daten aus den Geschäftsberichten würden hier ein verfälschtes Bild abgeben, weil die weitgehend abgeschriebenen Anlagen zu einem enormen Kapitalumschlag führten. Die Verwendung von Neu- oder Umbauprojekten – also der Blick in die Zukunft – ist insofern sinnvoll, als dass wir das Erreichen der minimal erforderlichen EBITDA-Marge als Ziel sehen, das entweder mittelfristig oder spätestens zum Zeitpunkt der Neu- oder Umbauten erreicht werden soll.

Minimale EBITDA-Marge = f (WACC, Steuern, Abschreibungen, Kapitalumschlag)

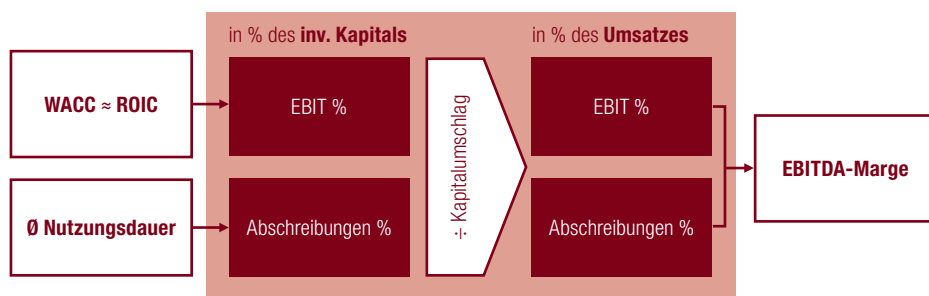


Abbildung 7: Die Effizienz in der Anlagenutzung beeinflusst die minimal notwendige Profitabilität eines Spitals entscheidend.

Sowohl Fremd- als auch Eigenkapital verursacht Kosten, die sogenannten Kapitalkosten. In der Praxis wird auch von gewichteten Kapitalkosten oder «Weighted Average Cost of Capital» (WACC) gesprochen. Diese Kosten sind ein Abbild des Risikos, das die Kapitalgeber eingehen. Anders ausgedrückt, muss ein Spital auf der Aktivseite, das heisst mit dem gesamthaft investierten Kapital, eine gewisse Rendite erreichen: den EBIT. In der Folge werden die erforderlichen Abschreibungen relativ

6.2 Minimale EBITDA-Marge

Um für die Schweizer Spitäler eine minimale EBITDA-Marge zu errechnen, sind wir wie folgt vorgegangen: Zuerst haben wir die gewichteten Kapitalkosten (WACC) als Näherung der angestrebten Gesamrendite auf das investierte Kapital verwendet. Für die meisten Schweizer Spitäler liegt dieser Wert bei 5,0% bis 7,0%. Die Studie 2011 von H+ zur Bestimmung des kalkulatorischen Zinssatzes für Spitäler kommt beispielsweise auf 5,8%. Um die Gesamtkapitalrendite in eine Umsatzrendite bzw. -marge umzurechnen, wird diese Grösse

durch den Kapitalumschlag dividiert. So ergibt sich mit einem erfahrungsgemäss typischen Kapitalumschlag von rund 0,9x eine minimal erforderliche EBIT-Marge von 5,7% bis 8,0% für Schweizer Spitäler.

Für den Abschreibungsteil nehmen wir eine gewichtete Nutzungsdauer von 20 bis 30 Jahren für das gesamte investierte Kapital an, wir berücksichtigen sowohl immobile als auch mobile Anlagen. Bei 25 Jahren entsteht so ein jährlicher Abschreibungsbedarf von 1/25 oder 4,0% des investierten Kapitals. Der Abschreibungsbedarf in Prozent des Umsatzes errechnet sich durch die Division mit dem Kapitalumschlag von 0,9x und beträgt rund 3,8% bis 5,7%. Die minimal erforderliche EBITDA-Marge ermittelt sich nun aus der Summe von implizierter EBIT-Marge und Abschreibungsanteil. Für die Schweiz liegen die Werte entsprechend bei 9,5% bis 13,6%.

Für die europäischen Spitalgruppen, die wir bereits in früheren Betrachtungen herangezogen haben, ergibt sich für die EBITDA-Marge eine Bandbreite von 7,9% bis 10,9%. Die Werte, die diese europäischen Spitäler tatsächlich erreichten und künftig von Finanzanalysten prognostiziert werden, entsprechen daher im Median der minimal erforderlichen Rendite (siehe Kapitel 2.1). Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass diese Unternehmen im Vergleich zu den öffentlichen Spitalern der Schweiz mehrheitlich Steuern zu bezahlen haben, die sie ebenfalls aus ihrer EBITDA-Marge finanzieren müssen.

Unsere Berechnung lässt den Schluss zu, dass den europäischen Spitalern tendenziell eine tiefere EBITDA-Marge reicht, um die Anlagenutzungskosten zu decken; dies trotz des höheren Zins- bzw. WACC-Niveaus in Europa sowie der Steuern, die sie im Gegensatz zu öffentlichen Schweizer Spitalern entrichten müssen.

Minimal erforderliche EBITDA-Margen

Schweiz	EBIT in % des inv. Kapitals		Kapitalumschlag	EBIT in % des Umsatzes	
	Minimal	Maximal		Minimal	Maximal
WACC ≈ ROIC	5,0%	7,0%	0,9x	5,7%	8,0%
Nutzungsdauer (20–30 Jahre)	3,3%	5,0%	0,9x	3,8%	5,7%
Total implizierte EBITDA-Marge				9,5%	13,6%

Europa*	EBIT in % des inv. Kapitals		Kapitalumschlag	EBIT in % des Umsatzes	
	Minimal	Maximal		Minimal	Maximal
WACC ≈ ROIC	8,6%	11,4%	1,5x	5,7%	7,6%
Nutzungsdauer (20–30 Jahre)	3,3%	5,0%	1,5x	2,2%	3,3%
Total implizierte EBITDA-Marge				7,9%	10,9%

* Bei der Berechnung der EBIT-Grössen wurden Steuern berücksichtigt.

Abbildung 8: Die minimale EBITDA-Marge liegt für europäische Spitäler aufgrund des höheren Kapitalumschlags tiefer.

6.3 Spezialfall Schweiz

Unsere Erkenntnis, dass europäische Spitäler ihre Anlagenutzungskosten tendenziell mit einer tieferen EBITDA-Marge decken können, liegt im unterschiedlichen Kapitalumschlag begründet. Für die Schweiz können wir erfahrungsgemäss von Werten um rund 1,0x ausgehen, das heisst, dass sich Jahresumsatz und total investiertes Kapital ungefähr entsprechen. Für die europäische Vergleichsgruppe liegt dieser Wert bis zu 1,5x höher. Mit anderen Worten: Diese Unternehmen erwirtschaften aus ihrer Substanz mehr Umsatz, als dies in der Schweiz der Fall ist. Das heisst, die untersuchten europäischen Spitäler arbeiten hinsichtlich ihrer Investitionen effizienter: Sie benötigen für den gleichen Umsatz bis zu 1/3 tiefere Investitionen. Aufgrund des höheren Umsatzes genügt ihnen eine tiefere EBITDA-Marge zur Deckung der Anlagenutzungskosten.

Wir sehen verschiedene Ursachen für diese Unterschiede beim Kapitalumschlag:

- 1. Hohe Investitionskosten:** Investitionen sind in der Schweiz deutlich teurer als in Europa, sowohl aufgrund des generell höheren Preisniveaus als auch wegen baulicher Vorschriften, Mindestanforderungen und gängiger Standards. In der Schweiz wurde in der Vergangenheit oft mit der Faustregel gearbeitet, wonach sich die Investitionen pro Spitalbett auf 1,0 bis 1,5 Millionen Franken belaufen. Dagegen erwirtschaften die meisten nicht universitären Spitäler Gesamterträge (ambulant und stationär) von rund 0,6 bis 1,0 Millionen Franken pro Spitalbett.
- 2. Starke Fragmentierung:** Das Schweizer Gesundheitswesen ist stark fragmentiert und weist eine hohe Spitaldichte auf. Dies lässt sich zumindest teilweise mit geografischen Aspekten erklären.

3. Suboptimale Auslastung: Fehlende oder unzureichende Abklärungen zwischen Angebot und Nachfrage können dazu führen, dass Spitäler in teure Anlagen wie etwa Operationssäle investieren, diese später aber nicht bestmöglich auslasten. Dieser Sachverhalt belastet das Verhältnis zwischen Ertrag und investiertem Kapital zusätzlich.

4. Breite Behandlungsangebote: Eine fehlende Auslastung kann dazu führen, dass ein Spital die nötige kritische Mindestgrösse nicht erreicht und einen vergleichsweise tiefen Kapitalumschlag aufweist. Breite Behandlungsangebote können diesen Effekt verstärken, wenn dadurch eine spezielle Infrastruktur angeschafft oder aufrechterhalten werden muss.

Inwieweit sich der Kapitalumschlag für die Schweiz verändern lässt, können wir zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorhersagen. In Zukunft wird eine Finanzierung der Anlagenutzungskosten nur möglich sein, wenn die Spitäler eine EBITDA-Marge von mindestens 10,0% erwirtschaften oder ihren Kapitalumschlag erhöhen. Natürlich hängt die effektiv pro Spital erforderliche EBITDA-Marge von weiteren, individuellen Faktoren ab.

Der effiziente Betrieb von Spitalimmobilien hat einen zentralen Einfluss auf die minimal erforderliche EBITDA-Marge. Aufgrund der Kapitalintensität und der Bedeutung des Anlagevermögens gehen wir davon aus, dass die Optimierung der Bilanz und damit auch der Profitabilität künftig an Wichtigkeit gewinnen werden. In der Praxis etwa werden neue Investitionsvorhaben mit Hilfe von Simulationen zur optimalen Anlagenauslastung kritisch überprüft, und sogenannte Design-to-Cost-Ansätze gewinnen an Bedeutung.

Abhängigkeit zwischen Bilanz und erforderlicher Profitabilität

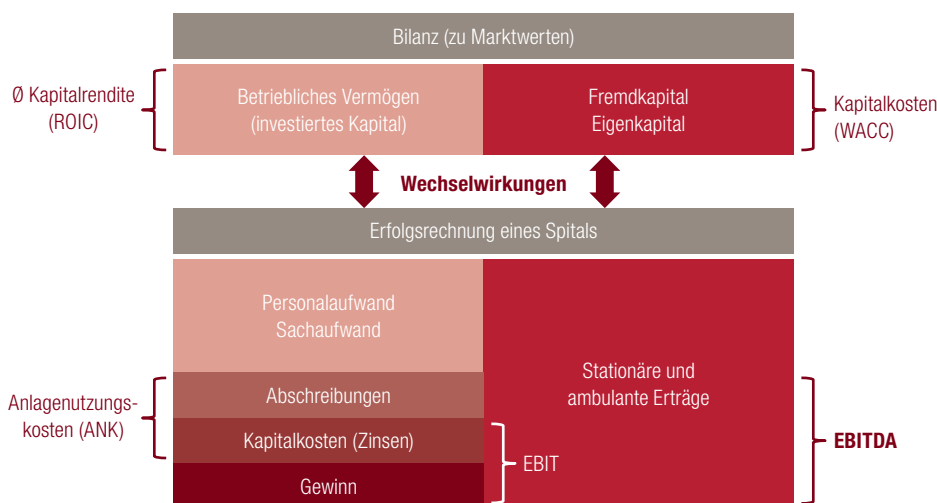


Abbildung 9: Die Bilanz eines Spitals beeinflusst die minimale EBITDA-Marge wesentlich.

7. Fazit

Die vorliegende Studie bestätigt die Hypothesen der Vorgängeruntersuchung: Die Eigenkapitalquoten und die Profitabilität sind im Jahr 2012 deutlich gestiegen. Das Bild kann jedoch Verzerrungen aufweisen, weil die aktuelle Studie das erste Jahr der Umstellung analysiert.

Die Entwicklung der kommenden Jahre sehen wir wie folgt:

- Wir erwarten, dass die EBITDA- und EBIT-Margen im Median weiter steigen werden. Dies wird vorwiegend über das Realisieren von Einsparungs- und Optimierungspotenzialen erfolgen. Die Unterschiede oder Streuung der Werte werden allerdings ebenfalls zunehmen.
- Verwaltungsräte und Geschäftsleitungsmitglieder werden EBITDA und Cashflows vermehrt als finanzielle Zielgrössen definieren. Diese dienen auch als Massstab für Effizienzsteigerungsprogramme in Spitälern.

- Positive Cashflows sind entscheidend für die Mobilisierung von externem Kapital. Daneben ist eine gesunde Bilanz wichtig.
- In Sachen Bilanz: Die Effizienz geplanter Investitionen wird einen grossen Einfluss auf die künftige Profitabilität haben. Investitionsvorhaben werden weiter optimiert, Auslastungsüberlegungen rücken in den Vordergrund, und Design-to-Cost-Ansätze gewinnen an Bedeutung. Der Kapitalumsatz dürfte dadurch erhöht werden, womit sich die Investitionseffizienz verbessern lässt.

Kurz und gut: Die finanzielle Transparenz, überzeugende Kennzahlen und ein plausibler Businessplan gehören zu den Erfolgsfaktoren eines Spitals.

8. Anhang

8.1 Stichprobe

PwC hat diese Studie auf eigene Kosten durchgeführt. Im Rahmen unserer Analyse haben wir die nachstehenden 20 akutsomatischen Spitäler und die Psychiatrischen Dienste Aargau (PDAG) auf Basis der publizierten Jahresrechnungen 2007 bis 2012 untersucht. Die Studie erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität für das Schweizer Gesundheitswesen.

Beim Luzerner Kantonsspital und der GZO AG konnten wir nur die Jahre 2008 bis 2012 berücksichtigen, weil beide 2007 ausgegliedert wurden. Das Universitätsspital Basel fliesst aufgrund der Verselbstständigung per 1. Januar 2012 erstmals 2012 in unsere Berechnungen mit ein.

Stichprobe

Universitätsspital Zürich	Spital RSE AG	Kantonsspital Baden AG
SRO AG	Spital Netz Bern AG	Kantonsspital Aarau
Spitalzentrum Biel AG	Solothurner Spitäler AG	GZO AG
Spitäler Schaffhausen	Psychiatrische Dienste Aargau AG	Inselspital
Spitäler fmi AG	Luzerner Kantonsspital	Universitätsspital Basel
Spital Thurgau AG	Kantonsspital Winterthur	Spital Schwyz
Spital STS AG	Kantonsspital Graubünden	

8.2 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.

8.3 Definition der Kennzahlen

Kennzahlen	Definition
Eigenkapitalquote	Eigenkapital / Bilanzsumme
Liquiditätsgrade	
Liquiditätsgrad 1 (Cash-Ratio)	Liquide Mittel / kurzfristiges Fremdkapital
Liquiditätsgrad 2 (Quick-Ratio)	(Umlaufvermögen – Vorräte) / kurzfristiges Fremdkapital
Liquiditätsgrad 3 (Current-Ratio)	Umlaufvermögen / kurzfristiges Fremdkapital
EBITDA-Marge	Betriebsgewinn vor Abschreibungen / Umsatz
EBIT-Marge	Betriebsgewinn / Umsatz
Personalkostensatz	Personalaufwand / Gesamtaufwand, wobei sich der Gesamtaufwand exklusive Anlagenutzungskosten versteht
Sachkosten- bzw. medizinischer Aufwandsatz	Sachaufwand bzw. medizinischer Aufwand / Gesamtaufwand, wobei sich der Gesamtaufwand exklusive Anlagenutzungskosten versteht
Kapitalumschlag	Umsatz / investiertes Kapital (Eigenkapital + verzinsliches Fremdkapital – flüssige Mittel)
Rendite auf dem investierten Kapital (ROIC)	EBIT / investiertes Kapital (Eigenkapital + verzinsliches Fremdkapital – flüssige Mittel)
Investiertes Kapital (IC)	Eigenkapital + verzinsliches Fremdkapital – flüssige Mittel

8.4 Literaturverzeichnis

- Bloomberg L.P. für Finanzdaten zu den europäischen Spitalgesellschaften.
- Öffentlich zugängliche Jahresberichte 2007 bis 2012 der untersuchten Spitäler.
- PwC: Schweizer Spitäler: den Finanzen auf den Puls gefühlt, Patrick Schwendener, Philip Sommer, Februar 2012, Zürich.
- PwC: Spitalimmobilien: Hoher Investitionsbedarf, unsichere Finanzierung, Christian Elsener et al., August 2010, Zürich.
- Schweizerische Eidgenossenschaft: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand: am 1. Juli 2013), Bern.

8.5 Kontakt

Patrick Schwendener, CFA, CAIA
Director Corporate Finance
+41 58 792 15 08
patrick.schwendener@ch.pwc.com

Philip Sommer
Senior Manager Beratung Gesundheitswesen
+41 58 792 75 28
philip.sommer@ch.pwc.com

www.pwc.ch/gesundheitswesen