

Bericht zur

„Situation und strategische Ausrichtung  
Kantonsspital Aarau AG“

verfasst von der Firma  
PricewaterhouseCoopers AG (PwC)

im Auftrag des Regierungsrats des Kantons Aargau  
und des Verwaltungsrates der Kantonsspital Aargau AG

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1. Zusammenfassung</b>	<b>6</b>
<b>2. Ausgangslage und Auftrag</b>	<b>10</b>
2.1. Ausgangslage	10
2.2. Auftragsziel	10
2.3. Vorgehensweise	10
<b>3. Analyse der Ausgangslage</b>	<b>13</b>
3.1. Externe Analyse	13
3.1.1. Trends im Gesundheitswesen	13
3.1.2. Akutsomatische Versorgung im Kanton Aargau	15
3.2. Interne Analyse	19
3.2.1. Strategie	19
3.2.2. Angebot	20
3.2.3. Organisation	22
3.2.4. Personal	23
3.2.5. Infrastruktur	24
3.2.6. Kooperationen / Partnerschaften	24
3.2.7. Tarife	25
3.2.8. Finanzielle Lage	25
3.3. Zusammenfassung der internen und externen Analyse	26
<b>4. Beurteilung</b>	<b>28</b>
4.1. Eigentümerstrategie	28
4.1.1. Zielerreichung	30
4.1.2. Angemessenheit	33
4.1.3. Zusammenfassung	40
4.2. Finanzielle Situation & Produktivität	43
4.2.1. Einflussgrössen	44
4.2.2. Massnahmen zur Ergebnisverbesserung	52
4.2.3. Zusammenfassung	54
4.3. Neubau	55
4.3.1. Motivation	55
4.3.2. Zielsetzungen	55
4.3.3. Dimensionierung (Kapazitätsplanung)	57
4.3.4. Berücksichtigung von Megatrends	61
4.3.5. Erwartete Synergien durch geplante Neubauten	62
4.3.6. Zusammenfassung	64

---

---

4.4. Finanzierung	65
4.4.1. Beurteilung der Finanzierbarkeit der geplanten Ersatz- und Neubauinvestitionen	65
4.4.2. Finanzielle Risiken	74
4.4.3. Zusammenfassung	76
<hr/>	
4.5. Strategischer Ausblick	78
4.5.1. Angebotsstrategische Stossrichtungen des KSA	78
4.5.2. Übersicht der strategischen Optionen	82
4.5.3. Option 1: KSA Stand alone	85
4.5.4. Option 2: Fusion KSA / KSB	85
4.5.5. Option 3: Integration des KSA in die Universitätsspital Nordwest AG	85
4.5.6. Option 4: Teilverkauf	86
4.5.7. Option 5: Teilverkauf und Übergabe der Betriebsführung	88
4.5.8. Option 6: Verkauf an finanziellen oder strategischen Investor	88
4.5.9. Option 7: Verkauf an branchenfremdes Unternehmen	89
4.5.10. Beurteilung der Optionen	89
4.5.1. Weitere Handlungsoptionen	92
<hr/>	
<b>5. Fazit</b>	<b>94</b>
<hr/>	
Anhänge	95
<hr/>	
A.1. Kennzahlen der drei kantonalen Leistungserbringer	95
A.2. Informationsquellen	95
A.2.1. Ansprechpersonen	95
A.2.2. Daten	96
A.2.3. Weitere Quellen	99

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht des akutsomatischen stationären Angebots im Kanton Aargau .....	16
Tabelle 2: Grundsätze des Angebots des KSA.....	20
Tabelle 3: EBITDA-Margen des KSA im Verhältnis zu den Vergleichsspitalern, 2015 - 2017.....	43
Tabelle 4: Identifizierte Einflussgrössen auf Rentabilität.....	44
Tabelle 5: Kriterienraster für die finanzielle Tragbarkeitsanalyse .....	66
Tabelle 6: Finanzielle Tragbarkeitsanalyse – die Kennzahlen des KSA.....	69
Tabelle 7: Kriterienraster für die finanzielle Tragbarkeitsanalyse – Beurteilung .....	69
Tabelle 8: Finanzielle Risiken aus der Sicht des KSA.....	74
Tabelle 9: Finanzielle Risiken aus der Sicht des Eigentümers.....	75
Tabelle 10: Beurteilung der sieben Optionen .....	91
Tabelle 11: Ansprechpartner (alphabetisch) .....	95
Tabelle 12: Leistungsgruppen, welche nur durch das KSA (nicht durch das KSB) angeboten werden.....	100

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Trends im Gesundheitswesen (Darstellung PwC) .....	13
Abbildung 2: Rentabilität ausgedrückt als EBITDA-Marge der Schweizer Akutspitäler mit über 250 Betten .....	14
Abbildung 3: Übersicht des akutsomatischen stationären Angebots im Kanton Aargau .....	16
Abbildung 4: Wachstumsprognose der Bevölkerung und der stationären Fallzahlen im Kanton Aargau, 2015 - 2030 .....	18
Abbildung 5: Unternehmensstrategie des KSA, 2016 - 2021.....	19
Abbildung 6: Fallschwere des KSA im Verhältnis zu den Vergleichsspitalern, 2016.....	21
Abbildung 7: Ambulantisierungsgrad des KSA im Verhältnis zu den Vergleichsspitalern, 2016.....	22
Abbildung 8: Zusammensetzung der Geschäftsleitung des KSA (Darstellung PwC) .....	23
Abbildung 9: Entwicklung des Umsatzes, EBITDA- und EBIT-Marge des KSA, 2012 - 2017 .....	26
Abbildung 10: Auszug der Zielsetzungen aus den Eigentümerstrategien am KSA (Darstellung PwC).....	29
Abbildung 11: Entwicklung des Jahresergebnisses des KSA, 2014 - 2017 .....	30
Abbildung 12: Entwicklung der EBITDA-Marge des KSA, 2014 - 2017 .....	31
Abbildung 13: Entwicklung Cash Ratio, Quick Ratio und Current Ratio des KSA, 2014 - 2017.....	31
Abbildung 14: Entwicklung Eigenkapitalquote des KSA, 2014 - 2017 .....	32
Abbildung 15: Entwicklung der Dividenden des KSA, 2014 - 2017 .....	32
Abbildung 16: Regelwerk zur Gewinnausschüttung gemäss Eigentümerstrategie von 2017 (Darstellung PwC) .	38
Abbildung 17: Regelung zur Dividendenausschüttung (ausgewählte Kantonsbeteiligungen) .....	39
Abbildung 18: Praxis bezüglich Gewinnausschüttung in anderen Kantonen .....	40
Abbildung 19: Zusammenfassung der Zielerreichung.....	41
Abbildung 20: Zusammenfassung der Angemessenheit der Kennzahlen.....	42
Abbildung 21: Vergleich der Baserate von Spitälern mit teilweise (hoch-)spezialisiertem Leistungsangebot .....	45
Abbildung 22: Abgeltung von GWL nach Kanton, 2015 .....	45
Abbildung 23: Anteile zusatzversicherter Patienten im Vergleich .....	46
Abbildung 24: Fallkostenvergleich (ohne ANK) von Deutschschweizer Spitäler mit über 250 Betten .....	48
Abbildung 25: Kostenvergleich pro Taxpunkt (inkl. ANK VKL) von Zentrumsspitaler der Deutschschweiz mit über 250 Betten .....	48
Abbildung 26: Vergleich Pflagestage pro Pflegepersonal (VZÄ), 2016 .....	49
Abbildung 27: Treibermodell (Darstellung PwC) .....	52
Abbildung 28: Status des definierten Einsparpotenzials des KSA für 2018 (Darstellung PwC) .....	53
Abbildung 29: Stossrichtung der Ergebnisverbesserung ab 2018 (Darstellung PwC) .....	53
Abbildung 30: Terminplanung für Wettbewerbsphase .....	57
Abbildung 31: Entwicklung Flächennutzung 2017 - 2037 .....	58
Abbildung 32: Neubauperimeter .....	59
Abbildung 33: Geplante Arealgestaltung mit Variante Doppel-Kubus .....	59
Abbildung 34: Idealtypisches Layout einer Normalbettenstation.....	60

Abbildung 35: Finanzierungsbedarf des KSA .....	66
Abbildung 36: EBITDAR-Entwicklung von 2017 bis 2036.....	70
Abbildung 37: Vergleich beider Kantonsspitäler KSA und KSB hinsichtlich Fallvolumen und Umsatz .....	79
Abbildung 38: Volkswirtschaftliche und versorgungstechnische Effekte.....	81
Abbildung 39: Entscheidungsgrundlage für den Kanton Aargau (Darstellung PwC) .....	83
Abbildung 40: Weitere Kooperationsmöglichkeiten als Handlungsoption .....	92
Abbildung 41: Kerneinzugsgebiet des KSA .....	100

# 1. Zusammenfassung

## Ausgangslage und Zweck des Dokuments

Vorliegender Bericht verfolgt das Ziel, mit neutralem Blick die finanzielle, organisatorische, betriebliche und **angebotsspezifische Ausgangslage** des Kantonsspitals Aarau (KSA) aufzuzeigen, mögliche unternehmensstrategische Stossrichtungen darzustellen sowie eine kritische Auseinandersetzung hinsichtlich der Strukturierung der künftigen **Eigentümerschaft** zu führen. Der Bericht soll insbesondere auch eine Aussage zur geplanten Grossinvestition sowie deren finanzieller Tragbarkeit machen.

## Das KSA im Überblick

Das KSA ist eines der fünf grössten Zentrumsspitäler der Schweiz. Es behandelt 28'000 stationäre Fälle und bietet über eine halbe Million ambulanter Konsultationen an. Der jährliche Umsatz liegt bei 648 MCHF. Die **Nachfrageentwicklung** im KSA war über die Jahre hinweg trotz kompetitivem Wettbewerbsumfeld sehr **erfreulich**. In vollständigem Besitz des Kantons Aargau vereinbart das KSA strategische und finanzielle Zielsetzungen mit dem Eigner, welche in der Eigentümerstrategie festgehalten sind. Die Zielsetzung zur Rentabilität, eine wichtige Kennzahl zur Beurteilung der finanziellen Leistungsfähigkeit, hat das KSA trotz starker Marktposition in Vergangenheit nicht erreicht. Die EBITDA-Marge konnte zwar zwischen 2015 und 2017 stetig auf 6.1 % erhöht werden, liegt jedoch weiterhin deutlich unter dem in der Eigentümerstrategie verankerten Zielwert von 10 %. Damit reiht sich das KSA zwar im Durchschnitt von Schweizer Spitälern mit über 250 Betten ein, liegt jedoch in der Rentabilität deutlich unterhalb des Kantonsspital Baden (nachfolgend KSB).

## Finanzielle Situation und exogene Gründe

Die **Gründe** für das **Verfehlen der Zielsetzung** sind einerseits auf exogene Faktoren zurückzuführen: Die vergleichsweise tiefe **Abgeltung** im stationären Bereich und von gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie auch **patientenbezogene Leistungsmerkmale** des KSA wie der geringe Anteil von Zusatzversicherten, der hohe Ambulantisierungsgrad und der Anspruch auf eine **Endversorgerfunktion** (in Kombination mit der tiefen Abgeltung) wirken sich negativ auf die Ertragskraft des KSA aus. Diese Faktoren sind extern als Rahmenbedingung (Abgeltung) gegeben oder als Trend (Anteil Zusatzversicherte, Ambulantisierungsgrad) vom KSA nur schwer beeinflussbar. Eine Verbesserung der extern gegebenen Voraussetzungen würde die Wirtschaftlichkeit des KSA erhöhen.

## Wesentliche interne Herausforderungen

Die finanzielle Situation des KSA liegt jedoch auch in wesentlichen internen Herausforderungen begründet, welche **Massnahmen voraussetzen**. Im medizinischen Kerngebiet wie auch in den administrativen Supportdiensten liegen aus diversen Gründen betriebliche Ineffizienzen vor. Mit den bestehenden Pavillonbauten fehlt eine moderne Infrastruktur für eine optimale Prozessgestaltung. Bei den Kaderärzten liegen die Lohnkosten wie auch der Anteil von Chefärzten zu leitenden Ärzten überdurchschnittlich hoch. Hinzu kommen Schwachstellen bei der Führungsstruktur und –kultur (föderalistisches Selbstverständnis), was sich in einer fehlenden Umsetzungsstärke und Durchsetzungsfähigkeit bei gewissen wichtigen Entscheidungen manifestiert. Auch wird die finanzielle Ergebnisverantwortung auf verschiedenen Führungsebenen noch unzureichend wahrgenommen. Dazu fehlen gewisse Managementsysteme, welche eine effiziente Ressourcensteuerung ermöglichen. Die Zusammenarbeit zwischen den Kliniken wie auch mit dem Tochterunternehmen Spital Zofingen ist nicht dem Plan entsprechend.

## Massnahmen zur Verbesserung

Mit der Initialisierung des **Ergebnisverbesserungsprojekts** in 2017 und der anstehenden Reorganisation hat das KSA die Herausforderungen, welche sich intern stellen, erkannt und entsprechend Massnahmen eingeleitet. Mit der **Reform der Geschäftsleitungsstruktur**, welche per Juli 2018 in Kraft tritt, und der Stärkung der finanziellen Führung mit der geplanten Einführung eines neuen Vergütungsmodells hat das KSA wichtige Initiativen ergriffen, um die betriebswirtschaftliche Führung und Durchsetzungsfähigkeit von Entscheidungen zu erhöhen. Gewisse Managementinstrumente dazu sind zurzeit im Aufbau. Für die nachhaltige Entwicklung der EBITDA-Marge sind jedoch weitere Effizienzverbesserungen gefordert. Dabei kommt auch dem Neubau eine wichtige Bedeutung zu. Zudem ist die Weiterentwicklung einer klaren **Unternehmens- und Angebotsstrategie** für die Erreichung der Ziele unabdingbar. Nachfolgend sind die Haupteinflussgrössen in Bezug auf die Rentabilität sowie die Anknüpfungspunkte (Massnahmen) mit dem grössten Potenzial zusammengefasst:

Hebel	Haupteinflussgrösse	Grösstes Potenzial
<b>Abgeltung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baserate</li> <li>• Gemeinwirtschaftliche Leistungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhung der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen</li> </ul>
<b>Patienten / Angebot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusatzversicherte Patienten</li> <li>• Endversorgerstatus</li> <li>• Ambulantisierungsgrad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortführung der definierten Massnahmen im Rahmen der Ergebnisverbesserung</li> <li>• Weiterentwicklung der Angebotsstrategie</li> </ul>
<b>Ressourcen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lohnkosten bei Kaderärzten</li> <li>• Personaleinsatz (u.a. Pflege)</li> <li>• Sachkosten (u.a. Einkauf, Informatik)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortführung der definierten Massnahmen im Rahmen der Ergebnisverbesserung</li> </ul>
<b>Prozesse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Managementsysteme</li> <li>• Behandlungsprozess inkl. Austrittszeitpunkt</li> <li>• Dezentrale Infrastruktur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realisierung des Neubaus</li> <li>• Fortführung des Aufbaus von Managementinstrumenten</li> </ul>
<b>Führung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Führungsstruktur und -kultur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umsetzung der geplanten Reorganisation der Geschäftsleitung</li> <li>• Umsetzung der geplanten Einführung des neuen Vergütungsmodells mit Stärkung der Ergebnisverantwortung des Gesamthauses</li> </ul>
<b>Konzern</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integration Spital Zofingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betriebliche Vollintegration (<i>eine</i> operative Führung) sowie Umsetzung der Leistungsangebote nach Plan</li> </ul>

## Eigentümerstrategie

Hinsichtlich der in der **Eigentümerstrategie** verankerten finanziellen Zielsetzungen erachten wir die EBITDA-Marge und die Eigenkapitalquote als zwei sinnvolle Kennzahlen zur Steuerung des finanziellen Risikos des Kantons. Wir empfehlen, den Zielwert der **EBITDA-Marge von 10 %** als Richtwert mit Orientierungsfunktion zu definieren. Eine Nichteinhaltung führt in der Regel nicht unmittelbar zu Konsequenzen oder Sanktionen. Hinsichtlich der **Eigenkapitalquote** empfiehlt sich die Reduktion der Anforderungen auf einen Richtwert von 35 % und einen Minimalwert von 20 %. Die Einführung eines Minimalwerts ist mit einem wirksamen Beteiligungscontrolling zu kombinieren, so dass bei Unterschreiten Sanierungsmassnahmen rasch zum Greifen kommen. Ebenfalls erachten wir es als prüfenswert, ob vorübergehend auf eine Gewinnausschüttung (Dividendenzahlung) verzichtet werden kann. Das KSA steht vor grossen Investitionen und ist auf eine ausreichende Kapitalisierung angewiesen. Bei einer Anpassung der Dividendenanforderung sind die finanziellen Konsequenzen für den Kanton sowie auch die Gleichbehandlung des KSB und den Psychiatrischen Diensten Aargau (PDAG) zu berücksichtigen.

## Neubauprojekt

Das KSA erbringt Leistungen in einer Infrastruktur, welche zwischenzeitlich am Ende der Nutzungsdauer angeht. Um als Zentrumsspital zukunftsfähig zu bleiben, bietet sich ein **Totalersatz** als einzigen Ausweg an. Das KSA plant auf dem bestehenden Areal ein Neubauprojekt in der Höhe von 600 MCHF. Das aktuelle Projekt zeichnet sich durch eine für die Schweizer Spitalbranche **zurückhaltende Dimensionierung** aus. Die Bettenzahl wird reduziert und die Anzahl Operationssäle nicht erhöht. Es folgt damit implizit einer Strategie des infrastrukturellen Gesmschrumpfens bei gleichzeitiger Erhöhung der Prozesseffizienz, sodass mit weniger Infrastruktur eine grössere Leistungsmenge erbracht werden kann.

## Finanzielle Tragbarkeit

Mit dem Neubauprojekt stellt sich die Frage **der finanziellen Tragbarkeit bzw. der Finanzierbarkeit** der Investitionen. Gemäss unserer Analyse ist die finanzielle Tragbarkeit bzw. die Finanzierbarkeit der Investitionen **grundsätzlich gegeben**, wenn der Businessplan erreicht oder übertroffen wird. Auf Basis der geplanten EBITDAR bzw. der operativen Cash Flows sind die Investitionen und die Finanzierungskosten für das KSA somit grundsätzlich finanziell tragbar. Zudem kann das verzinsliche Netto-Fremdkapital bzw. der Nettoverschuldungsfaktor bis zum Jahr 2036 auf ein vernünftiges Niveau reduziert werden. Aufgrund des hohen Nettoverschuldungsfaktors bzw. der unter Druck stehenden EBITDAR-Marge befindet sich die geplante Investitionshöhe jedoch am **oberen Ende der finanziellen Machbarkeit**. Aus einer Stand-alone-Sicht (ohne die Wahrnehmung einer impliziten Staatsgarantie) wäre die Finanzierbarkeit der Investitionen **kritisch bzw. zu hinterfragen**, weil andere Richtwerte für die Beurteilung herangezogen würden und die Nachfrage von Investoren und Banken anders ausfallen könnte.

## Angebotsstrategie

Das KSA nimmt im Kanton Aargau als Zentrumsspital mit **Endversorgungscharakter eine besondere Stellung** ein und unterscheidet sich in der Leistungserbringung vom KSB. Im Vergleich zum KSB behandelt das KSA nicht nur deutlich mehr Fälle, sondern auch mit einer höheren Fallschwere. Dies zeigt sich auch im Angebot von spezialisierten Leistungen. Angebotsstrategisch bietet sich für das KSA an, auch weiterhin am Endversorgerstatus festzuhalten. Im Kanton Aargau besteht ein grosses Einzugsgebiet, ein Nachfragerückgang nach spezialisierten Leistungen ist nicht zu erwarten. Bei einem eingeschränkten Leistungsspektrum des KSA würde das ausserkantonale Angebot an Bedeutung gewinnen.

## Mögliche Trägerschaft

Neben der angebotsstrategischen Ausrichtung stellt sich die Frage nach geeigneten Partnerschaften, welche gegeben der Veränderungen im dynamischen Spitalmarkt zunehmend kritische Erfolgsfaktoren werden. Damit einhergehend drängt sich auch die Auseinandersetzung hinsichtlich der optimalen Eigentümerstruktur auf. Aus Unternehmens- sowie auch aus Eignersicht bieten sich drei Möglichkeiten für die Trägerschaft: Zweckmässige Optionen sind die Weiterführung der **aktuellen kantonalen Trägerschaft**, ein **Teilverkauf im Rahmen der Ausgabe einer Volksaktie** sowie ein **Verkauf an ein Privatspital**. Mit dem Verkauf entschärft sich der Rollenkonflikt des Kantons als Eigner, Mitfinanzierer und Entscheid-Instanz bei der Tarifgenehmigung und Versorgungsplanung. Gleichermassen reduziert sich das finanzielle Risiko, welches der Kanton mit der Beteiligung am KSA eingeht, namentlich das Wertberichtigungsrisiko und das Lender-of-last-Resort-Risiko. Die Ausgabe einer Volksaktie erhöht die Verbundenheit der Bevölkerung mit dem KSA und folglich die Verankerung des KSA in der Region. Beim Verkauf an ein Privatspital sind Optimierungen im Betriebsmodell sowie die Nutzung von Synergien zu erwarten. Als nicht prioritär werden eine Fusion des KSA mit dem KSB sowie die Integration des KSA in die Universitätsspital Nordwest AG beurteilt. Neben Akzeptanzschwierigkeiten sind hohe Transferkosten und Reibungsverluste zu erwarten.



### **Kooperation im Versorgungsraum**

Über diese möglichen Ausrichtungen hinaus kommt der Partizipation des KSA an einer Zusammenarbeit mit Leistungserbringern in seinem Einzugsgebiet grosse Bedeutung zu. Dies beschränkt sich nicht nur auf Grundversorger in der Region, sondern schliesst **im Sinne der integrierten Versorgung** auch Psychiatrien und Rehabilitationskliniken mit ein. Kooperationen erlauben dem KSA, seine Positionierung in der Region aufrechtzuerhalten, resp. weiter zu stärken.

### **Unternehmerischer Handlungsspielraum**

Die **unternehmerische Flexibilität** des KSA ist ein zentrales Element für eine zukunftsgerichtete Positionierung im Kanton Aargau. Der Handlungsspielraum des KSA kann mit der Reform des Spitalgesetzes hinsichtlich der 70 % Regel (der Kanton muss mindestens 70 % des Aktienkapitals am KSA halten) erhöht werden.

# 2. Ausgangslage und Auftrag

## 2.1. Ausgangslage

Die Kantonsspital Aarau AG (nachfolgend KSA genannt) ist das grösste Spital des Kantons Aargau und neben den Universitätsspitalern eines der grössten Zentrumsspitaler der Schweiz. In 2004 wurde das KSA in eine gemeinnützige Aktiengesellschaft in vollständigem Eigentum des Kantons Aargau überführt. In 2011 erwarb das KSA die Spital Zofingen AG (nachfolgend Spital Zofingen), womit letztere eine Tochtergesellschaft des KSA wurde.

Das KSA erreicht seit mehreren Jahren die vom Kanton als Eigentümer gesetzten finanziellen Zielsetzungen nicht. Insbesondere wird das Ziel einer EBITDA-Marge (Betriebsergebnis vor Zinsen und Abschreibungen in % des Betriebsertrags) von 10 % deutlich verfehlt. Dieses Ziel ist in der Eigentümerstrategie des Regierungsrats vom 8. Juni 2016 vorgegeben und in der Spitallandschaft allgemein als langfristiger Zielwert anerkannt. Die finanzielle Situation des KSA beschäftigt die Grossräte und war bereits mehrfach Thema im Regierungsrat und im Grossen Rat.

Zurzeit wird im Kanton Aargau die Spitalliste revidiert. Zusätzlich erfolgt eine Revision des Spitalgesetzes, was Fragen bezüglich der zukünftigen Gestaltung der Eigentümerschaft des KSA aufwirft.

## 2.2. Auftragsziel

PwC wird mit der Erstellung des vorliegenden Berichts beauftragt, welcher Handlungsempfehlungen zur eigentümer- und unternehmensstrategischen Ausrichtung und zur finanziellen Tragbarkeit der geplanten Grossinvestitionen des KSA zum Inhalt hat. Der vorliegende Bericht soll Anhaltspunkte liefern, um die Frage der Strukturierung der künftigen Eigentümerschaft zu klären.

Bei vorliegendem Bericht handelt es sich um eine Co-Autorenschaft. Fragestellungen zum Neubau wurden durch die Firma elsen+partner ag bearbeitet. Die Ergebnisse sind im Kapitel 4.3 dargestellt.

## 2.3. Vorgehensweise

Innerhalb des Projektauftrags werden 14 Fragestellungen innerhalb von fünf Themenkreisen beantwortet:

Fragestellungen	
<b>Themenkreis 1: Eigentümerstrategie</b>	
<b>Beurteilung der Zielerreichung und der Ziele</b>	
1	Beurteilung der Zielerreichung gemäss der Eigentümerziele der Eigentümerstrategie für die Jahre 2014–2017.
2	Beurteilung der Angemessenheit der Eigentümerziele der Eigentümerstrategie. Dabei sollen insbesondere die finanziellen Zielsetzungen (EBITDA, Dividende, etc.) als auch die strategischen Ziele - vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen Gesamtplanung des Kantons - im Fokus sein.
<b>Themenkreis 2: Finanzielle Situation und Produktivität</b>	
<b>Beurteilung der Einflussgrössen auf die Produktivität</b>	

## Fragestellungen

- 3 Beurteilung der spitalspezifischen Produktivität und Bewertung der Einflussgrössen, die zu ungenügenden finanziellen Ergebnissen führen, im Vergleich zu anderen Spitalern (wie beispielsweise Luzerner Kantonsspital, Kantonsspital St. Gallen), insbesondere im Hinblick auf:
- dezentrales Angebot der Dienstleistungen (verteilt auf viele Häuser);
  - Anteil an ambulanten Behandlungen;
  - Anteil an Zusatzversicherten;
  - ambulante Tarife im Kanton Aargau, KSA Baserate für Leistungsspektrum;
  - weitere Faktoren.

### **Möglichkeiten zur Ergebnisverbesserung**

- 4 Darstellung der bisher realisierten Massnahmen zur Ergebnisverbesserung.
- 5 Darstellung der geplanten Massnahmen zur Ergebnisverbesserung.
- 6 Aufzeigen von möglichen weiteren Massnahmen zur Ergebnisverbesserung, sowohl kosten- als auch ertragsseitig.

### **Themenkreis 3: Investitionen / Neubau**

#### **Beurteilung der geplanten Investitionen**

- 7 Beurteilung der Finanzierbarkeit der geplanten Ersatz- und Neubauten (Investition von bis zu 700 Millionen Franken).
- 8 Beurteilung der finanziellen Risiken des Kantons Aargau im Zusammenhang mit den geplanten Neubauten; insbesondere das Risiko einer möglicherweise notwendigen Kapitalerhöhung und die Entwicklung der zukünftigen Dividende nach verschiedenen EBITDA-Szenarien.
- 9 Gegenüberstellung und Plausibilisierung der geplanten räumlichen Kapazitäten zwischen Status Quo und Endausbau unter Berücksichtigung der geplanten strategischen Positionierung ausgehend vom Businessplan des KSA. (Diese Fragestellung wurde separat durch die Firma elsener+partner ag bearbeitet)
- 10 Qualitative Beurteilung der vom KSA prognostizierten Synergieeffekte bei Personal- und Raumressourcen infolge Investitionstätigkeit für das geplante Leistungsangebot. (Diese Fragestellung wurde separat durch die Firma elsener+partner ag bearbeitet)

### **Themenkreis 4: Strategischer Ausblick**

#### **Beurteilung der möglichen Strategien und Kooperationen**

- 11 Aufzeigen von möglichen Stossrichtungen für eine zukunftsgerichtete Positionierung des KSA in der Spitalregion Aargau in Bezug auf die angebotsstrategische Ausrichtung; insbesondere die beiden Optionen eines führenden Zentrumsspitals oder eines „gesundgeschrumpften“ Zentrumsspitals mit „tieferen Ansprüchen“, inklusive der volkswirtschaftlichen als auch versorgungsspezifischen Konsequenzen.
- 12 Beschreibung von möglichen strategischen Partnerschaften mit einer/m Spitalgruppe/Spital (beispielsweise mit der Kantonsspital Baden AG), in Bezug auf das stationäre und ambulante Angebot, das Darstellen von Chancen und Risiken sowie die Beurteilung im Hinblick auf eine Verhinderung einer Mengenausweitung und eine effiziente, wirtschaftliche und zweckmässige Versorgung.
- 13 Aufzeigen, welche weiteren potentiellen strategischen Partnerschaften mit branchenfremden Organisationen für das KSA sinnvoll sind, beispielsweise mit Retailern (wie Migros), Hochschulen (wie die ETH) etc.

### **Themenkreis 5: Beurteilung der Spitalträgerschaft**

- 14 Einschätzung der Chancen und Risiken einer vollständigen oder teilweisen Veräusserung des KSA mit Blick auf die Spitalregion Aargau, unter Berücksichtigung der Governance Struktur. Folgende Optionen sind insbesondere darzustellen

## **Fragestellungen**

- a. Beibehaltung der Spitalträgerschaft durch den Kanton Aargau
- b. Verkauf (oder Aktienkapitalerhöhung mit anschliessendem Verkauf) von 30 % an einen strategischen oder finanziellen Investor
- c. Verkauf (oder Aktienkapitalerhöhung mit anschliessendem Verkauf) von 30 % an einen strategischen Investor mit gleichzeitiger Übertragung des Managements;
- d. Vollständiger Verkauf an eine andere Spitalgruppe
- e. Ausgabe einer Volksaktie

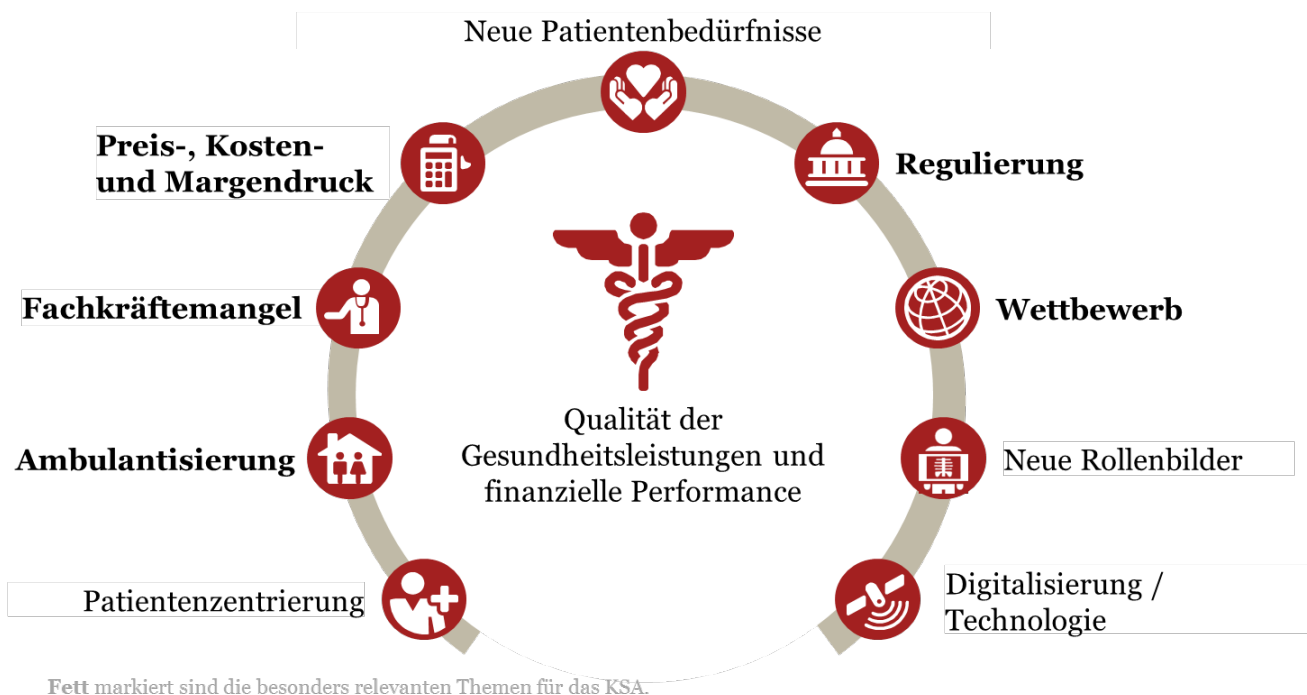
# 3. Analyse der Ausgangslage

## 3.1. Externe Analyse

### 3.1.1. Trends im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen befindet sich in einem starken Wandel. Die Entwicklungen stellen Chancen dar, bergen jedoch auch Risiken. Im Folgenden werden die wesentlichsten Trends aufgegriffen, welche die Leistungserbringer in der Akutsomatik prägen und insbesondere auch für das KSA von grosser Relevanz sind:

Abbildung 1: Trends im Gesundheitswesen (Darstellung PwC)



Ein wesentliches Spannungsfeld stellt der zunehmende Preis-, Kosten- und Margendruck dar. Den stetig steigenden Gesundheitskosten wird verstärkt politisch entgegengewirkt. Dies manifestiert sich in der sinkenden Abgeltung von Leistungen im stationären als auch im ambulanten Bereich. Gleichzeitig verzeichnet die Kostenseite von Spitälern weiterhin ein Wachstum, was letztendlich zu einer sinkenden Rentabilität führt. Trotz Umsatzwachstum in den letzten vier Jahren konnten die Schweizer Akutspitäler ihre EBITDA<sup>1</sup>-Margen nicht verbessern (vgl. Abbildung 2). Die Branche kämpft mit tiefen Margen, wobei zwischen 2012 und 2015 die EBITDA-Marge sogar von 6.0 % auf 5.5 % gesunken ist.<sup>2</sup> Zwischen den Spitälern besteht allerdings eine grosse Bandbreite hinsichtlich der Profitabilität. Die Streuung bei den Vergleichsspitälern mit über 250 Betten geht von einer negativen EBITDA-Marge von -3.2 % bis zu einer positiven Marge von 11.3 %. Das KSA liegt mit seiner letztjährig erreichten EBITDA-Marge von 6.1 % sogar knapp im oberen Quartil.<sup>3</sup> Um Investitionen selber tragen zu

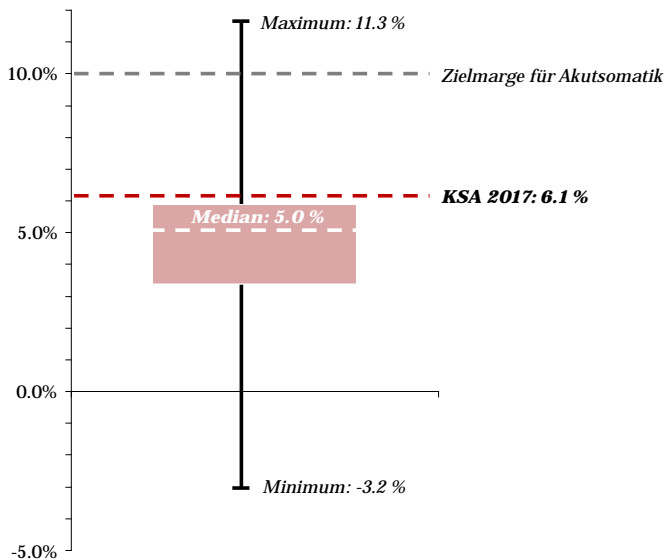
<sup>1</sup> Der EBITDA berechnet sich als Differenz aus den Gesamterträgen und den Personal- und Sachkosten. Dabei dürfen in den Sachkosten keine Abschreibungen und Kapitalkosten enthalten sein. Die EBITDA-Marge wiederum analysiert das Verhältnis zwischen dem EBITDA und dem Gesamtertrag, was die Profitabilität wiedergibt.

<sup>2</sup> Median von einer Auswahl von 45 Schweizer Akutspitälern.

<sup>3</sup> Einschränkend ist anzuführen, dass sowohl die Bettengrenze von 250 als auch die mangelnde Berücksichtigung von privaten Anbietern, welche keine Ergebnisse publizieren, zu berücksichtigen sind.

können, sind Spitäler gefordert, ihre Kostenstrukturen und Prozesse so zu optimieren, dass eine nachhaltig ausreichende Profitabilität mit einer EBITDA-Marge von 10 % erreicht werden kann. Nicht nur hinsichtlich der Finanzierung von Investitionen kommt der Wirtschaftlichkeit hohe Bedeutung zu. Eine angemessene Wirtschaftlichkeit wird zudem auch immer stärker bei der Vergabe von Leistungsaufträgen vorausgesetzt.

**Abbildung 2: Rentabilität ausgedrückt als EBITDA-Marge der Schweizer Akutspitäler mit über 250 Betten<sup>4</sup>**



Aufgrund der notwendigen Einsparungen auf Seiten des Kantons Aargau ist in den kommenden Jahren auch eine Deckelung der Gesundheitsausgaben zu erwarten. Somit kann es voraussichtlich zu einer Plafonierung bis Reduktion der Baserate des KSA und oder der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) kommen. Wann und in welcher Höhe diese Eingriffe eintreten werden, ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht bekannt.

Das Spitalwesen ist geprägt durch einen sich verschärfenden Wettbewerb. Diverse Leistungserbringer haben in den letzten Jahren ihre Kapazitäten und ihr Angebot ausgeweitet. Mit der freien Spitalwahl sind die Anforderungen der Patienten an die Reputation des Leistungserbringers sowie den Komfort der Behandlung gestiegen, was zu einer steigenden Mobilität geführt hat. Dies hat dazu geführt, dass sich insbesondere für Grundversorger ein Rückgang der Marktanteile abzeichnete, während Privatspitäler, respektive kleinere spezialisierte Leistungserbringer ihre Marktposition stärken konnten. Die Marktteilnehmer müssen schnell auf Änderungen reagieren können, sonst droht, dass sie den Anschluss verlieren. Der Konsolidierungsdruck auf Spitäler wird weiter zunehmen. Auch im Versorgungsraum der Nordwestschweiz wird die Leistungsverlagerung in Endversorgungsspitäler stattfinden. Dies bietet auch Chancen für das KSA.

Durch das sich verschärfende Wettbewerbsumfeld gewinnt die sachliche Auseinandersetzung mit dem unternehmerischen Handlungsspielraum und der Eigentümerstruktur zunehmend an Bedeutung. Der Trend im Schweizer Spitalmarkt zeigt bereits seit Jahren eine zunehmende Verselbständigung von Spitälern, beispielsweise in Form einer selbständig öffentlich-rechtlichen Anstalt oder einer Aktiengesellschaft. Hinsichtlich der Eigentümerschaft ist die Schweizer Spitallandschaft jedoch immer noch mehrheitlich staatlich beherrscht. 2011 waren 69 % aller Akutspitäler öffentliche oder subventionierte Betriebe, während 31 % privat waren.<sup>5</sup> Nahezu sämtliche Kantone führen mindestens ein Spital im Beteiligungsportfolio.<sup>6</sup> Entsprechend gehen Gewinne und Verluste eines Spitals zugunsten und zulasten von Steuerzahlern. Langfristig bietet die vollständige Liberalisie-

<sup>4</sup> PwC (2017): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016

<sup>5</sup> Credit Suisse, August 2013: Gesundheitswesen Schweiz 2013, Der Spitalmarkt im Wandel.

<sup>6</sup> Im Kanton Schwyz sind hingegen alle Krankenhäuser in privatrechtlicher Trägerschaft und erhalten vom Kanton einzig den Kantonsanteil an den Fallpauschalen. (Avenir Suisse (2009): Kantone als Konzerne)

rung in Form von Privatisierungen die Chance, den Wettbewerb im Markt und somit den Druck zur Wirtschaftlichkeit auf die Spitäler zu erhöhen.<sup>7</sup>

Um der Kostenentwicklung und den jährlich wachsenden Prämien entgegenzuwirken, kommt es zu zahlreichen staatlichen Regulierungen. Wichtigste regulatorische Eingriffe sind neue Tarifmodelle wie die seit 2012 eingeführten SwissDRGs, die TARMED-Revision, die Einführung von Mindestfallzahlen durch kantonale Versorgungsplanungen sowie die Vorgaben von ambulant durchzuführenden Eingriffen durch das BAG und einige Kantone. Weitere Veränderungen wird es voraussichtlich durch die Totalrevision des Spitalgesetzes des Kantons Aargau geben.<sup>8</sup> Diese soll dem Kanton einen vergrösserten Handlungsspielraum geben, um auf aktuelle Entwicklungen reagieren zu können. Im Speziellen umfasst dies die verstärkte Einflussnahme auf die Wirtschaftlichkeit der Spitalleistungen, die stärkere Vernetzung des Versorgungssystems über Kooperation und Koordination und insgesamt den Erhalt von bedarfsgerechter und qualitativ hochstehender Spitalversorgung.

Die verstärkten Bemühungen, Leistungen in den ambulanten Bereich zu verlagern, führen zu Ertragseinbussen, da Leistungserbringung zunehmend in den niedriger vergüteten Bereich verlagert wird. Dies fordert die Spitäler heraus, ihr Geschäftsmodell zu überdenken. Die Ambulantisierung ist in der Kapazitäten- und Infrastrukturplanung als auch bei der Ausgestaltung des Leistungsangebots zu berücksichtigen. Neue Leistungserbringer wie beispielsweise Tageskliniken treten in den Markt ein.

Der Wettbewerb um gut ausgebildete und spezialisierte Fachkräfte verschärft sich vor allem aufgrund der verstärkten Nachfrage. Als Arbeitgeber ist es zentral, ein attraktives Arbeitsumfeld und entsprechende Vergütungs- und Arbeitszeitmodelle anzubieten.

### ***3.1.2. Akutsomatische Versorgung im Kanton Aargau***

Der Kanton Aargau nimmt durch seine besondere geografische Lage als Mittelkanton zwischen den Universitätsstandorten Basel, Bern und Zürich in der Schweizer Spitallandschaft eine besondere Stellung ein. Die Kantone Aargau, Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn haben sich auf die Erarbeitung einer gemeinsamen Bedarfsplanung der stationären Versorgung ihrer Bevölkerung verständigt. Als Folge wurde in 2012 ein gemeinsamer Versorgungsbericht der genannten Kantone verabschiedet. Für die Analyse der aargauischen akutsomatischen Versorgung werden im folgenden Bericht auch überregionale Entwicklungen mitberücksichtigt.

#### ***3.1.2.1. Akutsomatisches stationäres Angebot***

Die Spitalliste des Kantons Aargaus setzt sich zusammen aus zwölf Akutspitäler mit Standort im Kanton und acht ausserkantonalen Spitälern. Neben den beiden kantonalen Spitälern, dem KSA und Kantonsspital Baden (nachfolgend KSB), finden sich sechs weitere Akutspitäler im Kanton Aargau mit einem umfassenden Leistungsangebot (Hirslanden Klinik Aarau [teilweise (hoch-)spezialisierte Medizin], Gesundheitszentrum Fricktal, Kreisspital für das Freiamt (Muri), Spital Zofingen, Asana Menziken, Asana Leuggern). Drei kantonale Spitäler bieten ein begrenztes Leistungsangebot und führen keine Notfallstation. Es handelt sich dabei um die elektiven Kliniken Klinik Villa im Park, Klinik Barmelweid sowie die Klinik für Schlafmedizin Bad Zurzach. Auf der Spitalliste ist zudem ein Geburtshaus aufgeführt, das Geburtshaus Storchenäsch.

<sup>7</sup> PwC, 2016: Schweizer Spitäler: So Gesund waren die Finanzen 2015.

<sup>8</sup> Aargauer Zeitung (2017): Hier will die Aargauer Regierung jedes Jahr Millionen sparen.

Abbildung 3: Übersicht des akutsomatischen stationären Angebots im Kanton Aargau <sup>9</sup>

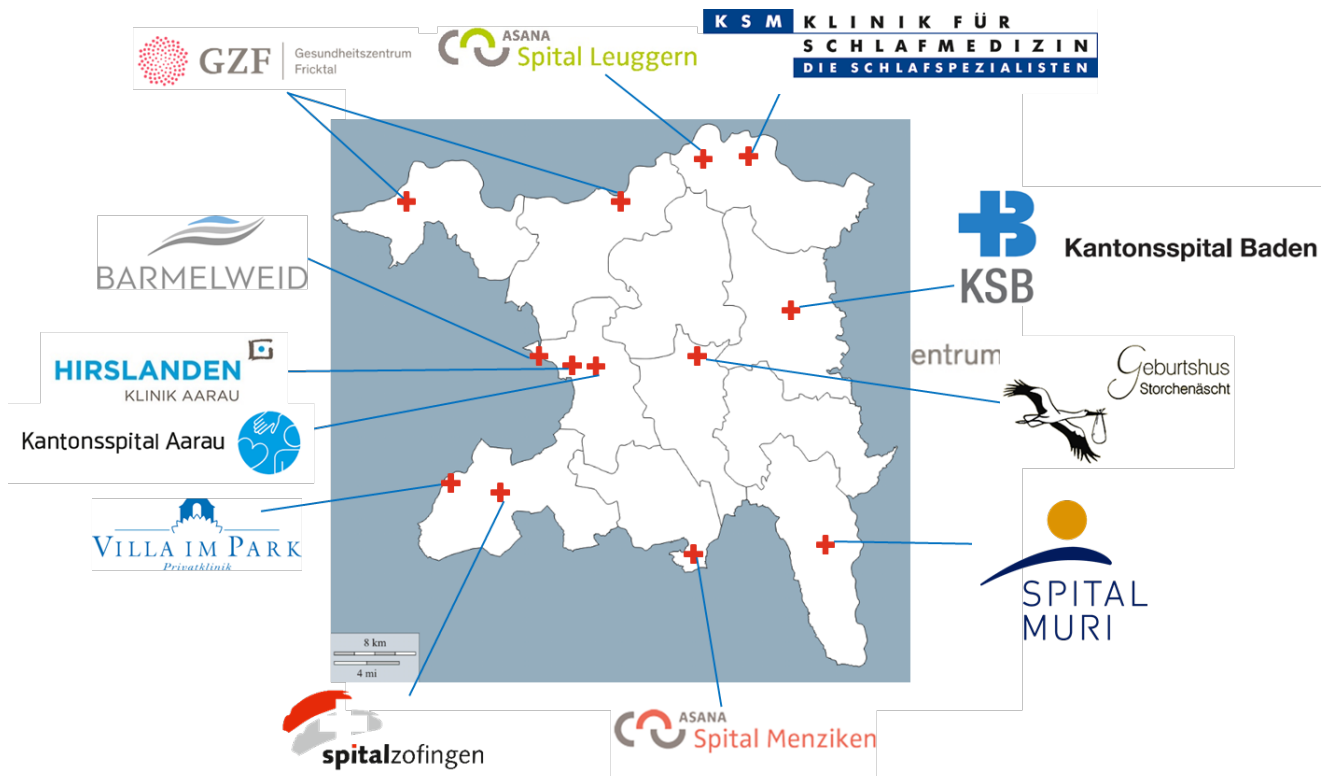


Tabelle 1: Übersicht des akutsomatischen stationären Angebots im Kanton Aargau

Übersicht des akutsomatischen stationären Angebots im Kanton Aargau <sup>10</sup>				
Spital	Umsatz in MCHF, 2016 <sup>11</sup>	Casemix-Index (CMI)	Anzahl stationäre Austritte	Anteil Zusatzversicherte
KSA	620	1.141	27'750	17.4 %
KSB	335	0.953	10'520	21.1 %
Hirslanden Aarau	157	1.233	10'879	45.3 %
Kreisspital für das Freiamt (Muri)	103	0.857	7'828	17.3 %
Gesundheitszentrum Fricktal Rheinfeldern und Laufenburg	101	0.767	8'208	22.3 %
Spital Zofingen	72	0.874	5'008	16.3 %
Klinik Barmelweid <sup>12</sup>	52	-	2'871	19.8 %
Asana, Spital Menziken	35	0.706	3'741	12.2 %
Asana, Spital Leuggern	34	0.684	4'143	11.4 %
Klinik Villa im Park	16	0.646	2'413	11.6 %

<sup>9</sup> Spitäler, welche 2018 einen Leistungsauftrag im Kanton Aargau in der Akutsomatik aufweisen (Spitalliste Kanton Aargau, Stand 1. Januar 2015).

<sup>10</sup> BAG (2018): Kennzahlen der Schweizer Spitäler, 2016

<sup>11</sup> Ertrag aus medizinischen Leistungen und Pflege + übriger Betriebsertrag + Beiträge, Subventionen, Defizitdeckung

<sup>12</sup> Als Spezial- und Rehabilitationsklinik erbringt die Klinik Barmelweid nur einen geringen Anteil des Umsatzes mit akutsomatischen Leistungen.



## Übersicht des akutsomatischen stationären Angebots im Kanton Aargau<sup>10</sup>

Klinik für Schlafmedizin, Bad Zurzach	5	-	43	37.2 %
Geburtshaus Storchenäsch	2	0.395	355	5.3 %

Das am Betriebsertrag gemessen grösste Spital innerhalb des Kantons ist das KSA (2016: 623 MCHF). Der Betriebsertrag des zweitgrössten Spitals, dem KSB ist um knapp die Hälfte kleiner (2016: 357 MCHF). Den höchsten CMI weist die Klinik Hirslanden Aarau mit 1.233 aus, gefolgt vom KSA mit 1.141. Diese beiden Marktteilnehmer, welche örtlich sehr nahe beieinanderliegen und in spezifischen Leistungsbereichen als Zentrumsspitaler fungieren, konkurrieren stark um zusatzversicherte Patienten. Die Hirslanden Klinik Aarau ist hierbei mit dem Anteil an Zusatzversicherten mit 45.3% äusserst erfolgreich, wohingegen das KSA mit 17.4 % eher im Mittelfeld angesiedelt ist und zu ausserkantonalen Vergleichsspitalern unterdurchschnittlich zu bewerten ist.

Die Zahl der Austritte in den Akutspitalern im Kanton Aargau betrug in 2016 88'022. 89.1 % der Fälle haben einen Wohnsitz innerhalb des Kantons. 9.2 % der im Kanton Aargau behandelten Personen stammen aus anderen Kantonen. Bei 1.7 % der stationär behandelten Personen handelt es sich um Ausländer.<sup>13</sup>

Das KSA sieht sich sowohl innerhalb als auch ausserhalb des Kantons Aargau einem hohen Wettbewerb ausgesetzt. Innerkantonal ist das KSB im Bereich der Grundversorgung der stärkste Konkurrent und grenzt das potentielle Einzugsgebiet im Osten des Kantons ein. Hinzu kommen zahlreiche kleinere sehr regional orientierte Spitaler im Kanton. Im westlichen Einzugsgebiet ist das ausserkantonale Kantonsspital Baselland im Bereich der Grundversorgung ebenfalls zu ergänzen. In der spezialisierten Leistungserbringung gibt es einzelne innerkantonale Wettbewerber, wie die Hirslanden in den Bereichen Herzchirurgie, welche in unterschiedlichen Leistungsbereichen in Konkurrenz zum KSA stehen.

Im akutsomatischen Spitalmarkt im Kanton Aargau ist ein gewisser Konsolidierungsdruck festzustellen. Dieser ist vor allem mit den staatlichen Regulierungsmassnahmen (vgl. Mindestfallzahlen) und den veränderten Abrechnungsstrukturen (vgl. DRG, Tarmed) zu begründen. Als Beispiel lässt sich die aktuell diskutierte Zusammenlegung der Chirurgie zwischen dem Gesundheitszentrum Fricktal und der Asana Gruppe, Spital Leuggern anführen.

Dieser Trend wird durch sozio-kulturelle Veränderungen, wie der steigenden Mobilität und der verbesserten Information des Patienten, weiter unterstützt und schafft ein aktiveres Wettbewerbsumfeld.

Ausserkantonal sind vor allem die universitären Leistungsanbieter in der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin zu erkennen. Für das KSA von hoher Relevanz sind hier das Universitätsspital Basel und das Universitäts-Kinderspital beider Basel. Darüber hinaus sind auch das Inselspital in Bern und das Universitätsspital Zürich Wettbewerber. Zudem wird die mögliche Fusion zwischen dem Universitätsspital Basel und dem Kantonsspital Baselland mit der Entstehung des Universitätsspitals Nordwest einen verstärkten Wettbewerb im westlichen Einzugsgebiet des KSA in unterschiedlichen Leistungsbereichen (Grund- und Zentrumsversorgung) bedeuten.

### 3.1.2.2. Aktuelle Nachfrage und Prognose

Der Kanton Aargau hat im Jahr 2016 eine Analyse der aktuellen als auch eine Prognose der zukünftigen Nachfrage nach stationären akutsomatischen Leistungen durchgeführt. Die Anzahl an stationären Fällen 2017 der Bevölkerung des Kantons Aargau in der Akutsomatik belief sich auf 96'020 (81 % innerkantonale und 19 %

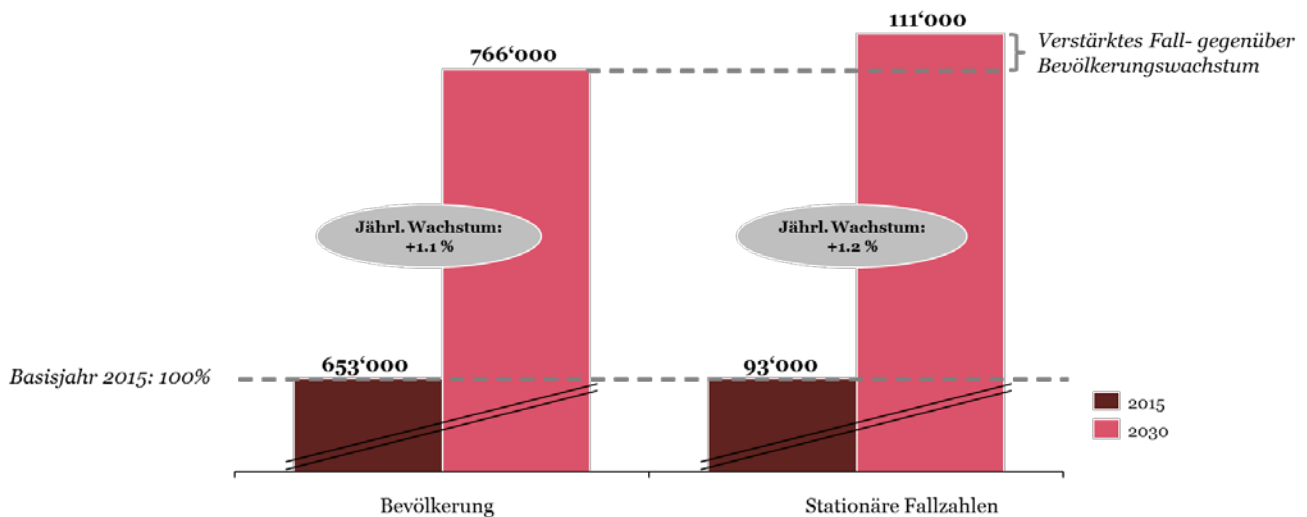
<sup>13</sup> BFS (2017): Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2016

ausserkantonale Behandlungen). Die grösste Abwanderung erfolge in die Kantone Zürich (7'334 Fälle), Basel (3'827 Fälle) und Basel Landschaft (1'510 Fälle).<sup>14</sup>

Aktuell liegt für den Kanton Aargau keine Bedarfsprognose für die Fallzahlenentwicklung innerhalb der nächsten Jahre vor. Aufbauend auf der detaillierten Bedarfsprognose des Kantons Zürich wurde aufgrund der vergleichbaren demographischen Entwicklung<sup>15</sup> ein moderates Fallwachstum von 19.3 % innerhalb Zeitperiode 2015 – 2030 (bei Bevölkerungswachstum von 17.3 %<sup>16</sup>) abgeleitet. Die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten unterscheiden sich aufgrund der 15-jährigen Zeitperiode nur sehr minimal mit 1.1 % Bevölkerungswachstum und 1.2 % stationärem Fallwachstum.<sup>17</sup>

Es wird somit angenommen, dass die Fallzahlen im Kanton Aargau sehr moderat wachsen, wobei sie weiterhin aufgrund des demographischen Wandels oberhalb des Bevölkerungswachstums liegen. Stärkere Wachstumspotentiale sind hingegen in der ambulanten Leistungserbringung aufgrund der oben genannten Trends festzustellen.

**Abbildung 4: Wachstumsprognose der Bevölkerung und der stationären Fallzahlen im Kanton Aargau, 2015 - 2030<sup>18</sup>**



<sup>14</sup> Weitere ausserkantonale Behandlungen: 5'348; Kanton Aargau (2018): Bereitgestellte Daten

<sup>15</sup> Zur Verfügung gestellter Bericht (2017): Markt- und Potentialanalyse Kantonsspital Aarau

<sup>16</sup> Kanton Aargau (2016): Strukturbericht Gesundheit 2016

<sup>17</sup> Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2016): Gesundheitsversorgung 2016

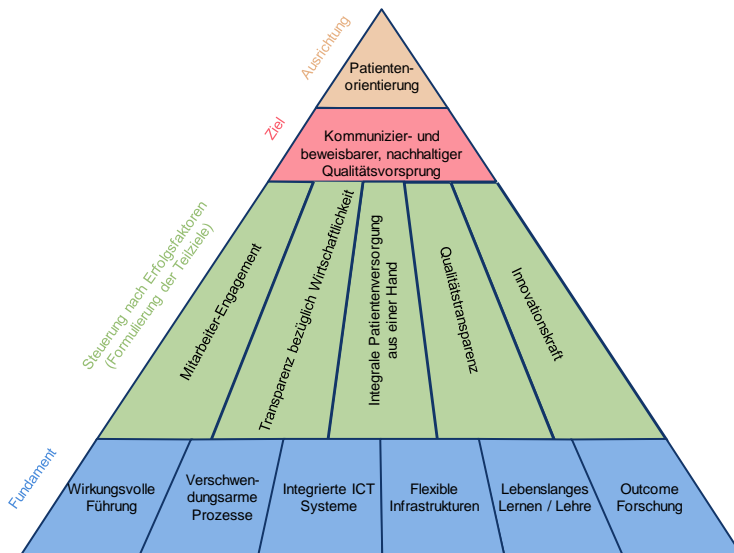
<sup>18</sup> Kanton Aargau (2016): Strukturbericht Gesundheit 2016; Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2016): Gesundheitsversorgung 2016

## 3.2. Interne Analyse

### 3.2.1. Strategie

Die Unternehmensstrategie des KSA leitet sich von folgendem Strategiehaus ab:

Abbildung 5: Unternehmensstrategie des KSA, 2016 - 2021<sup>19</sup>



Die Strategie des KSA ist von der Priorisierung von oben nach unten zu verstehen. So steht die Patientenorientierung im Fokus der strategischen Ausrichtung des KSA, welche eng mit einem angestrebten Qualitätsvorsprung des Leistungsangebots als Ziel verknüpft ist. Diese wird aufbauend auf verschiedenen Erfolgsfaktoren sichergestellt und gesteuert. Als Basis dienen in dieser konzeptuellen Darstellung unterschiedliche Voraussetzungen, welche für die Zielerreichung notwendig sind.

Als zentrale Zielgrösse, welche sowohl intern innerhalb «Transparenz bezüglich Wirtschaftlichkeit» gemäss Führungshaus des KSA als auch extern über die Eigentümerstrategie definiert wird, gilt die EBITDA-Marge. Diese ist auch Basis von zahlreichen strategischen Projekten im Bereich der langfristigen Ergebnisverbesserung.

Des Weiteren wird als Ziel das Patientenwachstum im ambulanten als auch im stationären Bereich angegeben. Zahlreiche weitere strategische Zielgrössen, wie beispielsweise der Anteil ambulanter Behandlungen am Ertrag, der Anteil zusatzversicherter Patienten, die verstärkte Zuweiserrolle aus überregionalem Einzugsgebiet und die Erhöhung der Patientenzufriedenheit, ergänzen die unterschiedlichen Stossrichtungen.

Insgesamt ist festzustellen, dass keine einheitliche sowie konsequente Unternehmensstrategie mit entsprechenden Initiativen und Massnahmen aus Sicht des KSA vorliegt.

<sup>19</sup> KSA (2016): Strategiereview KSA 2016

### 3.2.2. Angebot

Bezogen auf das Angebot verfolgt das KSA folgende Grundsätze:

**Tabelle 2: Grundsätze des Angebots des KSA<sup>20</sup>**

<b>Grundsätze - Angebot</b>	Positionierung als einziges Zentrumsspital mit <b>Endversorgerfunktion</b> unter Beibehaltung der sechs Zuteilungen in der hochspezialisierten Medizin (HSM) sowie universitärer Medizin im Kanton Aargau ist anzustreben.
	Die Schwerpunkte im Angebot sind <b>Gefäss, Trauma und Tumore</b> .
	Die enge Kooperation <b>mit dem Universitätsspital Basel</b> ist beizubehalten.
	Die Kooperationen mit <b>Menziken und Baden</b> sollen beibehalten werden.

Mit 28'327 stationären Fällen, 512'412 ambulanten Konsultationen in 2017 und Leistungsaufträgen in der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin gilt das KSA als Zentrumsspital mit Endversorgerfunktion. Das KSA verfügt über einen umfassenden Leistungsauftrag des Kantons Aarau sowie über Leistungsaufträge in spezialisierten Gebieten von sechs weiteren Kantonen. Dies sind Solothurn (26 Leistungsaufträge), Schwyz (12 Leistungsaufträge), Zug (7 Leistungsaufträge) sowie Nid- und Obwalden (je 4 Leistungsaufträge). In den drei gebildeten Schwerpunkten im Bereich der Onkologie, der Gefässmedizin und der Traumatologie kann sich das KSA wesentlich von anderen Spitälern abheben. Die Klinik für Allgemeine Innere Medizin trägt seit 2010 den Status einer universitären Klinik.

Die Wettbewerbsfähigkeit des KSA ist insgesamt als stark einzuschätzen. Dies ist vor allem mit der konstant hohen Auslastung<sup>21</sup> sowie einem über die Jahre andauernden Fallzahlenwachstum zu begründen. Im ersten Trimester 2018 belief sich die durchschnittliche Bettenauslastung des KSA auf 83.6 %. Ebenfalls ist die Patientenzufriedenheit gemäss ANQ-Befragung weiterhin hoch (97.4 % Qualität der Behandlung: ausgezeichnet, sehr gut und gut).<sup>22</sup> Lediglich im Bereich der Zusatzversicherten fällt das KSA hinter die in Aarau angrenzende Hirslanden Klinik zurück, was vor allem beim Anteil zusatzversicherter Patienten an den Gesamtfallzahlen zu erkennen ist.

#### Fallschwere

Der Casemix Index (CMI) beschreibt die durchschnittliche Schwere der Patientenfälle und somit die Komplexität der Behandlung. Das KSA wies in 2017 einen CMI von 1.149, was gegenüber dem Vorjahr einer Steigerung von 0.008 (2016: 1.141). Der stationäre Umsatz reagiert äusserst sensitiv auf die durchschnittliche Fallschwere. Eine Reduktion der durchschnittlichen Fallschwere um 0.01 führt im KSA zu Ertragseinbussen von 2.75 MCHF.<sup>23</sup>

Eine Gegenüberstellung des CMI von Deutschschweizer Spitäler mit über 250 Betten<sup>24</sup> zeigt, dass das KSA nach der Hirslanden Klinik in Zürich und des Kantonsspital St. Gallen die höchste durchschnittliche Fallschwere aufweist.

<sup>20</sup> KSA (2016): Strategiereview KSA 2016

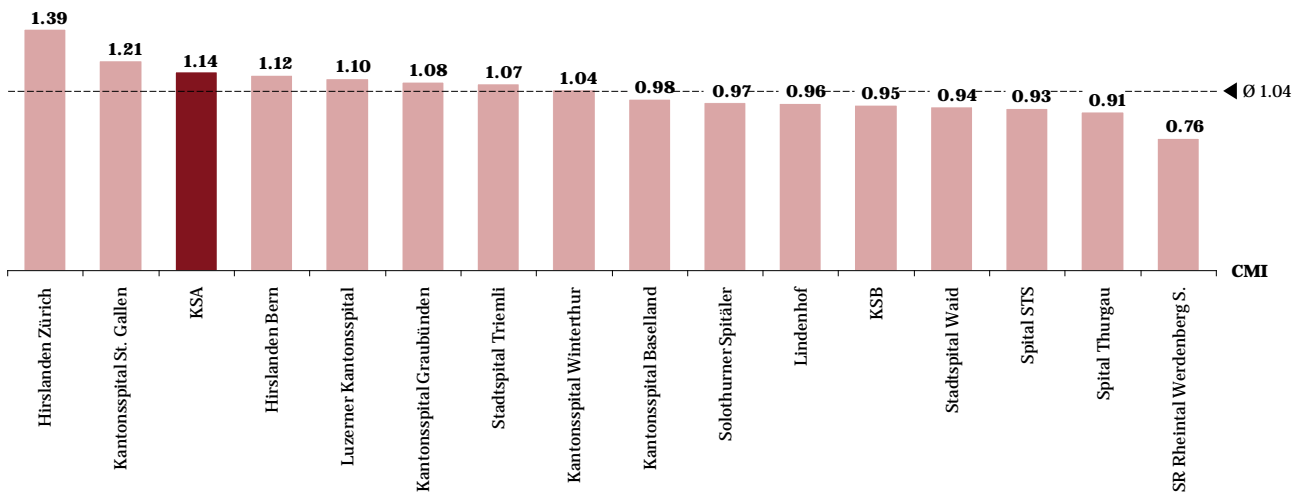
<sup>21</sup> Das KSA weist konstant wachsende Fallzahlen über die vergangenen Jahre auf bei nur unwesentlichen Änderungen an den Bettenzahlen. Daraus lässt sich eine steigende Auslastung ableiten (Fallzahlen: 2017: 28'327; 2016: 27'780; 2015: 27'443; 2014: 26'426 – Datengrundlage: Kennzahlen Schweizer Spitäler).

<sup>22</sup> KSA (2018): Geschäftsbericht 2017

<sup>23</sup> Herleitung: 0.01 x 9'700 CHF (Baserate) x 28'327 (stationäre Fälle 2017).

<sup>24</sup> Kategorie K112

**Abbildung 6: Fallschwere des KSA im Verhältnis zu den Vergleichsspitalern, 2016<sup>25</sup>**



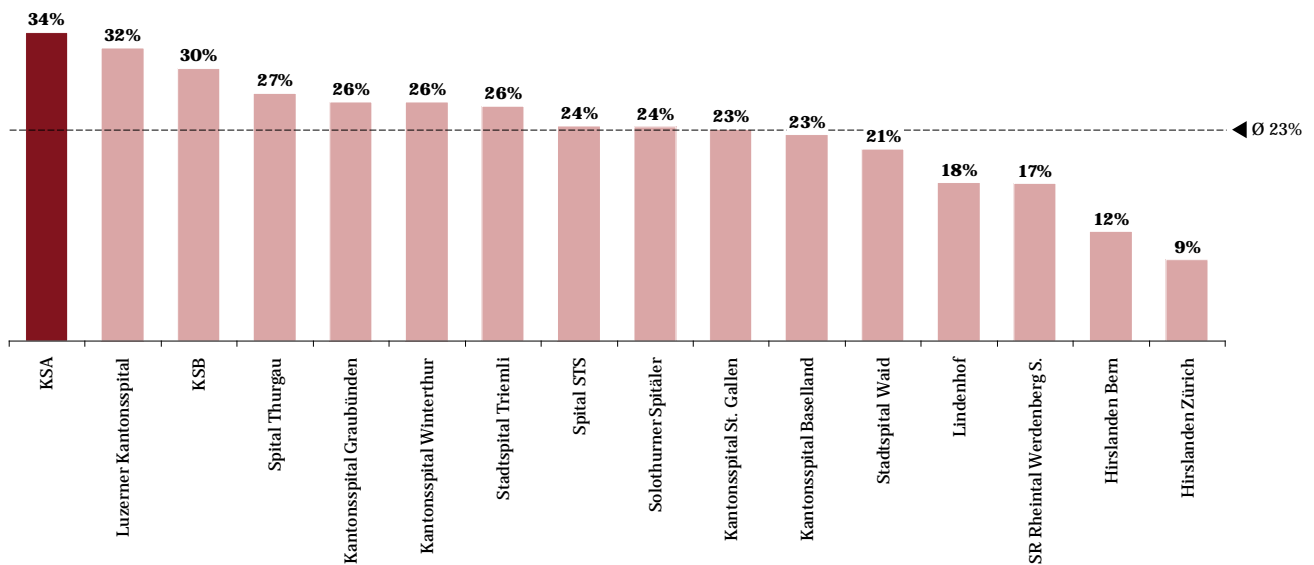
### **Ambulantisierungsgrad**

Das KSA hat in der Vergangenheit den ambulanten Bereich stark ausgebaut, was darauf hindeutet, dass es sich bereits heute nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ verhält. Mit einem ambulanten Ertragsanteil von 34.1 % weist das KSA den höchsten Ambulantisierungsgrad zu den Vergleichsspitalern auf. Somit liegt es über 10 Prozentpunkte oberhalb des Durchschnitts der Vergleichsgruppe. Das Ertragsverlustrisiko durch eine Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich ist im KSA deutlich geringer.<sup>26</sup> Allerdings deutet dies darauf hin, dass bereits heute ein wesentlicher Anteil der Leistungserbringung im niedriger vergüteten Bereich stattfindet.

<sup>25</sup> Kennzahlen Schweizer Spitäler 2016

<sup>26</sup> Ambulante Leistungen werden durchschnittlich niedriger vergütet als stationäre. Falls die Leistungen nicht in einer günstigeren Infrastruktur und entlang eines verschlankten Prozesses erbracht werden, kann eine Kostenunterdeckung resultieren.

Abbildung 7: Ambulantisierungsgrad des KSA im Verhältnis zu den Vergleichsspitälern, 2016<sup>27</sup>



### Angebotsstrategie

Das KSA hat in 2017 ein externes Beratungsunternehmen mit der Durchführung einer Markt- und Potenzialanalyse beauftragt. Die Analyse zeigte, dass sich im direkten Einzugsgebiet<sup>28</sup> des KSA knapp jeder zweite Patient (rund 45 %) im KSA behandeln lässt. Eine Angebotsstrategie liegt im KSA nur in Ansätzen vor. Strategische Zielsetzungen zur Gestaltung und Weiterentwicklung der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin, des ambulanten Geschäfts, der Forschung, des Angebots am Standort direkt am Bahnhof und der Zusammenarbeit mit der Tochtergesellschaft Spital Zofingen sind noch zu definieren.

### 3.2.3. Organisation

Die Geschäftsleitung des KSA setzt sich per April 2018 zusammen aus dem CEO, fünf ärztlichen Vertretern (Medizin, Chirurgie, Frauen und Kinder, Perioperative Medizin, Zentrale Medizinische Dienste), dem Präsidenten der Ärztekonzferenz, je einem Vertreter der Supportbereiche (Finanzen und Controlling, Betrieb, Pflege und MTTD, Personal) sowie dem CEO des Spitals Zofingen. Insgesamt umfasst die Geschäftsleitung zwölf Mitglieder.

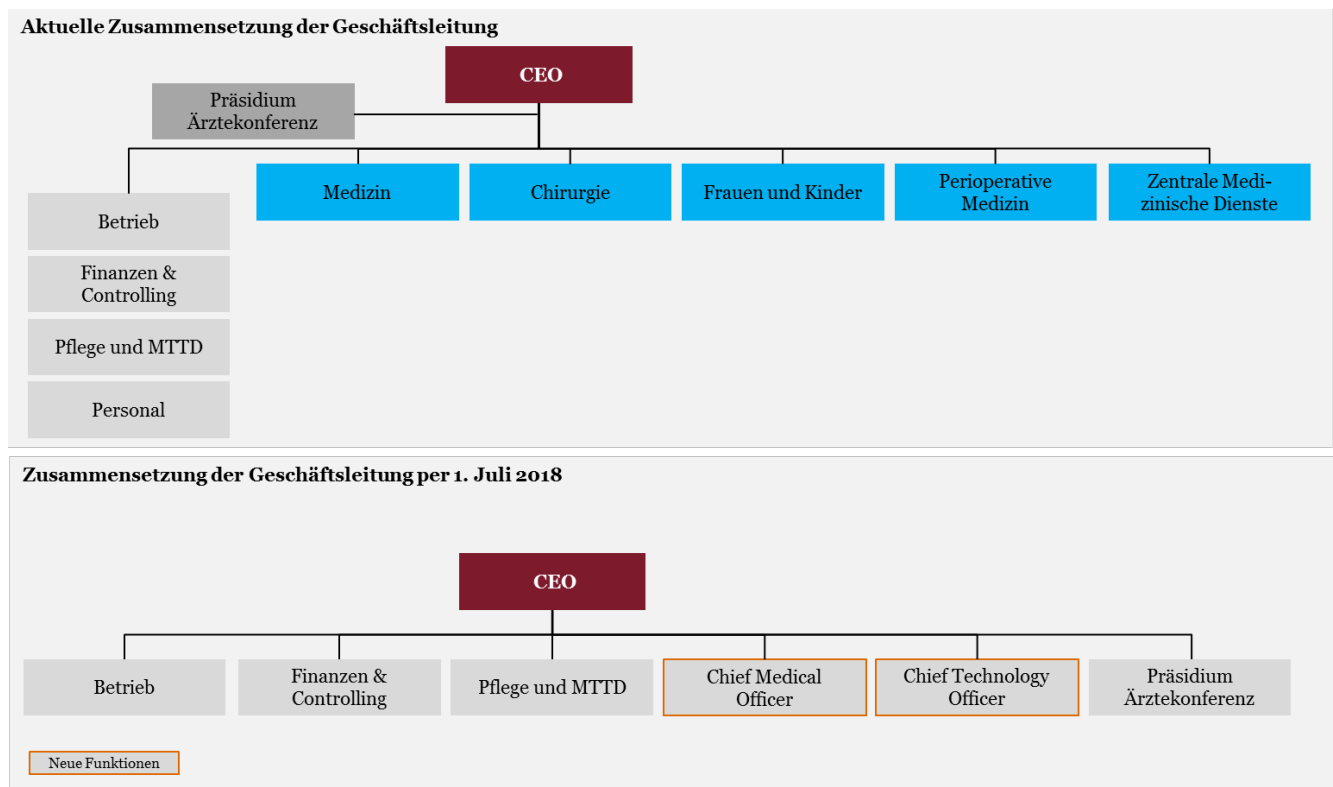
Per 1. Juli 2018 wird die Geschäftsleitung auf sieben Mitgliedern verkleinert und zusätzlich reorganisiert: Die neu geschaffene Funktion «Chief Medical Officer» ersetzt die fünf ärztlichen Bereichsleiter. Der Funktion wird die Linienverantwortung für die Ärzteschaft übertragen. Der Leitung Pflege & medizin-technische / -therapeutische Dienste (MTTD) wird per 1. Juli 2018 das gesamte Pflegepersonal unterstellt. Neu wird es einen «Chief Technology Officer» geben, welchem die Verantwortung über die technische Infrastruktur und Entwicklung übertragen wird. Die Funktion des Personalchefs wird künftig nicht mehr in der Geschäftsleitung vertreten sein.<sup>29</sup>

<sup>27</sup> Kennzahlen Schweizer Spitäler 2016 - (Für das KSB wurden aufgrund von mangelnder Datenbasis die 2015 Daten als Grundlage herangezogen)

<sup>28</sup> Als direktes Einzugsgebiet gilt die Region Westaargau. Dies wird im Anhang anhand einer Karte genauer erläutert.

<sup>29</sup> Medienmitteilung des KSA

**Abbildung 8: Zusammensetzung der Geschäftsleitung des KSA (Darstellung PwC)<sup>30</sup>**



Bei der Tochtergesellschaft, dem Spital Zofingen, wurden Ende 2017 die Verantwortlichkeiten neu geregelt. Der Verwaltungsrat, welcher mit demjenigen des KSA identisch war, setzt sich neu aus drei Geschäftsleitungsmitgliedern des KSA sowie einem Delegierten des Spitals Zofingen zusammen. Mit der Änderung soll die Zusammenarbeit und die Synergienutzung zwischen den beiden Spitalern gestärkt werden.

### **3.2.4. Personal**

Das KSA beschäftigt 4'475 Mitarbeitende (3'489 Vollzeitstellen; inkl. Ausbildungsstellen), davon 663 Vollzeitstellen in der Ärzteschaft (entspricht einem Anteil von 19 %) und 1'580 Vollzeitstellen in der Pflege (entspricht einem Anteil von 45 %) an.<sup>31</sup> Das KSA nimmt eine wichtige Stellung als Aus- und Weiterbildungsstätte ein. In 2016 waren rund 279 Assistenzärzte im KSA tätig. In 2017 sind 212 Publikationen in nationalen und internationalen Zeitschriften dem KSA zuzuschreiben.

Die 2016 durchgeführte Mitarbeiterbefragung wurde mit 15 grossen Akutspitalern verglichen. Das KSA erreichte bei den Themen „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ und „Arbeitsplatz“ einen Platz im besten Viertel. Die Beurteilung der „interdisziplinäre Zusammenarbeit“ liegt hingegen im unteren Mittelfeld. Alle anderen Bereiche platzieren sich im oberen Mittelfeld. Insgesamt lässt sich das Ergebnis der Befragung als gut zusammenfassen.

Auf Ebene Gesamtspital hat in den Bereichen „weitere Leistungen des Arbeitgebers“, „Aus-/Weiterbildung“ und „Führung“ die Zufriedenheit minimal abgenommen. Sehr kritisch wurden allerdings die Fragen nach „Bekanntheit des Betrieblichen Gesundheitsmanagements“ und der „aktuellen psychischen und nervlichen Belastung am Arbeitsplatz“ beurteilt. Auch die Fragen „trotz gutem Job-Angebot im KSA bleiben“ und „Gedanken über Stellenwechsel“ wurden eher kritisch bewertet.

<sup>30</sup> Website KSA (2018)

<sup>31</sup> KSA Geschäftsbericht 2017

### **3.2.5. Infrastruktur**

Die medizinische Versorgung des KSA erfolgt dezentral in 46 Gebäude, welche sich auf dem Spitalareal mit einer Fläche von 175'054 m<sup>2</sup> in der Nähe des Bahnhofs befinden. Die Inbetriebnahme der Gebäude ist auf die Jahre 1887 bis 1997 zurückzuführen, womit einzelne Gebäude über 130 Jahre alt sind. Die Übertragung der Immobilien vom Kanton Aargau an das KSA erfolgte im Jahr 2012 im Zuge der neuen Spitalfinanzierung.

Die rund 30 Kliniken sind in 17 der 46 Gebäude unterbracht, die Bettenstationen sind auf sechs Häuser verteilt. Die Distanzen zwischen den einzelnen Häusern sind teilweise sehr gross, was zu ineffizienten Prozessabläufen führt und folglich hohe Kosten verursacht. Aufgrund der dezentralen und in die Jahre gekommene Infrastruktur sind in vielerlei Hinsicht die Anforderungen eines modernen Spitals nicht mehr gegeben.<sup>32</sup> Seit 2012 besitzt das KSA einen Standort direkt am Bahnhof Aarau, in welchem unter anderem eine Hausarztpraxis, eine Frauen- und Kinderarztpraxis, die Dermatologie und die Angiologie betrieben werden.

Das KSA plant auf dem bestehenden Spitalareal ein Neubauprojekt mit maximal 500 Betten. Der heute auf viele Gebäude verteilte Klinikbetrieb soll künftig in einer neuen, modernen Infrastruktur zusammengeführt werden. Das Neubauprojekt steigert die Attraktivität für Patienten und erhöht die Effizienz in Prozessabläufen. Das Projekt wird über den Kapitalmarkt finanziert, wobei der Investitionsbedarf bei 600 MCHF liegt. Das Projekt befindet sich zum heutigen Zeitpunkt in der ersten Wettbewerbsstufe. Ein konkretes Bauprojekt soll bis 2019 vorliegen.<sup>33</sup>

### **3.2.6. Kooperationen / Partnerschaften**

Das KSA verfügt über verschiedene strategische Partnerschaften in horizontaler (andere akutsomatische Spitäler) wie auch vertikaler (vor- und nachgelagerter Bereich) Richtung. Der wichtigste Partner für das KSA ist das KSB. Das KSB verfolgt aus Sicht des KSA eine autonome Wachstumsstrategie und orientiert sich gleichzeitig zunehmend nach Zürich – dies erhöht die Zielkonflikte in der Zusammenarbeit.

Grundsätzlich strebt das KSA an, mit unterschiedlichen Akteuren und Institutionen im Gesundheitswesen des Kantons und der Region Nordwestschweiz Kooperationen einzugehen und zu bewirtschaften. Die strategische Ausrichtung, welche das KSA im Hinblick auf unterschiedliche Kooperationen verfolgt, wird künftig in einem Strategiedokument, welches sich in Erarbeitung befindet, festgehalten. Als primäres Ziel dieser Kooperationsstrategie sollen Massnahmen zur Ergebnissteigerung für den gesamten KSA-Konzern stehen.

Einige Kooperationspartner sind bereits etabliert. Dazu gehören das KSB (Kardiologie, Orthopädie, Radioonkologie, etc.), mit dem der Kanton das KSA zur Zusammenarbeit anhält, und die Psychiatrischen Dienste Aargau (PDAG), welche als ebenfalls kantonales Unternehmen psychiatrische Leistungen abdecken, die das KSA selbst nicht erbringt.

Andere Spitäler im Kanton Aargau in peripheren Regionen wie das Asana Spital Menziken (Zusammenarbeit in der ambulanten Kardiologie, Neurologie und Onkologie), das Gesundheitszentrum Fricktal und das Kreisspital für das Freiamt Muri kooperieren mit dem KSA aufgrund der geographischen Situation, wobei in jenen Standorten Fachkräfte des KSA vorwiegend als Leistungserbringer auftreten. Auch mit privaten Anbietern werden Kooperationen eingegangen, bspw. für Einsätze von Kardiologen des KSA an der Hirslanden Klinik Aarau. Hinzukommen weitere Kooperationen im Bereich der Rehabilitation, wie beispielsweise mit dem Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil und der Rehaklinik Bellikon sowie der Krebsliga Aargau.

Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Universitätsspitalern gibt es eine lange Geschichte einer Kooperation zwischen dem KSA und dem Universitätsspital Basel, mit welchem ein strategischer Rahmenvertrag und diver-

<sup>32</sup> Botschaft Zentralspital, KSA Präsentation

<sup>33</sup> ksa.ch und KSA Geschäftsbericht 2017



se operative Einzelkooperationen bestehen (Neurologie, Neurochirurgie, Hämatologie, etc.). Ebenso pflegt das KSA eine enge Kooperation mit der Universität Basel. Die Zusammenarbeit mit anderen Universitätsspitalern (Universitäts-Kinderspital beider Basel, Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich) hängt vielmals mit speziellen Leistungsaufträgen (z.B. HSM Viszeral, HSM Lungentransplantation, HSM Pädiatrische Onkologie) oder speziellen Einsatzgebieten (Hyperthermie) zusammen.<sup>34</sup>

Seit Mai 2018 ist das KSA Kooperationspartner im Netzwerk Rare Diseases Nordwest und Zentralschweiz. Diese Kooperation umfasst die Zusammenarbeit mit den Spitalern Kantonsspital Baselland, Luzerner Kantonsspital, Universitäts-Kinderspital beider Basel sowie Universitätsspital Basel und soll sich auf die Behandlung von Patienten mit seltenen Erkrankungen spezialisieren.<sup>35</sup>

### **3.2.7. Tarife**

Das KSA erbringt seine stationären Leistungen seit 2016 zu einer Baserate von 9'700 CHF. Gegenüber 2012 hat sich der stationäre Tarif deutlich reduziert. In 2012 lag die Baserate noch bei 9'875 CHF, resp. bei 10'350 CHF für Patienten von HSK und Assura/Supra und in 2015 bei 9'825 CHF. Gegenüber Vorjahren unterscheidet sich heute die Höhe der Baserate des KSA nicht mehr vom KSB.

Der ambulante Bereich wird mit einem Taxpunktwert von 0.89 CHF abgegolten.

Zur Sicherstellung der Forschung und der universitären Lehre, für Spezialaufgaben und zur Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen dürfen die Kantone GWL ausrichten. Die kantonalen Beiträge belaufen sich im KSA für das Jahr 2018 auf 6.43 MCHF. Sie setzen sich wie folgt zusammen:

- 4.0 MCHF für die Weiterbildung von Assistenzärzten,
- 1.8 MCHF für den Betrieb der Sanitätsnotrufzentrale,
- 0.6 MCHF für die Bereitstellung von interdisziplinären Kinderschutzgruppen sowie
- 0.03 MCHF für den geschützten Operationssaal (GOPS).

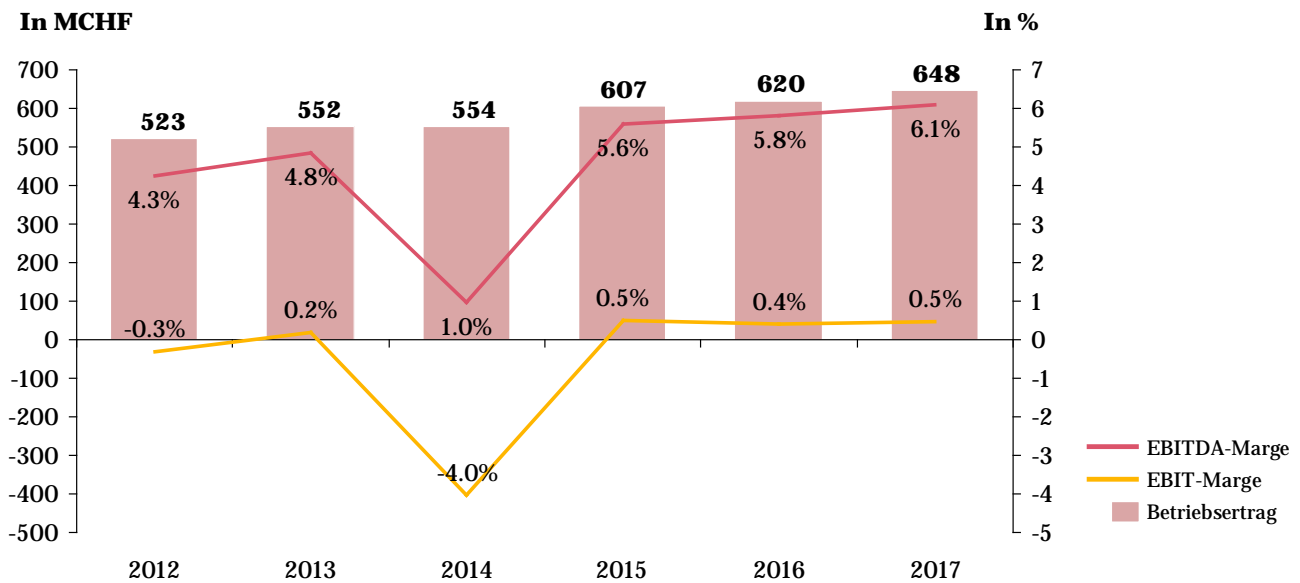
### **3.2.8. Finanzielle Lage**

Das KSA erzielte in 2017 einen Umsatz von 648 MCHF, während sich der Betriebsaufwand auf 608 MCHF belief. Hinzu kamen Abschreibungen, Finanzergebnisse und betriebsfremde Aufwände in Höhe von 38 MCHF. Die EBITDA-Marge belief sich in 2017 auf 6.1 %, die EBIT-Marge auf 0.5 %. Es resultierte ein Reingewinn von 2.0 MCHF. Trotz der leichten Verbesserung gegenüber den Vorjahren ist die Profitabilität weiterhin tief. Vom Eigentümerziel einer EBITDA-Marge von 10 %, ist das KSA weit entfernt. Ohne Korrekturmassnahmen wird die TARMED-Revision die Rentabilität weiter reduzieren. Vor dem Hintergrund des geplanten Neubaus und der damit einhergehenden Fremdkapitalaufnahme ist eine Verbesserung der Profitabilitätssituation für das KSA essentiell. Das KSA ist sich dessen finanzieller Lage bewusst und in 2017 ein umfassendes Ergebnisverbesserungsprojekt gestartet. Als Zieleinsparung wurden für das Jahr 2018 12 MCHF definiert (die dahinter stehenden Massnahmen sind in Kapitel 4.2.2 ausgeführt).

<sup>34</sup> Durch das KSA zur Verfügung gestellte Informationen

<sup>35</sup> ksa.ch, Netzwerk und Kooperationen

**Abbildung 9: Entwicklung des Umsatzes, EBITDA- und EBIT-Marge des KSA, 2012 - 2017<sup>36</sup>**



Die Eigenkapitalquote hat sich mit der Fremdkapitalaufnahme zwischen 2014 und 2017 von ca. 57.0 % auf 51.0 % reduziert. Hinsichtlich der Eigentümerstrategie (vgl. Kapitel 4.1) kann die Vorgabe durchgehend erfüllt werden. Wie in Kapitel 4.1.2 aufgeführt, erachten wir die Zielvorgabe für die Eigenkapitalquote von 50.0 % als zu hoch und empfehlen die Reduktion des Minimalwertes auf 20.0 %.

Aus Konzernsicht spielt das Ergebnis des Spitals Zofingen mit einem Umsatzanteil von ca. 10% eine untergeordnete Rolle. Dennoch ist zu bemerken, dass die EBITDA-Marge des Spitals Zofingen mit 4.4 % in 2017 unterhalb der Marge des KSA liegt und somit die Profitabilität auf Konzernstufe negativ beeinflusst. In 2017 generierte das Spital Zofingen einen Verlust von -1.4 MCHF.

### **3.3. Zusammenfassung der internen und externen Analyse**

Der Spitalmarkt der Nordwestschweiz befindet sich in einem dynamischen Umfeld und ist zahlreichen regulatorischen, wirtschaftlichen, technischen und sozio-kulturellen Trends ausgesetzt, welche den Markt für stationäre und ambulante Leistungserbringung verändern werden. Eine hohe Agilität in der Spitalführung ist somit unerlässlich.

Nachfrageseitig wächst der stationäre Markt in der Nordwestschweiz nur langsam. Hingegen ist im ambulanten Bereich mit verstärkter Nachfrage zu rechnen. Die Verlagerung von stationär zu ambulant sollte sowohl als Chance für neue Leistungsangebote als auch gleichzeitig als Gefahr für die Profitabilität wahrgenommen werden.

Angebotsseitig befindet sich das KSA innerkantonal wie auch ausserkantonal in einem kompetitiven Wettbewerbsumfeld, welches sich weiter verschärfen wird. Der daraus resultierende Konsolidierungsdruck stellt eine Chance für das KSA dar, sich verstärkt als Zentrumsversorger im Kanton Aargau zu positionieren.

Finanziell betrachtet bleiben in der gesamten Branche die EBITDA-Margen ungenügend und unterhalb der langfristig für akutsomatische Spitäler notwendigen 10 %. Das KSA liegt mit einer EBITDA-Marge von 6.1 % im Schweizer Mittel. Vor dem Hintergrund des geplanten Neubaus ist für das KSA eine Verbesserung der Profitabilitätssituation essentiell. Die Ertragskraft wird negativ beeinflusst durch den hohen Ambulantisierungsgrad

<sup>36</sup> KSA: Geschäftsberichte der Jahre 2013 bis 2017

und den niedrigen Anteil an zusatzversicherten Patienten (vgl. Kapitel 3.1: Hirslanden Klinik Aargau als Wettbewerber). Hinzu kommen verstärkt externe Faktoren wie die im kantonalen Vergleich niedrigen Beiträge für GWL und für das KSA als Endversorger niedrige Baserate. Dem KSA fehlen eine konsequente Unternehmensstrategie sowie eine gezielte Angebotsstrategie. Letztere würde auch erlauben, finanziell unattraktive Bereiche besser zu steuern. Infrastrukturell scheinen die Pavillonbauten eine effiziente Leistungserbringung nicht zu unterstützen.

Veränderungen im dynamischen Spitalmarkt (vgl. Kapitel 3.1) führen dazu, dass Partnerschaften zunehmend kritische Erfolgsfaktoren für Spitäler werden. Das KSA verfügt über keine detaillierte Kooperationsstrategie. Diese ist erst in Erarbeitung. Verpasst das KSA den Zeitpunkt, neue Geschäftsmodelle mit Partnerschaften zu prüfen und zu entwickeln, besteht das Risiko, die Positionierung im Markt empfindlich zu schwächen. Intern liegt zudem ein Plan für eine stärkere Integration der 100 %igen Tochter Spital Zofingen sowie deren neue Ausrichtung vor (vgl. auch Kapitel 4.2.1.6). Diese sollte rasch umgesetzt werden.

Das KSA weist auf der Führungsebene einen anstehenden Reorganisationsprozess auf. Dies wird in Zukunft für weitere Entscheidungen und Effizienzverbesserungen von hoher Relevanz sein.

# 4. Beurteilung

Nachfolgend findet die Beantwortung der vierzehn Fragestellungen gemäss Kapitel 2.3 statt. Jede Fragestellung wird thematisch eingeleitet, beurteilt sowie die Kernaussagen in einem Fazit zusammengefasst.

## 4.1. Eigentümerstrategie

Der Kanton Aargau verfügt über Beteiligungen aus verschiedenen Branchen, an welche er Aufgaben überträgt. Im Gesundheitswesen besteht eine Alleineigentümerschaft am KSA, KSB und an den PDAG. Im Anhang findet sich eine Übersicht mit den wesentlichen Kennzahlen der drei Spitäler.

Die Richtlinien zur Public Corporate Governance (PCG-Richtlinien) des Kantons Aargau regeln das Verhältnis zwischen dem Kanton als Eigentümer und seinen Beteiligungen, legen die kantonalen Steuerungsinstrumente für die Beteiligungen fest und umfassen Anforderungen, die sich an die Beteiligungen richten.<sup>37</sup> Die PCG-Richtlinien legen Folgendes zur Eigentümerstrategie fest (Ziff. 14):

- i. Der Regierungsrat erstellt für jede Beteiligung im 1. und 2. Kreis unter Einbezug der Beteiligung eine längerfristig ausgerichtete Eigentümerstrategie. Sie dient als Grundlage der Beziehung zwischen Kanton und Beteiligung.
- ii. Die Eigentümerstrategie enthält Ziele, die sich an die Beteiligung richten, und Stossrichtungen, die das beabsichtigte Vorgehen des Kantons mit der Beteiligung umfassen.

Im folgenden Abschnitt werden die vergangenen zwei Eigentümerstrategien des KSA (5. März 2014 und 8. Juni 2016) analysiert, um Veränderungen in den Zielsetzungen und den neuen Anreizstrukturen für das KSA aufzuzeigen. Es soll verdeutlicht werden, welches Steuerungspotential von Seiten des Kantons über die Eigentümerstrategie auf das KSA ausgewirkt werden kann.

Die aktuelle Eigentümerstrategie von 2016 zur Beteiligung am KSA ist öffentlich verfügbar. Sie hat grundsätzlich eine Gültigkeit für vier Jahre. Die Eigentümerstrategie von 2014 wurde uns zugänglich gemacht.

In den Eigentümerstrategien zum KSA sind folgende strategischen und finanziellen Ziele definiert:

<sup>37</sup> Regierungsrat des Kantons Aargau: Richtlinien zur Public Corporate Governance, 18. September 2013

**Abbildung 10: Auszug der Zielsetzungen aus den Eigentümerstrategien am KSA (Darstellung PwC)**

	Eigentümerstrategie vom 5. März 2014	Eigentümerstrategie vom 8. Juni 2016
Strategische Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenarbeit mit Dritten zur Koordination, Konzentration und Synergienutzung</li> <li>• Ausrichtung der Investitionstätigkeit auf zukunftsfähige Strukturen</li> <li>• Prüfen von sinnvollen Beteiligungen an Dritten sowie von Dritten</li> </ul>	<p><b>Leistungsziele</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewährleistung eines optimalen Behandlungspfads im Sinne einer integrierten Versorgung</li> <li>• Leistungen, bei denen eine ambulante Behandlung möglich ist, werden ambulant erbracht</li> <li>• Gewährleistung konstant hoher Qualität</li> <li>• Genügende Ausbildungsleistung im nicht-universitären Bereich</li> </ul> <p><b>Infrastrukturziele</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investitionsplanung mit Ausrichtung auf zukunftsfähige Aufgaben</li> </ul> <p><b>Ziele zu Kooperation, Synergienutzung und Konzentration</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das KSA geht Beteiligungen an Dritten ein</li> <li>• Koordination der medizinischen Leistungen mit dem KSB</li> <li>• Koordination der hochspezialisierten Versorgung mit KSB</li> </ul> <p><b>Stossrichtungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenarbeit mit geeigneten Regionalspitälern</li> <li>• Koordination der medizinischen Leistungen mit KSB zuerst über Synergierat, anschliessend durch den Kanton über die Spitalliste</li> </ul>
Finanzielle Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauerhaft positives Jahresergebnis</li> <li>• Kontinuierliche Verbesserung der Wirtschaftlichkeit</li> <li>• 20 % des Bilanzgewinns des Konzerns oder Verzinsung des Aktienkapitals mit durchschnittlichem Zinssatz auf 8-jähriger Kantonsanleihe. Auszuschütten ist der tiefere Betrag, jedoch mind. 3.5 % des Aktienkapitals.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EBITDA-Marge <math>\geq 10\%</math></li> <li>• REKOLE <math>\geq 0</math> Franken</li> <li>• Cash Ratio <math>&gt; 20\%</math></li> <li>• Quick Ratio <math>&gt; 100\%</math></li> <li>• Current Ratio <math>&gt; 200\%</math></li> <li>• Eigenkapitalquote <math>\geq 50\%</math></li> <li>• 30 % des Bilanzgewinns des Konzerns oder Verzinsung des Aktienkapitals mit durchschnittlichem Zinssatz auf 8-jähriger Kantonsanleihe in der Bandbreite von 1.5 % - 3.5 %. Auszuschütten ist der tiefere Betrag.</li> </ul>

Zwischen der aktuellen Fassung und der vorhergehenden Eigentümerstrategie von 2014 sind wesentliche Unterschiede erkennbar. Die aktuelle Eigentümerstrategie ist deutlich umfangreicher.

### Strategische Ziele

Die Eigentümerstrategie am KSA von 2014 beinhaltete im Wesentlichen drei strategische Ziele im Bereich Kooperation, Infrastruktur und Beteiligung. In der aktuellen Eigentümerstrategie wurden diese Zielsetzungen um Weitere ergänzt. Zusätzlich wurden im Bereich der ambulanten Leistungserbringung, der Qualität sowie der Ausbildung Zielsetzungen definiert.

### Finanzielle Ziele

In der Eigentümerstrategie von 2014 wurden qualitative (kontinuierliche Verbesserung der Wirtschaftlichkeit) wie auch quantitative Ziele (dauerhaft positives Jahresergebnis) festgelegt. In der Eigentümerstrategie von 2016 finden sich ausschliesslich quantitative Ziele, wobei die Kennzahlen als Minimalwerte festgelegt sind. Die aktuelle Eigentümerstrategie stellt höhere Anforderungen an das KSA als die vorgängige Strategie. Einerseits wurden die Rentabilitätszielsetzungen angehoben (EBITDA-Marge  $\geq 10\%$  versus kontinuierliche Verbesserung der Wirtschaftlichkeit), andererseits finden sich in der gegenwärtigen Eigentümerstrategie zusätzlich Liquiditätskennzahlen (die drei Liquiditätsgrade Cash Ratio, Quick Ratio und Current Ratio) sowie eine Verschuldungskennzahl (Eigenkapitalquote), deren Grenzwerte einzuhalten sind. Zudem wurde der Anspruch auf die Ausschüttung einer Dividende leicht angehoben (30 % des Bilanzgewinns anstelle von 20 %; gleichzeitig wurde jedoch der Mindestzinssatz auf dem Aktienkapital von 3.5 % auf 1.5 % gesenkt, vgl. Abbildung 16).

Der Verwaltungsrat des KSA weist daraufhin, dass mit der aktuellen Baserate und der bestehenden Infrastruktur das EBITDA-Ziel nicht erreichbar ist.

### 4.1.1. Zielerreichung

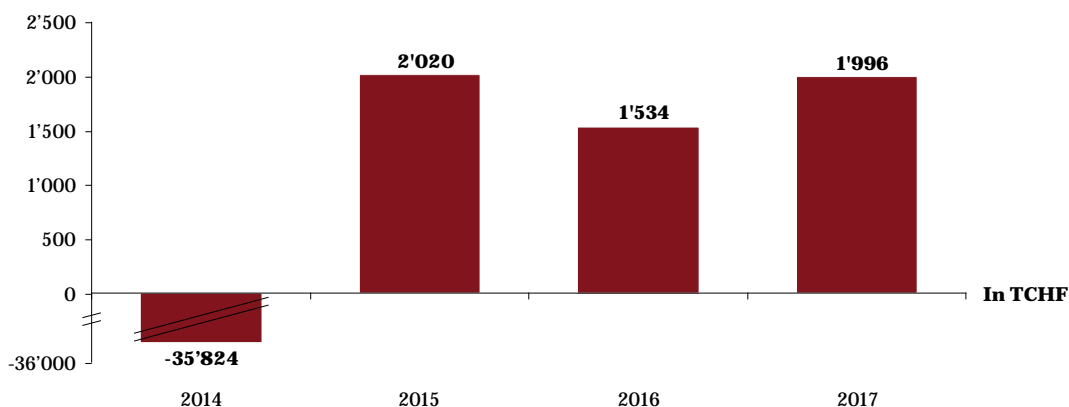
Im Folgenden wird auf Basis der Eigentümerstrategie die Erreichung der finanziellen Ziele für die Jahre 2014 bis 2017 beurteilt. Die finanziellen Ziele der Jahre 2014 und 2015 orientieren sich an der abgelösten Fassung der Eigentümerstrategie; für die Jahre 2016 und 2017 sind die Ziele der aktuellen Eigentümerstrategie relevant. Zur Vergleichbarkeit wurde die Zielerreichung der Jahre 2014 bis 2017 auf Basis von beiden Fassungen beurteilt.

#### Eigentümerstrategie vom 5. März 2014

##### 1. Zielsetzung: Dauerhaft positives Jahresergebnis

PwC interpretiert die zeitliche Dimension „dauerhaft“ als jährlich per Geschäftsabschluss zu erreichendes Ziel. Im Betrachtungszeitraum 2014 – 2017 konnte die Anforderung nicht vollumfänglich erfüllt werden. In 2014 wurde mit einem Verlust von 36 MCHF das Ziel sehr deutlich verfehlt.

Abbildung 11: Entwicklung des Jahresergebnisses des KSA, 2014 - 2017<sup>38</sup>



##### 2. Zielsetzung: Kontinuierliche Verbesserung der Wirtschaftlichkeit

Die Wirtschaftlichkeit ist gegeben, wenn die Erträge höher als die Kosten liegen und somit das Ergebnis  $> 0$  ist. Eine kontinuierliche Verbesserung impliziert, dass das Ergebnis fortwährend gesteigert werden kann. Wie in Abbildung 11 dargestellt, ist das Jahresergebnis starken Schwankungen ausgesetzt. Ein Trend zur kontinuierlichen Verbesserung ist nicht erkennbar. Das Ziel wurde für die Jahre 2014 – 2016 verfehlt. Zwischen 2016 und 2017 hat sich die Wirtschaftlichkeit verbessert.

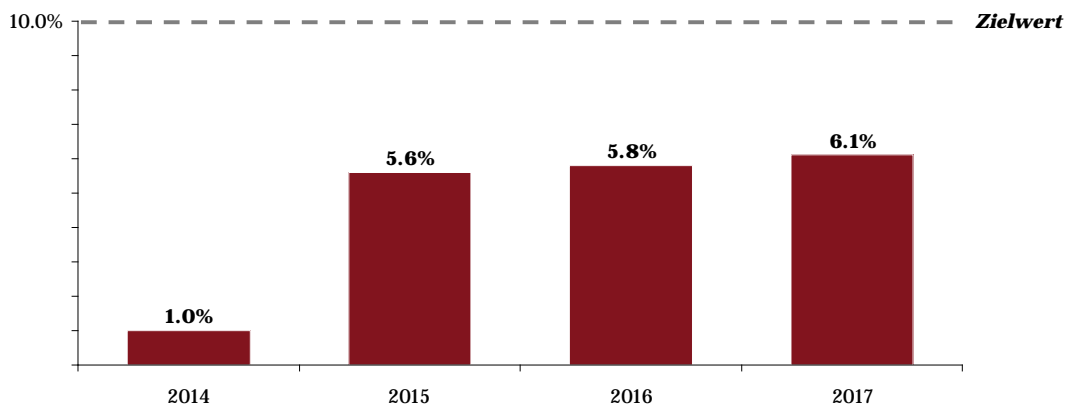
#### Eigentümerstrategie vom 8. Juni 2016

##### 1. Zielsetzung: EBITDA-Marge $\geq 10\%$

Das Ziel, eine EBITDA-Marge von mindestens 10 % zu erreichen, wurde zwischen 2014 und 2017 sehr deutlich bis deutlich verfehlt. Für die Erreichung der Zielsetzung müsste sich die Marge knapp verdoppeln.

<sup>38</sup> KSA: Geschäftsberichte der Jahre 2014 bis 2017

**Abbildung 12: Entwicklung der EBITDA-Marge des KSA, 2014 - 2017<sup>39</sup>**



**2. Zielsetzung: REKOLE Ergebnis  $\geq$  0 Franken**

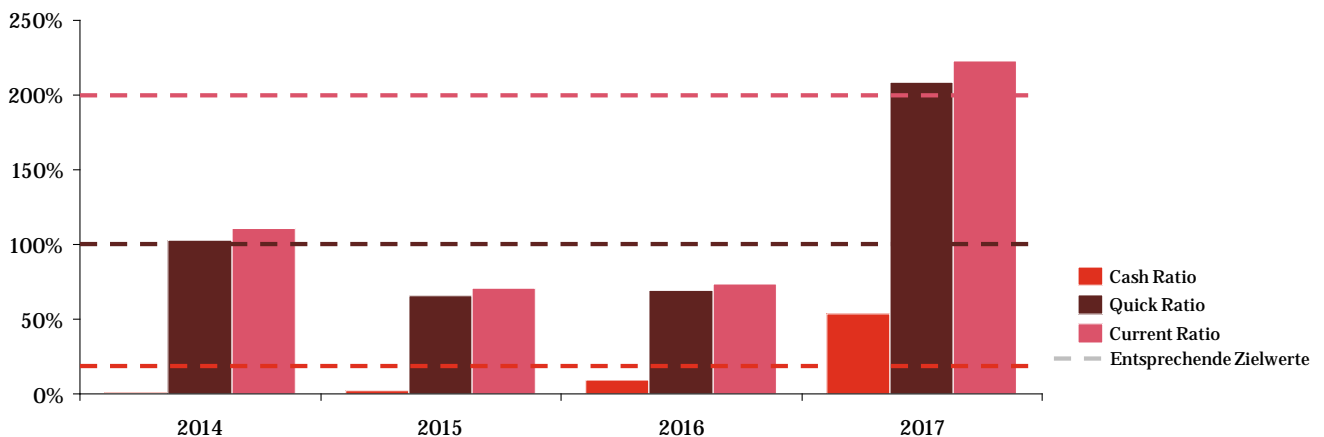
Es liegen keine Informationen zur Beantwortung der Zielerreichung vor.

**3. Zielsetzung: Cash Ratio > 20 %, Quick Ratio > 100 % und Current Ratio > 200%**

Zwischen 2014 und 2016 wurden die Vorgaben hinsichtlich der Liquiditätskennzahlen nicht erfüllt (mit Ausnahme der knapp erreichten Zielvorgabe zum Quick Ratio in 2014).

Aufgrund der Finanzierungstätigkeiten im Jahr 2017 konnten die flüssigen Mittel um 23.3 MCHF erhöht werden. In diesem Zusammenhang wurden die bestehenden kurzfristigen Finanzverbindlichkeiten durch langfristige Finanzverbindlichkeiten abgelöst. Als Folge dieser Finanzierungstätigkeiten konnten die Liquiditätskennzahlen im Jahr 2017 deutlich verbessert werden. Dies führte dazu, dass die drei Zielvorgaben zur Liquidität im Jahr 2017 vollumfänglich erfüllt wurden.

**Abbildung 13: Entwicklung Cash Ratio, Quick Ratio und Current Ratio des KSA, 2014 - 2017<sup>40</sup>**



**4. Zielsetzung: Eigenkapitalquote  $\geq$  50%**

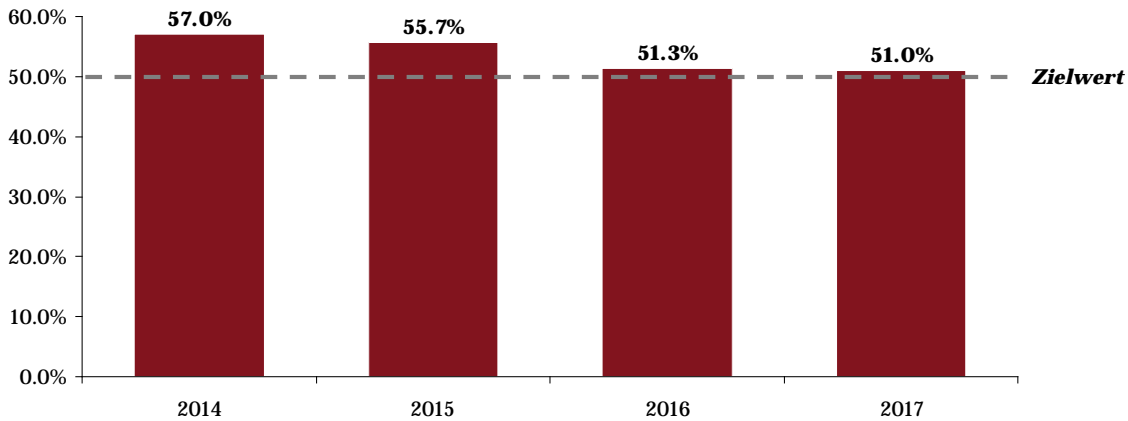
Die Zielvorgaben zur Eigenkapitalquote sind durchgehend zwischen 2014 und 2017 erfüllt. Im Zeitverlauf ist jedoch ein Abwärtstrend erkennbar. Zwischen 2014 und 2017 wurde die Eigenkapitalquote um sechs Prozentpunkte geschmälert. Die Eigenkapitalquote grenzt heute mit 51.0 % sehr nahe an der Mindestanforderung des

<sup>39</sup> KSA: Geschäftsberichte der Jahre 2014 bis 2017

<sup>40</sup> KSA: Geschäftsberichte der Jahre 2014 bis 2017

Kantons von 50 %. Sobald das KSA das Neubauprojekt umsetzt und Fremdkapital aufnimmt, wird sich die Bilanzkennzahl signifikant verschlechtern. Bereits die Aufnahme von 15 MCHF Fremdkapital würde zu einer Unterschreitung der Zielvorgabe führen (Zum Vergleich beträgt das Fremdkapital heute 247 MCHF).

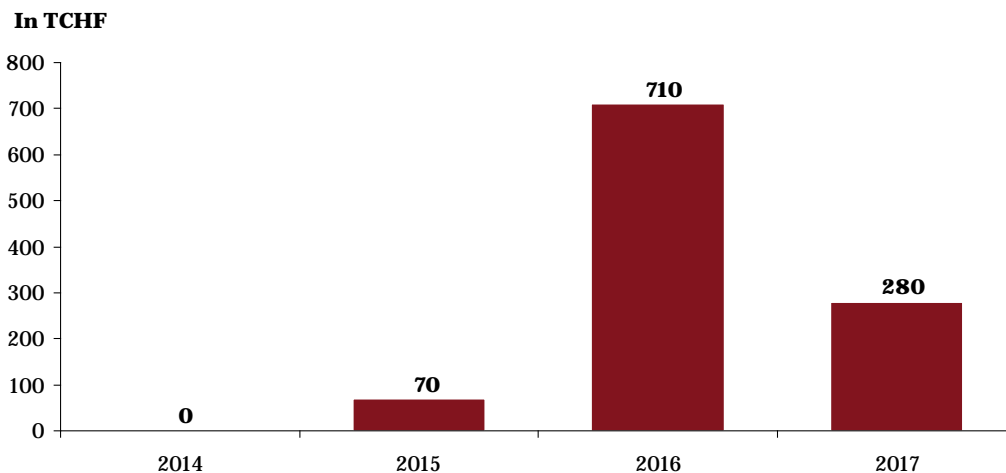
**Abbildung 14: Entwicklung Eigenkapitalquote des KSA, 2014 - 2017<sup>41</sup>**



### 5. Zielsetzung: Ausschüttung einer Dividende

Gemäss Eigentümerstrategie basiert die Berechnung der Dividendenhöhe auf dem Ergebnis gemäss Geschäftsbericht und unter Berücksichtigung der Zinsstatistik der Schweizerischen Nationalbank, wobei die Ausschüttung retrospektiv erfolgt. Für 2014 erfolgte keine Gewinnausschüttung (in 2015). Für 2015 wurde aufgrund des positiven Ergebnisses eine Dividende von 70 TCHF ausgezahlt. In den übrigen zwei Jahren liegt die Ausschüttung bei 710 TCHF (für 2016), resp. 280 TCHF (für 2017 – noch nicht ausgezahlt). Der Dividendenzahlung kam das KSA folglich mehrheitlich nach.

**Abbildung 15: Entwicklung der Dividenden des KSA, 2014 - 2017<sup>42</sup>**



<sup>41</sup> KSA: Geschäftsberichte der Jahre 2014 bis 2017

<sup>42</sup> KSA: Geschäftsberichte der Jahre 2014 bis 2017



### **Welches sind die Gründe für das Verfehlen der Zielvorgabe?**

Wie in Kapitel 3.1.1 erläutert liegt die EBITDA-Marge des KSA im Schweizer Durchschnitt von Spitälern mit über 250 Betten. Im Vergleich zum KSB, welches die Zielvorgabe zur EBITDA-Marge von 10 % stets erreicht hat, steht das KSA deutlich schlechter da.

Das konstante Unterschreiten einer EBITDA-Marge von 10 % ist auf exogene wie auch auf endogene Faktoren zurückzuführen. Die wesentlichen Faktoren sind folgende:

- Die Leistungsabgeltung im KSA ist im Vergleich zu anderen Spitälern tief. Dies betrifft die Baserate als auch die Beiträge für GWL (vgl. Kapitel 3.2.7).
- Das KSA weist einen tiefen Anteil von zusatzversicherten Patienten auf (vgl. Kapitel 3.1). Dies ist teilweise auch darauf zurückzuführen, dass sich direkt neben dem KSA die Privatklinik Hirslanden befindet, welche für das Kundensegment eine stärkere Marktposition innehält.
- Ein wesentlicher Grund liegt in den vorhandenen betrieblichen Ineffizienzen sowie in den hohen Lohnkosten beim Kaderpersonal der Ärzteschaft. Eine detaillierte Analyse zu den Ineffizienzen im Kontext der rentabilitätskritischen Einflussgrößen findet in Kapitel 4.2.1 statt.

### ***4.1.2. Angemessenheit***

In folgendem Kapitel wird die Angemessenheit der definierten Zielsetzungen gemäss Eigentümerstrategie beurteilt. Die Würdigung erfolgt im Kontext der gesundheitspolitischen Gesamtplanung des Kantons Aargau sowie unter Berücksichtigung von anerkannten Grundsätzen der Public Corporate Governance und von Best Practice Lösungen im Gesundheitswesen. Die Beurteilung zeigt Stärken und Schwächen sowie allfällige Lücken auf. Es werden auftragsgemäss die strategischen Zielsetzungen (Kapitel 4.1.2.1) sowie die finanziellen Ziele (Kapitel 4.1.2.2) evaluiert.

Einerseits ist bei der Festlegung der Ziele zu berücksichtigen, welchen (negativen) Einfluss deren Erreichungsstreben auf andere Kenngrößen der Spitalführung hat. Die Verfolgung eines strategischen Ziels im Rahmen der Führung eines Unternehmens kann nicht isoliert betrachtet werden, da völlige Neutralität zwischen mehreren strategischen Zielen die Ausnahme bildet. Das Anstreben eines strategischen Ziels hat Einfluss auf die Erreichung weiterer Ziele und Kennzahlen; im positiven Fall begünstigen sie sich, im negativen Fall behindern sie sich. Ziel einer Eigentümerstrategie ist die Wahrung der Eigeninteressen, ohne dabei die Flexibilität in der Unternehmensführung zu gefährden und den Gestaltungsraum zu sehr einzuschränken.

#### ***4.1.2.1. Strategische Ziele***

Auf Basis der Dokumentenanalyse, von Gesprächen und in Anlehnung an Best Practice Lösungen resultieren folgende Feststellungen:

1. Die Zahl der strategischen Ziele ist sehr umfangreich. Dem dynamischen Umfeld, in welchem sich das Gesundheitswesen befindet, ist in der Eigentümerstrategie Rechnung zu tragen. Die Zielsetzungen sollten langfristig Gültigkeit haben und den Gestaltungsspielraum des KSA im Markt nicht einschränken. Es wird deshalb empfohlen, die unter Leistungsziele sowie auch unter Infrastrukturziele definierten Zielsetzungen zu entfernen. Diese Ziele sollten bestmöglich in der Unternehmensstrategie Eingang finden.
2. Die Eigentümerstrategie sollte sich ausschliesslich auf die Rolle des Kantons als Eigentümer des KSA fokussieren. Die Ziele sind aus Sicht des Eigners festzulegen und nicht aus Sicht als Versorgungsplaner und Leistungsbesteller. In der aktuellen Fassung besteht die Gefahr der Vermischung der unterschiedlichen Aufgaben des Kantons. Für Anforderungen hinsichtlich des ambulanten Leistungsangebots, der Qualität und der Ausbildung sollten andere Instrumente genutzt werden. Überschneidungen sind zu vermeiden.

3. Der Kanton ist Alleineigentümer vom KSA als auch vom KSB, für welches eine vergleichbare Eigentümerstrategie formuliert ist. Zur Koordination der medizinischen Leistungen zwischen den beiden Kantonsspitalern wurde der Synergierat geschaffen, was als positiv zu beurteilen ist. Der Synergierat erfüllt heute jedoch seine Zwecke für die Synergienutzung zwischen den beiden Spitalern aus Sicht des KSA und des Kantons nicht. Die Wirkung des Rats ist unbefriedigend. In einzelnen spezialisierten Leistungsgebieten sowie auch in der hochspezialisierten Medizin ist die Abstimmung zwischen den beiden Spitalern aus Sicht des KSA unzureichend, da teilweise divergierende Interessen vorliegen. Es werden nur Kooperationen umgesetzt, welche beide Gesellschaften besserstellen. Es empfiehlt sich, die Zielsetzung entweder wegzulassen oder klare Zielvorgaben zu definieren, welche die beiden Spitäler zur Kooperation verpflichten, sobald kumuliert über beide Unternehmen Vorteile resultieren. Die Zielvorgabe des Eigentümers könnte so ausgestaltet werden, dass die Bemessungsgrundlage auf dem *kumulierten* Ergebnis der beiden Gesellschaften beruht. Eine weitere Möglichkeit stellt eine vertraglich geregelte Verteilung von Synergievorteilen zwischen den beiden Unternehmen dar. Das heisst, würde ein Unternehmen von einer Kooperation profitieren und das andere nicht, würde der Vorteil des einen Unternehmens anhand eines klaren Regelwerks ausgeglichen (Ausgleichszahlung). Diese Variante orientiert sich an einem «Shared Economic Interest» Ansatz.
4. Das KSA nimmt eine bedeutende Rolle als Endversorger ein und unterscheidet sich hierbei in der Leistungserbringung vom KSB. Es empfiehlt sich, diese Funktion als Endversorger in der Eigentümerstrategie zu verankern.
5. Der Zielerreichungsgrad ist zu beurteilen und festzuhalten. Wir empfehlen die Etablierung eines klar definierten Prozesses für das Beteiligungscontrolling. Das «klassische» Controlling ist dem KSA zu überlassen. Bei einem Unterschreiten von Grenzwerten und somit in Ausnahmesituationen kann jedoch von Seiten des Eigentümers Handlungsbedarf bestehen. Das Kontrollsystem ist so zu gestalten, dass Sanierungsmassnahmen für eine zukunftsgerichtete Erfolgslenkung definiert und eingeleitet werden. Die Berichterstattung vom KSA an den Kanton soll in definierten Situationen in zeitlicher und inhaltlicher Dimension erhöht werden können. Insbesondere während der Investitionsphase wird eine engere Begleitung des KSA durch den Kanton Aargau empfohlen.

#### 4.1.2.2. Finanzielle Ziele

##### Exkurs

In Bezug auf die Art der finanziellen Ziele kann zwischen **qualitativ** (z.B. Sicherstellung der Kapitalmarktfähigkeit) oder **quantitativ** (z.B. EBITDA-Marge) **formulierten Zielen** unterschieden werden.

Bei den quantitativen Zielen kann die Kennzahl als verbindlicher *Grenzwert* im Sinne eines Minimalwertes oder Maximalwertes definiert werden, der grundsätzlich eingehalten werden muss. Werden beide Grenzwerte definiert bzw. vorgegeben, entsteht eine Bandbreite, in welcher sich die Kennzahlen bewegen dürfen. Werden die Grenzwerte nicht eingehalten, sind in der Regel Konsequenzen oder Sanktionen vorgesehen.<sup>43</sup> Die Kennzahl kann jedoch auch als ein *Richtwert* definiert werden. Richtwerte sollen eingehalten und erreicht werden, sie haben jedoch vor allem eine Orientierungs- und Leitfunktion. Eine Nichteinhaltung führt in der Regel nicht unmittelbar zu Konsequenzen oder Sanktionen.

Weiter können quantitative Ziele nach ihrer zeitlichen Dimension in drei Formen unterschieden werden:

- Jährlich zu erreichende Grenzwerte oder Richtwerte;
- Durchschnittswert über eine gewisse Zeitperiode z.B. vier Jahre;
- Kein expliziter Zeitbezug z.B. langfristiger Durchschnitt.

<sup>43</sup> Mögliche Konsequenzen sind im Rahmen des Beteiligungscontrollings situationsbedingt festzulegen. Sie führen zu einer engeren Begleitung durch den Eigentümer. Im Extremfall kann der Eigentümer die Abwahl des Verwaltungsrats einfordern.

Bei der Festlegung **der Höhe** der finanziellen Ziele sind zwei Elemente zu berücksichtigen:

- **Signalwirkung:** Hat eine finanzielle Kennzahl einen sehr hohen und somit anspruchsvollen Richtwert, wird dadurch der Stellenwert der Wirtschaftlichkeit im Rahmen der Spitalführung erhöht. Dies kann zu Anpassungen in der Strategie, Positionierung oder dem Leistungsportfolio führen und somit das medizinische Angebote für die Bevölkerung im Einzugsgebiet beeinflussen.
- **Umfeld der verselbständigten Einheit:** Bei der Festlegung von finanziellen Kennzahlen für die Steuerung von verselbständigten Einheiten sollte das Umfeld, in welchem eine Unternehmung agiert, berücksichtigt werden. So ist zu differenzieren zwischen Einheiten mit einer (quasi) Monopolstellung und jenen, deren Aufgaben durch den Markt gesteuert werden<sup>44</sup>. Dies soll sicherstellen, dass die von der Eigentümerstrategie betroffenen Spitäler die notwendigen Freiräume haben, um ihr Unternehmen langfristig erfolgreich zu führen. Dabei ist die 2012 in Kraft getretene KVG-Revision zu berücksichtigen, wonach nach aktueller Auffassung von einem regulierten Wettbewerb gesprochen werden kann und die Differenzierung in private und öffentliche Spitäler (Trägerschaft) aufgrund der Spitalliste an Bedeutung verliert.

### Beurteilung

Die finanziellen Ziele der gegenwärtigen Eigentümerstrategie werden nachfolgend inhaltlich in folgende drei Bereiche gegliedert und einzeln beurteilt:

- Rentabilitätskennzahlen
- Liquiditätskennzahlen
- Bilanz- und Verschuldungskennzahlen

### Rentabilitätskennzahlen

In der gegenwärtigen Fassung der Eigentümerstrategie sind die EBITDA-Marge sowie das REKOLE Betriebsergebnis als Kennzahlen zur Rentabilität verankert.

Zielsetzung	Definition der Kennzahl
EBITDA-Marge $\geq 10\%$	$\frac{\text{EBITDA} \cdot 100}{\text{Umsatz}}$
REKOLE $\geq 0$ Franken	Jahresergebnis – kalkulatorische Abschreibungen, Zinsen und Mieten

Der EBITDA berechnet sich als Differenz aus den Gesamterträgen und den Personal- und Sachkosten. Dabei dürfen in den Sachkosten keine Abschreibungen und Kapitalkosten enthalten sein. Die EBITDA-Marge wiederum analysiert das Verhältnis zwischen Profitabilität (i.e. EBITDA) und dem Gesamtertrag.

Die EBITDA-Marge stand im Fokus mehrerer PwC-Studien und stellt mittlerweile eine zentrale Kennzahl bei der Beurteilung der finanziellen Leistungsfähigkeit eines Spitals dar. Mit dem erwirtschafteten EBITDA muss ein Spital sowohl die Abschreibungen als auch die Zinsen auf dem Fremdkapital decken. Mittel- bis langfristig müssen die Spitäler somit genügend Mittel erwirtschaften, um die notwendigen Anlagenutzungskosten finanzieren zu tragen. Ein tiefer EBITDA kann zu einem negativen Reingewinn 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. Die EBITDA-Marge ist

<sup>44</sup> Bericht des Bundesrates zur Auslagerung und Steuerung von Bundesaufgaben (Corporate Governance Bericht), 13.09.2006

somit ein massgeblicher Faktor für die Profitabilität, Liquidität und finanzielle Stabilität eines Spitals und hat dementsprechend für den Eigentümer eine grosse Relevanz. Es ist deshalb empfehlenswert, die EBITDA-Marge als finanzielle Kennzahl in die Eigentümerstrategie aufzunehmen. Den Zielwert von 10 % beurteilen wir als angemessen, da dieser Wert gemäss unserer Berechnung erforderlich, um die Finanzierung der betriebsnotwendigen Anlagen zu ermöglichen.<sup>45</sup> Wir empfehlen, die Kennzahl als Richtwert festzulegen. Richtwerte sollen eingehalten und erreicht werden. Sie haben jedoch vor allem eine Orientierungs- und Leitfunktion. Eine Nichteinhaltung führt in der Regel nicht unmittelbar zu Konsequenzen oder Sanktionen.

Mit der Kennzahl zum REKOLE<sup>46</sup> Betriebsergebnis, welche als zweite Zielgrösse zur Rentabilität in der Eigentümerstrategie verankert ist, werden die Anforderungen an das KSA hinsichtlich einer rentablen Leistungserbringung erhöht. Im Vergleich zur EBITDA-Marge wird die Zielsetzung zusätzlich von kalkulatorischen Abschreibungen und Zinsen beeinflusst. Abhängig von der Höhe dieser kalkulatorischen Kosten kann die Zielsetzung des REKOLE Betriebsergebnis deutlich verfehlt werden, obwohl unter Berücksichtigung der EBITDA-Marge eine profitable Betriebsführung vorliegt. Kalkulatorische Kosten sind dann hoch, wenn

- a) das Anlagevermögen gross und/oder
- b) die Instandsetzung der einzelnen Anlageobjekte weit zurück liegt.

Mit der Auswahl des REKOLE Betriebsergebnisses als Zielgrösse wird somit der Anreiz geschaffen, das Anlagevermögen zu minimieren oder Reinvestitionen voranzutreiben und somit alte Anlagen mit hohen kalkulatorischen Kosten durch neue zu ersetzen. Dies kann sich negativ auf andere Kenngrössen der Spitalführung auswirken. Die geschaffenen Anreize sind für den Eigentümer nicht zwingend sachdienlich. Wir empfehlen vor diesem Hintergrund von der Integration der Kennzahl in die Eigentümerstrategie abzusehen.

### Liquiditätskennzahlen

In der Eigentümerstrategie sind alle drei Kennzahlen zum Liquiditätsgrad verankert.

Zielsetzung	Definition der Kennzahl
<b>Cash Ratio &gt; 20 %</b>	$\text{Cash Ratio} = \text{Liquiditätsgrad I} = \frac{\text{Liquide Mittel} * 100}{\text{kurzfristige Verbindlichkeiten}}$
<b>Quick Ratio &gt; 100 %</b>	$\text{Quick Ratio} = \text{Liquiditätsgrad II} = \frac{(\text{Liquide Mittel} + \text{kurzfristige Forderungen}) * 100}{\text{kurzfristige Verbindlichkeiten}}$
<b>Current Ratio &gt; 200 %</b>	$\text{Current Ratio} = \text{Liquiditätsgrad III} = \frac{\text{Umlaufvermögen} * 100}{\text{kurzfristige Verbindlichkeiten}}$

Die Liquiditätsgrade lassen eine Aussage zur jederzeitigen Zahlungsfähigkeit eines Unternehmens zu. Die Fähigkeit, den fälligen Zahlungsansprüchen jederzeit Folge zu leisten, gilt als wichtige unternehmerische Rahmenbedingung, deren Nichteinhalten die Existenz ernsthaft bedrohen kann.

<sup>45</sup> PwC (2017): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016

<sup>46</sup> REKOLE gilt als anerkannter Branchenstandard des betrieblichen Rechnungswesens und wurde von H+ entwickelt. REKOLE sieht die Überschreibung des betriebsnotwendigen Anlagevermögens vor, ausgedrückt in den kalkulatorischen Anlagenutzungskosten.

Die Aufnahme der drei Liquiditätsgrade als Zielgrößen in die Eigentümerstrategie ist aus folgenden Gründen nicht empfehlenswert:

- Die drei Kennzahlen bilden die *dispositive* Liquidität ab. Die Kennzahlen basieren somit auf einem *bestandsorientierten* Konzept und bringen zum Ausdruck, inwieweit die zu einem bestimmten Zeitpunkt vorhandenen flüssigen oder geldnahen Mittel ausreichen, um die kurzfristig erwarteten Zahlungsverpflichtungen zu erfüllen. Aufgrund dieser Bestandsorientierung eignen sich die Kennzahlen nicht für die strategische Führung des Spitals.
- Die Liquidität beschäftigt sich mit der jederzeitigen Zahlungsfähigkeit und setzt eine laufende Überwachung voraus. Die laufende Überwachung ist Aufgabe der Unternehmensführung.
- Genügende Zahlungsmittel sind zwar eine notwendige, nicht aber hinreichende Voraussetzung für den Erfolg. Langfristig wird das Rentabilitätsziel höher als die Liquiditätssicherung eingestuft.

### Bilanz- und Verschuldungskennzahlen

In der aktuellen Eigentümerstrategie ist die Eigenkapitalquote als finanzielle Kennzahl verankert. Zudem ist eine Gewinnausschüttung vorgesehen.

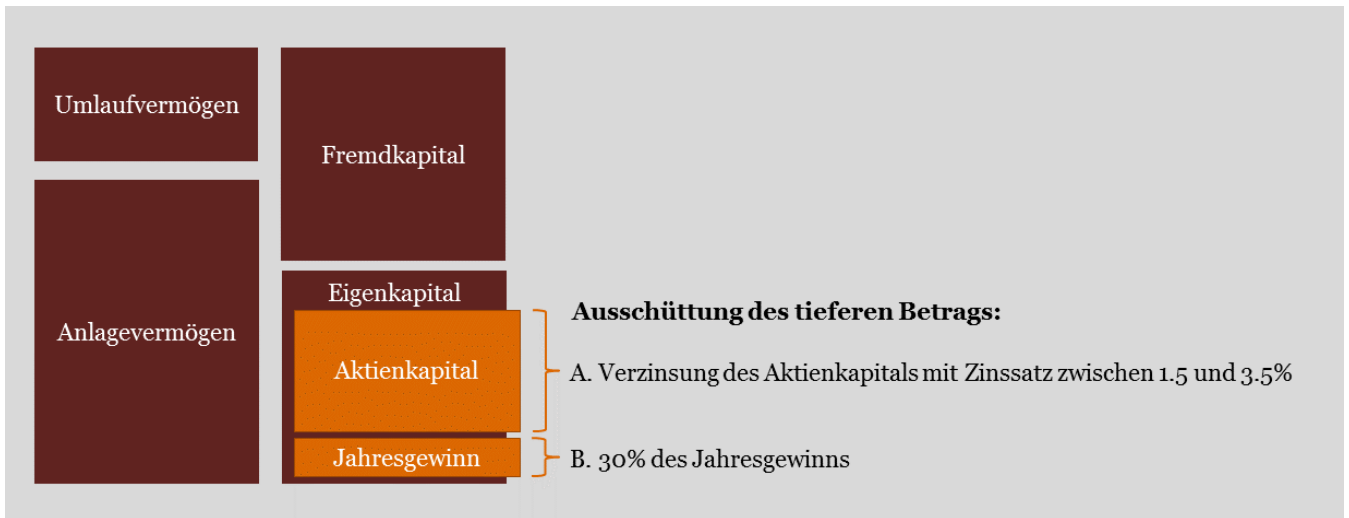
Zielsetzung	Definition der Kennzahl
<b>Eigenkapitalquote <math>\geq 50</math> %</b>	$\text{Eigenkapitalquote} = \frac{\text{Eigenkapital} * 100}{\text{Gesamtkapital}}$
<b>Ausschüttung Dividende</b>	30 % des Bilanzgewinns des Konzerns oder Verzinsung des Aktienkapitals mit durchschnittlichem Zinssatz auf 8-jähriger Kantonsanleihe in der Bandbreite von 1.5 % - 3.5 %. Auszuschütten ist der tiefere Betrag.

Die Eigenkapitalquote zeigt das Verhältnis zwischen Eigenkapital und Gesamtkapital und gibt Auskunft über die Kapitalstruktur eines Unternehmens. Die Eigenkapitalquote gilt als Indikator für die Widerstandskraft und Stabilität eines Spitals und ist somit ein zentrales Kriterium bei der Beurteilung von dessen Bonität bzw. Kreditwürdigkeit. Je höher die Eigenkapitalquote, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass allfällige Jahresverluste über einen längeren Zeitraum finanziell getragen werden können. Zudem ist eine hohe Eigenkapitalquote mit einer niedrigen Fremdkapitalquote und tendenziell mit einem niedrigen Netto Verschuldungsfaktor verbunden. Die Eigenkapitalquote ist häufig ein Covenant in Kreditverträgen.

Es ist empfehlenswert, die Eigenkapitalquote als finanzielle Kennzahl in die Eigentümerstrategie aufzunehmen, da die Grösse einen massgeblichen Faktor für die finanzielle Stabilität und Bonität eines Spitals darstellt. Als langfristigen Zielwert empfehlen wir die Reduktion der Anforderungen auf einen Richtwert von 35 % und den Minimalwert auf 20 % festzulegen. Die Herabsetzung des Zielwerts erlaubt dem KSA mehr Handlungsspielraum. Dieser ist mit den bevorstehenden Investitionstätigkeiten im Rahmen des Um- und Neubaus zentral. Bereits heute wird die Zielsetzung mit einer Eigenkapitalquote von 51 % nur knapp erreicht (vgl. Kapitel 4.1.1). Im Zuge des Umbaus wird sich die Quote durch die Aufnahme von Fremdkapital stark reduzieren.

Die Eigentümerstrategie sieht die Ausschüttung einer Dividende vor. Die Zielsetzung unterliegt folgendem Regelwerk:

**Abbildung 16: Regelwerk zur Gewinnausschüttung gemäss Eigentümerstrategie von 2017 (Darstellung PwC)**



Die Dividendenzahlung entschädigt Anleger für das getragene Risiko. Vor diesem Hintergrund ist der Anspruch auf eine Gewinnausschüttung durchaus legitim. Ein Vergleich der Regelung zur Gewinnausschüttung zwischen den Beteiligungen des Kantons Aargau führt zu folgender Erkenntnis:

- Im Gesundheitswesen ist die Zielsetzung identisch. Sowohl das KSB als auch die PDAG entrichten ebenfalls eine Dividende.
- In der Bildungsbranche wird bei interkantonalen Konkordaten keine Gewinnausschüttung gefordert. Beim aktiengesellschaftlich organisierten Schulverlag Plus bestehen Anforderungen an eine Gewinnausschüttung, welche höher als im Gesundheitswesen liegen.
- Sofern eine Regelung zur Gewinnausschüttung bei Beteiligungen aus anderen Branchen besteht, so gelten im Vergleich zum Gesundheitswesen höhere Anforderungen an die Gewinnausschüttung (bis zu 60% des Bilanzgewinns).

**Abbildung 17: Regelung zur Dividendenausschüttung (ausgewählte Kantonsbeteiligungen)**

Beteiligungsgesellschaft	Regelung hinsichtlich Gewinnausschüttung
<b>Gesundheitswesen</b>	
KSB	30 % Bilanzgewinn oder Verzinsung von Aktienkapital mit 1.5 – 3.5 %
PDAG	30 % Bilanzgewinn oder Verzinsung von Aktienkapital mit 1.5 – 3.5 %
<b>Aus anderen Branchen (keine abschliessende Liste)</b>	
<b>Bildung</b>	
Fachhochschule Nordwestschweiz	keine Gewinnausschüttung
Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik	keine Gewinnausschüttung
Interkantonale Polizeischule Hitzkirch	Keine Gewinnausschüttung
Schulverlag Plus	Ausschüttung: 30 – 50 % des Bilanzgewinns (Dividende sollte 3 – 5 % des Aktienkapitals entsprechen)
<b>Infrastruktur und Transport</b>	
NSNW AG	Ausschüttung von mindestens 65 % des Bilanzgewinns solange das Eigenkapital mind. 50 % der Bilanzsumme beträgt, ab einem Eigenfinanzierungsgrad von 70% ist eine Kapitalrückzahlung an die Eigentümer zu prüfen
Limmattalbahn AG (LTB)	Keine Gewinnausschüttung
Schweizer Salinen AG	Ausschüttung: 40 – 60 % des Bilanzgewinns sowie 100 % der ausserordentlichen Erfolge aus dem Immobiliengeschäft
<b>Energie</b>	
AEW Energie AG	Ausschüttung von 50 – 70 % der Dividendenerträge der Axpo Holding AG sowie 30 – 50 % des Bilanzgewinns des übrigen Geschäfts

Die unterschiedlichen Ausprägungen hinsichtlich einer Dividendenzahlung zeigen, dass der Anspruch einer Gewinnausschüttung im Kanton Aargau nicht per se gegeben ist. Des Weiteren zeigt die Praxis in anderen Deutschschweizer Kantonen mit kantonseigenem Zentrumsspital, dass nur im Kanton St. Gallen eine Anforderung an eine Gewinnausschüttung besteht (die Anforderung ist an die Höhe des Eigenkapitals geknüpft), nicht aber in den Kantonen Bern, Baselland, Basel-Stadt, Graubünden sowie Zürich.



**Abbildung 18: Praxis bezüglich Gewinnausschüttung in anderen Kantonen**

Kanton	Zielgruppe	Dividende	Details
Bern	STS	✗	
Baselland	KSBL	✗	
Basel-Stadt	USB	✗	Der Jahresgewinn wird den Gewinnreserven zugewiesen. <sup>1</sup>
Graubünden	KSGR	✗	
St. Gallen	Spitalverbunde SG	✓	Schliesst die Jahresrechnung mit einem Gewinn ab, so wird der nach der gesetzlichen Reservebildung gemäss Art. 12 GSV verbleibende Gewinn folgendermassen verteilt: <ul style="list-style-type: none"> <li>erreicht ein Spitalverbund die Eigenkapitalquote von 33 Prozent nicht, werden 20 Prozent des verbleibenden Gewinns dieses Spitalverbunds an den Eigentümer ausgeschüttet, der Rest wird der freien Reserve zugewiesen;</li> <li>erreicht ein Spitalverbund die Eigenkapitalquote von 33 Prozent, <b>wird der verbleibende Gewinn dieses Spitalverbunds zur Hälfte dem Eigentümer ausgeschüttet.</b> <sup>2</sup></li> </ul>
Zürich	KSW	✗	

<sup>1</sup>Eignerstrategie für das Universitätsspital Basel, 2.12.2014

<sup>2</sup>Eigentümerstrategie des Kantons St. Gallen für die Spitalverbunde vom 12. September 2017

Durch die Ausschüttung einer Dividende an den Kanton werden die Gewinnreserven und die liquiden Mittel des KSA verkleinert. Die Reservebildung, welche für die Finanzierung von Bauprojekten eminent wichtig ist, findet dadurch in geringerer Masse statt. Dies führt letztlich dazu, dass die eigenen Mittel nicht ausreichen, um grosse Bauprojekte zu finanzieren und das KSA auf Unterstützung des Kantons angewiesen ist. In der Konsequenz kann dies zur Anfrage des KSA an den Kanton nach einer Eigenkapitalerhöhung oder Fremdkapitalbereitstellung führen. Hinzu kommt, dass das KSA eine gemeinnützige Aktiengesellschaft ist. Die Gewinnmaximierung steht nicht im Vordergrund; Überschüsse sollen für gemeinnützige Zwecke verwendet werden. Angesichts der geplanten Bautätigkeiten ist zu prüfen, ob auf eine Dividendenzahlung mindestens vorübergehend verzichtet werden kann. Die Ausschüttungsregel könnte so festgelegt werden, dass bis zum Abschluss des Hauptinvestitionsprojekts keine Gewinnausschüttungen zu erfolgen haben. Alternativ könnte die Pflicht der Gewinnausschüttung an die Bedingung eines positiven freien Cash Flows geknüpft werden. Das KSA könnte mit einer entsprechenden Regelanpassung die generierten Mittel vollumfänglich für die bevorstehenden Grossinvestitionen einsetzen. Zu berücksichtigen ist, dass mit dem Ziel der Gleichbehandlung der kantonalen Spitäler die gleichen Grundsätze auch für das KSB und die PDAG gelten müssten. In die Beurteilung sind auch die finanziellen Konsequenzen eines Dividendenverzichts für den Kanton einzubeziehen.

### **4.1.3. Zusammenfassung**

Die Beurteilung der Zielerreichung der Eigentümerstrategie für die Jahre 2014 bis 2017 zeigt, dass vor allem die wichtigste Zielvorgabe zur Rentabilität, namentlich die EBITDA-Marge, in Vergangenheit vom KSA deutlich verfehlt wurde. Im Jahr 2017 lag die EBITDA-Marge bei 6.1 %. Die Rentabilitätsergebnisse des KSA in den vergangenen Jahren liegen im Durchschnitt von Schweizer Spitäler mit über 250 Betten. Im Vergleich zum KSB besteht jedoch ein wesentlicher Leistungsunterschied. Das KSB hat zwischen 2014 und 2017 durchgehend eine EBITDA-Marge von über 10 % erreicht.

Das konstante Unterschreiten einer EBITDA-Marge von 10 % ist auf exogene, wie auch auf endogene Faktoren zurückzuführen. Eine detaillierte Auseinandersetzung findet in Kapitel 4.2.1 statt.



Insgesamt lässt sich der Erfüllungsgrad der in der Eigentümerstrategie definierten finanziellen Zielvorgaben wie folgt zusammenfassen:

**Abbildung 19: Zusammenfassung der Zielerreichung**

Zielsetzung	2014	2015	2016	2017
<b>Eigentümerstrategie von 2014</b>				
Dauerhaft positives Jahresergebnis	x	✓	✓	✓
Kontinuierliche Verbesserung der Wirtschaftlichkeit	x	✓	x	✓
<b>Eigentümerstrategie von 2017</b>				
EBITDA-Marge $\geq 10\%$	x	x	x	x
REKOLE $\geq 0$ Franken				
Cash Ratio $> 20\%$	x	x	x	✓
Quick Ratio $> 100\%$	✓	x	x	✓
Current Ratio $> 200\%$	x	x	x	✓
Eigenkapitalquote $\geq 50\%$	✓	✓	✓	✓
Ausschüttung einer Dividende	x	✓	✓	✓

Nur die Vorgabe zur Eigenkapitalquote von 50 % vom KSA sind durchgehend erreicht worden. Aufgrund des bevorstehenden Neubauprojekts und der höheren Fremdverschuldung wird diese Vorgabe der Kennzahl zukünftig unterschritten werden.

Die Beurteilung der Eigentümerstrategie auf die Angemessenheit der Zielsetzungen führt zu folgenden Schlussfolgerungen: Die Auswahl der in der Eigentümerstrategie definierten strategischen Zielsetzungen ist sehr umfangreich. Dies birgt die Gefahr, den Gestaltungsspielraum des KSA im Markt, welcher durch hohe Dynamik geprägt ist, einzuschränken. Parallelstrukturen zwischen der Eigentümerstrategie und der Unternehmensstrategie sollten grundsätzlich vermieden werden. Bei der Festlegung der Ziele empfehlen wir die Wahrung der Eigentümersicht. Die Rolle des Kantons als Versorgungsplaner und Leistungsbesteller darf die definierten Ziele der Eigentümerstrategie nicht beeinflussen. Wir empfehlen zudem die Festhaltung des Endversorgungscharakters des KSA in der Eigentümerstrategie festzuhalten.

Wir erachten die folgende Auswahl an finanziellen Kennzahlen sowie deren Höhe als Bestandteil der Eigentümerstrategie als sachdienlich:

**Abbildung 20: Zusammenfassung der Angemessenheit der Kennzahlen**

Finanzielle Ziele	Eigentümerstrategie von 2017	Kennzahl angemessen	Höhe des Ziels angemessen
<b>Rentabilität</b>	EBITDA-Marge $\geq 10\%$	✓	Definition als Richtwert
	REKOLE $\geq 0$ Franken	✗	
<b>Liquidität</b>	Cash Ratio $> 20\%$	✗	
	Quick Ratio $> 100\%$	✗	
	Current Ratio $> 200\%$	✗	
<b>Bilanz / Verschuldung</b>	Eigenkapitalquote $\geq 50\%$	✓	Reduktion des Minimalwerts auf 20 %; Festlegung eines Richtwerts von 35 %.
<b>Ausschüttung Dividende</b>	30% des Bilanzgewinns des Konzerns oder Verzinsung des Aktienkapitals mit durchschnittlichem Zinssatz auf 8-jähriger Kantonsanleihe in der Bandbreite von 1.5 % - 3.5 %. Auszuschütten ist der tiefere Betrag.	(✗)	

Mit der EBITDA-Marge und der Eigenkapitalquote<sup>47</sup> können mit einer minimalen Anzahl an finanziellen Kennzahlen das finanzielle Risiko des Kantons gesteuert werden (vgl. Kapitel 4.1.2.2). Diese Kennzahlen gehören unseres Erachtens in eine Eigentümerstrategie. Hingegen empfehlen wir, keine Liquiditätskennzahlen in die Eigentümerstrategie aufzunehmen, da diese den Handlungsspielraum einschränken, ohne das Risiko für den Kanton als Eigentümer zu reduzieren. Ebenfalls erachten wir es als prüfenswert, ob vorübergehend auf eine Gewinnausschüttung (Dividendenzahlung) verzichtet werden kann. Das KSA steht vor grossen Investitionen und ist auf eine ausreichende Kapitalisierung angewiesen. Bei einer Anpassung der Dividendenanforderung sind die finanziellen Konsequenzen für den Kanton sowie auch die Gleichbehandlung des KSB und den PDAG zu berücksichtigen.

<sup>47</sup> Gemäss Business Plan wird die minimale Eigenkapitalquote von 20 % auch im Verlauf der Finanzierung des Neubaus stets eingehalten. Um die finanzielle Tragbarkeit zukünftiger Investitionen gewährleisten zu können, sollte der Richtwert langfristig auf 35 % ausgerichtet sein.

## 4.2. Finanzielle Situation & Produktivität

Die Finanzkennzahlen (vgl. Kapitel 3.2.8) des KSA verdeutlichen, dass sich das KSA in einer gegenüber der Eigentümerstrategie nicht zufriedenstellenden finanziellen Lage befindet. Gleichzeitig liegt das KSA mit einer EBITDA-Marge von 6.1 % im Schweizer Durchschnitt (vgl. Abbildung 2). Die Bandbreite der EBITDA-Marge ist bei Spitälern grundsätzlich sehr breit, wie in nachfolgender Tabelle dargestellt. Das KSB und das Kantonsspital Graubünden erreichen beispielsweise EBITDA-Margen von über 10 %. In anderen Spitälern liegt die Rentabilität wiederum deutlich unterhalb des erreichten Werts des KSA. Im KSBL ist die EBITDA-Marge sogar negativ. Die EBITDA-Marge des Luzerner Kantonsspitals lag für 2017 auf dem Niveau des KSA, diejenige des Kantonsspitals St. Gallen 0.5 Prozentpunkte darunter. Beide Spitäler liegen in Kantonen ohne Universitätsspital und übernehmen eine Endversorgerfunktion.

**Tabelle 3: EBITDA-Margen des KSA im Verhältnis zu den Vergleichsspitälern, 2015 - 2017<sup>48</sup>**

<b>Akutsomatikspitäler</b> (abfallend nach Ergebnis 2017)	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
KSB	10.3%	11.3%	10.9%
Kantonsspital Graubünden	10.7%	10.3%	10.4%
Stadtspital Triemli	6.7%	5.5%	7.2%
Solothurner Spitäler	3.7%	5.2%	7.0%
Kantonsspital Winterthur	6.8%	9.0%	6.2%
<b>KSA</b>	<b>5.6%</b>	<b>5.8%</b>	<b>6.1%</b>
Luzerner Kantonsspital	9.8%	8.0%	6.0%
Kantonsspital Baselland	3.0%	-3.2%	6.0%
Kantonsspital St. Gallen	4.6%	5.5%	5.5%
SR Rheintal Werdenberg S.	6.0%	7.3%	5.1%
Stadtspital Waid	3.9%	3.1%	0.0%
Spital STS	8.8%	9.3%	n/a
Lindenhof	5.7%	5.1%	n/a
Spital Thurgau	2.9%	2.4%	n/a
Hirslanden Zürich	n/a	n/a	n/a
Hirslanden Bern	n/a	n/a	n/a
<b>Durchschnitt</b>	<b>6.3%</b>	<b>6.1%</b>	<b>6.5%</b>
<b>Median</b>	<b>5.9%</b>	<b>5.8%</b>	<b>6.1%</b>

Die Rentabilität sagt nicht vollständig etwas darüber aus, ob ein Spital produktiv wirtschaftet. Die Produktivität ist eine wirtschaftswissenschaftliche Kennzahl, die das Verhältnis zwischen produzierten Gütern und Dienstleistungen und den dafür benötigten Ressourceneinsatz beschreibt. Während die Produktivität direkt vom Spital beeinflusst werden kann, spielen bei der Rentabilität auch die Rahmenbedingungen, welche dem Spital den Handlungsspielraum vorgeben eine wichtige Rolle. Ein Spital kann produktiv wirtschaften, jedoch beispielsweise aufgrund eines Preiserfalls unrentable Leistungen erbringen.

Im nachfolgenden Kapitel 4.2.1 wird untersucht, welche Grössen die Wirtschaftlichkeit im KSA beeinflussen. Dabei wird analysiert, in welchem Ausmass die Grösse auf die Rentabilität wirkt sowie welche Ursachen in exogenen (Rahmenbedingungen) und welche in endogenen Faktoren (Produktivität) begründet liegen. In Kapitel 4.2.2 wird aufgezeigt, welche Massnahmen im Rahmen des laufenden Ergebnisverbesserungsprogramms vom KSA bereits verfolgt werden oder geplant sind, um die finanzielle Situation zu verbessern.

<sup>48</sup> Geschäftsberichte der Vergleichsspitäler

## 4.2.1. Einflussgrössen

Die exogenen und endogenen Einflussgrössen auf die Rentabilität lassen sich wie folgt unterteilen:

**Tabelle 4: Identifizierte Einflussgrössen auf Rentabilität**

Hebel	Haupteinflussgrösse	Einfluss
<b>Abgeltung</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Baserate</li><li>• Gemeinwirtschaftliche Leistungen</li></ul>	exogen
<b>Patienten / Angebot</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zusatzversicherte Patienten</li><li>• Endversorgerstatus</li><li>• Ambulantisierungsgrad</li></ul>	exogen
<b>Ressourcen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lohnkosten bei Kaderärzten</li><li>• Personaleinsatz (u.a. Pflege)</li><li>• Sachkosten (u.a. Einkauf, Informatik)</li></ul>	endogen
<b>Prozesse</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Managementsysteme</li><li>• Behandlungsprozess inkl. Austrittszeitpunkt</li><li>• Dezentrale Infrastruktur</li></ul>	endogen
<b>Führung</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Führungsstruktur und -kultur</li></ul>	endogen
<b>Konzern</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Integration Spital Zofingen</li></ul>	endogen

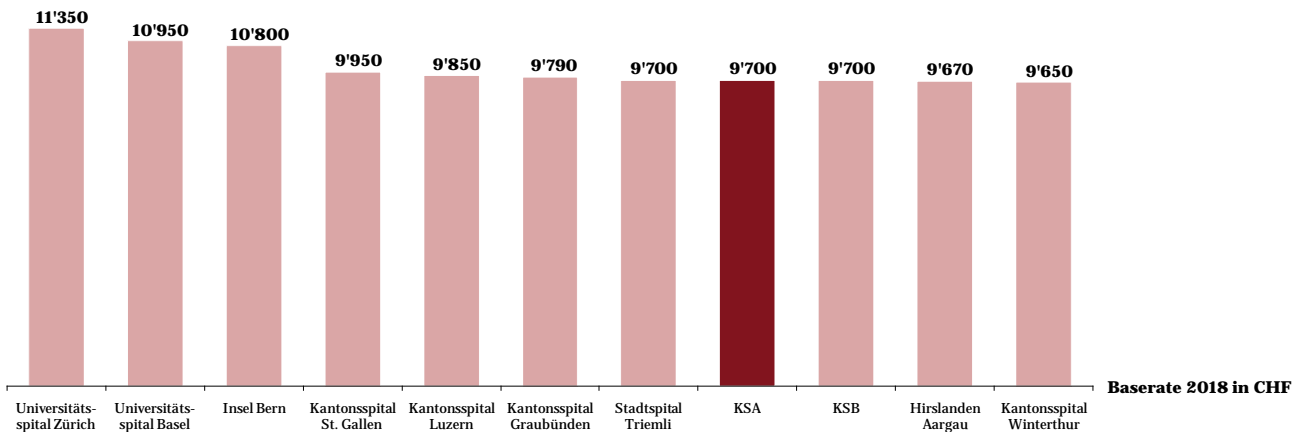
Die Beschreibung der Einflussgrössen erfolgt in den nachfolgenden Kapiteln.

### 4.2.1.1. Abgeltung

Die Abgeltung des KSA ist im Vergleich zu anderen Zentrumsspitaler tief. Davon betroffen ist der stationäre Bereich, welcher zu 57 % zum Gesamtumsatz beiträgt und dessen Leistungen mit einer Baserate von 9'700 CHF abgegolten werden, sowie die Höhe der GWL.

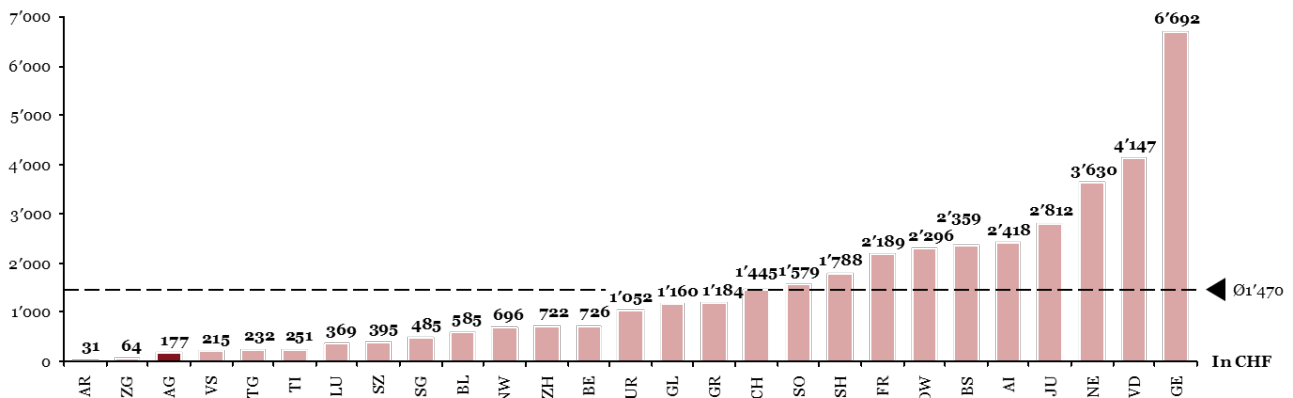
Wie in Abbildung 21 dargestellt, weisen andere Zentrumsspitaler in Kantonen ohne Universitätsspital, namentlich das Kantonsspital St. Gallen, das Luzerner Kantonsspital und das Kantonsspital Graubünden, höhere Baserates bis zu 9'950 CHF (Kantonsspital St. Gallen) auf. Bei den Universitätsspitalern der Deutschschweiz liegen die Baserates über 10'000 CHF. Im innerkantonalen Vergleich befindet sich die Baserate des KSA auf dem gleichen Niveau wie im KSB, während die Spezialisierung im KSA deutlich höher ist (vgl. Kapitel 3.2.1). Das KSA kann somit die höheren Vorhalteleistungen durch die ständige Verfügbarkeit hochspezialisierter Fachteams nicht durch eine höhere Baserate ausgleichen. Insgesamt führt die Kombination der vergleichsweise tiefen Abgeltung und dem Anspruch des KSA auf eine Endversorgungsfunktion zu einem Auseinanderdriften zwischen Aufwand und Ertrag.

**Abbildung 21: Vergleich der Baserate von Spitälern mit teilweise (hoch-)spezialisiertem Leistungsangebot<sup>49</sup>**



Im kantonalen Vergleich fallen die Erträge aus GWL, welche das KSA vom Kanton Aargau erhält, ebenfalls deutlich geringer aus. Davon betroffen ist nicht nur das KSA, sondern auch das KSB. Zieht man auf kantonaler Ebene die GWL pro stationären Fall heran, betragen die Beiträge im Kanton Aargau 177 CHF. Nur zwei Kantone weisen noch geringere Abgeltungen auf, wie in Abbildung dargestellt. Dies sind die Kantone Appenzell Ausserrhoden mit 31 CHF und Zug mit 64 CHF.<sup>50</sup> Keine Beiträge erhält das KSA für strukturbedingte Kostenunterdeckungen, welche in anderen Kanton üblich sind und beispielsweise für die Notfallversorgung, die Geburtshilfe oder den ambulanten Bereich entrichtet werden.<sup>51</sup>

**Abbildung 22: Abgeltung von GWL nach Kanton, 2015<sup>52</sup>**



Hinsichtlich der Vergütung des ambulanten Bereichs liegt das KSA mit 0.89 CHF im Mittel von anderen Zentrumsspitaler. Der Taxpunktwert, welcher kantonal und nicht spitalspezifisch festgelegt wird, liegt für Zürcher

<sup>49</sup> Spitalbenchmark (2017): Stationäre Baserate Schweizer Spitäler.

<sup>50</sup> Avenir Suisse (2017): Intransparente Spitalsubventionen.

<sup>51</sup> Informationen zum Umfang und zur Höhe von Abgeltungen im Rahmen von GWL werden in den meisten Kantonen nicht veröffentlicht. Eine Ausnahme bilden die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Basel-Landschaft hat beispielsweise in 2017 GWL-Beiträge für Notfallvorhalteleistungen in der Höhe von 11 MCHF geleistet (vgl. Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung: Gemeinsamer Bericht zuhanden des Grossen Rates Basel-Stadt und des Landrates Basel-Landschaft, 6. Februar 2018).

<sup>52</sup> Avenir Suisse (2017): Intransparente Spitalsubventionen.

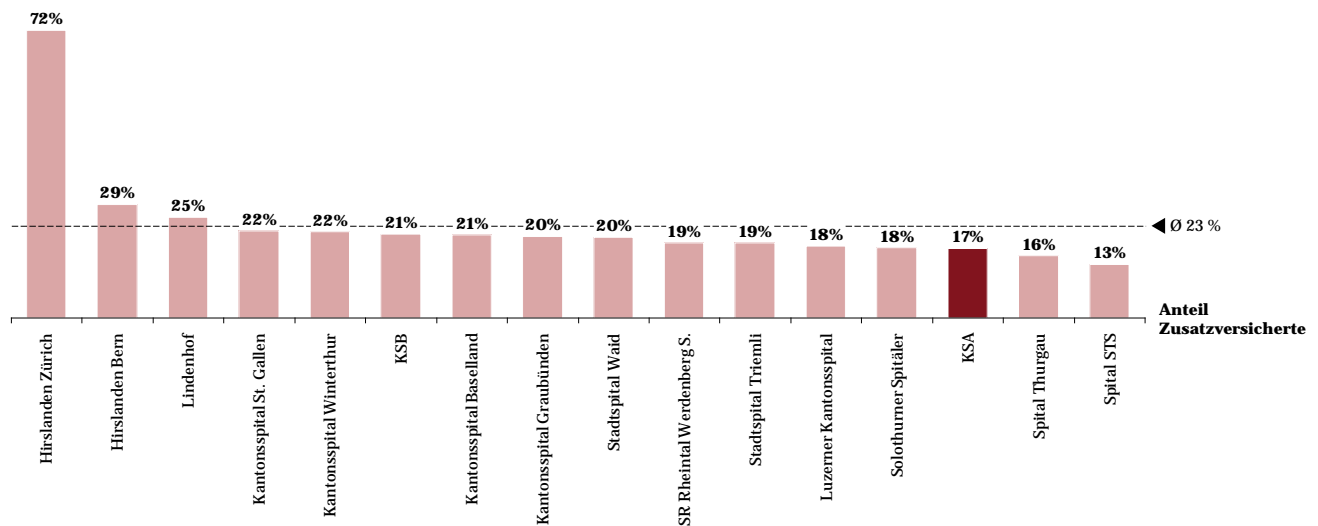
Spitäler auf der gleichen Höhe, während in St. Gallen der Wert bei 0.83 CHF, im Kanton Bern bei 0.86 CHF und im Kanton Basel bei 0.91 CHF liegt.<sup>53</sup>

Die Höhe der Abgeltung kann durch das KSA nur marginal beeinflusst werden und ist somit als exogenen Faktor zu betrachten. Die Erhöhung der Baserate und der Beiträge für GWL würde zu einer Steigerung der Ertragskraft des KSA führen. Eine Anhebung der Baserate und somit eine Umkehr des Trends von sinkenden Tarifen ist aufgrund des Kostendrucks im Gesundheitswesen nicht zu erwarten. Dasselbe gilt für die Finanzierung von Beiträgen für GWL. Die Erhöhung der Baserate kann sich auch als Wettbewerbsnachteil bei der Gewinnung von ausserkantonalen Patienten erweisen und den ausserkantonalen Listenplatz gefährden.

#### 4.2.1.2. Patienten / Angebot

Eine wichtige Einflussgrösse auf die Rentabilität stellen die patienten- und strukturbezogenen Leistungsmerkmale dar, welche zwischen Spitälern sehr unterschiedlich sein können. Ein wesentliches Patientenmerkmal im KSA ist der tiefe Anteil zusatzversicherter Patienten.

Abbildung 23: Anteile zusatzversicherter Patienten im Vergleich<sup>54</sup>



Zusatzversicherte Patienten machen 17 % der Fälle des KSA aus. In anderen Spitälern sind die Anteile teilweise deutlich höher. Der geringe Anteil ist teilweise auf den Umstand zurückzuführen, dass sich in unmittelbarer Nähe des KSA eine Privatklinik befindet, welche für zusatzversicherte Patienten aus dem Einzugsgebiet des KSA attraktiver ist. Die veraltete Infrastruktur des KSA erschwert ebenfalls die Gewinnung von zusatzversicherten Patienten. Der geringe Anteil an zusatzversicherten Patienten wirkt sich negativ auf die Ertragskraft aus. Im KSA fehlt folglich das Volumen von zusatzversicherten Patienten für einen wertvollen Beitrag zur Kostendeckung.

Ein wesentliches strukturbezogenes Leistungsmerkmal des KSA ist seine Funktion als Endversorger. Das KSA versorgt komplexe Fälle mit überdurchschnittlich hohem Leistungsbedarf, welche teilweise auch aus anderen Spitälern ins KSA verlegt werden. Der Anteil der verlegten Patienten beträgt 7.5 %.<sup>55</sup> Die Betreuung von komplexen Fällen bindet hohe Ressourcen und setzt voraus, dass alle Fachdisziplinen rund um die Uhr abgedeckt werden und aufnahmebereit sind. Dies hat hohe Vorhaltekosten zur Folge. Hochkostenfälle werden in der Tarifstruktur SwissDRG ungenügend abgebildet, was Endversorgerspitäler gegenüber anderen Spitälern benach-

<sup>53</sup> Tarifordnungen von ansässigen Spitälern (bspw. Taxtarif des Kantonsspital St. Gallen, Stand 01.01.2017)

<sup>54</sup> Kennzahlen Schweizer Spitäler 2016

<sup>55</sup> KSA (2017): Unternehmenspräsentation

teilt. In Universitätsspitälern wird dieser nachteilige Effekt teilweise durch eine höhere Baserate kompensiert. Dies trifft im KSA nicht zu.<sup>56</sup> Ein weiteres Leistungsmerkmal des KSA ist der mit 34.1 % vergleichsweise hohe Ambulantisierungsgrad (vgl. Abbildung 7). Diese Entwicklung im KSA zeigt, dass das KSA dem zunehmenden Druck und regulatorischen Eingriffen bereits zu einem grossen Teil nachgekommen ist, während in Häusern mit einem tiefen Ambulantisierungsgrad noch wesentliches Potenzial besteht. Der hohe Ambulantisierungsgrad bedeutet jedoch auch, dass Leistungen im niedriger vergüteten Bereich erbracht werden, was sich negativ auf die Ertragskraft des KSA auswirkt.

### *4.2.1.3. Ressourcen*

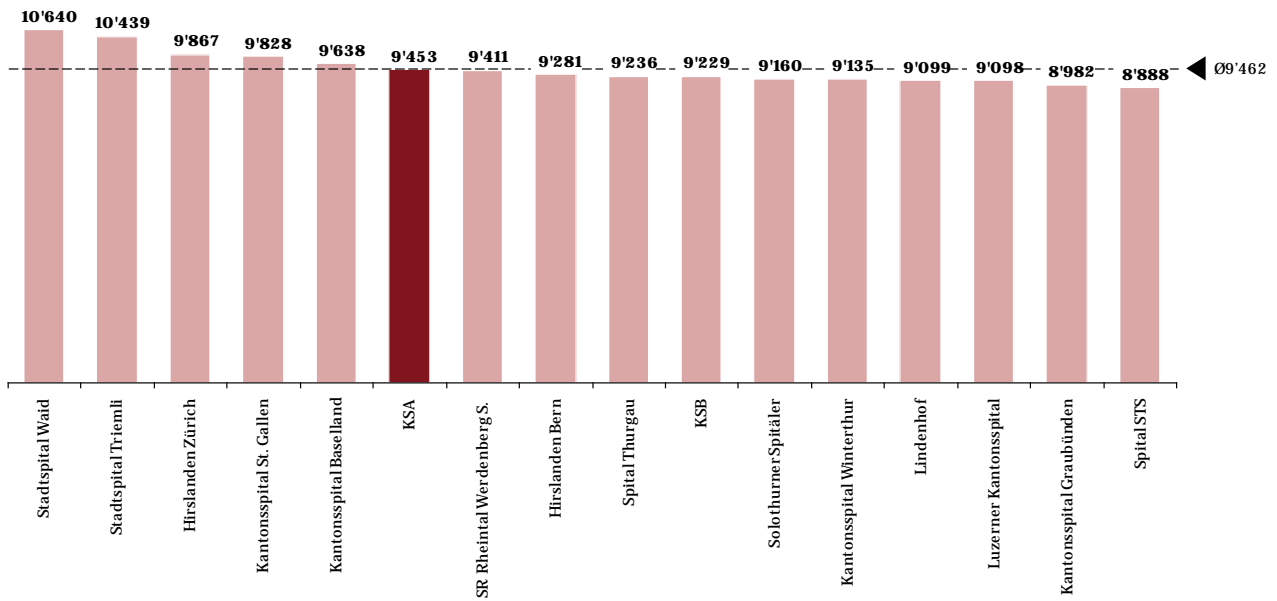
In 2017 beliefen sich im KSA die Betriebskosten ohne Anlagenutzungskosten (ANK) auf 602 MCHF. Zwei Drittel sind auf Personalkosten (66 %) und ein Drittel (34 %) auf Sachkosten zurückzuführen. Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, welche ein wichtiger Faktor bei der Vergabe von Leistungsaufträgen ist, dient der Fallkostenvergleich zwischen den Spitälern. Die Schweizer Spitäler sind gesetzlich dazu verpflichtet, jährlich eine Fallkostenrechnung vorzunehmen. Dabei sind sämtliche nach KVG anrechenbaren Kosten auf den stationären und ambulanten Kostenträger auszuweisen. Da dabei die Gestehungskosten mit der Leistungserbringung in Verbindung gesetzt werden, bietet die Auswertung Anhaltspunkte über die Produktivität von Spitälern.

Der Kostenvergleich der stationären Fälle ohne Berücksichtigung der Anlagenutzungskosten zeigt, dass die Fallkosten des KSA in 2016 im Mittel der Deutschschweizer Spitäler mit über 250 Betten liegen (vgl. Abbildung 23)<sup>57</sup>. Im ambulanten Bereich deutet hingegen die Gegenüberstellung der Gestehungskosten pro verrechnetem Taxpunkt auf eine vergleichsweise tiefe Produktivität im KSA hin. Wie in Abbildung 25 dargestellt, liegen die Kosten pro Taxpunkt im KSA bei 1.23 CHF und somit wesentlich über dem Durchschnitt (1.04 CHF) sowie auch über dem verrechneten Taxpunktwert von 0.89 CHF. Nur das KSBL weist höhere Gestehungskosten pro Taxpunkt aus. Dies lässt sich entweder durch eine unterschiedliche Produktivität im ambulanten gegenüber dem stationären Bereich begründen oder durch eine mangelnde Verrechnung zwischen den beiden Kostengruppen.

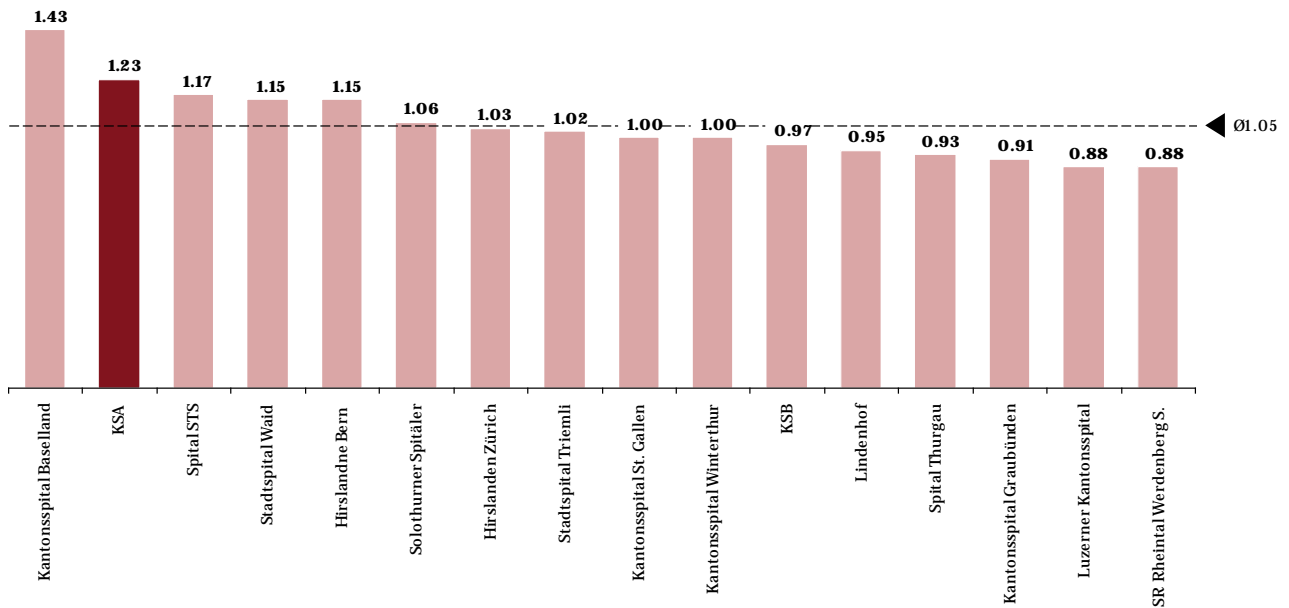
<sup>56</sup> USZ Studie: Das Fallpauschalenmodell: Leistungsbezogene Basispreise unter SwissDRG

<sup>57</sup> Bei den Vergleichsspitälern handelt es sich um Deutschschweizer Spitäler der Kategorie K112 mit über 250 Betten.

**Abbildung 24: Fallkostenvergleich (ohne ANK) von Deutschschweizer Spitäler mit über 250 Betten<sup>58</sup>**



**Abbildung 25: Kostenvergleich pro Taxpunkt (inkl. ANK VKL) von Zentrumsspitäler der Deutschschweiz mit über 250 Betten<sup>59</sup>**



Der Fallkostenvergleich reiht Spitäler hinsichtlich ihrer Produktivität in der Leistungserbringung ein, klammert jedoch auch Kosten aus und gibt somit kein vollständiges Bild über die Wirtschaftlichkeit des Betriebs. Ausgeschlossen sind beispielsweise Kosten im Rahmen der Forschung und Lehre sowie für Leistungen ausserhalb des

<sup>58</sup> Spitalbenchmark (2017): Stationäre Kosten Schweizer Spitäler

<sup>59</sup> Spitalbenchmark (2017): Ambulante Kosten Schweizer Spitäler

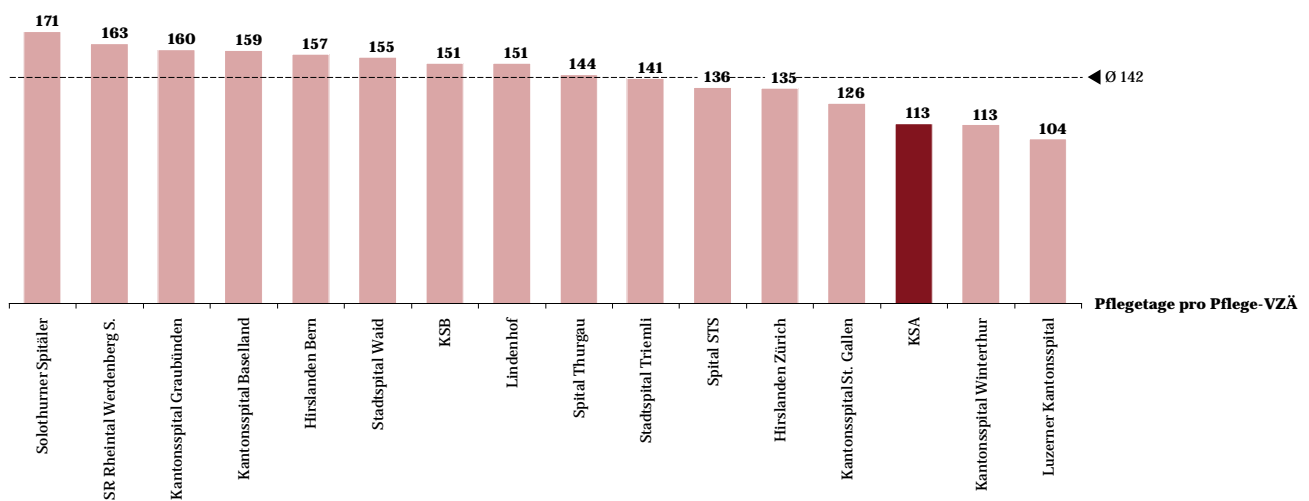


Kerngeschäfts (z.B. Restaurantbetrieb). Möglicherweise weist das KSA mit einem teilweise universitären Niveau der Leistungserbringung nicht abgeglichene Aufwendungen auf.

Die Prüfung zeigt, dass das KSA überdurchschnittlich hohe Lohnkosten im Kaderpersonal der Ärzteschaft aufweist. Dieser Effekt wird verstärkt, indem der Anteil von Chefärzten gegenüber leitenden Ärzten vergleichsweise hoch ist. Während der über alle Chef- und leitende Ärzte gewichtete jährliche Durchschnittslohn ohne Honorarzahlen im KSA über 440 TCHF beträgt, liegt er in Vergleichsspitälern zwischen 330 und 390 TCHF. Auffallend ist auch, dass im KSA der Anteil der Lohnkosten inkl. Honoraren des gesamten Arztpersonals am Gesamtlohnaufwand 36 % beträgt. In Vergleichsspitälern liegt der Anteil im Durchschnitt bei 28 % und somit wesentlich darunter.<sup>60</sup>

Ebenfalls ist das KSA hinsichtlich der Produktivität der Pflege, ausgedrückt in erbrachten Pfl egetage pro Pflegevollzeitstelle, negativ einzuschätzen. Im Benchmark gegenüber den Vergleichsspitälern liegt das KSA mit 113 Pfl egetagen pro Vollzeitäquivalent (VZÄ) deutlich unterhalb des Durchschnitts (vgl. Abbildung 26). In diesem Bereich ist hohes Verbesserungspotential zu erkennen, da auch Leistungserbringer mit einem vergleichbaren CMI eine höhere Produktivität in der Pflege aufweisen (vgl. Kantonsspital St. Gallen). Für einen effizienten Ressourceneinsatz ist die Zusammenarbeit des Pflegepersonals zu steigern. Wesentliches Verbesserungspotenzial wird durch das geplante Neubauprojekt sowie die im Juli in Kraft tretende Reorganisation mit der Führung des Pflegepersonals in einer Linie erwartet.

**Abbildung 26: Vergleich Pfl egetage pro Pflegepersonal (VZÄ), 2016<sup>61</sup>**



Verbesserungspotenzial zeigt sich nicht nur im medizinischen Kerngebiet, sondern auch in den administrativen Supportdiensten, unter anderem in der Informatik und im Einkauf. Informatikkosten des KSA gemessen am Umsatz betragen in 2017 6.2 %.<sup>62</sup> Vergleichsspitäler weisen Werte zwischen 2.2 und 4.0 % auf. Die Höhe von angemessenen Informatikkosten ist jeweils im Kontext des Digitalisierungsgrads des Unternehmens und des Outputs zu beurteilen. Hohe Informatikkosten sind nicht per se negativ, falls mit den aufgewendeten Mitteln eine höhere Prozesseffizienz erreicht werden kann und folglich Personalressourcen eingespart werden können. Der Einkauf erfolgt im KSA dezentral über alle Fachbereiche. Die Abstimmung über die Produktpalette als auch die Lieferantenauswahl ist ungenügend. Als Folge wird ein breites Artikelsortiment mit jeweils kleinen Mengen über eine grosse Anzahl Lieferanten eingekauft. Mit der Zentralisierung und Harmonisierung des Einkaufs kann das Einkaufssortiment gestrafft, das Volumen gebündelt und dadurch positive Preiseffekte erzielt werden. Dies reduziert auch die Lagerbestände.

<sup>60</sup> Klingler Consulting (2018): Personal- und Arztvergütung in Schweizer Spitälern

<sup>61</sup> Kennzahlen Schweizer Spitäler 2016: Pfl egetage / Pflege-VZÄ

<sup>62</sup> Kennzahl bereitgestellt durch KSA, 20.6.2018 (20180419 Neubau IT\_Vergleich 2017\_Versand)

#### 4.2.1.4. Prozesse

Im medizinischen Bereich sind der Ressourceneinsatz sowie das Fallmanagement zwei zentrale Elemente einer wirtschaftlichen und qualitativ hochstehenden Leistungserbringung. In verschiedenen Prozessen weist das KSA heute Schwachstellen auf, was zu einem suboptimalen Ressourcenverbrauch führt. Die Schwachstellen liegen zu einem wesentlichen Teil in teilweise fehlenden Managementsystemen und folglich fehlenden Führungsinstrumenten begründet. Als Folge wird die finanzielle Ergebnisverantwortung im KSA unzureichend wahrgenommen, womit der effiziente Ressourceneinsatz erschwert wird. Heute bestehen Bestrebungen zur Weiterentwicklung der finanziellen Führung. Den Kliniken wird neu ein Fallkosten-Reporting bereitgestellt, auf dessen Basis Massnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit abgeleitet werden können. Per 2019 soll zudem das Honorarmodell der Ärzteschaft neu ausgestaltet werden. Es ist vorgesehen, den Umsatz und den EBITDA als Bestandteil zur Festlegung der Vergütung der Kaderärzte zu berücksichtigen.

Analyseergebnisse zeigen des Weiteren, dass der Behandlungsprozess inklusive Austrittszeitpunkt im KSA hinsichtlich der Ressourceneffizienz verbessert werden kann. Heute weisen 26 % der stationären Fälle eine Aufenthaltsdauer auf, welche oberhalb der gemäss SwissDRG Katalog definierten durchschnittlichen Verweildauer liegt. Dies bindet Ressourcen. Davon betroffen ist nicht nur das KSA. Andere Zentrumsspitäler weisen vergleichbare Werte auf. Eine Professionalisierung des Behandlungsprozesses kann die Kosteneffizienz steigern, ohne die Behandlungsqualität zu beeinträchtigen. Entsprechende Verbesserungsprojekte sind im KSA bereits umgesetzt.

Die dezentrale Infrastruktur und die damit einhergehende örtliche Verteilung der Fachgebiete verhindert eine optimale Prozessgestaltung und führt zu einem hohen Ressourcenverbrauch. Der Spielraum für die Produktivitätsgestaltung ist gering. Des Weiteren führt die bestehende Infrastruktur zu hohen Unterhaltskosten. Deutliche Abhilfe wird der Neubau schaffen (vgl. Kapitel 4.3).

#### 4.2.1.5. Führung

Erfolgskritisch für eine nachhaltige Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen und für Entscheidungen im Rahmen von wichtigen strategischen Projekten sind die Führungsstruktur und -kultur. Es bestehen Anzeichen, dass diese nicht optimal sind. Folgende Schwachstellen wurden identifiziert:

Die Führungskompetenzen sind nicht klar geregelt. Dies ist teilweise in der breiten Aufbauorganisation begründet. Zudem weist die Führung über alle Ebenen (Verwaltungsrat, Geschäftsleitung, Bereiche, Kliniken, Abteilungen) heute keinen durchgängigen Charakter auf. Wichtige Entscheidungen werden nicht getroffen oder nicht konsequent durchgesetzt. Es fehlt an entsprechender Umsetzungsstärke.

- Die Zusammenarbeit zwischen den Kliniken und Bereichen ist mangelhaft. Es bestehen innerbetriebliche Reibungsverluste. Das Verantwortlichkeitsgefühl für das Gesamthaus fehlt. Dies ist teilweise durch die räumlich dezentrale Gebäudestruktur zurückzuführen. Einer erfolgreichen Zusammenarbeit wirkt auch die im Organisationsreglement verankerte Führungsphilosophie entgegen, welche Folgendes festhält:  
*„Die Organisation der Kantonsspital Aarau AG hat eine föderale Struktur. Jede Struktureinheit nimmt eigenständig ihre Aufgaben wahr. Die Aufgaben implizieren gleichzeitig entsprechende Verantwortlichkeiten und Kompetenzen.“*<sup>63</sup>

Die mangelhafte Zusammenarbeit liegt auch im Vergütungsmodell begründet, welche nicht am Unternehmenserfolg ausgerichtet ist, sondern sich an den Leistungen jedes einzelnen orientiert. Als Folge der mangelhaften Zusammenarbeit bleiben Synergien in der Ressourcenverwendung ungenutzt.

Die Verbesserung der finanziellen Situation erfordern die Stärkung der Führungskompetenzen sowie einen Kulturwandel. Hinsichtlich der Aufbauorganisation wurden bereits erste Massnahmen ergriffen. Mit der neuen

<sup>63</sup> Organisationsreglement GL – Bereiche – Beratungsorgane vom 25. Januar 2018, Seite 3

Organisationsstruktur per 1. Juli 2018 wird die Geschäftsleitung wesentlich verschlankt. Die Bündelung der Ärzteschaft und der Pflege unter je einer Leitung stärkt die innerbetriebliche Zusammenarbeit. Mit der neuen Funktion „Chief Technology Officer“ werden Innovations- und Digitalisierungsthemen die nötige Aufmerksamkeit geschenkt, welche für eine agile Spitalführung in der sich stark wandelnden Spitallandschaft zunehmend an Bedeutung gewinnen. Es besteht weiterer Handlungsbedarf, die Führungskompetenzen mittels der Regelung der Verantwortlichkeiten zu stärken. Mit der geplanten Einführung des neuen Vergütungsmodells, welches den Unternehmenserfolg als Komponente einbezieht, sowie mit der Reorganisation, welche per Juli 2018 in Kraft tritt, wurden zwei wesentliche Schritte bereits eingeleitet. Als Grundlage empfiehlt sich gleichermassen das Organisationsreglement anzupassen.

Im Rahmen der per Ende 2018 anstehenden Ersatzwahlen des Verwaltungsrats des KSA empfiehlt sich zudem sicherzustellen, dass folgende für das KSA besonders relevante strategischen Kompetenzen im Verwaltungsrat verankert sind<sup>64</sup>:

- Ausgewiesene Erfahrung im Gesundheitswesen
- Ausgeprägte Führungskompetenz (von Grossunternehmen) und Teamfähigkeit
- Fähigkeit zur strategischen Gesamtschau sowie hohe Entschlusskraft und Durchsetzungsvermögen
- Verständnis für politische Rahmenbedingungen in der Schweiz
- Medizinkompetenz und Bezug zu fachnahen Branchen
- Strategische Personalkompetenz
- Digitalisierungskompetenz (digitale Transformation)
- Immobilienwirtschaftskompetenz (Bau- und Planungsverfahren, Betriebskonzepte)

Die Kriterien sind nicht gleichzeitig von allen Verwaltungsrats-Mitglieder zu erfüllen, sondern stellen ein Anforderungsprofil an den Verwaltungsrat als Ganzes.

#### **4.2.1.6. Konzern**

Obwohl es sich beim Spital Zofingen um eine 100 %ige Tochtergesellschaft des KSA handelt, ist das Spital heute kaum an das KSA angebunden. Es besteht dringender Handlungsbedarf zur Verstärkung der Zusammenarbeit auf Konzernstufe. Das Spital Zofingen betreibt ein Akutspital mit 101 Betten sowie ein Pflegezentrum mit 94 Betten.<sup>65</sup> Die Übernahme des Spitals Zofingen durch das KSA in 2011 hat zwar zu einer Neuausrichtung des Angebots im Spital Zofingen geführt. So wurde mit der Übernahme die Geburtenabteilung geschlossen. Auch wurde die Zahl der komplexen Fälle in der Medizin und Chirurgie reduziert und auf das KSA konzentriert. Bis heute sind jedoch die Leistungsangebote nicht optimal aufeinander abgestimmt und das Spital Zofingen nur ungenügend in die Strukturen des KSA eingebunden.

Aus Konzernsicht führt dies zu wesentlichen Nachteilen. Beide Spitäler treten sich teilweise als Wettbewerber anstelle gemeinschaftlicher Partner gegenüber (z.B. bei der Erschliessung von Märkten oder der Suche nach geeigneten Kooperationspartnern). Zudem können Synergien nicht ausgeschöpft werden. Aus Konzernsicht ist ein Bestreben in Richtung einer betrieblichen Vollintegration der Tochtergesellschaft mit *einer* operativen Leitung nötig, um eine grösstmögliche Effizienz und Abstimmung des medizinischen Angebots zu erreichen. Eine rechtliche Integration kommt aus verschiedenen Gründen (Anstellungsbedingungen, Pensionskasse, strategische Flexibilität) für das KSA zurzeit nicht in Frage.

Zu prüfen ist, ob chirurgische Eingriffe noch stärker ins KSA verschoben werden können. Auch ein gänzlicher Rückbau der Chirurgie am Spital Zofingen ist denkbar. Stattdessen kann sich das Spital Zofingen stärker auf die Schwerpunkte in der Palliativmedizin und der Akutgeriatrie konzentrieren, in welchen das Spital bereits heute eine starke Profilierung aufweist. Durch gegenseitige Zuweisungen kann der Patient dort versorgt werden, wo

<sup>64</sup> Die Kriterien stellen kein abschliessendes Anforderungsprofil von Verwaltungsratspositionen dar.

<sup>65</sup> KSA Geschäftsbericht 2017

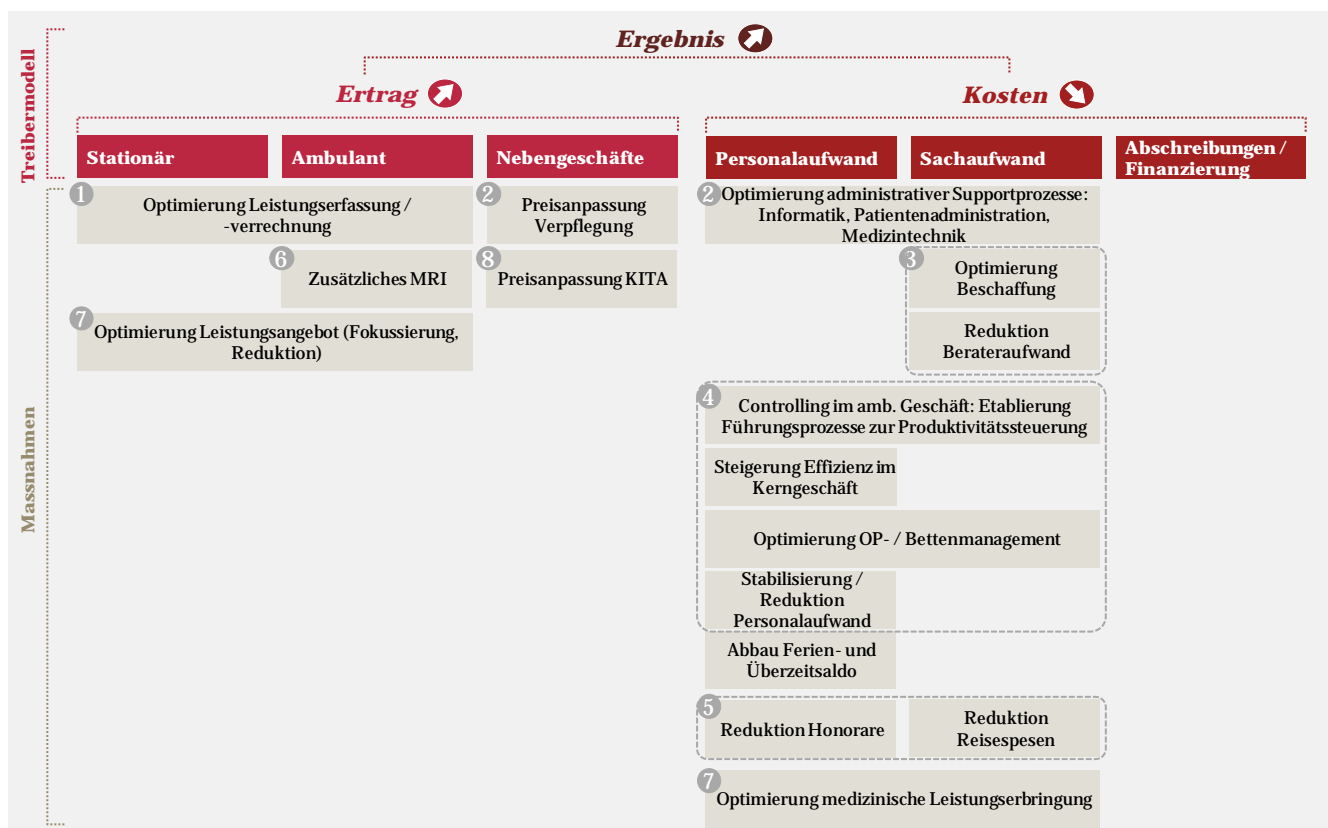
aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen die bestmögliche Behandlung erwartet werden kann. Es ist empfehlenswert, den Änderungsprozess zeitnah anzugehen.

Mit der seit 2017 wirkenden Neubesetzung des Verwaltungsrats des Spitals Zofingen mit Geschäftsleitungsmitgliedern des KSA wurden bereits Massnahmen zur Stärkung der Zusammenarbeit und der Synergienutzung zwischen den beiden Spitalern eingeleitet. Mit der Änderung steigen die Steuerungsmöglichkeiten, was als richtiger Schritt der Governance beurteilt wird.

### 4.2.2. Massnahmen zur Ergebnisverbesserung

Mit dem Ziel der Stärkung der finanziellen Basis wurde im KSA in 2017 ein Ergebnisverbesserungsprojekt initiiert. Als finanzielle Vorgabe wurde für 2018 eine Ergebnisverbesserung von 12.4 MCHF definiert. In insgesamt acht Themengebieten wurden Einsparpotenziale identifiziert, welche in Massnahmen gebündelt, mit Initiativen unterlegt und in einen Umsetzungsplan überführt wurden. Die einzelnen Massnahmen der acht Themengebiete sind nachfolgend in einem Treibermodell dargestellt. Die Massnahmen stärken die Ertragskraft und/oder verbessern die Kostenstruktur.

Abbildung 27: Treibermodell (Darstellung PwC)



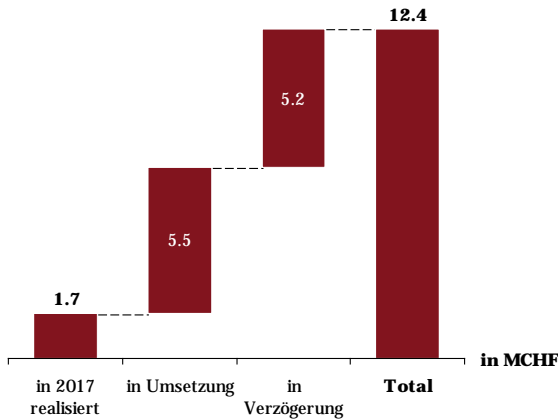
Die grössten Ergebnisverbesserungspotenziale werden mit der Durchführung von folgenden Massnahmen erwartet:

- **Optimierung Leistungserfassung / -verrechnung:** Ertragssteigerung mittels einer vollständigen, zeitnahen und korrekten Leistungsverrechnung im ambulanten und stationären Bereich
- **Optimierung administrativer Supportprozesse:** Einsparung von Betriebskosten in der Informatik
- **Steigerung Effizienz im Kerngeschäft:** Reduktion der Kosten des medizinischen Personals

- **Optimierung Leistungsangebot:** Konsequente Prüfung von Leistungsangeboten auf Profitabilität

Vom definierten Ergebnisverbesserungsziel in Höhe von 12.4 MCHF konnten 1.7 MCHF bereits in 2017 realisiert werden. Seit 2018 befinden sich Initiativen mit einem Einsparungspotenzial von 5.5 MCHF in Umsetzung. Die Umsetzung der Massnahmen in der Höhe von 5.2 MCHF im Bereich „vollständige Leistungsverrechnung“, „Steigerung Effizienz im Kerngeschäft“ sowie „Anpassung des Leistungsangebots“ ist in Verzögerung.

**Abbildung 28: Status des definierten Einsparpotenzials des KSA für 2018 (Darstellung PwC)**



Die für 2018 geplanten Massnahmen mit einem Einsparziel von 12.4 MCHF unterstützen die finanzielle Basis zu verbessern, reichen jedoch nicht aus, um das EBITDA-Ziel von 10 % zu erreichen. Weitere Initiativen sind notwendig. Für die Folgejahre ab 2018 plant das KSA unter dem Ergebnisverbesserungsprogramm 2.0 Massnahmen in folgenden Stossrichtungen:

**Abbildung 29: Stossrichtung der Ergebnisverbesserung ab 2018 (Darstellung PwC)**

Geschäftsentwicklung	Organisation
<p><b>Integration Zofingen / Operationalisierung Praxiszentrum Standort Bahnhof</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperationen (Kooperationsstrategie)</li> <li>• Dimensionierung Forschung</li> <li>• Ausbau Reporting – Business Intelligence</li> </ul>	<p><b>Optimierung / Effizienzsteigerungen Kerngeschäft</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Steuerung stationäres Geschäft</li> <li>• Steigerung Effizienz ambulantes Geschäft</li> <li>• Reduktion Administration im Kerngeschäft</li> <li>• Med. Bedarf: Sortimentspolitik &amp; Warengruppenmanagement</li> </ul>
	<p><b>Optimierung Führungs- und Supportprozesse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapazitätsplanung, inkl. Nachfragesteuerung</li> <li>• Optimierung Beschaffung und Logistik</li> </ul>
	<p><b>Systeme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostenreduktion IT</li> </ul>

Die Stossrichtungen zielen auf die Optimierung der heutigen Prozesse und Arbeitsweisen ab. Sie wurden im März 2018 durch die Geschäftsleitung verabschiedet. Die Ausgestaltung der konkreten Umsetzungspläne pro Stossrichtung inkl. Quantifizierung des Potenzials und Definition der Verantwortlichkeiten erfolgt bis Ende Mai 2018.

### **4.2.3. Zusammenfassung**

Die gegenüber der Eignerstrategie nicht zufriedenstellende Profitabilitätssituation des KSA ist auf verschiedene interne und externe Faktoren zurückzuführen.

Die vergleichsweise tiefe Abgeltung im stationären Bereich und von gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie auch patientenbezogene Leistungsmerkmale des KSA wie der geringe Anteil von Zusatzversicherten, der hohe Ambulantisierungsgrad und der Anspruch auf eine Endversorgerfunktion (in Kombination mit der tiefen Abgeltung) wirken sich negativ auf die Ertragskraft des KSA aus. Diese Faktoren sind extern als Rahmenbedingung (Abgeltung) oder Trend (Anteil Zusatzversicherte, Ambulantisierungsgrad) gegeben und somit nur schwer vom KSA beeinflussbar. Eine Verbesserung der extern gegebenen Voraussetzungen würde die Wirtschaftlichkeit des KSA erhöhen.

Intern sind die Prozesseffizienz und der Ressourcenverbrauch in der Leistungserbringung sowie die Zusammenarbeit auf Konzernstufe die wesentlichen Stellhebel zur Produktivitätssteigerung. Im KSA fehlen heute Managementsysteme für eine effiziente Ressourcensteuerung und eine moderne Infrastruktur für eine optimale Prozessgestaltung. Bei den Kaderärzten liegen die Lohnkosten wie auch der Anteil von Chefärzten zu leitenden Ärzten überdurchschnittlich hoch. Hinzu kommt, dass die finanzielle Ergebnisverantwortung unzureichend wahrgenommen wird und die Zusammenarbeit zwischen den Kliniken wie auch mit dem Tochterunternehmen Spital Zofingen mangelhaft ist. Dies führt zu hohen Betriebskosten.

Für die Reduktion der Betriebskosten sind die Einführung von Managementsystemen zur Ressourcensteuerung und die Verbesserung der finanziellen Führung zentral. Ein wichtiges Element zur Erreichung von betrieblicher Effizienz liegt im Neubauprojekt, welches die dezentrale Infrastruktur ablöst. Ohne den geplanten Neubau wird die Erreichung des Margenziels als kritisch eingestuft. Hinsichtlich dem Zusammenspiel auf Konzernstufe liegt wesentliches Potential in der stärkeren Integration des Spitals Zofingen und der daraus resultierenden verbesserten Abstimmung des Leistungsangebots mit dem KSA.

Mit der Initialisierung des Ergebnisverbesserungsprojekts in 2017 und der anstehenden Reorganisation hat das KSA die Herausforderungen, welche sich intern stellen, erkannt und entsprechend Massnahmen eingeleitet. Mit dem Ergebnisverbesserungsprojekt konnten in 2017 erste Erfolge in der Effizienzsteigerung ausgewiesen werden. Die laufenden Massnahmen sind am richtigen Ort angesetzt. Für eine nachhaltige Entwicklung der Margensituation und zur Erreichung der Ziel-EBITDA-Marge von 10 % ist die Effizienz im operativen Betrieb konsequent weiterzuentwickeln. Im heutigen Spitalumfeld und dem im Wandel befindenden Gesundheitswesen ist es zunehmend wichtig, in der obersten Führungsstruktur (Verwaltungsrat und Geschäftsleitung) die Kompetenzen in Bezug auf betriebswirtschaftliche Führung und Turnaround-Fähigkeiten breit verankert zu haben. Mit der Reform der Geschäftsleitungsstruktur und der Stärkung der finanziellen Führung hat das KSA wichtige Initiativen ergriffen, um die betriebswirtschaftliche Führung und Durchsetzungsfähigkeit von Entscheidungen zu erhöhen.



## **4.3. Neubau**

### **4.3.1. Motivation**

Das aktuelle Neubauprojekt hat eine lange Vorgeschichte bis zurück in die Zeit vor der Eigentumsübertragung vom 1. Januar 2012, in deren Verlauf verschiedenste Lösungen ausgearbeitet, breit diskutiert und schliesslich wieder verworfen wurden.

Der Regierungsrat hat bereits 2009 dem KSA einen Projektauftrag für die Gesamterneuerung erteilt. Ohne die Projektgeschichte neu aufrollen zu wollen sei an den Masterplan von 2011 mit einem Kapazitätsausbau und einem Zentralbau auf dem Areal, an das angedachte Zentralspital Lenzburg von 2013 mit der vorgesehenen Zusammenführung von KSA und KSB und schliesslich an die umfassende Sanierung der 41 Bestandsbauten gemäss Masterplanung KSA von 2016 erinnert. Schliesslich wurde die Sanierung zugunsten einer Neubaulösung verworfen und das aktuelle Projekt mit einem neuen Projektteam unter der Leitung von Sergio Baumann Ende 2016 gestartet. Ein Expertengutachten kam zum Schluss, dass ein Neubau nicht teurer werden würde als eine umfassende Sanierung der Bestandsbauten, bei gut gewähltem Layout aber deutliche Effizienzvorteile möglich seien. Mit dem Neubau hat das KSA nun die einmalige Chance, sich infrastrukturell von der Vergangenheit vollkommen zu lösen und eine Anlage zu entwickeln, welche als Leuchtturmprojekt wegweisend für den Schweizer Spitalbau werden kann.

Die über (zu) viele Jahre laufenden Vorabklärungen und insbesondere auch die langwierigen politischen Entscheidungsprozesse hinsichtlich einer neuen Spitallösung für den Kanton Aargau führten dazu, dass einerseits der ideale Ersatzzeitpunkt ohne eingeschränkte Verfügbarkeit der Anlage für den Betrieb verpasst und andererseits im Bestand keine grundlegenden Sanierungen mehr durchgeführt wurden. Aus Überlegungen des Investitionsschutzes ist es zwar richtig, ab Planungsbeginn für einen Neubau nur noch das Nötigste in den Bestand zu investieren. Aber durch die Verzögerung der Grundsatzentscheide wurde auch ein hoher Sanierungsstau aufgebaut. Die bestehende Infrastruktur ist zwischenzeitlich über weite Teile am Ende der Nutzungsdauer angelangt. Der Ausfall bestimmter Anlagenteile kann nicht mehr ausgeschlossen werden. Der aufgeschobene Unterhalt manifestiert sich in übermässigem Unterhaltsaufwand und teilweise kritischen Situationen hinsichtlich Zustand der Infrastruktur: Ersatzteile können nicht mehr beschafft werden, technische Aufsichtsbehörden wie das Eidgenössische Starkstrominspektorat oder das kantonale Heilmittelinpektorat rügen die Anlagenmängel und setzen Fristen zur Mängelbehebung an. Die Anlage ist aufgrund ihrer Komplexität und dem Wachstum der erbrachten Leistungen unter Betrieb nicht mehr sanierbar. Ein Totalersatz bietet sich als einzigen Ausweg an. Ohne diese Massnahme könnten die Anforderungen an einen zeitgemässen Spitalbetrieb nicht mehr erfüllt werden und das KSA wäre als Zentrumsspital nicht mehr zukunftsfähig. Die Fortführung des Status Quo hinsichtlich Infrastruktur ist somit keine Option.

Angesichts des durch die lange Vorgeschichte aufgebauten, enormen Investitionsstaus und der durch die vielen Projektanläufe verlorenen Zeit für eine rechtzeitige Ersatzlösung ist die nun gewählte und weiterverfolgte Lösung mit einem Ersatzneubau die einzig sinnvolle Lösung. Gleichzeitig nutzt das geplante Investitionsvorhaben die Chance, das Areal «aufzuräumen» und wieder eine logische Ordnung in die Gebäude- und Arealstruktur zu bringen. Der Bestand war über die Jahre organisch gewachsen mit dem Ergebnis, dass die Effizienz im Tagesgeschäft unter anderem wegen der langen Wege und der Pavillonstruktur immer schlechter wurde. Die Abkehr von der Pavillonstruktur ist eine zeitgemässe Lösung, welche die Funktionen wieder näher zueinander bringt, die betriebliche Organisation und die Orientierung erleichtert und die Wege stark verkürzt. Die Neubaulösung basiert auf Prozessüberlegungen, welche schliesslich zu entsprechenden Anforderungen für die Planer führen.

### **4.3.2. Zielsetzungen**

Ausgehend von der aktuellen Strategie des KSA vom 27.07.2015 definierte das Projektteam für das Neubauvorhaben folgende Zielsetzungen:

1. **Optimierung der Prozesse:** kurze Wege für Patienten, Personal und Material, Reduktion Personalbedarf durch reduzierte Transportbedürfnisse, Grundlage für systematische Automatisierung
2. **Patientenorientierung:** der Patient steht im Mittelpunkt: 100% Einbettzimmer, verbesserter Service, weitere Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauer, Behandlung kommt zum Patienten
3. **Digitalisierung und Automatisierung:** komplett neue Ansätze führen zur Entlastung des medizinischen Personals von Routineaufgaben (Datenerfassung), Umlagerungen bei der Aufgabenzuteilung beim Personal (z.B. Versorgungsassistenz), Logistikprozesse konsequent ausgerichtet auf technische Möglichkeiten (z.B. RFID), Flächenoptimierung und weitere Effizienzvorteile, Mobile First durch Installation G4/G5-Netz für Patienten, Mitarbeiter und sämtliche Geräte.
4. **Kosten:** Kostendach bei MCHF 500 für den Bau + MCHF 100 für die Ausrüstung = total MCHF 600
5. **Bauzeit:** raschestmögliche Realisierung zwecks Einsparung von überhöhten Betriebskosten im Bestand
6. **Flexibilität:** Anpassungen an neue Anforderungen ohne grossen Aufwand ermöglichen
7. **Trennung Ambulatorien – stationärer Betrieb:** Geschäft trennen aber Synergien nutzen, Triage
8. **Unterhalt:** unterhaltsarme Anlage für die nächsten 30 Jahre Betrieb
9. **Angemessenheit:** nur bauen, was von der Menge und vom Standard her zwingend nötig ist
10. **Nachhaltigkeit:** Neubau entspricht den heutigen Anforderungen an einen nachhaltigen Bau.

Die definierten Ziele sind nachvollziehbar und angemessen für ein Neubauvorhaben dieser Grössenordnung. Im Vergleich zu anderen grossen Investitionsvorhaben der Spitalbranche wird das Kostendach für die Investitionssumme moderater angesetzt. Nichtsdestotrotz muss es möglich sein, moderne Spitalinfrastruktur auch kostengünstiger als im aktuellen Branchenvergleich zu erstellen. Für eine absolute Beurteilung des Kostendachs ist es im aktuellen Stand des Projekts KSA noch zu früh. Massgeblich werden das ausgewählte Projekt und dessen infrastrukturelle Ausprägung sein. Idealerweise sollte es zur Aufgabe der Planer erklärt werden, das aktuell geltende Kostendach zu unterbieten, bei unverändertem Raumprogramm. Dafür sind entsprechende Anreize und Zielvorgaben zu schaffen (z.B. Abkehr von der Bemessung des Planerhonorars auf der Basis der Bausumme).

Ein aktuelles Beispiel für ein der jeweiligen Spitalgrösse angemessenes Ziel für die Investitionskosten ist das Spital Limmattal. Die Baukosten beim Spital Limmattal belaufen sich für 29'000 m<sup>2</sup> NF bzw. 48'500 m<sup>2</sup> GF auf MCHF 215, also etwa 7'400 CHF/m<sup>2</sup> NF bzw. 4'400 CHF /m<sup>2</sup> GF.

Idealerweise würde sich das KSA aber auch Ziele hinsichtlich der künftigen jährlichen Immobilienkosten setzen und diese in die Vorgaben an die externen Projektpartner einbinden. Dann wären auch die zukünftigen Betriebskosten Bestandteil des Wettbewerbs. Dazu müsste das KSA statt des Totalunternehmer-Verfahrens einen Gesamtleistungswettbewerb inklusive Betriebsphase ausschreiben. In der Schweiz hat das bisher noch kein Spital gemacht, auch wenn genau das im internationalen Spitalbau zum Normalfall geworden ist. So oder so muss es zur dauernden Aufgabe werden, die Kosten bei jedem Entscheidungspunkt kritisch zu überprüfen und ein systematisches Controlling aufzubauen und zu betreiben.

Das Mass der inhaltlichen Zielerreichung wird generell stark von der Auswahl des Siegerprojekts aus dem laufenden Wettbewerb abhängen. Mit dem Siegerteam wird eine neue Partei am Tisch sitzen, welche das Projekt von der Ausgestaltung her ganz massgeblich prägen wird. So gesehen entscheidet die Jury mit dem Vergabeentscheid implizit, welche Projektziele in welchem Ausmass überhaupt erreicht werden können.

Das Verfahren sieht eine Vorbereitungs-, Planungs- und Bauzeit von etwa sechs Jahren vor. Baubeginn ist nach heutigem Planungsstand 2019, Bauabschluss 2022. Danach wird die Inbetriebnahme, gefolgt vom Umzug in je 6 Monaten, realisiert sodass der Neubau Ende 2023 bezogen ist. Der gesteckte Zeitrahmen ist anspruchsvoll. Eine belastbare Beurteilung der Terminplanung kann aus externer Sicht aber erst gemacht werden, wenn die zweite Wettbewerbsstufe abgeschlossen und das Siegerprojekt festgelegt ist. Erfahrungsgemäss lohnt es sich, nach dem Zuschlag eine mindestens sechs monatige Optimierungsphase einzuschalten, um die Voraussetzungen für den nachhaltigen Projekterfolg zu stärken.

Im Beschaffungsverfahren wurde nach der Präqualifikation vom Herbst 2017 mit sechs Planerteams am 20. März 2018 die 1. Wettbewerbsstufe abgeschlossen. Die eingereichten Beiträge der sechs Wettbewerbssteilneh-



mer sind nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts, ebenso wenig die Auswahl der Wettbewerbsteilnehmer für die 2. Wettbewerbsstufe, welche im 2. Semester 2018 abgewickelt wird.

Abbildung 30: Terminplanung für Wettbewerbsphase <sup>66</sup>



### 4.3.3. Dimensionierung (Kapazitätsplanung)

Das KSA hat in den letzten 10 Jahren eine markante Leistungssteigerung gezeigt: Die stationären Austritte stiegen um ca. 27 %, die ambulanten Behandlungen nahmen gar um 91 % zu. Das KSA hat seine Nutzfläche in dieser Zeit nur um die Bahnhofsliegenschaft (Stockwerkeigentum) mit 2'294 m<sup>2</sup> und um Haus 60 (Mietobjekt) mit 2'491 m<sup>2</sup> erweitert, was einem Zuwachs an Nutzfläche von 5 % entspricht. Die Mitarbeiterzahl hat sich seit 2004 verdoppelt, was zu einer Halbierung der pro Mitarbeiter verfügbaren Fläche führte. Die dargestellte Leistungssteigerung führte wie in vielen anderen Spitälern zu einer entsprechend hohen Auslastung der Räumlichkeiten.

Im Status Quo werden 89'421 m<sup>2</sup> Nutzfläche<sup>67</sup> in Eigentum und Miete belegt. Das KSA wies im frühen Grundsatz eine für das 19. und frühe 20. Jahrhundert typische Pavillonstruktur auf, wie sie auch bei andere klassischen Anlagen des Gesundheitswesens zu beobachten ist. Heute noch erhalten sind diese vornehmlich im Bereich der Psychiatrie (z.B. UPD, PZM, UPK, PSGN). Beim KSA wurde diese über die Jahre verfremdet, sodass sie nicht mehr ohne Weiteres erkennbar ist. Die 46 Bestandsbauten sind auf einer Arealfläche von 175'054 m<sup>2</sup> verstreut.

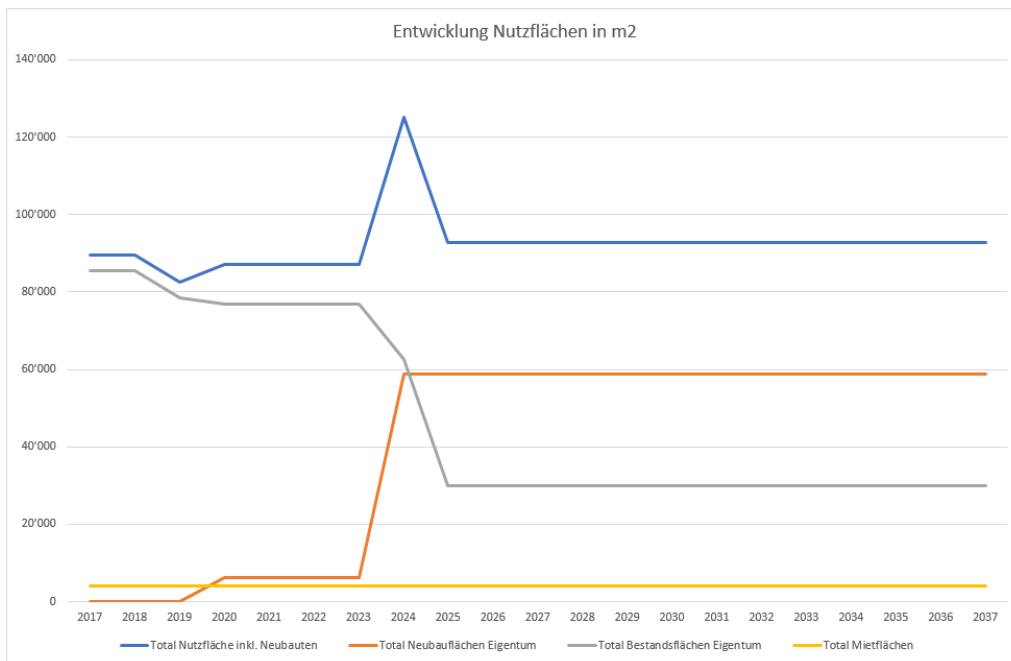
Mit dem Neubauprojekt werden über 30 Bestandsbauten ersetzt, welche im Projektverlauf abgebrochen werden. Das Investitionsvorhaben des KSA kommt mit einer Nutzfläche von 58'753 m<sup>2</sup> aus, welche sich wie folgt zusammensetzt: Neubau Hauptgebäude (52'487m<sup>2</sup> Nutzfläche [nachfolgend NF]), Therapiezentrum (2'016 m<sup>2</sup> NF) und Haus 42 (4'250 m<sup>2</sup> NF). Der Zentralbau fasst alle klinischen Funktionen und Bettenhäuser zusammen. Nach Abschluss des Neubauprojekts wird das KSA 92'688 m<sup>2</sup> Nutzfläche bewirtschaften.

Die bewirtschafteten Flächen entwickeln sich auf dem aktuellen Stand der Planung bis 2037 wie folgt.

<sup>66</sup> Quelle: 00\_Nebau\_reason why\_180520\_V4\_Sergio Baumann, Seite 35/41

<sup>67</sup> Stand gemäss Erhebung im Q1/2018

**Abbildung 31: Entwicklung Flächennutzung 2017 - 2037<sup>68</sup>**



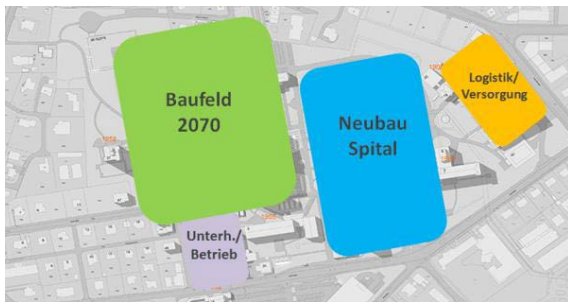
Der Peak von 125'156 m<sup>2</sup> Nutzfläche im Jahr 2024 ist ein Einmaleffekt im Eröffnungsjahr, wenn der Neubau in Betrieb geht und die für den Rückbau bestimmten Bestandsflächen noch nicht ausser Betrieb sind.

Die Verkehrs-, Logistik-, Personal- und Patientenströme werden getrennt. Die Bettenzahl wird von heute 570 in sechs Betten führenden Häusern auf 472 Betten in einem zentralen Neubau reduziert. Die Dimensionierung des KSA hinsichtlich OP-Kapazität fusst auf KSA-internen Abklärungen und Berechnungen, welche bottom-up gemacht wurden. Aus den Abklärungen resultierte für den neuen Zentralbau ein gegenüber dem Status Quo unveränderter Bedarf an 18 Operationssälen. Bettenbedarf und Raumbedarf wurden im Projektteam mit einem Planungsinstrument auf Excel-Basis hergeleitet. Für die Kapazitätsplanung der benötigten Betten wurde auch der Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer auf Basis verschiedener Quellen mitberücksichtigt.

Der Neubauperimeter kommt mit 44'580 m<sup>2</sup> Landfläche aus. Auf dem Neubauperimeter müssen 10 Objekte zurückgebaut werden, bevor das Baufeld dem Totalunternehmer (TU) zur Verfügung gestellt werden kann. Nach der Realisierung des Neubaus werden die infolge Neubau nicht mehr benötigten Bestandsbauten auf dem Baufeld 2070 zurückgebaut. Die durch den Rückbau freiwerdende Fläche steht als strategische Reservefläche für künftige Ersatzmassnahmen (Baufeld 2070) bereit und soll bis dahin keinen anderen Verwendungszwecken zugeführt werden.

<sup>68</sup> Quelle: Flächenentwicklung KSA, 180504\_KSA\_Flächen\_Immokosten\_v19.xlsx

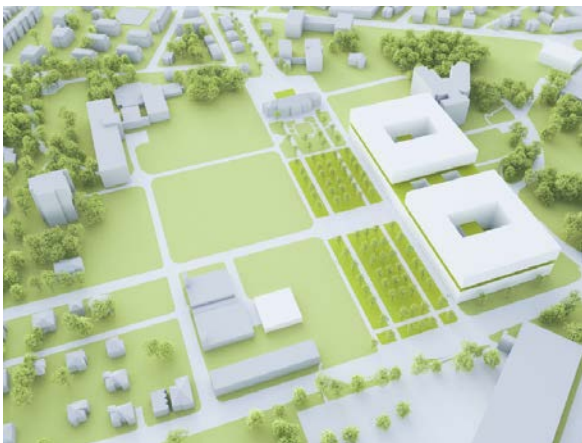
**Abbildung 32: Neubauperimeter<sup>69</sup>**



Mit der Anordnung der Gebäudekörper hat das Projektteam eine klare Sprache gefunden in der Arealgestaltung. Die vorgeschlagene Arealgestaltung mit der Anordnung entlang der Nord-Süd-Achse und der Fortsetzung der Nord-Allee setzt das Neubau-Projekt auf der Leitidee der historischen Gesamtanlage von 1887 auf. Gleichzeitig bewahrt sich das KSA mit dieser Anordnung alle denkbaren Handlungsspielräume für spätere Erweiterungen bzw. Ersatzmassnahmen. Mit der strategischen Reservefläche auf der Westseite der neuen Spital-Allee beweist das Projektteam viel Weitsicht, indem es bereits jetzt schon den nächsten strategischen Schritt in der Arealplanung vorsieht.

Flächenbedarf und Bettenbedarf wurden in der Periode von September 2016 bis Mai 2018 (20 Monate Durchlaufzeit) in über 500 Workshops bottom-up hergeleitet, ausgehend von den Vorgaben des VR, verschiedenen Analysen und den beim KSA verfügbaren Zahlen per Ende 2016 und der Leistungsprognose per 2025. Aus den Workshops resultierten Raumdefinitionen, Flächenangaben und Prozessdefinitionen. Mit der Machbarkeitsstudie vom 19.01.2017 wurde der Flächenspiegel nach Funktionsbereichen hergeleitet. Mit der Bildung von Zentren wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit in funktionalen Strukturen gestärkt oder erst gar ermöglicht, was Synergiepotenziale freimachen wird. Die Produktionsbereiche werden von den Funktionen und Prozessen her entwickelt. Die heutigen Kliniken werden komplett neu angeordnet und wo nötig neu organisiert. Das Vorgehen ist stark geprägt durch ein analytisches, systematisches und strukturiertes, faktenbasiertes Vorgehen. Die Herleitung ist nachvollziehbar dokumentiert. Das ist aus Sicht des externen Beobachters das richtige Vorgehen.

**Abbildung 33: Geplante Arealgestaltung mit Variante Doppel-Kubus<sup>70</sup>**



Ein typisches Beispiel für das vom KSA gewählte Vorgehen ist die Erarbeitung des bestmöglichen Layouts für Bettenstationen, welche für die ideale Stationsgröße von 36 Einbettzimmern nach geometrischen Gesichts-

<sup>69</sup> Quelle: 00\_Nebau\_reason why\_180520\_V4\_Sergio Baumann, Seite 32/41

<sup>70</sup> Quelle: 35\_2017-01-26\_Machbarkeitsstudie KSA, Seite 102/117, Option 4, Variante Doppel-Kubus

punkten ausgewertet und anhand der Wegstrecken ausgewählt wurde. Zuerst kommen die Funktion und der Prozess, daraus ergibt sich der erforderliche Grundriss, danach folgt die Architektur. Das neue KSA wird demzufolge von innen nach aussen entwickelt getreu dem Grundsatz «form follows function».

#### Abbildung 34: Idealtypisches Layout einer Normalbettenstation <sup>71</sup>

Untersuchung Pflegemodul | Variante 1



Das KSA weist bereits heute einen überdurchschnittlich hohen Ambulantisierungsgrad (vgl. Kapitel 3.2.2) auf. Das ambulante Geschäft wird im KSA auch künftig eine wichtige Rolle spielen. Dementsprechend muss auch das ambulante Betriebsmodell als Grundlage für die Konzeption der Infrastruktur in geeigneter Weise abgebildet werden, genauso wie das stationäre Betriebsmodell.

Die Flächenzuteilung nach ambulanter und stationärer Nutzung wurde aufgrund der in Workshops erarbeiteten Leistungszahlen entwickelt. Die Forderung nach einer klaren Trennung wird in der zweiten Wettbewerbsstufe einzufordern und zu konkretisieren sein. Ein aus Unternehmensoptik bereitzustellendes Betriebskonzept für die Abwicklung des ambulanten Geschäfts wird dabei als Vorgabe für das Projektteam dienen.

Die Dimensionierung des Neubaus ist vor dem Hintergrund der erwarteten Leistungssteigerung als massvoll zu bezeichnen. Das Projektteam hat sich nicht mehr wie in einem früheren Projekt von Leistungsprognosen zu einer Erhöhung des Flächenangebots verleiten lassen. Diese Zurückhaltung wird sich für das KSA ökonomisch positiv auswirken. Insbesondere bei einer weiteren Verlagerung von der stationären zur ambulanten Behandlung und dem Rückgang der Aufenthaltsdauer (welche durch die Einbettstrategie noch gestärkt wird, z.B. infolge tieferer Infektionsrate und rascherer Erholung) ist eine Reduktion der Anzahl Betten die richtige Massnahme.

Damit die gegenüber dem Status Quo radikalen Veränderungen der Infrastruktur auch im Betrieb den gewünschten Erfolg bringen, braucht es grundlegende Veränderungen im Unternehmen KSA. Diese müssen durch ein Change-Projekt initiiert und begleitet werden. Das Investitionsvorhaben ist nämlich in erster Linie ein Unternehmensentwicklungsprojekt und erst in zweiter Linie ein Infrastrukturprojekt.

<sup>71</sup> Quelle: 35\_2017-01-26\_Machbarkeitsstudie KSA, Seite 43/117, Pflegemodul, Variante 1. Hinweis: Die Grafik aus der Machbarkeitsstudie ist noch auf 32 Betten pro Station ausgelegt, die Erhöhung auf 36 Betten erfolgte im Nachgang.

#### **4.3.4. Berücksichtigung von Megatrends**

Bei der Dimensionierung wurde mit der Simulation der reduzierten Aufenthaltsdauer für die Auslegung der Bettenkapazität einer der Megatrends im Gesundheitswesen, nämlich die fortschreitende Ambulantisierung, bereits miteinbezogen, obwohl das KSA im Quervergleich schon einen sehr hohen Anteil an ambulanter Leistungserbringung hat. Das KSA ist demzufolge davon überzeugt, dass das Potenzial hinsichtlich Ambulantisierung noch nicht ausgeschöpft ist.

Seit geraumer Zeit kann auch in der Schweiz festgestellt werden, dass branchenfremde Anbieter immer stärker in den Gesundheitsmarkt vorstossen, sei es aus der ICT-Branche oder aus der Retail-Branche. In deren Fokus stehen das ambulante Geschäft sowie zu einer Spitalkonsultation vor- und nachgelagerte Dienstleistungen. Falls sich die Spitäler für die Beibehaltung bzw. den Ausbau des ambulanten Geschäfts entscheiden, ist es deshalb von entscheidender Bedeutung, dass sie für die ambulanten Leistungen geeignete Infrastrukturen bereitstellen, welche der Typologie des Geschäftsfelds entsprechen. Das ambulante Geschäft ist ein Mengengeschäft, weshalb die Infrastruktur hohe Frequenzen bewältigen muss. Die ambulant genutzte Infrastruktur sollte sich beispielsweise durch gute Erschliessung, den Bedürfnissen angepasste Aufenthaltsräume, leichte Orientierung und genügend Verkehrsflächen auszeichnen. Die ambulant genutzte Infrastruktur muss zudem auch den tieferen Tarifen Rechnung tragen, wenn das ambulante Geschäft der Spitäler ohne Zuschüsse oder Querfinanzierungen aus dem stationären Geschäft mit Zusatzversicherten auskommen soll. Solche Zuschüsse können sich bislang branchenfremde Anbieter gar nicht erschliessen. Wenn sie im Wettbewerb bestehen wollen, müssen sie sich entsprechend aufstellen. Dadurch ergibt sich automatisch der Druck effiziente Prozesse und adäquate Infrastrukturen bereitzustellen. Für die Planung der ambulant genutzten Fläche muss das KSA deshalb ein Betriebskonzept und eine spezifische Obergrenze für die jährlich anfallenden Infrastrukturkosten vorsehen.

Der Megatrend zur Personalisierung im Gesundheitswesen setzt auch bzw. erst recht im Spital Privatsphäre voraus. Diese wird durch den Einbettzimmer-Ansatz infrastrukturell sichergestellt. Auch in der Schweiz werden in immer mehr Spitalvorhaben Einbettzimmer-Lösungen bevorzugt, auch wenn im Vergleich zu Nordamerika oder Skandinavien die Schweiz insgesamt noch einen vergleichsweise sehr tiefen Anteil an Einbettzimmern aufweist. Dies hängt mit den nationalen Versicherungsmodellen zusammen. Das KSA durchbricht mit der 100%-Einbett-Strategie dieses nationale Axiom und argumentiert sehr differenziert und nachvollziehbar, weshalb die Einbett-Strategie gerade auch für das Spital selber ökonomisch sinnvoller ist.

Ein weiterer Megatrend ist die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Für die Digitalisierung des Spitalbetriebs stellt der Neubau die Infrastruktur mit dem G4/G5-Netz zur Verfügung. Die Realisierung der Digitalisierung im Spitalalltag setzt aber einen Mentalitätswandel voraus. Es ist am Betrieb, diese Basisinfrastruktur für die Zwecke der Digitalisierung einzusetzen. Dem digitalen Spital wird der Betrieb zum Durchbruch verhelfen müssen, die Basisinfrastruktur allein wird das nicht bewerkstelligen können.

Die Automatisierung wird als neuer Megatrend nicht zu stoppen sein. Mit der Zielsetzung der Automatisierung werden Überlegungen in die weiteren Projektarbeiten einfließen, welche es vermutlich auch erlauben werden, im neuen KSA den Anteil an Robotik-Einsätzen in den logistischen Supportprozessen gegenüber heute deutlich zu erhöhen. Ein grosses Potenzial liegt in der Logistik und in der horizontalen und vertikalen Flächenreinigung. Allerdings sind die Vorstellungen über die Automatisierung noch sehr vage und offen formuliert. Das Projektteam wird diese Anforderungen in die weitere Projektbearbeitung einbeziehen und auf die Vorschläge des Siegerteams aus der Wettbewerbsstufe zwei zählen.

Es ist davon auszugehen, dass die Konsolidierung auch in der Schweiz zu einem Trend werden wird. In den Projektunterlagen ist eine allfällige Konsolidierung in der Spitalbranche nicht berücksichtigt. Aufgrund der Endversorgerfunktion kann davon ausgegangen werden, dass durch die Konsolidierung die Auslastung des KSA nicht ab-, sondern zunehmen wird. Es ist aber trotzdem richtig, die Folgen einer allfälligen Konsolidierung nicht mit vorauseilender Bereitstellung von Überkapazitäten an Flächen vorwegnehmen zu wollen, insbesonde-



re auch deshalb, weil das Ausmass der Konsolidierung im Umfeld von Digitalisierung und Ambulantisierung zurzeit praktisch nicht prognostizierbar ist.

Mit der Berücksichtigung der wichtigsten Megatrends setzt das KSA die richtigen Massstäbe. Es generiert damit für seinen Eigentümer klare Mehrwerte.

### **4.3.5. Erwartete Synergien durch geplante Neubauten**

Die Pavillonstruktur im Bestand hat über viele Jahre dazu beigetragen, dass sich die Kliniken entfremdet haben. Die Infrastruktur hat damit auch die dezentral orientierte Betriebsorganisation im KSA gefördert und geprägt. Eine Pavillonstruktur schottet ab, sodass wenig Austausch stattfindet, was zu einem fehlenden unternehmensweiten «Wir-Gefühl» und einer Reduktion in der unternehmensweiten Effizienz führt. Ergebnis davon sind Kliniken mit einem hohen Autonomiegrad in vielerlei Hinsicht. Die für eine enge Zusammenarbeit ungeeignete Pavillonstruktur trägt so zu einer reduzierten Produktivität bei. Die aus der schieren Grösse des KSA zu erwartenden Skaleneffekte müssen mit dem Neubau erschlossen und besser genutzt werden. Die Kliniken müssen zusammenarbeiten und die Ressourcen wo sinnvoll besser teilen. VR und Geschäftsleitung haben z.B. mit der beschlossenen Zentrenbildung, der Reorganisation der Spitalleitung und dem neuen Zentralbau erste Massnahmen eingeleitet, damit das KSA wieder zusammenwachsen kann hinsichtlich Infrastruktur, Ressourcen und Prozesse. Durch den Rückbau von über 30 Bestandsbauten wird die Pavillonstruktur aufgelöst. Das Neubauprojekt wird den infrastrukturellen Beitrag dazu leisten, dass eine ganze Reihe von Synergiepotenzialen durch den Betrieb erschlossen werden können.

Das Projektteam baut eine ganze Reihe von Optimierungen und Innovationen im Neubauprojekt ein. Diese sind nur in einem Neubau mit vertretbarem Aufwand realisierbar. Nachfolgend seien einige vom Projektteam entwickelte und verfolgte Ideen und Konzepte aufgeführt, welche das Potenzial zur Steigerung der Effizienz und damit zur Verbesserung der ökonomischen Performance des KSA haben.

**Einbettzimmer:** bessere Bettenauslastung erlaubt Reduktion von Vorhalteleistungen, Reduktion der Infektionsrate, Verminderung von Fehlmedikation, keine gesperrten Betten wegen Patientenunverträglichkeit, Reduktion Aufenthaltsdauer durch optimalen Heilungsprozess und mehr Privatsphäre, weniger Patiententransporte

**Centerbildung:** Bildung von Versorgungseinheiten, Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit

**Logistik:** von Grund auf neu gestaltete Prozesse, minutiös geplante Versorgung statt Versorgung auf Vorrat, Reduktion der Warenbestände auf den Stockwerken und im Spital generell, Reduktion von Spitzenbelastungen von Transporteinrichtungen, Raum und Personal, hohes Automatisierungspotenzial durch führerlose Transporte, 24-Stundenbetrieb, reduzierter Personalbedarf, besserer Service für die Patienten

**Pharmafilter:** Vorreinigung des belasteten Abwassers, einfachere Abfallentsorgung, Attraktivitätssteigerung bestimmter Funktionen, Reduktion des Infektionsrisikos

**Patientengastronomie – Micropast:** besserer Service für die Patienten, Steigerung der Attraktivität für zusatzversicherte Patienten, Prozessoptimierung, Brechen von Spitzen in der Logistik, Reduktion von Foodwaste, Verzicht auf eigene Grossküche, 24-Stunden-Service

**Informatik:** Verzicht auf teure Installationen und Bewirtschaftung von Anschlüssen, Verzicht auf Endgeräte für die Patienten

**Wärme-Kälte-Versorgung:** Reduktion der Energiekosten

**OP mit Fallwagen:** Reduktion Flächenbedarf für Material-Zwischenlager im Bereich OP, präzise Vorbereitung, Steigerung Prozesseffizienz, Personalisierung in der OP-Planung

**OP mit getrennten Eingängen für ambulante und stationäre Fälle:** räumliche Umsetzung der Trennung ambulant vs. stationär bei gleichzeitiger Nutzung der Synergien in Ver- und Entsorgung

**Multifunktionale Flächen:** Reduktion des Bedarfs an unproduktiven Flächen, Förderung disziplinärer Zusammenarbeit im Betrieb

**Bürokonzept:** Verzicht auf persönlichen Arbeitsplätze, Erhöhung Raum- und Flächenauslastung, Reduktion Raumbedarf

**Unpersönliche Untersuchungs- und Sprechzimmer:** höhere Auslastung, digitale Buchungsplattform

**Tracking von Kleingeräten mit RFID:** Erhöhung Verfügbarkeit, Vermeidung von Suchaktionen, kontrollierte Wartungsintervalle, online-Information über Zustand und Betriebsstunden, bessere Auslastung erlaubt kürzere Ersatzintervalle und damit raschere Modernisierung des Geräteparks

**Versorgungsassistenten:** Entlastung der Pflege von Routinearbeiten, Senkung der Prozesskosten in der Versorgung, Steigerung der Effizienz und Effektivität bei der Materialbereitstellung

**Bettenstation im Notfall:** Vermeidung von Störung auf Bettenstation durch Verlegung von neuen Patienten während der Nachtschicht

**Auslastung:** Massgebend für die Effizienz der Anlagennutzung ist deren Auslastung. Die Auslastung von Transportanlagen wird z.B. durch führerlose Transporte, 24-Stunden Transportdienst oder Micropast optimiert. Durch den Abbau von Spitzen kann die erforderliche Transportkapazität reduziert werden. Die Auslastung von Flächen könnte durch die Ausdehnung der Betriebszeiten weiter gesteigert werden, so denn die Nachfrage vorhanden ist.

Das KSA setzt mit dem Neubauprojekt neue Massstäbe in ausgewählten Bereichen. Es setzt damit die in der Unternehmensstrategie verankerte Innovationskraft in die Realität um. Die Innovation soll die Attraktivität des KSA für Patienten und Personal verbessern. Durch eine moderne Infrastruktur kann auch der Anteil an Zusatzversicherten wieder gesteigert werden. Damit trägt die Infrastruktur dazu bei, die Ertragssituation des KSA zu verbessern.

All diese Aspekte haben direkten Einfluss auf die Effizienz des Betriebs auf den Neubau: Sie reduzieren den Flächenbedarf, reduzieren die Anzahl Betten, erlauben die interdisziplinäre Nutzung von Flächen, vermeiden proprietäre Flächennutzungen, erhöhen die Attraktivität usw. Für den Umsetzungsentscheid der oben aufgeführten Vorschläge und Innovationen wird eine Güterabwägung zwischen Investitionskosten und Einsparpotenzial im Betrieb zu machen sein. Innovationen haben üblicherweise in der Anschaffung ihren Preis und wirken sich auf die Investitionskosten entsprechend aus. Die Wirtschaftlichkeitsrechnung zeigt dann mit der Berechnung des NPV, ob sich die Installation einer Innovation über die Nutzungsdauer auszahlen wird.

Die Quantifizierung der aufgeführten Massnahmen ist mit dem aktuellen Projektstand noch nicht möglich. Sie hängt stark von der Wahl des Siegerprojekts ab. Es werden sich bei den verschiedenen Projekten naturgemäss nicht alle Ziele in gleichem Masse realisieren lassen. Die Wirtschaftlichkeitsrechnung wird über den Grad der ökonomischen Zielerreichung Auskunft geben. Für den wirtschaftlichen Erfolg des Projekts wird es entscheidend sein, dass die beschriebenen Optimierungen und Synergieeffekte im weiteren Projektverlauf weiter spezifiziert und so bald wie möglich auch quantifiziert werden. Daraus werden zahlenbasierte Anforderungen und klaren Beurteilungskriterien abzuleiten sein, sodass Projektentscheidungen auf der Basis von Wirtschaftlichkeitsrechnungen gefällt werden können. Die Synergieeffekte müssen von den Planern aktiv eingefordert und während den Planungs-, Bau- und Betriebsphasen gemessen und gesteuert werden. Dies setzt voraus, dass das KSA eine geeignete Plattform für die ökonomische Steuerung seiner Infrastruktur konzipiert und dann realisiert.

### **4.3.6. Zusammenfassung**

Das Neubauprojekt verfolgt viele für den Spitalbau in der Schweiz wegweisende Ideen und Konzepte. Es wird sich im weiteren Verlauf zeigen, welche von den Behörden (z.B. Pharmafilter, Micropast) tatsächlich freigegeben und von den Entscheidungsorganen auch zur Umsetzung ausgewählt werden.

Die Realisierung der angedachten Synergiepotenziale hängt nach der Installation in erster Linie vom Betrieb selber ab. Die Infrastruktur stellt optimale Strukturen zur Verfügung. Um die Potenziale bestmöglich zu nutzen, ist es wichtig, dass die Belegschaft frühzeitig (idealerweise vor Inbetriebnahme) organisatorisch so vorbereitet wird, dass sie die neue Anlage bestmöglich einsetzt und die Vorteile auch in eine konkrete Nutzung ummünzt. Um dies sicherzustellen, sind entsprechende vorbereitende Schritte in der Unternehmensentwicklung und ein umfassender Change-Prozess erforderlich.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der aktuelle Stand des Projekts hinsichtlich Innovation, Attraktivitätssteigerung und Ausnützung von Synergie- und Effizienzpotenzialen weit fortgeschritten ist. Das aktuelle Projekt zeichnet sich aus durch eine für die Schweizer Spitalbranche auffallend zurückhaltende Dimensionierung. Es überrascht im Quervergleich, dass die Bettenzahl sogar stark reduziert wird und die Anzahl Operationssäle nicht erhöht wird. Das Projekt zeigt damit eine Gegenreaktion auf die landauf und landab erkennbaren Überkapazitäten, die aufgebaut werden. Es folgt damit implizit einer Strategie des infrastrukturellen Gesundheitschumpfens bei gleichzeitiger Erhöhung der Prozesseffizienz, sodass mit weniger Infrastruktur eine grössere Leistungsmenge erbracht werden kann.

Für die zweite Wettbewerbsstufe wird es entscheidend sein, dass das KSA seine Bestellerinteressen kompromisslos durchsetzt. Es muss sichergestellt werden, dass Effizienzpotenziale nicht durch externe Faktoren, einseitige Jury-Entscheide und externe Projektbeteiligte in ihrer Entfaltung behindert oder leichtfertig verworfen werden. In der Infrastrukturbereitstellung unausgeschöpfte Effizienzpotenziale kann der Betrieb später nicht mehr wettmachen. Die Projektbeurteilung muss deshalb aus der Optik der bestmöglichen Betriebseffizienz des KSA über die gesamte Nutzungsdauer erfolgen. Das Motto lautet dann: Investieren, um zu sparen. Diese Sicht muss sich in der Folge in allen Entscheidungspunkten widerspiegeln. Wenn die Wirtschaftlichkeit das oberste Ziel sein soll, müssen alle Entscheide darauf ausgerichtet werden. Eine entsprechend ausgestaltete Wirtschaftlichkeitsrechnung wird Auskunft darüber geben, wie sich ein Entscheidungspunkt finanziell über die Nutzungsdauer auswirkt. Eine entscheidende Rolle hinsichtlich Effizienzsteigerung werden deshalb das ausgewählte Siegerprojekt und die Jury als Entscheidungsorgan haben. Die Jury muss sich an dem vom KSA vorgegebenen Zielsystem orientieren. Das KSA sollte für den Neubau ein stringentes Zielsystem verankern und sich in allen Entscheiden darauf ausrichten. Die Ziele für den Neubau sollten aus dem übergeordneten Zielsystem KSA (Unternehmensstrategie und Vorgaben VR) abgeleitet werden. Die Zuschlagskriterien der Jury sind deshalb auf das im Kapitel 4.3.2 skizzierte bzw. entsprechend weiterzuentwickelnde Zielsystem des KSA auszurichten. Den Zuschlagskriterien wird also höchstes Gewicht beizumessen sein, ebenso wie der kompromisslosen Beurteilung der eingereichten Projekte und einer belastbaren Projekt-Governance. Ganz gemäss dem Grundsatz: Das KSA baut für seine Patienten, nicht für seine Planer.



## **4.4. Finanzierung**

### **4.4.1. Beurteilung der Finanzierbarkeit der geplanten Ersatz- und Neubauinvestitionen**

#### **4.4.1.1. Einleitung**

In diesem Kapitel wird die Finanzierbarkeit bzw. die finanzielle Tragbarkeit der geplanten Ersatz- und Neubauinvestitionen analysiert und beurteilt. Dabei wird folgendermassen vorgegangen: In Kapitel 4.4.1.2 wird die Datengrundlage erläutert und in Kapitel 4.4.1.3 wird der Finanzierungsbedarf des KSA dargestellt. Der Kriterienraster für die finanzielle Tragbarkeitsanalyse wird anschliessend in Kapitel 4.4.1.4 vorgestellt. Anhand dieses Kriterienrasters wird schliesslich in Kapitel 4.4.1.5 die finanzielle Tragbarkeit beurteilt.

#### **4.4.1.2. Datengrundlage**

Die Datengrundlage für die finanzielle Tragbarkeitsanalyse stellt der vom Management des KSA erstellte Businessplan dar. Im Rahmen der Finanzierungstätigkeiten des KSA wurde diese Businessplan Version im Mai 2017 erstellt. Die geprüften Jahreszahlen des Jahres 2017 sind folglich noch nicht enthalten. Der geprüfte Betriebsertrag des Jahres 2017 lag bei 647.7 MCHF (vs. 629.3 MCHF Prognose 2017) und der geprüfte EBITDAR bei 41.1 MCHF (vs. 41.0 MCHF Prognose 2017). Aktuell wird vom KSA ein neuer Businessplan erstellt, der jedoch per Mai 2018 noch nicht fertiggestellt bzw. genehmigt wurde, weshalb dieser nicht als Basis für die finanzielle Tragbarkeitsanalyse hinzugezogen werden konnte. Die Planungsperiode umfasst einen Zeitraum von 20 Jahren (2017 bis 2036).

Der Businessplan wird im Minimum einmal jährlich vom Management des KSA aktualisiert. Dabei werden sämtliche Schlüsselparameter und auch die Modellstruktur einem Review unterzogen und bei Bedarf angepasst. Es liegt in der Natur eines Businessplanes, dass sich dieser und mit ihm die in diesem Bericht kommentierten Kennzahlen über die Zeit verändern. Wichtig ist, dass nach denselben Planungsprinzipien vorgegangen wird und somit die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der erfolgten Anpassungen und Präzisierungen jederzeit für sämtliche Anspruchsgruppe gegeben ist. Im Zusammenhang mit der jährlichen Aktualisierung hat das KSA bisher je nach Bedarf Unterstützung durch externe Dienstleister, u.a. PwC Schweiz, beigezogen.

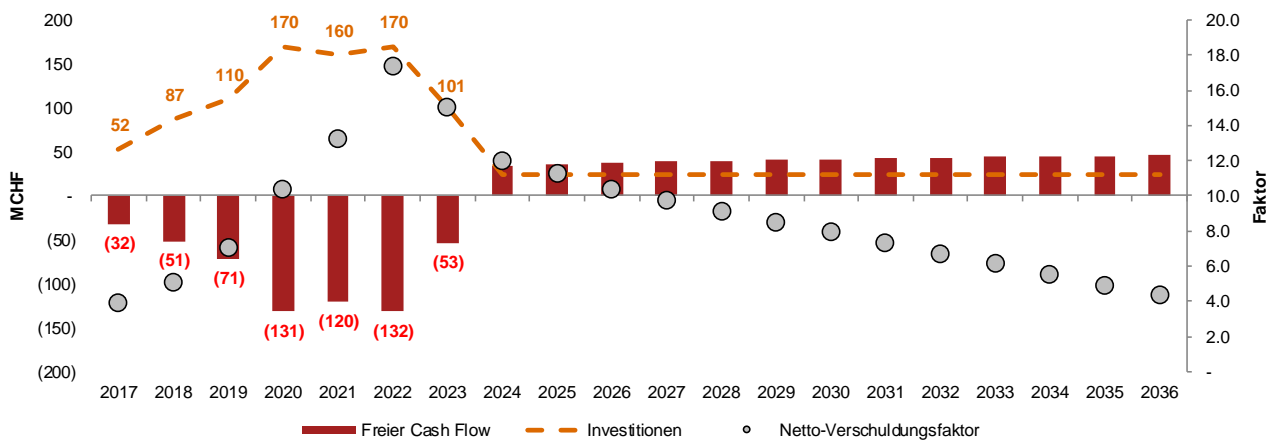
#### **4.4.1.3. Finanzierungsbedarf**

Der Finanzierungsbedarf lässt sich in der Planungsperiode anhand der prognostizierten freien Cash Flows<sup>72</sup> analysieren. Erzielt das Unternehmen positive freie Cash Flows, erhöht dies den Liquiditätsbestand. Sind die freien Cash Flows hingegen negativ (z.B. aufgrund von Investitionstätigkeiten) stellt sich die Frage nach deren Finanzierung. Negative freie Cash Flows können bis zu einem gewissen Grad über bestehende Liquiditätsreserven finanziert werden. Allerdings reichen diese in den seltensten Fällen dazu aus, negative freie Cash Flows, etwa als Folge grosser Bauprojekte, über Jahre hinweg finanzieren zu können. In diesen Fällen müssen sich Unternehmen im Rahmen der Aussenfinanzierung externes Kapital beschaffen.<sup>73</sup>

<sup>72</sup> Die freien Cash Flows berechnen sich folgendermassen:  $EBIT * (1 - \text{Steuersatz}) = NOPLAT + \text{Abschreibungen} - \text{Kapitalbindung im Nettoumlaufvermögen} = \text{Operativer Cash Flow} - \text{Investitionen} = \text{Freier Cash Flow}$ .

<sup>73</sup> Möglichkeiten für die Aussenfinanzierung stellen die Fremdfinanzierung, die Beteiligungsfinanzierung oder hybride Finanzierungsinstrumente dar.

**Abbildung 35: Finanzierungsbedarf des KSA**



In der Zeitperiode von 2017 bis 2023 plant das KSA Ersatz- und Neubauinvestitionen in der Höhe von 850.3 MCHF zu tätigen.<sup>74</sup> Dies hat negative kumulierte freie Cash Flows von circa 590.9 MCHF zur Folge. Dieser Finanzierungsbedarf soll mit der Herausgabe von verschiedenen Anleihen, Schuldscheindarlehen und möglicherweise Kantonsdarlehen gedeckt werden. Das verzinsliche Netto-Fremdkapital erreicht dadurch den maximalen Wert von MCHF 747.7 im Jahr 2023, was einem Netto-Verschuldungsfaktor<sup>75</sup> von 14.9 entspricht.<sup>76</sup> Dies bedeutet, dass das KSA auf Basis des EBITDA ca. 14.9 Jahre brauchen würde, das verzinsliche Netto-Fremdkapital zurückzuzahlen.

#### 4.4.1.4. Kriterienraster für die finanzielle Tragbarkeitsanalyse

Verschiedene Kriterien können zur Beurteilung der finanziellen Tragbarkeit bzw. der Finanzierbarkeit hinzugezogen werden. Diese reichen von finanziellen Faktoren wie Profitabilitätskennzahlen, Bilanz- und Verschuldungskennzahlen, Liquiditätskennzahlen bis zu zusätzlichen marktbasierenden Faktoren wie Analystenberichten und Ratings, Aktienpreisen oder Kreditrisikoprämien.

Für die verschiedenen Kriterien werden in der Praxis in der Regel Richtwerte bzw. Minimalwerte definiert. Werden diese in der langfristigen Sicht kombiniert eingehalten, lässt sich die finanzielle Tragbarkeit bestätigen bzw. fällt der Kreditvergabeentscheid oder der Investitionsentscheid positiv aus. Die Richt- und Minimalwerte sind jedoch nicht fix vorgegeben, sondern hängen auch vom Ermessen bzw. der Subjektivität des Investors ab.

**Tabelle 5: Kriterienraster für die finanzielle Tragbarkeitsanalyse**

Kriterium	Beschreibung	Wert	Ausgestaltung
<b>Profitabilitätskennzahlen</b>			
① EBITDA(R)-Marge	Siehe Kapitel 4.1.2.2.	> 10.0 %	Allg. Branchen-Richtwert
② Gewinn-Marge	Der Reingewinn beinhaltet verglichen mit dem EBIT auch die Zinskosten und, falls anwendbar die Steuern des jeweiligen Spitals und repräsentiert somit den generierten Jahresüberschuss. Die Gewinn-Marge ergibt sich indem der Reingewinn	> 0.0 %	Minimalwert

<sup>74</sup> Davon entfallen 600.0 MCHF auf das Hauptgebäude, 45.0 MCHF auf das Labor, 31.4 MCHF auf die Spitalpharmazie, 5.0 MCHF auf die Kindertagesstätte, 3.0 MCHF auf das Provisorium und ca. 165.9 MCHF auf die Ersatzinvestitionen.

<sup>75</sup> Der Netto-Verschuldungsfaktor berechnet sich folgendermassen: Verzinsliches Netto-Fremdkapital / EBITDA.

<sup>76</sup> Der maximale Wert des Netto-Verschuldungsfaktors wird jedoch im Jahr 2022 erreicht und beträgt 17.3.

durch den Gesamtertrag geteilt wird. Der Reingewinn ist somit als die durch den Betrieb geschaffene Substanz zu sehen.

Ein Spital sollte in guten Jahren Substanz aufbauen können, um schlechtere zu überstehen und seine vielfältigen Aufgaben langfristig ohne externe Unterstützung zu meistern. Weil sich schlechte Jahre nicht planen lassen, wird ein Spital einen jährlichen Gewinn anstreben – unabhängig davon, ob es gewinnorientiert („for profit“) oder gemeinnützig („non-profit“) arbeitet. Erwirtschaftete Gewinne werden direkt dem Eigenkapital zugeschrieben (Gewinnthesaurierung) und erhöhen damit unmittelbar die Eigenkapitalquote.

### Bilanz- und Verschuldungskennzahlen

③ Eigenkapitalquote	Siehe Kapitel 4.1.2.2.	> 20.0 % > 35.0 %	Minimalwert Richtwert
④ Netto-Verschuldungsfaktor	Der Quotient aus Nettoverschuldung (verzinsliches Fremdkapital abzüglich überschüssige Liquidität) und EBITDA repräsentiert eine Schätzung der benötigten Anzahl Jahre, um das verzinsliche Netto-Fremdkapital mit den generierten flüssigen Mitteln (approximativer operativer Cash Flow) zurückzuzahlen. Typischerweise ist der Netto-Verschuldungsfaktor für externe Investoren eine Schlüsselgrösse bei der Kreditanalyse und Analyse der Verschuldungskapazität. Je höher der Netto-Verschuldungsfaktor, desto niedriger die Kreditwürdigkeit und desto höher das Kreditausfallrisiko des Unternehmens. In Kreditverträgen ist der Nettoverschuldungsfaktor im Sinne eines maximalen Wertes, der nicht überschritten werden darf, relativ häufig als finanzieller Covenant enthalten.	< 4.0 - 6.0 ( <i>auf stand-alone Basis</i> ) Im Schweizer Markt für Spitalfinanzierungen können Werte von bis 15.0 beobachtet werden <sup>77</sup> ( <i>aufgrund der Eigentümerverhältnisse oder impliziten / expliziten Garantien</i> )	Maximalwerte
⑤ Operativer Cash Flow zu verzinslichem Netto-Fremdkapital	Diese Kennzahl ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen den operativen Cash Flows und dem verzinslichem Netto-Fremdkapital. Ein höherer Wert deutet darauf hin, dass das verzinsliche Netto-Fremdkapital (nach Abzug der überschüssigen Liquidität) verhältnismässig schnell aus dem operativen Cash Flow getilgt werden könnte. Im Gegensatz zum Netto-Verschuldungsfaktor berücksichtigt diese Kennzahl auch die Kapitalbindung im Nettoumlaufvermögen. Sie wird zudem nicht durch die Investitionstätigkeit beeinflusst.	> 0.0	Minimalwert

<sup>77</sup> Der Wert für den Netto-Verschuldungsfaktor ist in Abhängigkeit zur Branche, der Grösse des Unternehmens und der Eigentümerverhältnisse zu analysieren. Auf stand-alone Basis liegt die Obergrenze für diese Kennzahl in der Regel bei 4.0 bis 6.0 (analog auch zu anderen Industrien). Aufgrund der Eigentümerverhältnisse bzw. der angenommenen impliziten Garantie durch den Kanton oder Staat lassen sich im Schweizer Markt für Spitalfinanzierungen jedoch oft Werte von bis zu 15.0 beobachten. In Abhängigkeit von impliziten und expliziten Garantien wurden auch einzelne Finanzierungen mit Faktoren von über 20.0 gewährt.

⑥ EBITDA-Zinsdeckungsgrad <sup>78</sup>	Der EBITDA-Zinsdeckungsgrad berechnet sich als Verhältnis zwischen EBITDA und jährlichem Nettozinsaufwand. Der EBITDA-Zinsdeckungsgrad zeigt, ob der generierte EBITDA des Spitals ausreicht, den Nettozinsaufwand zu decken. Reicht der generierte EBITDA nicht aus, um den Nettozinsaufwand zu decken, steht das Spital vor grossen finanziellen Herausforderungen. Im schlechtesten Fall hat der Eigentümer dem Spital finanziell aushelfen.	> 1.0 ( <i>absoluter Minimalwert</i> ) > 3.0 ( <i>am Markt beobachtbar</i> )	Minimalwert Richtwert
<b>Liquiditätskennzahlen</b>			
⑦ Cash-Ratio	Siehe Kapitel 4.1.2.2.	> 0.2	Richtwert
⑧ Quick-Ratio	Siehe Kapitel 4.1.2.2.	> 1.0	Richtwert
⑨ Current-Ratio	Siehe Kapitel 4.1.2.2.	> 2.0	Richtwert
<b>Zusätzliche Faktoren</b>			
⑩ Analystenberichte und Ratings	Aktien- oder Fixed Income-Analysten untersuchen Unternehmen und geben darauf basierend Kauf- oder Verkaufsempfehlungen ab. Wird das Unternehmen mehrheitlich zum Kauf empfohlen, deutet das darauf hin, dass die Analysten die aktuelle und zukünftige finanzielle Situation des Unternehmens positiv einstufen.	Relativ zur Vergleichsgruppe zu analysieren.	n/a
⑪ Aktienpreis (falls öffentlich kotiert)	Der Aktienpreis eines Unternehmens spiegelt die Markterwartung der Investoren wider. Steigende Aktienpreise können darauf hindeuten, dass der Markt die aktuelle und zukünftige finanzielle Situation des Unternehmens positiv einstuft.	Relativ zur Vergleichsgruppe zu analysieren.	n/a
⑫ Kreditrisikoprämie bzw. Z-Spread (falls Anleihen ausstehend sind)	Der Z-Spread ist ein Mass für das Kreditrisiko einer Anleihe. Je höher der Z-Spread, desto höher wird das Risiko durch die Anleger eingeschätzt. Tiefe Z-Spreads können darauf hindeuten, dass der Markt die aktuelle finanzielle Situation bzw. die Kreditwürdigkeit des Unternehmens positiv einstuft.	Relativ zur Vergleichsgruppe zu analysieren.	n/a

Von der theoretischen finanziellen Tragbarkeit ist die praktische Finanzierbarkeit zu unterscheiden. Neben dem obenstehenden Kriterienraster hängt die Finanzierbarkeit nämlich auch von den anvisierten Finanzierungsinstrumenten bzw. vom Gesamtfinanzierungskonzept oder der Marktnachfrage ab. So ist es möglich, dass die finanzielle Tragbarkeit gemäss dem Kriterienraster objektiv gegeben ist, die Marktnachfrage jedoch nicht ausreicht, um den externen Finanzierungsbedarf des Unternehmens zu decken.

<sup>78</sup> Anstelle des EBITDA-Zinsdeckungsgrads kann auch der EBIT-Zinsdeckungsgrad verwendet werden. Allerdings repräsentiert das EBITDA eher den operativen Cashflow, weshalb wir den EBITDA-Zinsdeckungsgrad im Rahmen der finanziellen Tragbarkeitsanalyse verwenden.

#### 4.4.1.5. Finanzielle Tragbarkeitsanalyse und Beurteilung

In der untenstehenden Tabelle 6 sind für die finanzielle Tragbarkeitsanalyse relevante Kennzahlen des KSA aufgeführt. Die EBITDAR-Marge, der Netto-Verschuldungsfaktor und der EBITDA-Zinsdeckungsgrad haben für die Beurteilung die höchste Relevanz.

**Tabelle 6: Finanzielle Tragbarkeitsanalyse – die Kennzahlen des KSA**

Werte in MCHF, % oder X	Prognose 2017	Plan 2018	Plan 2019	Plan 2020	Plan 2025	Plan 2030	Plan 2036	Max	Min	Ø
<b>Schlüsselzahlen</b>										
Betriebsertrag	629.3	638.3	647.7	658.8	713.9	756.9	801.6	801.6	629.3	722.0
EBITDAR	41.0	42.6	41.8	42.0	63.6	69.3	74.1	74.1	41.0	60.0
EBITDA	39.7	41.2	40.4	40.6	62.2	67.9	72.7	72.7	39.7	58.6
Jahresergebnis	2.9	1.9	1.8	2.9	(4.8)	7.8	24.0	24.0	(7.3)	8.3
Operativer Cash Flow	20.5	35.8	38.9	38.8	59.9	66.6	71.3	71.3	20.5	55.9
Investitionen	(52.4)	(87.2)	(110.2)	(170.0)	(25.0)	(25.0)	(25.0)	(25.0)	(170.0)	(58.8)
Freier Cash Flow	(31.9)	(51.4)	(71.3)	(131.2)	34.9	41.6	46.3	46.3	(131.6)	(2.9)
Eigenkapital	262.2	263.3	264.5	266.9	276.7	295.9	390.7	390.7	262.2	297.3
Netto-verzinsliches FK	153.6	207.9	282.8	418.7	697.1	533.4	311.4	747.6	153.6	495.2
Liquidität	12.7	8.5	33.6	6.6	7.1	7.6	8.0	59.7	6.6	16.3
<b>Profitabilitätskennzahlen</b>										
① EBITDAR-Marge	6.5%	6.7%	6.5%	6.4%	8.9%	9.2%	9.2%	9.2%	6.0%	8.2%
EBITDA-Marge	6.3%	6.5%	6.2%	6.2%	8.7%	9.0%	9.1%	9.1%	5.8%	8.0%
② Gewinn-Marge	0.5%	0.3%	0.3%	0.4%	(0.7%)	1.0%	3.0%	3.0%	(1.0%)	1.1%
<b>Verschuldungskennzahlen</b>										
③ Eigenkapitalquote	51.7%	46.7%	39.7%	34.3%	25.8%	31.8%	48.3%	51.7%	25.5%	34.4%
④ Netto-Verschuldungsfaktor	3.9	5.0	7.0	10.3	11.2	7.9	4.3	17.3	3.9	8.7
⑤ Operativer Cash Flow zu verzins. FK	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1
⑥ EBITDA-Zinsdeckungsgrad	32.8	19.6	13.0	9.9	9.0	13.1	25.3	32.8	5.6	13.9
<b>Liquiditätskennzahlen</b>										
⑦ Cash-Ratio	0.2	0.1	0.4	0.1	0.1	0.1	0.1	0.7	0.1	0.2
⑧ Quick-Ratio	1.9	1.8	2.1	1.6	1.7	1.6	1.7	2.5	1.3	1.8
⑨ Current-Ratio	2.0	1.9	2.2	1.7	1.8	1.7	1.8	2.6	1.3	1.8

Quelle: Management Informationen und Pw C Analyse.

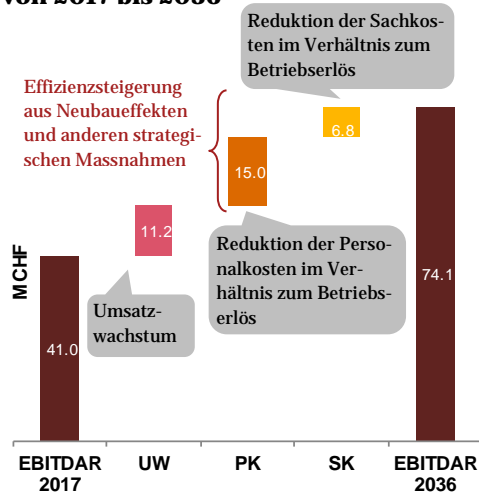
**Tabelle 7: Kriterienraster für die finanzielle Tragbarkeitsanalyse – Beurteilung**

#	Planannahme des Managements	PwC Kommentar	Risiko	Relevanz
<b>Profitabilitätskennzahlen</b>				
①	<p>Der EBITDAR erhöht sich in der Planungsperiode um 33.1 MCHF bzw. von 41.0 MCHF auf 74.1 MCHF. Die durchschnittliche EBITDAR-Marge beträgt 8.2 %, sie erhöht sich von 6.5 % im Jahr 2017 auf 9.2 % bis 2036.</p> <p>Die folgende Abbildung zeigt, was die massgeblichen Faktoren für die Erhöhung des EBITDAR in der Planungsperiode sind.</p>	<p>Die geplante, durchschnittliche Umsatzwachstumsrate von 1.3 % kann grundsätzlich als plausibel erachtet werden.</p> <p>Für den Kanton Aargau wird ein Bevölkerungswachstum von 2015 bis 2030 von ca. 1.1 % pro Jahr vorhergesagt (siehe auch Kapitel 3.1.2.2).<sup>79</sup> Weiter beträgt die langfristige Inflationsrate für die Schweiz gemäss IMF, 2018 ca. 1.0 % pro Jahr. Das höhere Wachstum im ambulanten Bereich (0.1 Prozentpunkte) entspricht dem Trend der letzten Jahre und wird zusätzlich durch die Verschiebung von stationär zu ambulant unterstützt.<sup>80</sup></p> <p>Die Reduktion der Personal- und Sachkosten im Verhältnis zum Betriebsertrag erscheint in einem vernünftigen Bereich zu liegen. Ver-</p>	●	<b>Hoch</b>

<sup>79</sup> Kanton Aargau (2016): Strukturbericht Gesundheit 2016.

<sup>80</sup> Siehe auch PwC Studie (2016): «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2015».

**Abbildung 36: EBITDAR-Entwicklung von 2017 bis 2036**



Das durchschnittliche Umsatzwachstum von 2017 bis 2036 beträgt ca. 1.3%. Dies erhöht bei konstanter Marge den EBITDAR um 11.2 MCHF bis 2036.

- Die Personalkosten reduzieren sich aufgrund der Neubaueffekte im Verhältnis zum Betriebsergebnis signifikant. Dies erhöht die EBITDAR-Marge, was einen höheren EBITDAR von 15.0 MCHF bis 2036 zur Folge hat.
- Die Sachkosten reduzieren sich aufgrund der Neubaueffekte im Verhältnis zum Betriebsergebnis signifikant. Dies erhöht die EBITDAR-Marge, was einen höheren EBITDAR von 6.8 MCHF bis 2036 zur Folge hat.

gleichbare Spitäler planen aus unserer Erfahrung mit ähnlichen Werten. Zudem ist davon auszugehen, dass der Wegfall der Campus-Architektur zu kürzeren Wegen bzw. effizienteren Abläufen führt. Die geplanten Einsparungsziele sind frühzeitig zu definieren (kommerzielle Analyse) und entsprechende Massnahmen zeitnah einzuleiten. Zudem sollte der Zielerreichungsgrad regelmässig überprüft werden.

Die prognostizierte EBITDAR-Marge erhöht sich aufgrund der Neubaueffekt und operativen Effizienzmassnahmen um 2.7 Prozentpunkte auf 9.2 % im Jahr 2036. Somit liegt die EBITDAR-Marge auch in der langen Sicht leicht unter dem allgemeinen PwC Branchen-Richtwert von 10.0 %. Unter der Bedingung der Weiterführung der Effizienzverbesserungsmassnahmen und ohne materiellen Veränderungen der exogenen Rahmenbedingungen kann das dem Businessplan zugrunde liegende Szenario als realistisch eingestuft werden. Die Profitabilität des KSA erhöht sich auf ein Niveau, welches in der Branche als allgemeiner Richtwert anerkannt ist.

Gemäss unseren Analysen liegt der durchschnittliche Kapitalumschlag des KSA in der Planungsperiode bei ca. 0.8. Da der Richtwert von 10.0% auf einem Kapitalumschlag von 0.9 bis 1.1 basiert, führt die Anwendung der gleichen Berechnungslogik für das KSA zu einem etwas höheren Richtwert für die EBITDAR-Marge von rund 10.0 bis 12.0 %.

Daher sollten weiterhin operative Effizienzmassnahmen implementiert und durchgeführt werden, um die EBITDAR-Marge langfristig auf ein komfortables Niveau von 10 bis 12.0 % zu heben.

Beachtung sollte auch den spezifischen Gegebenheiten des KSA geschenkt werden. So ist die stationäre Baserate im Vergleich zu anderen Zentrumsspitalern eher tief. Andere Zentrumsspitaler in Kantonen ohne Universitätsspital weisen höhere Baserates auf. Zudem sind die Entschädigungen für gemeinwirtschaftliche Leistungen tiefer als in anderen Kantonen (siehe auch Kapitel 4.2.1.1).

② Die Gewinn-Marge beträgt im Durchschnitt 1.1%. Negative Jahresergebnisse werden lediglich in den Übergangsjahren von 2024 bis 2026 erwartet.

Die Profitabilität bietet Potenzial zur Verbesserung (siehe auch Punkt ①). Die geplanten Jahresergebnisse gefährden aus unserer Sicht jedoch nicht die finanzielle Tragbarkeit bzw. die Finanzierbarkeit der Investitionen.

● Mittel

**Bilanz- und Verschuldungskennzahlen**

③ Die Eigenkapitalquote erhöht sich im Planungszeitraum insgesamt von 46.7 % (2018) auf 48.3 % (2036). Der durchschnittliche Wert liegt bei 34.4 %, der Minimalwert bei 25.5 % im Jahr 2024.

Aufgrund der externen Finanzierungs- bzw. Investitionstätigkeit reduziert sich die Eigenkapitalquote auf 25.5 % im Jahr 2024. Durch die positiven Jahresergebnisse (ab 2027) und Rückzahlung von verzinslichem Fremdkapital erhöht sich die Eigenkapitalquote anschliessend auf 48.3 % bis 2036.

● Mittel

Somit reduziert sich die Eigenkapitalquote



während der Bauphase signifikant, jedoch ist ein steigender Trend erkennbar, sobald die Fremdfinanzierung amortisiert werden kann. Aus unserer Sicht gefährdet das Kriterium der Eigenkapitalquote nicht die Finanzierbarkeit des Neubaus.

- ④ Der Netto-Verschuldungsfaktor erhöht sich von 3.9 im Jahr 2017 auf 17.3 im Jahr 2022 und reduziert sich anschliessend auf 4.3 bis 2036.

Durch die externen Kapitalaufnahmen wird der Maximalwert im Jahr 2022 erreicht. Durch die stetige Rückzahlung des verzinslichen Fremdkapitals reduziert sich die Kennzahl bis 2036 auf 4.3. Für das KSA besteht neben dem Kredit- und Kapitalmarkt auch die Möglichkeit, sich im Rahmen eines Kantonsdarlehens beim Kanton Aargau Geld zu leihen. Dies könnte die öffentliche Wahrnehmung des KSA verstärken und einen positiven Signaleffekt für die Kreditgeber bzw. Investoren haben.<sup>81</sup>

● **Hoch**

Der Netto-Verschuldungsfaktor ist insgesamt hoch. Ohne Berücksichtigung der Eigentümerverhältnisse bzw. der impliziten Unterstützung durch den Kanton Aargau, wäre das KSA auf einer stand-alone Basis eher im Risikobereich (Sub-Investment-Grade) anzusiedeln. Die Finanzierbarkeit der Investitionen wäre fraglich. Da die Kreditgeber bzw. Investoren jedoch davon ausgehen, dass in einer Extremsituation der Kanton Aarau das KSA finanziell unterstützen würde, wird das KSA vom Markt als sicher bzw. im Investment Grade Bereich eingestuft. Jedoch ist zu beachten, dass die Frage nach der finanziellen Unterstützung durch den Kanton Aargau vor allem eine politische Frage ist, da er aus einer rechtlichen Sicht nicht explizit zu diesen Schritten gezwungen wird. Doch muss er gemäss § 41 Abs. der Verfassung die Voraussetzungen für eine angemessene medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung schaffen.

Aufgrund der Eigentümerverhältnisse gehen wir davon aus, dass der Netto-Verschuldungsfaktor die finanzielle Tragbarkeit bzw. die Finanzierbarkeit der Investitionen nicht gefährdet. Auf stand-alone Basis wäre die Finanzierbarkeit basierend auf diesem Beurteilungskriterium kaum gegeben, an der technischen Tragbarkeit würde sich grundsätzlich nichts ändern.

- ⑤ Die operativen Cash Flows sind in jedem Jahr positiv und betragen im Durchschnitt MCHF 55.9. Die Kennzahl operativer Cash Flow zu verzinslichem Fremdkapital liegt durchschnittlich bei 0.1.

Operative Cash Flows werden durch nicht-liquiditätswirksame Transaktionen (wie Abschreibungen etc.) nicht verzerrt und berücksichtigen die Kapitalbindung im Umlaufvermögen.

● **Mittel**

Die operativen Cash Flows resultierend aus dem Kerngeschäft des KSA sind in jedem Jahr positiv. Dies stützt die finanzielle Trag-

<sup>81</sup> Der Kanton Aargau hat im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 beschlossen, den Spitälern im Kanton Aargau zur Finanzierung der anstehenden Bauinvestitionen maximal eine Milliarde Franken zu leihen. Es dürfen jedoch maximal 60.0 % der Baukosten finanziert werden. Bisher wurden von den Spitälern des Kantons keine Kredite beansprucht.

		barkeit.		
⑥	Der EBITDA-Zinsdeckungsgrad beträgt im Minimum 5.6 und im Durchschnitt 13.9.	Der geplante EBITDA reicht aus, um die geplanten Zinszahlungen tätigen zu können. Dies stützt die finanzielle Tragbarkeit.	●	<b>Hoch</b>
<b>Liquiditätskennzahlen</b>				
⑦	Das Cash-Ratio beträgt im Durchschnitt 0.2.	Die Liquidität ist in der Planungsperiode sichergestellt. Ein weiteres Liquiditätspolster stellt die Kontokorrentkreditlinie i.H.v. 45.0 MCHF beim Kanton Aargau dar. Dies stützt die finanzielle Tragbarkeit.	●	<b>Tief</b>
⑧	Das Quick-Ratio beträgt im Durchschnitt 1.8.	Siehe Punkt ⑦.	●	<b>Tief</b>
⑨	Das Current-Ratio beträgt im Durchschnitt 1.8	Siehe Punkt ⑦. Die leichte Unterschreitung des Richtwerts ist unkritisch.	●	<b>Tief</b>
<b>Zusätzliche Faktoren</b>				
⑩	Analystenberichte und Ratings	Gemäss unseren Informationen wird die ausstehende KSA-Anleihe von Analysten als Investment-Grade eingestuft.  Es gibt somit keine Anhaltspunkte, dass die finanzielle Tragbarkeit der Investitionen zum aktuellen Zeitpunkt kritisch von Analysten hinterfragt oder in Frage gestellt wird. Auf stand-alone Basis könnten sich die Analystenresultate jedoch ändern.	●	<b>Mittel</b>
⑪	Kreditrisikoprämie (Z-Spread)	Der Z-Spread der ausstehenden KSA-Anleihe beträgt per 11. Mai 2018 ca. 8.0 Basispunkte. Der Z-Spread von einer Anleihe des Kantons Aargau (des Eigentümers) mit einer vergleichbaren Laufzeit beträgt per 11. Mai 2018 ca. -20.6 Basispunkte.  Dies bedeutet, dass der Markt das Kreditausfallrisiko des KSA höher einschätzt als das vom Kanton Aargau. Allerdings wird das Kreditausfallrisiko des KSA nur leicht höher eingeschätzt als dasjenige von CHF-Geldanlagen im Interbankenmarkt.  Aufgrund der Eigentümerverhältnisse schätzt der Markt das Kreditausfallrisiko des KSA folglich als klein ein. Es gibt somit keine Anhaltspunkte, dass die finanzielle Tragbarkeit der Investitionen zum aktuellen Zeitpunkt kritisch vom Markt hinterfragt oder in Frage gestellt wird.  Auf stand-alone Basis würden vom Markt höhere Kreditrisikoprämien verlangt.	●	<b>Mittel</b>

Legende: ● = tiefes Risiko; ● = mittleres Risiko; ● = hohes Risiko.

Wird der vom KSA erstellte Businessplan in der Zukunft tatsächlich erreicht oder sogar übertroffen und treten keine materiellen Veränderungen auf, wie Änderung der Eigentümerverhältnisse, Änderung der Organisationsstruktur (z.B. aufgrund von Käufen oder Verkäufen) oder Änderung des Leistungsauftrags (Spitalliste), ist die finanzielle Tragbarkeit der Investitionen gemäss unserer obigen Analyse grundsätzlich gegeben. Auf Basis der geplanten EBITDAR bzw. der operativen Cash Flows sind die Investitionen und die Finanzierungskosten für das KSA somit grundsätzlich finanziell tragbar, zudem wird das verzinsliche Netto-Fremdkapital bzw. der Netto-Verschuldungsfaktor bis zum Jahr 2036 auf ein vernünftiges Niveau reduziert.



Aufgrund der unter Druck stehenden Tarife und der Personalknappheit wird das Erreichen einer genügend hohen EBITDAR-Marge künftig eine grosse Herausforderung darstellen. Dies und der teils relativ hohe Netto-Verschuldungsfaktor zeigen daher klar auf, dass sich die geplante Investitionshöhe am oberen Ende der finanziellen Machbarkeit befindet.

Aus einer stand-alone-Sicht wäre die Finanzierbarkeit der Investitionen, d.h. die Fähigkeit zur Aufnahme des geplanten Fremdkapitalvolumens auf dem Kredit- und Kapitalmarkt, kritisch bzw. zu hinterfragen. Dies deshalb, weil andere Richtwerte für die Beurteilung herangezogen würden, als bei Annahme einer impliziten Unterstützung durch den Kanton Aargau. Entscheidend für die Finanzierbarkeit bzw. Nachfrage ist hier das Marktinteresse (Banken, Investoren).

Aufgrund des vergleichsweise tieferen Kapitalumschlags des KSA würde ein EBITDA-Margen-Richtwert leicht oberhalb von 10.0 % für die finanzielle Tragbarkeit zusätzlichen Komfort geben. Zur Verbesserung der operativen Profitabilität bzw. der EBITDAR-Marge sollten daher regelmässig Optimierungspotentiale ermittelt, identifiziert und zur deren Nutzung gegebenenfalls strategische Massnahmen implementiert werden. Würde die EBITDAR-Marge langfristig auf diesem komfortablen Niveau liegen, würde sich die nachhaltige finanzielle Tragbarkeit des Betriebs signifikant erhöhen.

## 4.4.2. Finanzielle Risiken

Grundsätzlich kann das finanzielle Risiko wie folgt definiert werden: Das Risiko einer Änderung von einem oder mehreren Parameter(n), die ein finanzielles Risiko für eine Partei (oder mehreren Parteien) zur Folge haben kann.

In der untenstehenden Tabelle 8 sind die aus unserer Sicht wichtigsten finanziellen Risiken für das KSA aufgelistet (Unternehmensrisiken). Die finanziellen Risiken aus der Sicht des Eigentümers werden in der Tabelle 9 aufgeführt (Eigentümerrisiken). Eine Quantifizierung der finanziellen Risiken erfolgt nicht, da diese zu diesem Zeitpunkt mit einer zu grossen Unsicherheit behaftet wäre.

**Tabelle 8: Finanzielle Risiken aus der Sicht des KSA**

#	Finanzielles Risiko	Beschreibung
1	Unternehmens- und Marktrisiko	Die Entwicklung des KSA unterliegt wesentlichen Unternehmens- und Marktrisiken, u.a. das Preisrisiko (Herabsenkung der Tarife), das Mengenrisiko (Rückgang des Fallvolumens), das Reputationsrisiko etc. Es besteht die Unsicherheit, dass die Parameter des Businessplans und Schlüsselannahmen falsch bzw. nicht präzise genug eingeschätzt wurden oder in der Realität nicht wie geplant eintreffen. Als Folge könnten tiefere Umsätze, eine niedrigere Profitabilität oder eine höhere Fremdverschuldung eintreffen. Dies verdeutlicht die wichtige Rolle des Projektcontrollings. Zukunftsgerichtete Aussagen und Finanzinformationen sind daher mit Vorsicht zu geniessen, obwohl sie zum Zeitpunkt der Erstellung auf gegenwärtigen Erwartungen, Annahmen und Prognosen des Managements beruhen.
2	Neubaueffekte	Die Neubaueffekte können trotz kommerzieller Analysen nicht wie geplant realisiert werden. Die prognostizierte EBITDAR-Margenerhöhung wäre fraglich.
3	EBITDAR-Marge	Die geplante EBITDAR-Marge reicht nicht aus, um einen nachhaltigen Betrieb sicherzustellen. Bestehende Finanzverbindlichkeiten können nicht amortisiert oder refinanziert werden. Es besteht das Risiko, dass der Eigentümer als Lender-of-last-Resort einspringen und für die Finanzverbindlichkeiten bürgen müsste (implizite Kantonsgarantie). Ist das Eigenkapital aufgebraucht, wäre auch die Aktienkapitalerhöhung eine mögliche Folge.
4	Personalteuerung	Die Entwicklung der Personalkosten basiert auf verschiedenen Planungsparametern (vgl. Punkt 1). Aufgrund der grossen Bedeutung des Personalaufwands in der Kostenstruktur eines Spitals und der teils nur bedingt steuerbaren Parameter ist dieser besonders hervorzuheben. Es besteht das Risiko, dass die Lohnkosten für das Personal schneller ansteigen als die stationäre Baserate oder die ambulanten Taxpunktwerte (zeitlicher Verzug). Dies hätte Ertragseinbussen zur Folge und würde die finanzielle Tragbarkeit der Investitionen reduzieren.
5	Inflations- und Zinsrisiken	Das KSA ist einem Inflations- und Zinsrisiko ausgesetzt. So ist es im Bereich des Möglichen, dass die Kosten proportional mit der Inflation ansteigen, die entsprechende Tarifierpassungen jedoch erst mit einer zeitlichen Verzögerung durchgeführt werden. Zudem besteht das Risiko, dass die Zinsen deutlich stärker als erwar-

		tet ansteigen, was die zukünftigen Finanzierungskosten erhöhen würde.
6	Liquiditäts- und Refinanzierungsrisiko	Es besteht das Risiko, dass die zum Begleichen fälliger Zahlungen benötigte Zahlungsmittel oder die eingegangene Finanzierungen zukünftig nicht oder nur zu deutlich schlechteren Konditionen refinanziert werden können. Es besteht das Risiko, dass der Eigentümer als Lender-of-last-Resort einspringen und für die Finanzverbindlichkeiten bürgen müsste. Jedoch ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass die Frage nach der finanziellen Unterstützung durch den Kanton Aargau vor allem eine politische Frage ist, da er aus einer rechtlichen Sicht nicht explizit zu diesen Schritten gezwungen wird.

**Tabelle 9: Finanzielle Risiken aus der Sicht des Eigentümers**

#	Finanzielles Risiko	Beschreibung
1	Kanton Aargau als Eigentümer und impliziter Lender-of-last-Resort (implizite Kantonsgarantie)	<p>Sofern sich das KSA nicht mehr am Kapitalmarkt refinanzieren kann und der politische Wille besteht, einen Konkurs des KSA zu vermeiden (too-big-to-fail), besteht für den Kanton Aargau das finanzielle Risiko, als Kreditgeber der letzten Instanz auftreten bzw. für die Finanzverbindlichkeiten des KSA bürgen zu müssen (impliziter Lender-of-last-Resort).</p> <p>Ist das Eigenkapital zu tief oder aufgebraucht, stellt für den Eigentümer auch die Aktienkapitalerhöhung ein finanzielles Risiko dar. Möchte der Eigentümer seinen Aktienanteil nämlich nicht verwässern, wäre er gezwungen, zusätzliche Aktien zu zeichnen.</p> <p>Aus rechtlicher Sicht wird der Kanton Aargau jedoch nicht explizit zu diesen Schritten gezwungen. Doch muss er gemäss § 41 Abs. der Verfassung die Voraussetzungen für eine angemessene medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung schaffen.</p> <p><i>Sicht Kanton Aargau - Departement Finanzen und Ressourcen:</i></p> <p><b>Darlehensgewährung</b></p> <p>Der Kanton kann sich über Darlehen an der Finanzierung der Bautätigkeiten des KSA beteiligen (§ 14e Spitalgesetz). Der Grosse Rat hat dem Kanton im Rahmen der Übertragung der Spitalliegenschaften eine entsprechende Höherverschuldungskompetenz über 1 Milliarde Franken gewährt (Grossratsbeschluss Nr. 2011-1271 vom 10. Mai 2011). Die entsprechenden Konditionen und Voraussetzungen für die Gewährung eines Darlehens durch den Kanton sind in der Weisung über die Tresorerie geregelt. Die Beschlussfassung über ein Darlehen für das KSA obliegt dem Regierungsrat.</p> <p>Die Darlehen des Kantons werden zum Nominalwert bewertet (§ 39 Abs. 2 GAF) und nicht abgeschrieben (§ 4 Abs. 1 lit. c DAF). Ist bei einem Vermögensteil eine dauerhafte Wertminderung absehbar, wird deren Buchwert berichtigt (§ 39 Abs. 3 GAF). Eine Wertberichtigung wird über die Erfolgsrechnung verbucht und fliesst in den Saldo der für die Schuldenbremse und finanzpolitischen Steuerung massgebenden Finanzierungsrechnung ein. Eine Wertberichtigung kann demnach zu einer Budgetüberschreitung respektive zu einem Defizit in der Jahresrechnung des Kantons führen.</p>

		<p><b>Aktienkapitalerhöhung</b></p> <p>Die Beteiligungen des Kantons werden in der Bilanz im Verwaltungsvermögen geführt. Das Eingehen einer Beteiligung respektive das Zeichnen von zusätzlichem Aktienkapital gelten jedoch nicht als Investition (§ 8 Abs. 4 DAF). Eine Aktienkapitalerhöhung wird folglich über die Bilanz abgewickelt, ohne dass dadurch die Investitionsrechnung und damit die für die Schuldenbremse und finanzpolitische Steuerung massgebende Finanzierungsrechnung tangiert sind.</p> <p>Für eine Aktienkapitalerhöhung müssen fremde Gelder (Fremdkapital) aufgenommen werden. Über die Aufnahme fremder Gelder beschliesst der Grosse Rat unter Vorbehalt der Zuständigkeiten des Volkes (§ 81 Abs. 2 KV). Die Beschlüsse des Grossen Rats über die Aufnahme fremder Gelder, die zu einer Höherverschuldung des Kantons führen, unterliegen der fakultativen Volksabstimmung (§ 63 Abs. 1 lit. e KV).</p>
2	Wertberichtigungsrisiko (Impairment) der 100%-Beteiligung des Kantons Aargau am KSA	<p>Die 100%-Beteiligung des Kantons Aargau am KSA ist gemäss der Jahresrechnung von 2016 mit einem Buchwert von 250.6 MCHF bilanziert. Ist die Werthaltigkeit dieser 100%-Beteiligung nicht mehr gegeben (z.B. aufgrund von zu tiefen EBITDAR-Margen), besteht für den Kanton Aargau ein Wertberichtigungsrisiko.</p> <p>Die 100%-Beteiligung müsste im Konkursfall des KSA auf den Liquidationswert abgeschrieben werden.</p> <p><i>Sicht Kanton Aargau - Departement Finanzen und Ressourcen:</i></p> <p><b>Wertberichtigung</b></p> <p>Die Beteiligungen des Kantons werden zum Nominalwert bewertet (§ 39 Abs. 2 GAF). Ist bei einem Vermögensteil eine dauerhafte Wertminderung absehbar, wird deren Buchwert berichtigt (§ 39 Abs. 3 GAF). Eine Wertberichtigung wird über die Erfolgsrechnung verbucht und fliesst in den Saldo der für die Schuldenbremse und finanzpolitischen Steuerung massgebenden Finanzierungsrechnung ein. Eine Wertberichtigung kann demnach zu einer Budgetüberschreitung respektive zu einem Defizit in der Jahresrechnung des Kantons führen.</p>
3	Konzernhaftung	<p>Gemäss Art 620 Abs. 2 OR haftet die Muttergesellschaft grundsätzlich nicht für die Verbindlichkeiten ihrer Tochtergesellschaften, d.h. grundsätzlich haftet nur das Gesellschaftervermögen der Tochtergesellschaft. Allerdings sind in der Praxis Haftungsstatbestände entwickelt worden, die zur Haftung der Muttergesellschaft führen. Diese umfassen: Haftung aus Durchgriff, Haftung aus faktischer Organschaft, Haftung aus Delikt oder unberechtigter Bereicherung sowie Haftung aus Konzernvertrauen. Inwiefern die Konzernhaftung nach OR auf das KSA Anwendung finden würde, ist zu prüfen, weil das KSA grundsätzlich dem Haftungsgesetz des Kantons (SAR 150.200) untersteht.</p>

### 4.4.3. Zusammenfassung

Die finanzielle Tragbarkeit bzw. die Finanzierbarkeit der Investitionen ist aus unserer Sicht grundsätzlich gegeben. Auf Basis der geplanten EBITDAR bzw. der operativen Cash Flows sind die Investitionen und die Finanzierungskosten für das KSA somit grundsätzlich finanziell tragbar. Zudem kann das verzinsliche Netto-

Fremdkapital bzw. der Netto-Verschuldungsfaktor bis zum Jahr 2036 auf ein vernünftiges Niveau reduziert werden.

Aufgrund des hohen Nettoverschuldungsfaktors bzw. der unter Druck stehenden EBITDAR-Marge befindet sich die geplante Investitionshöhe jedoch am oberen Ende der finanziellen Machbarkeit. Zur Verbesserung der operativen Profitabilität bzw. der EBITDAR-Marge sollten daher regelmässig Optimierungspotentiale ermittelt und zur deren Nutzung gegebenenfalls strategische Massnahmen implementiert werden. Aus einer stand-alone-Sicht wäre die Finanzierbarkeit der Investitionen kritisch bzw. zu hinterfragen, weil andere Richtwerte für die Beurteilung herangezogen würden, als bei Annahme einer impliziten Kantonsgarantie.

Unsere finanzielle Tragbarkeitsanalyse setzt voraus, dass der Businessplan zukünftig erreicht oder übertroffen wird, keine materiellen Veränderungen auftreten, wie Änderung der Eigentümerverhältnisse, Änderung der Organisationsstruktur (z.B. aufgrund von Käufen oder Verkäufen) oder Änderung des Leistungsauftrags (Spitalliste). Zudem basierte die Finanzierbarkeitsanalyse auf der Annahme, dass der Kanton Aargau in einer Extremsituation das KSA finanziell unterstützen würde (implizite Kantonsgarantie).

Für den Kanton Aargau bedeutet dies Folgendes: Sofern sich das KSA nicht mehr am Kapitalmarkt refinanzieren kann und der politische Wille besteht, einen Konkurs des KSA zu vermeiden (too-big-to-fail), besteht für den Kanton Aargau das finanzielle Risiko, als Kreditgeber der letzten Instanz auftreten bzw. für die Finanzverbindlichkeiten des KSA bürgen zu müssen (impliziter Lender-of-last-Resort). Ist das Eigenkapital zu tief oder aufgebraucht, stellt für den Eigentümer auch die Aktienkapitalerhöhung ein finanzielles Risiko dar. Möchte der Eigentümer seinen Aktienanteil nämlich nicht verwässern, wäre er quasi gezwungen, zusätzliche Aktien zu zeichnen. Jedoch ist zu beachten, dass die Frage nach der finanziellen Unterstützung durch den Kanton Aargau vor allem eine politische Frage ist, da er aus einer rechtlichen Sicht nicht explizit zu diesen Schritten gezwungen wird. Doch muss er gemäss § 41 Abs. der Verfassung die Voraussetzungen für eine angemessene medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung schaffen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Extremsituation eintritt, in welcher der Kanton das KSA finanziell unterstützen muss, stufen wir insgesamt als eher tief ein. Falls keine exogenen materiellen Veränderungen auftreten und intern die Effizienzsteigerungsmassnahmen gezielt weitergeführt werden, stellt der Businessplan des KSA ein realistisches Szenario dar. Die Profitabilität erhöht sich auf ein Niveau, welches in der Gesundheitsbranche als allgemeiner Richtwert anerkannt ist.

## **4.5. Strategischer Ausblick**

Im folgenden Kapitel werden strategische Optionen für das KSA auf Basis des Leistungsangebots sowie von möglichen Partner- und Trägerschaften durchleuchtet und beurteilt.

Dafür werden im ersten Schritt in Kapitel 4.5.1 folgende angebotsstrategischen Stossrichtungen für das KSA beurteilt:

- 1) Festhalten am **Status quo**: Zentrumsspital mit Endversorgungscharakter
- 2) Ausbau der Spezialisierung und **Stärkung des Endversorgungscharakters**
- 3) Abbau der Spezialisierung und Fokussierung auf **Zentrumsspital ohne Endversorgungscharakter**

Die Stossrichtungen unterscheiden sich in der Breite und der Spezialisierung des Leistungsangebots.

In Kapitel 4.5.2 werden mögliche potenzielle Partnerschaften und Trägerschaftsmodelle für das KSA identifiziert und in den darauffolgenden Kapiteln beschrieben. Die Optionen werden anhand von folgenden zwei Fragestellungen aus Eignersicht abgeleitet:

- 1) Möchte der Kanton Aargau Eigentümer des KSA bleiben?
- 2) Möchte der Kanton Aargau Alleineigentümer des KSA bleiben?

Im dritten Schritt werden in Kapitel 4.5.1 weitere Handlungsoptionen und damit einhergehende Chancen für das KSA im Rahmen von Kooperationen und einer Konsolidierung der Spitallandschaft geprüft. Im Fokus stehen im Kanton Aargau ansässige Grundversorgungsspitäler, Psychiatrien und Rehabilitationseinrichtungen sowie die interkantonale Zusammenarbeit in der Pädiatrie.

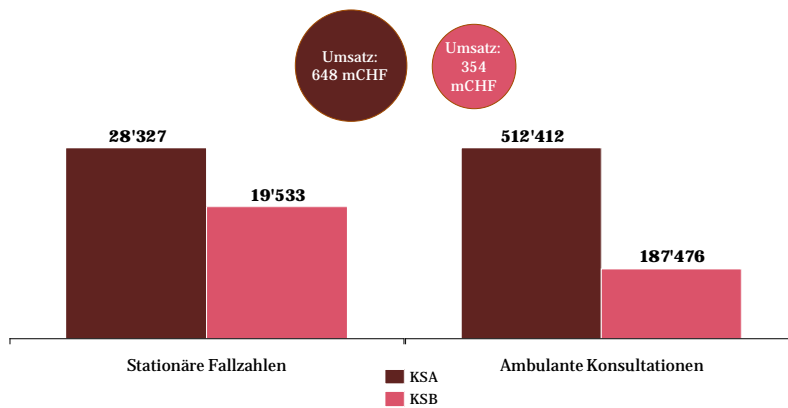
### **4.5.1. Angebotsstrategische Stossrichtungen des KSA**

Das KSA nimmt im Kanton Aargau als Spital mit Endversorgercharakter eine besondere Stellung ein und unterscheidet sich in der Leistungserbringung vom KSB. Eine Gegenüberstellung des Leistungsspektrums des KSA mit dem des KSB bringt folgende Unterschiede hervor:

1. Das KSA ist gemessen am Umsatz und an den Fallzahlen das grösste Spital im Kanton Aarau. In 2017 wurde mit 28'327 stationären Fällen und 512'412 ambulanten Konsultationen ein Umsatz von 648 MCHF generiert.<sup>82</sup> Der Umsatz des KSB belief sich auf 354 MCHF mit 19'533 stationären Austritten und 187'476 ambulanten Konsultationen.

<sup>82</sup> ohne Spital Zofingen.

**Abbildung 37: Vergleich beider Kantonsspitäler KSA und KSB hinsichtlich Fallvolumen und Umsatz<sup>83</sup>**



2. Das KSA nimmt die Rolle eines überkantonalen Versorgers ein. Es befindet sich auf der Spitalliste von sieben Kantonen (vgl. Kapitel 3.2.1). Der Leistungsauftrag an das KSB beschränkt sich auf den Kanton Aargau.

Das KSA erbringt deutlich mehr spezialisierte Leistungen als das KSB. In 35 Spitalplanungs-Leistungsgruppen (nachfolgend SPLG) verfügt das KSA über einen Leistungsauftrag ohne eine parallele Zuteilung an das KSB (vgl. Anhang

<sup>83</sup> Geschäftsberichte KSA und KSB 2017

3. Tabelle 12). Das Volumen in den 35 SPLG belief sich in 2016 auf 1'167 Fälle. Gemäss Spitalliste des Kantons Aargau verfügt das KSA in 9 SPLG über einen exklusiven Leistungsauftrag.
4. Das KSA versorgt Fälle mit einer deutlich höheren Fallschwere als das KSB. Der CMI lag in 2017 im KSA bei 1.149, im KSB bei 0.987 (vgl. Kapitel 3.2.2).<sup>84</sup>
5. Das KSA verfügt über zehn Leistungsaufträge in der hochspezialisierten Medizin (HSM). Diese teilen sich auf sechs von zwölf möglichen HSM-Fachbereichen auf. Im KSB liegt die Zahl der Leistungsaufträge bei fünf.<sup>85</sup>

Im Kontext der Angebotsstrategie sind folgende Ausrichtungen für das KSA prüfenswert:

- 1) Festhalten am **Status quo**: Zentrumsspital mit Endversorgungscharakter
- 2) Ausbau der Spezialisierung und **Stärkung des Endversorgungscharakters**
- 3) Abbau der Spezialisierung und Fokussierung auf **Zentrumsspital ohne Endversorgungscharakter**

Der Status quo sowie die zwei Stossrichtungen führen zu unterschiedlichen volkswirtschaftlichen und versorgungstechnischen Ausprägungen. Ebenso wirken sich die drei angebotsstrategischen Varianten unterschiedlich auf die Wirtschaftlichkeit des KSA aus. Für eine genaue Evaluation des Beitrags zum Unternehmenserfolg sind detaillierte Berechnungen notwendig.

In der Beurteilung der drei Ausrichtungen findet keine Auseinandersetzung mit dem Angebot von hochspezialisierter Medizin statt. Die Erbringung von hochspezialisierter Medizin unterliegt den Zuteilungsentscheiden des HSM Beschlussorgans. Falls im Kanton Aargau auch in Zukunft hochspezialisierte Leistungen angeboten werden, sind die innerkantonalen Angebote des KSA, KSB und der Hirslanden Klinik Aarau zu bündeln.

#### *4.5.1.1. Status quo: Zentrumsspital mit Endversorgungscharakter*

Im Status quo wird das KSA als eines der fünf grössten Zentrumsspitäler der Schweiz weitergeführt.<sup>86</sup> Es erbringt ausgewählte spezialisierte Leistungen. In 9 SPLG verfügt es über einen exklusiven Leistungsauftrag (ohne parallele Zuteilung an einen anderen Leistungserbringer).

#### *4.5.1.2. Stärkung des Endversorgungscharakters*

In dieser Variante 1) baut das KSA seine Funktion als Endversorgerspital im Kanton Aargau weiter aus. Mit dem Ausbau werden ausgewählte spezialisierte Leistungen am KSA konzentriert und für den ganzen Kanton Aargau angeboten. Mögliche Felder der Bündelung am KSA sind die Gefässchirurgie, die Viszeralchirurgie, die Neurochirurgie sowie die Kinderchirurgie. Denkbar ist auch ein Leistungsausbau in heute nicht angebotenen Bereichen wie der Herzchirurgie. Mit dem Ausbau kann das Fallvolumen erhöht und der Marktanteil des KSA gesteigert werden.

Es können Aargauer Patienten, welche sich heute innerkantonal im KSB und in der Hirslanden Klinik Aarau sowie in den ausserkantonalen Listenspitälern Universitätsspital Zürich und Universitätsspital Basel versorgen lassen, dazugewonnen werden. Die Attraktivität kann auch gegenüber ausserkantonalen Patienten gesteigert werden, welche sich heute im Universitätsspital Basel behandeln lassen, obwohl die Wege ins KSA kürzer wären. Des Weiteren erhöht sich der Anteil von Verlegungen ins KSA aus anderen Spitälern.

<sup>84</sup> Geschäftsberichte KSA und KSB 2017

<sup>85</sup> Interkantonale Spitalliste zur hochspezialisierten Medizin (HSM), Stand 01.06.2017: Bestehende (provisorische) HSM-Leistungsaufträge und abgelaufene aber noch zur Abrechnung berechnete Leistungsaufträge

<sup>86</sup> Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2015): Planung der hochspezialisierten Medizin: Information zum Stand der Umsetzung (gemessen am Umsatz und an der durchschnittlichen Fallschwere)



Mit dem Ausbau kann das KSA seine Kompetenzen zur Behandlung von komplexen Krankheitsbildern stärken. Weiter verbessert sich die Ausgangslage zur Erfüllung von kritischen Mindestfallzahlen. Der mit der Spezialisierung einhergehende Ausbau des Lehrniveaus und der Forschung steigert zudem die Attraktivität des KSA als Arbeitgeber.

Wichtige Voraussetzungen für die Stärkung der Endversorgerfunktion des KSA sind die Redimensionierung der Spitalliste (Reduktion der Leistungszuteilungen insbesondere an das Universitätsspital Basel, das Universitätsspital Zürich, die Hirslanden Klinik Aarau sowie an das KSB) sowie die Gewinnung von Schlüsselpersonen, damit die Leistungen abgedeckt werden können. Ebenso zentral ist der Ausbau der Zusammenarbeit mit dem KSB und weiteren potenziellen Zuweisern für die Patientenrekrutierung und für die Sicherstellung eines abgestimmten und effizienten Behandlungsprozesses.

Finanziell kann die Konzentration von spezialisierten Leistungen an einem Standort die Effizienz der Leistungserbringung durch eine verbesserte Auslastung der Infrastrukturen und von spezialisierten Vorhalteleistungen erhöhen und somit die Wirtschaftlichkeit des KSA steigern. Für eine abschliessende Aussage ist eine detaillierte Wirtschaftlichkeitsberechnung auf Stufe der Leistungsbereiche vorzunehmen. Ebenso gilt es die finanziellen Folgen auf das KSB im Detail zu prüfen, welches sich in dieser Variante stärker auf die Grundversorgung fokussieren würde.

#### 4.5.1.3. Zentrumsspital ohne Endversorgungscharakter

In dieser Variante 2) wird das spezialisierte Angebot am KSA auf das Niveau des KSB reduziert. Leistungen in den 35 Leistungsaufträgen werden vom KSA nicht mehr erbracht, sondern über andere Spitäler abgedeckt. Mit der Reduktion in der Spezialisierung nimmt das Fallvolumen ab. Gleichzeitig reduziert sich die Fallschwere am KSA. Dadurch verliert das KSA auch Schlüsselpersonen in der spezialisierten Medizin. Die Attraktivität gegenüber den Mitarbeitern nimmt ab.

Finanziell betrachtet kann auf Basis der vorhandenen Informationen nicht bestätigt werden, dass mit dem Abbau des Leistungsspektrums eine Ergebnisverbesserung erzielt werden kann. Es besteht heute kein Indiz, dass eine Quersubventionierung von anderen Leistungsgruppen in die 35 SPLG stattfindet. Mit dem Leistungsabbau und dem Rückgang des Fallvolumens reduziert sich auch der Kostendeckungsbeitrag. Unter Umständen können die Gemeinkosten nicht im gleichen Masse abgebaut werden, wie die Fallzahlen zurückgehen.

#### 4.5.1.4. Beurteilung der Varianten

Im Kontext der volkswirtschaftlichen und versorgungsspezifischen Konsequenzen für den Kanton Aargau sind die beiden Varianten gegenüber dem Status quo wie folgt zu beurteilen:

**Abbildung 38: Volkswirtschaftliche und versorgungstechnische Effekte**

1) Stärkung des Endversorgungscharakters	2) Zentrumsspital ohne Endversorgercharakter
<b>Volkswirtschaftliche Effekte</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die <b>Wertschöpfung</b> am Standort Aarau wird durch die Stärkung des Leistungsportfolios gesteigert.</li> <li>• Standort Aarau wird im Bereich <b>Bildung und Forschung</b> gestärkt.</li> <li>• Reduktion des <b>Binnenwettbewerbs</b> zwischen den beiden Kantonsspitalern durch stärkere Konzentration.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Verlust von Wertschöpfung</b> am Standort Aarau und im Kanton Aargau durch Verlagerung der Leistungserbringung nach ausserhalb von Aarau/des Kantons. Zudem wird der Standort Aarau in Bezug auf die Bedeutung innerhalb des Gesundheitswesens geschwächt, was langfristig zu einer Reduktion an Arbeitsplätzen im Kanton führen kann.<sup>87</sup></li> </ul>

<sup>87</sup> Polynomics (2018): Die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens im Kanton Aargau

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Erhöhung der Kantonsbeiträge</b> bei der ausserkantonalen Verlagerung durch die finanzielle Differenz zwischen der Baserate im Kanton Aargau und den Baserates der anderen Kantone, resp. deren Universitätsspitäler.</li> <li>• <b>Reduktion der Bildungs- und Forschungstätigkeit</b> am Standort Aarau und im Kanton Aargau.</li> </ul>
<b>Versorgungstechnische Effekte</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewährleistung einer bedarfsgerechten und <b>innerkantonalen Versorgung</b> im Grundversorgungsgebiet sowie in Spezialgebieten.</li> <li>• Hoher <b>Eigenversorgungsgrad</b>.</li> <li>• Medizinische <b>Qualität</b> kann durch Konzentration gesteigert werden (positive Auswirkung auf Mindestmengen).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reduktion</b> der <b>innerkantonalen</b> Versorgung im Bereich der spezialisierten Medizin am Standort Aarau sowie auch kantonal.</li> <li>• <b>Zunahme der Abhängigkeit</b> von der ausserkantonalen Leistungserbringung und Steuerungspolitik durch die Reduktion des Eigenversorgungsgrades.</li> </ul>

Aus volkswirtschaftlicher wie auch aus versorgungstechnischer Sicht weist die Variante 1) „Stärkung des Endversorgungscharakters“ gegenüber der Variante 2) „Zentrumsspital ohne Endversorgungscharakter“ Vorteile auf. Inwiefern die Variante 1) gegenüber dem Status quo zu präferieren ist, kann nicht abschliessend beurteilt werden.

In der Variante 1) „Stärkung des Endversorgungscharakters“ wird die Wertschöpfung in Aarau gegenüber dem Status quo erhöht. Die innerkantonale Versorgung in der spezialisierten Medizin wird gestärkt, was sich in einem steigenden Eigenversorgungsgrad manifestiert. Allerdings ist zu bemerken, dass aufgrund der Konzentration des spezialisierten Leistungsangebots am KSA östliche Regionen verstärkt in das Kanton Zürich abwandern können. In der Variante 2) kann eine Patientenabwanderung in benachbarte Kantone nicht verhindert werden, da die Bevölkerung im Ballungszentrum Aarau keinen unmittelbaren Zugang mehr zu einem breiten Angebot der spezialisierten Medizin hat. Gegenüber dem Status quo führt dies zu einer geringeren Wertschöpfung und einem tieferen Eigenversorgungsgrad. Des Weiteren werden die Kantonsbeiträge durch die resultierende Tariffdifferenz bei ausserkantonalen Behandlungen erhöht. Der Grad der Patientenabwanderung in ausserkantonale Spitäler ist davon abhängig, welche Leistungen vom KSB und von der Hirslanden Klinik Aarau übernommen werden können.

Der Anspruch des KSA impliziert ein Festhalten am Endversorgerstatus und folglich mindestens den Status quo zu beizubehalten. Grundsätzlich liegen keine eindeutigen Gründe vor, ein reduziertes Angebot zu bevorzugen. Das KSA steht einem grossen Einzugsgebiet gegenüber. Ein Nachfragerückgang ist nicht zu erwarten. Bei einem eingeschränkten Leistungsspektrum des KSA gewinnt die ausserkantonale Zusammenarbeit, insbesondere mit den beiden Basel, an Bedeutung. Eine Anpassung der Spitalliste ist voraussichtlich notwendig.

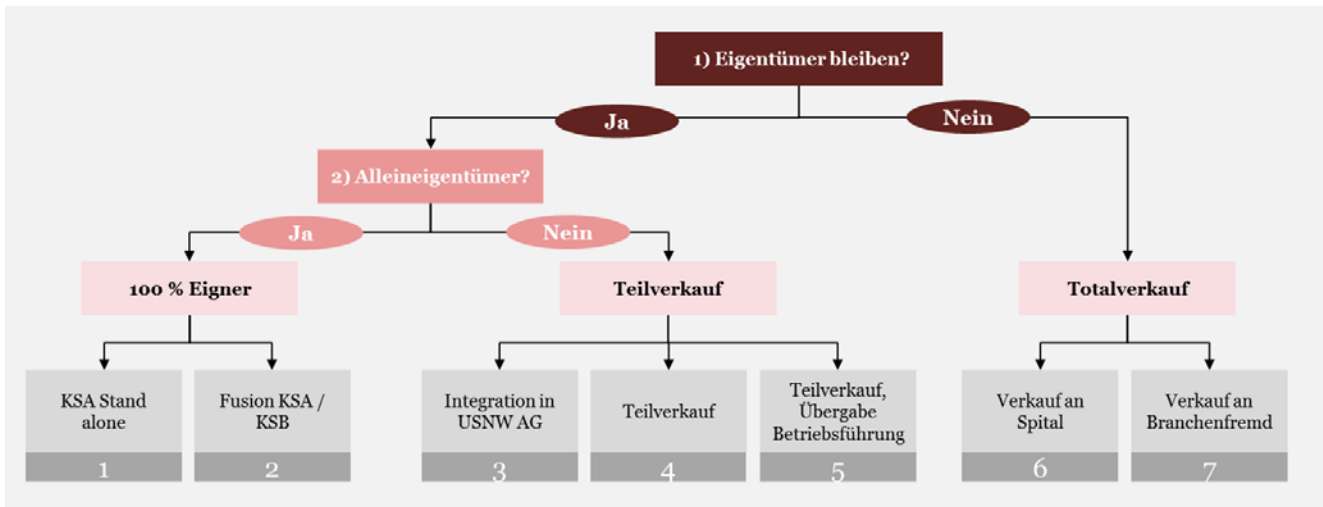
### **4.5.2. Übersicht der strategischen Optionen**

Neben der angebotsstrategischen Ausrichtung ist für die Entwicklung von strategischen Optionen genauso entscheidend, die Frage nach Allianzpartnern und damit auch die Frage der Eigentümerstruktur zu stellen. Zunehmend entwickelt sich im Gesundheitswesen die Erkenntnis, dass über Beteiligungen bis hin zu Vollintegrationen Allianzen erfolgreicher umgesetzt werden können, als nur mit vertraglichen Konstruktionen. Angesichts der Rollenkonflikte des Kantons als Versorgungsplaner, Mitfinanzierer, Tariffgenehmigungs- und Tariffestsetzungsinstanz und als Eigentümer stellen sich ebenfalls Fragen zur optimalen Eigentümerstruktur.

Mittels der Beantwortung von folgenden zwei an den Kanton Aargau als Eigentümer gerichteten Fragestellungen werden die strategischen Optionen für das KSA abgeleitet:

- 1) Möchte der Kanton Aargau Eigentümer des KSA bleiben?
- 2) Falls ja: Möchte der Kanton Aargau Alleineigentümer des KSA bleiben?

**Abbildung 39: Entscheidungsgrundlage für den Kanton Aargau (Darstellung PwC)**



Aus der Grundstossrichtung „100 % Eigner“, „Teilverkauf“ und „Totalverkauf“, welche sich dem Kanton Aargau stellen, können sieben strategische Optionen abgeleitet werden. Im nachfolgenden Kapitel werden die sieben Optionen anhand der Dimensionen Leistungsangebot, Betriebsmodell, Eigentümerstruktur und kantonale Einflussnahme dargestellt und detailliert beschrieben. Eine grobe Gegenüberstellung der Optionen findet sich auf der nachfolgenden Seite. Als keine valide Option eingeschätzt und entsprechend verworfen wurde ein Management Buy-out sowie die Umwandlung des KSA in eine Stiftung.<sup>88</sup>

Gemäss Spitalgesetz, welches sich zurzeit in Revision befindet, Art. 11, muss der Kanton Aargau mindestens 70% des Aktienkapitals am KSA halten. Die Übertragung von Aktien an Dritte bedarf der Zustimmung des Grossen Rates. Eine Fusion ist unter den heutigen gesetzlichen Bestimmungen nicht möglich und setzt eine Gesetzesanpassung voraus. Abhängig von der gewählten Option sind unterschiedliche Umsetzungsfristen und Entscheidungsprozesse zu berücksichtigen.

<sup>88</sup> Eine direkte Umwandlung einer AG in eine Stiftung und umgekehrt ist ausgeschlossen. Die AG muss hierfür liquidiert und ihr Vermögen auf dem Wege der Einzelübertragung auf die Stiftung übertragen und dann anschliessend gelöscht werden.

	1	2	3	4	5	6	7
	KSA Stand alone	Fusion KSA / KSB	Integration in USNW AG	Teilverkauf	Teilverkauf, Übergabe Betriebsführung	Verkauf Spital	Verkauf an branchenfremdes Unternehmen
Kurzbeschreibung	KSA ist rechtlich selbständig und zu 100 % im Eigentum des Kantons. Es verfolgt seine eigene Strategie.	KSA und KSB fusionieren zu <i>einer</i> wirtschaftlichen und rechtlichen Einheit. Neue Gesellschaft bleibt 100 % im Eigentum des Kantons.	KSA wird in USNW AG integriert und als 1 von 5 Standorten unter <i>einer</i> strategischen und operativen Führung geführt.	Aktienanteile des KSA werden an Investor verkauft. KSA bleibt rechtlich selbständig. Potenzielle Investoren sind Privatspitäler, Private Equity Unternehmen oder Kleinstanleger (im Sinne einer Volksaktie).	Aktienanteile des KSA werden an Investor verkauft, an welchen auch vollständig die Betriebsführung übertragen wird. KSA bleibt rechtlich selbständig. Potenzielle Investoren sind Privatspitäler.	Vollständiger Verkauf des KSA an Privatspital oder Private Equity Firma. Das KSA bleibt rechtlich selbständig.	Vollständiger Verkauf des KSA an ein branchenfremdes Unternehmen. Das KSA bleibt rechtlich selbständig.
Leistungsangebot	Zentrumsspital mit Endversorgungscharakter: Angebot in Grundversorgung sowie in (hoch)-spezialisierte Medizin.	Beide Standorte: Angebot in der Grundversorgung sowie in (hoch)-spezialisierte Medizin. Abstimmung (Verteilung) des Leistungsangebots.	Angebot in Grundversorgung sowie in spezialisierter Medizin. Schwerpunkt-bildung in Abstimmung mit Gruppe. Parallelstrukturen im Bereich der hochspezialisierten Medizin werden in Aarau abgebaut und auf den Standort Basel konzentriert.	Zentrumsspital mit Endversorgungscharakter: Angebot in Grundversorgung sowie in (hoch)-spezialisierte Medizin. Es sind keine wesentlichen Änderungen im Leistungsangebot zu erwarten.	Gezielte Anpassungen im Leistungsangebot sind zu erwarten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass an Grundversorgung festgehalten wird. Mögliche Parallelstrukturen in (hoch)spezialisierten Medizin zwischen KSA und Investor werden abgebaut.	Gezielte Anpassungen im Leistungsangebot sind zu erwarten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass an Grundversorgung festgehalten wird. Mögliche Parallelstrukturen in (hoch)spezialisierten Medizin zwischen KSA und Investor werden abgebaut.	Zentrumsspital mit Endversorgungscharakter: Angebot in Grundversorgung sowie in (hoch)spezialisierte Medizin. Bei Investor mit Tätigkeit im ambulanten Sektor: Abbau von ambulanten Leistungen am KSA und Konzentration auf branchenfremdes Unternehmen.
Betriebsmodell	Synergien werden mit Tochtterspital Zofingen und mit Kooperationspartnern erreicht.	Zentrale Steuerung der Leistungsangebote der beiden Standorte. Dadurch werden Synergiepotenziale genutzt und Doppelspurigkeiten abgebaut.	KSA fungiert als einer von fünf Standorten des USNW mit eigenen Schwerpunktthemen. Zentrale Steuerung der Leistungsangebote über alle Standorte. Dadurch werden Synergiepotenziale über drei Kantone und fünf Standorte genutzt.	Keine wesentlichen Änderungen im Betriebsmodell, vereinzelt Optimierungen in betrieblichen Abläufen und Strukturen. Es werden Synergien mit Investor genutzt. Bei Kleinstanlegern: Handlungsspielraum hinsichtlich Kooperation und Refinanzierung wird eingeschränkt.	Durch die Übernahme der Betriebsführung durch den Investor sind Optimierungen in den Strukturen und Prozessen zu erwarten. Synergien werden mit Investor genutzt.	Optimierungen in betrieblichen Abläufen und Strukturen. Es werden Synergien mit Investor genutzt und mögliche Doppelspurigkeiten abgebaut.	Optimierungen in betrieblichen Abläufen und Strukturen. Es werden Synergien mit Investor genutzt und mögliche Doppelspurigkeiten abgebaut.
Eigentümerstruktur	Kanton ist 100%-Eigner des KSA.	Kanton ist 100%-Eigner der neuen Spitalgesellschaft mit zwei Standorten.	Kanton besitzt Minderheitsanteile an USNW AG.	Kanton hält Anteile am KSA. Trägerschaft wird mit dem Privatspital, Private Equity Unternehmen oder Kleinstanleger geteilt.	Kanton hält Anteile am KSA. Trägerschaft wird mit dem Privatspital geteilt.	Kanton hält keine Anteile am KSA. KSA vollständig im Besitz des Investors.	Kanton hält keine Anteile am KSA. KSA vollständig im Besitz des branchenfremden Unternehmens.
Einflussnahme Kanton	Hohe Einflussnahme des Kantons über die 100 % Besitzverhältnisse.	Hohe Einflussnahme des Kantons über die 100 % Besitzverhältnisse.	Geringe Einflussnahme des Kantons. Steuerungsmöglichkeit erfolgt primär über Versorgungsplanung (Leistungsvergabe).	Hohe Einflussnahme des Kantons über Mehrheitsbeteiligung am KSA.	Hohe Einflussnahme des Kantons über Mehrheitsbeteiligung am KSA.	Steuerungsmöglichkeit beschränkt sich auf Versorgungsplanung (Leistungsvergabe).	Steuerungsmöglichkeit beschränkt sich auf Versorgungsplanung (Leistungsvergabe).

### **4.5.3. Option 1: KSA Stand alone**

In der Option 1) verfolgt das KSA seine bisherige eigene Strategie. Als rechtlich selbständiges Unternehmen in vollständigem Eigentum des Kantons wird das KSA als Zentrumsspital mit Endversorgungscharakter geführt. Das Leistungsangebot umfasst die stationäre und ambulante Grundversorgung sowie Leistungen in der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin. Das KSA betreibt eine Notfallstation und deckt sämtliche Fachbereiche rund um die Uhr ab. Synergien werden mit der Tochtergesellschaft Spital Zofingen und mit Kooperationspartnern erreicht. Aufgrund der Besitzverhältnisse ist die Einflussnahme des Kantons Aargau sehr hoch. Es eignet sich, das KSA im Stand alone weiterzuführen, bis eine alternative Option gewählt, resp. umgesetzt werden kann.

### **4.5.4. Option 2: Fusion KSA / KSB**

In der Option 2) fusionieren das KSA und das KSB zu *einer* wirtschaftlichen und rechtlichen Einheit. Die neue Gesellschaft bleibt vollständig im Eigentum des Kantons Aargau. An beiden Standorten wird ein aufeinander abgestimmtes Leistungsangebot erbracht.

Die einheitliche Führung und die Versorgung aus einer Hand erlaubt, das Leistungsangebot sowie den Mitteleinsatz optimal abzustimmen und zentral zu steuern. Synergiepotenziale zwischen den Standorten Aarau und Baden werden genutzt, indem Vorhalteleistungen und Doppelspurigkeiten abgebaut und notwendige Dienste hinsichtlich dem Ressourceneinsatz optimiert werden. In der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin werden Parallelstrukturen abgebaut und die Leistungsangebote auf die beiden Standorte verteilt. Dadurch können kritische Mindestmengen erfüllt und die Wettbewerbsfähigkeit in der Nordwestschweiz erhöht werden. Wie stark das Synergiepotential ausgeschöpft werden kann, ist abhängig von der Bereitschaft der gemeinsamen Zusammenarbeit über die beiden Standorte. Bei einer Zusammenlegung an einem neuen Standort wäre die Synergienutzung wesentlich höher. Die Zugänglichkeit für die Aargauer Bevölkerung bleibt hoch. Von Patienten und Zuweisern wird die neue Spitalgesellschaft als ein Unternehmen wahrgenommen. Gegenüber Fachkräften kann eine hohe Arbeitgeberattraktivität sichergestellt werden.

Die Fusion zwischen dem KSA und dem KSB würde eine Abwende vom Ost-West-Modell des Kantons bedeuten. Eine solche Fusion ist ein komplexes, mehrjähriges und aufwändiges Projekt. Es ist kulturell mit erheblichen Reibungsverlusten zwischen den beiden Unternehmen zu rechnen. Die Akzeptanz in der Öffentlichkeit ist ebenfalls als gering einzuschätzen. Es besteht zudem die Gefahr, dass durch den Fokus der Führung auf zwei Regionen die Marktorientierung und damit ein Teil der Wettbewerbsfähigkeit verloren gehen. Darüber hinaus kann der geringere „Binnenwettbewerb“ sich langfristig negativ auf die Wirtschaftlichkeit und die Innovationskraft der beiden Standorte auswirken. Die Fusion bedingt die Revision des Spitalgesetzes sowie die Genehmigung durch den Grossen Rat. Eine Volksabstimmung ist nicht auszuschliessen.

### **4.5.5. Option 3: Integration des KSA in die Universitätsspital Nordwest AG**

In der Option 3) wird das KSA in die Universitätsspital Nordwest AG integriert. Das KSA wird als einer von fünf Standorten unter *einer* strategischen und operativen Führung geführt. Die medizinische Versorgung erfolgt aus einer Hand. Das KSA erbringt ein breites Leistungsangebot in der Grundversorgung sowie in der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin. Die Profilierung und die Schwerpunktthemen des KSA sind auf die Spitalgruppe abgestimmt. Es ist davon auszugehen, dass gewisse Parallelstrukturen im Bereich der hochspezialisierten und spezialisierten Medizin in Aarau abgebaut und auf den Standort Basel konzentriert werden.

Durch die zentrale Steuerung der Leistungsangebote können Synergiepotenziale über drei Kantone und fünf Standorte genutzt werden. Vorhalteleistungen und Doppelspurigkeiten können abgebaut und notwendige Dienste hinsichtlich dem Ressourceneinsatz optimiert werden. Wie stark das Synergiepotential ausgeschöpft

werden kann, ist abhängig von der Bereitschaft der gemeinsamen Zusammenarbeit über die Standorte und folglich dem Integrationsgrad. Von Patienten und Zuweisern wird die Spitalgruppe als ein Unternehmen wahrgenommen. Gegenüber Fachkräften kann eine hohe Arbeitgeberattraktivität sichergestellt werden. Für das KSB würde bedeuten, dass die bestehenden Kooperationen mit den jeweiligen Spitalern durch eine neue Kooperationsvereinbarung mit der Spitalgruppe abgelöst werden müssten. Für das KSB denkbar wäre ebenfalls die Partizipation an der Integration.

Mit der Integration des KSA in die Universitätsspital Nordwest AG verändern sich die Besitzverhältnisse des Kantons. Er besitzt neu Minderheitsanteile an der Universitätsspital Nordwest AG und reduziert damit seine Einflussnahme wesentlich. Die denkbare Integration von Schutzklauseln erlaubt hingegen, auf wesentliche Entscheidungen Einfluss zu nehmen und bestimmte Beschlüsse zu verhindern. Steuerungsmöglichkeiten des Kantons erfolgen primär über das Instrument der Versorgungsplanung. Die Option bedingt die Revision des Spitalgesetzes sowie die Genehmigung durch den Grossen Rat. Sie setzt somit wesentliche Überzeugungsarbeit in der Politik und Bevölkerung voraus.

Das KSA pflegt bereits heute eine Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital Basel. Eine engere Verflechtung in der Nordwestschweiz kann die Wettbewerbsfähigkeit des Standorts Aarau und somit des Gesamtunternehmens Universitätsspital Nordwest AG steigern. Auch kann die Integration einer möglichen Überversorgung in der Nordwestschweiz entgegenwirken. Als volkswirtschaftliche Auswirkung ist mit einem Abfluss von hochspezialisierten und ausgewählten spezialisierten Leistungen nach Basel-Stadt zu rechnen. Gleichzeitig stellt eine Integration über drei Kantone hinweg ein äusserst komplexes Unterfangen dar. Insgesamt ist bei dieser Option von einer langfristigen Transformationsdauer auszugehen. Der Umsetzungsstart könnte erst nach den derzeit laufenden Umstrukturierungen im Raum Basel erfolgen. Auch ist davon auszugehen, dass die Akzeptanz in der Öffentlichkeit gering ist.

#### **Exkurs**

Neben der Ausrichtung nach Nordwesten sind auch andere Zusammenschlussmöglichkeiten mit öffentlichen Spitalern denkbar. Prüfwert ist eine vertiefte Zusammenarbeit mit dem Luzerner Kantonsspital (LUKS) und folglich einer Orientierung in die Zentralschweiz. Die Ausgestaltung des Zusammenschlusses wäre zu klären. Sie ist unter anderem abhängig vom Ergebnis der Volksabstimmung vom Juni 2018, an welcher das Luzerner Stimmvolk über die Umwandlung des LUKS in eine Aktiengesellschaft entscheidet. Hinsichtlich des Leistungsangebots ist im Vergleich zu einer Integration mit der Universitätsspital Nordwest AG bei einem Zusammenschluss mit dem LUKS davon auszugehen, dass eine stärkere Konzentration von spezialisierten und insbesondere hochspezialisierten Leistungen am KSA stattfindet. Volkswirtschaftlich würde sich dies positiv auf den Kanton Aargau auswirken. Zu berücksichtigen ist, dass ein Zusammenschluss mit dem LUKS gleichermassen ein komplexes Unterfangen darstellen würde. Akzeptanzschwierigkeiten sind zu erwarten.

### **4.5.6. Option 4: Teilverkauf**

In der Option 4) werden Aktienanteile des KSA an einen strategischen oder finanziellen Investor verkauft. Potenzielle Investoren sind dabei Privatspitäler sowie Private Equity Unternehmen. Denkbar ist auch eine Veräusserung von Aktienanteilen an einen breiten Personenkreis zu Vorzugskonditionen im Sinne einer Volksaktie. Das KSA bleibt rechtlich selbständig. Es wird analog zum Status quo als Zentrumsspital mit Endversorgungscharakter weitergeführt (siehe oben).

Es ist davon auszugehen, dass auch das Betriebsmodell gegenüber dem Status quo grösstenteils unverändert bleibt. Die finanzielle Beteiligung wird von Patienten und Zuweisern nicht wahrgenommen. Tritt ein Privatspital als Investor auf, können Synergien genutzt werden.



Mit dem Teilverkauf werden die Besitzverhältnisse des Kantons am KSA reduziert. Die Trägerschaft wird mit dem Privatspital, dem Private Equity Unternehmen oder mit Kleinstanlegern geteilt. Für das KSA aufgrund dem bevorstehenden Neubauprojekt interessant ist die Beteiligung von Dritten am Unternehmen mittels einer Aktienkapitalerhöhung. Insgesamt kann bei einem Teilverkauf der Rollenkonflikt des Kantons leicht entschärft werden. Das Eingehen einer Minderheitsbeteiligung des Investors von beispielsweise 30 % wird hingegen aufgrund mangelndem Interesse eines strategischen oder finanziellen Investors als nicht realistisch eingestuft. Bei einer Minderheitsbeteiligung ist die Einflussnahme des Investors zu gering, als dass Bereitschaft besteht, das finanzielle Risiko einzugehen. Mit einer Mehrheitsbeteiligung mutiert die vorliegende Option zu einem Teilverkauf mit Betriebsführung (Option 5) bis gar zu einem Totalverkauf (Option 6). Der Verkauf von über 30 % Anteilen am KSA setzt eine Änderung des Spitalgesetzes sowie die Genehmigung durch den Grossen Rat voraus. Mit der Herausgabe einer Volksaktie kann die Verbundenheit der Bevölkerung mit dem KSA und folglich die regionale Verankerung des KSA erhöht werden. Inwiefern bei Kleinstanlegern Interesse besteht, in das KSA zu investieren, kann nicht beurteilt werden. Die erfolgreiche Platzierung der Volksaktie bei Kleinstanlegern setzt jedoch umfangreiche Werbemassnahmen sowie attraktive Konditionen voraus. Anstelle einer Dividendenzahlung könnte den Kleinstanlegern eine dividendenähnliche geldwerte Leistung, beispielsweise ein Hotellerie-Upgrade bei einem Spitalaufenthalt oder eine präventionsmedizinische Checkup Leistung, «ausgezahlt» werden. Illustrativ: Würden 30 % der insgesamt 250'600 Aktien zu einem Nennwert von 1'000 CHF als Volksaktie herausgegeben, könnten damit rund 75'000 Aktionäre bedient werden.<sup>89</sup> Damit würden knapp 90 % der Bevölkerung der Stadt Aarau und Agglomeration eine Aktie halten.<sup>90</sup> Die Durchdringung müsste entsprechend sehr hoch sein. Aus unternehmerischer Sicht schränkt die breite Streuung der Besitzverhältnisse den Handlungsspielraum des KSA ein. Eine Kooperationsstrategie wie die gegenseitige Beteiligung von strategischen Partnern (Kreuzbeteiligung) würde sich komplexer gestalten. Für die nachhaltige Entwicklung des KSA ist die Finanzierbarkeit von Investitionen jedoch wichtiger. Mit einem Teilverkauf an Kleinstanleger kann als Signalwirkung die implizite Kantonsgarantie des Kantons in Frage gestellt werden. Die Refinanzierung über den Kapitalmarkt würde dadurch erschwert.

#### **Exkurs**

Der Begriff der **Volksaktie** ist nicht eindeutig definiert. Ursprünglich wurden Volksaktien als Aktien bezeichnet, mit welchen eine breite Streuung des Eigentums erreicht werden soll. Im Rahmen einer Privatisierung wurden die Aktien zu Vorzugskonditionen herausgegeben. In Deutschland wurden mit der Teilprivatisierung von Staatsunternehmen Volksaktien von drei grossen Industrieunternehmen ausgegeben: Preussag (1959), Volkswagen (1961) und VEBA (1965). Auch in der Schweiz gewann das Thema an Bedeutung. 1957 erfolgte auf parlamentarischer Ebene der erste Vorstoss im Nationalrat, welcher sich mit dem Volkskapitalismus befasste. Das Konzept der Volksaktie wurde jedoch trotz weiteren parlamentarischen Vorstössen und einem bundesrätlichen Expertenbericht nicht weiterverfolgt. Heute steht der Begriff der Volksaktie für eine aussergewöhnlich breite Streuung.<sup>91</sup> Der Vorschlag der Ausgabe einer Volksaktie wurde in jüngster Vergangenheit wieder durch die Avenir Suisse aufgebracht. Im Strategiepapier der Avenir Suisse wird die Berechtigung des Staatsunternehmertums durchleuchtet.<sup>92</sup> Als Idee zur Verteilung der Privatisierungserlöse an das Volk wird die Volksaktie genannt.

<sup>89</sup> Unter der Annahme, dass jeder Aktionär nur eine Aktie des KSA hält. Wie erwähnt wäre auch eine Aktienkapitalerhöhung denkbar.

<sup>90</sup> Die Einwohnerzahl der Stadt Aarau und Agglomeration beträgt 87'076 (Stand: 31.3.2018, <http://www.aarau.ch>)

<sup>91</sup> Max Boemle: „Wird die nennwertlose Aktie die Volksaktie bringen?“ in Der Schweizer Treuhänder 5/02

<sup>92</sup> Avenir Suisse (2016): Märchen vom Tafelsilber. Eine Privatisierungsagenda für die Schweiz.



### **4.5.7. Option 5: Teilverkauf und Übergabe der Betriebsführung**

In der Option 5) werden Aktienanteile des KSA an einen strategischen oder finanziellen Investor verkauft und gleichzeitig die Betriebsführung vollständig übertragen. Potenzielle Investoren sind Privatspitäler.<sup>93</sup> Das KSA bleibt rechtlich selbständig.

Durch die Übernahme der Betriebsführung des Investors sind Anpassungen im Leistungsangebot zu erwarten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass am Grundversorgungsangebot aufgrund des grossen Einzugsgebiets weiterhin festgehalten wird. Hinsichtlich des Betriebsmodells sind Strukturanpassungen sowie auch Prozessoptimierungen möglich. Darüber hinaus werden Synergien mit dem Investor genutzt.<sup>94</sup> Es ist davon auszugehen, dass Parallelstrukturen im Bereich der spezialisierten Medizin zwischen dem KSA und der Privatklinik konzentriert werden.<sup>95</sup> Bei der Hirslanden Gruppe als möglicher Investor könnte die Angebotsplanung, der Mitteleinsatz und insbesondere die Weiterentwicklung der Infrastrukturen am Standort Aarau optimal aufeinander abgestimmt werden.

Mit dem Teilverkauf werden die Besitzverhältnisse des Kantons am KSA reduziert. Die Trägerschaft wird mit dem Privatspital geteilt. Das Eingehen einer Minderheitsbeteiligung von beispielsweise 30 % des Investors wird analog zur Option 4) aufgrund fehlendem Interesse als nicht realistisch eingestuft. Hinzu kommt ein potenzieller Interessenskonflikt, falls die investierende Privatklinik bereits eine eigene Klinik (im Alleineigentum) in der Region führt und somit als lokaler Konkurrent gegenüber dem KSA auftritt. Die finanzielle Beteiligung am KSA wäre dabei zu gering, um den daraus entstehenden Interessenskonflikt aufzuheben. Eine Mehrheitsbeteiligung könnte hingegen für Investoren interessant sein. Die Einflussnahme des Kantons konzentriert sich dann im Wesentlichen auf das Instrument der Versorgungsplanung. Wesentliche Entscheide könnten zudem mit der Einführung von Schutzklauseln gesteuert werden. Der Verkauf von über 30 % Anteilen am KSA setzt eine Änderung des Spitalgesetzes sowie die Genehmigung durch den Grossen Rat voraus.

### **4.5.8. Option 6: Verkauf an finanziellen oder strategischen Investor**

Die Option 6) orientiert in der Ausprägung des Leistungsangebots und des Betriebsmodells an der Option 5), impliziert jedoch einen vollständigen Verkauf des KSA an einen finanziellen oder strategischen Investor. Potenzielle Investoren sind Privatspitäler, darunter die Hirslanden Gruppe oder Swiss Medical Network, sowie auch Private Equity Firmen. Der Kanton gibt seine Einflussnahme über die Eigentümerschaft vollständig auf. Es verbleibt die Steuerungsmöglichkeit über das Instrument der Versorgungsplanung. Mit einem Verkauf würde das Risiko des Kantons wegfallen, unternehmerische Risiken des KSA mittragen und bei einer finanziellen Schieflage mit zusätzlichen Mitteln – Eigenkapital oder Fremdkapital – einspringen zu müssen. Auch wäre das Risiko von Buchverlusten bei einer Wertberichtigung auf die Beteiligung des KSA eliminiert.

Versorgungstechnisch wäre weiterhin von einer umfassenden bevölkerungsnahen Versorgung auszugehen. Ebenso wenig wie ein öffentlich-rechtliches Spital Garant für ein hohes gemeinnütziges Leistungsniveau ist, ist bei einer Privatisierung zu befürchten, dass die Versorgungssicherheit am Standort Aarau gefährdet wird. Durch die Übernahme der Betriebsführung des Investors sind Optimierungen in den betrieblichen Abläufen und Strukturen zu erwarten. Darüber hinaus werden Synergien mit dem Investor genutzt. Der Verkauf eines Kantonsspitals an eine Privatklinik ist in der Schweizer Spitallandschaft zurzeit noch beispiellos. Bei Mitarbeitenden und in der Öffentlichkeit kann die Option auf Akzeptanzschwierigkeiten stossen.

<sup>93</sup> Denkbar wäre auch die Beteiligung eines Private Equity Unternehmens, welches auch die operative Betriebsführung stellen würde.

<sup>94</sup> Synergetisches Potenzial besteht insbesondere bei der Hirslanden Gruppe als Investor, welche bereits eine Klinik in Aarau führt.

<sup>95</sup> Spezialisierte Leistungen in den heute konkurrierenden Bereichen der Viszeralchirurgie, Orthopädie, Neurochirurgie und Gefässchirurgie können gebündelt und zentral von einem Standort aus erbracht werden.

### 4.5.9. Option 7: Verkauf an branchenfremdes Unternehmen

In der Option 7) verkauft der Kanton seine Eigentümerschaft am KSA vollständig an ein branchenfremdes Unternehmen. Analog zur vorhergehenden Option Das KSA bleibt dabei rechtlich selbständig und wird als Zentrumsspital mit Endversorgungscharakter weitergeführt. Abhängig vom Kerngebiet des branchenfremden Unternehmens ist davon auszugehen, dass einzelne Leistungen am KSA abgebaut und auf das branchenfremde Unternehmen konzentriert werden. Im Falle einer Übernahme durch ein Unternehmen mit Marktpräsenz im ambulanten Sektor ist zu erwarten, dass das ambulante Angebot am KSA zugunsten des branchenfremden Unternehmens reduziert wird. Aufgrund des tiefen Kostendeckungsgrades im ambulanten Bereich kann ein Abbau von ambulanten Leistungen am KSA zu einer Steigerung der Wirtschaftlichkeit führen.

Mögliche Investoren sind Retailer (z.B. Migros, Coop), Produzenten (z.B. Medtech-Unternehmen), Versicherungen (z.B. Krankenkassen) oder Bildungsinstitutionen (z.B. Universitäten). Obwohl branchenfremde Unternehmen zunehmend in den Gesundheitsmarkt einsteigen, ist zu erwarten, dass das Interesse einer Übernahme des KSA gering ist.

#### Exkurs

Geht ein Akutsomatikspital eine Zusammenarbeit mit einem branchenfremden Unternehmen ein, spricht man von einer **diagonalen Kooperation**. Mögliche branchenfremde Geschäftsfelder für Spitäler sind Apotheken, Informatikdienstleister, Lehrstätte (Hochschulen, Universitäten), medizintechnische Unternehmen oder Retailer. In der Schweizer Spitallandschaft sind branchenfremde Kooperationen heute noch wenig verankert, befinden sich jedoch durch neue gesellschaftliche Bedürfnisse (Wunsch nach zunehmender Flexibilität) im Aufwärtstrend. So nehmen beispielsweise die strategischen Partnerschaften mit der Medbase Gruppe zu. Die Medbase Gruppe ist ein Unternehmen der Migros, welches Gesundheitszentren in der Deutsch- und Westschweiz mit medizinischen und therapeutischen Angeboten führt. Jüngste Beispiele der strategischen Partnerschaft der Medbase Gruppe mit Spitälern sind der Aufbau eines neuen Dialysezentrums mit dem Stadtspital Waid, die Entwicklung eines integralen Versorgungskonzept im Berner Oberland mit der Spital STS AG oder das geplante ambulante Gesundheitszentrum in Kriens mit dem Kantonsspital Luzern.<sup>96</sup>

### 4.5.10. Beurteilung der Optionen

Die Beurteilung der sieben strategischen Optionen erfolgt entlang eines Kriterienkatalogs, welche relevante Merkmale aus Eigner-, Unternehmer- und versorgungstechnischer Sicht berücksichtigt. Folgende Kriterien wurden gemeinsam mit dem Kanton Aargau am 22. Mai 2018 zur Beurteilung festgelegt:

- **Governance-Konflikt des Kantons:** Auswirkung der Option auf den vorherrschenden Interessenskonflikt des Kantons als Eigner, Mitfinanzierer und Entscheid-Instanz über Spitalplanung und Tariffestsetzung.
- **Eigentümerstrategie:** Kompatibilität der Option mit der bestehenden Eigentümerstrategie des Kantons und den darin verankerten Zielsetzungen. Im Fokus stehen dabei die finanziellen Zielsetzungen, insbesondere die Erreichung der EBITDA-Marge von 10 % sowie Zielsetzungen in Bezug auf die Kooperation mit dem KSB und anderen Leistungserbringern.
- **Finanzielles Risiko des Eigentümers:** Auswirkung der Option auf das finanzielle Risiko des Kantons, insbesondere in Bezug auf das Wertberichtigungsrisiko (WB-Risiko) sowie auf das Lender-of-last-Resort-Risiko.
- **Unternehmenserfolg:** Auswirkung der Option auf das finanzielle Ergebnis des KSA. Im Fokus stehen folgende Effekte, welche das finanzielle Ergebnis beeinflussen: Synergien, Dysnergien (Reibungsverluste) und Transferkosten.

<sup>96</sup> Quelle: Website der Medbase Gruppe.

- **Neubauprojekt:** Kompatibilität der Option mit dem geplanten Neubauprojekt hinsichtlich Konzeptgestaltung und Dimensionierung (vgl. Kapitel 4.3).
- **Versorgungsqualität:** Auswirkung der Option auf medizinische Versorgungsqualität und deren Erreichbarkeit für die Bevölkerung.
- **Umsetzbarkeit:** Beurteilung der Option hinsichtlich Komplexität, Transferaufwand und Umsetzungsdauer sowie Akzeptanz bei Mitarbeitenden, in Politik und in Bevölkerung.
- **Fit zu Angebotsstrategie:** Kompatibilität der Option mit den drei angebotsstrategischen Stossrichtungen gemäss Kapitel 4.5.1. ❶= Option kann mit der Stossrichtung „Status quo“ kombiniert werden; ❷= Option kann mit Stossrichtung „Stärkung des Endversorgungscharakters“ kombiniert werden; ❸= Option kann mit Stossrichtung „Zentrumsspital ohne Endversorgungsfunktion“ kombiniert werden.

Nachfolgende Tabelle fasst die Ergebnisse der Beurteilung entlang der definierten Kriterien zusammen (Farb-  
 legende: ● = sehr positiv; ● = positiv; ● = neutral; ● = leicht negativ; ● = negativ):

**Tabelle 10: Beurteilung der sieben Optionen**

Kriterium	1 KSA Stand alone	2 Fusion KSA / KSB	3 Integration in USNW AG	4 Teilverkauf	5 Teilverkauf, Übergabe Betriebs- führung	6 Verkauf an Spital	7 Verkauf an branchen- fremd
<b>Governance- Konflikt des Kan- tons</b>	unveränderter Konflikt	unveränderter Konflikt	reduziert durch wesent- liche Redukti- on der Besitz- verhältnisse	leicht redu- ziert durch Reduktion Besitzverhält- nisse	leicht redu- ziert durch Reduktion Besitzverhält- nisse	reduziert durch Verkauf Besitzverhält- nisse; Konflikt beschränkt auf Mitfinanzierer und Ent- scheid-Instanz	reduziert durch Verkauf Besitzverhält- nisse; Konflikt beschränkt auf Mitfinanzierer und Ent- scheid-Instanz
<b>Eigentümer- strategie</b>	konform	konform	Ziele bez. Kooperation mit KSB und Regionalspitä- ler können unterlaufen werden	konform	Ziele bez. Kooperation mit KSB und Regionalspitä- ler können unterlaufen werden	n/a	n/a
<b>Finanzielles Risiko des Eigentümers</b>	unverändert hoch	unverändert hoch	Reduktion der Besitzverhält- nisse vermind- ert Wertber- ichtigungsri- siko und Lender-of- Last-Resort- Risiko	Reduktion der Besitzverhält- nisse vermind- ert Wertber- ichtigungsri- siko und Lender-of- Last-Resort- Risiko	Reduktion der Besitzverhält- nisse vermind- ert Wertber- ichtigungsri- siko und Lender-of- Last-Resort- Risiko	Wegfall Wertberichti- gungsrisiko durch Ver- kauf; stark reduziertes Lender-of- Last-Resort- Risiko	Wegfall Wertberichti- gungsrisiko durch Ver- kauf; stark reduziertes Lender-of- Last-Resort- Risiko
<b>Unternehmens- erfolg</b>	unverändert	pos. Synergie- nutzung durch abgestimmte Angebote; hohe kulturell bedingte Reibungsver- luste; hohe Transferkos- ten; netto sehr geringe Stei- gerung Wirt- schaftlichkeit	pos. Synergie- nutzung durch abgestimmte Angebote; hohe Rei- bungsverluste; sehr hohe Transferkos- ten; netto geringe Stei- gerung Wirt- schaftlichkeit	keine bis geringe Sy- nergienutzung (abhängig von Investor); sehr geringe Trans- ferkosten; netto unver- änderte Wirtschaft- lichkeit	optimierte Betriebsablä- ufe; geringe Transferkos- ten; netto Steigerung Wirtschaft- lichkeit	pos. Synergie- nutzung; optimierte Betriebsablä- ufe; geringe Reibungsver- luste; geringe Transferkos- ten; netto Steigerung Wirtschaft- lichkeit	pos. Synergie- nutzung (abhängig von Ausrichtung Investor); geringe Rei- bungsverluste; geringe Trans- ferkosten; netto leichte Steigerung Wirtschaft- lichkeit
<b>Neubauprojekt</b>	kompatibel	Kompatibilität reduziert	Kompatibilität reduziert	kompatibel	kompatibel	Kompatibilität leicht redu- ziert	Kompatibilität leicht redu- ziert
<b>Eigenversor- ungsgrad</b>	unverändert hoch	unverändert hoch	leicht redu- ziert	unverändert hoch	unverändert hoch	zu erwarten: unverändert hoch	zu erwarten: unverändert hoch
<b>Versorgungs- qualität</b>	unverändert hoch	unverändert hoch	unverändert hoch	unverändert hoch	unverändert hoch	unverändert hoch	unverändert hoch
<b>Umsetzbarkeit</b>	n/a	hohe Kom- plexität; sehr geringe Ak- zeptanz	hohe Kom- plexität; sehr geringe Ak- zeptanz	geringe Kom- plexität; mittlere Akzeptanz	geringe Kom- plexität; mittlere Akzeptanz	geringe Kom- plexität; geringe bis mittlere Akzeptanz	geringe Kom- plexität; geringe bis mittlere Akzeptanz
<b>Fit zu Angebots- strategie</b>	1 2 3	1 2	1 3	1 2 3	1 2 3	1 3	1 3

Unter Anwendung des definierten Kriterienkatalogs zeichnet sich keine klar präferierte Option ab. Über die Kriterien hinweg zeigen die Optionen unterschiedliche Tendenzen auf. Die Ableitung der zweckmässigsten Option für das KSA sowie den Kanton Aargau bedingt der Gewichtung der Kriterien.

### 4.5.1. Weitere Handlungsoptionen

Neben den dargestellten möglichen Stossrichtungen entlang der sieben Optionen empfiehlt es sich dem KSA, folgende weitere Handlungsoptionen verstärkt zu prüfen:

**Abbildung 40: Weitere Kooperationsmöglichkeiten als Handlungsoption**

<b>Kantonale Grundversorger</b>	Stärkung der Kooperation mit kantonalen Grundversorgern.
<b>Kantonale Grundversorger</b>	Vernetzung mit Psychiatrien und Rehabilitationskliniken.
<b>Pädiatrie</b>	Verstärkung der Zusammenarbeit mit dem Universitäts-Kinderspital beider Basel in der Pädiatrie.

Durch Kooperationen mit Leistungserbringern kann das KSA dem Konkurrenzdruck gezielt entgegenwirken, neue Märkte erschliessen, Synergiepotenziale ausnutzen sowie die Qualität durch Wissenstransfer steigern und somit auch regulatorischen Anforderungen gerecht werden (Mindestfallzahlen).

Mit der Asana Gruppe und dem Gesundheitszentrum Fricktal mit je zwei Standorten sowie dem Kreisspital für das Freiamt Muri existieren im Kanton Aargau drei Leistungserbringer, welche eine umfassende kantonale Grundversorgung mit durchschnittlich weniger als 150 Betten in peripheren Gebieten anbieten.<sup>97</sup> Das KSA führt mit den drei Grundversorgungsspitalern bereits heute Kooperationen auf vertraglicher Basis. Mit dem Abbau der chirurgischen Leistungen im Gesundheitszentrum Fricktal am Standort Laufenburg findet eine Konsolidierung im Grundversorgungsmarkt statt. Dem KSA bietet dies Möglichkeiten, an der Konsolidierung aktiv zu partizipieren. Durch neue Zusammenarbeitsformen zwischen dem KSA und den Grundversorgern können standortspezifische Schwerpunkte gebildet werden, welche sich an der Verfügbarkeit der notwendigen Kompetenzen und Ressourcen orientieren. Mit der Schwerpunktbildung und der stufengerechten Versorgung kann sich das KSA stärker auf seine Spezialisierung konzentrieren und kritische Mindestfallzahlen erreichen. Darüber hinaus kann die Qualität der Behandlungsprozesse gezielt gesteigert und die überregionale Strahlkraft der Gesundheitsversorgung im Kanton Aargau erhöht werden.

Im Sinne der integrierten Versorgung kommen Kooperationen mit Psychiatrien und Rehabilitationseinrichtungen eine wesentliche Bedeutung zu. Das KSA kann dabei sicherstellen, dass es als verlässlicher Partner wahrgenommen wird. Mit der Intensivierung der Zusammenarbeit mit den PDAG kann das KSA eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherstellen und damit der Entwicklung von zunehmend parallel verlaufenden somatischen und psychischen Leiden von Patienten adäquat begegnen. Denkbar ist neben einem verstärkten Austausch auch ein räumliches Zusammenwachsen mit der Einrichtung eines Ambulatoriums der PDAG im Neubau des KSA. Zur Gewährleistung von optimalen Behandlungspfaden und zur Senkung der Verweildauer kann die Schnittstelle zu Rehabilitationseinrichtungen weiter verbessert werden. Die Zusammenarbeit mit den bestehenden Kooperationspartnern aarReha Schinznach, Rheinfelden und Bellikon ist im Sinne einer integrierten Versorgung zu stärken.

In der Pädiatrie besteht heute ein Rahmenabkommen mit dem Universitäts-Kinderspital beider Basel sowie weitere fachspezifische Verträge, welche auf die abgestimmte Erbringung von verschiedenen Leistungsaufträgen und insbesondere auch in der hochspezialisierten Medizin abzielt. Die Zusammenarbeit soll künftig intensiviert werden. Aktuell wird im Rahmen eines gemeinsamen Projekts ein erstes grobes Zielbild einer möglichen Zusammenführung des Universitäts-Kinderspitals beider Basel und der Kinderklinik Aarau beschrieben, welche im Herbst 2018 den jeweiligen Verwaltungsräten präsentiert wird. Rahmenbedingung hierfür ist, dass auch

<sup>97</sup> BAG (2018): Kennzahlen der Schweizer Spitäler, 2016

künftig am Standort Aarau eine Geburtshilfe sowie eine ambulante und stationäre Grundversorgung inkl. Notfall betrieben wird.

## 5. Fazit

Das KSA ist eines der fünf grössten Zentrumsspitäler der Schweiz und geniesst **eine starke, überregionale Positionierung**. Das Gesundheitswesen befindet sich in einem starken Wandel. Für das KSA ist entsprechend wichtig, den Chancen, Risiken und Herausforderungen dieser Entwicklungen aktiv zu begegnen:

1. Für die nachhaltige betriebliche Entwicklung und zur Sicherstellung der langfristigen Trag- und Finanzierbarkeit der benötigten Fremdmittel sollte das KSA seine Rentabilität auf eine EBITDA-Marge von mindestens 10 % steigern. Dafür sind neben den Neubaueffekten auch die **Effizienzsteigerungsprojekte**, welche das KSA eingeleitet hat, konsequent weiterzuführen.
2. Das **geplante Neubauprojekt** ist ein wichtiges Element für die Erreichung von betrieblicher Effizienz. Der Projektplan ist entsprechend einzuhalten, damit eine zeitnahe Umsetzung realisiert werden kann. Das aktuelle Projekt zeichnet sich aus durch eine für die Schweizer Spitalbranche zurückhaltende Dimensionierung und zeigt damit eine Gegenreaktion auf den Aufbau von erkennbaren Überkapazitäten. Für das weitere Verfahren muss sichergestellt werden, dass die Projektbeurteilung aus der Optik der bestmöglichen Betriebseffizienz des KSA über die gesamte Nutzungsdauer erfolgt. Damit die positiven Rahmenbedingungen ihre Wirkung entfalten können, ist ein stringentes Betriebskonzept für die Führung und Steuerung des Betriebs weiter zu detaillieren.
3. Für die Erreichung der finanziellen Ziele und zur Begegnung von Margendruck, regulatorischen Anforderungen sowie Konsolidierungstendenzen sind die Entwicklung und Präzisierung einer klaren **Unternehmens- und Angebotsstrategie** sowie deren Umsetzung unabdingbar.
4. Angebotsstrategisch empfiehlt sich, am **Endversorgerstatus**, in Kooperation mit der USB, festzuhalten. Dies kann je nach Trägerschaftsmodell anders ausfallen.
5. Die anstehenden Veränderungen verlangen eine hohe **Umsetzungsstärke** der Führungsebene. Entsprechend hohe Bedeutung kommt der per Juli 2018 geplanten Reorganisation der obersten Führungsstruktur des KSA sowie dem weiteren Aufbau entsprechender Managementinstrumente zu.
6. In Bezug auf die Eigentümerstruktur bestehen mehrere Möglichkeiten. Zweckmässige Optionen sind die Weiterführung der heutigen kantonalen Trägerschaft, **ein Teilverkauf im Rahmen der Ausgabe einer Volksaktie** sowie ein **Totalverkauf an ein Privatspital**. Mit zweiter Option kann die Verbundenheit der Bevölkerung mit dem KSA und damit die regionale Verankerung des KSA erhöht werden. Beim Verkauf an ein Privatspital kann von Synergien zwischen Standorten profitiert werden. Zudem tragen beide Optionen zur Reduktion des Rollenkonflikts des Kantons bei. Beim Teilverkauf interessant für das KSA wäre aufgrund der Finanzierung des bevorstehenden Neubauprojekts eine Kapitalerhöhung.
7. Eine **Fusion des KSA** mit dem **KSB** sowie die Integration des KSA in die **Universitätsspital Nordwest AG** werden entlang der Beurteilungskriterien als nicht prioritär beurteilt. Bei beiden Optionen ist mit hohen Reibungsverlusten und Transferkosten zu rechnen.
8. Ergänzend zu den möglichen angebotsstrategischen und trägerschaftsspezifischen Ausrichtungen kommt der Zusammenarbeit mit Leistungserbringern im Einzugsgebiet grosse Bedeutung zu. Diese beschränkt sich nicht nur auf die Akutsomatik, sondern schliesst im Sinne der **integrierten Versorgung** auch Psychiatrien und Rehabilitationskliniken mit ein. Die in Erarbeitung befindliche Kooperationsstrategie vom KSA ist umzusetzen.
9. Die **unternehmerische Flexibilität** des KSA ist ein zentrales Element für eine zukunftsgerichtete Positionierung im Kanton Aargau. Diese ist mittels der **Reform des Spitalgesetzes** hinsichtlich der 70 % Regel (der Kanton muss mindestens 70 % des Aktienkapitals am KSA halten) zu erhöhen.
10. Im Rahmen der Sicherstellung des nötigen **unternehmerischen Handlungsspielraums** des KSA empfiehlt sich die Anpassung der aktuellen **Eigentümerstrategie**. Für den Kanton Aargau als Eigner nicht relevante Zielsetzungen sind zu entfernen, darunter fallen Zielsetzungen zur Liquidität. Des Weiteren wird eine Herabsetzung der Anforderung an die Eigenkapitalquote empfohlen. Parallelstrukturen zwischen der Eigentümerstrategie und der Unternehmensstrategie sind zu vermeiden.



# Anhänge

## A.1. Kennzahlen der drei kantonalen Leistungserbringer<sup>98</sup>

Kennzahl	KSA	KSB	PDAG
Umsatz in TCHF	647'739	354'481	138'150
EBITDA in TCHF	39'672	38'690	15'200
EBITDA-Marge in %	6.1 %	10.9 %	11.0 %
Stationäre Fallzahlen	28'327	19'533	3'683
CMI	1,149	0,987	-
Pflegetage	159'000	114'567	133'260
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	5.6	5.9	35.0
Betten	570	372	331
Anzahl ambulante Konsultationen	512'412	187'476	80'199
Ambulantisierungsgrad	34 %	30 %	14 %
Anteil Zusatzversicherte	17 %	21 %	4 %
Vollzeitstellen Gesamt	3'489	2'259	920
davon Ärzte (absolut und in %)	663; 19 %	344; 15 %	100; 11 %
davon Pflege (absolut und in %)	1'580; 45 %	1'233; 55 %	363; 39 %
Anzahl Leistungsaufträge im Kanton Aargau	60	40	17

## A.2. Informationsquellen

### A.2.1. Ansprechpersonen

Folgende Ansprechpersonen standen für die Beantwortung von Fragen während des Projektes zur Verfügung:

Tabelle 11: Ansprechpartner (alphabetisch)

Name	Funktion	Kontakt
<b>Kanton Aargau</b>		
Franziska Roth	Regierungsrätin, Vorsteherin DGS	persönlich
Barbara Hürlimann	Leiterin Abteilung Gesundheit, DGS	persönlich
Christian Moser	Leiter Abteilung Finanzen, DFR	persönlich

98

Geschäftsberichte KSA und KSB 2017, Geschäftsbericht PDAG 2016 und Kennzahlen Schweizer Spitäler (2016) sowie aktuelle Spitallisten

Franziska Schneeberger	Leiterin Finanzpolitik und Beteiligungen, DFR	persönlich
<b>KSA</b>		
Dr. Konrad Widmer	VRP; KSA	persönlich
Dr. Robert Rhiner	CEO, KSA	persönlich
Thomas Fischer	CFO, KSA	persönlich
Dr. Christoph Egger	Stv. CEO, KSA	telefonisch
Sergio Baumann	Leiter Betrieb, KSA	telefonisch

## **A.2.2. Daten**

Folgende Unterlagen wurden im Laufe des Auftrags zur Verfügung gestellt:

<b>Dokumentname</b>	<b>Erhalten von</b>
Aussage zur Fallzahlentwicklung 2017, Email vom 31. Mai 2018	Pascale Perler
Besuch_RR_Dieth_RR_Roth_13_03_2018_KWI_09_03_2018.pptx	Dr. Konrad Widmer
Hinweise zum Berichtsentwurf, Email vom 26. Mai 2018	Dr. Robert Rhiner
Hinweise zum Berichtsentwurf, Email vom 30. Mai 2018	Christian Moser
Mitarbeiterbefragung2016-KSA-Schlussbericht.pdf	Dr. Robert Rhiner
Präsentation VAKA 17. Mai 2018_präs_gehalten.pptx	Barbara Hürlimann
Provisorisch_KSA_Jahresbericht 2017.pdf	Elisabeth Kramer
03.03_180424_GL_Kooperationsstrategie KSA-Entwurf.pdf	Thomas Fischer
180125_Org-Regl_GL-Bereiche-Beratungsorgane_final.pdf	Dr. Robert Rhiner
180125_Organisationsreglement VR-GL_inkl. Beilagen 1-4.pdf	Dr. Robert Rhiner
180109_KSA_unternehmenspraesentation.pdf	Dr. Robert Rhiner
20140305KSA Eigentümerstrategie.pdf	Barbara Hürlimann
20170205 KSA Finanzmodell final für Memorandum.xlsm	Thomas Fischer
20180419 Neubau IT_Vergleich 2017_Versand	Susanna Heldner
20180119LohnvergleichKaderärzte.xlsx	Dr. Konrad Widmer
2018-05-25_Beitrag Bericht PWC.docx	Christian Moser
03.03_180424_GL_Kooperationsstrategie KSA-Entwurf.pdf	Thomas Fischer
00_Nebau_reason why_180520_V4_Sergio Baumann.pdf: KSA Neubau – Reason Why, 20.05.2018	Sergio Baumann
01_Zustandsbericht_Masterplan_V9_160411_finale Version.pdf: Zustandsbericht Masterplan, 15.04.2016	Sergio Baumann

02_20160502_KSA Entwicklungsbericht_FINAL7.pdf: Entwicklungsbericht Masterplan KSA, Klausur VR/GL vom 24.05.2016	Sergio Baumann
04_Sacheinlagevertrag Immobilienübertrag GL-338-1.pdf: Sacheinlagevertrag vom 26.01.2012	Sergio Baumann
05_Pathologie_Formaldehyde.pdf: Mail an Hr. Baumann vom 25.04.2018 betr. Resultate der Formalin-Messung vom 18.04.2018	Sergio Baumann
06_Messmer_Druckluft.pdf: Mail an Hr. Baumann vom 25.10.2017 betr. Absage Firma Messer Schweiz AG zur Erweiterung der Druckluft im Haus 2A	Sergio Baumann
07_Swisslog_Rohrpost.pdf: Mail an Hr. Baumann vom 25.10.2017 betr. Absage Firma Messer (nicht verwendet, da Dublette zu Dokument 6)	Sergio Baumann
08_Stationsapotheken_Temperaturen.pdf: Mail an Hr. Baumann vom 23.06.2017 betr. Temperaturüberschreitung in Stationsapotheke 821	Sergio Baumann
09_Unterirdische Kanäle KSA_20180420_TU_Verfahren_sebau_V4.pdf: Unterirdische Kanäle – Situation und Vorgehensvorschlag vom 20.04.2018	Sergio Baumann
16_Aufzuganlagen_Defekte.pdf: Mail an Adrian Wey vom 06.11.2017 betr. Störungsbehebung Liftanlagen Frauenklinik	Sergio Baumann
17_ESTI Inspektionsbericht 953407 2017_08_08.pdf: Inspektionsbericht Nr. 953407 vom 08.08.2017, Eidg. Starkstrominspektorat ESTI	Sergio Baumann
18_Stand der Mängelbehebung - ESTI Inspektionsbericht Nr 953407 vom 08.08.2017.pdf: Stand der Mängelbehebung gemäss ESTI Inspektionsbericht Nr 953407 vom 08.08.2017, 27.11.2017, Beat Schütz, Samuel Sollberger, KSA	Sergio Baumann
19_20171211_Begleitschreiben zur Betriebsbewilligung.pdf: Erneuerung der Betriebsbewilligung zur Führung der Spitalpharmazie vom 11.12.2017, Departement Gesundheit und Soziales	Sergio Baumann
20_2011_05_08_Abschlussbericht Aarau UKE Masterplan.pdf: Konzeptionelle Masterplanung Kantonsspital Aarau (KSA), Abschlussbericht, März 2011, UKE Consult und Management GmbH	Sergio Baumann
21_170612_Organisation Projekt NEUBAU_V17.pdf: Projektorganisation NEUBAU (Stand 25.4.2017), KSA	Sergio Baumann
22_Masterplan 2025_Planungseckwerte VR_genehmigt am 1. September 2016.pdf: Masterplan 2025, Planungsprinzipien und -eckwerte, Strategische Fragestellungen, 01.09.2016, Architektur und Bau KSA	Sergio Baumann
23_Competence_10-2016_Gallmann.pdf: Mehr Kostensicherheit mit dem Gesamtleister-Wettbewerb, Artikel in Competence, Oktober 2016, Peter Gallmann	Sergio Baumann
24_Strategie Häuser.pdf: Gesamtübersicht Häuser, undatiert	Sergio Baumann
25_Bettenhaus-Einzimmer V4.pdf: Analyse Bettenhaus, 14.08.2016	Sergio Baumann
26_Bettenspiel_V.1.2extern.xlsx: Bettenbedarf und Simulation, undatiert	Sergio Baumann
26_TU Betriebslogistikkonzept Neubau 2018-05-11.pdf: Betriebslogistikkonzept Neubau für TU Wettbewerb, 11.05.2018, PMO Keller AG	Sergio Baumann
30_Fernwärme- Fernkälte KSA-IBAAarau .pdf: Fernwärme / Kälte, 02.03.2016, IBA (nicht verwendet)	Sergio Baumann
31_Stellungnahme KSA Interpellation FDP 01.03.2016.pdf: Stellungnahme KSA zur Interpellation FDP-Fraktion betreffend baulichen Investitionsstau an den Kantonsspitalern und der erwarteten Investitionstätigkeit, 01.03.2016, Dr. Robert Rhiner, Sergio Baumann	Sergio Baumann

32_Juristische Beurteilung TU-Wettbewerb.pdf: Ausschreibung mit Workshops – juristische Aspekte, 23.09.2016, Voser Rechtsanwälte	Sergio Baumann
33_Informationen MicroPast_USB.pdf: Informationen über die neue Patientenverpflegungsmethode MicroPast, undatiert, Mario Da Rugna, Bereichsleiter und Manfred Roth, Leiter Hotellerie, Universitätsspital Basel	Sergio Baumann
34_Fakten_Patientengastronomie usb.pdf: Fakten zum neuen Verpflegungskonzept, undatiert, Universitätsspital Basel	Sergio Baumann
35_2017-01-26_Machbarkeitsstudie KSA.pdf: Bericht Machbarkeitsstudie, 19.01.2017	Sergio Baumann
36_BO_Planung_2018_02_28_KSA_NEUBAU_2023_180218_V2_sebau.pdf : Neubau KSA 2023 - Zielsetzungen Inhalte, Strukturen und resultierende Flächen, Vorstellung Neubau, 27.02.2018	Sergio Baumann
7_Kurzdokumentation KSA Neubau RR F. Roth_12.06.2017.pdf: KSA Neubau 2023 – Dokumentation für Regierungsrätin Franziska Roth, 12.06.2017	Sergio Baumann
38_20171011_AZAarau_KSA_UmbauamoffenenHerzen.pdf: Umbau am offenen Herzen, Zeitungsartikel, 11.10.2017, Aargauer Tagblatt	Sergio Baumann
39_Machbarkeitsstudie_171024_AargauerZeitung_KSANEubauPläne.pdf: KSA äussert sich zu Neubau-Plänen, Zeitungsartikel, 24.10.2017, Aargauer Tagblatt	Sergio Baumann
40_171103_SchweizAmSonntag_600MioSpitalneubau.pdf: 600 Millionen für Neubau, Zeitungsartikel, 04.11.2017, Schweiz am Wochenende	Sergio Baumann
41_Fernwärme_150122_AZ_IBAAarau_KSA.pdf: Sogar Operationsgeräte sollen Stadt heizen, Zeitungsartikel, 22.01.2015, Aargauer Zeitung	Sergio Baumann
42_Minergie_BVU_KSANEubau_16.02.2018.pdf: Neubauprojekt KSA – Minergie, 16.02.2018, Departement Bau, Verkehr und Umwelt	Sergio Baumann
43_1_Stratus_Teilberichte_Immobilienübertragung_2009.pdf: Werteübersicht per 01.01.2009, Arbeitsergebnis TP2 Projekt Spitalimmobilien, Immobilien Aargau	Sergio Baumann
43_2_Stratus_KSA_2009Kostenentwicklung_gesamt_Tabelle_091125_DAU.pdf: Kostenentwicklung nach Stratus, Auswertungsjahr 2009, Immobilien Aargau Daniela Uhle	Sergio Baumann
43_3_Stratus_KSA_2009_IS-IH_gesamt_Säulen_091125_DAU.pdf: Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten KSA, Auswertungsjahr 2009, Immobilien Aargau Daniela Uhle	Sergio Baumann
43_4_FO_20091216_STRATUS_Rev-a.pdf: Foliensatz Bewertung Spitalimmobilien, 16.12.2009, Basler&Hofmann	Sergio Baumann
44_150727_Strategiepapier_Positionierung_KSA_final.pdf: Zur Positionierung des Kantonsspital Aarau, 27.07.2015	Sergio Baumann
45_Kantonsspital Aarau - KSA _ Neubau Zweistufiger Gesamtleistungswettbewerb im selektiven Verfahren mit Präqualifikation.pdf: Ausschreibung zweistufiger Gesamtleistungswettbewerb, 20.05.2018, Bindexis Schweizer Bauinformation	Sergio Baumann
46_Stellungnahme BVU Pharmafilter_20180301.pdf: Stellungnahme zum "Dossier Pharmafilter», 27.02.2018, Departement Bau, Verkehr und Umwelt	Sergio Baumann
180504_KSA_Flächen_Immokosten_v19: Flächenspiegel, 04.05.2018	Sergio Baumann

### A.2.3. Weitere Quellen

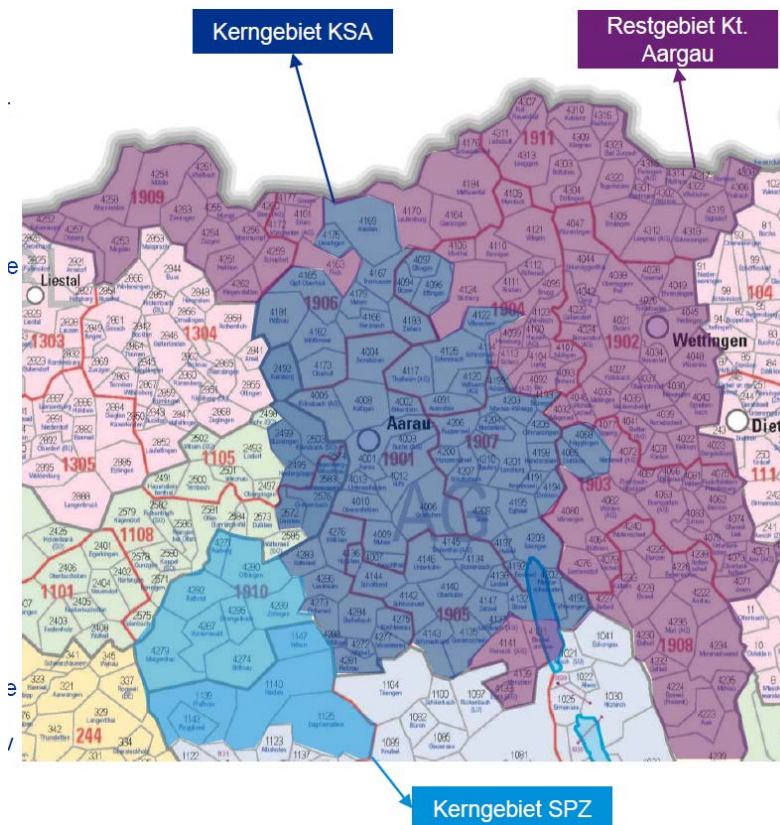
Folgende weitere Unterlagen wurden berücksichtigt:

<b>Dokumentname</b>	
Avenir Suisse (2016): Das Märchen vom Tafelsilber	öffentlich zugänglich
Bundesamt für Statistik (2016): Kennzahlen der Schweizer Spitäler	öffentlich zugänglich
Investorenpräsentation Kantonsspital Aarau AG: Kantonsspital Aarau – Investorenpräsentation, 15.05.2017	KSA
Kanton Aargau (2016): Strukturbericht Gesundheit 2016.	öffentlich zugänglich
KSA_Vorgaben für das Betriebskonzept_Anhang Ausschreibung_2017-10-19: „Vorgaben für das Betriebskonzept“, 19.10.2017, Kantonsspital Aarau, UE	KSA
KSA_Standort Bahnhof_2017-09-13: Kantonsspital Aarau, Standort Bahnhof Version 0.4, 18.09.2017	KSA
KSA_Therapiezentrum_2017-12-13: Kantonsspital Aarau, 18.12.2017, Therapiezentrum Version 0.3	KSA
PwC Studie (2016): «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2015».	öffentlich zugänglich
PwC Studie (2017): «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016».	öffentlich zugänglich
Polynomics (2018): Die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens im Kanton Aargau, Schlussbericht, 16. Mai 2018	öffentlich zugänglich
Spitalbenchmark: Benchmark 2017	öffentlich zugänglich
TR 2.x Ergebnisverbesserung 2.0.pptx	KSA
Unternehmensstrategie KSA: Unternehmensstrategie und Neubau, Unterlage für die Klausur vom 30.05.2017	KSA
2017-05-24 KSA Markt- und Potentialanalyse, kpmg.pdf	KSA
20171128_Begleitgruppe Ergebnisverbesserung_Antraege_v03.pptx	KSA
20180321 Workshop Spezifizierung Betrieb_Protokoll_vF: Workshop Spezifizierung Betrieb für den Business Case Neubau – Protokoll, 19.03.2018	KSA
20180323 Follow-up Fragen Betrieb für BC Neubau: Follow-up Fragen Betrieb für den Business Case Neubau, 23.03.2018	KSA
04.01_Bautz_Sachstand und Fragen Neubau 2023_sebau 170725: Neubau KSA 2023: Überblick zum Sachstand – Raumprogramm und betrieblich-funktionale Anforderungen	KSA

**Tabelle 12: Leistungsgruppen, welche nur durch das KSA (nicht durch das KSB) angeboten werden**

Leistungsgruppe (SPLG)	Bezeichnung	Leistungsgruppe (SPLG)	Bezeichnung
DER1.2	Schwere Hauterkrankungen	GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe
HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)	ANG4	Interventionen an den intrakraniellen Gefässen
HNO1.2.1	Erweiterte Nasenchirurgie (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)	KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie	URO1.1.4	Isolierte Adrenalectomie
KIE1	Kieferchirurgie	URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
NCH1	Neurochirurgie	PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	PNE1.3	Cystische Fibrose & Diagnostik/ Primärer Pulmonaler Hypertonie
NEU2.1	Primäre Neubildung des Nervensystems	THO1	Thoraxchirurgie
NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen (Comprehensive Stroke Center)	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems
AUG1.1	Strabologie	THO1.2	Mediastinaleingriffe
AUG1.2	Orbitaprobleme	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
AUG1.3	Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme	BEW9	Tumore am Bewegungsapparat
AUG1.4	Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)	BEW10	Plexuschirurgie
AUG1.5	Glaukom	BEW11	Replantationen
AUG1.7	Glaskörper/Netzhautprobleme	GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe
HAE1.1	Aggr. Lymphome & akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatologie (Level III)
		UNF1.1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)

**Abbildung 41: Kerneinzugsgebiet des KSA**





# Abkürzungsverzeichnis

ANK	Anlagenutzungskosten
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CMI	Casemix-Index (Fallschwere)
DRG	Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppen (Stationäre Abrechnung)
EBIT	Earnings before interest and taxes
EBITDA	Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization
EBITDAR	Earnings before interest, taxes, depreciation, amortization and restructuring or rent costs
GF	Gebäudefläche
GOPS	Geschützter Operationssaal
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
HSM	Hochspezialisierte Medizin
KSA	Kantonsspital Aarau
KSB	Kantonsspital Baden
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MTTD	Medizin-technische / -therapeutische Dienste
PCG	Public Corporate Governance
PDAG	Psychiatrischen Dienste Aargau
RFID	Radio frequency identification
TARMED	tarif médical, ambulante Ärztetarife
USNW AG	Universitätsspital Nordwestschweiz AG
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitälern, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung
Vs.	versus
VZÄ	Vollzeitäquivalent



## **DISCLAIMER**

Verwendung von Leistungen und Ergebnissen (gemäss 4. der Allgemeinen Geschäftsbestimmungen der PricewaterhouseCoopers AG), Berichte, Produkte und sonstige Arbeitsergebnisse von PwC sind ausschliesslich für den Kunden und den im Vertrag beschriebenen Zweck bestimmt. Sie dürfen ohne vorgängige schriftliche Zustimmung von PwC nicht für einen anderen Zweck verwendet, an Dritte weitergegeben oder diesen zugänglich gemacht, veröffentlicht oder verändert werden. Unabhängig von einer allfälligen Zustimmung haftet PwC nicht für Schäden, welche infolge Verwendung der Arbeitsergebnisse für andere Zwecke oder durch Dritte, Veröffentlichung oder Veränderung der Arbeitsergebnisse entstehen.