

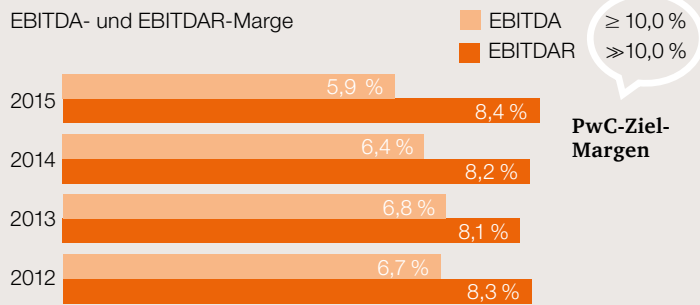
Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2015

Vergleich der Schlüsselkennzahlen 2012 bis 2015 von 28 Schweizer Spitälern und 11 Schweizer Psychiatrien.



Finanzielle Situation der untersuchten Akutspitäler 2012 bis 2015

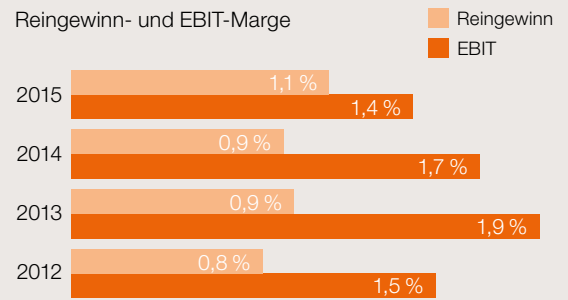
EBITDA- und EBITDAR-Marge



↘ **Leicht sinkende EBITDA-Marge**

→ **Stabile EBITDAR-Marge**

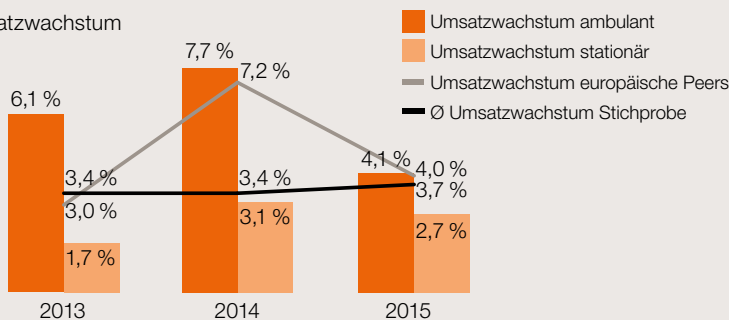
Reingewinn- und EBIT-Marge



↗ **Leicht steigende Reingewinnmarge**

↘ **Rückläufige EBIT-Marge**

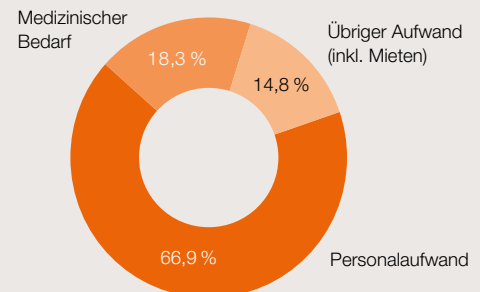
Umsatzwachstum



↗ **Überproportionales ambulantes Wachstum**

→ **Anhaltend positives stationäres Wachstum**

Kosten in % der Gesamtkosten 2015



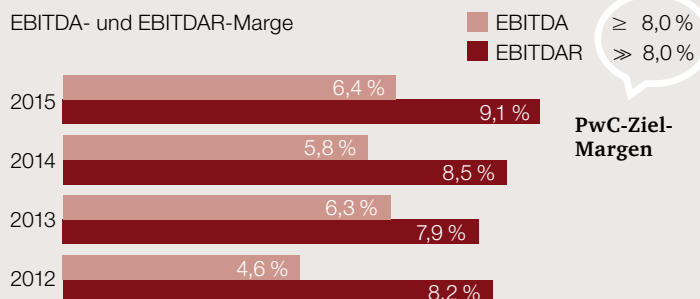
→ **Stabiler Personalaufwand**

FAZIT

- Viele Akutspitäler erreichen den von uns hergeleiteten Zielwert von 10,0 % für die EBITDA-Marge nach wie vor nicht. Der Zielwert für die EBITDAR-Marge liegt je nach Mietvertrag signifikant höher als 10,0 %.
- Mittlere Spitäler wirtschaften bisher am profitabelsten.
- Die neue Spitalfinanzierung führte zu einer positiven Dynamik – jedoch gibt es bisher wenig Anreize, die das Mengenwachstum reduzieren können.
- Innovative Betriebsmodelle im (spital-)ambulanten Bereich sind auf dem Vormarsch. Die Anreize für Spitäler sollten richtig gesetzt werden, um diese Innovationen zu ermöglichen und zu fördern.

Finanzielle Situation der untersuchten Psychiatrien 2012 bis 2015

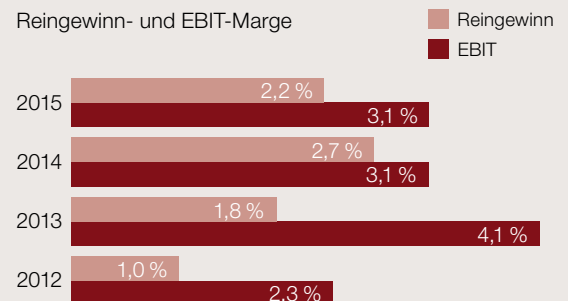
EBITDA- und EBITDAR-Marge



↗ **Steigende EBITDA-Marge**

↗ **Leicht steigende EBITDAR-Marge**

Reingewinn- und EBIT-Marge



↗ **Steigende Reingewinnmarge**

↗ **Steigende EBIT-Marge**

FAZIT

- Die wirtschaftliche Situation bei den untersuchten Spitätern scheint leicht besser als in den Akutspitätern.
- Der ökonomische Druck nimmt aber auch für Psychiatrien zu.
- Unsichere Zukunft aufgrund nicht abzuschätzender Auswirkungen der Einführung von TARPSY.
- Die Konsolidierung wird zu Kooperationen, Allianzen und Zusammenschlüssen führen.

Einleitung

Liebe Leserin, lieber Leser

Die Dynamik im Schweizer Spitalwesen nimmt weiter zu. Neue Betriebsmodelle werden etabliert, Strukturen konsolidiert, Angebote neu ausgerichtet und Prozesse optimiert. Ein wesentlicher Treiber dahinter sind die Vorgaben zur Spitalfinanzierung, die einen regulierten Wettbewerb anstreben und zunehmend Wirkung zeigen.

Die vorliegende Studie ist die fünfte seit 2011. Damit zeigen wir Ihnen auf, wie gesund die Finanzkennzahlen der Schweizer Spitäler im Jahr 2015 waren. Zuerst legen wir in einer kurzen Standortbestimmung dar, welche Margen ein Spital erzielen sollte, um den nachhaltigen Unternehmenserfolg sicherzustellen. Mehr dazu lesen Sie in [Kapitel 1](#).

Wir erläutern, wie sich in der stationären Akutsomatik finanzielle Kennzahlen wie die EBITDA-Marge oder Eigenkapital- und Verschuldungsquoten im Jahr 2015 im Vergleich zu den Vorjahren verändert haben. Erstmals haben wir auch eine ausführliche Analyse zur EBITDAR-Marge erstellt, um auch für Spitäler mit Immobilien zur Miete eine aussagekräftige Kennzahl zur Hand zu geben. Unsere Erkenntnisse dazu lesen Sie in [Kapitel 2](#).

Nachdem wir nun eine Reihe der Finanzkennzahlen von 2012 bis 2015 vorliegen haben und sich viele Marktkräfte im regulierten Wettbewerb entfalten konnten, stellen wir eine Würdigung der Regelungen der neuen Spitalfinanzierung dar. Fazit vorneweg: Viele positive Entwicklungen sind erkennbar. Um die Begrenzung des Mengenwachstums zu erreichen, sind jedoch neue Ansätze zu prüfen. Mehr dazu lesen Sie in [Kapitel 3](#).

Auf die Integration der Psychiatrie in die Publikation vom letzten Jahr haben wir viele positive Rückmeldungen erhalten. Auch die Psychiatrien bereiten sich im Zusammenhang mit der kommenden Einführung von TARPSY auf Veränderungen vor. Mehr zu den Entwicklungen im Psychiatriemarkt erfahren Sie in [Kapitel 4](#).

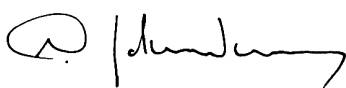
Sowohl für akutsomatische Spitäler als auch für Psychiatrien stellt sich angesichts des zunehmenden wirtschaftlichen Drucks die Frage, wie die operativen Ergebnisse weiter verbessert werden können. Dazu bietet sich ein systematischer Ansatz an, durch den die relevanten Hebel für Ergebnisverbesserungen in einem Spital identifiziert werden können. In [Kapitel 5](#) stellen wir einen solchen erprobten Ansatz vor.

Unsere Studie «Ambulant vor stationär: Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen» hat für grosses Aufsehen gesorgt. Im Rahmen dieser Publikation möchten wir auf mögliche Betriebsmodelle eingehen, die es Spitalern erlauben, dem Trend der Ambulantisierung zu folgen. Dabei zeigen wir auch Fallbeispiele aus der Praxis. Eine Übersicht der ambulanten Betriebsmodelle finden Sie in [Kapitel 6](#).

Unser Fazit und einen kurzen Blick in die Zukunft finden Sie in [Kapitel 7](#).

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Ihre PwC



Patrick Schwendener
Director, Head Deals Healthcare



Philip Sommer
Director, Head Advisory Healthcare

Inhalt

Zur Studie	6	5. Ergebnisverbesserungen	34
<hr/>		<hr/>	
1. Standortbestimmung – die Krux von EBITDA und EBITDAR	7	Ergebnisverbesserungspotenzial systematisch identifizieren	34
PwC EBITDA-Margenziele für die Schweiz	7	Vorgehen für Ergebnisverbesserungsprojekte in vier Phasen	35
EBITDA-Margen im internationalen Vergleich	8	Erfolgsfaktoren für die Umsetzung	36
Die finanziellen Zielsetzungen bleiben gleich und sind weiterhin schwer zu erreichen	8	<i>Exkurs: Benchmarking</i>	37
<hr/>		<hr/>	
2. Akutspitäler: Umsatzwachstum und stagnierende Profitabilität	10	6. Ambulant vor stationär	38
Deutlich höheres ambulantes als stationäres Ertragswachstum	10	Der ambulante Markt entwickelt sich weiter	38
Umsatzwachstum europaweit auf vergleichbarem Stand	11	Spitäler richten sich verstärkt auf die ambulante Dienstleistungserstellung aus	38
Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) nehmen zu	12	Herausforderungen im ambulanten Bereich	39
Das Mengenwachstum wird sich künftig fortsetzen	13	Das ambulante Potenzial ist bei Weitem nicht ausgeschöpft	39
Profitabilitätskennzahlen stagnieren weiter	13	<i>Fallstudie Universitätsspital Zürich: ambulante Betriebsmodelle</i>	40
Mittelgrosse Spitäler sind am profitabelsten	15	<i>Fallstudie Kantonsspital Baselland und Universitätsspital Basel: die Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP)</i>	43
<i>Exkurs Mietkostenberechnung</i>	17	<hr/>	
<i>Fallstudie Spital Uster: umfassendes Leistungsangebot dank Kooperation</i>	19	7. Fazit und Ausblick	44
Stabile Personal- und Sachkostenquoten	20	<hr/>	
Bilanzkennzahlen bleiben weiterhin auf gesundem Niveau	21	8. Anhang	45
<i>Exkurs: Transaktionen in der Spitalbranche unter der Lupe</i>	21	Stichprobe	45
<hr/>		Median- und Durchschnittswerte	45
3. Würdigung der neuen Spitalfinanzierung	23	Verwendete Kennzahlen	46
Ziele und Instrumente der neuen Spitalfinanzierung	23	Quellenverzeichnis	46
Die Reform hat die Ziele nicht vollumfänglich erreicht	24	<hr/>	
Eindämmung des Mengenwachstums zentral für die Kostenreduktion	27	9. Kontakte	47
Beseitigung von Fehlanreizen zur Erreichung der Ziele der KVG-Revision	29	<hr/>	
<hr/>		<hr/>	
4. Finanzielle Gesundheit für die Psychiatrie immer wichtiger	30		
Der Trend der Margenverbesserung setzt sich trotz schwachem Wachstum fort	31		
<i>Interview mit Erich Baumann: horizontale und vertikale Integration im Gesundheitswesen als Hebel zur Gewinnoptimierung und Qualitätssteigerung</i>	32		

Zur Studie

Wie in den Vorjahren basiert der quantitative Teil der vorliegenden Studie auf den publizierten Jahresrechnungen der untersuchten Spitäler. Für die Jahre 2012 bis 2015 haben wir uns jeweils auf die aktuellsten Zahlen der Geschäftsberichte 2013 bis 2015 abgestützt, da die Abschlüsse teilweise rückwirkend angepasst wurden. Da einige Institutionen in dieser Zeitspanne ihre Jahresabschlüsse auf Swiss GAAP FER umgestellt haben, liegen auch diesbezüglich rückwirkende Anpassungen vor. Für die Auswertungen des EBITDAR haben wir bei den untersuchten Spitalern ergänzende Informationen angefragt, sofern diese nicht ausreichend detailliert in der Jahresrechnung publiziert wurden.

In unserer Analyse haben wir uns auf die folgenden Kennzahlen konzentriert:

- EBITDAR
- EBITDA
- EBIT und Reingewinn
- Personalaufwand
- medizinischer Aufwand
- Eigenkapitalquoten
- Liquiditätsgrade

Unsere Studie basiert auf Medianwerten. Damit können wir Verzerrungen durch Extreme vermeiden. Für die diesjährige Ausgabe haben wir die EBITDAR-Margen konsequent berücksichtigt, um eine bessere Vergleichbarkeit der unterschiedlich kapitalintensiven Betriebsmodelle herzustellen – insbesondere die Unterschiede bei den Spitalimmobilien. Die mittleren Abweichungen zwischen EBITDAR- und EBITDA-Margen sind deutlich, doch relativ stabil. Für das Schweizer Spitalwesen ist das eine erfreuliche Erkenntnis.



1. Standortbestimmung – die Krux von EBITDA und EBITDAR

Daher lässt sich für diese Kennzahl kein allgemeingültiger Richtwert definieren. Abbildung 1 zeigt schematisch den Aufbau einer Spitalerfolgsrechnung.

Die EBITDAR-Marge lässt sich aus zweierlei Funktionen herleiten. Einerseits resultiert sie als Ergebnis der jährlichen Erträge abzüglich der Betriebskosten. Andererseits – und dies entspricht konzeptionell der oben erwähnten Zielmarge – können wir aufgrund verschiedener Annahmen berechnen, wie hoch die Zielmargen künftig sein müssen, damit langfristig für den Reingewinn ein Nullergebnis erreicht wird. In dieser Betrachtung lässt sich die EBITDAR-Marge wie in Abbildung 2 definieren.

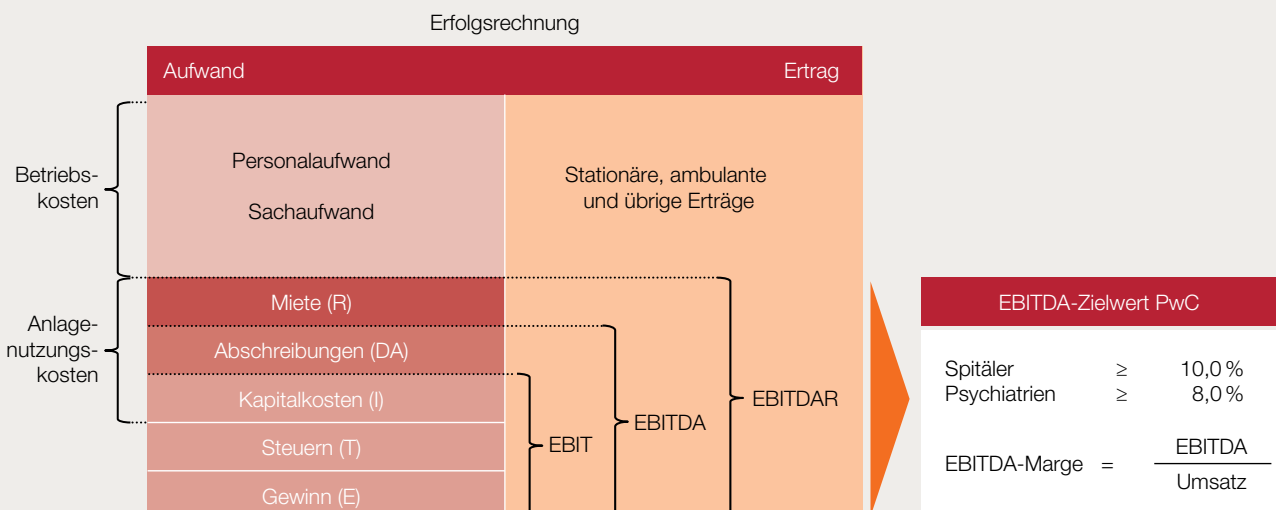
PwC EBITDA-Margenziele für die Schweiz

In unseren bisherigen Studien haben wir gezeigt, dass sich basierend auf einer risikogerechten Verzinsung des Eigen- und Fremdkapitals (WACC) und einer durchschnittlichen Anlagenutzungsdauer für die Schweiz ein EBITDA-Margenziel ableiten lässt. Für Akutspitäler liegt dieses bei 10,0% und höher, für Psychiatrien bei 8,0% und mehr.¹ Wenn ein Spital die Liegenschaften zum Beispiel vom Kanton mietet, so fallen dafür keine Abschreibungen und Zinskosten an. Stattdessen zahlt das Spital eine Miete an den Vermieter. Im öffentlichen Gesundheitswesen kommt in der Regel eine Kostenmiete zur Anwendung, weil für solche Liegenschaften kein Markt existiert. Je nach Mietvertrag liegt die Zielgrösse für den EBITDAR, das heisst für den Betriebsgewinn vor Abschreibungen (DA = Depreciation, Amortisation), Zinsen (Interest), Steuern (Tax) und Mieten (Rent), signifikant höher als das EBITDA-Ziel.

Abbildung 2: Die EBITDAR-Marge als Funktion der Anlagenutzung und Steuern

$$\text{EBITDAR-Marge} = f \left[\begin{array}{l} \text{Kapitalkosten (WACC)} \\ \text{Ø Anlagenutzungsdauer} \\ \text{Kapitalumschlag} \\ \text{Mieten} \\ \text{Steuern} \end{array} \right]$$

Abbildung 1: Schematische Erfolgsrechnung eines Spitals



¹ «Schweizer Spitäler: den Finanzen auf den Puls gefühlt», PwC, 2012, und «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2014», PwC, 2015.

EBITDA-Margen im internationalen Vergleich

EBITDA und EBITDAR sind auch im europäischen Vergleich übliche Analysegrössen. In erster Linie wird auf den EBITDA abgestützt, da diese Daten dafür eher verfügbar sind und die Finanzanalysten sich typischerweise auf diese Grösse konzentrieren. Ein Blick auf die EBITDA-Marge von börsenkotierten europäischen Spitälern zeigt, dass diese im Jahr 2015 im Median bei 10,5% lag. Für die nächsten vier Jahre erwarten die Analysten EBITDA-Margen von rund 14,0%.² Dieser Vergleich greift jedoch zweifelsfrei zu kurz. Börsenkotierte Spitäler sind nicht ohne Vorbehalt mit den öffentlichen Spitälern in der Schweiz vergleichbar. Denn sie können stärker nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten geführt werden, erhalten in der Regel weniger Auflagen und haben weniger Grundleistungen zu erbringen. Das Schweizer Spitalistensystem bewirkt beispielsweise, dass Spitäler, die auf der Spitalliste sind, bestimmte Vorgaben und Aufgaben zu erfüllen haben. Entsprechend besteht trotz Privatbesitz eine gewisse Abhängigkeit von den Kantonen.³ Viele Privatspitäler in der Schweiz haben dennoch deutlich höhere EBITDA-Margen als die in unserer Stichprobe enthaltenen öffentlichen Spitäler. Zudem wird im Ausland die Infrastruktur zum Teil anders finanziert. Ausserdem lassen sich strukturelle Änderungen und Neuausrichtungen teilweise schneller und konsequenter vollziehen. Ferner ist zu beachten, dass sich die Schätzungen von Analysten im Nachhinein oft als zu optimistisch herausstellen.

Dennoch sind die Kennzahlen aus dem internationalen Vergleich ein klares Indiz dafür, dass im öffentlichen Gesundheitswesen noch Optimierungspotenzial besteht. Selbst wenn in den meisten öffentlichen Spitälern keine mit Privatspitälern vergleichbaren Margen erreicht werden, so gibt es dennoch Ansatzpunkte, die auch für den öffentlichen Bereich prüfungswert sind. Auf einen systematischen Ansatz zur Ergebnisverbesserung gehen wir in Kapitel 5 ein.

Unsere Studie zeigt, dass sich die finanziellen Ergebnisse 2012 systembedingt zwar sprunghaft erhöht haben, seither aber seitlich tendieren. Unsere erstmalige systematische Auswertung der EBITDAR-Margen führt hingegen zu einer erfreulichen Erkenntnis: Diese liegen seit 2012 im Median fast zwei Prozentpunkte über der EBITDA-Marge. Trotzdem braucht es weitere Verbesserungen, damit geplante Erneuerungsprojekte nachhaltig finanzierbar werden. Es mag desillusionierend sein, dass diese gleichen Themen jährlich wiederkehren und der wirtschaftliche Druck ständig steigt. Doch das Gesundheitswesen steht damit nicht alleine da. Zahlreiche andere Branchen befinden sich in einer ähnlichen Situation, obwohl bereits seit Jahren optimiert wird.

Die finanziellen Zielsetzungen bleiben gleich und sind weiterhin schwer zu erreichen

Im Zusammenhang mit Finanzierungen betreiben die Unternehmen vielerorts Zinsoptimierung und -absicherung. Sicherlich beeinflussen tiefe Zinsen die Finanzierbarkeit von Grossinvestitionen positiv. Die Frage bleibt, wie das aktuelle und künftige Marktumfeld die Erreichung der finanziellen Zielsetzungen weiter beeinflusst. Dazu ein *Zukunftsszenario* (vgl. Abbildung 3 auf der nächsten Seite) anhand der wichtigsten Kenngrössen einer Spitalerfolgsrechnung:

- *Erträge:* Wir gehen davon aus, dass der Druck auf die Tarife weiter hoch bleiben wird und nicht mit höheren Vergütungen zu rechnen ist. Langfristig erscheint eine stabile Entwicklung beziehungsweise ein inflationäres Wachstum wahrscheinlich. Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) zeigen eine negative Entwicklungstendenz. Ein gewisses Potenzial ist bei den übrigen Erträgen möglich, die grösstenteils von den Patienten selbst oder deren Zusatzversicherungen übernommen werden.
- *Betriebsaufwand:* Auf der Aufwandseite schlägt heute vor allem der Personalaufwand zu Buche, was sich auch in den nächsten Jahren nicht ändern wird. Zwar werden neue Infrastrukturen und automatisierte Abläufe Effizienzsteigerungen ermöglichen. Dem stehen allerdings steigende Anforderungen und die generelle Personalknappheit gegenüber. Hingegen existiert beim Sachaufwand, insbesondere beim medizinischen Aufwand, noch ein klares Einsparungspotenzial, das über Einkaufskooperationen und Lageroptimierung stärker genutzt werden kann. Insgesamt bleiben die betrieblichen Herausforderungen und deren finanzielle Folgen für die Spitäler auch in Zukunft gross.

² Diese Schätzungen sind nur auf Stufe EBITDA und nicht auf EBITDAR verfügbar; Capital-IQ-Datenbank, Oktober 2016.

³ «Vermeintliche Privatisierung, Klassenkampf am Spitalbett», NZZ, 23. August 2016.

- **Kapitalkosten:** Gleichzeitig stehen Veränderungen der künftigen Infrastruktur an und damit entsprechende Anlagenutzungskosten. Angesichts des historisch tiefen Zinsniveaus gehen wir davon aus, dass sich die Kapitalkosten langfristig wieder erhöhen werden und sich nicht abgesichertes Kapital verteuern wird. Viele langfristige Investitionsprojekte lassen sich heute zu einem Zinssatz von 2,5 % oder noch tiefer finanzieren. Damit erscheint die finanzielle Tragbarkeit als gegeben. Sollten die Zinsen wieder ansteigen, ist bei einer Finanzierung oder Refinanzierung eine entsprechende Margenverbesserung zu realisieren. Nur so ist die finanzielle Tragbarkeit solcher Projekte nach wie vor gegeben.
- **Anlagenutzungsdauer:** Bei der durchschnittlichen Nutzungsdauer der Spitalinfrastruktur erachten wir eine Verkürzung als wahrscheinlich, weil sich der Anteil der rein baulichen Investitionen zugunsten des Anteils von IT- und Medizintechnik verkleinert. Letztere erhöhen wegen ihrer vergleichsweise kurzen Erneuerungszyklen das Abschreibungs-substrat, was eine höhere EBITDAR-Marge erfordern würde. Diese Entwicklung präsentiert sich in vielen Schweizer und europäischen Spitälern, in denen viel in die IT investiert wird. Ob diese Investitionen die nötige Rendite (ROI) einspielen, indem sie zu Kosteneinsparungen oder einer Verlangsamung des Kostenwachstums führen, wird sich in den nächsten Jahren weisen.
- **Kapitalumschlag:** Ob sich der Kapitalumschlag – das heisst das Verhältnis von Umsatz zu Investitionen – erhöhen lässt, bleibt offen. Sollte das gelingen, würde es sich positiv auswirken. Denn aus jedem investierten Franken liesse sich mehr Ertrag generieren. In der Folge würde eine etwas geringere EBITDAR-Marge (in Prozent) ausreichen, um die Anlagenutzungskosten zu decken.

Im aktuellen Wirtschaftskontext müssen die Schweizer Spitäler effizient und effektiv investieren. Ihre Investitionen sollen nicht nur das heutige Geschäftsmodell, sondern auch das künftige unterstützen. Angesichts der anstehenden Megatrends wie der Digitalisierung, des demografischen Wandels, des medizinischen Fortschritts und anderer müssen die Spitäler die neu gebauten Infrastrukturen so flexibel wie möglich halten. Aus finanzieller Sicht sollten sie eine weitgefaste Optimierung der Kernprozesse anstreben (mehr dazu in Kapitel 5). Der starke Fokus auf die Zinsoptimierung ist zwar nötig und ermöglicht grosse Kosteneinsparungen. Doch reicht er bei Weitem nicht aus. Für jene Spitäler, die ihre strategischen und finanziellen Ziele konsequent verfolgen und nicht kurzfristigen Fehlanreizen nachgeben, stellt der aktuelle Wirtschaftskontext eine ausgesprochen gute Zeit dar; eine Zeit, in der sie sich langfristig Wettbewerbsvorteile sichern können. Darum: Hinsichtlich der finanziellen Zielsetzungen halten wir an den bisherigen Richtwerten fest.

Abbildung 3: Zukunftsszenario für die Entwicklung der Spitalkenngrössen

Horizont		Kurz	Mittel	Lang
Betrieb	Stationäre und ambulante Preise	↘	↔	↔
	Übrige Erträge	↗	↗	↗
	Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)	↘	↘	↘
	Personalaufwand	↗	↗	↗
	Sachaufwand	↘	↘	↘
	Kapitalkosten	↔	↔	↗
Infrastruktur	Ø Anlagenutzungsdauer	↔	↘	↘
	Kapitalumschlag (Umsatz/investiertes Kapital)	↔	↔	↔

?

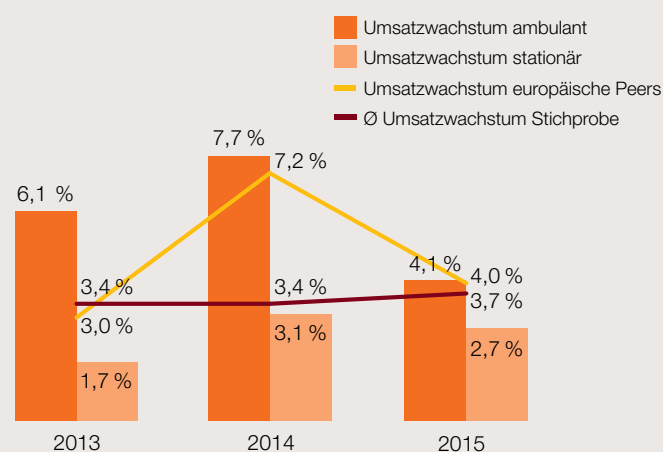
2. Akutspitäler: Umsatzwachstum und stagnierende Profitabilität

Deutlich höheres ambulantes als stationäres Ertragswachstum

Das jährliche Umsatzwachstum der Schweizer Akutspitäler lag in den letzten drei Jahren bei rund 3,5%. Zum Vergleich: In derselben Zeit wurde im europäischen Vergleich ein Umsatzwachstum von durchschnittlich 4,7% erreicht.

Im Median verzeichneten die Schweizer Akutspitäler im Jahr 2015 ein Umsatzwachstum von 3,7%. Das liegt kaum höher als die rund 3,4% in den Jahren 2013 und 2014. Zum Vergleich: Im Jahr 2012 erwirtschafteten die Akutspitäler ein Umsatzwachstum von 6,0% im Median. Dieses war durch die Einführung der neuen Spitalfinanzierung einmalig verzerrt. Diese beeinflusste insbesondere die stationären Erlöse. Da die ausgewiesenen stationären Erlöse vor 2012 nur schwierig mit den Erlösen nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung vergleichbar sind, konnte für 2012 keine aussagekräftige Wachstumsrate berechnet werden (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Umsatzwachstum Spitäler von 2013 bis 2015 in Prozent



Der Vergleich zwischen ambulanten und stationären Leistungen zeigt deutlich höhere Wachstumsraten bei den ambulanten Leistungen. Die Mehrheit der Schweizer Spitäler rechnet für die nächsten Jahre mit einer signifikanten Ausweitung des ambulanten Bereichs und damit deutlich höheren Wachstumsraten. Unsere 2016 veröffentlichte Studie «Ambulant vor stationär: Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen» hat diesen Sachverhalt näher untersucht und liefert konkrete Zahlen und mögliche finanzielle Auswirkungen.⁴

Das überproportionale Wachstum der ambulanten Leistungen hat sich in unserer Stichprobe im Jahr 2015 etwas abgeschwächt. Trotzdem wächst es immer noch anderthalbmal so schnell wie das stationäre Geschäft. Zum Vergleich: In den Jahren 2013 und 2014 lag das ambulante Wachstum noch um den Faktor 3,0 bzw. 2,5 über jenem des stationären Wachstums. Obwohl die Wachstumsbasis unterschiedlich ist, wird hier dennoch der zunehmende Grad der Ambulantisierung deutlich. Der medizinische Fortschritt und zukünftige Anpassungen der Tarife werden dafür sorgen, dass sich dieser Trend fort schreibt und das ambulante Wachstum noch länger über jenem des stationären liegen wird. Diese Entwicklung ist zu unterstützen. Denn ambulante Eingriffe erfolgen einerseits oft kostengünstiger als stationäre und sind andererseits für die Patienten meistens angenehmer, zumindest was die Nachsorge in den eigenen vier Wänden betrifft. Ausserdem sind die Infektionsrisiken in der Regel geringer.⁵ Damit die Verlagerung tatsächlich zu einer effizienteren und kostengünstigeren Versorgung führt, braucht es Lösungen, mit denen die Leistungserbringer nicht zu einer Mengensteigerung fehlmotiviert werden oder Mengenausweitungen entsprechenden Effizienzgewinnen gegenüberstehen. Zur Diskussion stehen Ansätze wie etwa die Einführung von ambulanten Behandlungspauschalen für gewisse Eingriffe, von SwissDRG-Pauschalen ohne Übernachtung oder eine gezielte Regulierung der Mengen per Gesetz (weitere Ausführungen vgl. Kapitel 5). Nicht zuletzt kommen auch dem Wahlrecht und der unvoreingenommenen Aufklärung der Patienten über alle möglichen Behandlungsalternativen durch medizinische Fachpersonen eine grosse Bedeutung zu.

Gemäss dem Krankenkassenverband santésuisse wiesen die ambulanten Arztkosten 2015 im Vergleich zum Vorjahr mit 5,7% das grösste Kostenwachstum innerhalb der Gesundheitskosten auf. Die Kosten für ambulante Behandlungen im Spital nahmen um 3,2% zu.⁶ Die ambulanten Behandlungskosten werden vollumfänglich von den Krankenkassen getragen.

⁴ «Ambulant vor stationär: Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen», PwC, 2016.

⁵ «Zusatzversicherungen von Krankenkassen haben üble Nebenwirkungen», Aargauer Zeitung, 14. Oktober 2016.

⁶ «Ungebrochenes Kostenwachstum bei den ambulanten Behandlungen», santésuisse, Communiqué vom 16. September 2016.

Daher ist es nicht erstaunlich, weshalb für 2017 mit einem erneuten Anstieg der Krankenkassenprämien um bis zu 6,0% zu rechnen ist. Die von den Kantonen mitfinanzierten Kosten im stationären Bereich der Spitäler (ab 2017 gemäss KVG mind. 55,0%) stiegen demgegenüber lediglich um 1,9%. Um Fehlanreize dieser ungleichen Entwicklung möglichst zu verhindern, sind unseres Erachtens einheitliche Finanzierungsregeln für ambulante und stationäre Leistungen zu prüfen.

Da im Schweizer Tarifwesen in den letzten Jahren unserer Einschätzung nach kaum ein Preiswachstum stattgefunden hat, ist das durchschnittliche Kostenwachstum der letzten drei Jahre von je rund 3,5% grösstenteils auf ein Mengenwachstum zurückzuführen. Sollte sich die Inflation wieder erhöhen und in den Personal- und Sachkosten niederschlagen, sind Preis- und/oder Effizienzsteigerungen notwendig, um die Margen stabil zu halten.

Umsatzwachstum europaweit auf vergleichbarem Stand

Bei börsenkotierten europäischen Spitälern beobachteten wir im Jahr 2015 ähnlich hohe Wachstumszahlen. Oft wird dafür als Hauptgrund der demografische Wandel genannt. Dieser trägt zwar seinen Teil zum Wachstum der Gesundheitskosten bei, aber nicht mehr als in anderen Branchen. Für den grössten Teil des Kostenwachstums sind der medizinische Fortschritt und die heutige Anspruchshaltung der behandelnden und behandelten Personen verantwortlich. Ausserdem führen Fehlanreize nach wie vor dazu, dass Spitäler Leistungen erbringen, die den Vorgaben des KVG⁷ nicht oder nicht vollumfänglich entsprechen.⁸ Diese Entwicklung wird sich fortsetzen: Finanzanalysten erwarten für die untersuchten europäischen börsenkotierten Spitäler in den nächsten fünf Jahren ein durchschnittliches jährliches Wachstum von rund 6,0% und von rund 4,0% für 2016. Angesichts der für Europa im Jahr 2015 geschätzten Inflation von 0,0%⁹ und des langjährigen historischen Mittelwerts oder zukünftigen Zielwerts von ca. 2,0% lassen diese Wachstumsraten stark vermuten, dass sich das jährliche Mengenwachstum zwischen ca. 2,0% und 4,0% bewegt. Für die Schweiz dürfte das künftige Mengenwachstum in einer ähnlichen Grössenordnung liegen, wenn man ein langfristiges Inflationsziel von 1,0% bei jährlich ca. 3,0% bis 5,0% Umsatzwachstum berücksichtigt.

Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Blick auf die Wachstumsraten der Schweizer Gesundheitsausgaben seit Mitte der 1970er-Jahre und über verschiedene Zeitintervalle.

Gemäss den Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hat sich das gesamte Kostenwachstum seit 1975 deutlich reduziert, nämlich von jährlich 5,3% über die gesamte Zeitspanne auf durchschnittlich rund 3,4% für 2005 bis 2015 (Abb. 5). Wird von diesem Wachstum die allgemeine Inflation abgezogen, so zeigt sich, dass dieser Rückgang nicht wie vermutet aus einer jährlich höheren Berechnungsbasis, sondern vielmehr aus einer Reduktion der Inflation hervorgeht. Die Inflation blieb ab Mitte der 1990er-Jahre jährlich unter 2,0% und pendelte sich ab dem Jahr 2000 durch eine neue geldpolitische Strategie der Schweizer Nationalbank bei rund 1,0% ein. Diese Strategie setzte unter anderem auf Preisstabilität und eine jährliche Inflationsprognose. Seit der Finanzkrise im Jahr 2008 und den anschliessenden weltweiten geldpolitischen Interventionen der Nationalbanken verharrte die Inflation im Durchschnitt bei 0,0%. Das verbleibende Wachstum kann unterschiedliche Ursachen haben. Dazu gehören ein Mengenwachstum aufgrund der demografischen Entwicklung oder des medizinischen Fortschritts oder der weniger effiziente Umgang mit Ressourcen (zumindest bis zur Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2012). Interessanterweise liegt die inflationsbereinigte durchschnittliche Steigerung seit Anfang der 1990er-Jahre jährlich relativ stabil bei 3,0% (vgl. Abbildung 5). Seit 2012 ist dieser Wert als Folge der revidierten Spitalfinanzierung leicht gestiegen.¹⁰ Selbstverständlich kann über diese Herleitung das Mengenwachstum nur grob geschätzt werden, da die Inflation für den medizinischen Bereich von der allgemeinen Inflation abweichen kann.

Abbildung 5: Analyse des Gesundheitskostenwachstums seit 1975 (Quelle: OECD, eigene Berechnungen)

	Total	Inflation	Rest
Ø 1975–2015	5,3 %	2,0 %	3,3 %
Ø 1985–2015	4,8 %	1,4 %	3,4 %
Ø 1995–2015	3,8 %	0,6 %	3,2 %
Ø 2005–2015	3,4 %	0,4 %	3,0 %
Ø 2010–2015	3,2 %	0,0 %	3,2 %

⁷ Wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich, vgl. KVG Art. 32.

⁸ «Zusatzversicherungen von Krankenkassen haben üble Nebenwirkungen», Aargauer Zeitung, 14. Oktober 2016.

⁹ www.statista.com, aufgerufen am 17. Oktober 2016.

¹⁰ Ohne die vergleichsweise höhere Wachstumsrate im Jahr 2012 würde das durchschnittliche Jahreswachstum in der Betrachtungsperiode 2010 bis 2015 ebenfalls bei rund 3,0% liegen.

Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandprodukts (BIP) nehmen zu

Das jährliche Kostenwachstum im Schweizer Gesundheitswesen hat sich seit 1975 verringert, wobei das inflationsbereinigte Wachstum seit mehr als zwei Jahrzehnten stabil geblieben ist. Das gesamte Kostenwachstum lag in den letzten vier Jahrzehnten nur in zwei von zehn Jahren unterhalb des Wachstums des Bruttoinlandprodukts. Das heisst: Der Anteil der Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandprodukts nimmt zu.

Abbildung 6 stellt diese Entwicklung für ausgewählte OECD-Länder dar. 2014 betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben in der Schweiz gemäss OECD 11,4% des BIP; für 2015 wurden 11,5% prognostiziert.¹¹ Seit 1975, als sich die Gesundheitskosten noch auf 6,3% des BIP beliefen, sind die Gesundheitsausgaben sehr viel stärker gestiegen als die gesamte Wirtschafts-

leistung. Im Vergleich mit den OECD-Ländern liegt die Schweiz hinter den USA auf Platz zwei.¹² Deutschland, Frankreich und Schweden geben mit rund 11,0% ihres jeweiligen BIP anteilmässig ähnlich viel aus wie die Schweiz.

Seitdem die entsprechenden Statistiken existieren, steigt der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt in den meisten Industrieländern an. Während er sich von 2000 bis 2015 nur in Slowenien, Ungarn, Portugal und der Türkei um total weniger als 0,5% erhöht hat, schafften mit Island und Lettland nur gerade zwei OECD-Länder eine Reduktion. Das lettische Gesundheitssystem erscheint im OECD-Vergleich weniger entwickelt. Island hingegen zeigt, dass sich Gesundheitsausgaben auch in Ländern mit einem hoch entwickelten und ausgebauten Gesundheitssystem stabilisieren oder senken lassen. Diese Entwicklung hat hier zwei Ursachen: ein hohes BIP-Wachstum bis 2007 und deutliche Kosteneinsparungen ab 2008.

Abbildung 6: Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP von 1975 bis 2015 (Quelle: OECD)

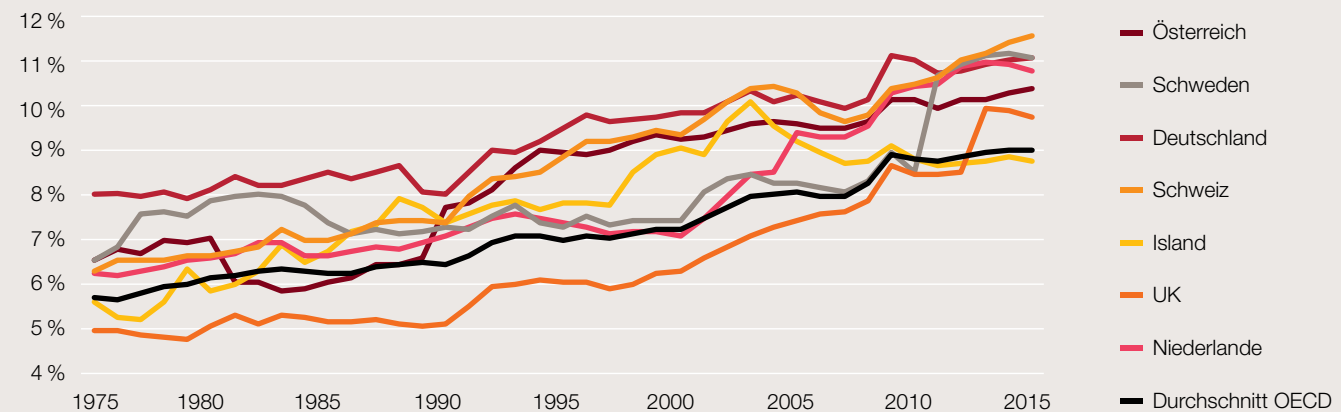
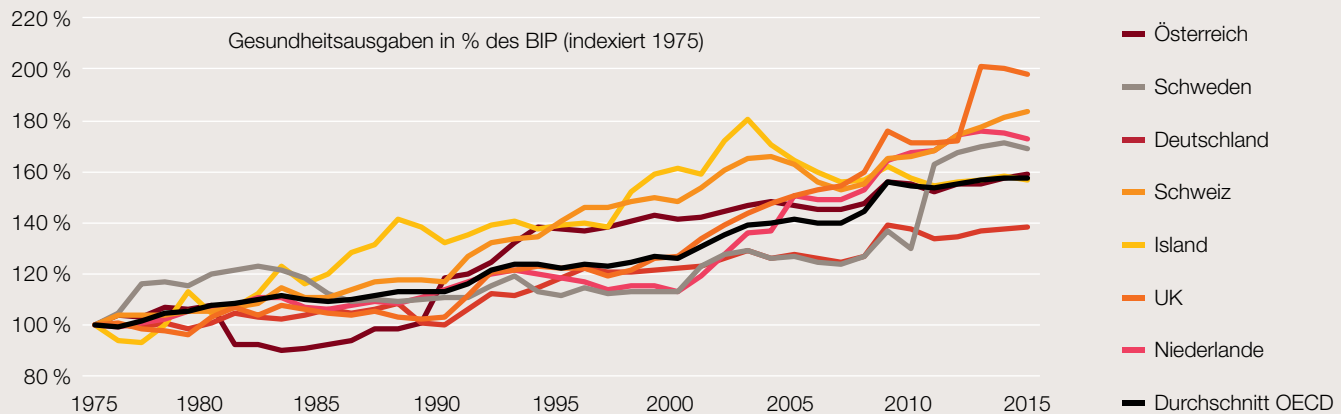


Abbildung 7: Relative Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP von 1975 bis 2015 (Quelle: OECD)



¹¹ Unter Gesundheitsausgaben versteht die OECD alles, was in einem Land für Waren und Dienstleistungen ausgegeben wird, die mit der Gesundheit seiner Bürger zu tun haben. Investitionen in die Infrastruktur, Aufwendungen für Prävention und Verwaltung sind in der Summe enthalten. Die Daten sind aufgrund unterschiedlicher Berechnungsgrundlagen leicht höher als jene des Bundesamtes für Statistik.

¹² Die USA rangieren bei den Gesundheitsausgaben von jeher auf den Spitzenplätzen.

Dem Gesundheitswesen kommt durch das Wachstum der letzten Jahrzehnte in vielen industrialisierten Ländern mittlerweile eine grosse volkswirtschaftliche Bedeutung zu. Das ist in Abbildung 7 anhand einer indexierten Betrachtung ausgewählter Länder ersichtlich. Der Gesundheitssektor ist deutlich weniger zyklisch als die Gesamtwirtschaft eines Landes. Deshalb kommt ihm in Krisenzeiten eine stabilisierende Wirkung zu.

Dies umso mehr, als der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP steigt. Seit dem Ausbruch der Finanzkrise 2008 haben sich die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP denn auch in 80% der 35 OECD-Länder erhöht. Im Vergleich zu den Jahren davor ist der Anteil der Gesundheitskosten am BIP seit der Krise in zwei Dritteln der OECD-Länder schneller gestiegen als zuvor.¹³ Je nach Ausprägung der Krise wird in den nächsten Jahren eine Gegenbewegung sichtbar sein, die aus Kürzungen von Gesundheitsausgaben hervorgeht.

Das Mengenwachstum wird sich künftig fortsetzen

Das Gesundheitswesen wird in Zukunft noch teurer, selbst wenn die Spitäler und andere Gesundheitsdienstleister effizienter werden. Dieses Kostenwachstum liegt nicht primär in der ineffizienten Art der Leistungserbringung begründet, sondern in den gesellschaftlichen Erwartungen an das Gesundheitswesen. Solange sich diese nicht grundsätzlich ändern, werden die Kosten weiter steigen. Die aktuellen Investitions- und Ausbauprogramme in gesamthaft zweistelliger Milliardenhöhe zeigen, dass die meisten Schweizer Spitäler mit wachsenden Fall- und Patientenzahlen rechnen. Eine Schlüsselfrage für die etablierten Gesundheitsdienstleister ist, ob diese Investitionen die aktuellen Trends wie die

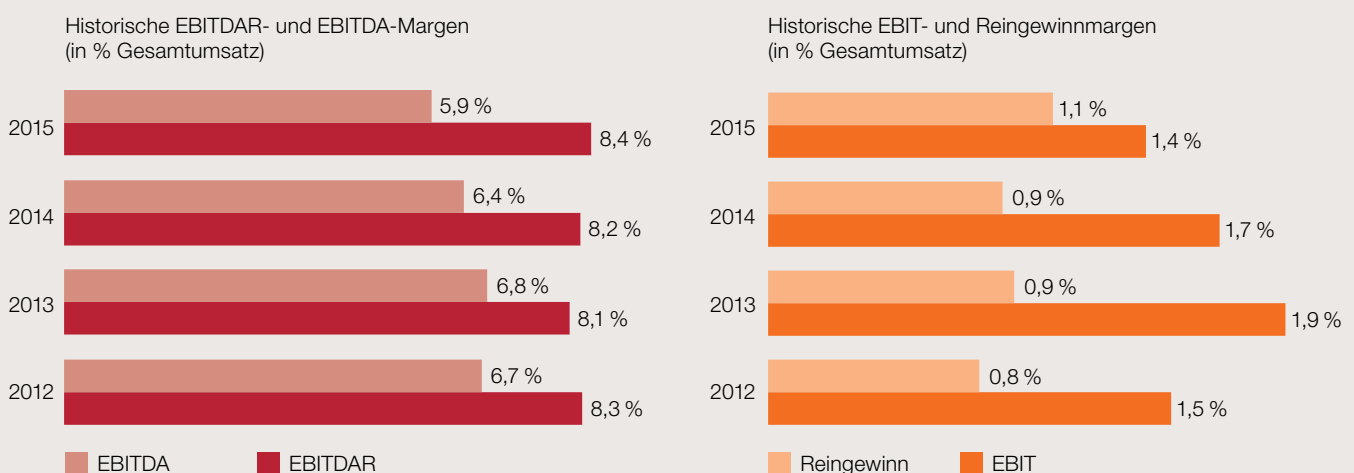
zunehmende Ambulantisierung, Digitalisierung usw. genügend berücksichtigen, um auch in Zukunft eine effiziente und effektive Versorgung zu ermöglichen. Ebenfalls unklar ist, welche neuen Dienstleister neben den Spitälern in den Gesundheitsmarkt eintreten und ob diese den etablierten Marktteilnehmern «nur» Patienten und Marktanteile abjagen oder den Markt vergrössern. So bilden sich zum Beispiel seit einigen Jahren vermehrt Gruppenpraxen, und mit Migros und Coop haben bereits potente branchenfremde Akteure einen Fuss in die Tür gesetzt.

Profitabilitätskennzahlen stagnieren weiter

In der vorliegenden Studie haben wir die EBITDAR-Margen erstmals für die untersuchten Spitäler berechnet. Bisher war dies nicht möglich, weil die notwendigen Informationen nicht von allen Spitälern vorlagen (Mieten sind oft in den Anlage-nutzungskosten eingeschlossen, werden aber nicht separat ausgewiesen). Die fehlenden Informationen haben wir direkt bei den Studienteilnehmern angefragt. Dabei haben wir nur Liegenschaftsmieten (Land und Gebäude) berücksichtigt. Das heisst, Leasing und Mieten für Mobiliar und technische Geräte wurden nicht separat analysiert und sind nicht in der von uns ausgewiesenen Kennzahl enthalten.

Die Profitabilitätskennzahlen lagen 2015 im Median auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Während die EBITDA- und EBIT-Margen gegenüber 2014 leicht gesunken sind, erhöhte sich die EBITDAR-Marge um 0,2 Prozentpunkte auf 8,4%. Erfreulicherweise liegen die EBITDAR-Margen seit 2012 um durchschnittlich knapp zwei Prozentpunkte über den EBITDA-Margen (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: Profitabilitätskennzahlen von Schweizer Spitälern von 2012 bis 2015



¹³ Beobachtet wurden die Zeiträume von 2000 bis 2007 und von 2007 bis 2014.



Die Profitabilitätskennzahlen der Schweizer Spitäler haben sich seit 2012 nicht verbessert. Während bei den EBITDAR-Margen eine relativ stabile Seitwärtsbewegung stattgefunden hat, haben sich die EBITDA-Margen um fast einen Prozentpunkt reduziert. Diese divergierende Entwicklung ist zwar statistisch und ökonomisch nicht signifikant, doch ein gutes Beispiel für die Unterschiede zwischen EBITDA und EBITDAR. Lagert ein Akutspital alle Liegenschaften und Gebäude in eine separate Gesellschaft (Immobilien-Gesellschaft) aus, wird als Kompensation für die Gebäudenutzung ein Mietvertrag abgeschlossen. Eine solche Ausgliederung beeinflusst den EBIT kaum, weil die zusätzlichen Mietaufwendungen durch reduzierte Abschreibungen neutralisiert werden. Je nach Ausgestaltung des Mietvertrags können unterschiedliche Liegenschaftsaufwände in der Miete eingeschlossen sein. Dadurch steigen die Mietkosten an, es reduzieren sich bei der Betriebsgesellschaft neben den Abschreibungen aber zusätzlich weitere Anlagenutzungskosten wie Betriebs-, Unterhalts- oder Verwaltungskosten. Das führt wiederum zu einer teilweisen Kostenneutralisierung. Der EBITDAR ist also ein besseres Indiz für die Profitabilität des Kernbetriebs eines Akutspitals, da die Kennzahl nicht von der Entscheidung Eigentum oder Miete beeinflusst wird. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die verrechneten Mietpreise dem sogenannten «Arms-Length-Prinzip» entsprechen. Dieses besagt, dass für Transaktionen zwischen einander nahestehenden Unternehmen die Verrechnungspreise so festgesetzt werden müssen, wie dies bei einer vergleichbaren Transaktion zwischen unabhängigen Dritten auf einem externen Markt der Fall wäre. Weil es im öffentlichen Gesundheitswesen für Liegenschaften keine Marktpreise gibt, wird in der Praxis bei Mietlösungen oft auf die sogenannte Kostenmiete abgestellt.

Die Margen bewegen sich seit 2012 seitwärts. Auf Stufe EBITDA haben sie sich jüngst sogar reduziert. Ein gewisses Polster durch die Bildung von Rückstellungen mag das Resultat mancherorts noch etwas schlechter aussehen lassen, als es tatsächlich ist. Wir bezweifeln, dass die wahren Margen die Zielwerte bereits erreicht haben. So stehen betriebliche Optimierungen weiterhin auf der Agenda der Geschäftsleitungen und Verwaltungsräte von Spitalgesellschaften.

Erfreulich ist auf jeden Fall, dass die EBITDAR-Margen seit 2012 mit knapp zwei Prozentpunkten Unterschied deutlich über den EBITDA-Margen lagen. Vorsicht ist geboten beim Vergleich von EBITDA-Margen von Spitalern mit eigener Infrastruktur mit EBITDAR-Margen von Spitalern mit angemieteter Infrastruktur. Denn die Vergleichbarkeit ist hier nicht zu 100% gegeben, weil je nach Mietvertrag unterschiedliche Kostenpositionen in die Miete einfließen können. Der Vergleich wäre dann korrekt, wenn die EBITDAR-Marge der EBITANK-Marge – der Marge vor Zinsen, Steuern und jenen Anlagenutzungskosten, die typischerweise über die Miete abgegolten werden – gegenübergestellt würde. Demnach muss die EBITDAR-Marge höher sein als die EBITDA-Marge. Wie viel über 10,0% sie liegen soll, ist im Einzelfall zu klären.

Mittelgrosse Spitäler sind am profitabelsten

Die in Schweizer Medien rege diskutierten grossen Investitions- und Bauvorhaben – von einigen als «Bauboom» betitelt – polarisieren. Die vorhandenen Finanz- und Kapazitätsinformationen der berücksichtigten 28 Akutspitäler erlauben eine genauere Analyse gewisser Zusammenhänge.

In einem ersten Schritt haben wir alle 28 Akutspitäler nach deren Bettenkapazität sortiert. Die Daten stammen aus den vom BAG publizierten Kennzahlen der Schweizer Spitäler.¹⁴ Da diese bei der Fertigstellung der Studie für das Jahr 2015 noch nicht vorlagen, haben wir unsere Überlegungen auf die Zahlen des Jahres 2014 abgestützt. Danach haben wir mithilfe eines einfachen Streudiagramms die Bettenkapazität (x-Achse) und die EBITDAR-Marge (y-Achse) miteinander verglichen. Die Trendlinie zeigt eine einfache Regression¹⁵ der beiden Grössen. Es fällt auf, dass sowohl die EBITDAR- als auch die EBITDA-Marge rein grafisch einen Negativtrend zeichnen. Das lässt vermuten, dass Spitäler mit einer grösseren Anzahl Betten tendenziell weniger profitabel wirtschaften als solche mit weniger Betten. Das kann unterschiedliche Gründe haben (vgl. Abbildung 9).

Anschliessend haben wir die Spitäler anhand ihrer Bettenkapazität in vier Gruppen aufgeteilt: (1) weniger als 200 Betten, (2) zwischen 200 und 450 Betten, (3) zwischen 450 und 700 Betten sowie (4) mehr als 700 Betten. Dabei fallen jeweils fünf bzw. sechs Spitäler in die letzten drei Kategorien und elf in die Kategorie 1. Danach wurde für jede Gruppe der Median von EBITDAR und EBITDA berechnet.

Diese Analyse bestätigt, dass die grösseren Spitäler im Median tiefere EBITDAR- und EBITDA-Margen aufweisen. Gemessen am EBITDAR sowie EBITDA je Bett scheint die Kategorie 2 am profitabelsten zu sein. Diese Gruppe weist einen Median EBITDAR von 9,9% sowie einen EBITDA pro Bett von rund 73'000 CHF aus (vgl. Abbildung 10).

Abbildung 10: Zusammenhang zwischen Spitalgrösse und EBITDAR bzw. EBITDA

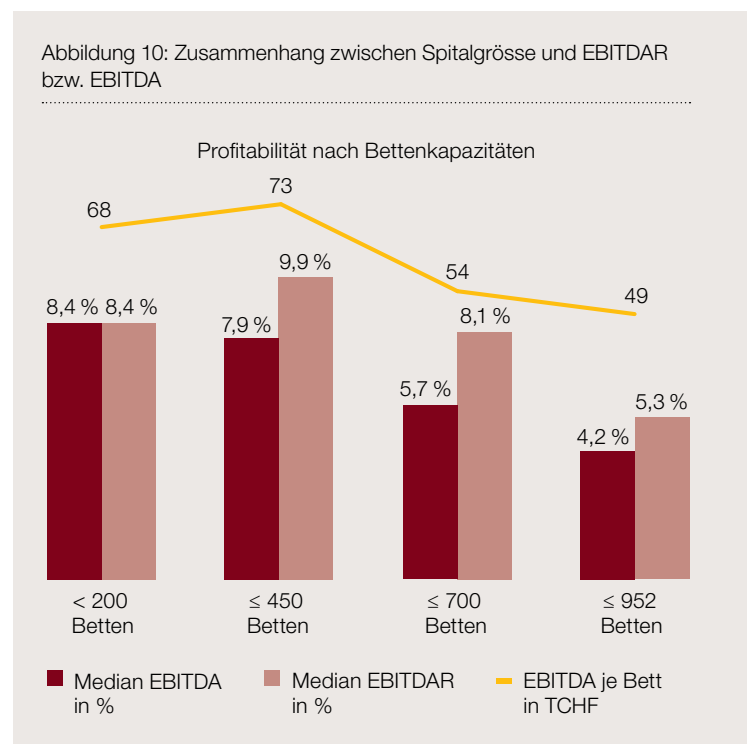
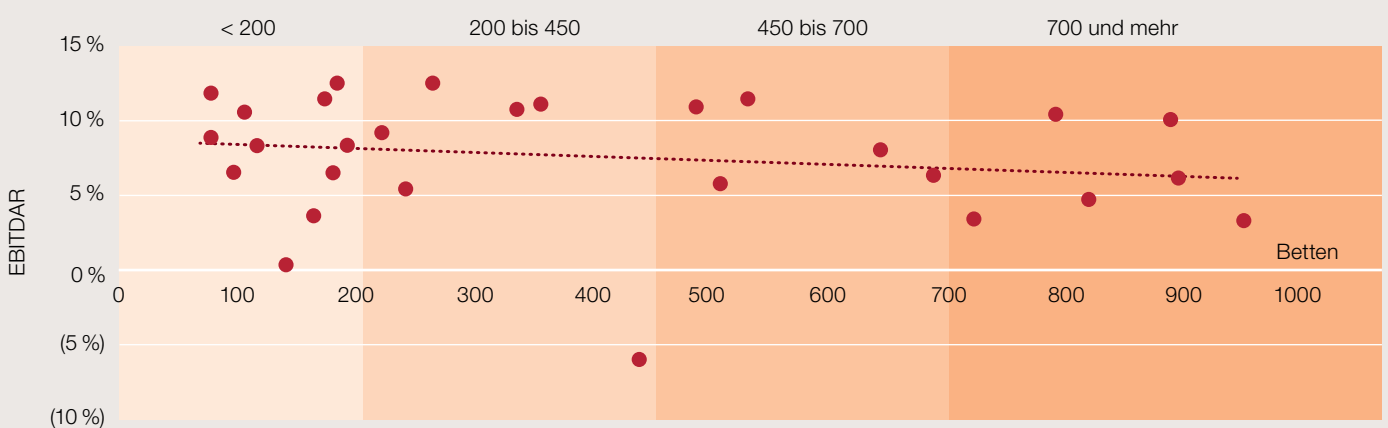


Abbildung 9: Zusammenhang zwischen Bettenzahl und EBITDAR



¹⁴ Bundesamt für Gesundheit (diverse Jahrgänge): Kennzahlen der Schweizer Spitäler.

¹⁵ Diese Regression ist trotz signifikantem p-Wert statistisch nicht repräsentativ, da die Stichprobe zu klein ist. Zudem beinhaltet diese nur öffentliche Spitäler.

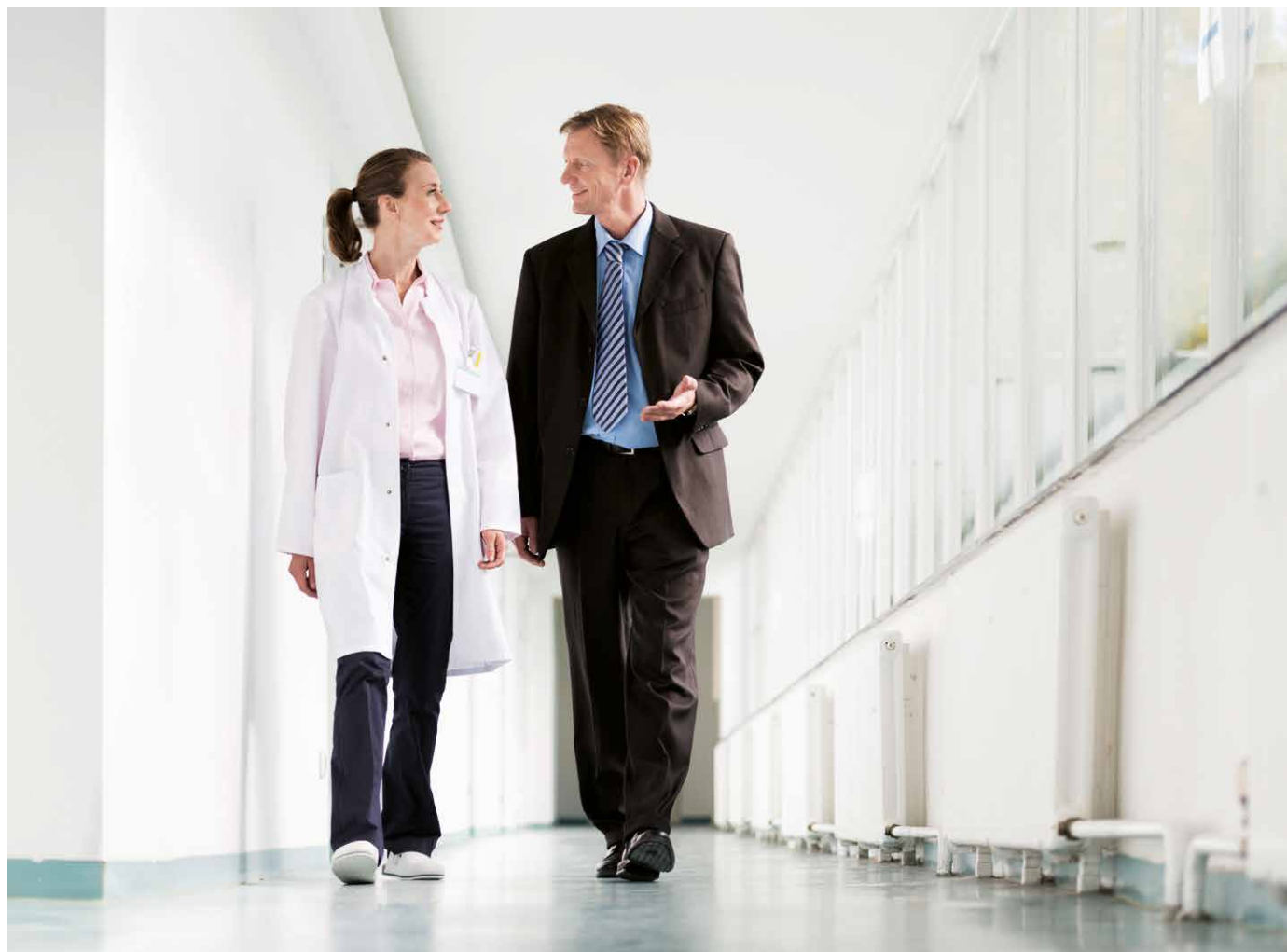
Dass sehr kleine und sehr grosse Spitäler weniger profitabel wirtschaften, wurde bereits von der BFS-Studie «Analyse der Effizienz und Produktivität in den Schweizer Spitätern» im Jahr 2005 aufgezeigt. Diese Studie kommt zum Schluss, dass «potenzielle Skalenerträge in Spitätern mit weniger als 200 Betten gross sind». Die mit zunehmender Spitalgrösse tiefere Profitabilität lässt auf abnehmende Skalenerträge schliessen, die unter anderem durch die höhere Komplexität verursacht werden. Zudem spielen beispielsweise die Unterdeckung von komplexen Fällen, die von Universitäts- und Zentrumsspitalern erbracht werden, sowie die ungenügende Abgeltung von Lehre und Forschung bei Universitätsspitalern eine Rolle.

Der Vergleich zwischen Profitabilität und Bettenkapazität ist aufgrund der unterschiedlichen Leistungsaufträge natürlich etwas unfair. Beispielsweise haben Universitätsspitäler neben zusätzlichen Ausgaben für Forschung und Lehre auch höhere Kosten für hochkomplexe Apparaturen und Einrichtungen. Ausserdem müssen sie eine sehr breite Palette an medizinischen Leistungen anbieten, die aufgrund ihrer Häufigkeit und aktuellen Abgeltung nicht gleich ökonomisch honoriert werden können wie vergleichsweise einfache Eingriffe. Auch kleine Spitäler haben Nachteile, da sie Vorhalteleistungen und

Infrastrukturen bereitstellen müssen, die angesichts der tiefen Fallzahlen schwierig zu finanzieren sind.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht scheint eine gewisse Konsolidierung der öffentlichen Spitalindustrie sinnvoll: Die Mittel werden gezielt auf weniger Einrichtungen verteilt. Diese können Kostensynergien aus Effizienzsteigerungen und Skaleneffekten realisieren. Dabei sollte der Trend zur Ambulantisierung mitberücksichtigt werden. Aus einer rein betriebswirtschaftlichen Optik ist zudem eine Reduktion der Hospitalisierungsdauer erstrebenswert. Einerseits zeigt die oben erwähnte BFS-Studie einen klaren Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Hospitalisierungsdauer eines Spitals und der Höhe der Gesamtkosten. Andererseits lassen sich so unnötige Bettenkapazitäten reduzieren und weniger kapitalintensive Spitäler bauen.

Unsere Analyse zeigt zudem einen positiven Zusammenhang zwischen Umsatzwachstum und EBITDAR. Dieser hat sich in den Jahren 2014 und 2015 weiter akzentuiert. Er könnte ein Hinweis darauf sein, dass die vorhandenen ökonomischen Optimierungspotenziale vermehrt erkannt und ausgenutzt werden.



Exkurs: Mietkostenberechnung

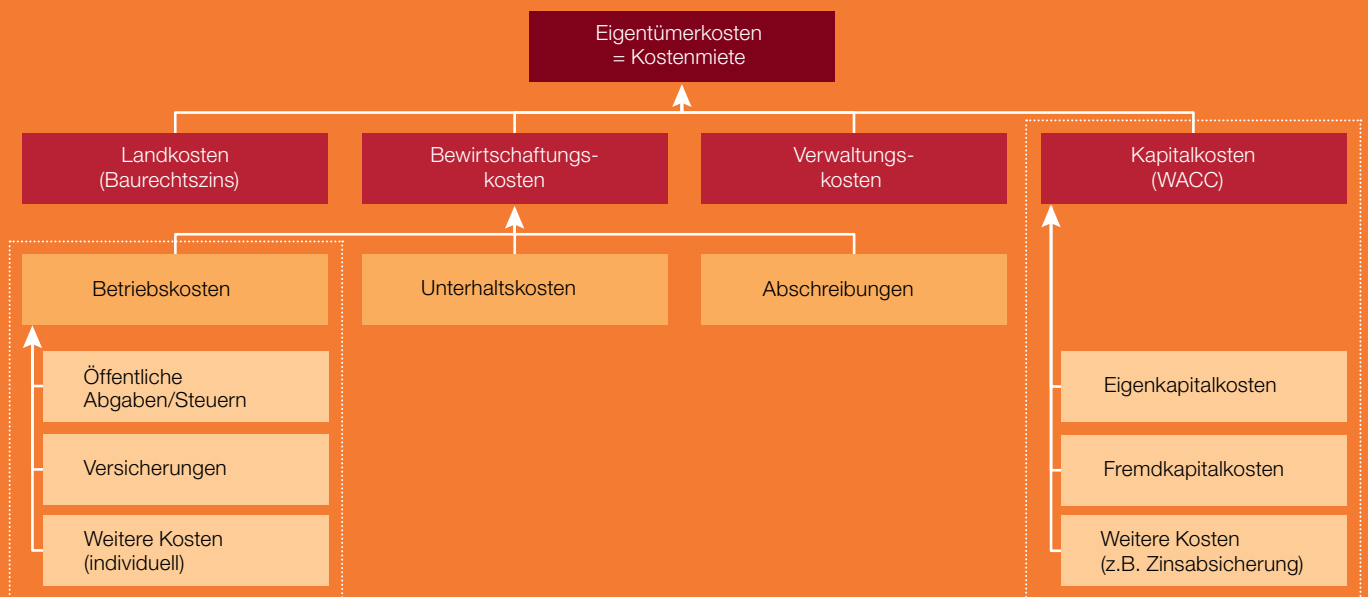
Im Zusammenhang mit finanziellen Zielwerten rückt bei Spitalern mit Mietobjekten neben der EBITDA-Marge vermehrt auch die EBITDAR-Marge ins Zentrum. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach einer angemessenen Miete. Deren Bestimmung ist schwierig, weil es für Spital-liegenschaften keinen eigentlichen Markt gibt. In der Praxis setzt sich daher das Konzept der Kostenmiete durch. Darunter versteht man die Berechnung einer Miete, die zur vollständigen Deckung der jährlichen Immobilienaufwendungen erforderlich ist. Erfahrungsgemäss ist die Anwendung von Kostenmieten bei öffentlichen Spitalern verbreitet, wobei in der Regel eine Vermietung vom Kanton (z.B. Spitäler Solothurn) oder einer eigenen Immobiliengesellschaft erfolgt (z.B. Kantonsspital Graubünden). So lassen sich etwa Finanzierungsvorteile des Eigentümers der Liegenschaft vollständig an das Spital weitergeben. Die Kostenmiete kann folgende Komponenten umfassen (vgl. Abbildung 11):

- Kapitalkosten
- Baurechtszins (Landabgeltung)
- Abschreibungen der Investitionen und werterhaltenden und -steigernden Ersatzinvestitionen und Sanierungen, i.d.R. nach REKOLE¹⁶
- Unterhalts-, Betriebs- und Verwaltungskosten

In der Miete sind je nach Ausgestaltung des Mietvertrags die Personalkosten für die Verwaltung und den Unterhalt der Immobilien enthalten. In der EBITDAR-Marge eines Spitals sind die obigen Kosten nicht enthalten. Dadurch fällt die EBITDAR-Marge höher aus. In der EBITDA-Marge werden nur die Abschreibungen und Kapitalkosten nicht berücksichtigt. Sämtliche Personalkosten sowie weitere Betriebs-, Unterhalts- und Verwaltungskosten hingegen sind eingerechnet, weshalb die EBITDA-Marge sinkt. Daher ist die Gleichsetzung von EBITDA- und EBITDAR-Marge nur dann annähernd richtig, wenn sich die Miete primär aus den Abschreibungen und Kapitalkosten ableitet. Umfasst die Miete aber weitere Aufwendungen, so muss der Zielwert für die EBITDAR-Marge entsprechend höher ausfallen als für die EBITDA-Marge. Wird mit der Ausgliederung einer Liegenschaft zum Beispiel der Unterhalt (auf 1.0% des Umsatzes geschätzt) von der operativen Gesellschaft in die Immobiliengesellschaft transferiert, so reduzieren sich bei Ersterer die Sachkosten, und die Miete erhöht sich. Das EBITDAR-Ziel des Akutspitals müsste folglich um einen Prozentpunkt steigen.

Für einen Vergleich zwischen der EBITDA-Marge eines Spitals mit ausschliesslich eigenen Anlagen und der EBITDAR-Marge eines Spitals mit gemieteten Liegenschaften müssen sämtliche im EBITDAR ausgeklammerten Kostenpositionen (die Teil der Kostenmiete sind) auch beim EBITDA eliminiert werden. So gesehen könnte man statt vom EBITDA auch vom EBITANK sprechen, dem Gewinn vor Zinsen, Steuern und Anlagenutzungskosten. Dies ist in der Praxis im Rahmen eines detaillierten Benchmarkings möglich, erfordert jedoch eine deutlich höhere Analysegenauigkeit und entsprechende Detailinformationen.

Abbildung 11: Schematische Bottom-up-Berechnung der Kostenmiete



¹⁶ Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung.



Fallstudie Spital Uster: umfassendes Leistungs- angebot dank Kooperation

Zürich verfügt über zu wenig Rehabilitationsplätze. Während bestehende Rehabilitationsangebote oft peripher, mit entsprechendem Erholungscharakter, aufzufinden sind, gehen die Ansprüche heute klar in Richtung einer integrierten, wohnortsnahen Versorgung.

Das Spital Uster wie auch die Stiftung Zürcher RehaZentren haben diese Entwicklung bereits vor einigen Jahren erkannt. Im Rahmen der Neu- und Umbauplanung des Akutspitals wurde eruiert, wie ein integriertes und den Bedürfnissen der Wohnbevölkerung entsprechendes Leistungsangebot aussieht. Zu diesem Zweck sind die Stiftung Zürcher RehaZentren und das Spital Uster eine Kooperation eingegangen.

Das Spital Uster baut die gesamte notwendige Infrastruktur. Die Stiftung Zürcher RehaZentren wird sich im neuen Hochbau in Uster einmieten und vier Stationen betreiben. Während die Ausgangslage relativ einfach erscheint, stellen die Ausgestaltung und die Umsetzung der Kooperation hohe Anforderungen an beide Partner. Neben Diskussionen zur organisatorischen und personellen Gestaltung der Zusammenarbeit stehen

insbesondere auch die finanziellen Abgeltungsmechanismen zwischen den beiden Kooperationspartnern im Fokus.

Während die Abgeltung von bezogenen betrieblichen Leistungen über Leistungsvereinbarungen (Service Level Agreements) geregelt wird, besteht die Hauptschwierigkeit in der Bestimmung einer «fairen» Miete. Wie für Spitalbauten üblich, wird auf das Konzept der Kostenmiete abgestützt. Mit anderen Worten, es sollen dem Spital Uster sämtliche Infrastrukturkosten, die auf die Räumlichkeiten der Rehabilitation entfallen, vergütet werden. Diese Kosten umfassen die anteiligen Landkosten, Bewirtschaftungskosten (Betriebs- und Unterhaltskosten und Abschreibungen) sowie Kapitalkosten. Unbestritten ist, dass Landkosten über die Kostenmiete zu vergüten sind.

Bei den Bewirtschaftungskosten machen die Abschreibungen den grössten Teil aus. Insofern muss der zukünftige Mieter überzeugt sein, dass kosteneffizient gebaut wird. Dazu wird die Stiftung bereits vor Baubeginn eng in die Planung eingebunden und ist auch mit zwei Personen in der Baukommission vertreten. Die Höhe der Betriebs- und Unterhaltskosten hängt von der konkreten Ausgestaltung des Mietvertrages bzw. der darin enthaltenen Leistungen ab.

Die heutigen Zinsdiskussionen erwecken manchmal den Eindruck, dass die Kapitalkosten vernachlässigbar sind. Im Rahmen von Kostenmietmodellen müssen jedoch einerseits eine langfristige Perspektive eingenommen und andererseits die gesamten Risiken berücksichtigt werden. Es geht im Klartext nicht nur darum, dass die effektiv anfallenden Fremdkapitalkosten gedeckt sind, sondern dass die Risiken aus Sicht

der Fremd- und Eigenkapitalgeber adäquat kompensiert werden. Indem das Spital Uster als Bauherr den Rehabilitationsteil grösstenteils selbst erstellt und finanziert, geht das Spital ein unternehmerisches Risiko ein. Dafür ist das Spital Uster über einen kalkulatorischen Zinssatz adäquat zu entschädigen. Dabei gilt, dass mit einer längeren Vertragsdauer Risiken vom Spital auf die Stiftung transferiert werden, wodurch sich der kalkulatorische Zinssatz reduziert.

Diskussionsbedarf ergibt sich vor allem um die Fragen der Anteilsmässigkeit sowie der bedarfsgerechten Bauweise, das heisst, ob die Infrastrukturkosten und die daraus abgeleitete Kostenmiete so tief wie möglich gehalten werden.

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Studie sind die Kooperationsgespräche noch im Gange. Beide Parteien sind zuversichtlich, dass eine akzeptable und tragbare Gesamtlösung gefunden wird. Dieser Optimismus ist nachvollziehbar, stellt die neue, integrierte Behandlungskette doch für alle Beteiligten eine Verbesserung dar, die letztlich hoffentlich auch zu Kosteneinsparungen führen wird.

Stabile Personal- und Sachkostenquoten

Wie bereits in den Vorjahren haben wir auch für 2015 die Entwicklung der Personal- und Sachkosten untersucht. Bei Letzteren haben wir den medizinischen Bedarf separat analysiert. Dazu haben wir die Kostenpositionen einerseits in Relation zum Umsatz und andererseits in Relation zu den Gesamtkosten bis zum EBITDA, das heisst den Personal- und Sachkosten, gesetzt (siehe Abbildung 12). Die Personalkostenquoten sind seit Beginn unserer Untersuchung im Jahr 2007 relativ konstant geblieben. 2015 belief sich der Personalaufwand auf 62,5% des Umsatzes und hat sich damit leicht reduziert. Im Mehrjahresvergleich blieb die Kennzahl seit 2012 mehr oder weniger unverändert. Der Vergleich mit den Jahren davor ist nur bedingt aussagekräftig, weil sich die Erträge ungleich den Kosten per 2012 einmalig erhöht haben. Gemessen an den gesamten Personal- und Sachkosten haben sich in den letzten Jahren kaum Veränderungen ergeben. Der Personalaufwand beläuft sich seit 2007 auf rund zwei Drittel der Gesamtkosten. Angesichts der grossen Herausforderungen im Personalbereich ist es positiv, dass die Personalkosten in den letzten Jahren nicht schneller zugenommen haben als die Sachkosten. Letztere machen rund ein Drittel der Gesamtkosten aus und haben sich in ihrer relativen Bedeutung über die betrachteten Jahre ebenfalls nur wenig verändert. Der medizinische Aufwand bei den Sachkosten beläuft sich auf etwas mehr als die Hälfte. Hier erwarten wir eine Reduktion, weil die Schweizer Einkaufspreise für medizinischen Bedarf im internationalen Kontext teilweise nach wie vor sehr hoch sind. Ferner hat sich die Abschwächung des Euro gegenüber dem Franken seit Beginn des Jahres 2015 bisher nicht sichtbar in den Zahlen niedergeschlagen.

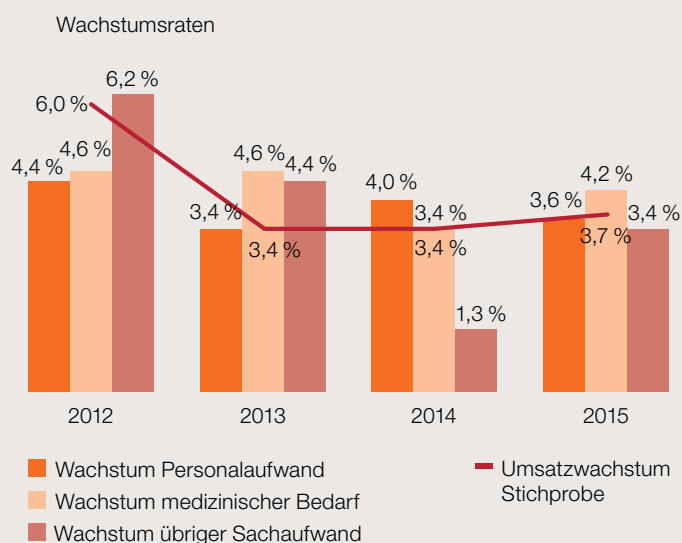
Entscheidend für die Entwicklung der Marge ist die Relation zwischen dem Umsatz- und dem Kostenwachstum. Wächst der Umsatz jedes Jahr gleich stark oder sinkt er wie die Kosten, dann bleiben die Margen konstant. Fällt das Ertragswachstum aber höher aus, verbessert sich die Profitabilität. Über die Stichprobe lassen sich diesbezüglich die in Abbildung 13 dargestellten Verhältnisse ableiten. Das einmalige Umsatzwachstum 2012, das deutlich über jenem des Personalaufwands und medizinischen Bedarfs lag, hat zu einer deutlichen Margenverbesserung geführt. Die Wachstumsraten zwischen Umsatz und Kosten hingegen sind seither kongruenter, weshalb auch die resultierenden jährlichen Margenunterschiede vergleichsweise gering sind.¹⁷

Abbildung 12: Kostenquoten in Prozent vom Umsatz und den Gesamtkosten von 2012 bis 2015

In Prozent vom Umsatz	2012	2013	2014	2015
Personalaufwand	62,6%	62,3%	62,9%	62,5%
Medizinischer Bedarf	16,6%	16,5%	17,4%	17,3%
Übriger Aufwand (exkl. Mieten)	12,4%	13,1%	11,4%	11,8%
Mieten	1,6%	1,3%	1,8%	2,6%
EBITDAR	8,3%	8,1%	8,2%	8,4%
EBITDA	6,7%	6,8%	6,4%	5,9%

In Prozent der Gesamtkosten	2012	2013	2014	2015
Personalaufwand	67,1%	66,2%	67,0%	66,9%
Medizinischer Bedarf	18,1%	18,4%	18,2%	18,3%
Übriger Aufwand (inkl. Mieten)	14,8%	15,4%	14,8%	14,8%

Abbildung 13: Kostenwachstum zwischen 2012 und 2015 für verschiedene Aufwandpositionen im Vergleich zum Umsatzwachstum in Prozent



¹⁷ Weil es sich sowohl bei den Wachstumsraten als auch den Margenauswertungen um Medianwerte handelt und nicht sämtliche Daten für alle Spitäler vorliegen, ist eine Überführung der in der Studie ausgewiesenen Margenveränderungen über die gezeigten unterschiedlichen Wachstumsraten nur annähernd möglich.

Bilanzkennzahlen bleiben weiterhin auf gesundem Niveau

Die Analyse der Bilanzkennzahlen gibt wenig Anlass zur Sorge: Die Eigenkapitalquoten haben wie prognostiziert weiter zugenommen und betragen im Median seit 2014 über 50,0% (vgl. Abbildung 14). Diese Kennzahl ist allerdings aufgrund der grossen Streuung von rund 10,0% bis 90,0% mit Vorsicht zu geniessen. Die Liquiditätsgrade haben sich wenig verändert und bewegen sich nach wie vor weit über den Minimalwerten. Wenn sich die Investitionstätigkeit in den kommenden Jahren intensiviert, werden diese Werte sinken (vgl. Abbildung 15).

Abbildung 14: Entwicklung der Eigenkapitalquoten zwischen 2012 und 2015

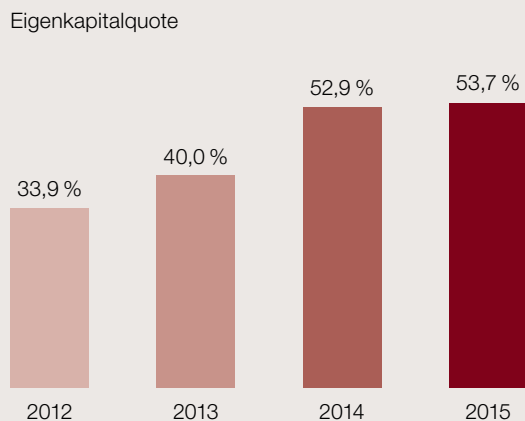
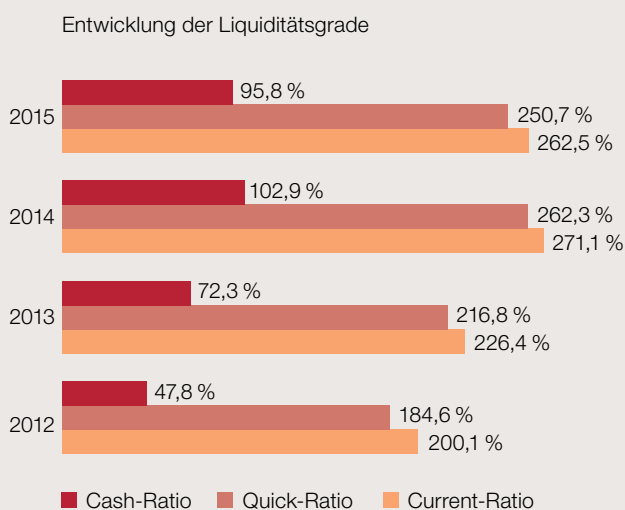


Abbildung 15: Entwicklung der Liquiditätsgrade von 2012 bis 2015



Exkurs: Transaktionen in der Spitalbranche unter der Lupe¹⁸

Die hohen Investitionskosten und die steigenden operativen Kosten in Form von Ausgaben für Personal und Medikamente stellen nationale sowie internationale Spitäler vor enorme Aufgaben und führen zu Re- und Umstrukturierungen. In der Schweiz haben in den letzten Jahren im Vergleich zum europäischen Ausland relativ wenig grössere Unternehmenstransaktionen stattgefunden – sicherlich auch eine Konsequenz der besonderen Strukturen des Schweizer Gesundheitssystems. Eine Ausnahme bilden die beiden grösseren privaten Spitalgruppen Hirslanden und Swiss Medical Network. Bei der Analyse der grösseren nationalen Akquisitionen und Fusionen fällt auf, dass sich die Akquisitionsstrategie von öffentlichen Spitälern und Privatkliniken wesentlich unterscheidet.

Die Hirslanden-Gruppe beispielsweise vergrösserte durch die Akquisition von kleineren Privatkliniken ihren Marktanteil. Durch den Kauf der Clinique La Colline in Genf und der Swissana Clinic in Meggen vergrösserte sie gezielt ihren Marktanteil in der West- und Zentralschweiz.

Die AEVIS Victoria S.A., Eigentümerin der zweitgrössten Spitalgruppe, Swiss Medical Network, stärkt ihre führende Position in der Westschweiz. Ende September 2016 kündigte sie an, die Aktienmehrheit der Genfer Privatklinik Générale-Beaulieu zu übernehmen. Die Genfer Privatklinik, die aktuell 400 Mitarbeiter beschäftigt und mit 600 Belegärzten zusammenarbeitet, wird damit zu einer der grössten Kliniken in der Spitalgruppe der Swiss Medical Network.

Die Privatkliniken versuchen ihre Marktposition nicht nur geografisch, sondern auch strukturell den aktuellen Trends anzupassen: Im Januar 2016 beteiligte sich die AEVIS Victoria S.A. mit 40,0% an Medgate, einem führenden Anbieter der ambulanten Gesundheitsversorgung. Die wenigen Transaktionen von öffentlichen Spitälern lassen darauf schliessen, dass eine weitere Marktausweitung zurzeit kein strategisches Ziel darstellt. Daher beschränken sich die wenigen Akquisitionen wie zum Beispiel die der Numeraria AG durch das Universitätsspital Basel auf gezielte Investitionen in Technologien und Kompetenzen. Die rechtliche Verselbständigung und die vermehrte Unabhängigkeit von den Kantonen könnten aber durchaus dazu führen, dass auch öffentliche Spitäler versuchen werden, ihre Wettbewerbsfähigkeit durch gezielte Akquisitionen zu verbessern.

Die Analyse der historisch bezahlten Preise für Transaktionen im Spitalbereich in Europa zeigt, dass im Median das 12.2-Fache des EBITDA (LTM¹⁹) und das 15.9-Fache des EBIT (LTM) bezahlt wurde. Für Spezialkliniken liegen diese Multiplikatoren teilweise sogar noch leicht höher. In Anbetracht der relativ tiefen Margen (10,0% bis 15,0% EBITDA im europäischen Durchschnitt) sind dies eher hohe Werte (vgl. Abbildung 16).

¹⁸ Quelle: MergerMarket.

¹⁹ LTM = last twelve months, d.h. der EBITDA der vergangenen 12 Monate.

Hohe Transaktionsmultiplikatoren bedeuten, dass trotz tiefer Profitabilität hohe Unternehmenswerte resultieren. Sie deuten darauf hin, dass auch bei kapitalintensiven Unternehmen hohe Substanzwerte berücksichtigt werden und in Zukunft ein gutes Wachstum erwartet wird. Beispielsweise beteiligte sich Mediclinic, Eigentümerin der Hirslanden-Gruppe, für umgerechnet 630 Millionen CHF mit 29,9% (impliziter Unternehmenswert von rund 2,7 Milliarden CHF bzw. einem EV/EBITDA von 17,8 Mal) an der britischen Spire-Healthcare-Gruppe. Durch diese Akquisition konnte Mediclinic ihren Fussabdruck im europäischen Markt vergrössern. Gemäss aktuellsten öffentlichen Informationen beabsichtigt sie, diese Beteiligung noch aufzustocken.

Die von Analysten geschätzten Multiplikatoren von kotierten Vergleichsunternehmen zeigen, dass auch in Zukunft mit ähnlichen Faktoren gerechnet wird. Dass diese über die Zeit abnehmen, ist ein Indiz dafür, dass von wachsenden Erträgen und operativen Gewinnen ausgegangen wird. Zur Veranschaulichung haben wir in Abbildung 17 das prognostizierte Umsatzwachstum (CAGR²⁰: 6,3%) hinzugefügt.

Abbildung 16: Historische Transaktionsmultiples im Spitalsektor (Akutspitäler)

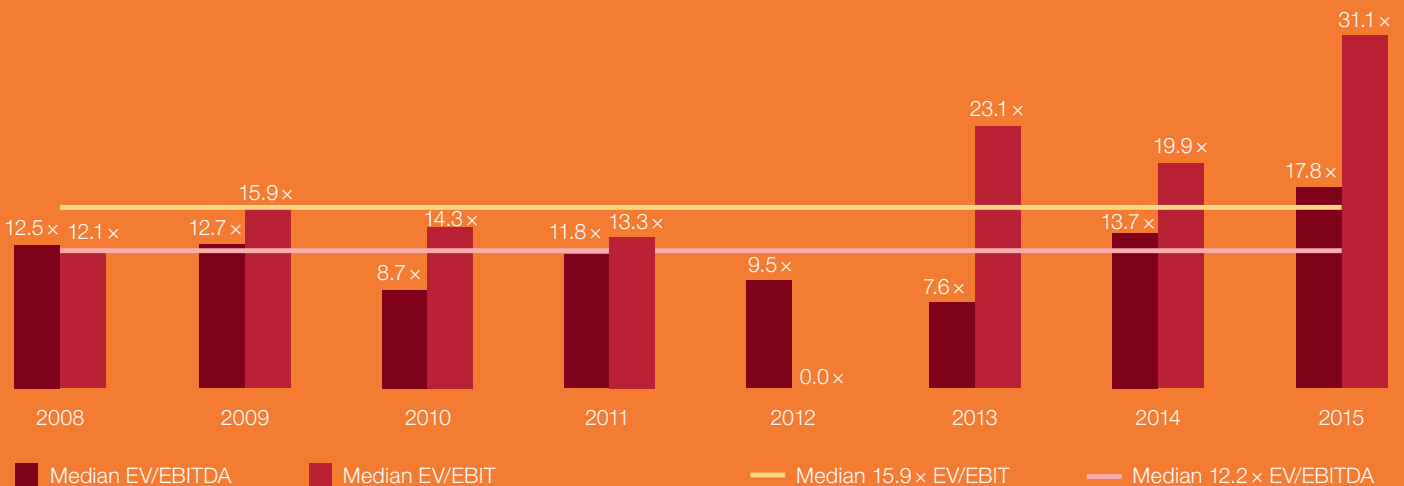
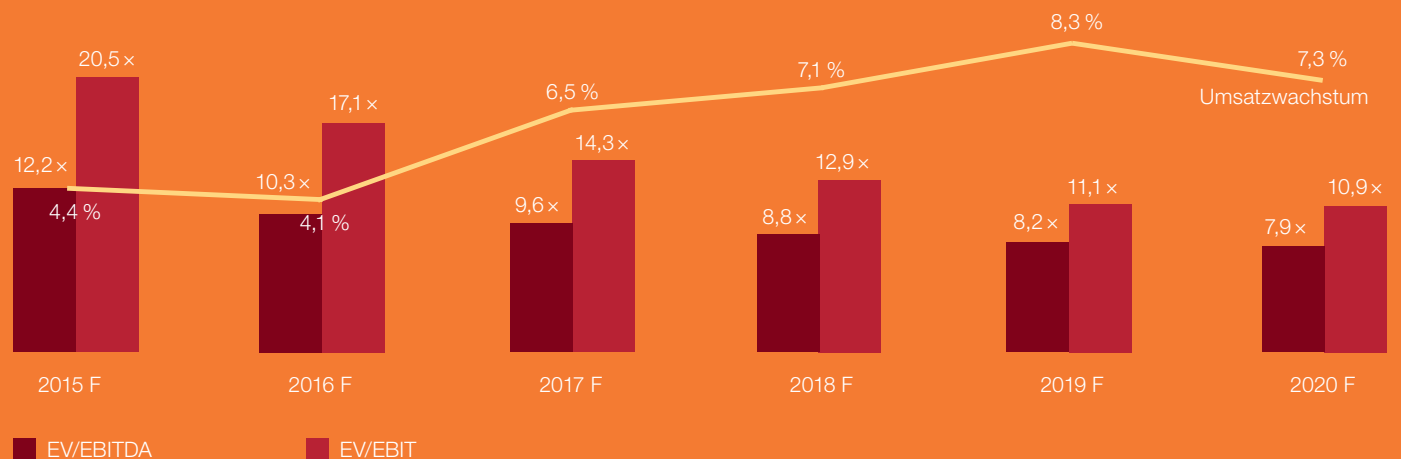


Abbildung 17: Multiplikatoren von europäischen, börsenkotierten Spitalgruppen (vergleichbare Unternehmen)



²⁰ Die CAGR (compound annual growth rate) beschreibt die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate über einen spezifischen Zeitraum.

3. Würdigung der neuen Spitalfinanzierung

Ziele und Instrumente der neuen Spitalfinanzierung

Das Gesundheitssystem in der Schweiz und vor allem seine Finanzierung unterliefen in den letzten Jahrzehnten immer wieder Anpassungen. Die Bundesversammlung hat das Krankenversicherungsgesetz (KVG) 2007 reformiert. Diese Reform ist seit 2009 in Kraft, und die meisten Bestimmungen zur neuen Spitalfinanzierung wurden per 2012 umgesetzt. Im Mittelpunkt der Reform standen im Wesentlichen die folgenden Ziele:²¹

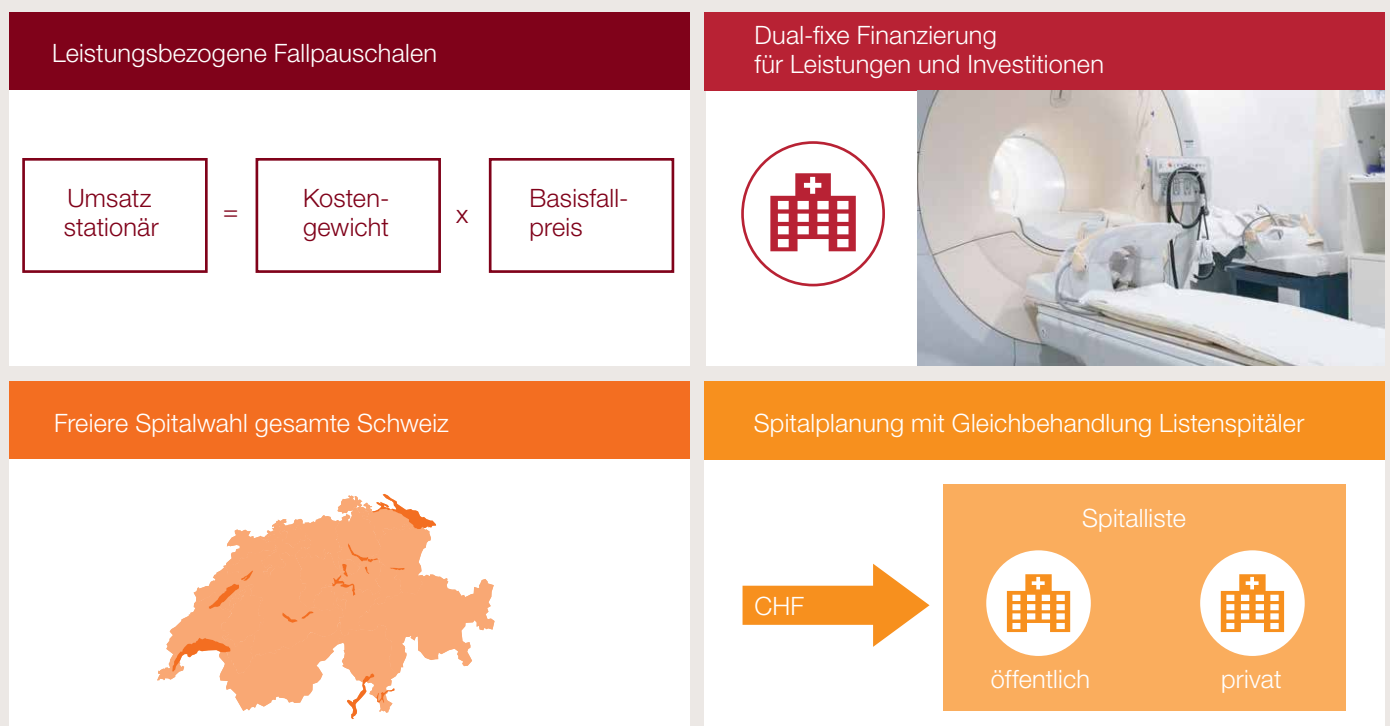
- Kosteneindämmung mittels wirtschaftlicher Anreize ohne Qualitätsabbau
- Verstärkung des Wettbewerbs und dadurch Erhöhung der Effizienz in der Leistungserbringung
- Erhöhung der Transparenz in Bezug auf die Kosten und die Qualität der medizinischen Leistungen

Dazu wurden vier Instrumente zur Steuerung der Leistung und der Kosten geschaffen (vgl. Abbildung 18):

- leistungsbezogene Pauschalen für die Akutsomatik (Swiss-DRG, ab 2012), Psychiatrie (TARPSY, voraussichtlich ab 2018) und Rehabilitation (ST Reha, Einführungszeitpunkt noch offen)
- eine dual-fixe Finanzierung des stationären Bereichs (inkl. Investitionen)
- eine freie Spitalwahl über Kantonsgrenzen hinweg
- Vorgaben für die Spitalplanung über die Spitallisten

Da Vorgaben für die kantonalen Spitalplanungen bestehen, entspricht das Schweizer Gesundheitswesen einem regulierten Wettbewerb. Allerdings ist es föderalistisch aufgesetzt und vereint in einem Land 26 unterschiedliche Gesundheitssysteme. Demnach ist die Umsetzung der Gesetze in den Kantonen verschieden weit fortgeschritten.²²

Abbildung 18: Instrumente der neuen Spitalfinanzierung



²¹ Bundesamt für Gesundheit (2014): Kernelemente der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung.

²² Polynomics (2015): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015.

Die Reform hat die Ziele nicht vollumfänglich erreicht

Die KVG-Revision hat das Schweizer Gesundheitswesen grundsätzlich belebt. So ist die Branche dynamischer geworden. Im Folgenden gehen wir detailliert auf die Zielerreichung ein (vgl. Abbildung 23).

Kosteneindämmung: Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wird durch die Menge der Untersuchungen und den Preis der Behandlungen bestimmt. 2009 machten die Gesundheitskosten 10,4% des BIP aus.

Dieser Wert ist seit 1995 kontinuierlich angestiegen (8,8%), auch nach der Umsetzung der KVG-Revision im Jahr 2012 (2014: 11,1%). Auch die prozentuale jährliche Steigerung der Gesundheitskosten bewegt sich auf einem ähnlichen Niveau wie vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Das Ziel wurde also nicht erreicht (vgl. Abbildungen 19 und 20).^{23,24}

Aufgrund der aktuell verfügbaren Datenreihe können wir die Ursachen dafür nicht abschliessend festhalten. Es scheint jedoch primär auf ein Mengenwachstum zurückzuführen zu sein, nicht auf ein Preiswachstum. Die Preise des gesamten Gesundheitssektors sind in etwa konstant geblieben. Einer Reduktion der indexierten Medikamentenpreise steht ein leichter Anstieg der Preise für ärztliche Leistungen gegenüber.²⁵

Abbildung 19: Entwicklung der Gesundheitskosten in Mio. CHF von 2006 bis 2014

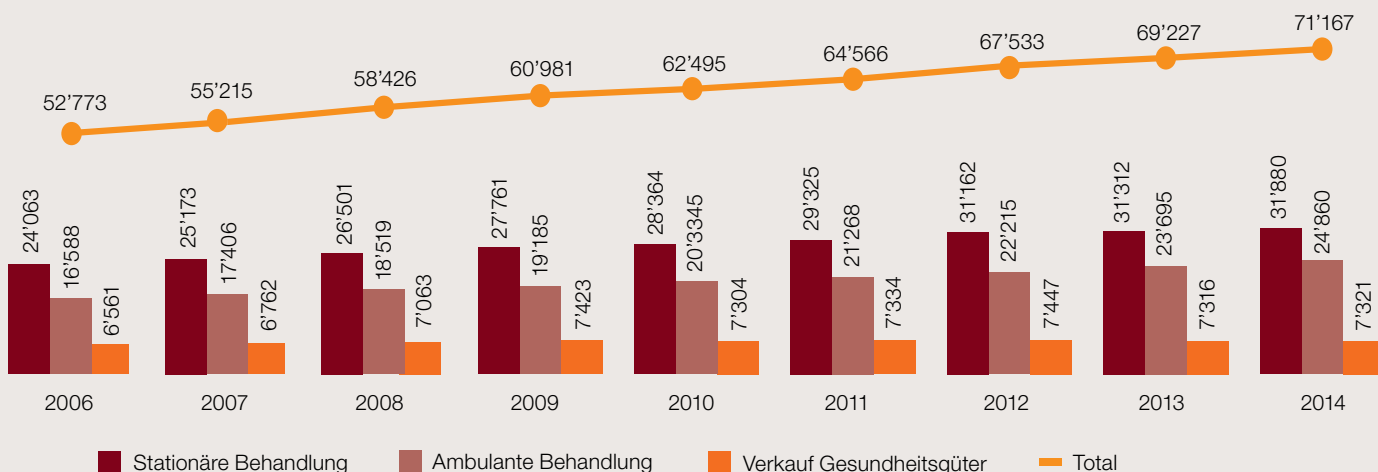
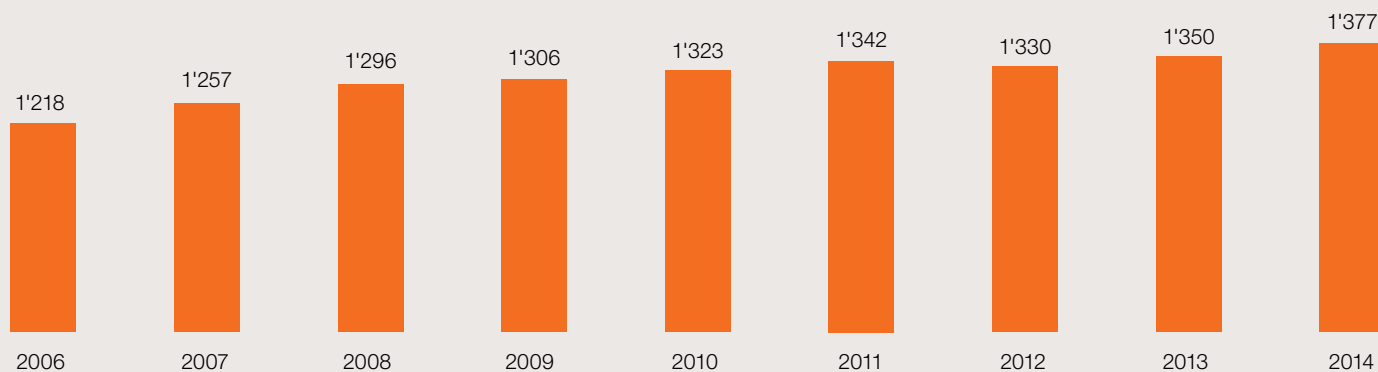


Abbildung 20: Entwicklung der stationären Fallzahlen in Tsd. von 2006 bis 2014



²³ Es ist anzumerken, dass dieser Wert zwar kontinuierlich steigt, im internationalen Vergleich die Schweiz allerdings lediglich einen Platz im hinteren Mittelfeld einnimmt und nicht schlechter dasteht als Länder wie Deutschland oder die USA.

²⁴ Die Berechnungen basieren auf Daten des BFS und können daher marginal von jenen der OECD in Kapitel 2 abweichen. Dies begründet sich durch die unterschiedlich definierten Indikatoren. Die Trends der Datensätze sind allerdings erkennbar.

So scheint das Kostenwachstum vor allem auf ein Mengenwachstum im stationären und ambulanten Bereich zurückzuführen zu sein. Das Bundesamt für Gesundheit hat an einer Medienkonferenz kommuniziert, dass die Mengenausweitung der zentrale Hebel zur Dämpfung des Kostenwachstums sei.²⁵ Die Mengenausweitung hat verschiedene Gründe: Beispielsweise spielt die demografische Entwicklung eine Rolle, da die Patienten immer älter und über eine längere Zeit medizinisch betreut werden. Weiter sehen Experten die Mengenausweitung auch angebotsseitig bedingt.²⁷ Aufgrund des erhöhten finanziellen Drucks versuchen die Spitäler ihren eigenen Betrieb betriebswirtschaftlich zu verbessern. Dazu gehört eben auch eine entsprechend hohe Auslastung der eigenen Kapazitäten, um Deckungsbeiträge zu erwirtschaften. Die Kernherausforderung bleibt hier, dass es sich bei ärztlichen Leistungen um hoch spezialisierte Angebote handelt, was zu einer Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient führt. Darum ist der Markt ärztlicher Leistungen volkswirtschaftlich angebotsinduziert. Zusätzlich ist ein Teil dieses Mengenwachstums auf die (fehlenden oder falschen) Anreizstrukturen des KVG in Bezug auf Mengenwachstum zurückzuführen.²⁸ Es wird zwischen der Vergütung von ambulanten (monistisch über die Krankenversicherungen) und stationären (dual-fix über die Krankenversicherungen und Kantone) Leistungen unterschieden. De facto kann eine Behandlung mit gleicher medizinischer Indikation in der Regel ambulant deutlich günstiger erbracht werden als stationär. Allerdings besteht für die Krankenversicherungen der Anreiz, die Leistungen dennoch stationär erbringen zu lassen. Denn in diesem Falle haben sie nur 45,0% der Kosten zu tragen, die restlichen 55,0% übernimmt der Kanton. Im ambulanten Bereich hingegen hat die Krankenkasse die komplette Behandlung zu übernehmen. Die Verhinderung der Verschiebung von Leistungen ins Ambulante wiederum ist einer der zentralen Gründe, warum sich das Kostenwachstum nicht deutlich dämpfen lässt.²⁹

Zusätzlich zu den Tarifstrukturen haben wir in unserer Studie «Ambulant vor stationär: Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen» dargestellt, dass die Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Finanzierung nicht zur Reduktion von Fehlanreizen beiträgt, sondern diese eher verschärft. Die Mengenausweitung lässt sich durchaus als negative Begleiterscheinung der neuen Spitalfinanzierung bezeichnen.

Wettbewerb und Effizienzsteigerung: Die Wettbewerbsbedingungen haben sich insgesamt intensiviert, wir sprechen aktuell von einem regulierten Wettbewerb. Die Konsolidierung der Branche schreitet weiter voran. Schon vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung haben einige Bereinigungen im Angebot öffentlicher Spitäler stattgefunden. Nun setzt sich der Trend zu Zusammenschlüssen, Gruppenbildungen und Strukturkonsolidierungen fort. Zudem werden Angebote verdichtet sowie angebotsstrategische Positionierungs- und Ergebnisverbesserungsprojekte durchgeführt. Daraus folgern wir, dass die KVG-Reform in diesem Thema einen Zielbeitrag geleistet und Bewegung in das bis dahin starre Gesundheitswesen gebracht hat. Allerdings hat sich die Konsolidierung primär auf Zusammenschlüsse begrenzt; zum Konkurs eines akutsomatischen Spitals ist es bislang noch nicht gekommen. Hier spielen die von verschiedenen Akteuren angenommenen impliziten Staatsgarantien durch die Kantone als Träger oder Aktionäre der öffentlichen Spitäler eine Schlüsselrolle.

Ob die Kantone bei einem Spital in finanzieller Schieflage einspringen, wird die Realität in den nächsten Jahren zeigen. Der Rückgang der Anzahl Betriebe, wie in Abbildung 21 dargestellt, täuscht: Die Zusammenschlüsse haben zwar zu einer Reduktion von Spitalgesellschaften geführt, allerdings hat sich die Anzahl der Standorte dadurch nicht reduziert, sondern ist seit 2012 angestiegen. Das ist unter anderem auf die Eröffnung neuer Standorte wie ambulante und tageschirurgische Zentren, MRI-Institute oder Walk-in-Kliniken zurückzuführen (vgl. Abbildung 22).

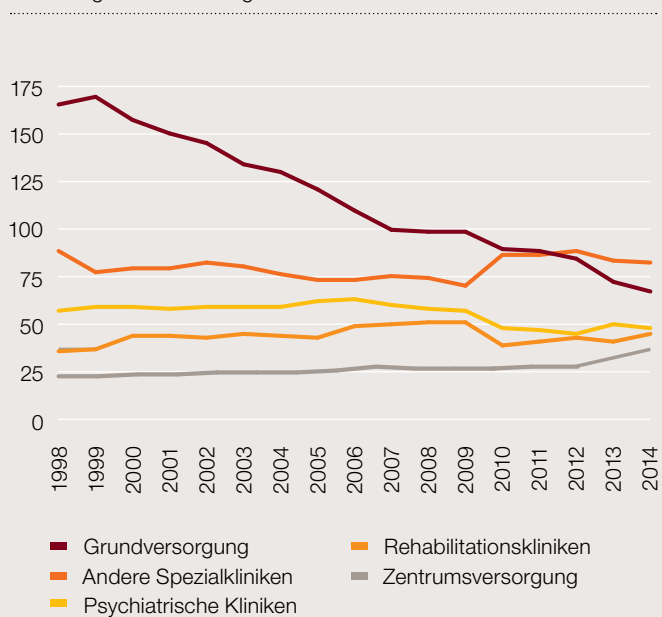
²⁵ Interpharma (2016): Swiss Health Care and Pharmaceutical Market.

²⁶ Bundesrat (2016): Mengenwachstum im Gesundheitswesen eindämmen, zusätzliche Massnahmen sind nötig.

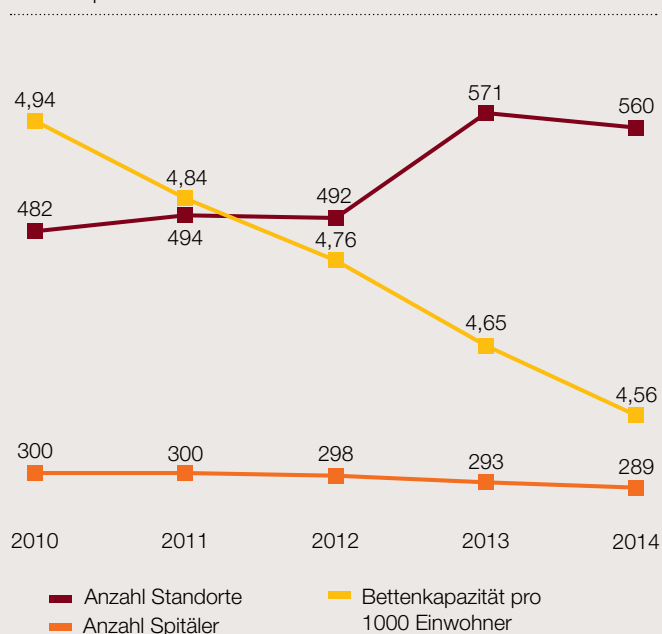
²⁷ Beatrix Mayer und Barbara Rohner in SÄZ (2015): FMH-Tagung – Mengenausweitung aufgrund von DRG?

²⁸ «Endlich die Fehlanreize beseitigen», NZZ, 26. September 2016.

²⁹ «Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen», PwC, 2016.

Abbildung 21: Entwicklung Anzahl Krankenhäuser von 1998 bis 2014³⁰

Aktuell unterscheidet sich der Grad des Wettbewerbs zwischen den Kantonen noch deutlich. Dies, obwohl die Effizienz seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 überall gestiegen ist und sich seit 2007 stetig verbessert hat.³¹ Die Kantone interpretieren und setzen das KVG zum Teil unterschiedlich um. Insbesondere bei der Ausrichtung der GWL gibt es deutliche Unterschiede in der finanziellen Unterstützung der Spitäler durch die Kantone. Diese stellen dadurch ihre regionalpolitischen Ziele teilweise über die Wettbewerbsziele im Gesundheitswesen. Gerade die Sicherung der Regionalspitäler durch unterschiedliche Unterstützung mithilfe von GWL durch die Kantone hebt den Wettbewerb zugunsten regionalpolitischer Ziele immer wieder aus.³² Die Ziele der Standortstärkung stehen hier einer hohen Wettbewerbsintensität im Wege. Bei offenen Wettbewerbsbedingungen würden Patientinnen und Patienten zumindest langfristig von einem abgestimmten Behandlungsprozess und dem zunehmenden Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern auch über Kantonsgrenzen hinweg profitieren. Ausserdem erhöhen die verdeckten Subventionen in angrenzenden Kantonen den Druck auf weitere Kantone, da sie den kantonsübergreifenden Wettbewerb negativ beeinflussen.

Abbildung 22: Entwicklung Anzahl Spitalgesellschaften, Standorte und Bettenkapazität von 2010 bis 2014³⁰

Neben der Intensivierung des Wettbewerbs hat allerdings mit der Einführung der Fallpauschalen auch der administrative Aufwand im Spital deutlich zugenommen. So wurden die Prozesse der Leistungserstellung wie politisch beabsichtigt zwar effizienter. Doch dieser Effekt wird durch die erhöhten Anforderungen an die Dokumentation teilweise wieder aufgehoben.³³ Die Arzt-Patienten- und Pflege-Patienten-Zeit wird zum Teil durch den erhöhten Dokumentationsaufwand ersetzt.

Transparenz und Qualität: Die Transparenz von Preisen und Kosten pro Behandlung hat insgesamt zugenommen. Insbesondere in der stationären Leistungserbringung der Akut-somatik lassen sich die Spitäler untereinander besser vergleichen. Die grosse Unbekannte bei der Transparenz im Rahmen der Spitalfinanzierung sind die erwähnten GWL von Trägerkantonen einzelner Spitäler. Hier gibt es zahlreiche Unterschiede in der Bestimmung von GWL und in der Ausweisung von Kosten für Lehre und Forschung bei Universitätsspitalern.³⁴ Dies verzerrt den Wettbewerb zwischen Privatspitälern und öffentlichen Spitalern. Das allerdings hätte die neue Spitalfinanzierung vermeiden sollen.³⁵ Auch bei der Qualität konnte die Transparenz gesteigert werden; auf verschiedenen Internetseiten können die Spitäler bewertet werden. Diese

³⁰ BFS (2015): Krankenhäuser.

³¹ Polynomics (2013): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik.

Polynomics (2015): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015.

³² Polynomics (2013): Spital-Protektionismus kommt teuer zu stehen.

Polynomics (2013): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik.

Polynomics (2015): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015.

³³ gfs. Bern (2015): Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert; Beschäftigung dank neuer Bürokratie, NZZ, 27. September 2016.

³⁴ Clinicum 3-15 (2015): Fehlsteuerung, Fehlanreize – und wer zahlt die Zeche?

³⁵ Felder (2016): Tarif- und Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlichen Spitalern und Privatkliniken. Schlussbericht.

Bewertungen dienen Patienten, die sich vor der Wahl des Spitals informieren. Der ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) prüft mit Indikatoren die Qualität der Spitäler und sorgt für eine höhere Transparenz. Auch die Spitäler sind sich vermehrt bewusst, dass Öffentlichkeit und Patienten angesichts der steigenden Kosten für Krankenkassenprämien und Steuern Transparenz über ihre Qualität und Wirtschaftlichkeit verlangen.³⁶ Die Spitäler haben sich daher um mehr Qualitätstransparenz bemüht, wie etwa um die Veröffentlichung von Qualitätsberichten. Zudem wurden diverse Portale zur Bewertung von Arztleistungen geschaffen. Die Aussagekraft für einen zukünftigen Patienten ist jedoch häufig wegen der tiefen Nutzungsintensität noch gering.

Aktuell weist unseres Wissens nach keine Studie der Swiss-DRG-Begleitforschung darauf hin, dass sich die Qualität aufgrund eines erhöhten finanziellen Drucks systematisch reduziert hätte. So lassen sich verfrühte («blutige») Entlassungen sowie eine Unterversorgung schwieriger Fälle nicht flächendeckend erkennen. Spitalambulant tätige Ärzte stellen teilweise mehr frühe Entlassungen fest.³⁷ Die weitere Reduktion der Aufenthaltsdauer ist neben dem wirtschaftlichen Druck auf die medizintechnische Entwicklung zurückzuführen; ausserdem darauf, dass eine Verlegung in eine Nachsorgeinstitution rascher erfolgt. Weiter sind die vom BAG definierten Qualitätsindikatoren wie Mortalitätsraten oder Rehospitalisationen nicht signifikant angestiegen. Positiv auf die Qualitätssicherung wirken sich unseres Erachtens die Entwicklungen bei den Vorgaben von Mindestfallzahlen für einen Leistungsauftrag aus.³⁸ So kann sichergestellt werden, dass der verantwortliche Arzt oder das Spital über Erfahrung in den entsprechenden Behandlungen verfügt.

Abbildung 23: Zielerreichung der neuen Spitalfinanzierung per 2015
(○ nicht erreicht, ● vollständig erreicht)

Ziel der neuen Spitalfinanzierung	Erreichung des Ziels
Eindämmung des Kostenwachstums	
Wettbewerb und Effizienzsteigerungen	
Transparenz und Qualität	

Eindämmung des Mengenwachstums zentral für die Kostenreduktion

Die Qualitäts-, Transparenz- und Wettbewerbsziele wurden zu einem guten Grad erreicht. Hingegen stellt die Kostenreduktion oder zumindest Dämpfung des Kostenwachstums ein politisch nach wie vor sehr wichtiges, heute unerreichtes Ziel dar. Das wird von den Marktteilnehmern im Gesundheitswesen immer wieder bekräftigt. Mögliche Handlungsfelder für eine bessere Kosteneindämmung sind unter anderen die folgenden:

(1) Steigerung der Wettbewerbsfreundlichkeit

Für die Steigerung der Wettbewerbsfreundlichkeit ist es zentral, dass die verdeckten Subventionen durch die Kantone abgeschwächt werden. Dazu würde eine schweizweit transparente Regelung der GWL-Finanzierung Sinn ergeben. Zudem sollte der Kanton seine regionalpolitischen Ziele weitestgehend den Zielen des gesamten Gesundheitssystems unterordnen und nicht in den Markt eingreifen. Dazu bietet es sich insbesondere an, jene Spitäler, die noch Teil der kommunalen oder kantonalen Verwaltung sind, zu verselbständigen. Als Eigner hat der Kanton nach wie vor ein Interesse an der Wirtschaftlichkeit seines Spitals. Daraus ergibt sich noch nicht, dass er die Anreize des interkantonalen Wettbewerbs aufgibt. So bietet langfristig die vollständige Liberalisierung in Form von Privatisierungen die Chance, den Markt deutlich mehr dem Wettbewerb auszusetzen und somit den Druck zur Wirtschaftlichkeit auf die Spitäler zu erhöhen. Ob dabei allerdings die versorgungspolitischen Ziele eingehalten werden können, ist nicht abzusehen.

(2) Reduktion von Fehlanreizen in den Tarifstrukturen zwischen ambulant und stationär

Ansätze zur Behebung der Fehlanreize in den Tarifstrukturen sind entweder ambulante Fallpauschalen, die Ausweitung der stationären Tarifstrukturen auf den spitalambulantem Bereich (sogenannte Zero-Night-DRGs) oder staatliche Regulierungsansätze (Erbringung von gewissen Leistungen nur noch stationär bei Vorliegen einer Kostengutsprache). Im Mittelpunkt steht sicher die Beseitigung der unterschiedlichen Finanzierungssysteme von ambulanten und stationären Behandlungen. Diese Unterscheidung führt weiterhin dazu, dass Krankenversicherungen eine konsequente Verlagerung ins Ambulante nicht mittragen. Eine ambulante Behandlung stellt sie nämlich in der Regel finanziell schlechter als eine stationäre Behandlung.³⁹

³⁶ Aebi (2016): Unzufriedene Patienten? Ein Segen für die Qualität.

³⁷ gfs. Bern (2015): Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert.

³⁸ Vgl. z.B. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (2016): Versorgungsbericht 2015.

³⁹ «Ambulant vor stationär: Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen», PwC, 2016.

(3) Reduktion von Fehlanreizen in den Tarifstrukturen zwischen Grund- und Zusatzversicherung

Ein weiterer Fehlanreiz ist die unterschiedlich attraktive Vergütung für Behandlungen von grund- und zusatzversicherten Patienten. Hier ist es erstrebenswert, dass die Behandlung für eine Erkrankung mit gleicher medizinischer Indikation unabhängig von der Versicherungsklasse des Patienten ausgewählt und durchgeführt wird. Ziel sollte es auch im ambulanten Bereich sein, die Angebote für Zusatzversicherte anders zu gestalten und entsprechend in Rechnung zu stellen. So wäre mehr Fairness zwischen den Versicherungsklassen gewährleistet.

(4) Reduktion der Mehrfachrollen der Kantone

Die Mehrfachrolle als Versorgungsplaner, Leistungseinkäufer, Tarifgenehmiger und teilweise Eigner von Spitälern kann zu Fehlanreizen für die Kantone und zu undurchsichtigen Interessenkonflikten führen. Diese haben zur Folge, dass Wettbewerb nicht als erstrebenswert eingestuft oder den Zielen der Politik untergeordnet wird, so etwa der Arbeitsplatzsicherheit in der Region. In der Folge werden öffentliche Spitäler weiter durch die Kantone mitfinanziert.⁴⁰

Wir befürworten daher, dass Spitäler konsequent aus den städtischen oder kantonalen Verwaltungen ausgelöst und in wirtschaftlich eigenständige und unternehmerischen Anreizen ausgesetzte Konstrukte überführt werden. Somit liesse sich auch der Wettbewerb intensivieren.

(5) Reduktion der Anreize für Mengenausweitung – mehr Regulation

Ein Ansatz zur Einschränkung der Mengenausweitung ist die Versorgungsplanung in grösseren Versorgungsregionen. Eine solche wird beispielsweise in der Nordwestschweiz umgesetzt, wo die Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Aargau und Solothurn seit 2012 eine gemeinsame Versorgungsplanung etabliert haben.⁴¹

Ein regulativer Ansatz zur Einschränkung der Mengenausweitung sind zum Beispiel Globalbudgets. Dabei werden den Spitälern verbindliche Obergrenzen vorgegeben, deren Überschreitung sich für sie finanziell nachteilig auswirkt. So zeigt eine Studie des BAG, dass die Kantone, die ihre Spitäler mit Globalbudgets führen (GE, VD, TI), im stationären Bereich ein deutlich geringeres Kostenwachstum vorweisen als die übrigen Kantone.⁴² In eine ähnliche Richtung gehen Ansätze mit degressiven Tarifen für gewisse Leistungen. Dabei verringert sich die Vergütung pro Leistung ab einer

gewissen Höhe degressiv. Für die Spitäler lohnt es sich so nicht, Leistungen über dieser Grenze zu erbringen. Dieser Ansatz wird beispielsweise in Deutschland im praxisambulanten Bereich in extremer Form verfolgt: Leistungen werden ab einem gewissen Budget mit deutlich geringeren Vergütungen abgegolten.⁴³ So könnten Spitäler ein Budget für Behandlungen im Sinn einer maximal durchführbaren Anzahl Behandlungen pro Quartal zugewiesen bekommen. Zur Erhöhung der Flexibilität wäre es denkbar, für jedes Spital den maximal abrechenbaren Umsatz pro Quartal festzulegen. Dieser würde mit dem vollen Kostengewicht vergütet. Ab Erreichung dieses Budgets würde die Vergütung degressiv abnehmen. Insgesamt ist festzuhalten, dass solche regulatorische Eingriffe einerseits gewisse Fehlanreize reduzieren, gleichzeitig jedoch neue Fehlanreize einführen können.

(6) Reduktion der Anreize für Mengenausweitung – Patienten bzw. Versicherte

Auch bei den Fehlanreizen für die Patienten bzw. Versicherten liesse sich ansetzen. Zum Beispiel könnte die Häufigkeit des Franchisewechsels regulativ eingeschränkt werden. Ein weiterer Ansatz wäre die Erhöhung des Minimalbetrags der Franchise oder die Erhöhung des Selbstbehalts. Hier besteht die Gefahr, dass chronisch Kranke übermässig belastet werden.⁴⁴ Zwar weist das Schweizer Gesundheitswesen einen sehr hohen patientenfinanzierten Kostenanteil auf. Doch damit könnte die Schwelle gehoben werden, bei Bagatellen zum Spitalnotfall zu gehen. Ähnliche Ansätze empfehlen eine Strafgebühr für Patienten, die in den Notfall gehen, ohne Notfallleistungen zu beziehen.⁴⁵

Die Eindämmung des Mengenwachstums auf Ebene der Versicherten bzw. Patienten ist nicht zwingend erwünscht. Falls Behandlungsmethoden für ein Krankheitsbild bestehen, möchten Patienten diese natürlich erhalten und die persönliche Gesundheit verbessern oder die Krankheit heilen. Eine Möglichkeit bestünde darin, hier konsequent den Leistungskatalog der Grundversicherung zu bereinigen und jeweils nur die aktuellsten Behandlungsformen abzudecken. Damit könnte der medizinische Fortschritt berücksichtigt und gefördert werden. Und Kosten für Behandlungen, die nicht mehr dem neusten Stand der Medizin entsprechen, liessen sich abbauen.

Generell drohen die Massnahmen der Mengenreduktion den Wettbewerb einzuschränken. So stehen sich hier unterschiedliche Ziele gegenüber, die der Gesetzgeber mit durchdachten Massnahmen austarieren muss.

⁴⁰ gfs. Bern (2015): Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert.

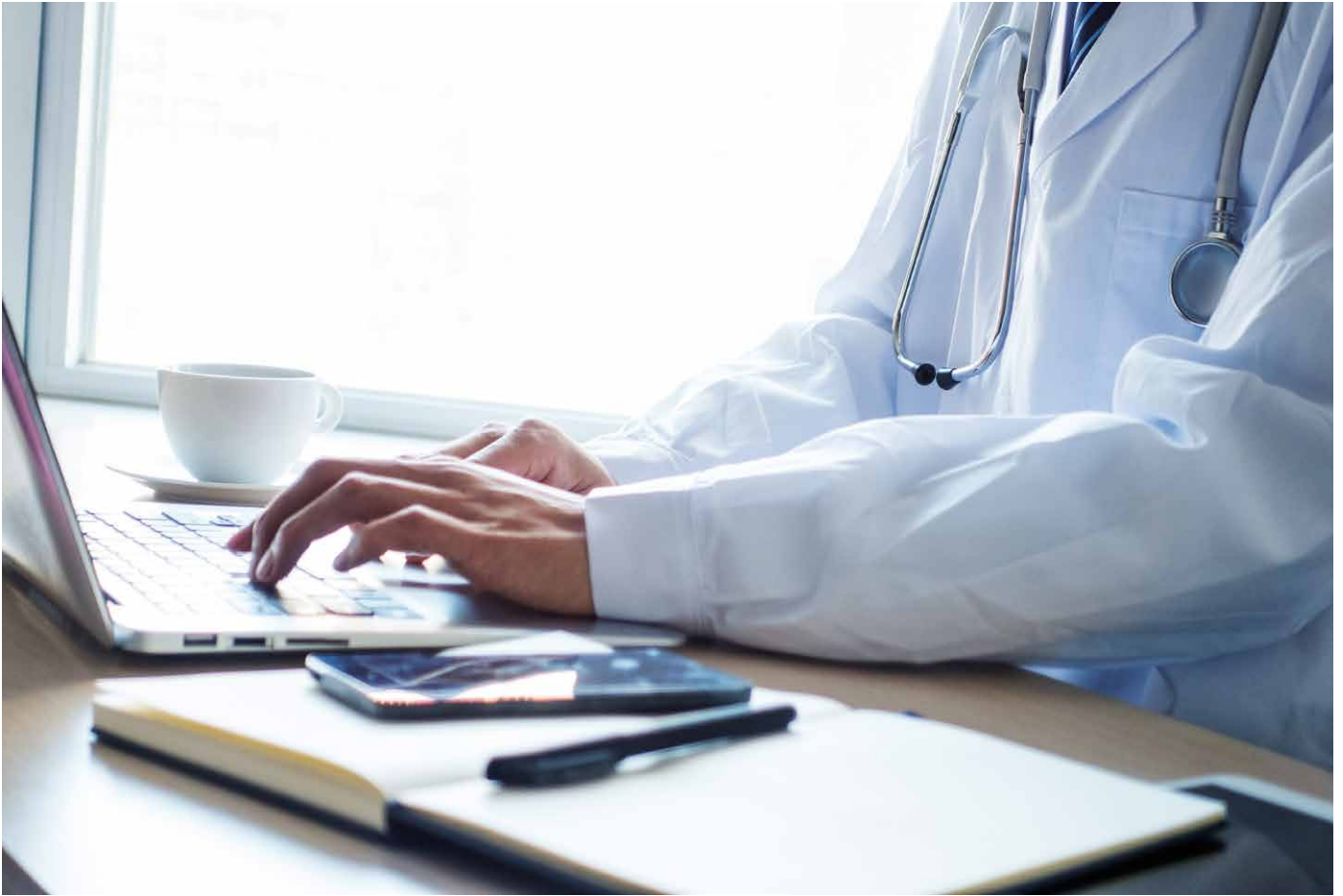
⁴¹ Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2016): Spitalplanung.

⁴² BAG (2016): Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen eindämmen.

⁴³ Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2009): Erläuterungen zum Regelleistungsvolumen.

⁴⁴ «Endlich die Fehlanreize beseitigen», NZZ, 26. September 2016.

⁴⁵ «Bagatellen im Notfall: Bezahl-Schranke als Lösung?», medinside, 7. Oktober 2016.



(7) Steigerung der Transparenz

Gerade im Bereich der GWL besteht wie dargelegt wenig Transparenz zwischen den Kantonen. Das kann den Wettbewerb verzerren und Kantone mit heute hoher Wettbewerbsintensität dazu veranlassen, vermehrt in den Markt einzugreifen (über GWL oder die Spitallisten).⁴⁶ Zur konsequenten Umsetzung der Wettbewerbsziele ist hier eine klare, transparente und schweizweit einheitliche Finanzierung der GWL zu etablieren und die Vorgabe des Bundesrates konsequent umzusetzen.⁴⁷

Ein weiteres Transparenzkriterium ist die Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient. Gerade der Wissensvorsprung des Arztes kann Patienten dazu drängen, Leistungen in Anspruch zu nehmen, die nicht den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit entsprechen. Hier ist mehr Transparenz in der Beratung zwischen Ärzten und Patienten gefragt.

Beseitigung von Fehlanreizen zur Erreichung der Ziele der KVG-Revision

Die neue Spitalfinanzierung hat zu einer Stärkung des Wettbewerbs und damit zu mehr Effizienz beigetragen. Auch die Transparenz wurde gesteigert. Jedoch wurde das Ziel der Kostendämpfung nicht erreicht. Dies ist zwar insbesondere auf demografische Entwicklungen, medizintechnische Fortschritte und veränderte Patientenbedürfnisse zurückzuführen. Die KVG-Revision hat aber auch bestehende Fehlanreize zu einer angebotsseitigen Mengenausweitung nicht beseitigt, sondern teilweise sogar verstärkt.

Um das Kostenwachstum zu dämpfen, schlagen wir verschiedene Massnahmen vor. Dazu gehören wettbewerbsfreundlichere Regulierungen in den Kantonen, die vor allem auf eine Reduktion des Mengenwachstums abzielen: eine einheitlichere Handhabung von GWL, die eventuelle Auflösung des Monismus in der ambulanten Finanzierung und die Durchführung der Versorgungsplanung in grösseren Versorgungsregionen.

⁴⁶ Polynomics 2015.

⁴⁷ Bundesrat 2012: «Gestützt auf Artikel 49 Absatz 1 KVG sollen die Leistungen festgehalten werden, deren Kosten keinesfalls zulasten des KVG gehen dürfen – so die Kosten für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regional-politischen Gründen und die Kosten für die Forschung und universitäre Lehre –, gleichzeitig soll aber den Kantonen im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung ein gewisser Spielraum für die Finanzierung von anderen Leistungen gewährt werden.»

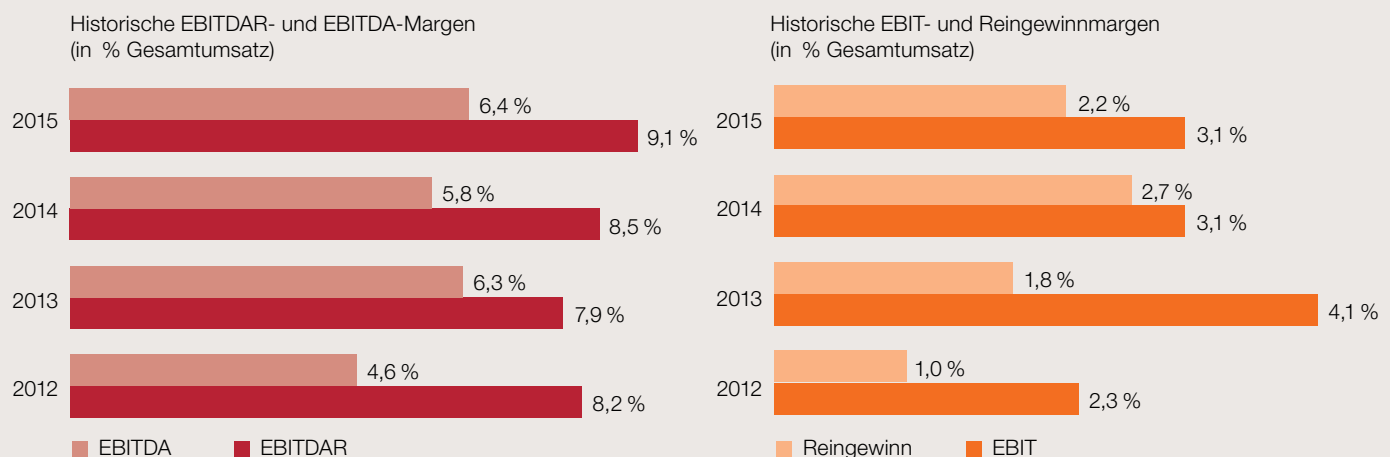
4. Finanzielle Gesundheit für die Psychiatrie immer wichtiger

In der Psychiatrie entwickeln sich die Rahmenbedingungen ähnlich wie in der Akutsomatik. Bei der Versorgung gehen wir von einer weiteren Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer aus. Ferner wird eine stärkere Vernetzung unter den Anbietern sowie mit vor- und nachgelagerten Institutionen im Sinne einer durchlässigen Behandlungskette gefordert, und die Leistungserbringung erfolgt vermehrt ambulant. Der «war for talents» im ärztlichen und pflegerischen Bereich ist in vollem Gang. Gemäss Erich Baumann, GL-Vorsitzender der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Zürich, wird sich der Wettbewerb um Fachkräfte massiv verschärfen. Dadurch haben sich die psychiatrischen Kliniken als attraktive Arbeitgeber zu positionieren, indem sie bedarfsgerechte Aus- und Weiterbildungen, leistungsgerechte Löhne und interessante Karriereplanungen kombiniert mit bedürfnisgerechten Arbeitszeitmodellen anbieten. Bei den Patienten steht der steigenden Erwartungshaltung eine vermehrte Multimorbidität aufgrund des fortschreitenden demografischen Wandels gegenüber.

Die Tatsache, dass der stationäre Teil im Durchschnitt ausreichend abgesehen ist, die Tarife jedoch im spitalambulanten Bereich kaum kostendeckend sind, ist der Akutsomatik und Psychiatrie ebenfalls gleich. Entsprechend fordern auch Vertreter der Psychiatrien neue Finanzierungsmöglichkeiten. «Innovative und patientengerechtere Angebote werden von den Leistungserbringern nur lanciert, wenn die Finanzierung langfristig gesichert und auf solche innovativen Ansätze ausgerichtet ist», so Erich Baumann.

Ein besonderer Schwerpunkt in der Psychiatrie liegt bei der integrierten Versorgung. Ein Beispiel ist die Integration der Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie unter einem organisatorisch-hierarchischen Dach.⁴⁸ Dieser Ansatz nennt sich «Transitionspsychiatrie». Sie hat zum Ziel, die Versorgungsbrüche entlang der verschiedenen Altersstufen zu überwinden. Dazu sind in der Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie bedarfsgerechte Zugangs- und Behandlungswege nötig. Organisatorisch kann diese Integration sichergestellt werden, indem die Disziplinen ihre Leistungen im gleichen Trakt oder in einem gemeinsamen Ambulatorium anbieten. Zudem sind externe Partner aus dem Erziehungs- und Sozialbereich, die Jugendhilfe und Schulen einzubeziehen. Einige Psychiatrien arbeiten Konzepte für den systematischen Einbezug von Schulen aus. Auf diese Weise wollen sie den erfolgreichen Schulbesuch im Anschluss an eine psychiatrische Behandlung optimal ausgestalten.

Abbildung 24: Profitabilitätskennzahlen von Schweizer Psychiatrien von 2012 bis 2015



⁴⁸ fmc Impuls – integrierte Versorgung, Ausgabe 2016/4.

Der Trend der Margenverbesserung setzt sich trotz schwachem Wachstum fort

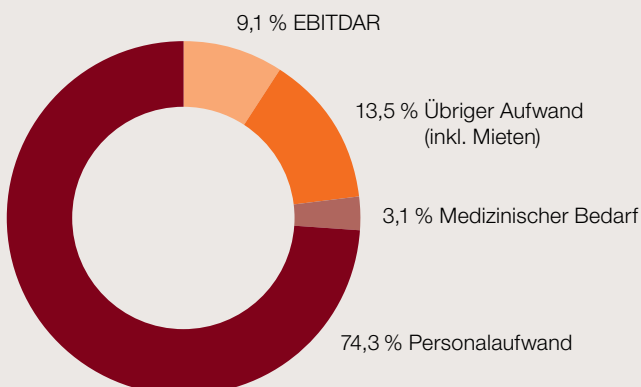
Der erfreuliche Trend zu besseren Margen bei den Schweizer Psychiatrien setzte sich auch im Jahr 2015 fort. Sowohl EBITDAR- als auch EBITDA-Marge sind bei relativ schwachem Umsatzwachstum gestiegen.

Trotz verlangsamtem Wachstum haben die Schweizer Psychiatrien ihre Effizienz weiter gesteigert. Die EBITDAR-Marge der untersuchten Psychiatrien lag im Median bei 9,1 %, knapp 0,6 Prozentpunkte höher als im Vorjahr. Der Median der EBITDA-Marge verbesserte sich im gleichen Zeitraum von 5,8 % auf 6,4 %, was einem Plus von 0,6 Prozentpunkten entspricht (vgl. Abbildung 24).

In der letzten Studie haben wir ein Margenziel für den EBITDA von rund 8,0 % formuliert. Dieses Ziel ist noch nicht voll erreicht. Da sich die Margen im Vergleich zum Vorjahr trotz schwächerem Umsatzwachstum verbessert haben, scheint eine weitere Verbesserung durchaus realistisch; offensichtlich besteht Potenzial nach oben.

Aufwandseitig zeigt sich ein stabiles Bild. Im Vergleich zur Akutsomatik macht in der Psychiatrie der Personalaufwand mit rund 74,3 % im Jahr 2015 einen deutlich höheren Anteil des Umsatzes aus. Aufgrund des erwähnten Wettbewerbs um qualifizierte Fachkräfte ist nicht damit zu rechnen, dass sich der Personalaufwand in naher Zukunft deutlich reduzieren lässt. Mehrkosten in diesem Bereich können durch tiefer ausfallenden medizinischen Bedarf kompensiert werden (vgl. Abbildung 25).

Abbildung 25: Verteilung der Aufwendungen der Psychiatrien im Jahr 2015



Interview mit Erich Baumann: horizontale und vertikale Integration im Gesundheitswesen als Hebel zur Gewinnoptimierung und Qualitätssteigerung



Erich Baumann ist seit 1997 bei der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich PUK tätig und seit 2007 Vorsitzender der Geschäftsleitung. Der studierte Betriebswirt mit Nachdiplomstudien in Spitalmanagement ist zudem Mitglied des Verwaltungsrats des Spitals Limmattal.

1. Wie sehen Sie die längerfristige Entwicklung der EBITDA-Margen in der Psychiatrie?

Dies vorab: Die Erzielung eines angemessenen Gewinns oder EBITDA ist für die langfristige Finanzierung der Anlagen und zur Sicherung der Überlebensfähigkeit einer psychiatrischen Institution essenziell. Die EBITDA-Margen werden sich in den nächsten Jahren vermutlich seitwärts bewegen und ohne effizienzsteigernde Massnahmen sogar leicht sinken. Auf der Tarifseite ist weder ambulant noch stationär eine signifikante Erhöhung der Vergütungen absehbar, und bei den Kosten wird der Druck vor allem über höhere Löhne zunehmen. Gute Mitarbeitende im Gesundheitswesen sind heute schon rar und haben deshalb ihren Preis. Diese Situation wird sich vermutlich weiter verschärfen.

2. Wo sind die grossen Hebel zur Verbesserung der EBITDA-Marge?

Auf der Kostenseite bestehen Hebel, insbesondere in den Kernprozessen bei der Behandlungskette, aber auch bei den Supportprozessen. In der Erstellung der Kernleistungen muss konsequent neu gedacht werden und der Patient und die Effizienz müssen in den Mittelpunkt gestellt werden. Die Prozessketten sind auf die vor- und nachgelagerten Institutionen zu erweitern und die Durchlässigkeit zwischen ambulanten, tagesklinischen und stationären Angeboten zu verbessern. Die PUK hat beispielsweise Spezialpraxen im Spital integriert und dieses Jahr das Angebot Home Treatment ins Leben gerufen. Dabei wird der Ort der Leistungserbringung zum Patienten verlagert.

Zur Realisierung optimaler Prozesse ist zudem die Infrastruktur ein entscheidender Erfolgsfaktor. Die Kliniken haben hier die Möglichkeit, durch das Neubauprojekt die Infrastruktur gezielt an innovative Prozesse anzupassen (structure follows processes). So hat die PUK geplant, dass die ambulanten, tagesklinischen und stationären Behandlungen keine Systembrüche mehr erfahren, indem diese örtlich nahe beisammen sein werden (vertikal integriert), wodurch die Wege innerhalb der Klinik minimiert werden können. Auf Ebene der Supportprozesse können Skaleneffekte mittels Kooperationen erreicht werden, zum Beispiel in der Logistik und im Einkauf.

Auf der Ertragsseite kann sich die gezielte Ansprache lukrativer Segmente positiv auf den EBITDA auswirken. Hier sind Halbprivat- und Privatpatienten zu nennen. Der Wettbewerb wird sich hierbei an der Präsenz der behandelnden Ärzte orientieren, da diese Patienten eine persönliche, gute Behandlung vom Chefarzt erhalten wollen. Weiter wird die Beziehung zu den Zuweisenden ein wesentlicher Faktor sein, damit eine Klinik in diesen Segmenten erfolgreich sein kann. Ein attraktiver White Spot sind ausländische Patienten, insbesondere für Universitätskliniken, die ein universitäres High-End-Angebot haben. Mögliche Zielgruppen sind wohlhabende Patienten aus Ländern mit einem qualitativ gering ausgeprägten Gesundheitswesen. Ausserkantonale Patienten bilden ein eher geringes Potenzial, da diese nicht im grossen Stil, sondern nur vereinzelt für spezifische Behandlungen gewonnen werden können.

3. Wie wird sich die integrierte Versorgung weiterentwickeln?

Chancen einer integrierten Versorgung sehe ich auf verschiedenen Ebenen – innerhalb der Kliniken, durch die Verbesserung der Zusammenarbeit mit den vor- und nachgelagerten Stellen, aber auch zwischen Psychiatrie und Akut-somatik, Rehabilitation und Heimen. Eine integrierte Versorgung bei Patienten mit somatischen und psychiatrischen Diagnosen erfolgt beispielsweise über

Konsiliar- und Liaisondienste im Spital. Die Intensivierung der Zusammenarbeit sollte sich nicht nur zwischen psychiatrischen Kliniken der gleichen Versorgungsstufe abspielen, wie zum Beispiel Universitätskliniken, sondern durchlässig sein. Insgesamt wird die Zusammenarbeit zwischen allen Anspruchsgruppen zunehmend beziehungsweise zunehmen müssen.

Ein bisher wenig bearbeiteter Bereich ist die Forschung. Sowohl in der Grundlagen- als auch in der klinischen Forschung bestehen ungenutzte Potenziale in der Zusammenarbeit zwischen der Psychiatrie und der Akutsomatik. Hierbei kann die Lancierung von Modellprojekten einen Beitrag leisten.

Voraussetzung für eine Stärkung der integrierten Versorgung ist die Aufweichung der starren Regeln im KVG. Das «Kässelidenken» muss aufgelockert und die Flexibilität erhöht werden. Dies sind wichtige Voraussetzungen, damit innovative Versorgungsformen initiiert und somit ermöglicht werden. Krankenversicherer sollten die Bereitschaft haben, ausserhalb des KVG-Bereichs zu denken und die Versicherten in ihrer Gesamtheit anzuschauen und Nischenprojekte mitzufinanzieren. Ein Beispiel der PUK ist hier ein Gastfamilienprojekt, bei dem Patienten, die bei Gastfamilien wohnen, während der Wiedereingliederung durch die PUK begleitet und die entstehenden Kosten teilweise durch einzelne Versicherer gedeckt werden.

Aufseiten der beteiligten Leistungserbringer ist für eine Intensivierung von Kooperationen wichtig, dass ein gemeinsames Zielbild besteht, die involvierten Parteien an das Vorhaben glauben und die Unterstützung aus dem Topmanagement sichergestellt ist.

4. Welche Herausforderungen und Entwicklungen sehen Sie im Zusammenhang mit der Einführung des TARPSY und der generellen Finanzierung psychiatrischer Leistungen?

Ich gehe nach wie vor von einer Einführung am 1. Januar 2018 aus. Da das Codierhandbuch erst Mitte November verfügbar sein wird, ist derzeit keine Aussage möglich, ob und – falls ja – in welchem Umfang das neue Abgeltungsmodell zu mehr Wettbewerb führt. Schätzungsweise werden nicht alle Leistungserbringer von der Einführung des TARPSY in gleichem Ausmass profitieren. Die klassischen Versorgungskliniken werden vermutlich einen eher schwierigeren Stand haben als spezialisierte Kliniken. Die Komplexität und der Anforderungsgrad einer psychiatrischen Behandlung sind schwierig zu belegen, was entsprechende Herausforderungen in einer adäquaten Abgeltung mit sich bringt.

Der Trend zur Verschiebung von Leistungen in den ambulanten Bereich wird sich auch in der Psychiatrie fortsetzen. Das grosse Problem ist jedoch, dass mit dem heutigen Tarifsystem die ambulanten beziehungsweise tagesklinischen Leistungen nicht ausreichend abgegolten werden. Diese (auch) politisch gewünschte Verlagerung ist mit besseren und sachgerechten Bewertungen der ambulanten und tagesklinischen Leistungen zu unterstützen. Solche neuen Abgeltungsmodelle sind daten- und faktenbasiert zu entwickeln.

Weiter sollte das Finanzierungssystem nicht auf Jahresbasis, sondern nachhaltig mit Planungssicherheit bei den Preisen ausgestaltet sein. Eine langfristig stabile Finanzierung wird Innovationen fördern, insbesondere im ambulanten und tagesklinischen Bereich. Dies würde zu einer vermehrten Verlagerung weg aus dem stationären Bereich führen. Auch Kooperationen bedingen eine Planungssicherheit, um den Aufwand für die Etablierung der Kooperation mit dem Partner langfristig rechtfertigen zu können.

Die unterschiedliche Finanzierung der stationären Leistungen im Spital (duale Finanzierung durch Kanton und Versicherer) und der spitalambulanten

Leistungen (monistische Finanzierung) führt zu Fehlanreizen, beeinträchtigt den Wettbewerb und steht im Widerspruch zum Grundsatz «ambulant vor stationär». Damit inskünftig mehr Therapien ambulant durchgeführt werden, sind diese Fehlanreize abzubauen, zum Beispiel durch eine einheitliche Finanzierung aller Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung über einen Kostenträger. Die Rolle des Kostenträgers könnte von den Versicherern übernommen werden. Bei einem solchen Systemwechsel wäre allerdings zu beachten, dass dieser mit erheblichen Umstellungen verbunden ist.

5. Welche Ansatzpunkte wären zielführend, damit das Mengen- und Kostenwachstum im Gesundheitswesen eingedämmt werden kann?

Unter anderen sind die folgenden drei Möglichkeiten denkbar:

Erstens kann eine Begrenzung und regelmässige Überprüfung und Anpassung des Umfangs des Leistungskatalogs, der in der Schweiz sehr gross ist, erfolgen. Dabei ist ein Abschneiden alter Zöpfe nicht ausgeschlossen, wenn neue, kostengünstigere Methoden mit einem wirkungs-volleren Output verfügbar sind.

Eine zweite Option stellt die Aufweichung des Föderalismus dar, da die antizipierte interkantonale Patientemigration nicht eingetreten ist. Das Gesamtsystem sollte in den Fokus und das lokale Denken in den Hintergrund rücken. Hier können interkantonale Kooperationen verstärkt und neue kantonsübergreifende Spitalregionen entwickelt werden, wie dies aktuell in der Nordwestschweiz angedacht ist.

Drittens kann bei den Leistungsaufträgen angesetzt werden. Der Kanton kann die Hürden für den Erhalt von Leistungsaufträgen erhöhen, zum Beispiel über die Definition von Mindestfallzahlen.

Herr Baumann, vielen Dank für das Interview.

5. Ergebnisverbesserungen

Über die Hälfte der untersuchten Schweizer Spitäler erreichten die empfohlene Ziel-EBITDA-Marge von mindestens 10,0% (zum Teil bei Weitem) nicht. Das und der in den nächsten Jahren zunehmende finanzielle Druck in Form von sinkenden Preise zeigen, dass viele Spitäler Massnahmen für ein verbessertes Ergebnis ergreifen müssen. In den folgenden Kapiteln beleuchten wir, welche Hebel bei Ergebnisverbesserungen wesentlich sind und wie die Spitäler in solchen Projekten vorgehen können.

Ergebnisverbesserungspotenzial systematisch identifizieren

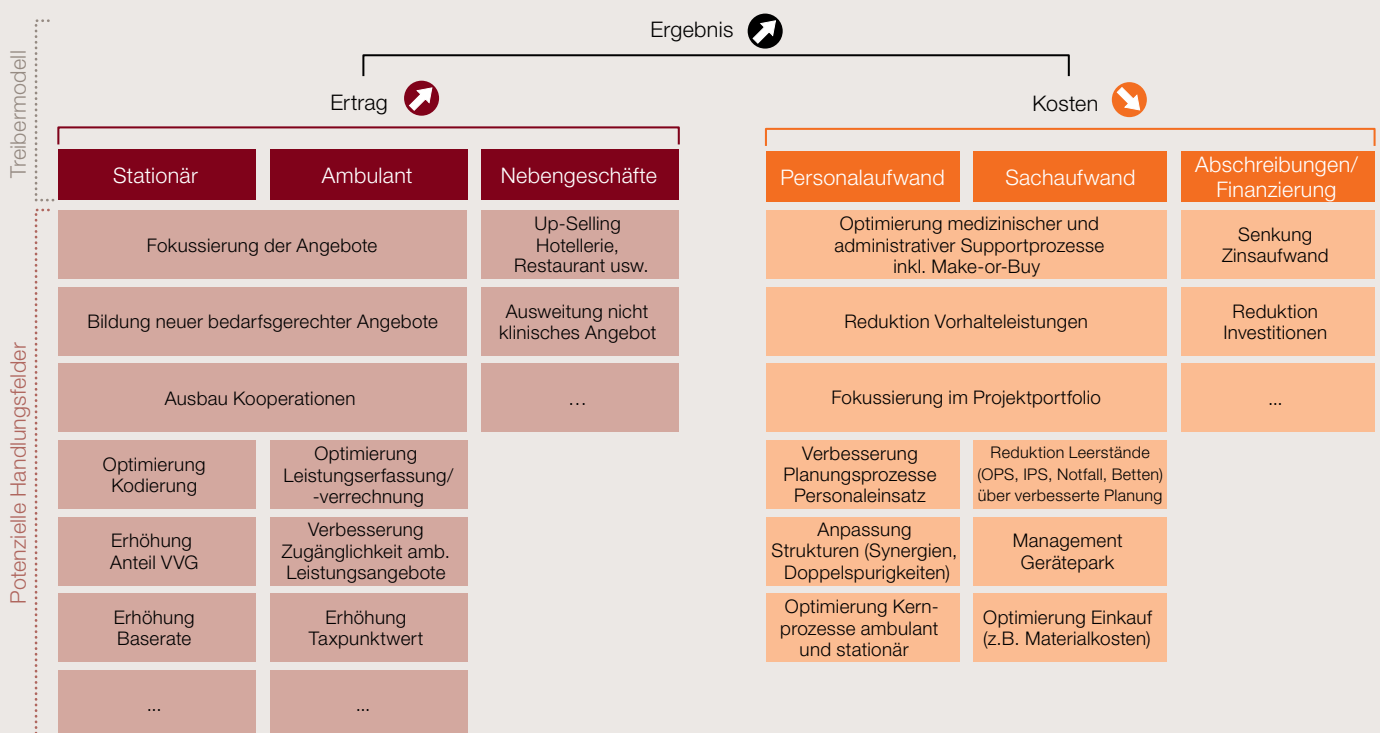
Im Rahmen von Projekten zur Ergebnisverbesserung empfiehlt sich für einen erfolgreichen Abschluss ein systematisches Vorgehen. So lassen sich die Massnahmen sauber abstützen und kommunizieren. Zudem kann ein Spital

sicherstellen, dass es die Bereiche mit dem grössten Potenzial identifiziert und keine wichtigen Potenziale vergisst. Dabei bietet sich eine Treiberbaum-basierte Methodik an (siehe Abbildung 26). Hier bestehen sowohl auf der Ertrags- wie auf der Kostenseite Hebel zur Ergebnisverbesserung.

Veränderungen auf der Ertragsseite ergeben sich aufgrund der Multiplikation der erbrachten Leistungsmengen und des entsprechenden Preises. Daher lässt sich der Ertrag grundsätzlich über die Menge oder den Preis steigern. Bei den Erträgen gibt es drei Kategorien von Hebeln: stationäre Erträge, ambulante Erträge und Erträge aus Nebenbetrieben. Auch diese Kategorien bieten eine Reihe von Handlungsfeldern. Auf strategischer Ebene stellen das Angebotsportfolio und dessen Leistungsmengen einen Ansatzpunkt dar. Hier kann eine Angebotsdifferenzierung gegenüber der Konkurrenz über eine Angebotsfokussierung erfolgen. Das führt zu einer klareren Positionierung, was sich positiv auf die Leistungsmengen auswirken kann. Ein zusätzlicher Ansatz ist die externe Vernetzung. Mithilfe von Kooperationen lässt sich das Einzugsgebiet ausweiten.

Weitere Hebel auf der Ertragsseite liegen im operativen Geschäft. Hier kann das Spital bei der Leistungserfassung, Kodierung und Leistungsverrechnung ansetzen. Konkrete Massnahmen sind beispielsweise die Sensibilisierung des Personals, Weiterbildungen und klare Prozesse.

Abbildung 26: Treiberbaum zur Identifikation von Optimierungspotenzialen



Auf der Kostenseite liegt das Augenmerk auf dem Personal- und Sachaufwand sowie auf der Finanzierung von Investitionen. Die Höhe des Sachaufwands wird von den Materialkosten beim Einkauf, vom Management des Geräteparks und nicht optimal genutzten Kapazitäten bestimmt. Die Kosten im Personalbereich, dem grössten Kostenblock in einem akuten somatischen Spital mit rund 60,0% bis 70,0% der Gesamtkosten (in einer Psychiatrie mit rund 80,0%), werden von einer Reihe von Faktoren beeinflusst. Der wichtigste Stellhebel zur Reduktion der Personal- und Sachaufwände ist eine effektive und effiziente Ablauforganisation. Dabei sind die Schaffung von Synergien, der Abbau von Schnittstellen, die Reduktion von Doppelspurigkeiten und der Abbau von Vorhalteleistungen zentral.

Konkrete Massnahmen sind zum Beispiel die Standardisierung und die Digitalisierung der Prozesse und die Optimierung von Planungsprozessen auf Ebene des Personals und der Sachanlagen. Die Ablauforganisation hängt wesentlich von der verfügbaren Infrastruktur ab. Damit das Spital die Prozesse optimal ausgestalten und die Personal- und Sachaufwände niedrig halten kann, muss es seine Infrastruktur so weit wie möglich den Prozessen anpassen (structure follows processes). Die Anpassung der Aufbauorganisation kann ebenfalls zu einer Kostensenkung führen, etwa durch die Schaffung von klinik- oder unternehmensübergreifenden Shared Services oder durch die Auslagerung von Nichtkernaufgaben an spezialisierte Dritte.

Im Bereich der Finanzen lässt sich bei den Zinsaufwänden und Abschreibungen ansetzen, die weitgehend durch die Investitionen beeinflusst werden. Um die Abschreibungen zu minimieren, sind möglichst kostengünstige Investitionen zu tätigen, die den künftigen Bedürfnissen Rechnung tragen. Bei der Finanzierung ist zum Beispiel zu klären, ob Zinsabsicherungen langfristig sinnvoll sind und zu Kosteneinsparungen oder mehr Planungssicherheit führen.

Übergeordnet können ein effektives Controlling, der Aufbau eines internen Benchmarkings und eine an kontinuierlichen Verbesserungsprozessen orientierte Unternehmenskultur nachhaltig zu einer Ergebnisverbesserung beitragen.

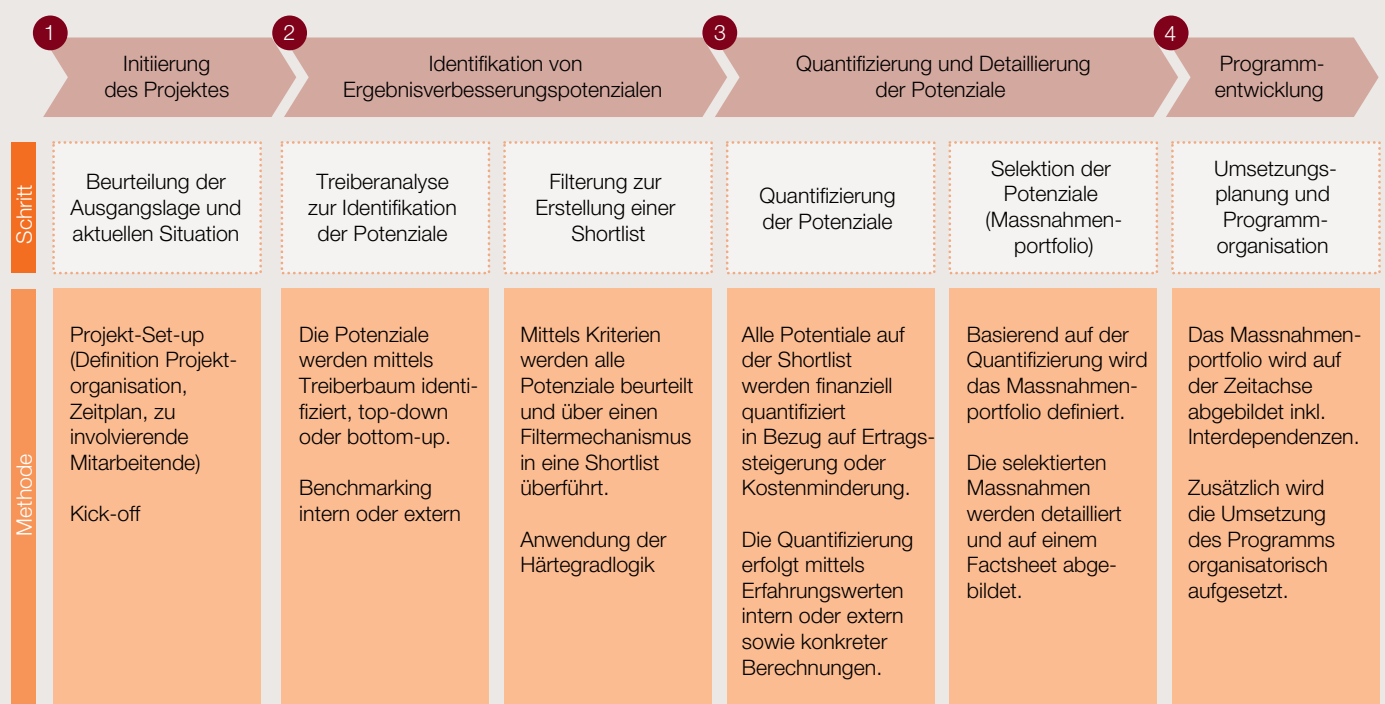
Vorgehen für Ergebnisverbesserungsprojekte in vier Phasen

Bevor ein Spital ein Ergebnisverbesserungsprojekt durchführt, sind dessen Ziele festzulegen. Dazu eignet sich ein EBITDAR- oder EBITDA-Margen-Ziel. In unseren Projekten zur Ergebnisverbesserung wenden wir meist ein Vorgehen in vier Phasen an (vgl. Abbildung 27):

Phase 1: Initiierung des Projekts

In einem ersten Schritt werden die Projektorganisation definiert, der Zeitplan aufgesetzt und die beteiligten Mitarbeiter festgelegt.

Abbildung 27: Vorgehen in vier Phasen für Ergebnisverbesserungsprojekte



Phase 2: Identifikation von Ergebnisverbesserungspotenzialen

In dieser Phase werden die Potenziale entlang des Treiberbaums ausfindig gemacht. Daraus geht eine «Longlist» an möglichen Potenzialen hervor. Diese werden anhand geeigneter Kriterien (wie z.B. Strategiekonformität, finanzielles Potenzial oder Umsetzbarkeit) grob beurteilt und dann zu einer «Shortlist» gefiltert. Ergänzend lässt sich der Reifegrad für jedes Potenzial anhand einer Härtegradlogik beurteilen. Dabei werden der Reifegrad und die Realisierungswahrscheinlichkeit der Potenziale strukturiert festgestellt.

Als Methoden eignen sich Gespräche mit Schlüsselpersonen und das Studium von Finanzzahlen, Organigrammen und Prozessen. Damit sich die Analyse nicht nur auf Hypothesen von Mitarbeitern stützt, können die gesammelten Informationen über ein Benchmarking mit anderen Spitälern oder Psychiatrien verglichen werden (siehe Exkurs Benchmarking). Auch ein «Mitlaufen» bei gewissen Prozessen im Sinne eines «on-site visit» kann Erkenntnisse bringen.

Der Prozess der Identifikation kann sowohl top-down als auch bottom-up geführt werden oder in einer Kombination der beiden Ansätze. Bei einem Top-down-Ansatz werden die Potenziale in einem ersten Schritt von den Mitgliedern der Geschäftsleitung, leitenden Stabsmitarbeitern und gegebenenfalls einer Hierarchiestufe darunter identifiziert und schrittweise heruntergebrochen. Bei einem Bottom-up-Ansatz werden die Potenziale «an der Basis» ausgemacht, die Vorschläge von Mitarbeitenden aufgenommen und anschliessend aggregiert.

Phase 3: Quantifizierung und Detaillierung der Potenziale

Nun werden alle Potenziale auf der Shortlist im Hinblick auf die erwartete Ertragssteigerung oder Kostenminderung finanziell quantifiziert. Dies geschieht einerseits über konkrete Berechnungen, andererseits können Erfahrungswerte aus vergangenen Projekten oder von anderen Spitälern herangezogen werden. Darauf aufbauend sind die quantifizierten Massnahmen zu selektieren. So wird definiert, welche Massnahmen im Rahmen des Ergebnisverbesserungsprogramms umgesetzt werden sollen. Diese Massnahmen werden mit Verantwortlichkeiten bestückt und ihre Umsetzung auf der Zeitachse geplant. Die Heterogenität kann dabei sehr gross sein; denkbar sind Kündigung oder Nichtverlängerung von Verträgen, Budgetanpassungen für die Folgejahre und der Start (oder das Beenden) von Projekten.

Für das Massnahmenportfolio sind ebenfalls die finanziellen Auswirkungen für die Organisation darzulegen. Diese werden zur Modellierung der künftigen Erfolgsrechnung, Bilanz und Mittelflussrechnung eingesetzt. Im Rahmen dieser finanziellen Modellierung kann man mehrere Szenarien (unterschiedliche Anzahl an Massnahmen) und Sensitivitäten berechnen.

Phase 4: Programmentwicklung

In der letzten Phase wird die Umsetzungsplanung und Programmorganisation für Ergebnisverbesserungen aufgesetzt. Dabei sind die Steuerung des Programms (z.B. Programmausschuss, -leitung und Sounding Board) und die Arbeitsweise festzulegen. Weitere Themen sind die Entscheidungsprozesse und die organisatorische Einbettung des Programms.

Erfolgsfaktoren für die Umsetzung

Damit ein Spital sein Ergebnisverbesserungsprogramm erfolgreich umsetzen kann, hat es mehrere Faktoren zu beachten. Nachfolgend erläutern wir vier zentrale Erfolgsfaktoren.

1. Die *Akzeptanz der Massnahmen* soll sowohl bei den Mitarbeitern wie auch beim Management hoch sein. Dies kann unter anderem mit einem geeigneten Kommunikationskonzept und entsprechenden Erläuterungen unterstützt werden. Dabei sind die Gründe für Massnahmen transparent darzulegen, die Wichtigkeit zu betonen und der Nutzen plausibel zu beschreiben. Auf die Sorgen der Mitarbeitenden ist einzugehen. Am Schluss zählt für diese die Frage: «Was bedeutet dies für mich?»
2. Das *Umsetzungscontrolling* stellt einen Schlüsselerfolgsfaktor dar. Die Massnahmen und die erwarteten Effekte sind im Budget und Businessplan zu verankern und laufend zu messen.
3. Die *Aufrechterhaltung des Tagesgeschäfts* ist sicherzustellen. Dazu sollen genügend Ressourcen zur Verfügung gestellt und die Projekte den Mitarbeitern nicht zusätzlich zum Tagesgeschäft aufgebürdet werden.
4. Die *Motivation der Beteiligten* ist hochzuhalten. Dafür sollte das Spital in regelmässigen Abständen Erfolge sichtbar machen, feiern und gegebenenfalls Sonderanreize schaffen. Damit die Beteiligten ihre Motivation sofort entfalten, sind diese «Quickwins» rasch zu realisieren.

Exkurs: Benchmarking

Beim Benchmarking werden Unternehmensdaten mit jenen der Klassenbesten verglichen, die als Referenz zur Optimierung dienen. Das bedingt, dass die Best-Practice bekannt ist. Ist sie es nicht, wird darunter in der Praxis häufig auch der Vergleich mit einem Mittelwert oder Median einer Vergleichsgruppe herangezogen. Im Benchmarking unterscheiden wir vier Dimensionen: internes und externes sowie qualitatives und quantitatives Benchmarking. Meist wird das quantitative Benchmarking angewandt, da sich die Gegenüberstellung von Zahlen objektiv beurteilen lässt. Die Kennzahlen werden in diese Kategorien eingeteilt:

- **Prozesskennzahlen:** mittlere Aufenthaltsdauer, Anteil produktive Zeit am Patienten, Wartezeiten, Schnitt-Naht-Zeit usw.
- **Organisationskennzahlen:** grösse Personalkörper (Ärzte bzw. Pflegende pro 100 Austritte), Anteil nicht medizinisches Personal, Führungsspannen, Hierarchiestufen usw.
- **Finanzzahlen:** Kapitalstruktur, Umsatzwachstum, Anteil Personalkosten am Gesamtaufwand, Operative Margen, Fallkosten für CMI 1,0, Overheadkosten pro Fall usw.

Das quantitative Benchmarking zeigt die Potenziale dort auf, wo das Unternehmen eine hohe Differenz zum Benchmark aufweist. Das lässt sich zum Beispiel als Boxplot-Diagramm darstellen (siehe Abbildung 28). Allerdings sagt der quantitative Vergleich nichts über die Gründe und mögliche Massnahmen aus. Dazu dient eher das qualitative Benchmarking, bei dem unter anderem Prozessabläufe verglichen werden.

Damit die intern ermittelten Kennzahlen untereinander oder mit externen Kennzahlen vergleichbar und interpretierbar sind, haben diese gewisse Anforderungen zu erfüllen. So ist es wichtig, dass das Gleiche gemessen wird (identische Basis). Gerade bei Kennzahlen, die Gemeinkosten beinhalten, ist Vorsicht geboten. Aus diesem Grund ist in Spitälern und Psychiatrien ein Vergleich mit Kennzahlen von ausländischen Spitälern anspruchsvoll. Sie birgt die Gefahr, dass falsche Schlüsse gezogen werden, wenn diese Unterschiede nicht berücksichtigt werden. Bei Vergleichen mit dem Ausland kommt erschwerend hinzu, dass die Leistungserbringer teilweise andere Funktionen haben und die gesetzlichen und finanziellen Grundlagen variieren. Trotzdem sind solche Vergleiche sinnvoll. Sind ihre Grenzen bekannt, so erlauben sie wertvolle Einblicke und können sogar richtungsweisend sein.

Abbildung 28: Illustratives Boxplot-Diagramm zur Darstellung eines Benchmarkings



6. Ambulant vor stationär

Der ambulante Markt entwickelt sich

Der ambulante Markt wächst gegenüber dem stationären seit Jahren überdurchschnittlich stark. Dies betrifft sowohl den praxisambulanten als auch den spitalambulantem Bereich. Der ambulante Bereich befindet sich in einem Umbruch: Die Spezialisierung innerhalb der Versorgungskette geht weiter Richtung ambulante Leistungserbringer. So errichten Spitäler ambulante und tageschirurgische Zentren, es werden Dienstleistungen in Arztpraxen erbracht, die früher in Spitälern durchgeführt wurden. Apotheken errichten «retail-based clinics», übernehmen die Behandlung leichterer Krankheiten und stellen präventive Angebote zur Verfügung. Neben den finanziellen Bestrebungen der Spitäler ist das teilweise auch auf die sich verändernden Patientenwünsche zurückzuführen. Diese verschieben sich ebenfalls hin zu ambulanten Behandlungen und kurativer Nachsorge in den eigenen vier Wänden, also in einem gewohnten Umfeld.

Spitäler richten sich auf die ambulante Dienstleistungserstellung aus

Wollen Spitäler auch künftig einen wesentlichen Teil der ambulanten Leistungen selbst erbringen, müssen sie ihre Betriebsmodelle anpassen. Nur so können sie mit den Tarifen kostendeckend arbeiten. Das ambulante Geschäft wird vom stationären räumlich getrennt. Oft werden sogar Einheiten errichtet, die sich auf elektive ambulante Behandlungen spezialisieren, während der Notfall von diesen Bereichen getrennt wird. So lassen sich die Prozesse auf noch detaillierterer Ebene ausgestalten und optimieren. Das bietet insgesamt den Vorteil, dass die Prozesse, die Infrastruktur und der Personalmix auf die spezifische Leistungserstellung gezielter ausgerichtet werden können. Die Praxis zeigt, dass dabei mehrere Möglichkeiten bestehen.

Ambulante Gruppenpraxen/

Permanenzen: Für Sprechstunden, Beratungen und diagnostische Tätigkeiten ohne oder mit einfachen bildgebenden Verfahren bauen Spitäler ambulante Gruppenpraxen und Gesundheitszentren auf oder betreten diesen Markt über Akquisitionen. Weiter ist der Aufbau von Permanenzen zu beobachten, die leichte Notfälle und sogenannte Walk-in-Patienten betreuen. Häufig dient diese Art von ambulanten Standorten der Patientenakquisition sowie der Sicherstellung der ambulanten Grundversorgung.



Ambulante und tagesklinische

OP-Standorte: Einige Spitäler errichten gezielt Standorte, an denen sie ambulante (oder gegebenenfalls auch kurzstationäre) operative und interventionelle Behandlungen bündeln. Das Leistungsspektrum beinhaltet zum Beispiel Varizenoperationen, Meniskusentfernungen, Bronchoskopien oder Dialysen. Häufig werden an diesen Standorten nur elektive Eingriffe vorgenommen, damit das durchgeplante ambulante Programm nicht von Notfällen unterbrochen wird, eine höhere Termintreue gewährleistet werden kann und weniger Vorhalteleistungen bereitzustellen sind.



Ambulante Einheiten auf dem Spitalgelände:

Eine etwas abgeschwächte Form der räumlichen Trennung ist die Errichtung spezifischer Einheiten auf dem Spitalgelände, die ausschliesslich ambulante Leistungen erbringen. Der Vorteil dabei ist, dass Supportdienste des gesamten Spitals näher bei der ambulanten Einheit sind. Zudem ist das Personal, das zum Beispiel an einem halben Tag ambulante Operationen durchführt, näher an der stationären Leistungserbringung. So steigt die Flexibilität bei der Einsatzplanung.



Mobile und dezentrale Leistungserbringung:

Einerseits gehen Home-care-Teams, die beispielsweise aus Advanced Nurse Practitioners bestehen, zu den Patienten nach Hause und erbringen komplexe Pflegeleistungen z.B. bei Onkologiepatienten. Andererseits kooperieren die Spitäler mit Gruppenpraxen und Gesundheitszentren. Dabei führen die Spezialisten aus dem Spital, zum Beispiel an einem Tag pro Woche, ihre Spezialsprechstunden am jeweiligen Standort durch und nehmen kleinere Eingriffe vor.



Herausforderungen im ambulanten Bereich

Wird die ambulante Leistungserstellung vom stationären Geschäft abgekoppelt, besteht neben all den positiven Effekten die Gefahr von negativen Synergien. Sind die ambulante und die elektive und stationäre Leistungserbringung räumlich voneinander getrennt, lassen sich Synergien z.B. in Form von Springerfunktionen nicht mehr realisieren.

Ein wichtiges Thema ist die Abgrenzung zu niedergelassenen Ärzten. Stossen die Spitäler immer mehr in den ambulanten Markt vor und erweitern niedergelassene Ärzte ihr Leistungsspektrum aufgrund des medizinischen Fortschritts, kann das bei den niedergelassenen Ärzten zu Verärgerungen führen. So ist es sinnvoll, diese Ärzte bei der Planung der ambulanten Ausbaupläne einzubeziehen, die Schnittstellen zu definieren und gegebenenfalls zu kooperieren. Die Spitäler können somit einen Beitrag leisten bei der Sicherstellung der ambulanten Grundversorgung.

Weiter erfordert die zunehmende ambulante Leistungserbringung auch eine Antwort auf die Fragen der Finanzierung und Tarifierung. Dazu verweisen wir auf unsere Ausführungen in den vorangehenden Kapiteln sowie unsere Studie «Ambulant vor stationär».⁴⁹

Das ambulante Potenzial ist bei Weitem nicht ausgeschöpft

Der ambulante Markt ist also in Bewegung, und die Leistungserbringer führen immer mehr ambulant durch. Allerdings haben wir in unserer Studie «Ambulant vor stationär» aufgezeigt, dass das ambulante Potenzial noch lange nicht ausgeschöpft ist und ein grosses finanzielles Potenzial in Form von Kosteneinsparungen besteht. Im internationalen Vergleich ist der Anteil ambulanter Eingriffe in der Schweiz gering. Basierend auf der Analyse von 13 medizinischen Eingriffen mit den Tarifen und Mengen 2014 sowie Verlagerungsprognosen von stationär zu ambulant bis 2030 haben wir Einsparungspotenziale errechnet und auf alle Eingriffe schweizweit hochgerechnet. Daraus ergab sich ein theoretisches Einsparungspotenzial von rund einer Milliarde Franken pro Jahr.

Ein Hauptgrund für dieses ungenutzte Potenzial sind die aktuellen Tarif- und Finanzierungssysteme. Diese führen dazu, dass Versicherer und Leistungserbringer aus finanzieller Sicht ein nur geringes Interesse haben, das ambulante Potenzial auszuschöpfen. Mögliche Lösungsszenarien sind in der Studie dargestellt.



⁴⁹ «Ambulant vor stationär: Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen», PwC, 2016.

Fallstudie Universitäts- spital Zürich: ambulante Betriebsmodelle

Die Medizin wird ambulant, auch am Universitätsspital Zürich (USZ). In den vergangenen zehn Jahren sind die ambulanten Taxpunkte nach TARMED indexiert auf 183 gestiegen (Basis 100 im Jahr 2005), während die stationären Austritte einen Wert von 126 erreichten. Die Gründe für die starke Zunahme sind vielfältig. Zu nennen sind beispielsweise neue Behandlungsmethoden und -prozesse, eine höhere Nachfrage und kostenbewusste Führungsverantwortliche. Dabei hat die Einführung der Fallpauschalen im stationären Bereich das ambulante Wachstum nicht beschleunigt. Bereits vor 2012 war das Wachstum ambulant deutlich stärker als im stationären Bereich. Die Spitäler übernehmen im ambulanten Bereich eine unerlässliche Versorgungsaufgabe, insbesondere in den Bereichen der ambulanten Notfallversorgung, der spezialisierten ambulanten Untersuchungen und Behandlungen wie auch der teilweise langjährigen Behandlungen in Zusammenhang mit komplexen stationären Eingriffen wie zum Beispiel Transplantationen.

Gleichzeitig sind die Preise im ambulanten Bereich stark unter Druck. Die Entschädigung des ambulanten Taxpunktwertes kennt seit vielen Jahren nur eine Richtung: nach unten. Weiter bilden die Tarife das

ambulante Angebot der Spitäler in vielen Bereichen ungenügend ab. Daher sind nur wenige Spitäler in der Schweiz in der Lage, das ambulante Angebot kostendeckend zu betreiben. Das USZ hat aus diesen Gründen in den letzten Jahren verschiedene Anstrengungen unternommen, um den Verlust im ambulanten Bereich zu verringern. Dazu gehören insbesondere folgende Massnahmen:

- gezielte Analyse der Kostendeckungsgrade je Klinik mittels Kostenträgerrechnung
- Walkthroughs bei ausgewählten Kliniken und entsprechende Anpassung der Organisation und der Abläufe
- Befragung von Patienten zur Identifikation von gezielten Verbesserungsmassnahmen
- lückenlose Aufnahme der Prozesse und Datenflüsse von der Leistungserfassung bis zur Fakturierung
- Verstärkung des Controllings und der Schulung zugunsten einer vollständigen und korrekten Leistungserfassung und Verrechnung
- Bereinigung von Stammdaten wie z.B. Medikamentenstammdaten
- Erhöhung der Verlässlichkeit der Leistungsübermittlung in den Systemen
- Vereinfachung des Inkassos bei ambulanten Selbstzahler-Notfällen und Einführung von Pauschalen

Von grosser Bedeutung wird am USZ zukünftig die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung sein. Das erlaubt es, die Betriebsabläufe, die Personaleinsatzplanung und die Infrastruktur ideal auf die jeweils unterschiedlichen Bedürfnisse anzupassen. Der neue Standort am Flughafen Zürich mit über 10'000 m² ambulanter Versorgung wird hier ab

dem Jahr 2020 stark dazu beitragen, die ambulante Medizin neu zu gestalten. Die Vereinigung unterschiedlichster spezialisierter Diagnose- und Behandlungsmethoden sowie Fachdisziplinen unter einem Dach bringt zudem grosse Chancen in der ambulanten Behandlung von komplexen Krankheitsbildern mit sich. Die teilweise jahrelange Wanderung von Patienten von Spezialist zu Spezialist in verschiedenen Praxen an verschiedenen Orten wird am Flughafen unterbrochen. Hier finden sich alle Spezialisten vor Ort. Damit sollen bessere Resultate in der Behandlung dieser Patienten erreicht werden, was grosses Potenzial an Einsparungen bei den Gesundheitskosten mit sich bringt.







Fallstudie Kantonsspital Baselland und Universitäts- spital Basel: die Tagesklinik für operative und interventio- nelle Eingriffe (TOP)

Im September 2016 haben sich die Regierungsräte von Basel-Landschaft und Basel-Stadt für eine Zusammenführung des Kantonsspitals Baselland (KSBL) und des Universitätsspitals Basel (USB) ausgesprochen. Eine wesentliche Massnahme im Rahmen der Zusammenführung ist die Neuordnung der Leistungsangebote je Standort sowie die anstehende Modernisierung der Strukturen der neuen gemeinsamen Spitalgruppe.

Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf dem Standort Bruderholz, da hier eine innovative, grundlegende Neuausrichtung vollzogen werden soll. So wird der Standort von einem akutsomatischen Grundversorger zu einem spezialisierten Gesundheitscampus mit ambulanter und stationärer elektiver Orthopädie, ambulanter und stationärer Rehabilitation, einer Permanence sowie einer Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP)

weiterentwickelt werden und so dem Trend der zunehmenden Ambulantisierung Rechnung tragen. Es werden künftig ausgesuchte elektive ambulante Fälle der Spitalgruppe im TOP konzentriert und im Gegenzug stationäre Fälle an den Standorten Basel und Liestal erbracht. Konkret bedeutet dies, dass im TOP am Standort Bruderholz elektive ambulante Operationen und Interventionen inklusive allfälliger kurzfristiger Nachbetreuung bis 24 Stunden durchgeführt werden. Vor- und Nachbehandlungen dieser Eingriffe werden am wohnortsnahen Standort für den Patienten durchgeführt.

Die Spitalgruppe rechnet für die TOP auf Basis der bisherigen Fallzahlen der vier Standorte mit mehr als 8'000 chirurgischen Eingriffen und mehr als 6'000 Interventionen aus anderen Fachdisziplinen pro Jahr. Im weiteren Verlauf wird eine Steigerung der Fallzahlen aufgrund zusätzlicher Verschiebungen in den ambulanten Bereich erwartet. Damit verfügen KSBL und USB gemeinsam über die kritische Masse an Fällen, die es erlaubt, ein spezifisches Angebot für diese planbaren Eingriffe anbieten zu können.

Durch die Entflechtung der ambulanten von den stationären Behandlungen ist die neue Spitalgruppe in der Lage, die Behandlungsqualität durch Spezialisierung, einen höheren Standardisierungsgrad sowie «sortenreines» Operieren zu verbessern und schlankere Patientenprozesse mittels einer spezifisch dafür ausgerichteten Infrastruktur umzusetzen, was zu einer Erhöhung der Effizienz führt. Gleichzeitig wird die Effizienz der stationären Behandlungen in der Spitalgruppe verbessert, da die Prozesse auch dort homogener werden und durch die Reduktion der Standorte stationäre Vorhalteleistungen insgesamt abgebaut werden können.

Die Kombination mit elektiver Orthopädie und Rehabilitation auf dem Bruderholz garantiert Patienten zudem die einfache Weiterführung ihrer Therapie innerhalb desselben Gesundheitscampus. So können Patienten beispielsweise nach einem Aufenthalt auf der Normalstation direkt in die eigene Rehabilitation wechseln. Ambulante Angebote der Rehabilitation werden natürlich weiterhin wohnortsnah erbracht, sodass für Patienten kurze Wege möglich sind.



7. Fazit und Ausblick

Der wirtschaftliche Druck auf die Spitäler in der Schweiz nimmt weiter zu. Gleichzeitig gewinnt die Unternehmensführung mit finanziellen Kennzahlen an Bedeutung. EBITDA-Margen bleiben zentrale Kerngrössen, für die nach wie vor ein minimales Ziel von 10,0% in der Akutsomatik und 8,0% in der Psychiatrie als erstrebenswert gilt. Für die EBITDAR-Marge liegen die Zielwerte höher, wobei die Konditionen des Mietvertrags den Aufschlag definieren. Auch im momentanen Niedrigzinsumfeld bleiben die Margenziele bestehen, da Investitionen langfristig ausfinanziert werden müssen.

Das Umsatzwachstum im Gesundheitswesen und damit das Kostenwachstum aus volkswirtschaftlicher Sicht hält weiterhin an. Dabei wächst der ambulante Bereich deutlich stärker als der stationäre. Auch im internationalen Vergleich lassen sich die Tendenzen aus der Schweiz bestätigen. Mit dem demografischen Wandel und dem anhaltenden technologischen Fortschritt gehen wir für die Zukunft von einem weiteren Umsatzwachstum aus. Dabei kann den Spitalern nicht der Vorwurf von Ineffizienz gemacht werden, sofern sich an den bestehenden (fehlenden oder falschen) Anreizstrukturen des KVG bzw. den Tarifen nichts ändert.

Die Profitabilitätskennzahlen in der Akutsomatik stagnieren nach wie vor. Während die EBITDA-Marge weiter leicht sinkt und bei 5,9% liegt, hat sich die EBITDAR-Marge leicht positiv entwickelt und liegt bei 8,4% im Mittel. Offensichtlich sind sehr kleine Spitäler (<200 Betten) sowie grosse und sehr grosse Spitäler (≤450 Betten) etwas unrentabler als mittelgrosse. Dies lässt sich teilweise mit effizienteren Prozessen und klarer strategischer Ausrichtung bei geringen Komplexitätskosten erklären. Andererseits ist der Vergleich durch die divergierenden Leistungsaufträge, die den grossen Spitalern kostenintensive Leistungen (z.B. universitäre Spitzenmedizin) zuweisen, verzerrt.

Auch vier Jahre nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung ist keine Kostendämpfung im Gesundheitssystem eingetreten. Darum haben wir die KVG-Revision zur Spitalfinanzierung auf ihre Wirksamkeit untersucht. Dabei stellen wir fest, dass beim Thema Qualität weitgehende und bei der Transparenz teilweise Verbesserungen erreicht wurden. Beim Hauptziel der Kostendämpfung sehen wir wenig Positives. Die Ursachen liegen im Wesentlichen in den Fehlanreizen, die das Mengenwachstum nicht einschränken, die Ambulantisierung verzögern und zu einer Überversorgung von Zusatzversicherten Patienten führen. Als Ansätze sehen wir insbesondere Massnahmen zur Reduktion von finanziellen Anreizen in den stationären und ambulanten Tarifsyste-men. Falls dies gelingt, rücken einschneidende zusätzliche regulative Massnahmen und Rationierungsmassnahmen in den Hintergrund.

In der Psychiatrie steigt der wirtschaftliche Druck ebenfalls. Allerdings ist die EBITDA-Marge nach dem schwachen letzten Jahr (5,8%) wieder auf das Niveau von 2013 gestiegen und erreichte 6,4% im Jahr 2015. Gerade in der Psychiatrie ist die Zukunft sehr unsicher. So bestätigt uns der CEO der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, dass die Auswirkungen des Tarifsystems TARPSY, das per 2018 eingeführt werden soll, noch nicht abschätzbar sind. Es scheint jedoch offensichtlich, dass sich der Markt auch in der Psychiatrie konsolidieren wird, sei es mit Kooperationen oder Zusammenschlüssen. Zudem werden die Ambulantisierung und verstärkte integrierte Versorgung dafür sorgen, dass der Patient weiter ins Zentrum rückt.

Sowohl in der Psychiatrie wie auch in der Akutsomatik müssen die Kosten aufgrund des steigenden öffentlichen Drucks gesenkt werden. Wir haben die wesentlichen Treiber aufgezeigt, über die sich die Ergebnisse verbessern liessen. Im Weiteren haben wir ausgeführt, wie wir ein Ergebnisverbesserungsprojekt typischerweise aufsetzen.

Auch wenn der Trend der Ambulantisierung in den Tarifsyste-men momentan noch nicht abgebildet ist, zeigen sich einige Spitäler innovativ. Sie versuchen mit neuartigen Betriebskonzepten die Ambulantisierung voranzutreiben und den Druck auf den Gesetzgeber zu erhöhen. Neben den dargestellten Fallstudien liessen sich zahlreiche weitere Beispiele aufführen, wie Spitäler in den ambulanten Markt eindringen.

Fortsetzung folgt

Auch in den nächsten Jahren steht das Gesundheitswesen vor spannenden Herausforderungen. Neue Tarife im ambulanten Bereich sowie in der Psychiatrie werden weiterhin für Veränderungen sorgen. Gerne informieren wir Sie auch nächstes Jahr wieder darüber, wie sich die Leistungsfähigkeit der Spitäler und auch das Umfeld im Gesundheitswesen verändert. Mit dieser Studienserie möchten wir Ihnen ein transparentes Instrument in die Hand legen, mit dem Sie fundierte strategische und politische Entscheide treffen können.

8. Anhang

Stichprobe

Die vorliegende Studie haben wir in Eigenregie durchgeführt. Basis unserer Untersuchung waren die publizierten Jahresrechnungen von 2007 bis 2015 von 28 akutsomatischen Spitälern. Für die Stichprobe wurden Spitäler und Psychiatrien ausgewählt, für die ein Jahresabschluss bestehend aus Erfolgsrechnung und Bilanz vorlag. Die Studie erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität für das Schweizer Gesundheitswesen. Im Verlauf der letzten Jahre haben immer mehr Spitäler ihre Jahresrechnung auf Swiss GAAP FER umgestellt. Durch die Umstellung der Rechnungslegung haben sich einige Kennzahlen rückblickend verändert, die grundsätzlichen Erkenntnisse wurden dadurch jedoch nicht beeinflusst.

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

Für die Berechnung der Kennzahlen haben wir die publizierten Geschäftsberichte der folgenden elf Psychiatrien ausgewertet. Die Stichprobe wird jährlich ausgeweitet, wenn zusätzliche Finanzberichte zur Verfügung stehen.

Psychiatrien (Stichprobe: 11)		
Clinique Genevoise de Montana	Psychiatrie Baselland	Psychiatrische Dienste Aargau AG
Klinik Barmelweid AG	Psychiatrische Klinik Zugersee	Kantonale Psychiatrische Dienste – Sektor Nord
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit	Klinik SGM Langenthal
Luzerner Psychiatrie	Centre Neuchâtelois de Psychiatrie	

Median- und Durchschnittswerte

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

Verwendete Kennzahlen

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

Quellenverzeichnis

- Bagatellen im Notfall: Bezahl-Schranke als Lösung?, Medinside, 7. Oktober 2016
- Beschäftigung dank neuer Bürokratie, NZZ, 27. September 2016
- Bundesamt für Gesundheit (2014): Kernelemente der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung
- Bundesamt für Gesundheit (2016): Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen eindämmen
- Bundesamt für Gesundheit (diverse Jahrgänge): Kennzahlen der Schweizer Spitäler
- Bundesamt für Statistik (diverse Jahrgänge): Krankenhäuser
- Bundesamt für Statistik (diverse Jahrgänge): Medizinische Statistik der Krankenhäuser
- Bundesrat (2012): Antwort auf Interpellation von Ruth Humbel
- Bundesrat (2016): Mengenwachstum im Gesundheitswesen eindämmen, zusätzliche Massnahmen sind nötig
- Capital IQ für Finanzdaten zu den europäischen Spitalgesellschaften, www.bloomberg.com/
- Clinicum 3-15 (2015): Fehlsteuerung, Fehlanreize – und wer zahlt die Zeche?
- «Endlich die Fehlanreize beseitigen», NZZ, 26. September 2016
- Felder (2016): Tarif- und Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlichen Spitätern und Privatkliniken; Schlussbericht
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2016): Spitalplanung
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (2016): Versorgungsbericht 2015
- gfs. Bern (2015): Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert
- Interpharma (2016): Swiss Health Care and Pharmaceutical Market
- Jahresberichte 2012 bis 2015 der untersuchten akutsomatischen Spitäler
- Jahresberichte 2012 bis 2015 der untersuchten psychiatrischen Spitäler
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2009): Erläuterungen zum Regelleistungsvolumen
- MergerMarket-Daten zu historischen Transaktionen von Spitätern in Europa
- Meyer, Beatrix, und Rohner, Barbara (2015): FMH-Tagung – Mengenausweitung aufgrund von DRG?, SÄZ, 31–32.
- Polynomics (2013): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik
- Polynomics (2013): Spital-Protektionismus kommt teuer zu stehen
- Polynomics (2015): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015
- PwC (2010): Spitalimmobilien: Hoher Investitionsbedarf, unsichere Finanzierung
- PwC (2012): Schweizer Spitäler: Den Finanzen auf den Puls gefühlt
- PwC (2013): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2012
- PwC (2014): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2013
- PwC (2015): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2014
- Santésuisse: Ungebrochenes Kostenwachstum bei den ambulanten Behandlungen, Communiqué vom 16. September 2016.
- Schweizerische Eidgenossenschaft: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand 1. Juli 2013), Bern
- «Unzufriedene Patienten? Ein Segen für die Qualität», Aebi, Jürg in Influence, 26. August 2016
- «Vermeintliche Privatisierung, Klassenkampf am Spitalbett», NZZ, 23. August 2016.
- «Zusatzversicherungen von Krankenkassen haben üble Nebenwirkungen», Aargauer Zeitung, 16. Oktober 2016

9. Kontakte



Patrick Schwendener
Director, Head Deals Healthcare
+41 58 792 15 08
patrick.schwendener@ch.pwc.com



Philip Sommer
Director, Head Advisory Healthcare
+41 58 792 75 28
philip.sommer@ch.pwc.com

Mitautoren

Brigitte Bieri
Senior Manager, Corporate Finance/Valuation
+41 58 792 29 49
brigitte.bieri@ch.pwc.com

Dr. Marc Schulthess
Manager, Advisory Healthcare
+41 58 792 75 05
marc.schulthess@ch.pwc.com

Marius Obrist
Consultant, Corporate Finance/Valuation
+41 58 792 37 09
marius.obrist@ch.pwc.com

Paul Sailer
Consultant, Advisory Healthcare
+41 58 792 78 46
paul.sailer@ch.pwc.com

Weitere Kontakte

Rodolfo Gerber
Partner, Leiter Branchensektor Gesundheitswesen
+41 58 792 55 36
rodolfo.gerber@ch.pwc.com

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

David Roman
Director, Health- und Pharma-Prozesse und IT
+41 58 792 77 90
david.roman@ch.pwc.com

Axel Timm
Partner, Health IT
+41 58 792 27 22
axel.timm@ch.pwc.com

Niklaus Honauer
Partner, Steuern Gesundheitswesen
+41 58 792 59 42
niklaus.honauer@ch.pwc.com

