



Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2017

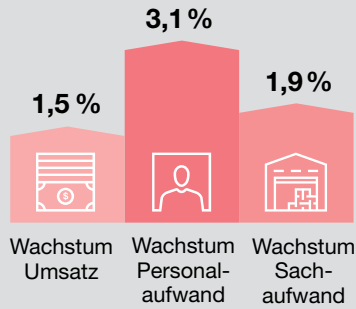
Trendwende in der Versorgung –
neue Strukturen sind gefragt

Vergleich der wichtigsten Kennzahlen von Schweizer Spitätern,
siebte Ausgabe

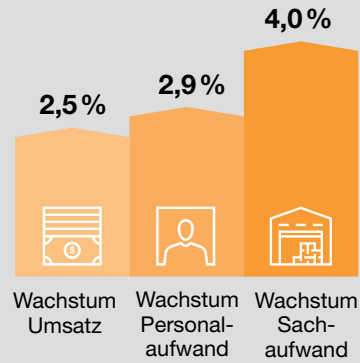
Akutsomatik

Psychiatrie

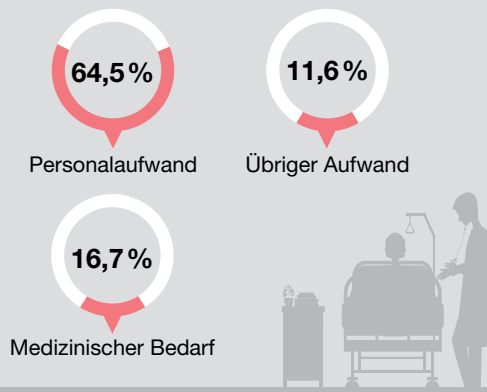
Wachstumsraten im Jahr 2017



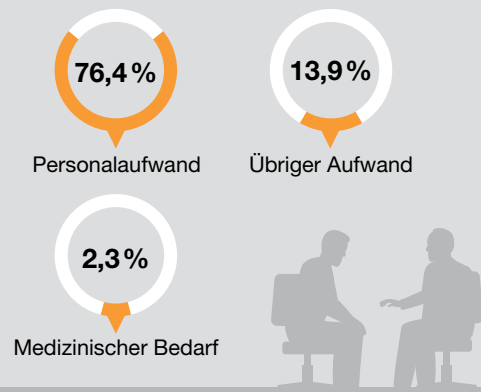
Wachstumsraten im Jahr 2017



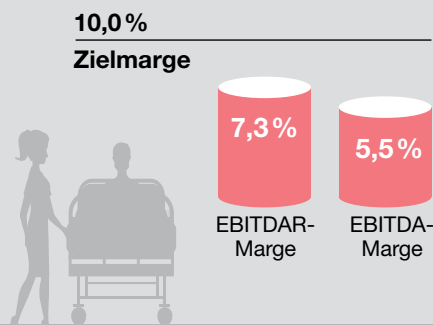
Kostensplit im Jahr 2017 (in % vom Umsatz)



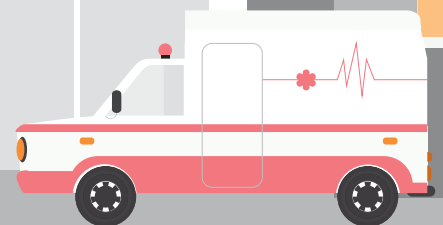
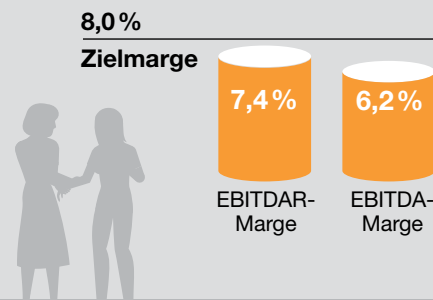
Kostensplit im Jahr 2017 (in % vom Umsatz)



Profitabilitätsmargen im Jahr 2017



Profitabilitätsmargen im Jahr 2017



Inhalt

Zum Auftakt	5	Teil D: Alters- und Pflegeheime	38
Teil A: Akutsomatik	6	Der Markt im Überblick	38
Der Markt im Überblick	6	Versorgungsvielfalt dominiert	39
Weitreichende Angebotsvielfalt	8	Finanzierung nicht einheitlich geregelt	40
Finanzielle Gesundheit der Schweizer Akutspitäler	10	Ausblick: Ambulant UND stationär	40
Gedankenreise in die Versorgungslandschaft von übermorgen	16	Exkurs: Zukunftsmodelle im Alters- und Pflegemarkt bei der Thurvita AG	42
Exkurs: «from volume to value»	24	Drei Fragen an Alard du Bois-Reymond, CEO Thurvita AG	43
Drei Fragen an André Zemp, Spitaldirektor der Zürcher Stadtspitäler Triemli und Waid	27	Teil E: Zurück- und vorwärtsgeblickt	44
Teil B: Psychiatrien	28	Anhang	46
Der Markt im Überblick	28	Weitere Informationen	46
Wachstum und stationärer Bereich stocken	28	Stichprobe	46
Hohe Personalkosten drücken die Profitabilität	29	Median- und Durchschnittswerte	47
Neues Tarifmodell seit 2018	30	Kennzahlen	47
Teil C: Rehabilitation	32	Quellenverzeichnis	47
Der Markt im Überblick	32	Fussnotenverzeichnis	48
Aktuelle strategische und organisatorische Herausforderungen	33	Abkürzungen und Glossar	49
Ausblick zur Marktentwicklung	34	Kontakte	50
Exkurs: Integrierte Versorgung durch die Zusammenarbeit der Rehaklinik Bellikon (RKB) und des UniversitätsSpitals Zürich	34		
Drei Fragen an Dr. Gianni Roberto Rossi, CEO Rehaklinik Bellikon (RKB), und Katja Bruni, Direktorin Pflege und MTTB USZ a.i.	36		

A photograph of two men in business attire (suits and white shirts) engaged in a conversation. The man on the left has a full beard and is looking towards the man on the right. The man on the right is wearing glasses and is also looking towards the man on the left. In the background, a whiteboard is visible with some faint, illegible text and diagrams. The text is overlaid on the image in white font on a red background.

Das Schweizer
Gesundheitswesen
steht vor einer
Trendwende.

Zum Auftakt

Liebe Leserin, lieber Leser

Das Schweizer Gesundheitswesen steht vor einer Trendwende. Die bisherigen Wachstumsstrategien funktionieren vielfach nicht mehr. Die Zukunft gehört regionalen Versorgungsnetzwerken, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren und wirtschaftlich langfristig tragbar sind.

Mit der vorliegenden Studie zur finanziellen Gesundheit von Schweizer Spitälern setzen wir uns mit den Gründen für diesen Umbruch und mit denkbaren Zukunftsentwicklungen auseinander. Wir ergänzen unsere Studienreihe seit 2011 um die siebte Ausgabe. Dazu gehen wir den folgenden Themen auf den Grund:

In **Teil A** widmen wir uns der Akutsomatik, dem grössten Teilmarkt des Schweizer Gesundheitswesens. Wir geben einen Überblick über die wesentlichen Treiber für aktuelle und künftige Entwicklungen. Zudem befassen wir uns mit dem Status quo im akutsomatischen Markt und zeigen die unterschiedlichen regionalen Entwicklungen im Vergleich zum Ausland auf.

Wir legen dar, wie sich die finanzielle Gesundheit der Schweizer Spitäler im Jahr 2017 entwickelt hat. Der Margendruck ist erneut gestiegen, und die Spitäler schneiden im Durchschnitt schlechter ab als im Vorjahr. Das stationäre Mengenwachstum hat sich zugunsten des ambulanten Bereichs aus volkswirtschaftlicher Sicht erfreulicherweise abgeschwächt. Für viele Spitäler, insbesondere diejenigen mit abgeschlossenen oder laufenden Bauprojekten, stellt diese Umwälzung tiefgreifende Herausforderungen dar.

Des Weiteren wagen wir einen Ausblick auf die zukünftigen Versorgungsstrukturen der Schweiz. Dabei entwickeln wir die Gedanken aus unserer letztjährigen Finanzstudie weiter. Wir gehen davon aus, dass sich die Schweizer Akutspitäler verstärkt über integrierte Leistungsangebote innerhalb grösserer Versorgungsregionen positionieren. In diesem Kapitel skizzieren wir, wie diese konkret aussehen könnten.

In **Teil B** stellen wir die finanzielle Entwicklung der Psychiatrien dar. Auch hier kommen neue Aufgaben auf die Leistungserbringer zu. Interessant wird insbesondere die Auswirkung von TARPSY. Was die neue Abrechnung bedeutet, wird zum ersten Mal in unserer Studie über die Finanzen des Jahres 2018 zu sehen sein.

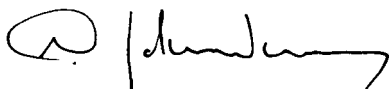
In **Teil C** nehmen wir erstmals den Teilmarkt der Rehabilitation in unsere Untersuchungsreihe auf. Auch hier gehen wir auf neue, integrierte Versorgungsmodelle ein.

Teil D ist ebenfalls neu und beschreibt den Teilmarkt der Alters- und Pflegeheime sowie deren Entwicklungen. Dieser Teilmarkt gerät ebenfalls zunehmend unter Druck. Für eine integrierte Versorgungssicht stellt er ein Kernelement des Schweizer Gesundheitswesens dar.

Mit einem kurzen Fazit in **Teil E** runden wir unsere Betrachtungen ab.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Ihre PwC



Patrick Schwendener
Director
Leiter Deals Gesundheitswesen

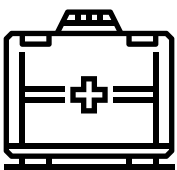


Philip Sommer
Partner
Leiter Beratung Gesundheitswesen

Teil A

Akutsomatik

Zukunft gehört integrierten Versorgungsregionen



Der Markt im Überblick

Das Gesundheitswesen rückt immer stärker in ein Spannungsfeld zwischen Qualität, Patientenzentrierung und Wirtschaftlichkeit. Nachfolgend legen wir die relevanten Treiber für diese Tendenzen dar.

Spannungsfeld mit drei Polen – Qualität, Patientenorientierung, Wirtschaftlichkeit

Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit erhöhen den Anpassungsdruck auf die Gesundheitsversorgung und dominieren bisweilen die öffentliche Wahrnehmung. Allerdings wirkt sich nicht allein der Kostendruck auf die Gesundheitsversorgung und die Versorgungsstruktur aus. Wachsende Patientenanforderungen, der technologische Wandel und beschränkte Ressourcen stellen die Leistungserbringer ebenfalls vor die Aufgabe, insbesondere bei der Qualität und Patientenzentrierung neue Wege zu gehen.

In dieser Studie stellen wir ein Versorgungsmodell für die Schweiz vor, das den akuten Handlungsdruck erfolgreich bewältigt und dem Anspruch an Qualität, Patientenzentrierung und Wirtschaftlichkeit gerecht wird. Wir konzentrieren uns auf die Akutsomatik – im Wissen, dass auch die Psychiatrie, Rehabilitation, Alters- und Pflegeheime und Spezialkliniken eine integrierte Versorgung stärken. Unser Versorgungsmodell ist frei von bestehenden Systemzwängen und basiert auf den drei Zielsetzungen Qualität, Patientenzentrierung und Wirtschaftlichkeit.

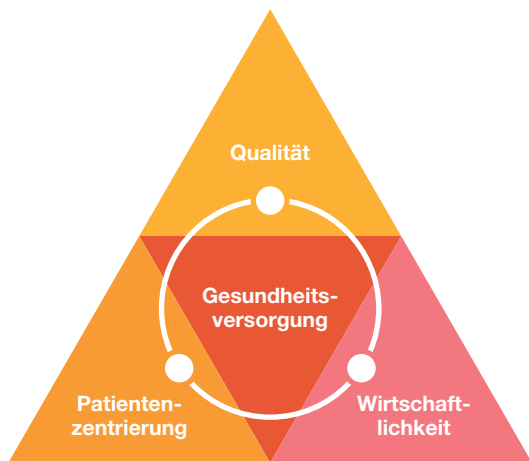


Abbildung 1: Dreifache Anforderungen an die Schweizer Gesundheitsversorgung (Quelle: PwC-eigene Darstellung)

Finanzieller Druck hält an

Wirtschaftlichkeit steht fast täglich öffentlich zur Debatte. Sie ist Gegenstand von regulatorischen Eingriffen und Massnahmen von Bund und Kantonen, die die nachhaltige Finanzierung unserer Gesundheitsversorgung sicherstellen wollen. Trotz des Wechsels zum DRG-System 2012 und mehrerer bundesrätlicher Eingriffe in die ambulante Tarifstruktur steigen die Gesundheitskosten je Einwohner weiterhin an.¹ Die Leistungen der obligatorischen Krankenkassenversicherung sind 2017 deutlich weniger stark gewachsen als in den Vorjahren. Dazu beigetragen haben leicht sinkende Fallpreise sowie die Anpassung der kantonalen Kostenbeteiligung auf mindestens 55 Prozent.²

Wie sich die Gesamtkosten des schweizerischen Gesundheitswesens entwickeln werden, bleibt abzuwarten. 2018 dürften die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben die 10'000-Franken-Marke erstmals überschreiten.³ Zurzeit befinden sich neue Massnahmen in der Vernehmlassung, die die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung stabilisieren sollen. Darunter befinden sich Vorschläge für eine systematische Kostenkontrolle, das Einschalten eines nationalen Tarifbüros, ein Referenzpreissystem für Generika sowie die Reduktion des Rollenkonflikts der Kantone. Insgesamt möchte der Bundesrat damit jährlich mehrere Hundert Millionen Franken sparen.⁴

Andere Massnahmen auf kantonaler Ebene zielen auf eine Leistungsverlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich und auf eine Konzentration auf spezialisierte Medizin ab und sind bereits umgesetzt. Dazu gehören die Einführung von kantonal geregelten ambulanten Listen⁵ (per 2019 wird zudem eine ambulante Liste auf Bundesebene in Kraft treten) und von Mindestfallzahlen. Bei Letzteren nimmt die Gesundheitsdirektion Zürich eine Vorreiterrolle ein. Per 2019 beziehen sich die Vorgaben zu Mindestfallzahlen nicht nur auf Spitäler, sondern auch auf einzelne Chirurgen. Insgesamt belasten die regulatorischen Eingriffe das finanzielle Ergebnis der Spitäler.

Patienten- und Qualitätsanforderungen steigen

Auch zu den Themen **Qualität** und **Patientenzentrierung** laufen politische Bestrebungen. Die Strategie des Bundes «Gesundheit2020» zielt auf mehr Qualitäts- und Patientensicherheit ab. Der Fortschritt in der medizinischen Qualität und in der Patientenzentrierung wird jedoch vor allem durch die wandelnden Patientenbedürfnisse geprägt (vgl. letztjährige Studie).⁶

Der Patient von heute sieht sich als gleichberechtigter Partner und möchte in die Entscheidungsfindung einbezogen werden (partizipative Entscheidungsfindung oder «shared decision making»).

Darüber hinaus erwartet er eine medizinische Behandlung, die auf ihn zugeschnitten ist. Gleichzeitig ist er mobiler geworden. Er sucht gezielt nach dem Leistungserbringer, von dem er die statistisch bestmögliche Behandlungsqualität erwartet. Dafür ist er auch bereit, längere Fahrzeiten in Kauf zu nehmen.⁷ Mehr Transparenz ist dabei entscheidend (zum Beispiel veröffentlicht der Kanton Zürich die Liste von Operateuren, die die vorgegebenen Mindestfallmengen erreichen).⁸

Technologische Innovationen begünstigen den Trend hin zur patientenzentrierten Medizin. Auch Pharmaunternehmen setzen zunehmend auf personalisierte Medizin und richten ihr Produktportfolio neu aus.⁹ Der technische Fortschritt ermöglicht es zudem, das aufkommende Bedürfnis für virtuelle und telemedizinische Dienstleistungen zu decken.

Antworten der Gesundheitsversorger – Konsolidierung steht bevor

Der finanzielle Druck auf das Gesundheitssystem sowie die sich rasch ändernden Patientenbedürfnisse zwingen die Spitäler zum Umdenken. Die stetige Konsolidierung der Branche (vgl. Abbildung 3) sowie die zunehmende Bereitschaft, sich mit integrierten Leistungsangeboten innerhalb von grösseren Versorgungsregionen zu positionieren, sind erste Anzeichen dafür, dass sich der Markt bewegt. Es stellt sich die Frage, wann und in welcher Ausprägung der Strukturwechsel spürbar wird. Wir meinen: Eine Strukturbereinigung ist unausweichlich, wenn die oben genannten Ziele erreicht werden sollen. Strategische Gremien, Geschäftsleitungen und Eigentümer von Spitälern sollten mutige Entscheide treffen – am besten noch heute.

Weitreichende Angebotsvielfalt

Die akutsomatischen Anbieter versorgen die 8,5 Millionen Schweizer Einwohner mit einer umfassenden Grundversorgung und spezialisierten Gesundheitsleistungen.¹⁰ Der Markt für akutsomatische Einrichtungen beläuft sich auf 22,8 Mrd. CHF.¹¹ Das entspricht 28,3 Prozent der viel zitierten 80 Mrd. CHF, die das Gesundheitswesen jährlich volkswirtschaftlich kostet. Über die letzten fünf Jahre ist der Markt im Schnitt um 3,8 Prozent jährlich gewachsen. Die stationären Fallzahlen liegen in der Schweiz bei rund 1,3 Millionen. In 163 akutsomatischen Spitälern (bzw. Spitalgruppen oder Netzwerken) werden mit insgesamt 23'250 Betten akutsomatischen Betten rund 7 Millionen

Pflegedage erbracht. Die Bettenauslastung liegt bei durchschnittlich 82 Prozent. Über ein Viertel der Spitäler betreibt mehrere Standorte – total gibt es 235 Spitalstandorte. In dieser Zahl enthalten sind auch rein elektive Spitäler, die keinen Notfalldienst anbieten und die für die Versorgungssicherheit weniger oder gar nicht relevant sind.

Die Schweizer Spitallandschaft weist also eine hohe Leistungsdichte auf: Pro 1000 Einwohner stehen 2,7 Spitalbetten zur Verfügung, wobei regionale Unterschiede bestehen.¹² Ungeachtet der Bevölkerungsdichte zeigt sich um den Genfersee, Zürichsee, in der Region Basel sowie im Einzugsgebiet der Stadt St. Gallen eine Vielzahl von Spitalstandorten (vgl. Abbildung 4).

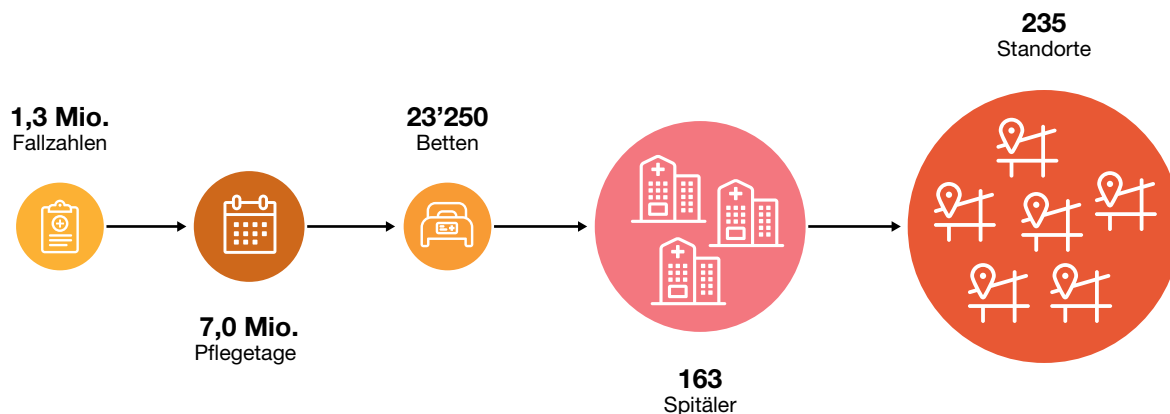


Abbildung 2: So sieht die Akutsomatik in Zahlen aus (Datenquelle: BAG)

Die durchschnittliche Spitalgrösse liegt bei 143 Betten, pro Standort sogar bei unter 100 Betten. Im internationalen Vergleich der Bettenzahl sind Schweizer Spitäler klein, obwohl seit geraumer Zeit Schweizer Spitalbetriebe

fusionieren und die absolute Zahl zurückgeht. Die Anzahl Zentrums- und Grundversorger – also versorgungsrelevanter Spitäler mit Notfall – ist von 184 Betrieben im Jahr 2000 auf 102 im Jahr 2016 gesunken (vgl. Abbildung 3).¹³

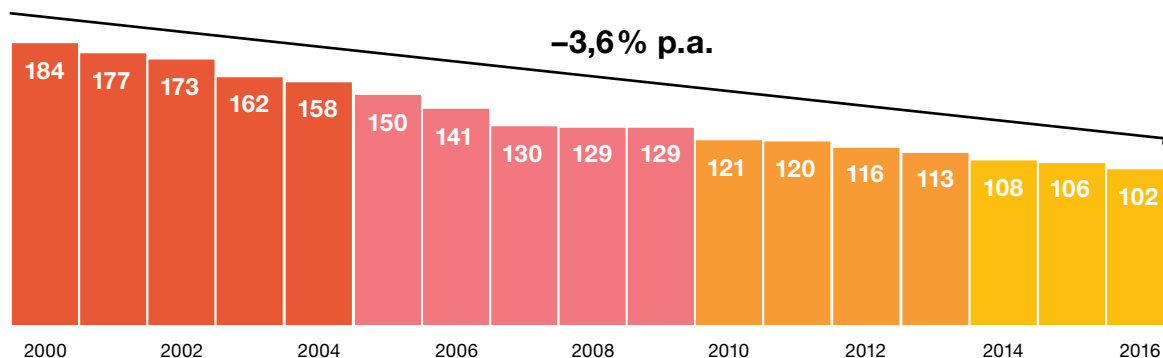


Abbildung 3: Die Zahl der Zentrums- und Grundversorger (juristische Personen) in der Schweiz ist von 2000 bis 2016 kontinuierlich gesunken (Datenquelle: BAG)

Mit ihrem dichten Angebot können die Spitäler aktuell eine hohe Versorgungssicherheit gewährleisten. Diese soll in der kantonalen Spitalplanung zum Tragen kommen. Der Kanton Bern beispielsweise schreibt vor, dass ein Spital mit Grundversorgungs- und Notfallangebot für 80 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten mit dem motorisierten Individualverkehr erreichbar sein muss. Im Weiteren dürfen Spital und die zu versorgende Gemeinde höchstens 50 Strassenkilometer auseinanderliegen.¹⁴

Muss ein Einwohner in der Schweiz ins Spital, so braucht er im Durchschnitt zehn Minuten Fahrzeit. Damit ist die Versorgungssicherheit in der Schweiz aktuell mehr als gewährleistet.

Heute erreichen gemäss unserer Datenanalyse 94 Prozent der Schweizer Bevölkerung einen der insgesamt 235 akutsomatischen Standorte innerhalb von 30 Minuten (vgl. Abbildung 5).¹⁵

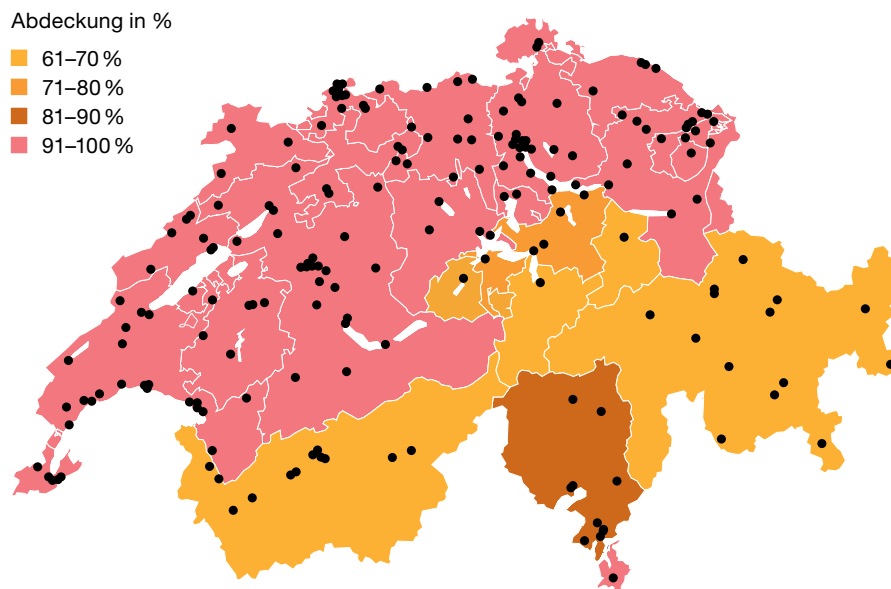


Abbildung 4: Erreichbarkeit der Akutspitäler innerhalb von 30 Minuten mit dem Individualverkehr (2016), (Quelle: PwC-eigene Darstellung)

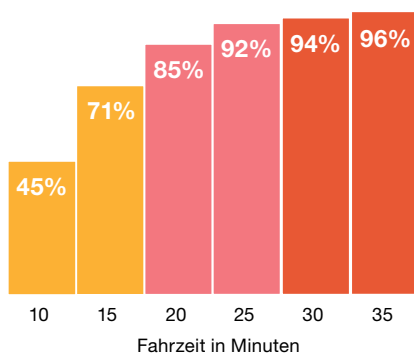


Abbildung 5: Spitalabdeckung der Schweizer Bevölkerung in verschiedenen Kategorien von Fahrzeiten (in %), (Quelle: PwC-eigene Darstellung)

Finanzielle Gesundheit der Schweizer Akutspitäler

2017 war bereits das sechste Jahr nach dem Start der neuen Spitalfinanzierung. In dieser Zeit hat sich der Wettbewerb intensiviert. Das zwingt die Spitäler, eine klare Positionierung voranzutreiben. Aktuell stehen einige grosse Akutspitäler kurz vor der Eröffnung ihrer Neubauten oder haben den Festakt bereits vollzogen. Spitäler müssen ihre Investitionen bekanntlich ohne Zuschüsse eigenständig finanzieren. Auch nach dem Bau sind noch immer Agilität und Flexibilität gefragt. Um das finanziell zum Ausdruck zu bringen, eignet sich ein von uns bereits 2011 berechneter Richtwert von 10 Prozent der EBITDAR-Marge¹⁶. Dieser Zielwert hat sich im aktuellen Kontext bewährt und sich in der Branche etabliert.

Wie bereits in den Vorjahren analysieren wir auf den folgenden Seiten die Schlüsselkennzahlen und quantitativen Marktentwicklungen des Schweizer Gesundheitswesens. Unsere Stichprobe umfasst 45 Akutspitäler mit mindestens einem Vertreter aus nahezu allen Kantonen. Die untersuchten Akutspitäler erreichen einen Gesamtumsatz von 17,8 Mrd. CHF. Das entspricht einem Anteil von rund 78 Prozent aller Schweizer Akutsomatikspitäler. In der Stichprobe ist der öffentliche Sektor mit 43 Institutionen überproportional vertreten.

Unsere Auswertungen basieren grundsätzlich auf den publizierten Jahresrechnungen der untersuchten Spitäler. Einzelne Informationen fragen wir jeweils zusätzlich nach (z.B. die Unterscheidung des stationären und ambulanten Wachstums), wenn diese nicht aus der Jahresrechnung ersichtlich werden. Weil die verfügbaren Informationen unterschiedlich detailliert ausgewiesen sind, kann die Stichprobengrösse je nach ausgewerteter Kennzahl leicht

variieren. Ebenfalls können sich einige Kennzahlen aus den Vorjahren aufgrund von rückwirkenden Anpassungen der Jahresabschlüsse (Restatements) oder bisher nicht verfügbaren Detailangaben verändern. Wir berücksichtigen jeweils sämtliche verfügbaren rückwärtsgerichteten Daten. Dadurch ändern sich an manchen Stellen die Vergangenheitsdaten im Vergleich zu früheren Studien; deren grundsätzliche Erkenntnisse bleiben jedoch unbeeinflusst.

Trendwende im stationären Bereich – Fallzahlen stagnieren

2017 läutet möglicherweise eine Trendwende in der Akutsomatik ein. Bis anhin zeigte sich seit 2013 ein relativ stabiles jährliches Umsatzwachstum von rund 3,0 bis 4,0 Prozent (der hohe Anstieg von 2011 auf 2012 war systembedingt und wird entsprechend nicht berücksichtigt). Das Wachstum war dabei insbesondere durch jährlich steigende Leistungsmengen begründet. 2017 hingegen konnten die Akutspitäler mit 1,5 Prozent Umsatzwachstum weniger als halb so stark zulegen wie in den Vorjahren. Bei näherer Betrachtung wird deutlich, dass das positive Gesamtwachstum aus dem Wachstum der ambulanten Erträge hervorging: **Während der ambulante Bereich mit 5,0 Prozent wie schon in den Vorjahren ein signifikantes Umsatzwachstum erfuhr, stagnierte der stationäre Bereich zum ersten Mal seit sechs Jahren** (vgl. Abbildung 6). Dieses Resultat werten wir als starkes Indiz für eine Trendwende.

Rein stationäre Wachstumsstrategien kommen aus der Mode und sind finanziell immer weniger lohnend bzw. nicht realisierbar. Davon ausgenommen sind selbstverständlich stationäre Wachstumsstrategien als Folge von Übernahmen (Branchenkonsolidierung, also die Akquisi-

Umsatzwachstum Akutspitäler

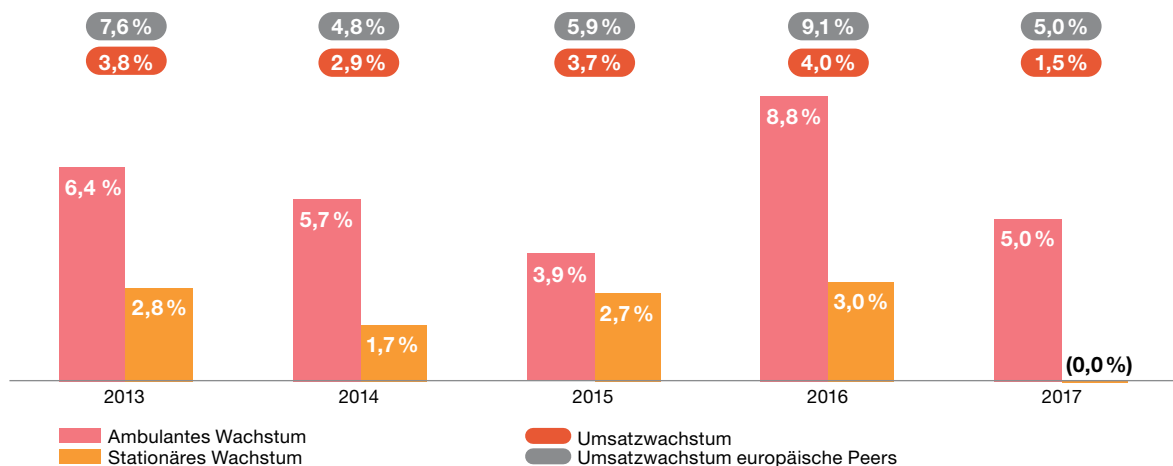


Abbildung 6: Umsatzwachstum der Schweizer Akutsomatik, aufgeteilt nach ambulanten und stationären Erträgen (Medianwerte)

tion bestehender Fälle) oder bei Spitälern in Gebieten mit überdurchschnittlichem Bevölkerungswachstum. Bezeichnenderweise manifestiert sich der stationäre Umsatzrückgang in der Stichprobe hauptsächlich bei den kleineren Spitälern mit unter 250 Betten (vgl. Abbildung 7).

Aufgrund dieser Beobachtungen stellen wir die folgenden Hypothesen auf:

1. Der Trend «ambulant vor stationär» hat sich in den vergangenen Jahren verdeutlicht und hält an. Das führt zu gleichbleibenden oder sinkenden stationären Fallzahlen und Erträgen.
2. Effiziente ambulante Prozesse mit grosser Flexibilität bei der Leistungserbringung werden immer wichtiger. Damit wollen die Versorger einerseits der steigenden ambulanten Nachfrage entsprechen und andererseits die Kostenstrukturen optimieren.
3. Kleinere Spitäler verlieren immer mehr Fälle an Universitäts- und Zentrumsversorger. Das beschleunigt die Strukturbereinigung – und die Spitalstrukturen werden zunehmend grösser.
4. Durch die Einführung von Mindestfallzahlen richten kleinere Häuser ihr Angebot teils neu aus. Das erfordert Zeit und schafft zusätzlichen Wettbewerbsdruck in diesem Segment, wenn die Neuausrichtung nicht über die gesamte Versorgungsregion erfolgt (vgl. Kapitel 4).
5. Durch den Fachkräftemangel resultieren eine anspruchsvolle Nachbesetzung vakanter Stellen und schliesslich höhere Lohnkosten, insbesondere bei kleineren Spitälern.

Umsatzwachstum im Jahr 2017 nach Grösse

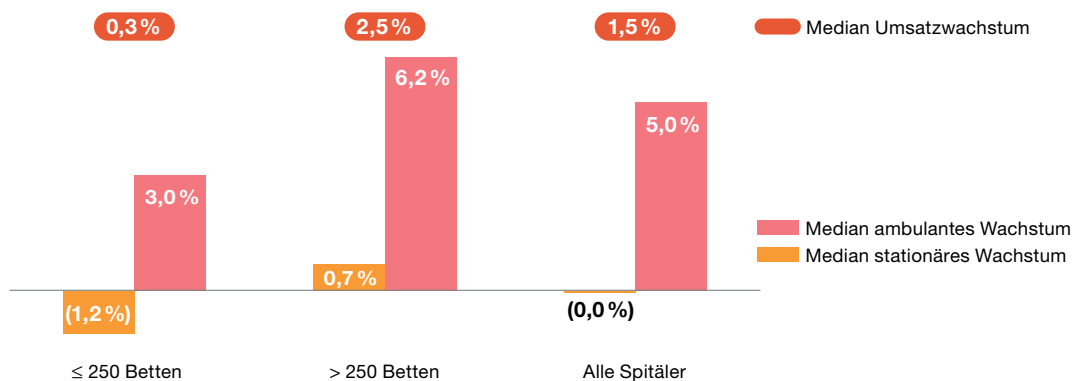


Abbildung 7: Umsatzwachstum (2017) in der Akutsomatik nach Anzahl Betten

Entwicklung Fälle stationär

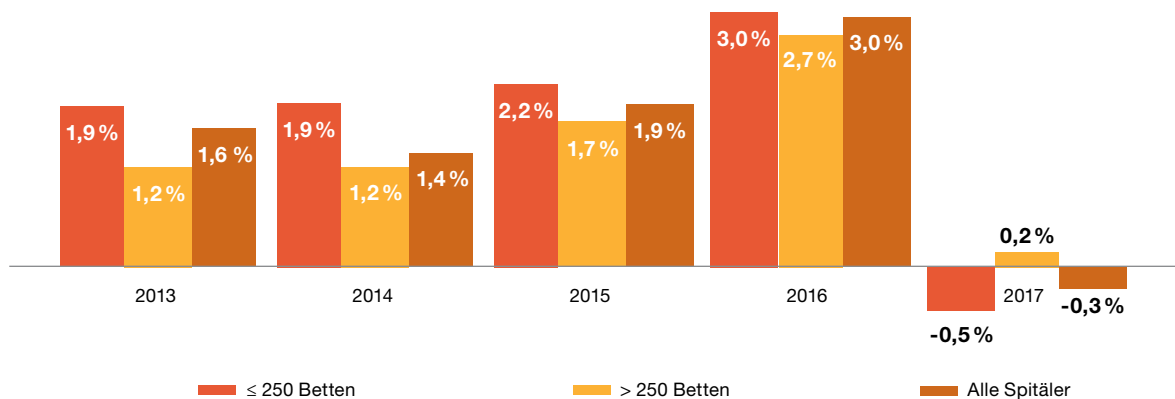


Abbildung 8: Fallentwicklung im stationären Bereich (Medianwerte) von 2013 bis 2017

Wie erwähnt hat der stationäre Umsatz 2017 im Median stagniert (die Wachstumsrate der verfügbaren Daten beträgt minus 0,02 Prozent). Beim Fallwachstum fällt auf, dass der Medianwert bei minus 0,3 Prozent liegt. Mit anderen Worten: **Die untersuchten Spitäler haben 2017 im Mittel 0,3 Prozent weniger stationäre Patienten behandelt** (vgl. Abbildung 8). Wird bei dieser Analyse die Grösse mitberücksichtigt, so konnten die Spitäler mit über 250 Betten im Median um 0,2 Prozent zulegen, während diejenigen mit weniger als 250 Betten 0,5 Prozent verloren. Weil die grösseren Spitäler kumuliert eine deutlich höhere Anzahl stationärer Fälle behandeln, resultiert absolut eine stabile Fallzahlentwicklung von 2016 bis 2017. Das steht im starken Gegensatz zu den Veränderungen der vergangenen Jahre: Die jährlichen Gesamtwachstumsraten der Spitäler lagen im Median zwischen 1,4 Prozent und 3,0 Prozent. Zudem konnten kleinere Spitäler in den vergangenen Jahren jeweils um rund 0,5 Prozentpunkte stärker zulegen als grosse. Das erachten wir als klare Vorboten einer Branchenkonsolidierung. Die grossen Spitäler haben sich in Position gebracht für den Fall, dass kleinere Häuser in den nächsten Jahren zunehmend in Bedrängnis kommen, etwa durch regulatorische Eingriffe.

Obwohl wir nicht alle Schweizer Akutspitäler analysiert haben, halten wir die Stichprobe und deren Entwicklungen als repräsentativ für die Branche. Gleichzeitig werden sich aufgrund der Einführung von Qualitätskriterien und Mindestfallzahlen künftig die Leistungsaufträge vor allem der kleineren Spitäler verändern. Im ambulanten Bereich wird sich das überproportionale Wachstum fortsetzen.

Der TARMED-Eingriff des Bundesrates ist seit Anfang 2018 wirksam. Er wird den ambulanten Bereich aus rein wirtschaftlichen Gründen für viele noch unrentabler machen. Gut möglich, dass er das ambulante Umsatzwachstum in den kommenden Jahren verlangsamen wird. Die Spitäler werden deshalb jedoch nicht den «strategischen Rückwärtsgang» einlegen. Das liefe nämlich dem Patientenbedürfnis diametral entgegen. Sie haben bereits viel in effiziente ambulante Zentren und den Aufbau ambulanter Leistungsangebote investiert. Und auch aus rein regulatorischen Gründen wäre eine Umkehr nicht mehr möglich.¹⁷

Personalkosten leicht über dem Vorjahr

Bei den Kosten zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine ähnliche Verteilung von Personalkosten, medizinischem Bedarf und übrigen Aufwand. Die Personalkosten stellen mit fast zwei Dritteln den Hauptkostenblock dar. Sie sind im Verhältnis zum Ertrag leicht angestiegen. Das heisst im Klartext: Die Wirtschaftlichkeit hat 2017 gegenüber dem Vorjahr abgenommen. Unsere Analyse zeigt, dass die Personalkosten gerade in kleineren Häusern mit weniger als 250 Betten über dem Median liegen, während die

grösseren Akutspitäler im Durchschnitt tiefere Personalkosten haben. Das ist insofern nachvollziehbar, als bei Akutspitalern ein grosser Teil der Personalkosten aufgrund der gesetzlichen Vorschriften und notwendigen Vorhalteleistungen fix ist und eine Optimierung erst ab einer gewissen Grösse möglich wird. An dieser Stelle sei das Konzept der Sprungfixkosten erwähnt, das vor allem bei kleineren Spitalern zum Tragen kommt. Ferner ist das Besetzen von wichtigen Positionen bei kleineren Spitalern im Vergleich zu grossen Häusern teils nur über entsprechende Lohnanreize möglich. Eine weitere Interpretation wäre, dass die Spitäler den zunehmenden Fachkräftemangel mit teurem Fremdpersonal über Personalvermittlungen oder Personalverleihe lösen.

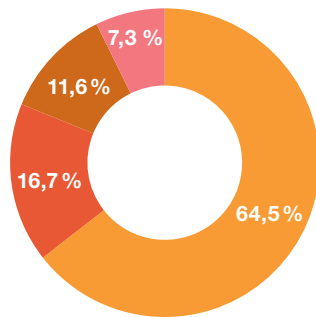
Allerdings lassen sich die Personalkosten oft nur zeitverzögert zu den notwendigen Massnahmen beeinflussen. Entwickelt sich der Umsatz ungünstig, können die Häuser ihre Personalkosten in der Regel nicht unmittelbar anpassen. Die Definition und die Umsetzung geeigneter Massnahmen benötigen Zeit. Unter anderem weil viele Spitäler den Grossteil ihrer Leistungs- und Supportprozesse in Eigenleistung erbringen und Leistungen ausserhalb ihrer Kernkompetenzen erst dann extern vergeben, wenn ein flexiblerer Leistungsbezug möglich ist.¹⁸

Die Kosten für den medizinischen Bedarf und den übrigen Aufwand sind ähnlich hoch wie im Vorjahr (vgl. Abbildung 9). Die Wachstumsraten der Personal- und Sachkosten zwischen 2016 und 2017 sind zwar tiefer als in den Vorjahren, das kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich die wirtschaftliche Gesamtsituation nicht verbessert hat. Denn das Umsatzwachstum liegt deutlich unter den Vorjahreswerten.

In den letzten Jahren hat sich das Verhältnis zwischen Ertrags- und Kostenwachstum nie ungünstiger entwickelt als 2017.

Der Faktor zwischen Umsatzwachstum (1,5 Prozent) und Personal- und Sachkostenwachstum (2,4 Prozent) lag bei 0,61. Demnach konnte 2017 pro 100 CHF zusätzlicher Kosten nur 61 CHF Mehrertrag generiert werden (vgl. Abbildung 10). Diese Entwicklung ist primär auf die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen zurückzuführen. Letztere sind weniger rentabel. Es ist davon auszugehen, dass sich dieser Trend weiter fortsetzen wird. Um die Profitabilität zu halten oder zu verbessern, verbleibt den Häusern nur eine oberste Priorität: die Kostenoptimierung. Viele Spitäler kommen derzeit zwecks Unterstützung von Ergebnisverbesserungsprojekten auf uns zu.

Kostensplit 2017
(in % des Gesamtumsatzes)



Kostenentwicklung
(in % des Gesamtumsatzes)

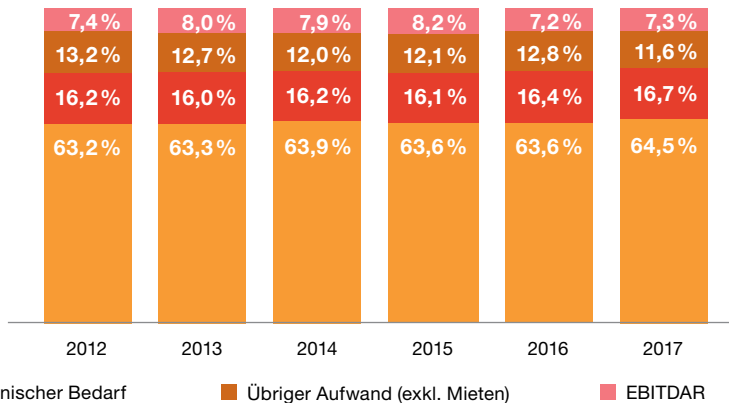


Abbildung 9: Kostenaufteilung in Akutspitälern in Prozent des Gesamtumsatzes (Medianwerte)

Umsatz- und Kostenwachstumsraten

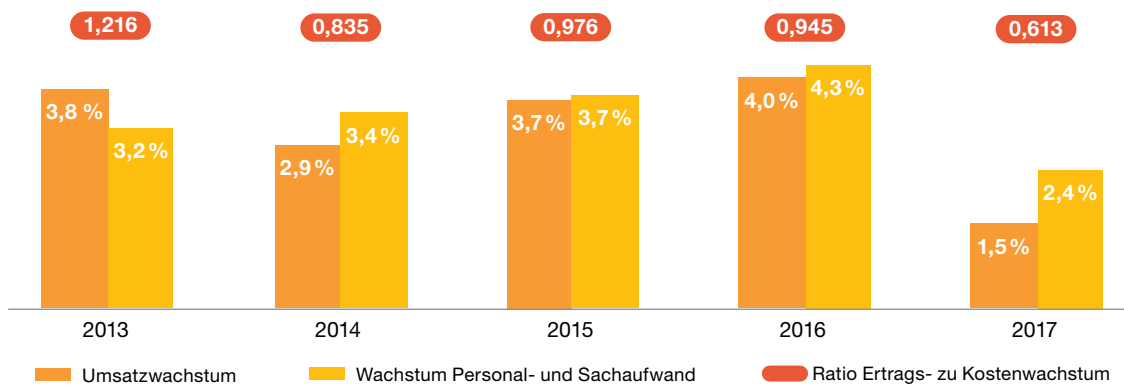
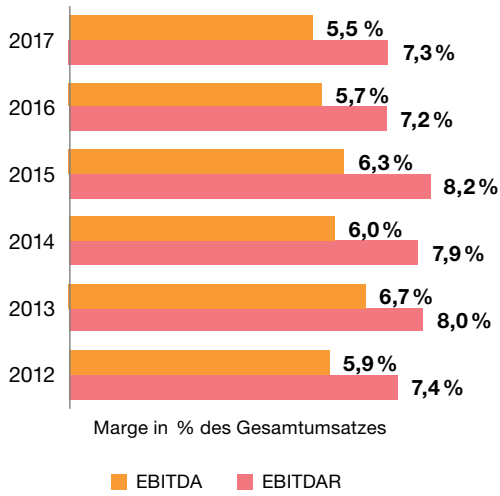


Abbildung 10: Wachstum von Kosten und Umsatz bei Schweizer Akutspitälern (Medianwerte)



Historische EBITDAR- und EBITDA-Margen



Historische EBIT- und Reingewinn-Margen

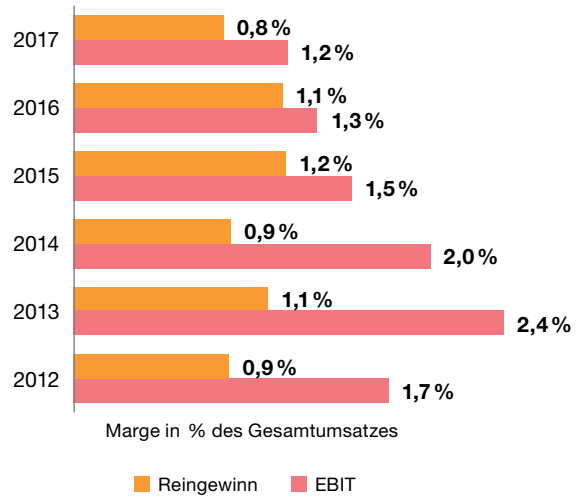


Abbildung 11: Profitabilitätsentwicklung der Schweizer Akutspitäler (Medianwerte)



Margenunterschiede nach Spitalgröße

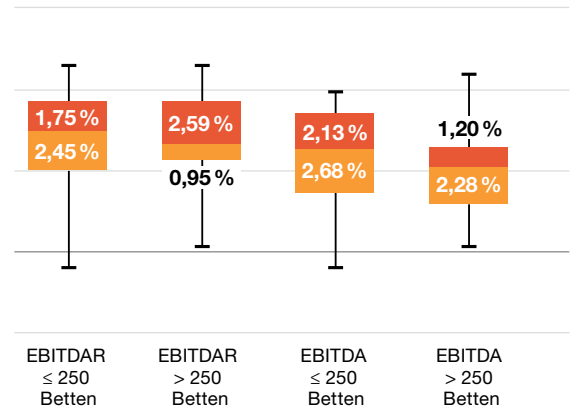


Abbildung 12: EBITDAR- und EBITDA-Margen nach Bettenzahl (Median, zweites Quartil in Orange, drittes Quartil in Rot)

Eigenkapitalquote

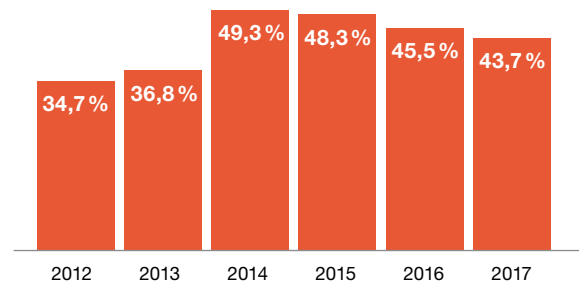


Abbildung 13: Eigenkapitalquoten (Medianwerte) der Schweizer Akutspitäler von 2012 bis 2017

Profitabilität bleibt gering

Trotz des tieferen Kostenwachstums gegenüber dem Vorjahr konnten die untersuchten Spitäler bei der Profitabilität keinen Kurswechsel erwirken. Aufgrund des geringen Ertragswachstums resultierte für 2017 im Median eine EBITDAR-Marge¹⁸ von 7,3 Prozent. 2012 und 2015 entwickelte sich die operative Profitabilität grundsätzlich positiv. Trotzdem weisen die letzten zwei Jahre die tiefsten EBITDAR-Margen seit Einführung des DRG-Systems aus. Damit liegt der Median deutlich unter der Zielmarge von 10 Prozent, die wir 2011 als notwendig definiert haben, um die Finanzierung von Investitionen langfristig sicherzustellen.

Kleinere Spitäler waren im Median wie im Vorjahr leicht profitabler als die grossen Universitäts- und Zentrums-spitäler mit mehr als 250 Betten. Vergleicht man deren EBITDAR-Margen 2017, so erreichen Spitäler mit weniger als 250 Betten im Median einen höheren EBITDAR (7,5 Prozent versus 6,6 Prozent). Interessanterweise hat sich die Standardabweichung als Streuungsmass über alle Spitäler hinweg reduziert. Das heisst, dass die EBITDAR-Margen ganz leicht zusammenrücken. Während kleine Spitäler 2016 stärker nach unten streuten, zeigen die beiden Grössenkatgorien 2017 ein einheitliches Bild. 2017 weist insgesamt weniger Extremwerte, daher eine tiefere Standardabweichung aus.

Die Medianwerte von 2017 dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass gerade bei Spitalern mit weniger als 250 Betten die Margen durch regulatorische Massnahmen, steigende Patientenansprüche und den zunehmenden Fachkräftemangel weiter unter Druck geraten können, wenn sie sich nicht klar und differenziert positionieren oder keinem Netzwerk beitreten.

Nur wenige über der 10-Prozent-Marke

Der Richtwert von 10 Prozent für die EBITDAR-Marge¹⁹ (oder EBITDA-Marge für Spitäler mit ausschliesslich eigenen Immobilien) bewährt sich auch im aktuellen Kontext als langfristig sinnvoll.

2017 erreichten fünf der untersuchten Spitäler eine EBITDAR-Marge von 10 Prozent oder mehr. Ein Drittel (15) erzielte 8 Prozent oder mehr. Im Vorjahr gelang dies 9 bzw. 18 Institutionen. Wie bereits in früheren Jahren zeigt sich auch 2017 eine gewisse Konstanz: Jene fünf Spitäler, die über dem 10-Prozent-Richtwert liegen, taten das bereits im Vorjahr. Bei den tieferen und negativen EBITDAR-Margen konnten sich einzelne verbessern. Insgesamt weisen dieselben Spitäler wie im Vorjahr tiefe EBITDAR-Margen aus.

Die Resultate der EBITDAR-Margen zeigen, dass die akutsomatischen Spitäler die Senkung von Tarifen, die Anforderungen an Mindestfallzahlen und den zunehmenden Fachkräftemangel kompensieren konnten. Sie blieben vergleichbar profitabel wie 2016. Gerade kleinere, weniger klar positionierte Institutionen werden sich schwerer tun, die neuen Anforderungen erfolgreich zu meistern. Wer in einen Transformationsrückstand gerät, schwächt seine Verhandlungsmacht in Gesprächen um integrierte Versorgungsräume.

Eigenkapitalanteil weiter rückläufig

Die Eigenkapitalquote im Median liegt zwar nach wie vor über 40 Prozent. Doch verzeichnet sie nun schon zum dritten Mal in Folge einen Rückgang. Das ist auf unterschiedliche Gründe zurückzuführen: Investitionsprojekte und Refinanzierungen verändern das Verhältnis von Eigenkapital und Fremdkapital. Änderungen der Rechnungslegungsstandards können die Kapitalstruktur ebenfalls beeinflussen. Dies zeigte sich deutlich im Jahr 2014, als mehrere Spitäler ihre Sachanlagen aufgewertet haben. Und schliesslich schmälern in manchen Häusern auch die Jahresverluste die Eigenkapitaldecke.

Eine Eigenkapitalbasis von über 40 Prozent gilt grundsätzlich als solide. Trotzdem ist die Situation der Schweizer Akutspitäler differenzierter zu betrachten. Die Quote dürfte in den kommenden Jahren weiter sinken. Viele Bauprojekte sind aktuell in der Projektierungsphase oder bereits in deren Realisierung. Damit wird im Spitalwesen auch in den nächsten Jahren eine starke Nachfrage nach Fremdkapital herrschen, sei es in Form von Bankkrediten, Anleiheobligationen, Privatplatzierungen oder anderen Instrumenten.²⁰

Gedankenreise in die Versorgungslandschaft von übermorgen

In der Studienausgabe 2016 haben wir uns zur Entwicklung des Schweizer Gesundheitswesens im Jahr 2030 geäussert. Damals haben wir uns das Ziel gesetzt, ein generisches Versorgungsmodell für die Akutsomatik zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund möchten wir hier darüber nachdenken, wie die Versorgung übermorgen konkret aussehen könnte. Dabei gehen wir wie folgt vor (vgl. Abbildung 14):

Als Erstes versetzen wir uns ins Jahr 2030 und schätzen den zukünftigen Bedarf an stationären akutsomatischen Leistungen ab. Daraus leiten wir im zweiten Schritt die nötige Bettenkapazität ab. In der Folge legen wir die Prämissen fest, auf denen das zukünftige Versorgungsmodell aufbaut. Dahingehend optimieren wir das Versorgungsmodell. Die Anzahl und die geografischen Standorte der Spitäler in der Akutsomatik werden für die Schweiz so bestimmt, dass weiterhin eine hochwertige Versorgungssicherheit gewährleistet ist, die Kleinräumigkeit reduziert wird und die Spitäler als Bestandteil eines Netzwerks innerhalb einer grösseren Versorgungsregion organisiert werden. Nur so lassen sich **Qualität** und **Patientenzentrierung** bei gleichzeitiger **Wirtschaftlichkeit** sicherstellen.

Das Ergebnis unserer Gedankenreise haben wir auf der Schweizer Landkarte visualisiert. Wir betonen, dass wir nur eine mögliche Zukunft aufzeigen und keinerlei Aussage dazu machen, welche Spitäler in Zukunft überleben werden – das wird der Markt (und allenfalls der Regulator) selber entscheiden. Unsere Gedankenreise schliessen wir mit den für die Umsetzung nötigen Rahmenbedingungen ab.

Nachfrageprognosen für stationäre Leistungen

Die Frage nach dem Bedarf an stationären Leistungen im Jahr 2030 ist entscheidend für die Planung der zukünftigen Bettenkapazität und optimalen Versorgungsstruktur. Zu wenig Betten belasten die Versorgungsqualität. Die Folgen sind Wartezeiten für Behandlungen sowie überlastetes Fachpersonal. Zu viele Betten können in einer angebotsinduzierten Nachfrage resultieren, was weder medizinisch noch betriebswirtschaftlich noch volkswirtschaftlich erwünscht ist. Das Bedarfsvolumen wird sich bis ins Jahr 2030 insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung und der Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich verändern. Letztere wird durch Fortschritte in der Medizin und durch neue Patientenbedürfnisse verstärkt.

Mit den folgenden zwei Szenarien zeigen wir auf, von welchem stationären Bedarf im Jahr 2030 ungefähr auszugehen ist. Es handelt sich um Annäherungen, die ein idealtypisches Versorgungsmodell abbilden. Die Ergebnisse lassen sich nicht als Grundlage für detaillierte Versorgungsplanungen verwenden.

In **Szenario 1** stützen wir unsere Bedarfsprognose in der Akutsomatik für die Schweizer Bevölkerung auf die Methodik der Gesundheitsdirektion Zürich²¹ ab. Demnach ist für 2030 von 1,5 Millionen stationären Fällen auszugehen. Das entspricht einem jährlichen Fallwachstum von 1,1 Prozent oder 232'000 Fällen insgesamt gegenüber 2016 (vgl. Abbildung 15). Die Zunahme wird massgeblich von der demografischen Entwicklung der Schweizer Bevölkerung beeinflusst. Hingegen wirkt die erwartete Verlagerung von stationär durchgeführten Fällen in den ambulanten Bereich dämpfend. Dem Bevölkerungswachstum und der alternden Gesellschaft sind ein Effekt von 269'000 Fällen oder rund 1,5 Prozent jährliches Wachstum zuzuschreiben.

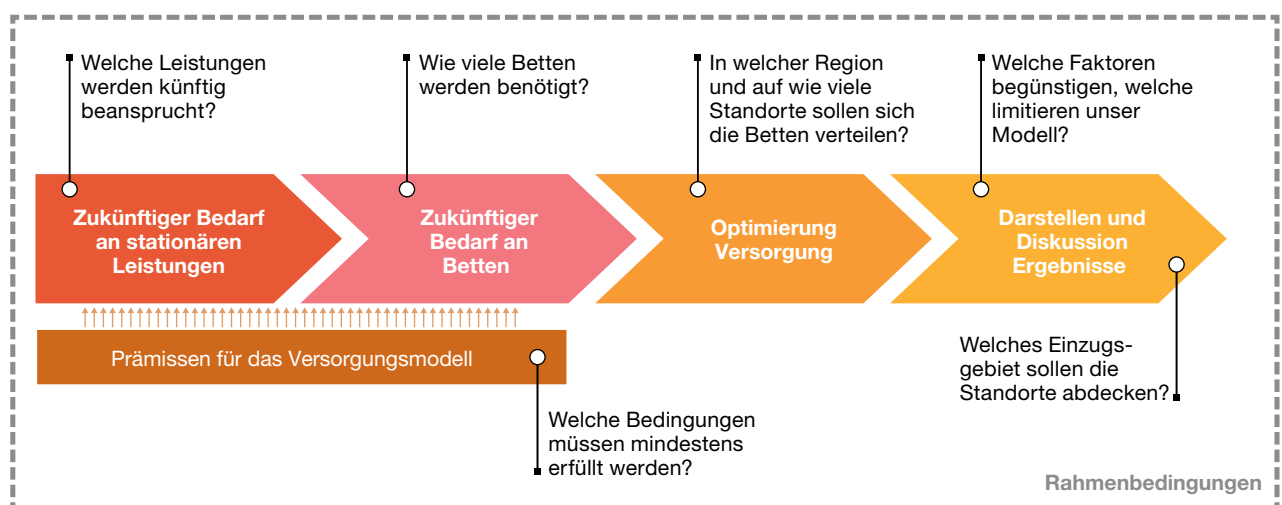


Abbildung 14: Unsere Gedankenschritte für die Entwicklung eines Versorgungsmodells von übermorgen

Szenario 1

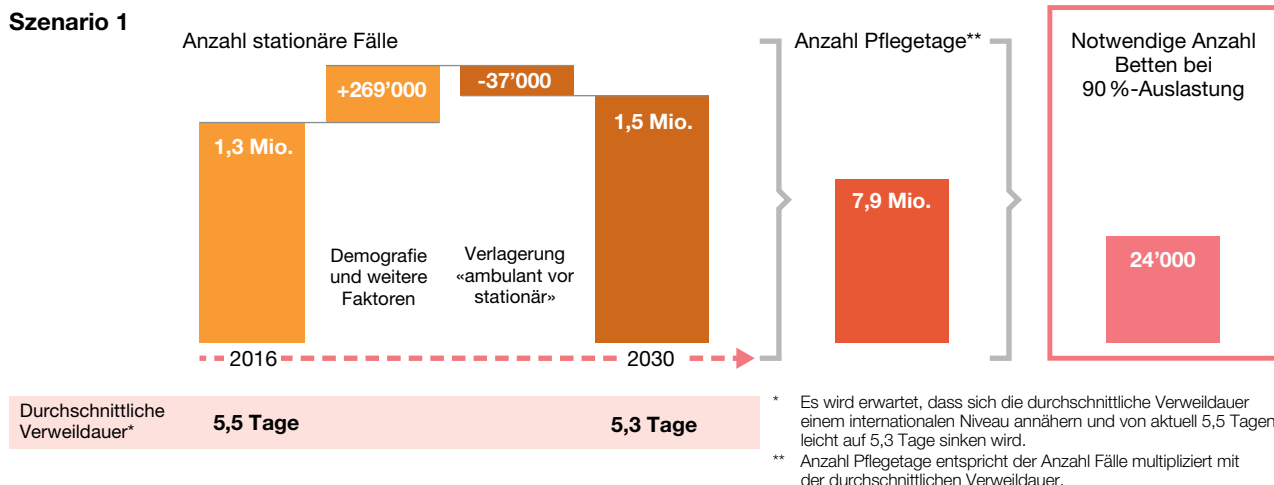


Abbildung 15: Nachfrageprognose für 2030 in Anlehnung an die Einschätzung der Gesundheitsdirektion Zürich

Durch die Verlagerung von stationären Fällen in den ambulanten Sektor lassen sich 37'000 Fälle reduzieren.

Bei einer erwarteten Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer von 5,5 auf 5,3 Tage und einer Auslastung von 90 Prozent entsteht bis 2030 ein Kapazitätsbedarf von rund **24'000 Betten**. Wird der zukünftige Bedarf den heute genutzten Kapazitäten (23'250 Betten) gegenübergestellt, so müssen die Leistungserbringer bis 2030 weitere 750 Betten schaffen. Kurzfristig besteht jedoch ein Bettenüberangebot, da die aktuelle Auslastung deutlich unter 90 Prozent liegt. Zudem kann die Infrastrukturerweiterung in reduzierter Form erfolgen, da in der bestehenden Spitalinfrastruktur mehr Betten bewirtschaftet werden könnten als mit den aktuellen Rohkapazitäten. Interessant an diesem Zahlenwerk scheinen uns die Auswirkungen auf die anstehenden Neu- und Umbauvorhaben. Diese verlangen den Spitälern Flexibilität ab, um den neuen Anforderungen ohne Mehraufwand zu entsprechen.

In **Szenario 2** gehen wir von einem weit grösseren Verlagerungseffekt von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor aus (vgl. Abbildung 17). Wir erwarten, dass in Zukunft maximal noch 30 Prozent der chirurgischen Fälle stationär behandelt werden und demnach 70 Prozent der Eingriffe ambulant erfolgen.²² Das kommt einer Verschiebung von 296'000 Fällen gleich²³ (Szenario 1: 37'000 Fälle). In europäischen Ländern, in den USA und Kanada liegt der Anteil ambulanter Eingriffe bereits heute auf einem deutlich höheren Niveau als in der Schweiz. Diese Abweichung lässt sich am Beispiel von Mandelentfernungen veranschaulichen (vgl. Abbildung 16). Der Anteil der ambulant durchgeführten Eingriffe ist in der Schweiz mit 11 Prozent deutlich geringer als der Durchschnitt von 24 OECD-Ländern mit 34 Prozent.²⁴ Insgesamt prognostizieren wir in diesem Szenario eine Reduktion der stationären Fälle gegenüber 2016 von 23'000 oder 2 Prozent auf 1,2 Millionen.

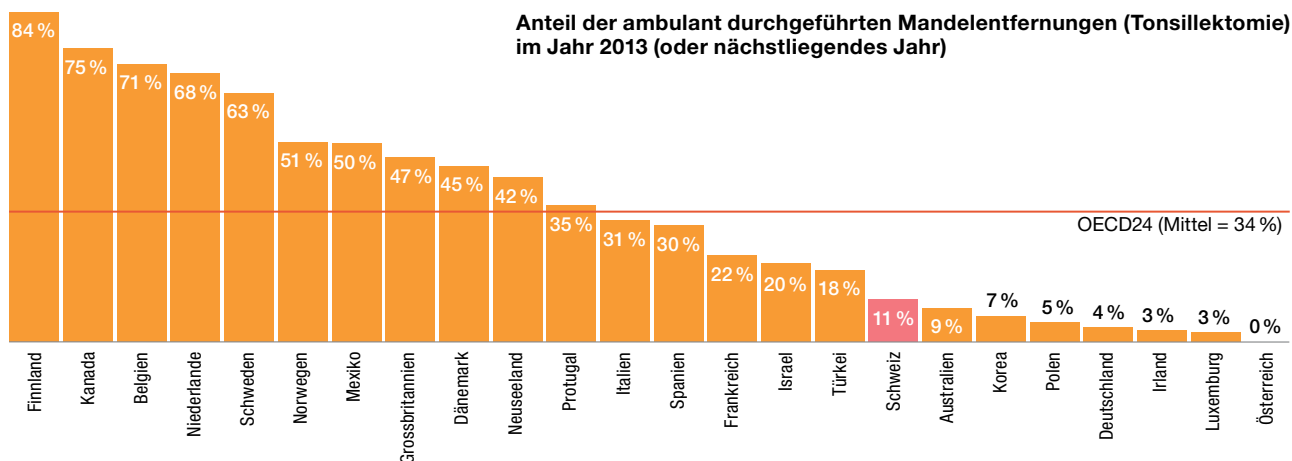


Abbildung 16: Anteil der ambulanten Mandelentfernungen im internationalen Vergleich (Quelle: OECD Health Statistics 2015)

Mit der Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich geht ein Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer einher. Im stationären Bereich verbleiben die komplexeren Fälle. So gehen wir von einer durchschnittlichen Verweildauer von 6,0 Tagen aus (Szenario 1: 5,3 Tage). Die erwarteten Pflēgetage schätzen wir auf insgesamt 7,4 Millionen. Gegenüber heute liessen sich 800 Betten abbauen, da 22'450 Betten ausreichen würden. Das entspräche einer Bettendichte von 2,4 Betten pro 1000 Einwohner (heute: 2,7 Betten pro 1000 Einwohner).²⁵

Vor allem Szenario 2 verdeutlicht unsere Hypothese aus Kapitel 3, dass reine Wachstumsstrategien im stationären Bereich ausgedient haben. Es scheint offensichtlich, dass Wachstum nur noch über den Gewinn von Marktanteilen oder in Regionen mit überdurchschnittlichem Bevölkerungswachstum möglich ist.

Szenario 2

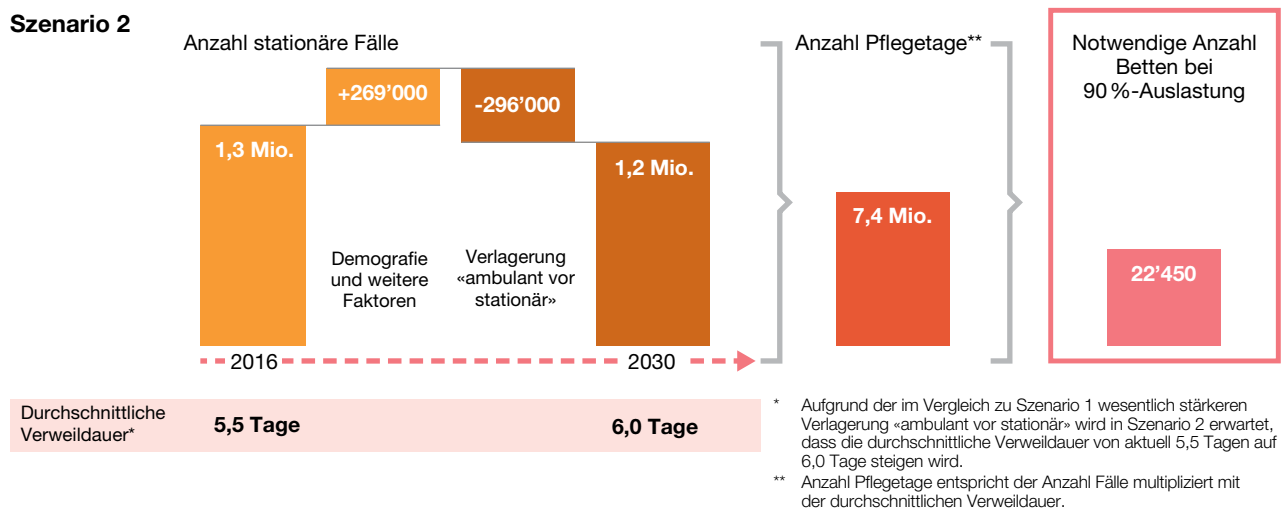


Abbildung 17: Nachfrageprognose in Anlehnung an unsere eigene Einschätzung



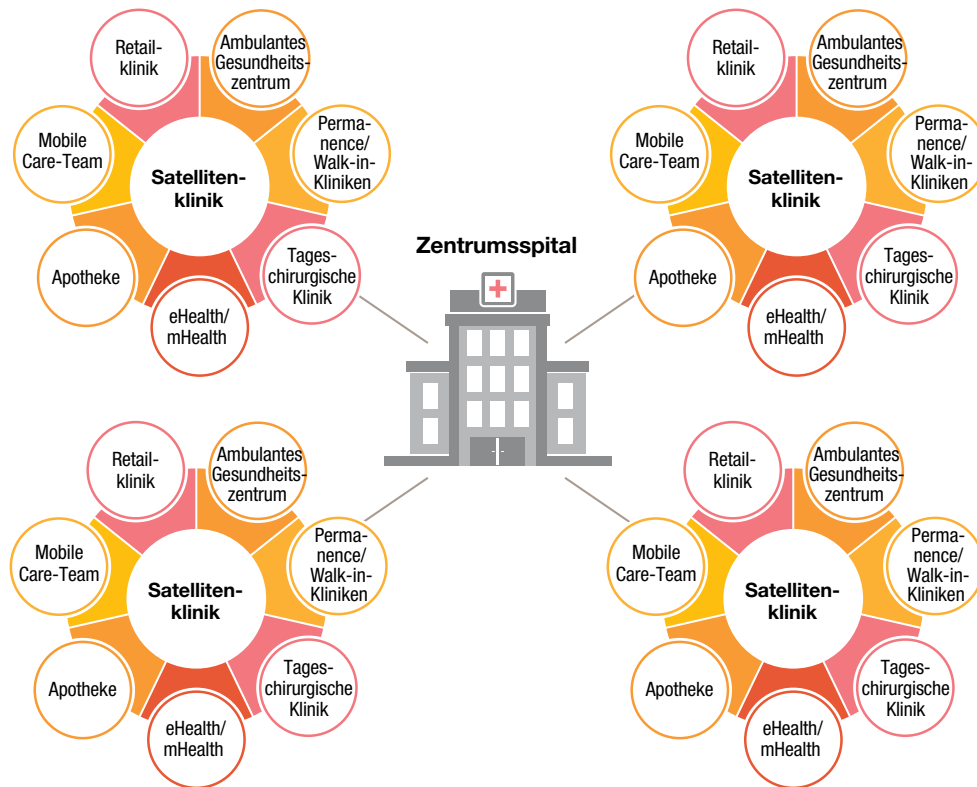


Abbildung 18: «Hub and Spoke»-Modell exemplarisch dargestellt (Quelle: PwC 2017)

Prämissen für das neue Versorgungsmodell

Unser Versorgungsmodell der Zukunft baut auf sechs Säulen:

1. **«Hub and Spoke»-Modell:** Kern dieses Modells ist ein starkes Netzwerk. Ein Zentrumsspital verantwortet die Behandlung von komplexen Krankheitsbildern innerhalb eines definierten Einzugsgebiets. Es ist mit einer Reihe von dezentralen Spitälern verbunden, die versorgungstufengerecht weniger komplexe Eingriffe durchführen. Ebenso bedeutend für das Netzwerk sind stationäre und ambulante Nischenanbieter, die über ein spezialisiertes Angebot (z.B. ein OP-Zentrum für Orthopädie) verfügen, sowie Spezialkliniken (Rehabilitation, Psychiatrie). Das Netzwerk gründet auf unternehmensinternen und -externen Zusammenschlüssen; die Durchlässigkeit zwischen öffentlichen und privaten Leistungsanbietern ist gegeben. Mehr zum «Hub and Spoke»-Modell lesen Sie in unserer letztjährigen Studie²⁶ (vgl. Abbildung 18).
2. **Überregionale Versorgung:** Unser Versorgungsmodell der Zukunft kennt keine Kantonsgrenzen. Eine überkantonale abgestimmte Versorgungsplanung findet innerhalb von Versorgungsregionen statt – nicht innerhalb von politischen Grenzen.
3. **Versorgungssicherheit:** Die Versorgungssicherheit ist auf hohem Niveau gewährleistet. Demnach erhält ein Patient die richtige Behandlung innerhalb einer für die Art der Erkrankung passenden Entfernung und eines angemessenen Zeitraums.
4. **«From volume to value»:** Wie sich ein Gesundheitssystem ausgestaltet, entscheidet die Finanzierung. Das hiesige Abgeltungssystem belohnt Volumen ungeachtet des Patientennutzens. Unser Versorgungsmodell der Zukunft hingegen setzt konkrete Anreize, die nicht auf die Leistungsmenge, sondern auf das Behandlungsergebnis ausgerichtet sind.
5. **Hohe Patientenzentrierung:** Die Zahl von Patienten mit mehreren Krankheiten steigt Expertenmeinungen zufolge mit der Alterung der Gesellschaft weiter an.²⁷ Das stellt hohe Anforderungen an die Betreuung dieser Patienten. Eine krankheitszentrierte Behandlung kann unvorteilhaft ausfallen. Unser Versorgungsmodell der Zukunft basiert auf einem Behandlungsansatz, der stark auf die Bedürfnisse des Patienten als Konsument und Dienstleistungsempfänger ausgerichtet ist und einen interdisziplinären Dialog zwischen Fachspezialisten sicherstellt.
6. **Fiktive Standortwahl:** In unserem Versorgungsmodell der Zukunft sind die Standorte rein fiktiv gewählt und basieren nicht auf der heutigen Spitalinfrastruktur. Die Berechnung der optimalen Spitalstandorte geht aus einer Minimierung der effektiven Fahrzeiten zwischen Spitalstandort und Wohnort der Einwohner einer Gemeinde hervor.

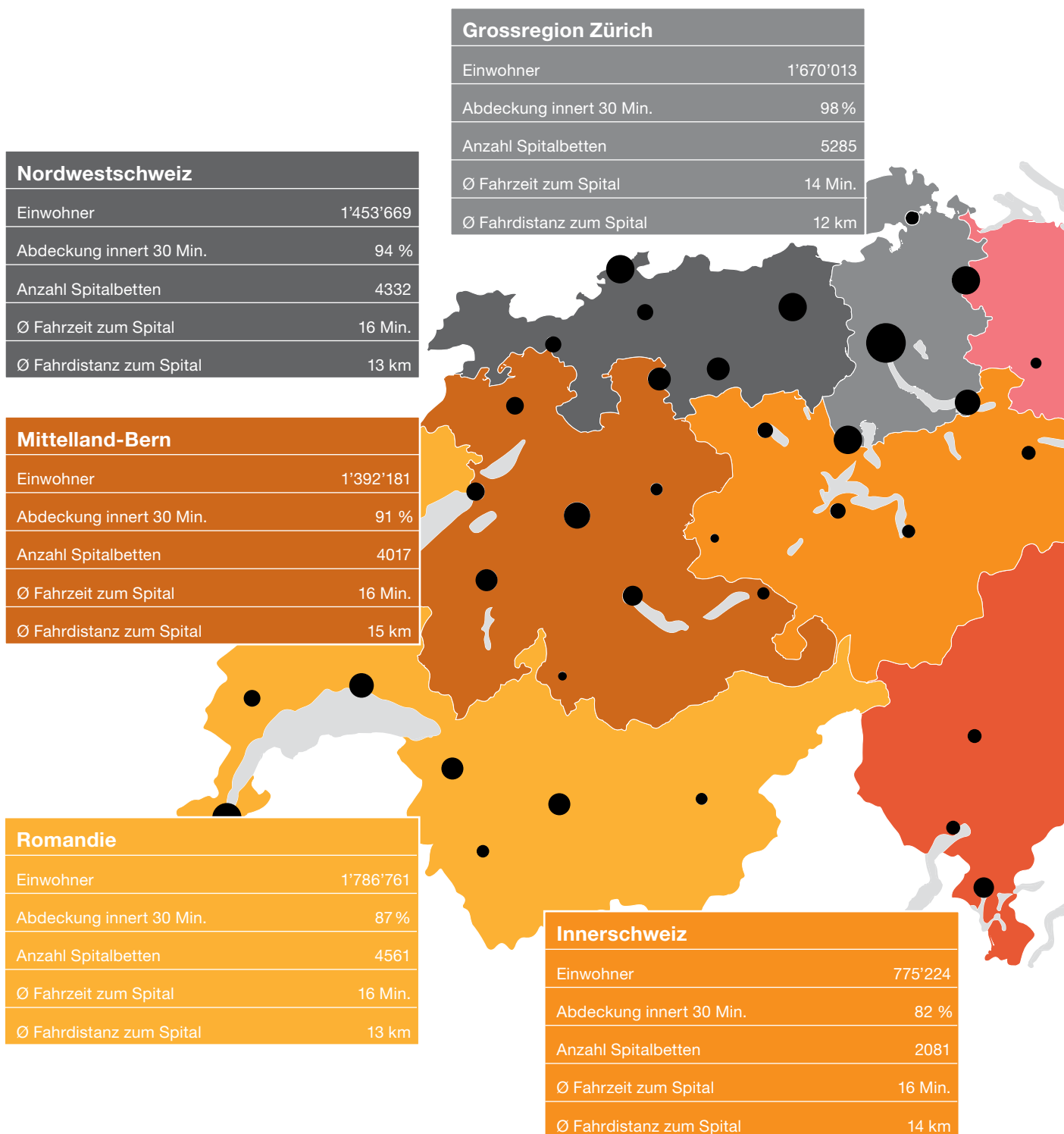
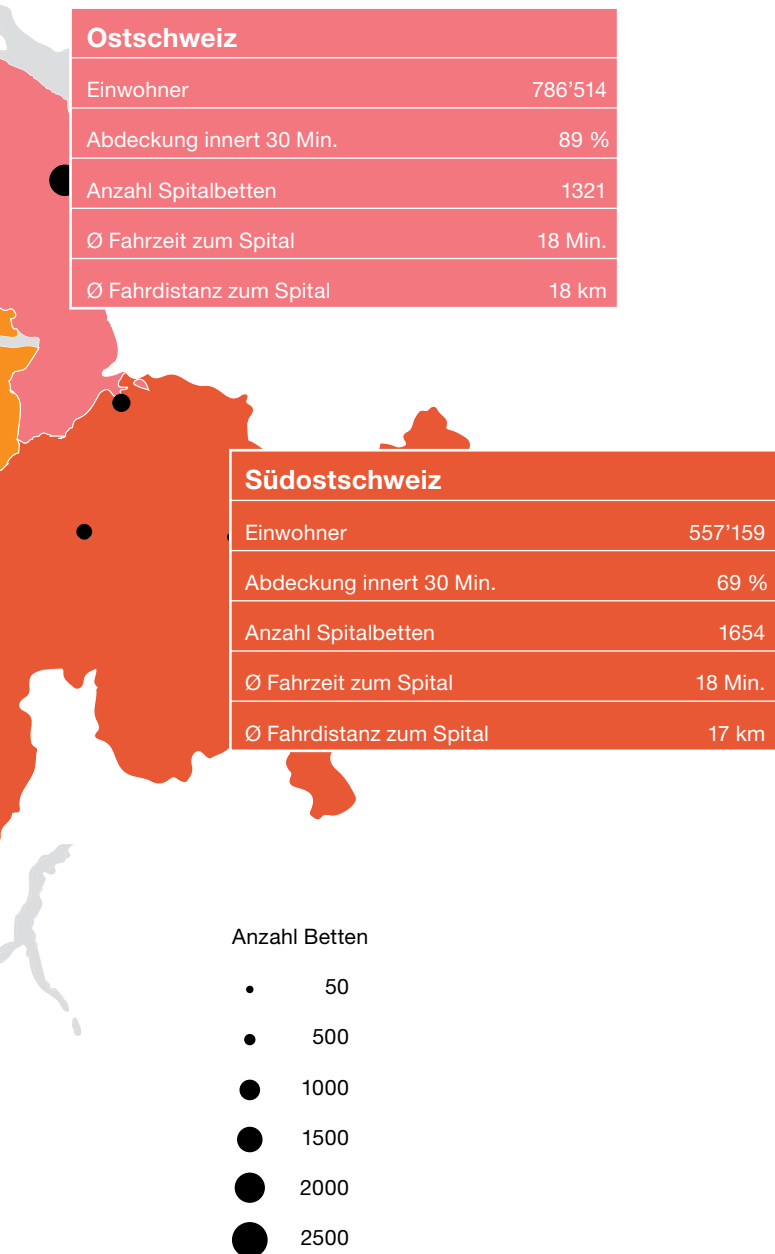


Abbildung 19: Sieben zukünftige Versorgungsregionen in der Schweiz



Als Netzwerk denken

Unsere Versorgungslandschaft der Zukunft enthält im Vergleich zu heute eine geringere Anzahl Akutsomatikspitäler. Wir gehen von sieben überregionalen und -kantonalen Versorgungsregionen aus (vgl. Abbildung 19): Die Romandie, das Mittelland-Bern, die Nordwestschweiz, die Innerschweiz, die Grossregion Zürich, die Ostschweiz und die Südostschweiz. Eine Versorgungsregion kann aus drei bis zehn Spitälern oder Standorten bestehen, wobei wir unterstellen, dass die maximale Spitalgrösse unter 1000 Betten bleibt. Dabei ist weniger die Anzahl, sondern vielmehr die Stärke des Netzwerks relevant. Das Zentrumsspital kommt auf einen Marktanteil von 28 bis 54 Prozent in der jeweiligen Region. Damit die Standorte eine Grösse von 1000 Betten nicht überschreiten, wären 52 Spitäler notwendig.

Für die Versorgungssicherheit würden ohne Grössenrestriktion bereits 20 Standorte ausreichen. Damit könnten 80 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 30 Fahrminuten das nächstgelegene Spital erreichen (vgl. Abbildung 20). Bei 45 optimal platzierten Spitälern liegt diese Abdeckung über die gesamte Schweiz betrachtet bei 89 Prozent. Die durchschnittliche Fahrzeit zum nächsten Spital steigt gegenüber heute von 10 auf 16 Minuten.

Unsere sieben Versorgungsregionen (vgl. Abbildung 19) bedienen bei einer Annahme von 52 Spitälern ein Einzugsgebiet von jeweils 560'000 bis 1'790'000 Einwohnern. Die Bettenzahl pro Region liegt bei 1300 in der Ostschweiz bis 5300 in der Grossregion Zürich. Unsere Modelloptimierung erfolgt über die gesamte Schweiz, wobei schwach besiedelte Gemeinden in der Südostschweiz vernachlässigt werden. In dieser Region würden nur 69 Prozent der Bevölkerung das nächstgelegene Spital innerhalb von 30 Minuten erreichen. Heute liegt die Abdeckung bei 78 Prozent. Weitere Versorgungsangebote sind hier nötig, um eine hohe Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Ein ausgebauter Rettungsdienst könnte beispielsweise eine Lösung bieten.

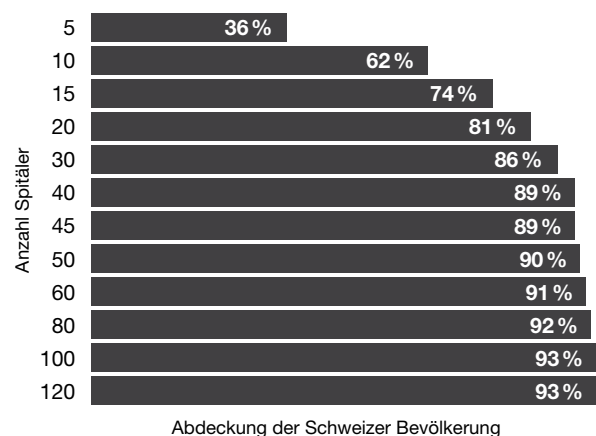
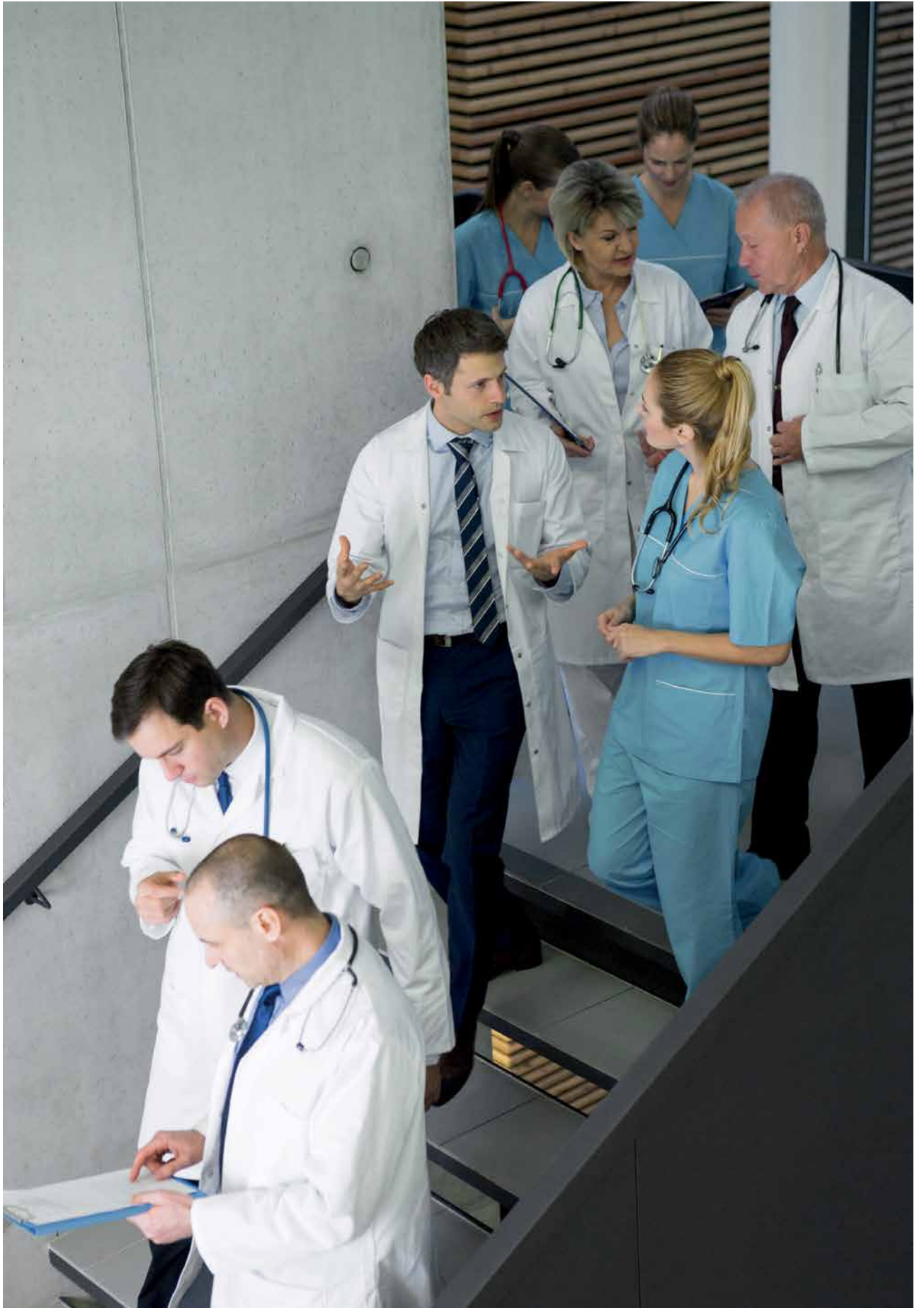


Abbildung 20: Prozentuale Abdeckung der Bevölkerung durch Spitäler bei einer Fahrzeit bis zu 30 Minuten (Quelle: PwC 2017)



Im Mittelpunkt der neuen Versorgungslandschaft steht das Netzwerk. Nach dem «Hub and Spoke»-Modell werden die Spitäler entlang des Patientenpfads untereinander und zusätzlich mit vertikalen Partnern verbunden. Die Erbringung spezialisierter und hochspezialisierter Medizin konzentriert sich auf einen oder mehrere Endversorger. Dabei kann es aus Qualitäts- und Effizienzgründen weiterhin sinnvoll sein, dass gewisse Leistungen ein spezialisierter Nischenanbieter erbringt. Wichtige Voraussetzungen dafür sind dessen Einbindung ins Netzwerk und der Informationsaustausch. Die zusätzlichen Versorgungsstandorte – die «Spokes» – bieten bedarfsgerechte stationäre und ambulante medizinische Leistungen an. Diese Leistungserbringer müssen eine gut erreichbare und kompetente Triage sowie ein Grundversorgungsangebot sicherstellen. So ist der zeitnahe Zugang zu medizinischen Leistungen für die Bevölkerung gewährleistet.

Die Leistungskonzentration innerhalb einer Versorgungsregion wirkt dem Fachkräftemangel entgegen. Eine verstärkte Zusammenarbeit innerhalb eines Versorgungsnetzwerks kann die Personalrekrutierung sowie die Nachwuchsförderung erleichtern, wenn auf Netzwerkstufe Personalpools geführt werden. Aus wirtschaftlicher Sicht lassen sich mit einer Leistungskonzentration Vorhalteleistungen reduzieren und vorhandene Kapazitäten bestmöglich auslasten. Im Netzwerk wird die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung erhöht.

Die medizinische Leistung des Netzwerks für den Patienten ist stark auf Ergebnisqualität und den Patienten zentriert. Im Rahmen der optimalen Behandlung kommt dem Ansatz der partizipativen Entscheidungsfindung («shared decision making») eine wichtige Bedeutung zu. Demnach beteiligt sich der Patient an Therapieentscheidungen. Geeignet ist diejenige Versorgung, die auf klinischen Erkenntnissen und den Präferenzen des informierten Patienten basiert. Erfahrungen aus Holland zeigen, dass eine partizipative Entscheidungsfindung sowohl die Behandlungsqualität verbessert als auch die Zahl der Behandlungen reduziert. Das führt letztlich zu Kosteneinsparungen und zu einem maximalen Patientennutzen (vgl. Exkurs: «from volume to value»).

Ist die optimale Therapie definiert, wird diese innerhalb des Versorgungsnetzwerks koordiniert. Wir gehen davon aus, dass in unserem Modell Aktivitäten zur Förderung der partizipativen Entscheidungsfindung und zur koordinierten Versorgung verstärkt werden. Dazu müssen einerseits hierarchische Strukturen sowie die Informationsasymmetrie zwischen Patient und Arzt abgebaut werden.

Mit der Förderung der Ergebnisqualität einher geht zudem eine angemessene Anreizfindung. Das Schweizer Gesundheitssystem vergütet Menge. Für ein positives finanzielles Ergebnis spielt die Prozessqualität eine Rolle (die Höhe der Baserate orientiert sich beispielsweise an kostengünstigeren Spitälern), nicht aber die Ergebnisqualität. Damit die koordinierte Versorgung und partizipative Entscheidungsfindung gefördert werden, bietet sich eine Versorgungsfinanzierung an. Bei Gesundheitsökonominnen und in der Politik findet diese Vergütungsform Zuspruch.²⁸ Die Versorgungsfinanzierung könnte ähnlich ausgestaltet sein, wie sie für HMO-Modelle heute teilweise abläuft. Der Versicherer geht dabei mit dem Versorgungsnetzwerk eine strategische Allianz ein und vereinbart Leistungsparameter (nach dem Prinzip von «pay for performance») oder Kopfpauschalen (je Patient oder je Einwohner). So wird das «richtige Tun» belohnt. In der Implementierung eines solchen Finanzierungsmodells kann der «Experimentierartikel» unterstützend wirken. Dieser befindet sich zurzeit in der Vernehmlassung und soll im Krankenversicherungsgesetz integriert werden.²⁹ Der Artikel würde eine klare gesetzliche Grundlage für Pilotprojekte schaffen.

In den Versorgungsräumen Bern, Basel und St. Gallen werden zurzeit «Hub and Spoke»-Bildungen vollzogen – wenn auch «nur» im (bi-)kantonalen Kontext. In St. Gallen beispielsweise entwickelt sich die Struktur hin zu einem stärkeren Netzwerk und einer höheren Leistungskonzentration: Das Kantonsspital St. Gallen übernimmt die Funktion des Endversorgers und bündelt die (hoch-)spezialisierte Medizin. Es ist eng mit den stationären Grundversorgungsspitalern verflochten, die die Triage von komplexen Fällen aus peripheren Gebieten ins Kantonsspital vornehmen und selbst die Grundversorgung in ihrem Einzugsgebiet sicherstellen. Fünf der heute neun stationären Versorgungsstandorte sollen gemäss Grobkonzept ihr Angebot künftig auf ambulante Leistungen ausrichten. So begegnen sie dem Trend einer stärkeren Nachfrage in diesem Bereich. Die Leistungskonzentration und die verbesserte Abstimmung innerhalb des Netzwerks sollen Qualität und Wirtschaftlichkeit hochfahren.³⁰ Auch die Spitalgruppe in Basel oder die Insel-Gruppe in Bern haben die gleichen Grundüberlegungen angestellt.

Exkurs: «from volume to value»

Wie viel medizinische Leistung angemessen ist, lässt sich nicht exakt bestimmen. Ohne eine klare Vorstellung über das Behandlungsergebnis ist die Grenze zwischen Unter- und Überversorgung vage. Diese Grauzone bietet Handlungsspielraum für Preis- und Volumenreize (vgl. Abbildung 22). Eine Überversorgung kostet Geld und ist möglichst zu vermeiden.

Bestrebungen, die Kosten im Gesundheitswesen einzusparen, setzen in der Schweiz im Wesentlichen bei der Effizienz an. Erfahrungsgemäss bewirkt eine reine Effizienzbetrachtung jedoch, dass die Kosten steigen (vgl. Abbildung 23, links). Denn mehr Effizienz wird im mengenorientierten Vergütungssystem über mehr Behandlungsvolumen bei gleichbleibenden

Ressourcen erreicht. Folglich dürften wachsende Effizienzanforderungen zu einer Angebotsinduktion führen, was wiederum in einer Mengenausweitung und Überversorgung resultiert. Verglichen mit der international hohen Hospitalisationsrate erachten wir die angebotsinduzierte Nachfrage als weitgehend ausgeschöpft.

Rückt die Qualität in den Mittelpunkt, lässt sich der unerwünschte Effekt der Angebotsinduktion abdämpfen. Bereits 2006 stellten Porter und Teisberg ein nutzenorientiertes System für das Gesundheitswesen vor («value-based healthcare»). Dieser Ansatz sieht eine Verringerung der Gesundheitskosten über bessere Qualität vor.³¹ Wird der Nutzen für den Patienten maximiert, kann man die Behandlung

wirksamer gestalten, «unnötiges» Volumen reduzieren und Kosten einsparen. In Holland werden nutzenorientierte Konzepte durch den Gesetzgeber vorgegeben. Die qualitativ hochwertige Versorgung steht im Mittelpunkt (vgl. Abbildung 23, rechts). Dafür sind beispielsweise ein Versicherer und ein niederländisches Spital eine strategische Partnerschaft eingegangen. Die Allianz beruht auf einem innovativen langfristigen Vertrag. Dieser belohnt es, «das Richtige zu tun», und fördert die Umsetzung von Qualitätsinitiativen (z.B. partizipative Entscheidungsfindung, Substitution, Verbesserung der Akutversorgung), eine branchenübergreifende Zusammenarbeit sowie eine organisatorische Neugestaltung.

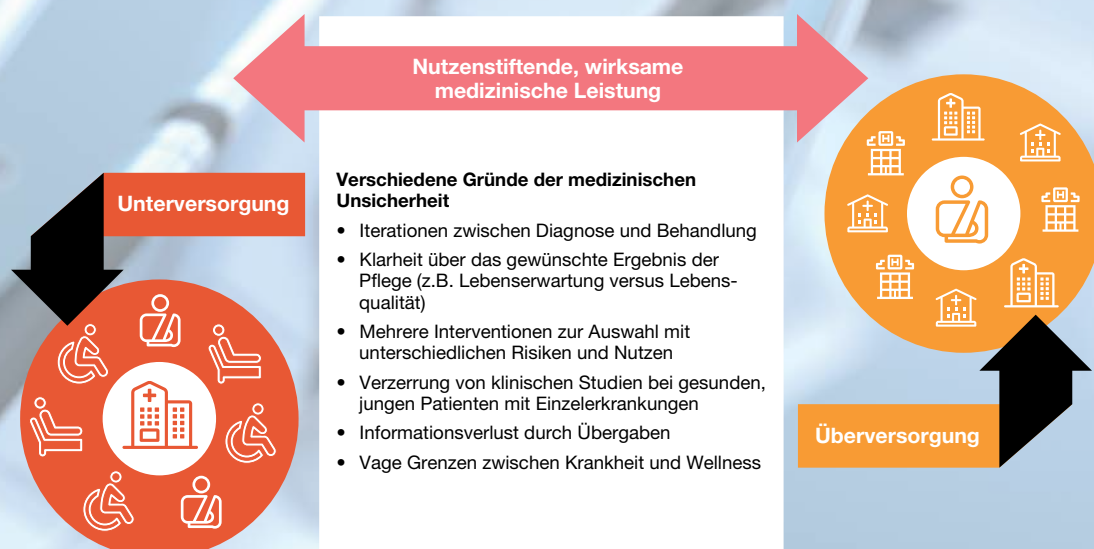


Abbildung 21: Angemessener Grad der Versorgung (Quelle: in Anlehnung an Strategy& Amsterdam Healthcare, 2018)

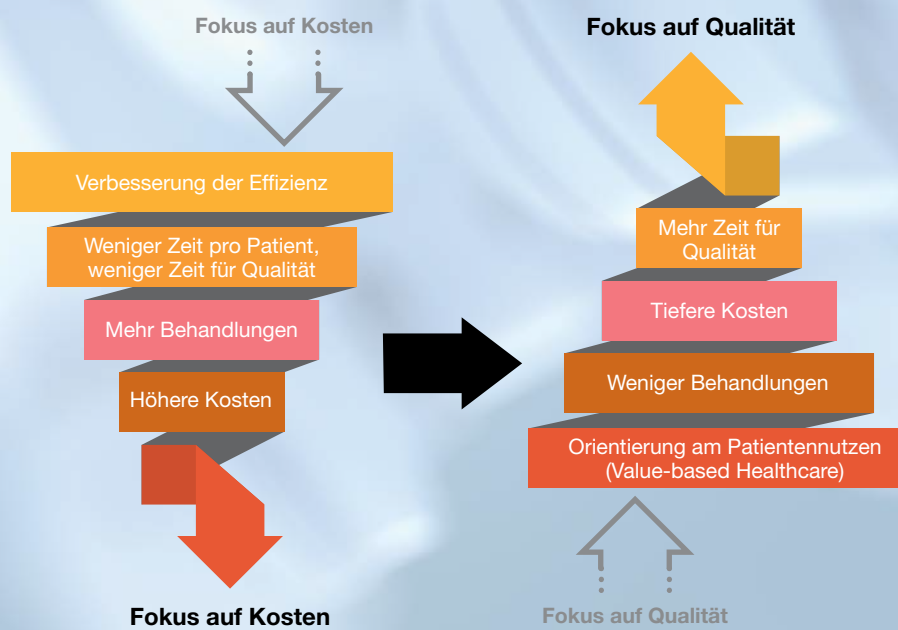
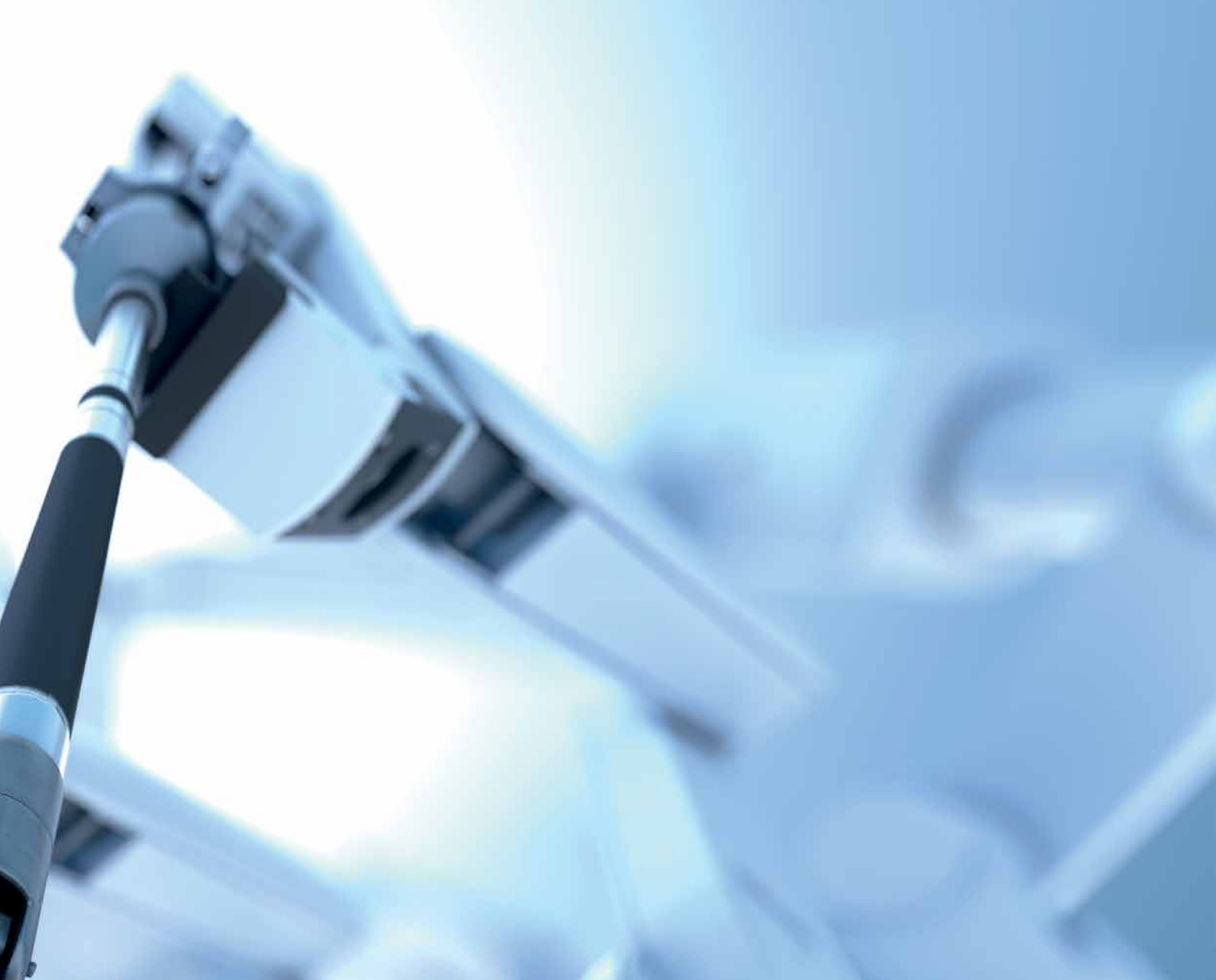


Abbildung 22: Vom Effizienz- zum Qualitätsmarkt (Quelle: in Anlehnung an Strategy& Amsterdam Healthcare, 2018)

Erforderliche Rahmenbedingungen

Die Entscheidungsgremien von Spitälern zeigen bereits heute zunehmende Bereitschaft, in Netzwerkstrukturen zu investieren – sei es in Form von Zusammenschlüssen oder Kooperationen. So positionieren sie sich innerhalb von grösseren Versorgungsregionen. Damit sich diese Entwicklung beschleunigt, muss die Politik solche Bestrebungen mittragen.

Die Schlüsselfaktoren, die eine Bewegung hin zur Netzwerkversorgung mit starker Qualitätsorientierung begünstigen, fassen wir wie folgt zusammen:

- **Patienten:** Die wandelnden Patientenbedürfnisse und die steigende Multimorbidität verlangen eine ganzheitliche Behandlung und begünstigen die Entwicklung von Netzwerkmodellen.
- **Medizinische Fachkräfte:** Der Fachkräftemangel spricht für eine stärkere Zusammenarbeit im Netzwerk. Bereits heute tauschen Spitäler Fachkräfte aus, um Engpässe zu überbrücken.
- **Technischer Fortschritt:** Der technische Fortschritt und vor allem die Digitalisierung sind grundlegend, damit sich ein Netzwerk in seiner Vielfalt entfalten kann. Innovative Therapieansätze wie Telemedizin, eine einfachere Kommunikation zwischen Patient und Arzt sowie der interdisziplinäre Austausch von Patientendaten unterstützen den Prozess zu einer Netzwerkversorgung.
- **Gesetzesänderungen:** Beim Krankenversicherungsgesetz ist mit dem «Experimentierartikel» eine Ergänzung geplant, die innovative Lösungen fördert.

- **Wirtschaftliche Gründe:** Durch die Leistungserbringung in Netzwerkstrukturen lassen sich gewisse Ressourcen übergreifend einsetzen und Vorhalteleistungen deutlich reduzieren. Das trägt zu einem wirtschaftlich nachhaltigen Betrieb und zur Erreichung einer EBITDAR-Zielmarge von 10 Prozent bei.

Die Rahmenbedingungen in der Schweiz hemmen jedoch auch die Entwicklung von Netzwerkstrukturen, die sich auf Qualität und Patientenzentrierung konzentrieren.

- **Rein kantonale Versorgungsplanung:** Eine kantonale, in sich geschlossene Versorgungsplanung behindert die Gestaltung einer Netzwerkstruktur, die sich am Behandlungspfad und an den Patientenströmen orientiert. Überregionale Versorgungsplanungen würden dem entgegenwirken.
- **Finanzierung:** Die mengenbasierte Vergütung und das unterschiedliche Abgeltungssystem zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor setzen geringe Anreize für die Steigerung der Behandlungsqualität. Intransparente Beitragszahlungen im Rahmen von gemeinwirtschaftlichen Leistungen erhalten isolierte Leistungsangebote aufrecht. Das Einbinden in eine Netzwerkstruktur wird dadurch erschwert.
- **Fehlende Zusammenarbeit in «Shared Decision Making»:** Trotz evidenzbasierter Unterstützung für die gemeinsame Entscheidungsfindung hat dieser Ansatz in der Schweiz noch keinen Durchbruch erzielt. Für Fortschritte braucht es eine stärkere Zusammenarbeit zwischen Patient und Arzt einerseits und zwischen Arzt und Versicherer andererseits.

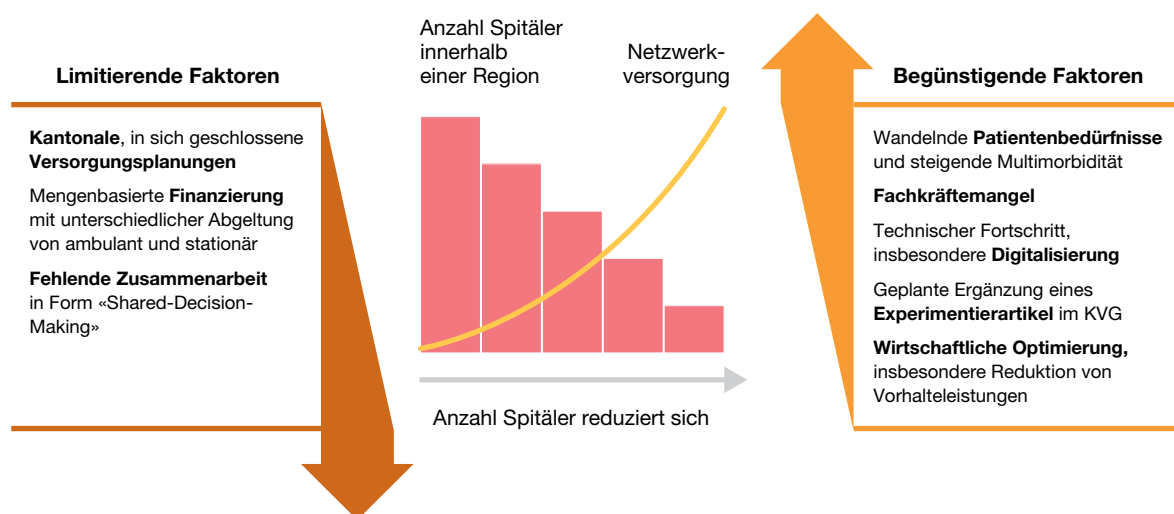


Abbildung 23: Faktoren, die neue Netzwerkstrukturen mit Fokus auf Qualität und Patientenzentrierung begünstigen bzw. hemmen (Quelle: PwC-eigene Darstellung)

Drei Fragen an André Zemp

Spitaldirektor der Zürcher Stadtspitäler Triemli und Waid



Herr Zemp, welchen drei grössten Herausforderungen werden sich die Schweizer Spitäler in den nächsten fünf Jahren stellen müssen?

Herr Zemp: Als Erstes ist es die sinkende EBITDA-Marge. Ich erwarte eine stagnierende Ertragsentwicklung aufgrund gleicher oder höchstens moderat höherer Preise bei gleichbleibenden oder sogar sinkenden stationären Fallzahlen. Das liegt u.a. im Trend ambulant vor stationär begründet. Zudem gehe ich von einem Wachstum im ambulanten Bereich aus, der aber unterfinanziert ist. Dies löst einen zusätzlichen negativen Margeneffekt aus. Im Weiteren steigt der Druck auf die Preise für die Behandlung von Halbprivat- und Privatpatienten bei gleichzeitig sinkenden Fallzahlen. Dagegen gehe ich von einer anhaltenden Kostensteigerung durch regulatorische Auflagen, Digitalisierung, Lohndruck bei Spezialisten und anderen Kostentreibern aus.

Die zweite grosse Herausforderung besteht meines Erachtens im verschärften Wettbewerb. Der Markt ist gesättigt. Also wird sich der Wettbewerb um Patienten und damit um Ärzte und Zuweiser verschärfen.

Und schliesslich müssen wir Spitäler mit einem hohen Investitionsbedarf klarkommen, ob wir nun die Infrastruktur erneuern oder die Digitalisierung vorantreiben.

Wie positionieren Sie die Stadtspitäler Zürich in diesem Kontext? Welches Zielbild verfolgen Sie?

Wir streben im Zielbild zwei in ihrem Leistungsangebot aufeinander abgestimmte Spitäler an. Diese sollen die Synergien bestmöglich nutzen, und zwar hinsichtlich Leistungserbringung, Markteinzugsgebiet, Marktbearbeitung sowie Supportleistungen. Das Stadtspital Triemli fungiert als Zentrumsspital mit spezialisiertem Leistungsangebot und überregionalem Einzugsgebiet. Das Stadtspital Waid bietet Angebote in der Grundversorgung und gilt als Leuchtturm für die Altersmedizin.

Wie setzen Sie dieses Zielbild um, und wie gehen Sie mit Hindernissen um?

Wir wählen ein Organisationsmodell, das unser Zielbild konsequent unterstützt. Dazu beziehen wir Leistungsträger in den Entwicklungsprozess ein, zeigen eine hohe Präsenz, pflegen den regelmässigen Dialog und stellen eine klare Führung sicher.

Teil B

Psychiatrien

Wachstum

stagnierte
im letzten Jahr

vor TARPSY



Der Markt im Überblick

Die Finanzkennzahlen 2017 basieren zum letzten Mal auf dem bisherigen Tagespauschalen-Tarifsystem. Die neue Tarifstruktur nach TARPSY wird sich erstmals in den Abschlüssen 2018 in den Zahlen niederschlagen. In unserer Studienausgabe 2016 haben wir mögliche Effekte dieser Umstellung angesprochen. Dieses Mal haben wir untersucht, in welchem finanziellen Zustand die Psychiatrien in das TARPSY-Zeitalter gestartet sind. Dazu haben wir die Finanzabschlüsse von zwölf Psychiatrien ausgewertet.

Der Gesamtmarkt 2016 der psychiatrischen Institutionen beläuft sich auf rund 2,2 Mrd. CHF, die von 48 Leistungserbringern erbracht wurden. Seit 2011 ist der Markt im Schnitt mit 3,8 Prozent gewachsen. Insgesamt wurden mit 59'200 stationären Fällen 2,1 Millionen Pflegenächte erbracht.

Wachstum und stationärer Bereich stocken

Die 2016 festgestellte Tendenz zu einer verstärkten ambulanten Versorgung hat sich 2017 fortgesetzt. Die ambulanten Erträge wuchsen um 5,9 Prozent, also 1,6 Prozentpunkte mehr als im Vorjahr. Gleichzeitig stockten die stationären Umsätze. Insgesamt konnten die Psychiatrien ein

Ertragswachstum in der Höhe von 2,5 Prozent verzeichnen (vgl. Abbildung 25). Im Vergleich zu anderen Ländern erzielt die Schweizer Psychiatrie deutlich tiefere Wachstumsraten. Das weist auf eine starke Angebotsinduktion in den anderen Ländern und auf ein gutes hiesiges Versorgungsniveau hin. In der Schweiz ist Wachstum hauptsächlich im ambulanten Bereich mit neuen Angeboten möglich. Demnach wird ein zunehmendes Patientenaufkommen vermehrt mit ambulanten Angeboten bedient.

Die stationären Verdienste machen nach wie vor den Grossteil der Gesamterträge aus. Ähnlich wie in der Akutsomatik ist aufgrund der höheren Wachstumsraten im ambulanten Bereich eine kontinuierliche Umsatzverlagerung zu den ambulanten Erträgen feststellbar. Diese Entwicklung ist weder neu noch überraschend. David J. Bosshard, CEO der Clenia-Gruppe, wies bereits in unserer Studienausgabe 2017 darauf hin, dass «der stationäre Markt stagnieren bzw. sich im Rahmen des Bevölkerungswachstums entwickeln wird». Er erwähnte, dass «das Geschäftsmodell in der Vor- und Nachbehandlung künftig viel häufiger über virtuelle Kanäle laufen und somit digitalisiert wird».³²

Hohe Personalkosten drücken die Profitabilität

Ein geringes Umsatzwachstum birgt die Gefahr, dass Kostensteigerungen auf die Profitabilität drücken. Nach zwei stabilen Jahren geht die Profitabilität nun erstmals

deutlich zurück. So sank die EBITDAR-Marge von 10,5 Prozent im Jahr 2016 auf 7,4 Prozent im Jahr 2017. Die EBITDA-Marge reduzierte sich gleichzeitig von 7,4 Prozent auf 6,2 Prozent (vgl. Abbildung 26). Ein Grund für diesen Profitabilitätsrückgang liegt in den vergleichsweise hohen Personalkosten bei der Leistungserbringung. Diese stellen den grössten Kostentreiber dar. Interessant ist jedoch, dass 2017 der Anteil von 76,4 Prozent am Umsatz seit 2012 am höchsten war. So lagen die Kosten 2017 1,8 Prozentpunkte höher als im Vorjahr und immer noch 0,9 Prozentpunkte höher gegenüber dem Spitzenwert von 2014 (vgl. Abbildung 25).

Die Zunahme bei den Personalkosten, kombiniert mit der insgesamt positiven Umsatzentwicklung, lässt vermuten, dass sich die Leistungs- oder Ertragszunahme nur mit einem höheren Personaleinsatz realisieren liess. Damit wird einmal mehr unverkennbar, wie fragil das Gesundheitswesen bei Personalkosten reagiert.

Von den zwölf analysierten Psychiatrien lagen fünf über dem postulierten langfristigen Richtwert der EBITDAR-Marge von 8 Prozent. Im Vorjahr waren es noch sieben Kliniken, die diesen Wert erreichten oder übertrafen. Wie in der Akutsomatik ist auch in der Psychiatrie eine gewisse Konstanz erkennbar: Wer 2016 eine vergleichsweise tiefe EBITDAR-Marge erzielte, gehört auch 2017 zu den Schlusslichtern.³³ Diese Kliniken müssen für eine zukunftsgerichtete Entwicklung die Trendwende schaffen. Das gilt gerade für das TARPSY-System, unter dem der finanzielle Druck voraussichtlich zunehmen wird.

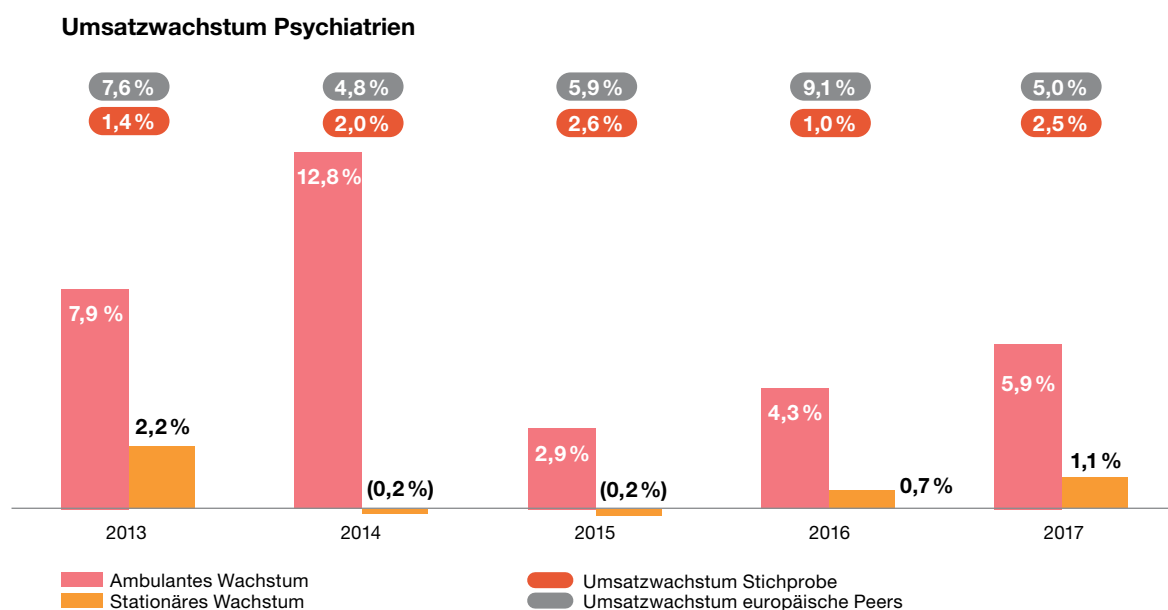


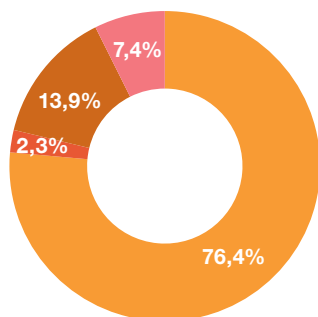
Abbildung 24: Umsatzwachstum der Schweizer Psychiatrien, aufgeteilt nach ambulanten und stationären Erträgen (Medianwerte)

Neues Tarifmodell seit 2018

Früher wurden die stationären Leistungen in der Psychiatrie vergleichsweise gut abgegolten. Unter TARPSY dürfte sich der Druck nun erhöhen. Denn das neue Tarifsystem orientiert sich ähnlich wie SwissDRG an leistungsbezogenen Kosten und damit an einer fallspezifischen (Tages-) Vergütung. Das stationäre Tarifsystem in Psychiatriekliniken ist seit 2018 national geregelt. Durch die Vereinheitlichung werden medizinische und ökonomische Anreize geschaffen, die die Gesundheitskosten langfristig positiv

beeinflussen sollten. Es bleibt abzuwarten, ob sich der Systemwechsel wie damals im Akutwesen auch auf das Ertragswachstum auswirken wird – oder ob die angestrebte ergebnisneutrale Einführung gelingt. In der Ambulanz werden sich Psychiatrie und Akutsomatik möglicherweise unterscheiden: In der Akutsomatik resultiert das Wachstum der ambulanten Leistungen grösstenteils aus Leistungsverlagerungen. Dahingegen dürften in der Psychiatrie neue und ergänzende Angebote zum ambulanten Wachstum beitragen.

Kostenplitz 2017
(in % des Gesamtumsatzes)



Kostenentwicklung
(in % des Gesamtumsatzes)

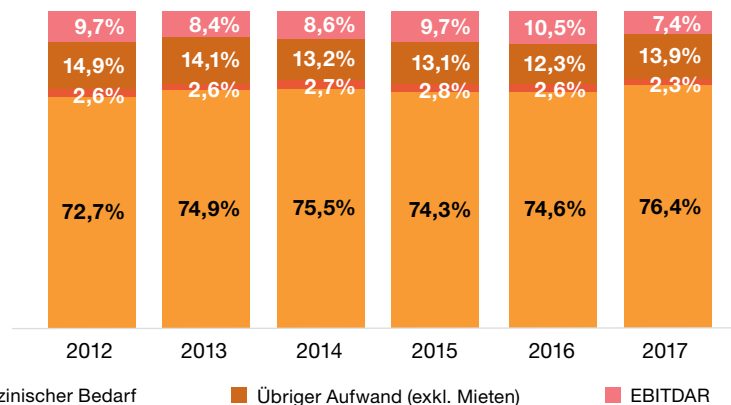
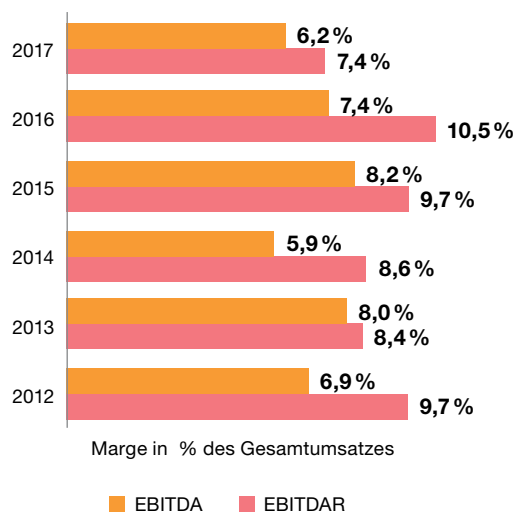


Abbildung 25: Kostenaufteilung bei den Schweizer Psychiatrien in Prozent des Gesamtumsatzes (Medianwerte)

Historische EBITDAR- und EBITDA-Margen



Historische EBIT- und Reingewinn-Margen

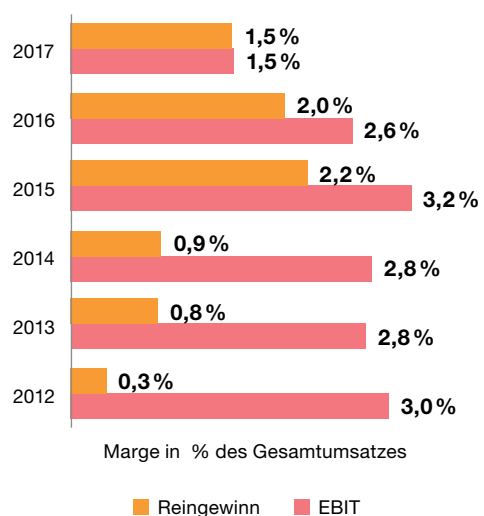


Abbildung 26: Profitabilitätsentwicklung der Schweizer Psychiatrien



Teil C

Rehabilitation

Zunehmende Vernetzung akutsomatischer und rehabilitativer Angebote



Der Markt im Überblick

Benötigt ein Patient nach einem akutsomatischen Aufenthalt weitere ärztliche und multidisziplinäre Behandlung für die Genesung und die alltägliche und berufliche Wiedereingliederung, kommt die Rehabilitation ins Spiel. Der Rehabilitationsmarkt in der Schweiz hat ein Volumen von knapp 2,5 Mrd. CHF.³⁴ Er ist in der letzten Zeit mit rund 6 Prozent jährlich gewachsen.³⁵ Dieses Wachstum liegt über dem der Akutsomatik. Der Umsatz teilt sich auf über 90 Kliniken mit stationären Rehabilitationsleistungen auf. Davon bietet über die Hälfte ausschliesslich Rehabilitationsleistungen an. Es gibt jährlich knapp 100'000 stationäre Fälle mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 23 Tagen.

Der Anteil des ambulanten Geschäfts am Gesamtumsatz in den Institutionen blieb stabil. Damit zeichnet sich (noch) kein vergleichbarer Trend wie in der Akutsomatik und Psychiatrie ab. Gut möglich, dass die Thematik «ambulant vor stationär» in der Rehabilitation auch auf der Finanzierenseite zeitlich hinterherhinkt. Das Thema «ambulant vor stationär in der Reha» hat jedoch unserer Meinung nach auch ein hohes Potenzial und würde sich für eine weitere Studienuntersuchung eignen.

Umfrageresultate des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ³⁶ lassen erkennen, dass die Patienten mit den Rehakliniken in der Schweiz insgesamt sehr zufrieden sind.

Die Versorgungsdichte unterscheidet sich kantonal stark. Die höchste Bettenrate pro Einwohner weist der Kanton Appenzell Ausserrhoden auf, die tiefste der Kanton Schwyz. Im Durchschnitt kommen rund 8,5 Betten auf 10'000 Einwohner. Manche Kantone wie Zürich weisen eine vergleichsweise tiefe Bettenrate pro Einwohner auf. Deshalb möchten gewisse Vorstösse die Rehabilitationskapazitäten erhöhen. Schweizweit bestehen Ausbaupläne im Umfang von schätzungsweise 10 Prozent im Vergleich zur Bettenkapazität 2017.

Aktuelle strategische und organisatorische Herausforderungen

Die erwähnten Ausbaupläne und die zunehmenden Aktivitäten ausländischer Anbieter – zum Beispiel Vamed – haben den Wettbewerb verschärft. Zudem wird nachfrageseitig nur von einem moderaten Wachstum der Nachfrage im stationären Bereich ausgegangen. Auf der Ertragsseite sind keine wesentlichen Verbesserungen über höhere Tarife absehbar. Das wird den Wettbewerb zusätzlich intensivieren.

Umfrageergebnissen³⁷ zufolge sind eine klare Positionierung am Markt, eine effiziente Leistungserstellung und eine Mindestgrösse in Zukunft zentral. Eine engere Verzahnung der Rehabilitation mit der vorgelagerten Akutsomatik und dadurch eine ganzheitlichere Versorgung des Patienten können zu einem entscheidenden Wettbewerbsvorteil werden. Eine Analyse der Patientenstruktur in einer Rehaklinik zeigt nämlich, dass Rehapatienten bei Eintritt tendenziell einen höheren Schweregrad aufweisen als noch vor der DRG-Einführung. Das heisst, sie werden früher vom Akutspital in die Rehakliniken verlegt. Das erweitert deren Aufgabenspektrum, weshalb sie entsprechende Fachkräfte brauchen. Gleichzeitig wächst der Koordinationsbedarf zwischen den verschiedenen Fachspezialisten, und das Risiko von Rückfällen erhöht sich. Entsprechend sind schweizweit Bestrebungen im Gang,

Akutbehandlung und Rehabilitation näher zusammenzurücken (vgl. «Exkurs: Integrierte Versorgung durch die Zusammenarbeit der Rehaklinik Bellikon und des UniversitätsSpitals Zürich»).

Neben der ganzheitlichen Versorgung verändert sich durch die technologischen Entwicklungen auch die Behandlung der Patienten. Künstliche Intelligenz kann bei der Diagnose und Auswertung radiologischer Bilder unterstützen. Patienten werden telemedizinisch betreut, und therapeutische Übungen lassen sich mit Virtual oder Augmented Reality simulieren. Dadurch steigt der erwartete Therapieerfolg massgeblich. Zusätzlich können digitale Technologien eine spielerische Umgebung schaffen, die sich positiv auf die Motivation der Patienten auswirkt. Solche Anwendungen werden heute beispielsweise nach neurologischen Störungen eingesetzt, um Handfunktionen, die optimale Körperhaltung oder die Balance wiederherzustellen. Über solche positiven Therapieeffekte kann der technologische Fortschritt die Therapeuten entlasten. Gegebenenfalls kann ein Patient seine Therapie früher selbständig zu Hause ausführen.

Die strukturellen Grundlagen stellen die Rehabilitationskliniken vor neue Herausforderungen: In der Akutsomatik hat sich schweizweit die Spitalplanungs-Leistungssystematik (SPLG) durchgesetzt. In der Rehabilitation hingegen bestehen aktuell noch grössere Unterschiede bei der Vergabe von Leistungsaufträgen. Gewisse Kantone unterscheiden zwischen geriatrischer Reha und Frührehabilitation – andere nicht. Zudem werden Therapie-tätigkeiten wie Physio- und Ergotherapie oder Kuren und Wellnessangebote nicht klar abgegrenzt. Mit anderen Worten: Wo Rehabilitation draufsteht, ist nicht immer dieselbe Rehabilitation drin. Das erschwert das Schaffen von schweizweit einheitlichen Standards. In einer Fortsetzung des Projekts «DefReha» von H+ wird nun versucht, Kriterien wie zum Beispiel für die Anwesenheit von Fachärzten zu definieren.



Ausblick zur Marktentwicklung

Die EBITDA-Margen der untersuchten Rehakliniken variieren. Wir gehen davon aus, dass auch in der Rehabilitation in Zukunft kostenoptimierte Behandlungen zunehmend in den Mittelpunkt rücken. Gleichzeitig ist auch hier mit einer anwachsenden Ambulantisierung zu rechnen. Allerdings dürfte diese Entwicklung aufgrund der folgenden Gründe weniger schnell erfolgen als in der Akutsomatik:

1. Die Patienten wünschen sich kurze Versorgungswege. Entsprechend sollten auch die ambulanten Angebote der Rehakliniken wohn- oder arbeitsnah zur Verfügung stehen. Traditionellerweise liegt ein Grossteil der Rehakliniken jedoch in der Peripherie. Um als Rehaklinik auch in Zukunft mit ambulanten Angeboten interessant zu bleiben, bieten sich neue Konzepte an. Beispiele dafür sind separate ambulante Standorte oder Shop-in-Shop- bzw. Klinik-in-Klinik-Standorte mit einem zentralen Gesundheitsanbieter.
2. Die aktuellen Tarifstrukturen und die nicht flächendeckende Umsetzung setzen nach wie vor Fehlreize. Sie hemmen die Verlagerung von stationär zu ambulant.³⁸

Bei den stationären Leistungen herrschen ebenfalls Unsicherheiten in Bezug auf die zukünftige Finanzierung: Wie in Akutspitälern und Psychatrien sollen auch in Rehabilitationskliniken die stationären Aufenthalte nach einem schweizweit einheitlichen Tarif vergütet werden, dem sogenannten «ST Reha». Geplant war, diesen 2018 einzuführen. Inzwischen wurde der Start auf frühestens 1. Januar 2022 verschoben.³⁹

Diese Verschiebungen und die erwähnten Unsicherheiten sind für die Rehakliniken unbefriedigend; sie machen eine langfristige Planung der Vergütungen unmöglich. Gerade im aktuellen, dynamischen Umfeld wäre die Klarheit über die finanziellen Aspekte enorm wichtig. Immerhin müssen Kliniken strategische Entscheide zu Leistungsangebot und Angebotsportfolio treffen und die Weichen für die Zukunft stellen. So bleibt ihnen nichts anderes übrig, als Strukturen zu schaffen, die Flexibilität, Anpassungsfähigkeit und Agilität im Hinblick auf Kooperationen ermöglichen.

«Aufgrund der Ausbaupläne und Ambulantisierung ist eine gewisse Überkapazität absehbar. Daraus müsste mehr Wettbewerb hervorgehen.»

Jürg Wägli, Direktor und Vorsitzender der Geschäftsleitung
Berner Reha Zentrum

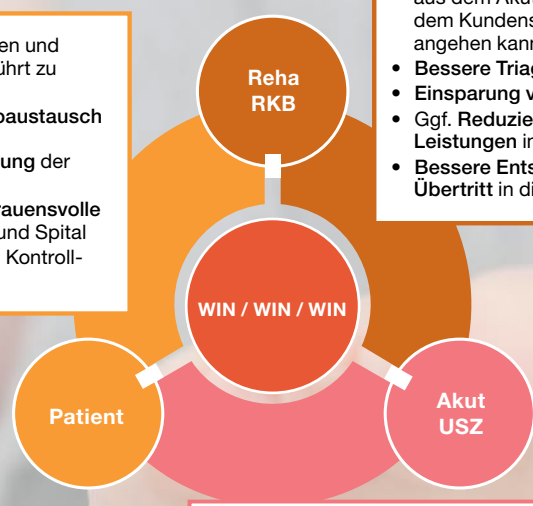
Exkurs: Integrierte Versorgung durch die Zusammenarbeit der Rehaklinik Bellikon (RKB) und des UniversitätsSpitals Zürich

Patienten erwarten heute eine ganzheitliche, integrierte Gesundheitsversorgung. Die Grenzen zwischen den einzelnen Leistungserbringern verschwimmen. Bei der Reha sieht man diese Entwicklung insbesondere in der Verzahnung von Akutsomatik und Rehabilitation. So betreibt zum Beispiel aarReha AG am Spital Zofingen ein Rehabilitations- und Therapiezentrum. Dadurch findet die akutsomatische und rehabilitationsbezogene Behandlung in Zukunft unter einem Dach statt.

Dass für eine solche Verzahnung grundsätzlich kein physischer Schulterschluss nötig ist, zeigt das Beispiel der Zusammenarbeit zwischen der Rehaklinik Bellikon (RKB) und dem UniversitätsSpital Zürich (USZ). Die RKB und das USZ pflegen seit Jahren einen intensiven Austausch. Sie wollen Patienten institutsübergreifend und bedürfnisgerecht versorgen und den gesamten Behandlungsprozess verbessern. Ziel ist es, die richtigen Kompetenzen vor Ort beim Patienten zu haben und ihn somit frühzeitig optimal und in höchster Sicherheit versorgen zu können.

Ein Element des Konzepts sind gemeinsam durchgeführte ärztliche Visiten mit Rehamedizinern der RKB in mehreren Kliniken im USZ. Sozialberater der RKB unterstützen zudem die Sozialberatung des USZ. So erfolgt eine gemeinsame Triage. Dabei unterstützen klare

- Frühes Kennenlernen von ärztlichen und pflegerischen Weiterbehandlern führt zu Vertrauensbildung
- Klärung allfälliger Fragen und Infoaustausch vor Antritt der Reha führt zu Abbau von Ängsten und Erhöhung der Patientensicherheit
- Patient erkennt die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Reha und Spital
- Wegfall Patiententransporte bzgl. Kontrollterminen



- Bessere Kapazitätsauslastung, da die RKB bei den aus dem Akutspital vorgestellten Patienten gezielt mit dem Kundenservice administrative Fragen schneller angehen kann
- Bessere Triage
- Einsparung von Fahrtkosten zur Nachkontrolle
- Ggf. Reduzierung der Verrechnung von ambulanten Leistungen im Akutspital an die RKB
- Bessere Entscheidungsmöglichkeiten für den Übertritt in die Reha (s. auch Akutspital)

- Schnellere Verlegung und dadurch bessere Bettenverfügbarkeit im USZ
- Schnellere Entscheidungsmöglichkeiten, wann der richtige Zeitpunkt für den Rehabilitationsübertritt ist
- Entlastung der Ambulanz im Akutspital
- Bessere Einschätzung von Rehabilitationspotenzial und Rehabilitationsfähigkeit

Abbildung 27: Integrierte Versorgung am Beispiel RKB und USZ

Indikationslisten die Effizienz und die Qualität im Entscheidungsprozess bezüglich Übertritts in die RKB. Dies gibt dem Patienten ein besseres Verständnis der unterschiedlichen Rollen im gesamten Behandlungspfad und stellt sicher, dass der richtige Patient (Indikation) zur richtigen Zeit am richtigen Ort ist. RKB und USZ haben im Juni 2018 bekannt gegeben, dass sie im Rahmen ihrer bereits bestehenden Kooperation eine telemedizinische Visite einführen. Dabei gewährleisten die beiden Partner einerseits das Patientenbedürfnis nach abgestimmter, integrierter Versorgung und realisieren andererseits erste Schritte in der Telemedizin.

Das Prinzip der Tele-Reha-Visite ist einfach und bestechend: Vor dem Eintritt in die Rehaklinik interagieren Ärzte und Therapeuten der RKB per Bildschirm mit dem Patienten und Fachspezialisten im USZ und erarbeiten so eine frühzeitige und individuelle Planung des Rehabilitationsplans. Die stationären Patienten geniessen frühzeitig – das heisst noch im Akutspital – eine medizinisch-therapeutische Abklärung. Zudem können gewisse Aspekte der Rehabilitation bereits während des stationären Spitalaufenthalts gestartet werden. Somit findet im Akut-Setting und noch vor Verlegung in die Rehaklinik ein fachkundiger Austausch zwischen Patient sowie den Fachärzten, -therapeuten und -pflegenden der Rehaklinik und des USZ statt. Tele-Reha

wird jedoch nicht nur für die Kommunikation vor dem Rehabilitationsaufenthalt genutzt. Sie erlaubt, dass die akutsomatischen Fachspezialisten auch während der Rehabilitation weiterhin im Kontakt mit den Patienten stehen. Dadurch profitiert sowohl der Patient als auch das Behandlungsteam: Eine frühzeitige, individuelle Rehabilitationsplanung ist gewährleistet, längere Reisewege werden vermieden, und sowohl die Effizienz als auch die Sicherheit der Patientenversorgung steigen.

Die RKB und das USZ wollen die integrierte Versorgung erweitern, beispielsweise mit einer Rotation von Assistenzärzten zwischen RKB und USZ und einer Integration von rehabilitativ tätigen Therapeuten der RKB beim USZ. Beim ambulanten Angebot besteht eine Option darin, dass im USZ eine ambulante rehabilitative Tagesklinik entsteht und das Team der beruflichen Wiedereingliederung der RKB ambulante Dienste zur Verfügung stellt. Die Verpflichtung der beiden Spitäler zur integrierter Versorgung soll zudem die Administration, u.a. auch mit den Versicherungen, erleichtern.

Eine integrierte Versorgung zwischen Akut-somatik und Rehabilitation bietet Patienten, dem Akutspital und der Rehabilitationsklinik enorme Chancen (siehe Abbildung 29):

Der Patient wird frühzeitig über die ärztliche, therapeutische und pflegerische Weiterbe-

handlung informiert und eingebunden. Das soll seine berufliche Wiedereingliederung fördern und beschleunigen. Zudem ist die reibungslose Kommunikation zwischen Patient und den verschiedenen Fachspezialisten gewährleistet. So steigen Patientensicherheit und -vertrauen.

Ein frühzeitiger Rehabilitationsstart kann eine raschere Verlegung begünstigen. Dadurch kann das Akutspital seine Bettenverfügbarkeit optimieren. Gleichzeitig ist eine bessere Einschätzung hinsichtlich Rehabilitationspotenzial und Rehabilitationsfähigkeit möglich. So lässt sich die Patientenverlegung besser planen. Zudem können die Refachkräfte die chirurgischen Spezialisten mit dem rehabilitativen Ansatz des «bio-psycho-sozialen Modells» ergänzen und entlasten.

Die Rehaklinik wiederum profitiert von einer besseren Kapazitätsauslastung, da sie administrative Fragen mit den Patienten frühzeitig klären kann. Des Weiteren lassen sich Fahrtkosten für ambulante Leistungen im Akutspital reduzieren.

Insgesamt trägt der frühzeitige Einbezug der Rehabilitation wesentlich dazu bei, den Patienten eine integrierte medizinische Versorgung zu offerieren und die Patientenerfahrung positiv zu beeinflussen. Und schliesslich werden Kosteneinsparungen möglich, die auch volkswirtschaftlich wünschenswert sind.

Drei Fragen an ...

Katja Bruni

Katja Bruni, Direktorin Pflege und
MTTB USZ a.i.



Wie funktioniert aus Ihrer Sicht eine optimale Verknüpfung von Akutsomatik und Rehabilitation?

Frau Bruni: Eine optimale Verzahnung wird durch gegenseitig abgestimmte Prozesse und durch eine integrierte Versorgung aus einer Hand erreicht. Dabei ist es zentral, dass der Patient die integrierte Versorgung aktiv erlebt und auch wahrnimmt. Zudem sollte bei den Kooperationspartnern im Vorfeld eine enge strategische und operative Prozessabstimmung erfolgen. Das fördert den gegenseitigen Informations- und Wissensaustausch und schafft auch die Basis für gemeinsame Forschungsaufträge.

Dr. Rossi: Eine Kooperation bzw. das Anbieten einer integrierten Versorgung ist die intensivste Form der Zusammenarbeit zwischen zwei Institutionen. Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Kooperation sind gemeinsame Grundwerte und Philosophien, die sowohl vom Management als auch von der Belegschaft geteilt und gelebt werden. Weiter sollte der Patient im Fokus stehen. Dies bedeutet, dass der richtige Patient zur richtigen Zeit am richtigen Ort sein sollte. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit der Kooperationspartner zur Sicherstellung einer optimalen Triage und einer Reduktion der Informationsasymmetrien. Durch das gegenseitige Verständnis sollen die Qualität und die Sicherheit der Versorgung insgesamt erhöht werden.

Wie sind Sie beim gemeinsamen Projekt vorgegangen? Was ist aus Ihrer Sicht der grösste Nutzen für den Patienten, das USZ und die RKB?

Frau Bruni: Schon früher gingen verschiedene Kliniken des USZ mit der RKB Kooperationen ein. Diese waren vor allem durch die Ärzte getrieben, die aufgrund der langen Aufenthaltsdauer der Patienten schon früh das Potenzial einer Zusammenarbeit sahen. Eine der ersten Disziplinen, die mit der RKB eine Kooperation eingingen, war die Unfallchirurgie. Durch die Zusammenarbeit und Koordination sowie die Definition klarer Zuständigkeiten konnte neben der Reduktion der Aufenthaltsdauer auch die Mitarbeiterzufriedenheit erhöht werden.

Die Patienten profitieren von der kürzeren Aufenthaltsdauer in einem Akutsetting. So kommt es zu weniger Infektionen, weniger Rückverlegungen und höherer Transparenz. Die Koordination führt insgesamt zu einer Verbesserung der

Dr. Gianni Roberto Rossi

CEO Rehaklinik Bellikon



Behandlungsergebnisse (patient outcome). Für das USZ ist von Vorteil, dass die RKB ein spezifisches Dienstleistungsangebot hat und damit über ein Alleinstellungsmerkmal im Rehabilitationsmarkt verfügt.

Dr. Rossi: Grundsätzlich gab es intern stets das Interesse, eine Kooperation mit dem USZ einzugehen bzw. diese auszubauen. Aufgrund des Patientenprofils, der geografischen sowie sprachlichen Nähe und der gesundheitspolitischen Landschaft wurde eine Kooperation zwischen dem USZ und der RKB schon länger geprüft.

Für die Realisierung der telemedizinischen Visiten war entscheidend, dass die operativ Verantwortlichen diesen Weg gehen wollten und die Umsetzung pragmatisch erfolgte. So konnte eine rasche Umsetzung ohne Bürokratie realisiert werden. Es ist wichtiger, Sachen umzusetzen und dann laufend zu verbessern, als in umfangreichen Konzeptpapieren die perfekte Lösung niederzuschreiben.

Neben dem Obenstehenden ist aus unserer Sicht für den Patienten neben der Erhöhung der Behandlungsqualität auch die Indikationsqualität entscheidend. Insgesamt besteht die Zielsetzung, eine höhere Effizienz in der Versorgung sicherzustellen, um so die finanzielle Tragbarkeit des Gesundheitssystems zu erhöhen und künftigen Gefahren einer Rationierung entgegenzuwirken.

Was sind die grössten Herausforderungen bei der Umsetzung des gemeinsamen Projekts im Rahmen der integrierten Versorgung?

Frau Bruni: Es ist wichtig, die Schlüsselpersonen aktiv einzubeziehen, diesen die Vorteile für ihre Arbeit und den Patienten aufzuzeigen, um so eine langfristig hohe Motivation sicherzustellen. Weiter erachte ich es als notwendig, den Fokus primär auf die Verbesserung der Behandlungsergebnisse zu legen, der in einem zweiten Schritt oft eine Effizienzsteigerung mit sich bringt. Drittens zeigte es sich, dass «celebrate success» sehr positive Effekte hat.

Dr. Rossi: Die Schaffung eines sinnvollen, gemeinsamen Win-win-Systems, z.B. bezüglich Finanzen, Qualität, Synergien oder Einsparung von Bürokratie, bildet eine wichtige Basis. Weiter ist der Aufbau von Vertrauen zentral. Dies kann durch die Sicherstellung von Transparenz und Kommunikation unterstützt werden. Ergänzend kann durch eine langfristige Perspektive das Durchhaltevermögen seitens des Managements sichergestellt werden. Damit interinstitutionelle Kooperationen zustande kommen, kann ein sinnvoller Einsatz neuer Technologien und Innovationen unterstützend wirken.

Als Rahmenbedingung ist zu bedenken, dass die Leistungsaufträge auf den Spitalisten die möglichen Kooperationspartner einschränken. Aus dieser Sichtweise ist der Föderalismus eher eine Hürde. Zudem gibt es wenig Planungssicherheit bezüglich der Leistungsaufträge, was die Definition des Leistungsangebots erschwert.

Teil D

Alters- und Pflegeheime

Forderung nach
integrierten Alters- und
Pflegeheimangeboten
nimmt zu



Der Markt im Überblick

Heute leben in der Schweiz über 430'000 Menschen, die älter als 80 Jahre sind.⁴⁰ Gemäss Bundesamt für Statistik (BFS) und anderen Expertenberichten⁴¹ wird diese Altersgruppe in den nächsten 30 Jahren vergleichsweise stark wachsen. Grund dafür ist u.a., dass sich der allgemeine Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung verbessert hat und die Lebenserwartung kontinuierlich gestiegen ist – und in Zukunft weiter steigen wird.

Im Hinblick auf diese demografische Entwicklung haben die Alters- und Pflegeheime mehr Langzeitpflegebetten geschaffen. Das hat dazu geführt, dass der durchschnittliche Belegungsgrad der Langzeitbetten in den letzten Jahren von 96 Prozent auf 94 Prozent leicht gesunken ist. Noch ist unklar, ob die demografische Entwicklung tatsächlich eine höhere Nachfrage nach mehr Langzeitbetten bewirken wird. Denn dank des medizinischen Fortschritts und der technologischen Möglichkeiten kann ein grösserer Anteil der älteren Bevölkerung länger ohne Alters- und Pflegebetreuung auskommen. Allerdings nimmt die Pflegebedürftigkeit mit steigendem Alter exponentiell zu. Zudem erhöht ein längeres Leben auch das Risiko einer chronischen Krankheit wie Diabetes oder Demenz.⁴²

Lebenserwartung Schweizer Bevölkerung (in Jahren)

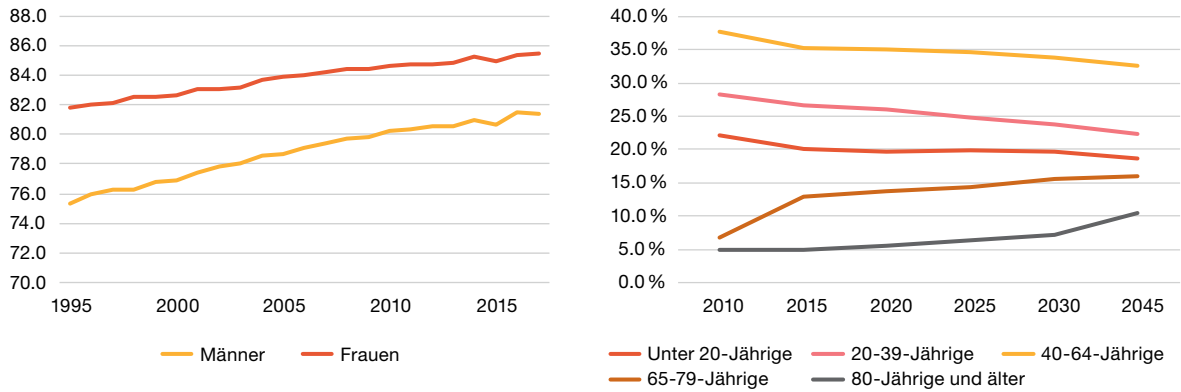


Abbildung 28: Lebenserwartung der Schweizer Bevölkerung und Entwicklung der Altersgruppen (Quelle: BFS)

Anzahl Plätze vs. Belegung

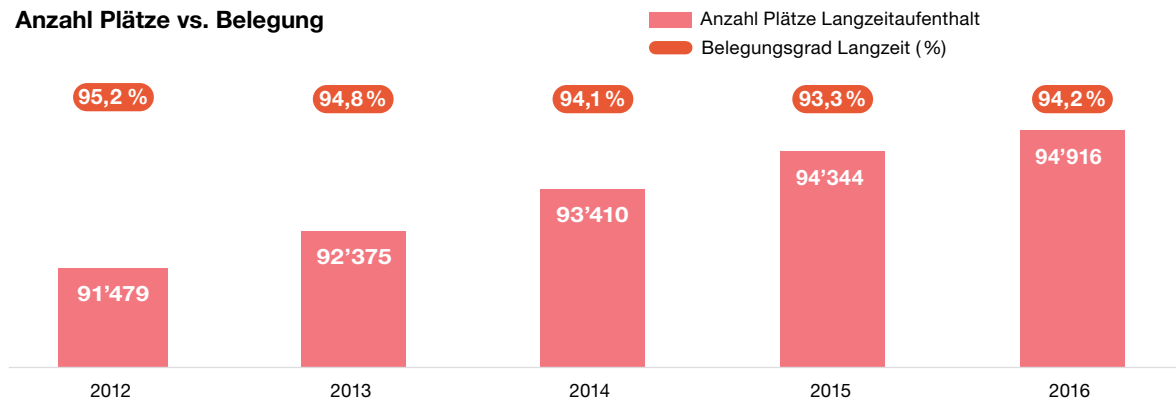


Abbildung 29: Anzahl Plätze für einen Langzeitaufenthalt im Vergleich zum durchschnittlichen Belegungsgrad

Versorgungsvielfalt dominiert

Der Alters- und Pflegeheimmarkt definiert sich nicht nur über das Angebot von Langzeitbetten. Der Markt mit rund 1570 Mitbewerbern⁴³ ist insofern fragmentiert, als das Angebot neben verschiedenen stationären Langzeitangeboten auch rein ambulante Dienstleistungen umfasst. Die Pflegekonzepte beschreiben teilweise sehr unterschiedliche Betreuungsformen mit verschiedenem Betreuungsbedarf.

Die ambulante Pflege erbringen in der Schweiz oft lokale Spitex-Organisationen oder Haushaltsbetreuungen. Allerdings dürfen Letztere im Gegensatz zur Spitex keine medizinische Versorgung vornehmen.

Bei intensiverem Betreuungsbedarf ist eine stationäre Versorgung angezeigt. Aktuell findet immer ein Umzug in eine entsprechende Einrichtung statt. Dabei wird nach

Altersheim⁴⁴ und Pflegeheim⁴⁵ unterschieden. Bei Ersteren ist der Betreuungsbedarf gering und beschränkt sich auf hauswirtschaftliche Tätigkeiten oder leichte Pflege. Pflegeheime gewährleisten eine 24-Stunden-Versorgung und eine umfassende pflegerische und medizinische Betreuung. Häufig befinden sich beide stationäre Pflegeangebote unter einem Dach. Trotzdem kommt es vor, dass innerhalb der Einrichtung ein Umzug nötig wird, wenn eine betagte Person vom Alters- ins Pflegeheim wechselt. Allenfalls können Lebenspartner, die im Altersheim noch gemeinsam ein Appartement bewohnten, nicht mehr zusammenwohnen. Dies, obwohl sie sich noch in derselben Einrichtung befinden. Das können die Betroffenen und Angehörigen nicht immer verstehen.

Die ambulante Versorgung ist grundsätzlich beliebt, da sie den Wunsch, möglichst lange in den eigenen vier Wänden zu wohnen, berücksichtigt. Gleichzeitig kann sie die familiäre Unterstützung optimal ergänzen. Entsprechend

deckt sie die Bedürfnisse nach Selbstbestimmung und massgeschneiderten Lösungen besser ab. Im Alters- und Pflegemarkt sind nicht nur rein medizinische Faktoren wie der Pflegebedarf ausschlaggebend für eine stationäre Versorgung. Auch individuelle Bedürfnisse nach Sicherheit oder soziale Umstände (z.B. Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten, Vernachlässigung, Einsamkeit) spielen eine Rolle. Insofern entsteht eine Nachfrage nach stationärer Hilfe und Pflege oft auch aus nicht-medizinischen Gründen.

Finanzierung nicht einheitlich geregelt

Die Finanzierung der Pflege ist im Krankenversicherungsrecht geregelt. Sie teilt sich auf drei Träger auf:

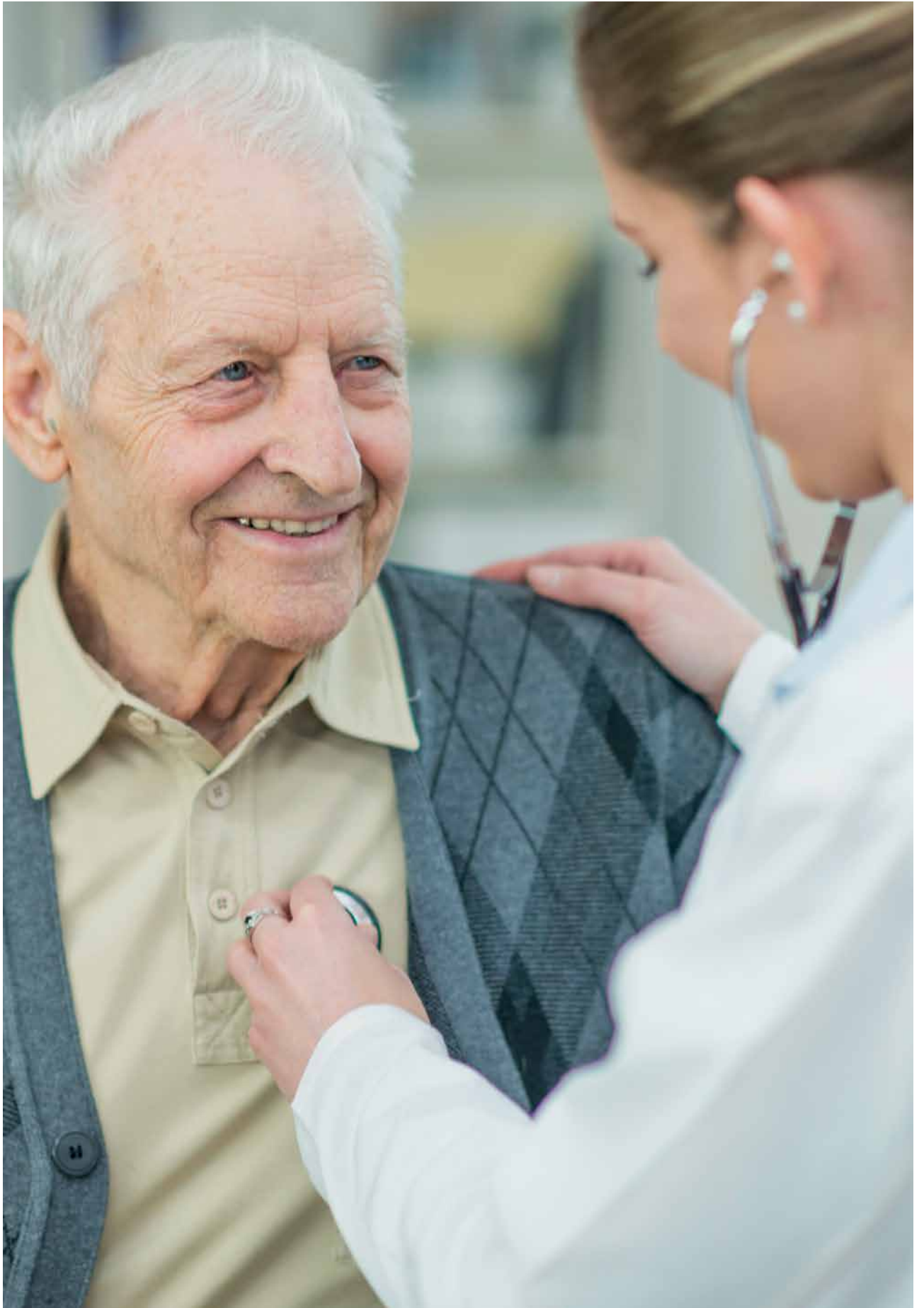
1. Krankenversicherung mit einem fixen Beitrag pro Pflegestufe oder Pflegestunde;
2. Pflegebedürftige mit einer Kostenbeteiligung von maximal 20 Prozent des höchsten Beitrags der Krankenkassen;
3. Öffentliche Hand mit der Restfinanzierung⁴⁶.

Betreuung und Hotellerie fallen nicht unter die Definition der Pflegekosten und werden entsprechend direkt von den Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen getragen.

Der Leistungsbeitrag der Krankenkassen ist in zwölf Pflegebedarfsstufen⁴⁷ gegliedert. Für die Ermittlung der Pflegebedarfsstufe stehen den Pflegeheimen drei verschiedene Erfassungssysteme zur Verfügung: Mit sogenannten BESA-Gruppen⁴⁸ (56 Prozent der Pflegeheime), nach RAI/RUG- Pflegestufen⁴⁹ (38 Prozent der Pflegeheime) oder mit dem PLAISIR-System⁵⁰ (6 Prozent der Pflegeheime). Die drei Systeme sehen unterschiedliche Minutenwerte für den gleichen Pflegebedarf vor, wodurch unterschiedliche Vergütungen von Patienten mit gleichem Pflegebedarf entstehen können. Hier ist also keine Einheitlichkeit gegeben – ganz im Gegensatz zur Akutsomatik oder Psychiatrie.

Ausblick: Ambulant UND stationär

Fehlanreize in der Finanzierung und wenig integrierte Versorgungsangebote – so liesse sich die aktuelle Situation im Alters- und Pflegeheimmarkt zusammenfassen. Das Problem von finanziellen Fehlanreizen wirkt wie in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation innovations- und entwicklungshemmend. Zudem fehlen nach wie vor intermediäre Pflegeangebote mit einem fließenden Übergang von ambulanter zu stationärer Betreuung. Ziel muss es sein, die Pflege entlang der sich verändernden und unterschiedlichen Patientensituationen zu koordinieren. Bereits 2013 haben die führenden Organisationen und Verbände der ambulanten und stationären Altersarbeit im Kanton St. Gallen das Prinzip «ambulant UND stationär» gefordert.⁵¹ Diese Bestrebungen wollen nicht eine Organisation gegen eine andere ausspielen. Sie verlangen, dass die Versorgungskette in der Alterspflege als Ganzes gewährleistet wird.



Exkurs: Zukunftsmodelle im Alters- und Pflegemarkt bei der Thurvita AG

Die Thurvita AG ist eine gemeinnützige Aktiengesellschaft im Besitz der Gemeinden Wil, Niederhelfenschwil, Rickenbach und Wilen in den Kantonen St. Gallen und Thurgau. Sie will mit innovativen Zukunftsmodellen betagte Menschen im letzten Lebensabschnitt fortschrittlich und bedürfnisorientiert begleiten.

Integrierte Versorgung mit «Thurvita Care»

Nach einem Spitalaufenthalt können betagte Menschen kaum ohne Unterstützung und Begleitung wieder in die eigenen vier Wände zurückkehren. Das Brückenangebot «Thurvita Care» hilft betagten Menschen mit einem interdisziplinären Therapieangebot, nach Hause zurückzukehren. In etwa 50 Prozent der Fälle kann so ein Heimaufenthalt vermieden werden. Das Angebot verfolgt ähnliche Ziele wie die Rehabilitation, die arbeitsfähige Menschen wieder in den Arbeitsalltag integrieren will.

Ambulant UND stationär mit «Älter werden im Quartier»

Bis ins hohe Alter selbständig wohnen, in eigenen Quartier leben und dabei jederzeit die notwendige Hilfe erhalten: Das ist die Kernidee des Konzepts «Älter werden im Quartier». Betagte Menschen sollen selbst bei steigendem Pflegebedarf in ihrer Wohnung bleiben können. Bei schwerem Pflegebedarf wird die Person in der eigenen Wohnung stationär abgerechnet. So ist sichergestellt, dass die hohen Kosten von der Sozialversicherung getragen werden. Das Heim kommt sozusagen ins eigene Zuhause. In Bronschhofen soll im Jahr 2021 ein Quartierzentrum mit 80 Wohnungen entstehen. Davon sind 35 für betagte Bewohner vorgesehen. Ein Spitex-Stützpunkt garantiert die Betreuung der Bewohner im Zentrum, sowohl für die ambulante als auch die stationäre Pflege und Betreuung.

Spezialisiertes Angebot mit dem «Kompetenzzentrum Demenz»

Personen mit einer mittleren bis ausgeprägten Demenz brauchen geschützte Abteilungen, in denen sie intensiver betreut werden als durchschnittliche Pflegepatienten. Mit dem neuen «Kompetenzzentrum Demenz» plant Thurvita einen separaten Standort nach einem umfassenden und bedürfnisorientierten Betreuungs- und Pflegekonzept. Im Mittelpunkt steht eine Wohngruppe von jeweils acht Personen. Die familienähnliche Grösse erlaubt es, den Tagesablauf zusammen mit den dementen Personen zu gestalten. Dies vermittelt den dementen Personen ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit, was für die empfundene Lebensqualität zentral ist. Gleichzeitig sind die (teuren) Fachkräfte wohngruppenübergreifend tätig. Dadurch entsteht ein betriebswirtschaftlich positiver Effekt, ohne dass dieser die Betreuungs- und Pflegequalität beeinträchtigt.

Drei Fragen an Alard du Bois-Reymond

CEO Thurvita AG



Herr du Bois-Reymond, der Alters- und Pflegeheimmarkt ist sehr fragmentiert, sowohl in Bezug auf die Anbieter als auch die Konzepte. Wie werden sich die Pflegemodelle aus Ihrer Sicht weiterentwickeln?

Herr du Bois-Reymond: Die Alters- und Pflegeheime brauchen in Zukunft mehr integrierte Versorgungsmodelle. Dabei müssen die pflegerischen und medizinischen Leistungen mit den sozialen Aspekten übereinstimmen. Der Markt wird sicherlich fragmentiert bleiben. Trotzdem gehe ich davon aus, dass es in Zukunft innovative Modelle des Wohnens und der Zusammenarbeit geben wird. Ich denke da zum Beispiel an die Zusammenarbeit oder Annäherung zwischen Rehabilitation und Alterspflege. Auf jeden Fall braucht es Anreize, innovativ zu sein. Unternehmerisches Handeln muss auch innerhalb des gemeinnützigen Zwecks unterstützt werden.

Erwarten Sie bei den Alters- und Pflegeheimen eine Konsolidierung? Werden die Marktteilnehmer ihre Versorgungsmodelle untereinander abstimmen?

Im Altersmarkt macht sich tatsächlich eine gewisse Dynamik bemerkbar. Grundsätzlich sollten ja alle Leistungserbringer den individuellen Patientenpfad integrieren und durchgehender gestalten. Zwischen Akutspital und Alters- und Pflegeheim kann es durchaus noch zu einer stärkeren Annäherung kommen, da sich das für beide Seiten lohnen dürfte. So kann die Spitalseite das Risiko von Rehospitalisationen senken, indem sie die Betreuung bereits während des stationären Aufenthalts durch spezialisierte Alterspflegefachkräfte begleiten lässt. Und das Pflegeheim wiederum kann dank des Austauschs mit den behandelnden Ärzten besser beurteilen, ob eine stationäre Versorgung notwendig wird oder ob auch ambulante oder intermediäre Pflegeangebote sinnvoll wären. Eine engere Abstimmung ist schon rein volkswirtschaftlich sinnvoll und wird vermutlich in Zukunft auch im Alters- und Pflegeheimmarkt auftreten.

Was sind in diesem Markt die grössten Herausforderungen der nächsten zehn Jahre?

Die Schlüsselherausforderung besteht darin, für Menschen mit einem mittleren bis schweren Betreuungsbedarf gute Wohn- und Lebensformen zu schaffen, die die Grundbedürfnisse erfüllen. Die Menschen möchten nämlich nach Möglichkeit bis an ihr Lebensende zu Hause sein und in ihrer vertrauten Umgebung alt werden. Dies ist auch der Grund dafür, dass wir hoffen, unser Projekt «Älter werden im Quartier» wie geplant realisieren zu können.

Gleichzeitig bin ich der Überzeugung, dass das klassische Pflegeheim ein Auslaufmodell ist. In Zukunft überlebt, wer sich spezialisiert und entsprechende Einrichtungen ermöglicht. In diesen sollen betagte Menschen, die wie bei Demenz eine intensive Betreuung benötigen, bedürfnisorientiert gepflegt werden können.

Schliesslich wird auch die Finanzierung so angepasst werden müssen, dass sie Innovation fördert und nicht nur der Kostendeckungsfaktor die Versorgungswahl beeinflusst.

Teile

Zurück- und vorwärtsgeblickt

Die Chance
zum Wandel
will genutzt
werden!



Qualität, Patientenzentrierung und Wirtschaftlichkeit bleiben die Haupttreiber des Gesundheitswesens. Gerade der wirtschaftliche Druck hält an und wird öffentlich kommentiert. Reine stationäre Wachstumsstrategien haben als Antwort ausgedient. Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist das eine positive Entwicklung, weil sie das Prämienwachstum dämpft. Die Leistungserbringer stellt sie allerdings vor grosse Herausforderungen.

Fünf Jahre nach dem Start des DRG-Systems zeigen sich die finanziellen Auswirkungen immer deutlicher. 2017 haben 5 der 45 untersuchten Akutspitäler das langfristige EBITDAR-Ziel von 10 Prozent erreicht; immerhin ein Drittel lag über 8 Prozent. Der Medianwert der EBITDAR-Marge 2017 lag bei 7,3 Prozent. In der Psychiatrie entwickelt sich die Profitabilität negativ. Das schlägt sich in einer EBITDAR-Marge von 7,4 Prozent nieder (Vorjahr: 10,5 Prozent). Dies lässt angesichts des 2018 eingeführten TARPSY-Tarifs sowie des erwarteten höheren wirtschaftlichen Drucks aufhorchen.

Besonders erwähnenswert scheint, dass sich in der Akut-somatik eine Trendwende von stationär orientierten hin zu qualitätsgetriebenen Wachstumsstrategien abzeichnet. So haben die Umsätze bei den stationären Fallzahlen 2017 erstmals stagniert. Kleinere Akutspitäler mit weniger als 250 Betten waren vom Fallzahlenrückgang stärker betroffen und haben effektiv weniger stationäre Fälle behandelt als noch im Vorjahr. Die grösseren Häuser konnten leicht zulegen. Das Umsatzvolumen der Akutspitäler wächst aktuell nur aufgrund des anhaltenden ambulanten Wachstums.

Im Sinn einer integrierten Betrachtung des Gesundheitsmarktes mit einem durchgehenden Patientenpfad haben wir erstmals auch die Rehabilitation und Alterspflege beleuchtet. Die Rehabilitation wird ein anhaltendes Mengenwachstum erfahren, im Gegensatz zur Akut-somatik auch im stationären Bereich. In der Alterspflege sind vor allem der hochfragmentierte Markt, die Diversität der Angebote und die uneinheitliche Finanzierung anspruchsvoll.

Heute ist die Profitabilität der Leistungserbringer in vielen Teilmärkten des Gesundheitswesens noch ungenügend, um aus eigener Kraft zu überleben. Wirtschaftlicher Erfolg wird noch schwieriger, wenn sich der stationäre Sektor schleppend oder gar nicht mehr weiterentwickelt. Aller-

dings liegen neue Versorgungsansätze auf dem Tisch. Integrierte, abgestimmte Versorgungsstrukturen werden nötig, um Qualität, Patientenzentrierung und Wirtschaftlichkeit sicherzustellen. Hier lautet das neudeutsche Credo «from volume to value».

Die neuen Versorgungsmodelle bedingen eine Struktur-bereinigung. Demnach werden Spitäler enger kooperieren oder sich in überregionalen Netzwerken zusammenschliessen. Das Gesundheitswesen sollte sich nicht länger an kantonalen Grenzen ausrichten; massgebend sind kantonsübergreifende Versorgungsregionen. Solche orientieren sich am Bedarf und an der optimalen Versorgung der Bevölkerung. Mit einem «Grüne-Wiese-Ansatz» mit knapp 50 Akutspitalern wäre die Versorgungssicherheit in der Schweiz ebenfalls gewährleistet. Natürlich ist das Modell in dieser Form nicht umsetzbar, zeigt aber die Richtung an, wie weitgehend eine Konsolidierung denkbar ist.

Gerne werden wir Sie auf dem Weg zur integrierten Versorgung weiter begleiten und freuen uns, auf anregende, kritische und zukunftsorientierte Gespräche und Diskussionen mit Ihnen.

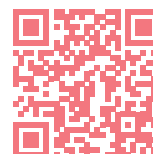
Ihr PwC Healthcare Team



Anhang

Weitere Informationen

Auswertungen aus unserer Studie im interaktiven Format sowie weiterführende Informationen und Publikationen von PwC finden Sie unter: www.pwc.ch/spitalstudie2018.



Stichprobe

Die vorliegende Studie haben wir in Eigenregie durchgeführt. Basis unserer Untersuchung waren die publizierten Jahresrechnungen 2007 bis 2017 von 45 akutsomatischen Spitälern. 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 diese Umstellung haben sich einige Kennzahlen rückblickend verändert. Die grundsätzlichen Erkenntnisse bleiben allerdings unbeeinflusst.

45 Akutspitäler als Stichprobe für das Jahr 2017

Claraspital	Kantonsspital Nidwalden	Spital Schwyz
Ente Ospedaliero Cantonale	Kantonsspital St. Gallen	Spital STS
Felix Platter-Spital	Kantonsspital Uri	Spital Thurgau
freiburger spital HFR	Kantonsspital Winterthur	Spital Uster
GZO Spital Wetzikon	Kinderspital Zürich	Spital Wallis
Hôpital du Jura	Luzerner Kantonsspital	Spitäler fmi
Hôpital Neuchâtelois HNE	Ostschweizer Kinderspital	Spitäler Schaffhausen
Hôpital Riviera-Chablais	Regionalspital Emmental	Spitalzentrum Biel
Hôpitaux Universitaires Genève (HUG)	Spital Regional Surselva	SRO Spital Region Oberaargau
Inselspital Bern (ab 2016 inklusive Spital Netz Bern)	Solothurner Spitäler	Stadtspital Triemli Zürich
Kantonsspital Aarau	Spital Bülach	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden
Kantonsspital Baden	Spital Limmattal	UniversitätsKinderspital beider Basel
Kantonsspital Baselland	Spital Linth	Universitätsspital Basel
Kantonsspital Glarus	Spital Männedorf	UniversitätsSpital Zürich
Kantonsspital Graubünden	Spital Muri	Zuger Kantonsspital

Für die Berechnung der Kennzahlen haben wir die publizierten Geschäftsberichte der folgenden zwölf Psychiatrien für das Jahr 2017 ausgewertet. Die Stichprobe wird jährlich mit den zusätzlichen Finanzberichten ausgeweitet.

12 Psychiatrien als Stichprobe im Jahr 2017

Centre Neuchâtelois de Psychiatrie	Klinik SGM Langenthal	Psychiatrische Klinik Zugerssee
Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit	Luzerner Psychiatrie	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland	Psychiatrie Baselland	Psychiatrie St. Gallen Nord
Klinik Barmelweid	Psychiatrische Dienste Aargau	Universitäre psychiatrische Kliniken Basel

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.

Kennzahlen

Kennzahl	Definition
Eigenkapitalquote	Eigenkapital/Bilanzsumme
EBITDAR-Marge	Betriebsgewinn vor Abschreibungen und Mietaufwendungen/Umsatz
EBITDA-Marge	Betriebsgewinn vor Abschreibungen/Umsatz
EBIT-Marge	Betriebsgewinn/Umsatz
Kapitalumschlag	Umsatz/investiertes Kapital (= Eigenkapital + verzinsliches Fremdkapital – flüssige Mittel)

Quellenverzeichnis

- Avenir Suisse (2016), Kantonsmonitoring 7: Neue Massstäbe für die Alterspflege
- Bundesamt für Gesundheit (BAG): Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime 2016
- Bundesamt für Gesundheit (2017): Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2016
- Bundesamt für Gesundheit (2018): Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP): 1. Massnahmenpaket für die Vernehmlassung
- Bundesamt für Statistik (2018): Bevölkerungsdaten im Zeitvergleich, Stand 2017
- Bundesamt für Statistik (2018): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens seit 1960
- Credit Suisse (2018), Heime: Leere Betten im Wachstumsmarkt
- Curaviva; Pro Senectute; Spitex Verband Kanton St. Gallen (2013): Positionspapier ambulante und stationäre Pflege und Hilfe, abgerufen unter https://sg.prosenectute.ch/pdf/1489596755_1489597038409-ambulant-und-stationaer---ein-positionspapier.pdf am 20.9.2018
- Franz, C. (2018): Aus Daten wird Wissen, abgerufen unter <https://www.nzz.ch/meinung/aus-daten-wird-wissen-ld.1396248> am 5.10.2018
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2017): Bedarfsprognose Akutsomatik 2015–2025
- H+ (2017): Präsentation Jahresmedienkonferenz 2017, abgerufen unter http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Medien/Medienmitteilungen/2017/TARMED-Eingriff_vergr ProzentC3 ProzentB6ssert_Defizit_im_spitalambulanten_Bereich/Pr ProzentC3 ProzentA4sentation_JMK_2017_D.pdf am 10.10.2018
- KOF (2018): Medienmitteilung «KOF Prognose der Gesundheitsausgaben: Anstieg mit abgeschwächter Dynamik» vom 12.6.2018, abgerufen unter <https://www.kof.ethz.ch/news-und-veranstaltungen/medien/medienmitteilungen/2018/06/kof-prognose-gesundheitsausgaben-fruehling-2018.html> am 3.10.2018
- Marti, Florian (2018): Multimorbidität aus der Sicht des Geriaters, erschienen in: PRIMARY AND HOSPITAL CARE – ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN 2018; 18 (6): 105–106
- Medinside (2016): Auch Gesundheitsökonomen wollen neue Versorgungsmodelle, vom 20.8.2016, abgerufen unter <https://www.medinside.ch/de/post/auch-gesundheitssoekonomen-wollen-neue-versorgungsmodelle> am 23.9.2018
- Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken (ANQ) (o.J.): Messergebnisse Rehabilitation, abgerufen von www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/am 27.9.2018
- Porter und Teisberg (2006): Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results
- PwC (2016): Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen
- PwC (2017): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016
- PwC (2018): Gesundheitswesen Schweiz – Fokus auf die Kernkompetenzen
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015): Obsan Dossier 48: Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl
- SwissDRG (2018): SwissDRG AG verschiebt Einführung der Tarifstruktur für die stationäre Rehabilitation, abgerufen unter https://www.swissdr.org/application/files/3715/2873/3024/Medienmitteilung_zu_ST_Reha_Verschiebung_Einfuehrung.pdf am 1.10.2018
- OECD (o.J.): Health Statistics 2015, abgerufen unter <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> am 18.9.2018
- Verwaltungsrat/CEO-Koordinationsausschuss der Spitalverbunde des Kantons St. Gallen (2018): Leistungs- und Strukturentwicklung der Spitalverbunde des Kantons St. Gallen – Bericht Grobkonzept

Fussnotenverzeichnis

- ¹ BFS (2018): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens seit 1960.
- ² santésuisse: Communiqué «Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» vom 12.7.2018.
- ³ KOF: Medienmitteilung «KOF Prognose der Gesundheitsausgaben: Anstieg mit abgeschwächter Dynamik» vom 12.6.2018.
- ⁴ Bundesamt für Gesundheit (2018): Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP): 1. Massnahmenpaket für die Vernehmlassung.
- ⁵ Per 1.1.2019 auch auf Bundesebene; vgl. www.bag.ch.
- ⁶ PwC (2017): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016.
- ⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015): Obsan Dossier 48: Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl.
- ⁸ Mindestfallzahlen geben eine Indikation, sind aber nicht die absolute Messgrösse für gute medizinische Qualität. In der Schweiz ist die Datengrundlage noch unzureichend, um verlässliche Aussagen zur Behandlungsqualität machen zu können.
- ⁹ Bspw. Franz, C. (2018): Aus Daten wird Wissen. Abgerufen von <https://www.nzz.ch/meinung/aus-daten-wird-wissen-ld.1396248> am 5.10.2018.
- ¹⁰ Bundesamt für Statistik (2018): Bevölkerungsdaten im Zeitvergleich, Stand 2017.
- ¹¹ Bundesamt für Statistik (2017): Krankenhausstatistik und medizinische Statistik 1998–2016.
- ¹² Bundesamt für Gesundheit (2017): Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2016.
- ¹³ Bundesamt für Statistik (2017): Krankenhausstatistik und medizinische Statistik 1998–2016.
- ¹⁴ Vgl. Spitalversorgungsverordnung Art. 11d Abs. 1.
- ¹⁵ Nicht jeder akutsomatische Standort führt ein Grundversorgungsangebot und einen Notfall.
- ¹⁶ Anhand des EBITDAR lässt sich der operative Erfolg von Schweizer Spitälern am besten vergleichen. Denn er vergleicht die operative Profitabilität unabhängig davon, ob die Immobilien gemietet sind oder nicht. Abweichungen zu den Vorjahren ergeben sich durch zusätzlich verfügbare Daten und/oder Restatements.
- ¹⁷ Stichwort 12er- oder 6er-Liste: kantonale Listen mit Eingriffen, die nur noch vergütet werden, wenn sie ambulant erfolgt sind.
- ¹⁸ Vgl. PwC-Studie «Gesundheitswesen Schweiz – Fokus auf die Kernkompetenzen», 2018.
- ¹⁹ Vgl. PwC (2017): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016, S. 6 f.
- ²⁰ Vgl. PwC (2017): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016, S. 24 ff.
- ²¹ Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2017): Bedarfsprognose Akutsomatik 2015–2025. Es wird von einem vergleichbaren Effekt der Faktoren Medizintechnik (+0,5 Prozent), Epidemiologie (+0,1 Prozent) und Substitution (–2,7 Prozent) auf die Fallzahlen ausgegangen. Der Effekt der demografischen Entwicklung auf die Fallzahlen und die durchschnittliche Verweildauer ist hergeleitet aufgrund der Schweizer Bevölkerungsprognosen, kombiniert mit den heute beobachtbaren Hospitalisationsraten und Verweildauern je Altersgruppe.
- ²² PwC (2016): Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen.
- ²³ Herleitungsdifferenz von rund 4'000 im Vergleich zu Szenario 1 nicht berücksichtigt.
- ²⁴ OECD (o.J.): Health Statistics 2015, abgerufen unter <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> am 18.9.2018.
- ²⁵ BFS: Bevölkerungsprognose für 2030 von 9,47 Millionen Einwohnern gemäss Referenzszenario.
- ²⁶ PwC (2017): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016.
- ²⁷ Marti, Florian (2018): Multimorbidität aus der Sicht des Geriaters, erschienen in: PRIMARY AND HOSPITAL CARE – ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN 2018;18(6):105–106.
- ²⁸ Medinside (2016): Auch GesundheitsökonomInnen wollen neue Versorgungsmodelle, vom 20.8.2016, abgerufen unter <https://www.medinside.ch/de/post/auch-gesundheitsoekonomen-wollen-neue-versorgungsmodelle> am 23.9.2018.
- ²⁹ Bundesamt für Gesundheit (2018): Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP): 1. Massnahmenpaket für die Vernehmlassung.
- ³⁰ Verwaltungsrat/CEO-Koordinationsausschuss der Spitalverbände des Kantons St. Gallen (2018): Leistungs- und Strukturentwicklung der Spitalverbände des Kantons St. Gallen – Bericht Grobkonzept.
- ³¹ Porter und Teisberg (2006): Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results.
- ³² Vgl. PwC (2017): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016, S. 20 ff.
- ³³ Gegenüber der letzten Ausgabe ist die EBITDAR-Marge 2016 deutlich gestiegen, weil erstmals (rückwirkend) zusätzliche Finanzinformationen für gewisse untersuchte Psychiatrien verfügbar waren.
- ³⁴ Rein ambulante Anbieter sind in dieser Zahl nicht berücksichtigt.
- ³⁵ BAG: Kennzahlen der Schweizer Spitäler.
- ³⁶ www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/.

- ³⁷ «Die Führung von Schweizer Spitälern 2017», PwC, 2018.
- ³⁸ H+ (2017): Präsentation Jahresmedienkonferenz 2017, abgerufen unter http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Medien/Medienmitteilungen/2017/TARMED-Eingriff_vergr ProzentC3 ProzentB6ssert_Defizit_im_spitalambulanten_Bereich/Pr ProzentC3 ProzentA4sentation_JMK_2017_D.pdf am 10.10.2018.
- ³⁹ SwissDRG (2018): SwissDRG AG verschiebt Einführung der Tarifstruktur für die stationäre Rehabilitation, abgerufen unter https://www.swissdr.org/application/files/3715/2873/3024/Medienmitteilung_zu_ST_Reha_Verschiebung_Einfuehrung.pdf am 1.10.2018.
- ⁴⁰ Bundesamt für Statistik (2018): Bevölkerungsdaten im Zeitvergleich, Stand 2017.
- ⁴¹ Vgl. Credit Suisse (2018), Heime: Leere Betten im Wachstumsmarkt.
- ⁴² Vgl. Avenir Suisse (2016), Kantonsmonitoring 7: Neue Massstäbe für die Alterspflege.
- ⁴³ Bundesamt für Gesundheit (BAG), Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime 2016.
- ⁴⁴ Auch bezeichnet als Alterswohnheim, Altersresidenz oder Seniorenresidenz.
- ⁴⁵ Auch bezeichnet als Pflegewohnheim, Pflegezentrum.
- ⁴⁶ Aktuell arbeitet die ständerätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-S) an einer Gesetzesänderung zur einheitlichen Regelung der Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten, da dies bis dato unklar geregelt ist.
- ⁴⁷ Vgl. Neuordnung der Pflegefinanzierung bzw. Art. 7a KLV.
- ⁴⁸ BESA steht für BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem.
- ⁴⁹ RAI/RUG steht für Resident Assessment Instrument bzw. Ressource Utilisation Group.
- ⁵⁰ PLAISIR steht für Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis en milieu des soins prolongés (übersetzt: informationsgestützte Planung der erforderlichen Pflege in Einrichtungen der Langzeitpflege).
- ⁵¹ Vgl. Curaviva; Pro Senectute; Spitex Verband Kanton St. Gallen (2013): Positionspapier ambulante und stationäre Pflege und Hilfe, abgerufen unter https://sg.prosenectute.ch/pdf/1489596755_1489597038409-ambulant-und-stationr---ein-positionspapier.pdf am 20.9.2018.

Abkürzungen und Glossar

ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BESA	Bewohner/innen-Einstufungs- und Abrechnungssystem
BFS	Bundesamt für Statistik
CHF	Schweizer Franken
DRG	Diagnosis-Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppe
EBIT	Earnings before Interests and Taxes, Betriebsergebnis vor Zinsen und Steuern
EBITDA	Earnings before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization, Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen auf Sachanlagen und immaterielle Vermögensgegenstände
EBITDAR	Earnings before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization and Restructuring or Rent costs, Ergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände und Mieten oder Restrukturierungskosten
H+	Verbund der Schweizer Spitäler
IV	Invalidenversicherung
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MTTB	medizinisch-technische-therapeutische Berufe
PLAISIR	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis en milieu des soins prolongés (übersetzt: informationsgestützte Planung der erforderlichen Pflege in Einrichtungen der Langzeitpflege)
RAI/RUG	Resident Assessment Instrument bzw. Ressource Utilisation Group
RKB	Rehaklinik Bellikon
SGK-S	Ständerätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
SPLG	Spitalplanungs-Leistungsgruppen
ST Reha	Tarifstruktur für stationäre Rehabilitation
TARMED	Tarif médical, Arzttarif, Tarif für die ambulanten ärztlichen Leistungen in der Schweiz
TARPSY	Tarifsysteem Psychiatrie
USZ	UniversitätsSpital Zürich
UV	Unfallversicherung

Kontakte

Ihre Hauptansprechpartner



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



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

Autoren der Studie



Brigitte Bieri, CFA
Senior Manager
Deals Gesundheitswesen
+41 58 792 29 49
brigitte.bieri@ch.pwc.com



Stefanie Schneuwly
Manager
Beratung Gesundheitswesen
+41 58 792 29 23
stefanie.schneuwly@ch.pwc.com



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



Dr. Marc Schulthess
Senior Manager
Beratung Gesundheitswesen
+41 58 792 75 07
marc.schulthess@ch.pwc.com



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



David Schwarz
Senior Consultant
Analytics
+41 58 792 21 47
david.schwarz@ch.pwc.com



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

Weitere Kontakte

Dr. Rodolfo Gerber

Partner
Leiter Sektor Gesundheitswesen
+41 58 792 55 36
rodolfo.gerber@ch.pwc.com

David Roman

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

Gerhard Siegrist

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

Rejhan Fazlic

Senior Manager
Head of CIO Advisory Switzerland
+41 58 792 11 48
rejhan.fazlic@ch.pwc.com

Christian Westermann

Partner
Analytics im Gesundheitswesen
+41 58 792 27 97
christian.westermann@ch.pwc.com

Tobias Pfortmüller

Senior Consultant
Deals Gesundheitswesen
+41 58 792 49 33
tobias.pfortmueller@ch.pwc.com

Darioush Zirakzadeh

Director
Beratung Gesundheitswesen Romandie
+41 58 792 83 22
darioush.zirakzadeh@ch.pwc.com

Dr. Damir Illich

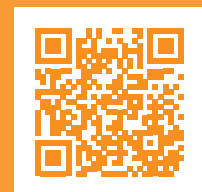
Senior Consultant
Deals Gesundheitswesen
+41 58 792 21 46
damir.illich@ch.pwc.com

Pascale Boyer Barresi

Senior Manager
Deals Gesundheitswesen Romandie
+41 58 792 97 42
pascale.boyer.barresi@ch.pwc.com

Tobias Bosshart

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



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

