

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

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

*Die Versorgungslandschaft  
Schweiz im Umbruch*

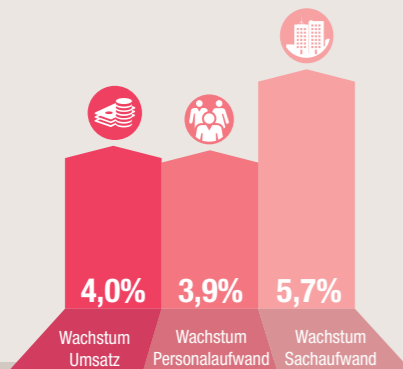


**pwc**

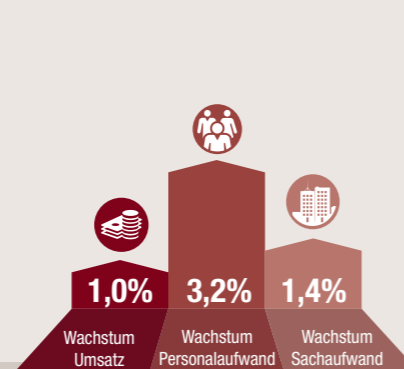
# Akutsomatik

# Psychiatrie

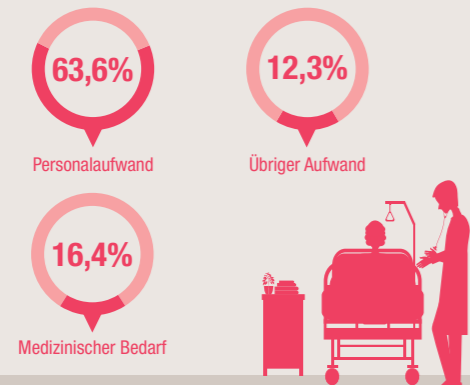
## Wachstumsraten im Jahr 2016



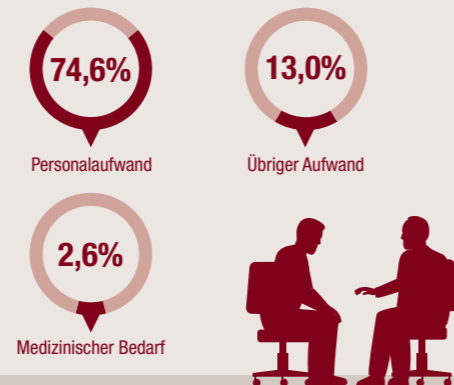
## Wachstumsraten im Jahr 2016



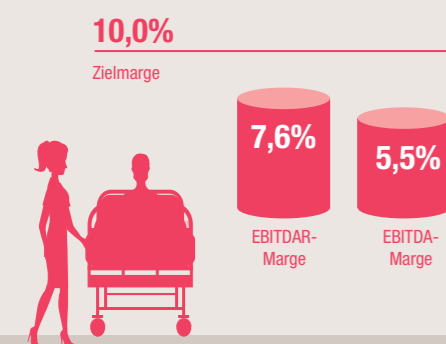
## Kostensplit im Jahr 2016 (in % vom Umsatz)



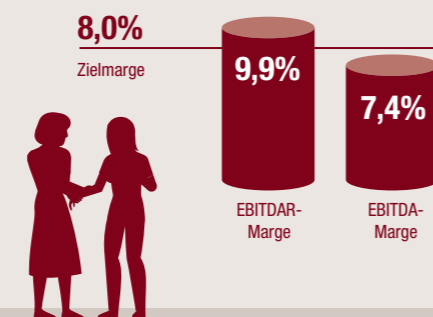
## Kostensplit im Jahr 2016 (in % vom Umsatz)



## Profitabilitätsmargen Jahr 2016



## Profitabilitätsmargen Jahr 2016



# Inhalt

Abbildungsverzeichnis	4
Einleitung	5
<b>1. Bedeutung von Finanzkennzahlen für das Spital</b>	<b>6</b>
EBITDA-Marge von 10 Prozent im Akutbereich angemessen	6
<b>2. Die finanzielle Gesundheit der Schweizer Akutspitäler</b>	<b>8</b>
Trend «ambulant vor stationär» hält an	8
Leicht höhere Kosten	9
Profitabilität nimmt ab	10
Kapitalstruktur bleibt stabil	12
Zukunftsfähige Geschäftsmodelle und deren Finanzierung; Interview mit Thomas Brack, Spital Limmattal	13
<b>3. Finanzielle Herausforderungen der Psychiatrien</b>	<b>16</b>
Stagnierendes Wachstum und Trend zu ambulanten Behandlungen	16
Stabile Profitabilität in den letzten Jahren	16
Digitalisierung ambulanter psychiatrischer Leistungen; Interview mit David J. Bosshard, Clenia-Gruppe	20
<b>4. Externe Finanzierungen heute und übermorgen</b>	<b>24</b>
Externe Finanzierungsoptionen für Schweizer Spitäler	24
Die Kredit- und Kapitalmärkte	24
Die Beteiligungsfinanzierung	29
Hybride Finanzierungsinstrumente	29
Finanzierungsprozess und Herausforderungen für das Spitalmanagement	30
Externe Finanzierung heute	30
Exkurs Innovative Finanzierungsform ICO	32
Externe Finanzierung übermorgen	34
<b>5. Die Versorgungslandschaft im Wandel</b>	<b>36</b>
Patienten: Zwischen demografischem Wandel und Anspruchshaltung	36
Leistungserbringer: Fachkräfte und Leistungsanbieter gefordert	37
Ansätze zur Behebung des Fachkräftemangels	38
Die Pflege im Spannungsfeld der Generationen; Interview mit Prof. Dr. Rebecca Spirig, USZ	41
Leistungsanbieter: Zwischen Zentralisierung und Dezentralisierung	44
Exkurs Retailkliniken (Retail Health Clinics)	46
Wandel durch Fortschritt: Medizinisch-technische und IT-Innovationen	47
Zukunft und Entwicklung der Pflege; Interview mit Isabelle Lehn, CHUV	48
<b>6. Konsequenzen für den Patienten</b>	<b>51</b>
Der Behandlungspfad im Jahr 2030	52
<b>7. Fazit und Ausblick</b>	<b>54</b>
<b>A Anhang</b>	<b>55</b>
Weiterführende Informationen	56
Stichprobe	56
Median- und Durchschnittswerte	57
Kennzahlen	57
Quellenverzeichnis	58
Kontakte	59

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Bottom-up-Herleitung der notwendigen EBITDA-Marge	6
Abbildung 2:	Umsatzwachstum der Schweizer Akutsomatik, aufgeteilt nach ambulanten und stationären Erträgen	8
Abbildung 3:	Umsatzwachstum im Jahr 2016 in der Akutsomatik nach Anzahl Betten	9
Abbildung 4:	Kostenwachstum und Kostensplit der Schweizer Akutspitäler	10
Abbildung 5:	Profitabilitätsentwicklung der Schweizer Akutspitäler	11
Abbildung 6:	Unterschiede der EBITDAR- und EBITDA-Margen nach Bettenzahl	11
Abbildung 7:	Entwicklung der Eigenkapitalquote der Schweizer Akutspitäler	12
Abbildung 8:	Umsatzwachstum der Schweizer Psychiatrien, aufgeteilt nach ambulanten und stationären Erträgen	16
Abbildung 9:	Kostensplit 2016 (in % vom Gesamtumsatz) der Schweizer Psychiatrien	17
Abbildung 10:	Profitabilitätsentwicklung der Schweizer Psychiatrien	18
Abbildung 11:	Beispiel zum Verlauf der Tageskostengewichte nach TARPSY	19
Abbildung 12:	Die gängigsten externen Finanzierungsoptionen im Überblick	24
Abbildung 13:	Entwicklung der Z-Spreads von privaten und öffentlichen Spitälern seit 2015	28
Abbildung 14:	Die fünf Phasen des Finanzierungsprozesses	31
Abbildung 15:	Die Rollen in der Pflege nach Ausbildungsgrad	38
Abbildung 16:	«Hub and Spoke»-Bildung exemplarisch dargestellt	45
Tabelle 1:	Herleitung des Richtwerts der EBITDA-Marge	7
Tabelle 2:	Langfristige Fremdkapitalinstrumente im Vergleich	26

# Einleitung



Liebe Leserin, lieber Leser

Neue Strukturen, neue Patientenerwartungen, neue Berufsbilder – dies sind die Änderungen in der medizinischen Versorgungslandschaft, denen wir uns in der vorliegenden Studie widmen. Die Spitäler stehen zudem vor grossen Projekten und der Herausforderung ihrer Finanzierung. Darum beschäftigen wir uns hier auch mit externen Finanzierungslösungen.

Mit der aktuellen Studie zeigen wir Ihnen auf, wie gesund die Finanzkennzahlen der Schweizer Spitäler im Jahr 2016 waren. Sie ist die sechste seit 2011. In einer kurzen Standortbestimmung legen wir dar, welche Bedeutung den finanziellen Kennzahlen in der Steuerung des Spitals zukommt. Mehr dazu lesen Sie in [Kapitel 1](#).

Im Weiteren erläutern wir, wie sich in der stationären Akutsomatik finanzielle Kennzahlen wie die EBITDAR- und EBITDA-Margen oder die Eigenkapital- und Verschuldungsquoten seit 2012 verändert haben. Neu haben wir die Stichprobe von 28 auf 45 Akutspitäler erweitert. Die Ergebnisse dieser Analyse entnehmen Sie [Kapitel 2](#).

Thomas Brack, Spitaldirektor des Spitals Limmattal, spricht mit uns über zukunftsfähige Geschäftsmodelle und deren Finanzierung. Einen spannenden Ausblick auf die Digitalisierung ambulanter psychiatrischer Leistungen gibt David J. Bosshard, CEO der Clienia-Gruppe.

Auch das Umfeld für Psychiatrien wandelt sich. Die Einführung von TARPSY steht kurz bevor. Für die Analyse der Finanzkennzahlen haben wir die Stichprobe auf zwölf Institute ausgedehnt. Mehr zu den Entwicklungen im Psychiatriemarkt erfahren Sie in [Kapitel 3](#).

Zum ersten Mal gehen wir der Thematik der externen Finanzierung im Schweizer Gesundheitswesen heute und übermorgen auf den Grund. An dieser Stelle so viel: Auf dem Schweizer Sekundärmarkt für Spitalanleihen weisen Spitäler in Privatbesitz verglichen mit solchen in öffentlicher Hand einen zirka 100 Basispunkte höheren Risikoaufschlag auf. Mehr dazu in [Kapitel 4](#).

Der Wandel im Gesundheitswesen akzentuiert sich überall: bei den Patienten, den medizinischen Akteuren und den neuen medizinisch-technischen sowie pharmakologischen Lösungen. Wir beleuchten die Treiber dieses Umbruchs und blicken auf das Gesundheitswesen im Jahr 2030. Prof. Dr. Rebecca Spirig, Leiterin Pflege und MTTB am USZ und Isabelle Lehn, Leiterin Pflege am CHUV diskutieren mit uns über das Spannungsfeld der Generationen und die Entwicklungen in der Pflege. Details darüber finden Sie in den [Kapiteln 5 und 6](#).

Mit einem kurzen Fazit in [Kapitel 7](#) runden wir unsere Betrachtungen ab.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Ihre PwC

Patrick Schwendener  
Leiter Deals Gesundheitswesen

Philip Sommer  
Leiter Beratung Gesundheitswesen

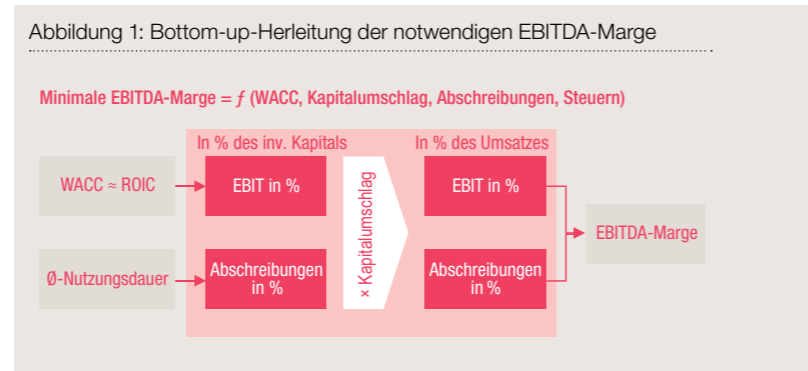
# 1. Bedeutung von Finanzkennzahlen für Spitäler

Die Entwicklung des Gesundheitswesens nimmt Tempo auf. Im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung sind die Spitäler einem intensiveren – wenn auch regulierten – Wettbewerb ausgesetzt. Leistungsorientierung und ökonomische Überlegungen sind heute fester Bestandteil der Unternehmensführung. Der von uns bereits 2011 genannte Richtwert von 10 Prozent für die EBITDA-Marge findet sich mittlerweile in vielen Unternehmens- und Eignerstrategien von Spitalern. Grundsätzlich sollen die Spitäler so viel Rendite erwirtschaften, dass sie langfristig notwendige Investitionen eigenständig finanzieren können.

Angesichts des hohen Investitionsüberhangs stehen viele Spitäler vor der Herausforderung, ein gesamtheitliches Finanzierungskonzept zu entwickeln. Denn der Kanton übernimmt in der Regel nicht mehr die Rolle des Investors; dafür ist das Spital nun selbst verantwortlich. Es braucht daher zwingend eine solide Zukunftsplanung, basierend auf verlässlichen finanziellen Businessplänen und Tragbarkeitsrechnungen.

Die Planung, die Steuerung und das Reporting relevanter Kennzahlen dienen gleichzeitig auch der Kommunikation und Berichterstattung gegenüber internen Dialogpartnern (Verwaltungsrat, Geschäftsleitung und Klinikdirektoren) und externen Anspruchsgruppen (Eigner, Kapitalgeber, Regulator). Dabei haben sich insbesondere Profitabilitätskennzahlen wie die EBITDAR-, EBITDA- und EBIT-Marge etabliert. Diese werden mittlerweile immer häufiger extern kommuniziert, zum Beispiel in Jahresberichten. Aufgrund der zunehmenden externen Finanzierung über (inter-) nationale Kapital- und Kreditmärkte steigen die Transparenzansforderungen und damit auch die Würdigung von finanziellen Kennzahlen. Diese spielen beim Investitionsentscheid oder bei der Kreditvergabe nämlich eine wichtige Rolle.

Bei der Festlegung eines Richtwerts für eine finanzielle Kennzahl ist sorgfältig vorzugehen. Dabei ist stets zu berücksichtigen, welchen Einfluss das Anpeilen eines solchen Richtwerts auf andere Kenngrössen der Spitalführung hat und welchen zeitlichen Schwankungen der Wert unterliegen kann oder darf. Es empfiehlt sich, Richtwerte über einen Drei- bis Fünf-Jahres-Durchschnitt einzuhalten oder zumindest langfristig einen Trend der Konvergenz zu den relevanten Richtwerten zu verfolgen. Zudem sollte das Spital seine Richtwerte periodisch überprüfen, um gegebenenfalls auf veränderte Rahmenbedingungen zu reagieren.



## EBITDA-Marge von 10 Prozent im Akutbereich angemessen

Die EBITDA-Marge als Kennzahl der Profitabilität stösst in der Schweizer Spitalbranche auf breite Akzeptanz. Dabei hat sich der langfristig anzustrebende Richtwert von 10 Prozent im Verhältnis zum Umsatz etabliert. Im Rahmen dieser Studie haben wir die Zielgrösse kritisch hinterfragt, welche wir vor sechs Jahren berechnet haben.

Die Herleitung der langfristig angestrebten EBITDA-Marge folgt einer theoretischen, auf dem Marktansatz<sup>1</sup> beruhenden Methode. Die so ermittelte EBITDA-Marge ergibt sich als Funktion aus gewichteten Kapitalkosten (WACC), Abschreibungen des Anlagevermögens, Kapitalumschlag und Steuern. Diese Parameter werden von den aktuellen Marktverhältnissen beeinflusst und ändern sich daher über den Zeitverlauf. Nur schon deshalb ist eine periodische Überprüfung des Richtwerts wichtig. Zudem soll ein Vergleich mit historischen Kenngrössen im Kontext des damaligen Marktumfelds stattfinden. Nachfolgend Details zur Höhe der aktuellen Parameter, die der EBITDA-Marge zugrunde liegen:

### Gewichtete Kapitalkosten (WACC)

Die Bandbreite der durchschnittlichen Kapitalkosten für Schweizer Spitäler per Mitte 2017 liegt gemäss unseren Berechnungen zwischen 5,0 und 5,8 Prozent. Zum Vergleich: Der in der Studie von IFBC ermittelte WACC im Jahr 2017 beträgt rund 4,8 Prozent.<sup>2</sup> Der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Herleitungen besteht darin, dass wir von PwC bei den Eigenkapitalkosten am oberen Ende der Bandbreite zusätzliche Prämien und allfällige Steuern<sup>3</sup> berücksichtigen.

### Abschreibungen des Anlagevermögens

Wir rechnen im Gesundheitswesen mit einer durchschnittlichen Abschreibungsdauer des gesamten Anlagevermögens von 25 Jahren. Dies beruht auf der Annahme, dass langlebige Anlagen wie Immobilien oder Installationen einen Grossteil des Anlagevermögens ausmachen (in unserer Stichprobe im Median über die letzten fünf Jahre rund 64 Prozent). Da viele Spitäler aktuell grössere Bauvorhaben planen oder bereits realisieren, kann dieser Wert in Zukunft sogar noch etwas höher liegen. Dem wird allerdings der vermehrte Einsatz von kurzlebigeren Investitionen in Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT) oder in die Digitalisierung entgegenwirken.

### Kapitalumschlag

Unsere Berechnungen zum Kapitalumschlag ergeben Multiplikatoren von 0,9 × bis 1,1 ×. Das bedeutet, dass ein durchschnittliches Spital pro Jahr aus jedem als Kapital eingesetzten Franken einen Umsatz von CHF 0.90 bis 1.10 erwirtschaftet. Diese Grösse entspricht unserem Erfahrungswert aus der Analyse von langfristigen Businessplänen. Die aus historischen Werten ermittelten aktuellen Werte halten wir für eine schlechte Referenz für die Zukunft, da viele Spitäler stark abgeschriebene Anlagen in den Bilanzen ausweisen und aktuell oder in naher Zukunft neu investieren werden. Dadurch wird sich der Kapitaleinsatz deutlich erhöhen. 2016 wiesen die Schweizer Spitäler im Median einen Kapitalumschlag von 1,4 × aus. Die Analyse des Kapitalumschlags der Vergleichsgruppe von börsenkotierten europäischen Spitalern deckt sich mit den erwarteten Erfahrungswerten aus den Businessplänen.

### Richtwert für die EBITDA-Marge

Basierend auf den vorgängig beschriebenen Annahmen resultiert eine EBITDA-Marge von 9 bis 12 Prozent. Berücksichtigt man die Steuerbefreiung vieler öffentlich-rechtlicher Spitäler, lässt sich die ermittelte minimale Bandbreite um rund 1 Prozent auf 8 bis 11 Prozent reduzieren. Insgesamt zeigt sich also, dass der Richtwert von 10 Prozent EBITDA-Marge (oder EBITDAR-Marge für Spitäler im Mietverhältnis) auch im aktuellen Kontext Bestand hat.

Natürlich kann es sinnvoll sein, diesen Wert den individuellen Besonderheiten leicht anzupassen. Dabei können

## «Der Richtwert von 10 Prozent EBITDA-Marge (oder EBITDAR-Marge für Spitäler im Mietverhältnis) hat auch im aktuellen Kontext Bestand»

insbesondere Grössenunterschiede, abweichende Eigentümerverhältnisse oder die aktuelle finanzielle Situation massgebend sein. Auf jeden Fall wirken sich die Eigentümerverhältnisse wesentlich auf die Kosten von Fremdkapital in Form von Krediten, Darlehen oder Anleihen aus und beeinflussen damit die gewichteten Kapitalkosten deutlich. Das rührt daher, dass das wahrgenommene Kreditrisiko eines Spitals in Staats- oder Kantonsbesitz mit impliziter Staats- oder Kantonsgarantie geringer eingeschätzt wird als jenes eines Spitals in Privatbesitz, was sich in höheren Risikoaufschlägen (sogenannten Z-Spreads) manifestiert. Das Thema der Fremdfinanzierung leuchten wir in Kapitel 4 aus.

Der effektive Kapitalumschlag eines Spitals kann den festzulegenden Richtwert ebenfalls beeinflussen: Bei Spitalern mit eigenen Immobilien liegt der Kapitalumschlag wesentlich tiefer als bei Spitalern im Mietverhältnis. Da die Spitalimmobilien den öffentlichen Spitalern oft vom Kanton vermietet werden, sind die Mietkosten meistens als Kostenmieten festgelegt und entsprechen damit ungefähr den Kosten für Abschreibungen und für die Verzinsung des Anlagevermögens. Wir gehen daher davon aus, dass sich für Spitäler im Mietverhältnis eine EBITDAR-Marge anbietet, die ähnlich hoch wie die EBITDA-Marge ist. Wird das Spitalgebäude zu Marktpreisen gemietet, sollte der Richtwert einer nachhaltigen EBITDAR-Marge noch höher angesetzt werden.

Einen weiteren Effekt löst der Steuerstatus des Spitals aus. Da Fremdkapitalkosten steuerlich abzugsfähig sind, weisen steuerbefreite Unternehmen leicht höhere Kapitalkosten aus. In der aktuellen Tiefzinslage ist dieser Effekt jedoch sehr gering. Vorwiegend ins Gewicht fallen die jährlichen Steuern nicht steuerbefreiter Spitäler, die den Reingewinn reduzieren. Da EBITDA und EBITDAR Vorsteuergrössen sind, fällt bei steuerbefreiten Spitalern die minimale EBITDA-Marge etwas geringer aus. Bei einem Steuersatz von 20 Prozent für die Schweiz reduziert sich die erforderliche EBITDA- oder EBITDAR-Marge um rund 1 Prozent. Tabelle 1 zeigt, in welcher Bandbreite die individuellen Richtwerte der EBITDA- oder EBITDAR-Marge von Spitalern liegen sollten.

Tabelle 1: Herleitung des Richtwerts der EBITDA-Marge

	WACC = ROIC	Kapitalumschlag	EBIT	Abschreibungen in % des Umsatzes	EBITDA
Max.	5,0%	0,9 ×	6,9%	5,6%	12,5%
Min.	5,8%	1,1 ×	6,6%	3,0%	9,6%
Median	5,3%	1,0 ×	6,6%	4,0%	10,6%

<sup>1</sup> Dabei heisst «Marktansatz», dass grundsätzlich keine Unterscheidung zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen gemacht wird (Neutralität in Bezug auf den Eigentümer). Weiter basiert die Herleitung auf dem CAPM (Capital Asset Pricing Model), welches davon ausgeht, dass Investoren risikoavers und rational, im Sinne ihrer Rendite-Risiko-Präferenzen, handeln.

<sup>2</sup> IFBC (2017): H+ Die Spitäler der Schweiz – Bestimmung des kalkulatorischen Zinssatzes per 31. Dezember 2016.

<sup>3</sup> Die der Berechnung zugrunde liegende Annahme geht von einem durchschnittlichen effektiven Steuersatz von 20 Prozent aus.

## 2. Die finanzielle Gesundheit der Schweizer Akutspitäler

Die Analyse der Finanzkennzahlen zeigt wenig Veränderung im Gesundheitsmarkt seit der letzten Studie. Sowohl ertrags- als auch kostenseitig ist ein ähnliches Wachstum erkennbar, weshalb auch die Profitabilität der Schweizer Akutspitäler stagniert. Ein ähnliches Bild zeigt die Analyse der Kapitalstruktur: Zwar haben einzelne Institutionen grössere Investitions- und Finanzierungsmassnahmen getätigt, über die gesamte Stichprobe sind aber seit 2012 im Median ähnliche Eigenkapitalquoten zu beobachten.

Wie bereits in den Vorjahren analysieren wir auf den folgenden Seiten Schlüsselfinanzkennzahlen und Marktentwicklungen der Schweizer Spitäler. Gegenüber der Vorjahresanalyse wurde die Stichprobe der Akutspitäler von 28 auf 45 erweitert (18 neue Spitäler, ein Spital weniger aufgrund eines Zusammenschlusses). Deshalb lassen sich die Kennzahlen mit denjenigen unserer vorjährigen Studie nicht durchgängig vergleichen. Da die Finanzkennzahlen unterschiedlich detailliert publiziert wurden, kann die Stichprobengrösse je nach ausgewerteter Kennzahl leicht variieren, zum Beispiel beim EBITDA.

### Trend «ambulant vor stationär» hält an

Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 beobachten wir bei den Schweizer Akutspitalern ein relativ stabiles Umsatzwachstum. Im Median liegt dieses von 2013 bis 2016 bei jährlich 3,6 Prozent. Zum Vergleich: Eine Analyse von börsenkotierten Spitalern in Europa zeigt, dass diese im selben Zeitraum jährlich um knapp 6,0 Prozent gewachsen sind.

Der ambulante Bereich ist, wie bereits in den letzten vier Jahren, überdurchschnittlich stark gewachsen. Im Geschäftsjahr 2016 zeigt sich beispielsweise ein Umsatzwachstum von knapp 8,8 Prozent im Median. Vergleicht man das ambulante mit dem stationären Wachstum, so ist das ambulante Wachstum 2016 mehr als doppelt so hoch. Die Gründe dafür sind vielseitig: medizinischer Fortschritt, der Grundsatz «ambulant vor stationär» und neue Bedürfnisse der Patienten. In Zukunft werden auch regulatorische Eingriffe oder neue Tarifsysteme (wie z.B. Zero-Night- oder One-Day-DRG) eine Rolle spielen. Der Trend «ambulant vor stationär» wird sich fortsetzen, und viele Spitäler sind bereits dabei oder werden mit neuen Betriebsmodellen

**«Der Trend «ambulant vor stationär» wird sich fortsetzen, und viele Spitäler sind bereits dabei oder werden mit neuen Betriebsmodellen proaktiv vorangehen»**

proaktiv vorangehen. Dies geschieht trotz des Tarifeingriffs des Bundesrats, der die aktuelle Verzerrung zwischen den ambulanten und stationären Tarifen verschärfen wird. Damit sich das Potenzial der ambulanten Behandlungen vollumfänglich ausschöpfen lässt, sollten die Spitäler sachgerecht entschädigt werden.

Gemessen an der Anzahl Betten<sup>4</sup> scheint sich die Spitalgrösse in der Akutpflege nicht wesentlich auf das Umsatzwachstum auszuwirken. Akutspitäler mit einer Kapazität von bis zu 250 Betten in der Akutpflege verzeichneten im

Jahr 2016 im Median ein Umsatzwachstum von 3,8 Prozent. Spitäler mit mehr als 250 Betten weisen ein Umsatzwachstum von 4,0 Prozent aus. Die geringen Unterschiede in Bezug auf die Spitalgrösse bestätigen sich auch bei der Unterscheidung des Ertragswachstums nach ambulanten und stationärem Bereich. Bei der Zusammensetzung des Umsatzes sind ebenfalls keine wesentlichen Unterschiede nach Spitalgrösse zu erkennen. 2016 erwirtschafteten die Akutspitäler im Median 61,9 Prozent ihrer Erträge aus stationären und 26,4 Prozent aus ambulanten Leistungen. Der Trend des überproportionalen Wachstums des ambulanten Bereichs setzt sich auch beim Ertragsplit der Spitäler über dieselbe Zeit fort; bei der gesamten Stichprobe macht der ambulante Bereich einen wachsenden Anteil des Gesamtumsatzes aus.

### Leicht höhere Kosten

Auch die Kostenseite der Schweizer Akutspitäler ist im Median gewachsen. 2016 sind die Kosten für Personal, medizinischen Bedarf sowie übrigen Sachaufwand exklusiv Abschreibungen im Median sogar leicht stärker

Abbildung 2: Umsatzwachstum der Schweizer Akutsomatik, aufgeteilt nach ambulanten und stationären Erträgen

#### Umsatzwachstum Akutspitäler

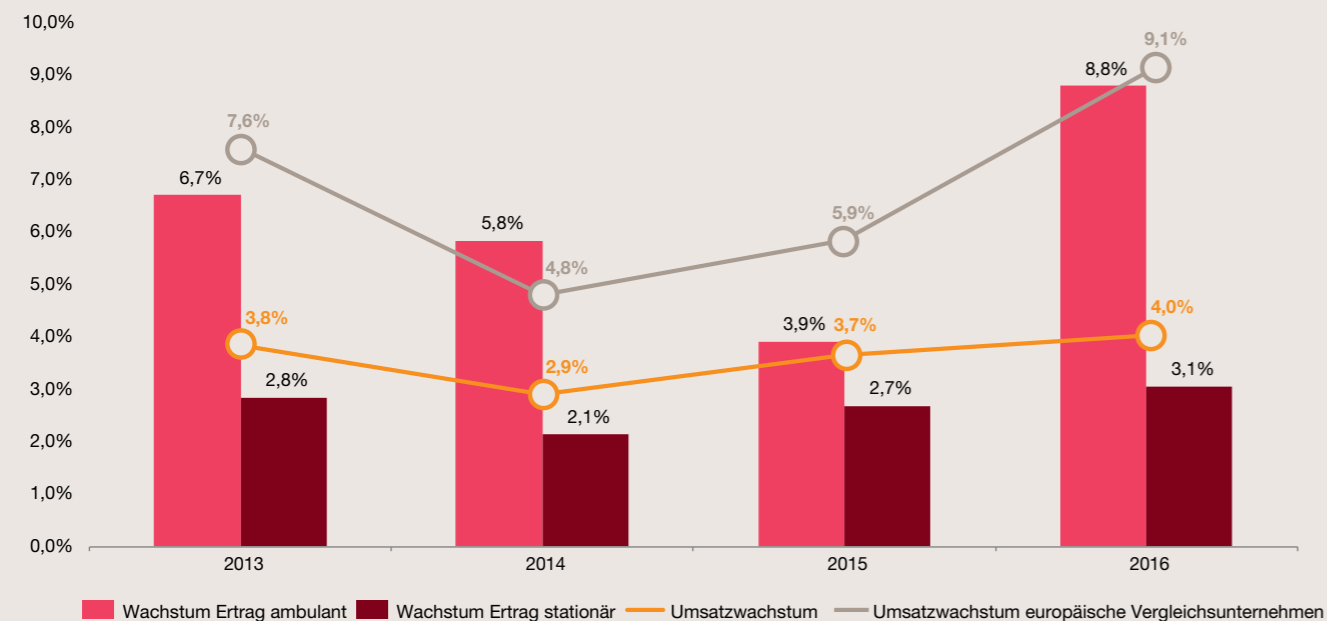
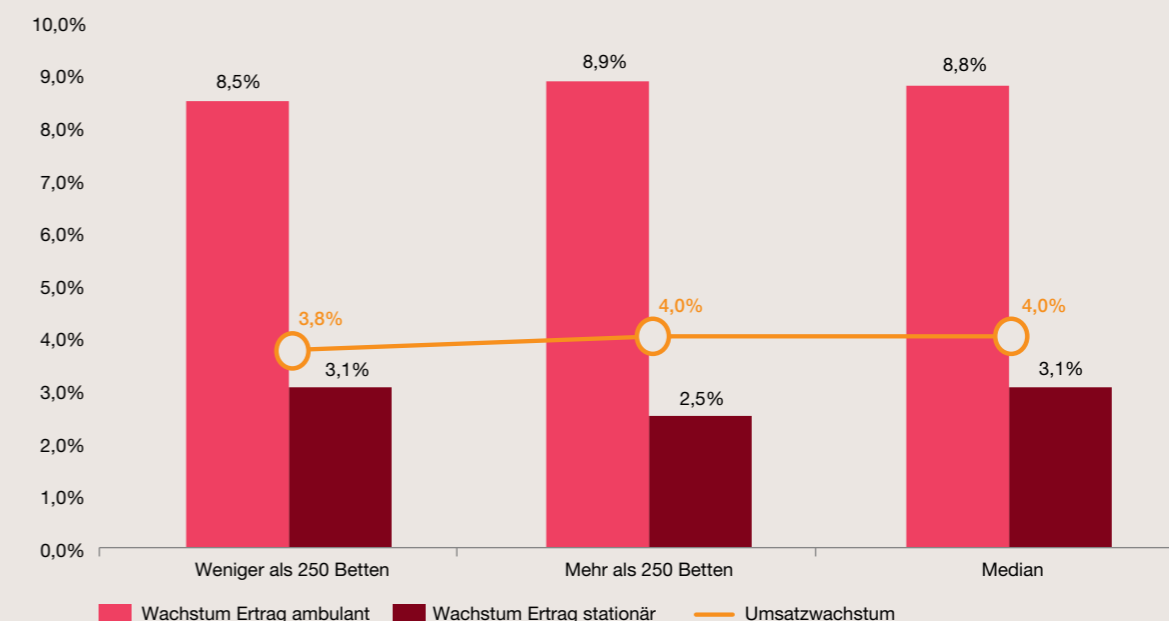


Abbildung 3: Umsatzwachstum im Jahr 2016 in der Akutsomatik nach Anzahl Betten

#### Umsatzwachstum im Jahr 2016 nach Grösse

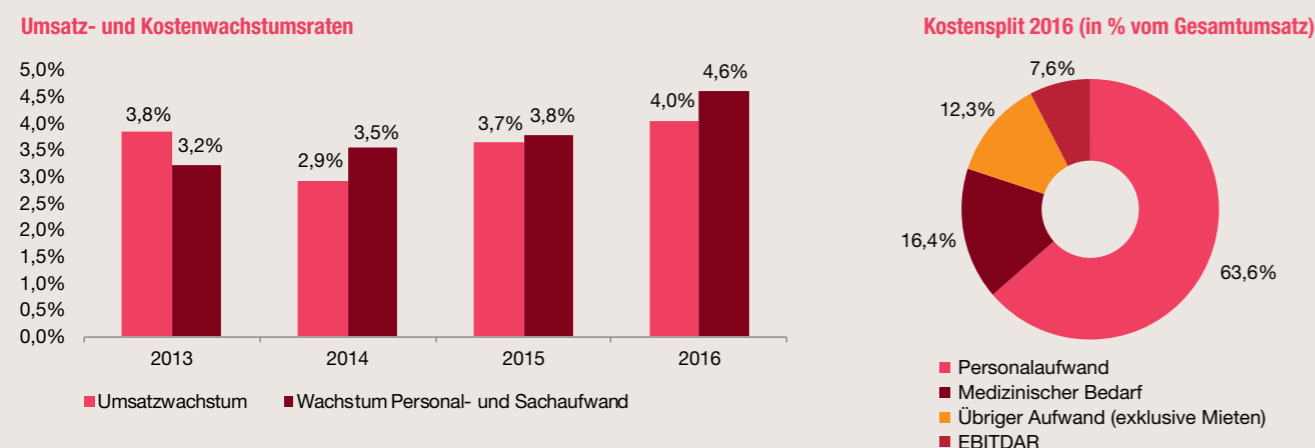


<sup>4</sup> Bundesamt für Statistik, 2015.

gestiegen als die Erträge. Während diese von 2013 bis 2016 um jährlich 3,6 Prozent angestiegen sind, erhöhten sich die Kosten für Personal- und Sachaufwendungen über denselben Zeitraum um 3,8 Prozent pro Jahr. Dabei hat das jährliche Kostenwachstum in den letzten Jahren jeweils leicht zugenommen. Die Kostengewichte in Prozent des Umsatzes haben sich nicht wesentlich verschoben. Im Geschäftsjahr 2016 machte wie bereits in den Vorjahren der Personalaufwand mit 63,6 Prozent (des Umsatzes) und mit 69,4 Prozent (der Gesamtkosten exklusive Mieten und Abschreibungen) den grössten Kostenblock aus. Mit 16,4 Prozent (des Umsatzes) belastete der medizinische Bedarf das Ergebnis am zweitstärksten. Die übrigen Aufwendungen, zum Beispiel Haushalt- und Lebensmittelaufwand oder Büro- und Verwaltungsaufwand, fallen weniger stark ins Gewicht.

Ähnlich wie bei den Erträgen zeigt sich beim Kostenwachstum kein Unterschied nach Spitalgrösse. Allerdings weist der Kostenmix im Verhältnis zum Umsatz kleinere Grössenunterschiede auf. Spitäler mit mehr als 250 Betten verzeichneten in den Jahren 2012 bis 2016 konstant höhere Kosten für den medizinischen Bedarf. Ein Grund dafür dürfte in der Behandlung von komplexeren Fällen in Universitäts- und Zentrumsspitalern liegen. Der Personaleinsatz (Personalaufwand in Prozent des Umsatzes) ist in grösseren Spitalern ebenfalls leicht höher. Allgemein sind die Kostenunterschiede nach Spitalgrösse jedoch sehr gering und statistisch nicht signifikant. Deshalb ist eine allgemeingültige Aussage nicht möglich.

Abbildung 4: Kostenwachstum und Kostensplit der Schweizer Akutspitäler



## Profitabilität nimmt ab

Das stagnierende Ertragswachstum und die zumindest proportional wachsenden Kosten für Personal, medizinischen Bedarf und übrige Sachaufwendungen führen dazu, dass die Schweizer Akutspitäler im Jahr 2016 im Median weniger profitabel gewirtschaftet haben als im Vorjahr. Dies kommt insbesondere beim EBITDAR und EBITDA und – etwas weniger akzentuiert – beim EBIT und Reingewinn zum Ausdruck.

Anhand des EBITDAR lässt sich der operative Erfolg von Schweizer Spitalern am besten vergleichen. Die EBITDAR-Marge der Schweizer Akutspitäler von 2016 betrug im Median 7,6 Prozent. Das entspricht einem Rückgang von knapp 0,8 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr (8,4 Prozent). Im letzten Jahr haben wir den Einfluss der Spitalgrösse auf EBITDAR- und EBITDA-Marge bereits thematisiert. Auch 2016 bestätigt sich die Aussage, dass die kleineren Spitäler leicht profitabler waren als die grossen Universitäts- und Zentrumsspitäler: Vergleicht man deren EBITDAR-Margen 2016, so erreichen Spitäler mit weniger als 250 Betten im Median eine um 0,4 Prozentpunkte (8,0 versus 7,6 Prozent) höhere EBITDAR-Marge. Die Streuung gegen unten ist zudem deutlich weniger gross als bei Spitalern mit mehr als 250 Betten. Bei der EBITDA-Marge ist ein deutlicher Unterschied bei der Profitabilität erkennbar: Spitäler mit weniger als 250 Betten erzielen im Median eine EBITDA-Marge von 6,8 Prozent. Diese liegt bei grösseren Spitalern bei 5,0 Prozent. Die Streuung ist bei den grösseren Spitalern deutlich höher.

Die Ausweitung der Stichprobe von 29 auf 45 Akutspitäler hat unsere Kennzahlen aus den Vorjahresstudien bestätigt. Die EBITDAR-Marge auf Basis der neuen Stichprobe lag von 2012 bis 2016 im Median bei rund 8,2 Prozent, was in etwa der alten Stichprobe entspricht.

Bei der Profitabilitätsanalyse streuen die Resultate relativ breit. 2016 lagen die minimalen EBITDAR-Margen beispielsweise bei –2,6 bis 14,0 Prozent. Eine ähnliche Streuung zeigt sich bei den EBITDA-Margen. Erfreulich ist, dass im Jahr 2016 8 von 45 Spitalern eine EBITDA-Marge von über 10 Prozent erreichen, also drei Institute mehr als im vergangenen Jahr. Es zeigt sich ausserdem eine gewisse Persistenz, denn von den acht Spitalern mit einer EBITDA-Marge über 10 Prozent übertrafen fünf bereits im Vorjahr die 10-Prozent-Marke. Diese Fortsetzung zeigt sich leider auch bei den tiefen und negativen EBITDA-Margen.

**«Die Ausweitung der Stichprobe von 28 auf 45 Akutspitäler hat die Validität der Kennzahlen weiter erhöht»**

Abbildung 5: Profitabilitätsentwicklung der Schweizer Akutspitäler

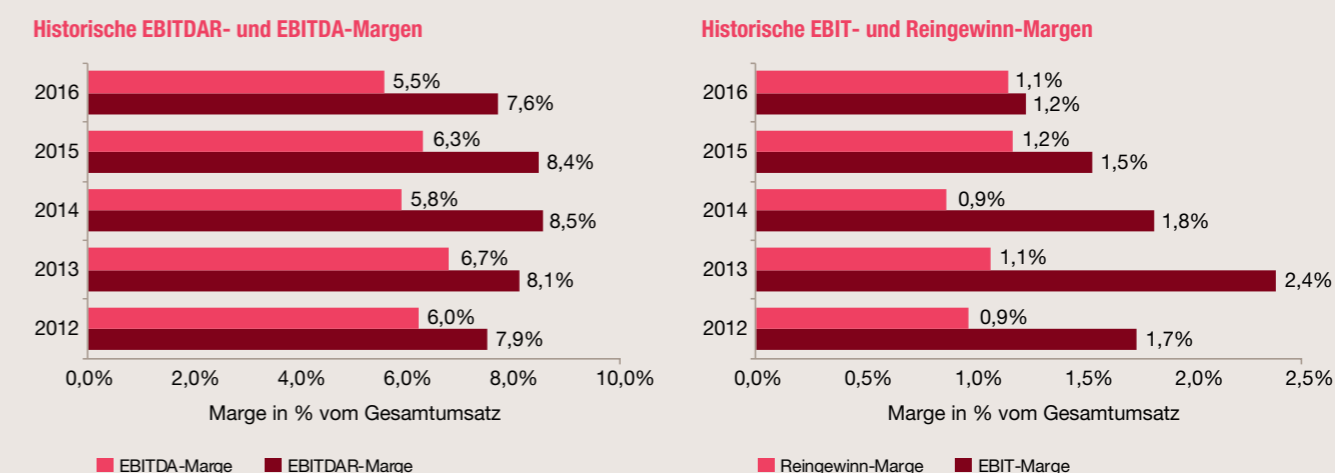
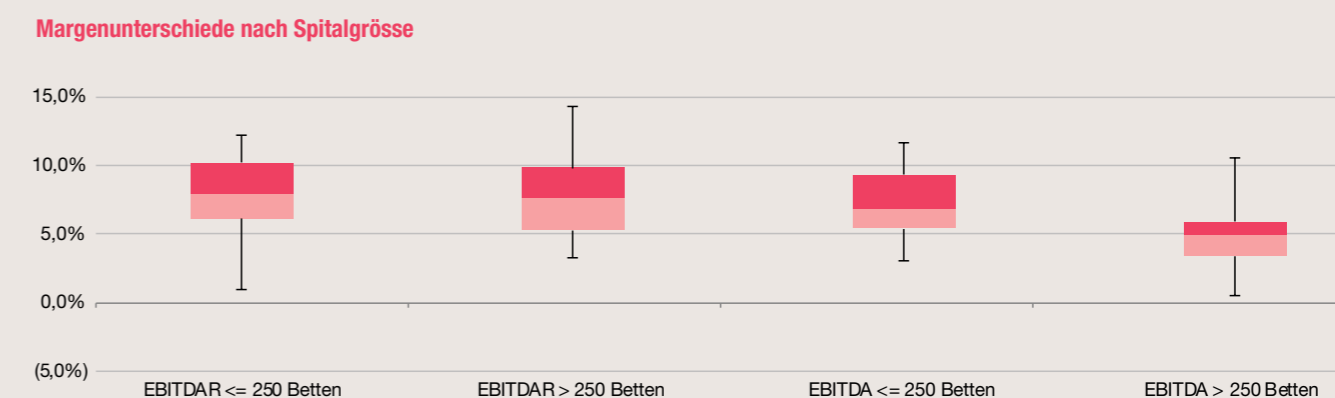


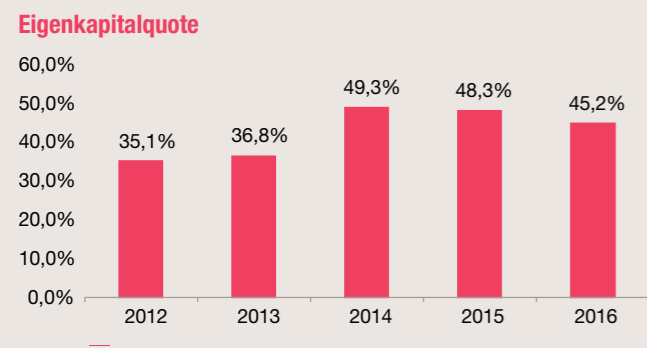
Abbildung 6: Unterschiede der EBITDAR- und EBITDA-Margen nach Bettenzahl



## Kapitalstruktur bleibt stabil

Analog zu Profitabilität und Wachstum blieb auch die Kapitalstruktur in den letzten Jahren stabil. Dabei treten in gewissen Jahren bei gewissen Spitälern Veränderungen auf. Diese sind allerdings häufig getrieben von Investitionsprojekten und Refinanzierungen oder von veränderten Rechnungslegungsstandards. In der Gesamtsicht lassen sich seit 2014 jedoch sehr konstante Eigenkapitalquoten von 45,2 bis 49,3 Prozent der Bilanzsumme berechnen. Einen grösseren Bruch gab es mit der Einführung des

Abbildung 7: Entwicklung der Eigenkapitalquote der Schweizer Akutspitäler



revidierten KVG im Jahr 2012. Ein kleiner Knick im Jahr 2014 ist auf die Einführung von Swiss GAAP FER bei einigen Spitälern unserer Stichprobe zurückzuführen. Auch hier fällt wiederum eine relativ hohe Streuung auf, wobei wir die Eigenkapitalquote nur auf Basis des harten Eigenkapitals berechnet haben. Zinslose Darlehen sowie Fonds und Darlehen von Nahestehenden (zum Beispiel Kanton oder Gemeinde) haben wir nicht zum Eigenkapital gezählt, obwohl diese teilweise durchaus eigenkapitalähnliche Eigenschaften zeigen (zum Beispiel Nachrangigkeit oder keine gesicherten vertraglichen Geldflüsse). Daher würden vereinzelte Fälle in der Privatwirtschaft einen Kapitalverlust oder sogar eine Überschuldung ausweisen; aufgrund der Gesellschaftsform und der Staatsnähe wird ein solches Problem jedoch vermieden. Deshalb ist eine aggregierte Analyse der Kapitalstruktur wenig aussagekräftig.

Im Hinblick auf die Finanzierung von künftigen Investitionsvorhaben durch externe Investoren und Kreditinstitute werden Kennzahlen wie die Eigenkapitalquote, der Zinsdeckungsgrad oder der Nettoverschuldungsgrad (definiert als nettoverzinsliches Fremdkapital, dividiert durch EBITDA) immer wichtiger. Oft sind diese wesentliche Bestandteile von Kreditverträgen. Deshalb dürfte ein Vergleich der Kapitalstrukturen von Schweizer Akutspitälern in Zukunft genauere Aussagen zulassen.



# Zukunftsfähige Geschäftsmodelle und deren Finanzierung



## Interview mit Thomas Brack Spitaldirektor, Spital Limmattal



Auf dem bestehenden Areal des Spitals Limmattal entsteht ein modernes Akutspital, in dem optimierte Betriebs- und Prozessabläufe möglich werden. Die Inbetriebnahme wird planmässig im Herbst 2018 erfolgen. Das «Limmi» hat mit dem Projekt «LimmiViva» als eines der ersten Schweizer Spitäler einen grossen Neubau gewagt und sich über den Kredit- und Kapitalmarkt langfristig finanziert. Das Projekt wird laufend überprüft und an die aktuellen Gegebenheiten angepasst. Wir haben mit Spitaldirektor Thomas Brack über diese Herausforderungen gesprochen.

Flexibilität war ebenfalls zentral bei der Planung des OP-Bereichs. Dezentrale Einleitungen, das heisst räumlich getrennte Vorbereitungszimmer und Operationssäle, ermöglichen, dass die zur Verfügung stehenden Räume effizienter genutzt werden. Somit kann auf zeitliche Veränderungen flexibel reagiert werden. Gleichermassen ist die Tagesklinik besser mit den ambulanten OPs verbunden und komplett von den stationären Prozessen getrennt.

### Herr Brack, inwiefern hat sich das Thema «Wandel und Veränderung» auf die Planung Ihres Neubauprojekts «LimmiViva» ausgewirkt?

Die Veränderungen im Spitalbereich und im Gesundheitswesen in der Schweiz sind heute sehr verschieden und schnell. Es lässt sich daher schwer abschätzen, welche Themen die grössten sind. Ein Thema, welches die Spitäler sicherlich beeinflusst, ist die «Ambulantisierung». Diese ist bereits anhand der sinkenden durchschnittlichen Verweildauer erkennbar und wird zusätzlich durch die verbesserte Medizintechnik unterstützt. Es gibt auch gegenläufige Trends: Aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung und der Alterung der Gesellschaft nimmt die Multimorbidität der Patienten zu. Eine genaue Prognose ist nicht möglich, weshalb bei der Planung von «LimmiViva» Flexibilität und Effizienz ein zentrales Anliegen sind.

### Sie haben die Stichworte Flexibilität und Effizienz genannt: Wie zeigen sich diese konkret beim Projekt «LimmiViva»?

Einfach gesagt: Der Neubau wurde so geplant, dass die Raumaufteilung jederzeit und mit wenig baulichen Massnahmen an sich ändernde Bedürfnisse angepasst werden kann. In der Umsetzung bedeutet dies, dass die tragenden Strukturen eine Art grosse Halle bilden (sogenannte Skelettbauweise). Diese wird entsprechend dem Raumkonzept durch Gipswände, welche sehr einfach und schnell reorganisiert werden können, unterteilt. Effizienz durch

**«Der moderne Patient kommt oft mit seinen Geräten wie Tablets oder Notebooks und erwartet statt einem TV-Gerät vielmehr ein einwandfrei funktionierendes WLAN»**

Bei der Planung des Neubaus war der technologische Fortschritt ebenfalls wichtig. Damit künftig neue Geräte schnell und einfach installiert werden können, wurden genügend freie Anschluss- und Versorgungskanäle in den tragenden Strukturen vorgesehen.

### Damit sprechen Sie auch den Trend der Digitalisierung an. Wie sehen Sie den Einfluss neuer Technologien auf das Spital Limmattal?

Der Trend der Digitalisierung betrifft uns alle und somit auch die Spitäler. Ein sinnvoller Einsatz von neuen Technologien ist entscheidend. Dabei dürfen wir natürlich im Gesundheitswesen den Faktor Mensch nicht vergessen.

Der technologische Fortschritt und die Automatisierung verbessern die Medizintechnik entscheidend. Sie bergen enorme Potenziale, insbesondere für den Patienten. Dabei muss beachtet werden, dass dies häufig nicht eine

## «Die in letzter Zeit zunehmenden regulatorischen Eingriffe der Kantone und des Bundes wirken vielen Innovationen und Prozessen im Spitalbereich entgegen und verunsichern»

Kosteneinsparung, sondern eher eine Kostenverlagerung bewirkt: Hightechgeräte stellen hohe Anforderungen an die Wartung und die IT-Infrastruktur. Dies erfordert oft Mehrinvestitionen in diese Bereiche. Somit werden die Einsparungen teilweise kompensiert.

Wir sind der Auffassung, dass in den Patientenzimmern fix installierte Multimediageräte der Vergangenheit angehören und der Ansatz «bring your own device» im Vordergrund steht. Der moderne Patient kommt oft mit seinen Geräten wie Tablets oder Notebooks und erwartet statt eines TV-Geräts vielmehr ein einwandfrei funktionierendes WLAN. Wir sind überzeugt, dass der persönliche Bezug zum Patienten, zum Beispiel bei der Essensbestellung, auch in Zukunft wichtig bleibt, nicht zuletzt auch wegen unserer sozialen Verantwortung ihm gegenüber.

### Wie können innovative Geschäftsmodelle dazu beitragen, dass das Kostenwachstum gebremst wird?

Grundsätzlich wird sich das Geschäftsmodell «Spital» nicht komplett verändern. Ich bin überzeugt, dass das Thema der integrierten Versorgung und damit auch Kooperationen, Netzwerke und Zusammenschlüsse zusätzlich an Bedeutung gewinnen. Das Spital Limmattal beteiligt sich zum Beispiel an einem regionalen Gruppenpraxennetzwerk. Dies stärkt die Zusammenarbeit mit den Hausärzten und komplementiert die Ausbildung der Assistenzärzte. Weiter engagieren wir uns in unterschiedlichen Bereichen mit dem Ziel, die integrierte Versorgung voranzutreiben. An den Schnittstellen, das heisst zum Beispiel bei der Überweisung vom Hausarzt ins Spital oder beim Übertritt aus der Akutversorgung in die Reha oder Pflege, gibt es noch viel Potenzial für Effizienzsteigerungen. Die vertiefte Zusammenarbeit und die integrierte Versorgung verbessern nicht nur die Effizienz der Spitäler, sondern führen auch zu einer höheren Patientenzufriedenheit, da beispielsweise unnötige Wartezeiten im falschen Behandlungssetting minimiert werden.

Einer Auslagerung von wichtigen Prozessen und Arbeiten stehe ich kritisch gegenüber. Es muss stets beachtet werden, dass durch eine Auslagerung die Qualität nicht leidet. Hat man als Spital keine genügende Kontrolle über die ausgelagerten Prozesse, so besteht das Risiko einer Qualitätseinbusse. Es macht durchaus Sinn oder ist sogar nötig, dass Aufgabenbereiche ausserhalb der Kernprozesse geprüft werden. Diese werden durch Dritte möglicherweise

effizienter und können mit deutlich höheren Qualität erbracht werden. Im Spital Limmattal sind dies zum Beispiel die IT und die Wäscherei.

### Wir haben es angesprochen: Wandel und Veränderungen bedingen meistens Investitionen, die angemessen finanziert werden müssen. Was war ausschlaggebend für die Wahl der Finanzierung von «LimmiViva»?

Die Finanzierungswahl ist das Resultat eines längeren Prozesses. Zum Zeitpunkt der Finanzierung des Neubaus waren wir eines der ersten Spitäler, welches sich nicht über die öffentliche Hand finanzierte. Anfänglich wollten wir die Finanzierung direkt an die Vergabe der Neubauprojektierung koppeln. Das erwies sich jedoch schnell als wenig realistisch. Als sich abzeichnete, dass diese Lösung nicht möglich ist, suchten wir mit einem externen Berater nach alternativen Finanzierungslösungen. In einem ersten Schritt lösten wir das Kantonsdarlehen durch ein Schuldscheindarlehen mit besseren Zinskonditionen ab. Der eigentliche Neubau wurde dann durch eine Kombination aus Syndikatskrediten und Anleihen finanziert. Die Anleihen bilden dabei die Basisfinanzierung. Die Kredite decken die Verschuldungsspitzen ab.

Parallel stellen auch Privatplatzierungen eine sinnvolle Alternative zu Anleihen und Schuldscheindarlehen dar. Letztlich stellen auch Eigenkapitalinstrumente, je nach Situation, eine interessante Finanzierungsquelle dar. Oft erschweren die Statuten von öffentlichen Spitalern solche Eigenkapitalfinanzierungen, da keine externen, privaten Investoren vorgesehen sind.

### Die Aufnahme von Fremdkapital am Kapitalmarkt und von Banken ist mit Risiken und besonderen Anforderungen und Auflagen verbunden. Welches waren die grössten Herausforderungen für das Spital Limmattal in dieser Beziehung?

Eine bisher eher wenig diskutierte, aber durchaus ernst zu nehmende Herausforderung im Zusammenhang mit Neubauprojekten bildet die Refinanzierung. Diese ist aufgrund der Marktkomponente schwer abschätzbar. Mit einer angemessenen, erfolgsorientierten Geschäftsführung leisten wir einen Beitrag zur Reduktion des Refinanzierungsrisikos und beeinflussen somit auch die Konditionen einer Refinanzierung.

Zwar bestehen höhere Anforderungen, vor allem an die finanzielle Führung und die Berichterstattung. Diese sind jedoch mit vertretbarem Aufwand umsetzbar. Wesentliche Änderungen waren die Umstellung auf Swiss GAAP FER sowie der erhöhte Fokus auf spezifische, für den Kapitalmarkt und die Banken relevante Kennzahlen und KPIs. Im Verlauf des Finanzierungsprozesses ist der juristische Aufwand nicht zu unterschätzen. Die enorm komplexen sowie umfangreichen Vertragsdokumente für die Kreditverträge führten zu langen und zeitintensiven rechtlichen Diskussionen. Bemerkenswert ist, dass die Form und Ausgestaltung der Vertragsdokumentation je nach Finanzierungsinstrument oder Gegenpartei stark unterschiedlich ist.

## «Unser Businessplan ist eines der wichtigsten Führungsinstrumente. Er schafft gegenüber der Trägerschaft Vertrauen, und er schafft bei den Mitarbeitern Vertrauen in die Unternehmensführung. Zudem lässt es sich als verantwortliche Person mit einem robusten Businessplan besser schlafen»

### Sie arbeiten seit Beginn von «LimmiViva» mit einem Businessplan. Welche Rolle spielt dieser in der strategischen und finanziellen Führung des Spitals Limmattal?

Nicht nur für die finanzielle, sondern auch für die operative und strategische Führung ist ein stringenter sowie zielgerichteter finanzieller Businessplan zentral. Bei uns hat der Businessplan weite Teile der Budgetierung übernommen. Dabei hilft ein intern abgestimmter und akzeptierter Businessplan; auch zur internen Kommunikation mit den

Chefärzten, den leitenden Ärzten und dem Pflegepersonal. Damit der Businessplan eine genügend hohe interne Akzeptanz findet, ist es wichtig, dass er mit den unterschiedlichen Geschäftseinheiten und den verantwortlichen Personen abgestimmt ist. Die Basis muss sich verstanden fühlen und Vertrauen in den Businessplan haben. Mit einem nach der Top-down-Methode erstellten Businessplan ist es schwer, dieses Ziel zu erreichen. Für uns war und ist der Businessplan ein Instrument von grosser Bedeutung. Wir investieren regelmässig Zeit, ihn den aktuellen Bedingungen anzupassen.

### Seit der Revision des KVG vor fünf Jahren hat sich bei den Schweizer Spitalern viel bewegt. Wie sehen Sie die Entwicklung in den nächsten fünf Jahren?

Die KVG-Revision hat den Spitalern in einer ersten Phase wichtige betriebswirtschaftliche Freiheiten zugesprochen. Sie hat ihnen erlaubt, sich im Wettbewerb zu positionieren. Dieser Prozess des Umdenkens beziehungsweise der Wettbewerbsöffnung ist auch nach fünf Jahren noch nicht abgeschlossen. Gerade in letzter Zeit haben sich unterschiedliche Kooperationen und Netzwerke unter den Leistungserbringern entwickelt. Das Potenzial der Zusammenarbeit ist dabei noch lange nicht ausgeschöpft. Die in letzter Zeit zunehmenden regulatorischen Eingriffe der Kantone sowie des Bundes wirken vielen Innovationen und Prozessen im Spitalbereich entgegen und verunsichern. Die künftige Entwicklung hängt daher stark von diesen Eingriffen ab. Falls die Regulierung den gewollten unternehmerischen Freiraum zulässt, erwartet uns eine spannende und interessante Zukunft.

Ausserdem erhoffen wir uns eine erhöhte Transparenz im Sinne eines Benchmarkings unter den Spitalern. Dabei soll dieses nicht nur als Vergleich von Zahlen, sondern auch als Plattform für den gemeinsamen Austausch von Erfahrungen und Best Practices zwischen den einzelnen Spitalern verstanden werden. Die verbesserte Zusammenarbeit durch regelmässigen Austausch, Kooperationen und Netzwerke sowie durch integrierte Versorgungsmodelle birgt viel Potenzial und stimmt positiv für die Zukunft.

### Herr Brack, besten Dank für dieses interessante Interview.



### 3. Finanzielle Herausforderungen der Psychiatrien

Im Unterschied zur Akutsomatik steht bei den psychiatrischen Kliniken der Wandel im Sinne eines Tarifsystemwechsels noch bevor. Der Schritt von der Kostenabgeltung durch Tagespauschalen zu fallbezogenen Leistungspauschalen nach TARPSY stellt die psychiatrischen Kliniken vor eine grosse Aufgabe, nicht zuletzt hinsichtlich Planung und Budgetierung von künftigen betriebswirtschaftlichen Erträgen. Die Einführung der DRG-Pauschalen in der Akutsomatik hatte einen wesentlichen Einfluss auf die finanziellen Ergebnisse. So ist abzuwarten, inwiefern sich TARPSY auf die finanziellen Ergebnisse der psychiatrischen Kliniken auswirkt und ob Anpassungen der Tarifstruktur nötig sind.

#### Stagnierendes Wachstum und Trend zu ambulanten Behandlungen

2016 haben wir zwölf Psychiatrien untersucht (elf im Vorjahr); zwei neue sind hinzugekommen und eine Klinik ist aufgrund eines Zusammenschlusses entfallen.

Auch bei den Psychiatrien stellen wir eine Tendenz zu kürzeren Verweildauern und einer ambulanten Versorgung fest, also gleich wie in der Akutsomatik, aber weniger stark ausgeprägt. Das zeigt sich zum Beispiel daran, dass die ambulanten Erträge seit 2013 deutlich gewachsen sind, während die Ertragslage im stationären Bereich stagniert. Entsprechend nehmen die Erträge des ambulanten Anteils bei den Psychiatrien laufend zu. Allerdings machen die stationären Erträge immer noch einen Grossteil der Gesamterträge aus. 2016 betrug der Anteil der stationären

Erträge 65,4 Prozent. Das Umsatzwachstum wird also hauptsächlich durch das stationäre Geschäftsfeld getrieben. Deshalb hat in den letzten Jahren eher eine horizontale Umsatzentwicklung stattgefunden. In Zahlen ausgedrückt: Das Umsatzwachstum von 2013 bis 2016 betrug in unserer Stichprobe im Median 1,5 Prozent. Damit sprechen wir nicht primär von einer Umsatzsteigerung, sondern von einer Umsatzverlagerung hin zu ambulanten Erträgen. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen (siehe Interview mit David J. Bosshard, CEO der Clenia-Gruppe, Seite 20).

#### Stabile Profitabilität in den letzten Jahren

Ein geringes Umsatzwachstum birgt die Gefahr, dass Kostensteigerungen schnell auf die Profitabilität drücken. Das scheint aufgrund eines ebenfalls moderaten Kostenwachstums jedoch nicht der Fall zu sein. Die Personalkosten machten im Jahr 2016 rund 74,6 Prozent des Umsatzes und rund 81,7 Prozent der Gesamtkosten aus. Sie sind seit 2013 im Median ebenfalls um nur 2,2 Prozent pro Jahr gewachsen. Das ist durchaus nachvollziehbar, da psychiatrische Leistungen meistens auf einer 1:1-Betreuung basieren und eine Leistungs- oder Ertragszunahme zu einer ähnlichen Kostenzunahme führen muss, solange die Art und Weise der Leistungserbringung nicht deutlich ändert.

Der medizinische Bedarf fällt bei psychiatrischen Kliniken weniger ins Gewicht und machte 2016 nur knapp 2,6 Prozent des Umsatzes und 2,8 Prozent der Gesamtkosten aus. In derselben Zeitspanne ist er unterproportional um

0,5 Prozent pro Jahr gewachsen. Auch diese Entwicklung ist eine logische Konsequenz des ambulanten Fallwachstums. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein leichtes Wachstum der kumulierten Personal- und Sachaufwendungen von 2,0 Prozent erkennbar, während der Umsatz nur um 1,0 Prozent zulegte. Damit fällt die Profitabilität der Schweizer Psychiatrien etwas schwächer aus als im Vorjahr: Die EBITDAR-Marge 2016 betrug im Median 9,9 Prozent, was einem Plus von 0,7 Prozentpunkten entspricht. Die EBITDA-Marge lag bei 7,4 Prozent und damit 0,8 Prozentpunkte unter dem Vorjahreswert.

Die Umstellung auf das neue stationäre Tarifsystem TARPSY und deren noch nicht vollständig abschätzbare Folgen stellen die finanzielle Führung der Schweizer Psychiatrien vor eine grosse Herausforderung. TARPSY zielt primär darauf ab, die Transparenz und Vergleichbarkeit von Leistungen, Kosten und Qualität gesamtschweizerisch zu erhöhen, ähnlich wie die Einführung der

DRG-Pauschalen im akutsomatischen Bereich. Es will die stationären Tarife in Kliniken national regeln und vereinheitlichen. TARPSY 1.0 sieht aktuell 22 vordefinierte Fall- respektive Kostengruppen (PCG) vor. Diese sind in neun Hauptkategorien (Basis-PCG) aufgeteilt – zum Beispiel TP25 für Schizophrene oder akut psychotische Störungen – und in bis zu drei PCGs je Basis-PCG gegliedert, zum Beispiel TP25C. TARPSY orientiert sich ähnlich wie SwissDRG an leistungsbezogenen Kosten und damit an einer fallspezifischen Vergütung. Durch die einheitliche Vergütung je Fallgruppe werden zudem medizinische und ökonomische Anreize für die Kliniken geschaffen, die dem Gesamtsystem langfristig zugutekommen. Im Gegensatz zu SwissDRG sieht TARPSY jedoch je nach Komplexität und Gesamtverweildauer unterschiedliche Tagespauschalen vor. Der nicht lineare Verlauf des Kostengewichts wird in Abhängigkeit von der Verweildauer über bis zu drei Phasen abgebildet. Das führt dazu, dass die Kliniken nicht mit den einfachen Durchschnitts von Kostengewicht und



Abbildung 8: Umsatzwachstum der Schweizer Psychiatrien, aufgeteilt nach ambulanten und stationären Erträgen

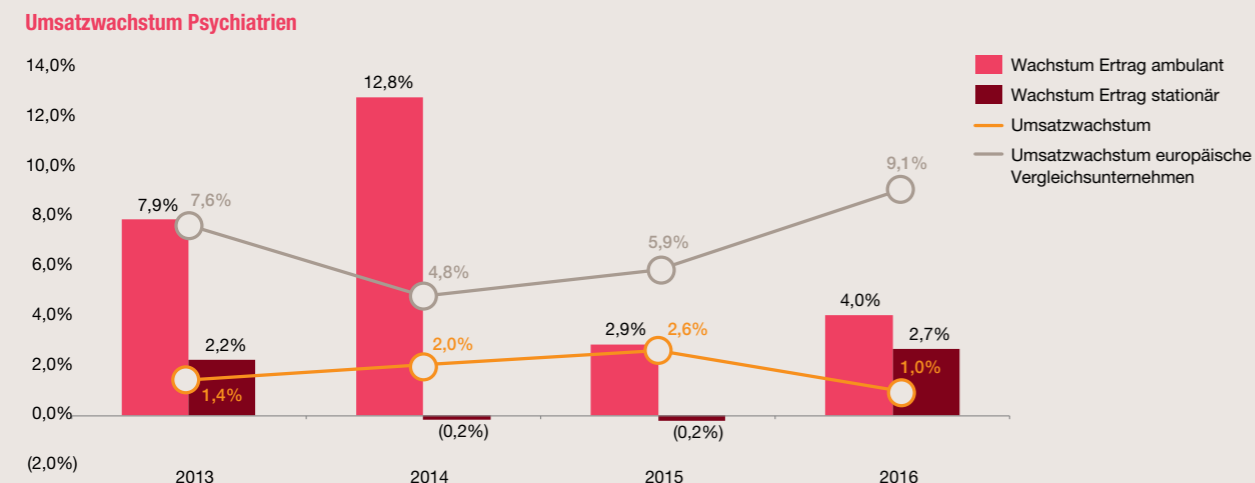


Abbildung 9: Kostensplit 2016 (in % vom Gesamtumsatz) der Schweizer Psychiatrien

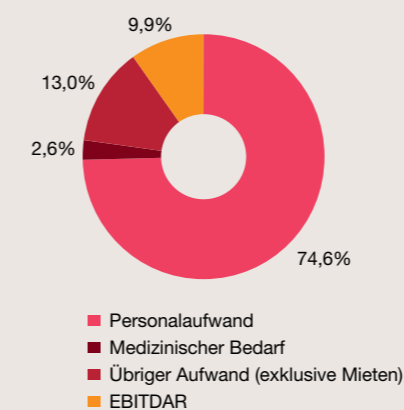
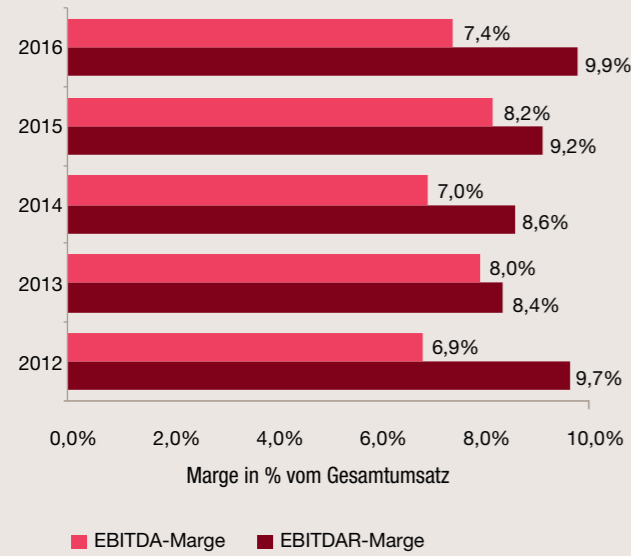


Abbildung 10: Profitabilitätsentwicklung der Schweizer Psychiatrien

**Historische EBITDAR- und EBITDA-Margen**



**Historische EBIT- und Reingewinn-Margen**

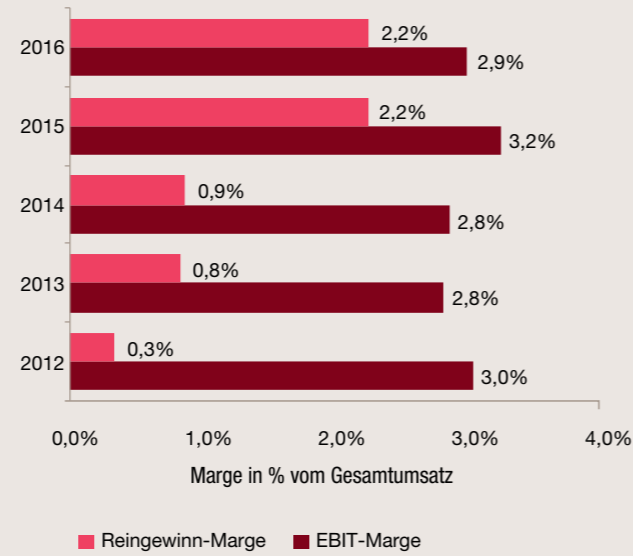
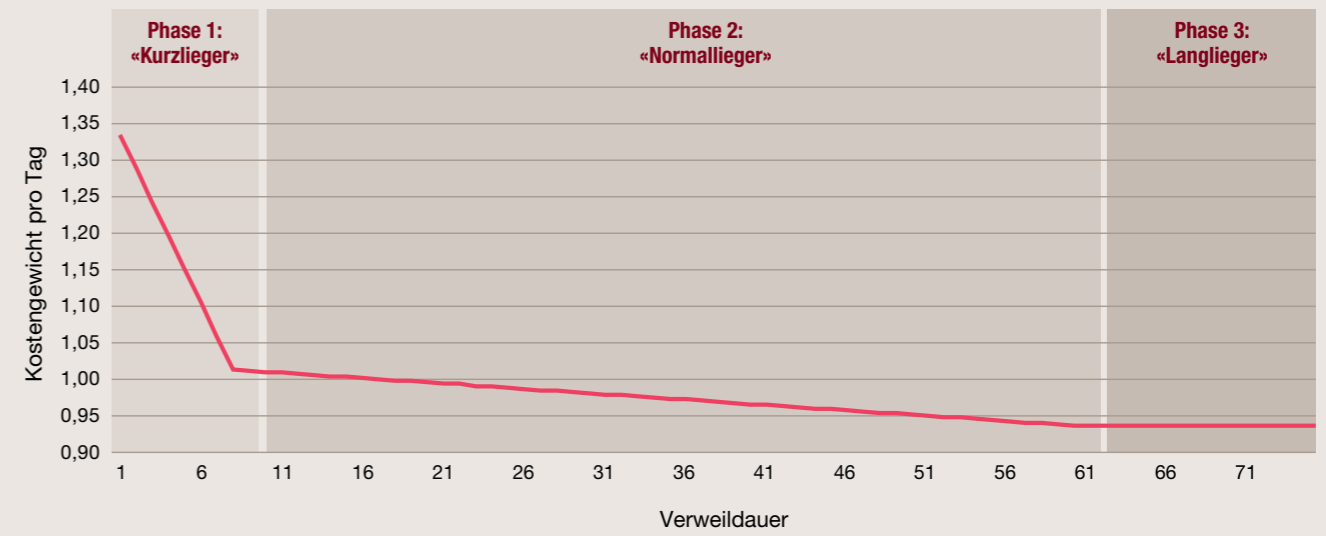


Abbildung 11: Beispiel zum Verlauf der Tageskostengewichte nach TARPSY

**TP25C – Schizophrene oder akut psychotische Störungen, Alter > 17 Jahre ohne komplizierende somatische Nebendiagnose**



Verweildauer je Fallgruppe planen können, da ihre Berechnungen aufgrund nichtlinearer Tarife falsch wären. Abbildung 11 zeigt ein Beispiel für den Verlauf der Kostengewichte bei TP25C (Schizophrene oder akut psychotische Störungen, Alter > 17 Jahre, keine komplizierende somatische Nebendiagnose). Das Kostengewicht verändert sich gerade in der ersten Phase (Tage 1 bis 7) relativ stark, während die Veränderung in der zweiten Phase (Tage 8 bis 59) akzentuiert ist und ab der dritten Phase (ab Tag 60) konstant bleibt.

Im Gegensatz zum Status quo der Planung mit allgemeinen Tagespauschalen zwingt TARPSY die Psychiatrien dazu, ihre Leistungsplanung filigraner, das heisst konkret nach Fallgruppe und Phase (abhängig vom Austrittstag), zu gestalten. Das erhöht die Wichtigkeit des internen Medizincontrollings und der finanziellen Planung sowie den Bedarf an detaillierten Businessplänen mit Planungsvarianten. Die Einführung von TARPSY und die noch fehlenden Erfahrungswerte führen zu einer zusätzlichen Unsicherheit in der Leistungs- und Ertragsplanung.

**«Im Gegensatz zum Status quo der Planung mit allgemeinen Tagespauschalen zwingt TARPSY die Psychiatrien dazu, ihre Budget- und Finanzpläne filigraner, das heisst konkret nach Fallgruppe und Phase, zu gestalten»**



# Digitalisierung ambulanter psychiatrischer Leistungen



**Interview mit David J. Bosshard**  
CEO, Clenia-Gruppe



Die im Jahr 2008 durch den Zusammenschluss der Privatkliniken Schlössli und Littenheid gegründete Clenia-Gruppe bietet an unterschiedlichen Standorten ein vielfältiges Spektrum an psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmethoden im ambulanten, teilstationären und stationären Rahmen.

**Herr Bosshard, in der diesjährigen Spitalstudie befassen wir uns mit dem Thema «Wandel und Veränderung im Gesundheitswesen». Was sind aus Ihrer Sicht die wesentlichen Trends und die damit verbundenen Veränderungen?**

Meine zentrale Hypothese lautet, dass das Geschäftsmodell in der Vor- und Nachbehandlung viel häufiger über virtuelle Kanäle laufen und somit digitalisiert werden wird. Im Fokus stehen leichte Fälle oder Nachbehandlungen. Konkret könnten hier kognitive Verhaltenstherapien oder Entspannungshilfen mit Apps unterstützt werden, indem der Patient ein Tablet mit der Wochenplanung, Therapieanleitungen und Erinnerungsfunktionen erhält. Werden solche Hilfsmittel bereits während eines stationären Aufenthalts eingesetzt, kann der Übergang in eine ambulante Behandlung reibungsloser erfolgen. Wir sehen, dass solche digitalen Hilfsmittel entwickelt werden, und sind überzeugt, dass diese auch im Schweizer Markt Eingang finden.

**Wie will sich die Clenia-Gruppe diesbezüglich positionieren?**

Die Clenia-Gruppe will in der Digitalisierung eine Vorreiterrolle einnehmen und hat sich früh Gedanken gemacht. Wir sind überzeugt, dass es hier First-Mover-Vorteile gibt. Daher entwickeln wir einerseits eigene Lösungen und haben uns andererseits an einem KTI-Projekt beteiligt, welches elektronische Lösungen und Apps zur Therapie

von Stresserkrankungen entwickelt. Die Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT) sehen wir daher langfristig als eine strategische Kompetenz, welche uns künftig einen Wettbewerbsvorteil verschaffen wird, sowohl bei der Patientenbehandlung wie auch im hart umkämpften Markt um gute Arbeitskräfte. Eine solche neue Ausrich-

**«Das Geschäftsmodell in der Vor- und Nachbehandlung wird künftig viel häufiger über virtuelle Kanäle laufen und somit digitalisiert werden»**

tung braucht intern viel Überzeugungskraft, Mitarbeiterentwicklung und Durchhaltewille. Wir sind überzeugt, dass sich dieser Aufwand lohnen wird.

**Im Schweizer Gesundheitswesen werden die Themen «ambulant vor stationär» und «integrierte Versorgung» intensiv diskutiert. Diese Entwicklungen sind auch in der Psychiatrie beobachtbar. Wie berücksichtigen Sie diese Entwicklungen?**

Im stationären Bereich erwarten wir keine grossen Veränderungen. Wir gehen davon aus, dass der stationäre Markt stagnieren beziehungsweise sich im Rahmen des Bevölkerungswachstums entwickeln wird. Die angebotsinduzierte Nachfrage wird an Bedeutung verlieren, da die Prävalenzrate ziemlich konstant zu sein scheint und der Fokus auf



ambulanten Leistungen liegt. Die grösste Zunahme erwarte ich bei der Geronto-Psychiatrie. Die stationäre Behandlung wird sich künftig stärker auf schwer kranke Patienten fokussieren.

Im ambulanten Sektor erwarte ich jedoch ein grosses Wachstum. Hier setzt die Clenia-Gruppe erstens auf kliniknahe sozialpsychiatrische Ambulatorien und Tageskliniken und zweitens auf Gruppenpraxen. Letztere sind dann völlig am Markt im Wettbewerb und fokussieren zum Beispiel auf Psychotherapie gegen Angst oder Depressionen.

In Bezug auf die zunehmende ambulante Leistungserbringung ist aus meiner Sicht unklar, ob auch in der Psychiatrie regulative Eingriffe erfolgen werden, analog den Indikationslisten in der Akutsomatik.

Im Bereich der integrierten Versorgung baut die Clenia im Kanton Schwyz einen weiteren Standort für die Kinder- und Jugendpsychiatrie auf. Dabei werden wir mit dem Spital Lachen zusammenarbeiten. Es ist geplant, dass wir uns im neuen Gebäude des Spitals Lachen einmieten werden.

**Ein ebenfalls aktuelles Thema sind die stark steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Was ist Ihre Einschätzung zu den Auswirkungen der Bau- und Investitionsprojekte auf die Gesundheitskosten?**

Die Clenia-Gruppe initiiert alle 15 bis 20 Jahre Bauprojekte mit moderaten Ausbauten. In der Psychiatrie wurden die Bettenkapazitäten in den letzten Jahrzehnten stetig zurückgefahren. Somit sind im Psychiatriemarkt keine Überinvestitionen erkennbar, wie diese teilweise in der Akutsomatik stattfinden.

In der Psychiatrie sind die Behandlungskosten pro Fall und Tag über die letzten Jahre konstant geblieben. Kostentreiber waren beziehungsweise werden künftig die Fallzahlen im ambulanten Bereich sein. Somit ist aus meiner Sicht das Kostenwachstum ausschliesslich ein Mengenproblem.

Ich bin der Meinung, dass hohe Gesundheitskosten insgesamt den Kaufpräferenzen der Bevölkerung einer älter werdenden, wohlhabenden Gesellschaft entsprechen. Aufgrund der kontinuierlich steigenden Lebenserwartung ist es nicht vermeidbar, dass der Anteil am BIP fortlaufend zunimmt. Wollte man dies vermeiden, müsste man darüber diskutieren, ob es sich noch lohnt, einer 80-jährigen Person ein neues Hüftgelenk einzusetzen oder nicht. Diese Rationierungsdiskussion wollen wir aber nicht führen. Der effiziente Mitteleinsatz ist darum zwingend und steht im Fokus der Politik.

**Gibt es aus Ihrer Sicht innovative oder gar disruptive Technologien oder Geschäftsmodelle, die zu einer Kostensenkung beitragen könnten?**

Im Kerngeschäft, also bei den Leistungen direkt am Patienten, sehe ich wenig Luft für Effizienzsteigerung, da psychiatrische Leistungen primär eine 1:1-Patientenbetreuung darstellen. Aber im Hinblick auf nicht wertschöpfende Tätigkeiten ist das Drumherum kritisch zu begutachten. Hierbei sind Tätigkeiten wie Aufnahme, Administration, Berichtswesen oder die Fakturierung konsequent zu verbessern. Beispielsweise kann im Berichtswesen mit vordefinierten Textbausteinen und automatischer Berichterstellung die Effizienz erhöht werden. Oder Arbeit kann an die Patienten ausgelagert werden. Einchecken, Versicherungsdeckungsklärung und Terminvereinbarung könnten auch virtuell erfolgen – andere Industrien machen es vor. Dies ist bei uns auch ein Thema, das wir aktiv angehen wollen. Hier besteht für alle Gesundheitsversorger ein

## «Kostenunterschiede werden über TARPSY noch nicht genügend berücksichtigt, da intensive Leistungen zu wenig abgebildet werden»

Hebel zur Sicherstellung eines effizienten Mitteleinsatzes. Weiter kann zum Beispiel im Bereich Reinigungsdienste künftig auf Robotik gesetzt werden.

Organisatorisch sind in Bezug auf den Skill- und Grade-Mix Möglichkeiten vorhanden. Beispielsweise können Psychologen gewisse ärztliche Tätigkeiten übernehmen, und MPA können mehr eingebunden werden.

### Erwarten Sie in der Psychiatrie den Eintritt neuer, branchenfremder Marktteilnehmer?

Dies ist schwierig abzuschätzen, aber grundsätzlich denkbar, insbesondere im ambulanten Bereich mit niederschweligen Angeboten, zum Beispiel Stressmanagement als Add-on in Fitnesszentren. Im Rahmen eines biopsychosozialen Lebenskonzepts kann es sein, dass heutige Anbieter den White Spot «Psycho» in Zukunft auch besetzen werden.

### Investitions- und Bauprojekte müssen angemessen finanziert werden. Welche Finanzierungstrends lassen sich aus Ihrer Sicht erkennen?

Die Bedeutung von Spenden wird im Gesundheitswesen zunehmen. Heute sieht man dies im Heimbereich und bei Stiftungen. Dies könnte sich meines Erachtens auch auf Kinderspitäler oder Anbieter spezifischer Krebstherapien ausweiten. Für den Psychiatriemarkt wird es vermutlich schwierig sein, Spenden als substanzielle Finanzierungsquelle zu nutzen. Wir haben keine Lobby.

Insgesamt wird das Risiko bei Fremdfinanzierungen im Spitalbereich zunehmen. Somit wird eine hohe Eigenkapitalquote immer wichtiger. Aufgrund dieser Entwicklung und vor dem Hintergrund steigender Zinsen ist der heutige VKL-Satz zu tief, da er das Risiko nicht adäquat berücksichtigt. Eine Erhöhung auf mindestens rund 4,8 Prozent, wie es H+ vorschlägt, wäre hier sinnvoll.

Weiter ist in diesem Zusammenhang anzumerken, dass es diesbezüglich Wettbewerbsverzerrungen gibt zwischen öffentlichen und privaten Leistungsanbietern. Einerseits haben öffentliche Spitäler quasi kein Konkursrisiko, andererseits zahlen sie keine Steuern.

### Der Druck, eine angemessene finanzielle Performance zu erreichen, steigt ständig. Wie äussert sich dies bei Ihnen, und wie setzen Sie hier Ihre Ziele fest?

Wir machen primär interne Benchmarkings und Vergleiche (zum Beispiel über Effizienzvorgaben und Zielerreichung pro Therapeut). Es geht dabei nicht um eine Rangliste, sondern darum, zu eruieren, was jene, die gute Werte erreichen, besser machen als andere. So, dass schlussendlich alle in der Gruppe auf dem höheren Standard arbeiten können. Wir haben beispielsweise die Austrittsberichte über die gesamte Gruppe standardisiert. Externe Vergleiche sind für uns nur von untergeordneter Bedeutung.

Der steigende Wettbewerb ist primär bei den zusatzversicherten Patienten zu beobachten. In der Grundversorgung ist der Wettbewerb noch gering, da alle Anbieter aktuell eine zufriedenstellend hohe Auslastung haben.

Neben dem Wettbewerb um lukrative Patienten existiert ein hoher Wettbewerb um die besten Arbeitskräfte. Somit versuchen auch wir, ein attraktiver Arbeitgeber zu sein. Unsere Löhne sind marktüblich, jedoch legen wir Wert darauf, dass wir uns den Anforderungen der heutigen Generation anpassen. So verfügen wir über flexible Arbeitszeitmodelle sowie attraktive Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten. Der zentrale Differenzierungsfaktor ist jedoch unsere Kultur: Wir haben in den letzten Jahren das hierarchische Denken reduziert, fördern Unternehmer im Unternehmen. So fordern und fördern wir unsere Mitarbeitenden gleichermaßen.

### Per 1. Januar 2018 wird TARPSY eingeführt. Inwiefern wird sich der Wettbewerb dadurch intensivieren?

In der Akutsomatik hat trotz des erhöhten Wettbewerbs die Strukturbereinigung noch nicht stattgefunden. Je nach Kanton wird diese verhindert.

In der Psychiatrie wird es spannend sein, zu sehen, wie sich der Wettbewerb mit einer neuen Finanzierung entwickeln wird. Ich bin der Meinung, dass Kostenunterschiede über TARPSY nicht genügend berücksichtigt werden, da

intensive Leistungen zu wenig abgebildet werden. Es ist mehr oder weniger eine differenzierte Tagespauschale. Bei den definierten 22 PCG ist der Leistungsbezug zu wenig ausgeprägt, was dazu führt, dass der Schweregrad über alle Leistungserbringer in einem ähnlichen Rahmen sein wird, was die Realität nicht adäquat abbildet. Meines Erachtens sollten daher Strukturkriterien zugelassen werden, wie geschlossene Stationen (geschütztes Setting für Suizidalität, Gewalt usw.), Nachtwache, Nachtarzt und Notfallaufnahme.

Insgesamt ist TARPSY ein Schritt in die richtige Richtung, aber es ist nicht der Weisheit letzter Schluss. Jedoch besteht mit dem aktuellen Modell die Gefahr, dass es mit der hohen Anzahl an CHOP-Codes zu einer Überadministration kommt.

### Welche Auswirkungen hat TARPSY auf das Leistungsportfolio und die Prozesse?

Die Auswirkungen sind nicht substanziell. TARPSY wird einen gewissen Anreiz bieten, die Aufenthaltsdauer zu verkürzen. Entsprechend kann von einer Intensivierung der Therapien ausgegangen werden. Weiter wird es Auswirkungen auf die Urlaubstage der Patienten haben. In Bezug auf die finanzielle Attraktivität wird die Alterspsychiatrie künftig leicht besser dastehen.

### Wie sieht die psychiatrische Versorgung 2030 aus?

Insgesamt wird die Versorgung vollumfänglich digital unterstützt sein. Der stationäre Bereich wird noch akuter als heute, und aufgrund des ambulanten Wachstums wird der Anteil der ambulanten Behandlung eine wesentlich höhere Bedeutung haben. Insgesamt rechne ich damit, dass die Gesundheitskosten auf rund 15 Prozent des BIP anwachsen werden. In einer Wohlstandsgesellschaft, wie wir es in der Schweiz sind, nimmt die Gesundheit, insbesondere auch die psychische Gesundheit, einen immer höheren Stellenwert ein.

### Herr Bosshard, wir bedanken uns für das spannende Gespräch.



## 4. Externe Finanzierungen heute und übermorgen

### Externe Finanzierungsoptionen für Schweizer Spitäler

Die Finanzierungsmöglichkeiten von Schweizer Spitätern haben sich stark verändert. Neben der Innenfinanzierung über eigene, vom Spital generierte Mittel (betrieblicher Cashflow oder Desinvestitionen) spielt die Aussenfinanzierung mit Mitteln, die nicht aus dem aktuellen Wertschöpfungsprozess des Spitals stammen, gerade bei Grossinvestitionen zunehmend eine Schlüsselrolle.

Schweizer Spitätern stehen unter den aktuellen Rahmenbedingungen grundsätzlich drei verschiedene Aussenfinanzierungsoptionen zur Verfügung: die Fremdfinanzierung, die Beteiligungsfinanzierung oder hybride Finanzierungsinstrumente (siehe Abbildung 12).

### Die Fremdfinanzierung

Während kurzfristige Finanzierungsinstrumente wie der Kontokorrentkredit schon vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung zur Anwendung kamen, rückten langfristige Finanzierungsinstrumente über die Kredit- und Kapitalmärkte erst seit 2012 in den Mittelpunkt. Die häufigsten langfristigen Fremdkapitalinstrumente sind der klassische bilaterale Bankkredit, der Syndikatskredit, das Schuldscheindarlehen und die öffentliche Anleihe. Tabelle 2 auf der folgenden Doppelseite erläutert, worin sich diese Instrumente unterscheiden, wie sie ideal eingesetzt werden und was es dabei zu beachten gilt.

Abbildung 12: Die gängigsten externen Finanzierungsoptionen im Überblick

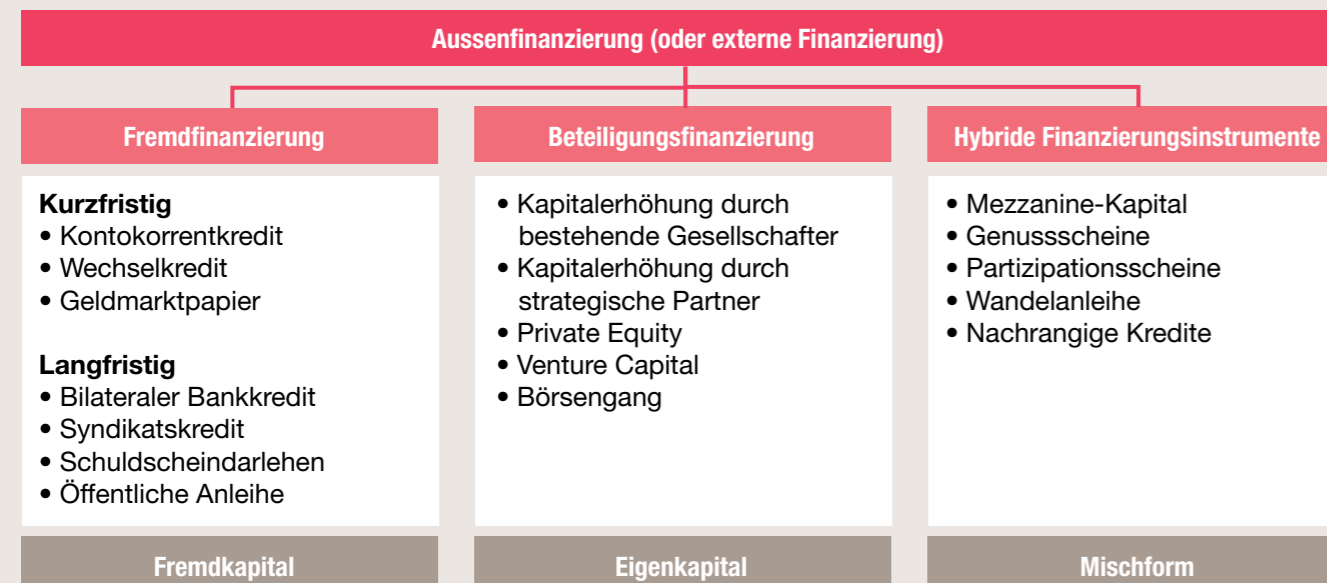


Tabelle 2: Langfristige Fremdkapitalinstrumente im Vergleich

	Bilateraler Bankkredit	Syndikatskredit	Schuldscheindarlehen	Öffentliche Anleihe
<b>Beschreibung</b>	Der Kreditvertrag wird direkt zwischen Kreditnehmer und Kreditgeber abgeschlossen.	Die Kreditvergabe erfolgt durch mehrere Banken (Syndikat) an einen einzelnen Kreditnehmer, basierend auf einer gemeinsamen Vertragsdokumentation.	Das Schuldscheindarlehen ist eine bilaterale Darlehensverpflichtung, in welcher der Darlehensnehmer von einem oder mehreren Investoren ein Darlehen erhält, das durch den Schuldschein bestätigt wird.	Die Anleihe ist ein Wertpapier bzw. eine Schuldverschreibung, die Forderungsrechte verkörpert.
<b>Zinssatz</b>	CHF-Libor <sup>5</sup> + Kreditmarge	CHF-Libor + Kreditmarge  <b>Zusätzliche Kosten:</b> Abschlussgebühr, Agent-Fee (jährliche Gebühr für administrative Tätigkeiten des Agenten), Bereitstellungsprovision, Rechtskosten	CHF-Swapsatz <sup>6</sup> + Kreditspread  <b>Zusätzliche Kosten:</b> Zusätzliche Kommissionen sind insbesondere bei der Platzierung über einen Intermediär möglich.	Der Coupon orientiert sich am CHF-Swapsatz und Kreditspread bzw. Z-Spread <sup>7</sup> von vergleichbaren Spitälern.  <b>Zusätzliche Kosten:</b> Lead-Manager-Kommission (in % vom Nennwert des Emissionsvolumens), Zahlstellenkommission (pro Ereignis), Emissionsgebühr der SIX Swiss Exchange AG, Strukturierungskommission
<b>Volumen</b>	Abhängig von der Kreditpolitik der jeweiligen Bank	Abhängig von der Kreditpolitik der involvierten Banken, ab CHF 30 Mio.	CHF 5 bis 100 Mio.	Ab CHF 100 Mio.
<b>Vorteile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hohe Flexibilität (Höhe, Laufzeit, Aufnahmezeitpunkt, Zins, Amortisation)</li> <li>✓ Direkte Kommunikation mit Banken</li> <li>✓ Schlanke Vertragsdokumentation (oft nur 10 bis 15 Seiten)</li> <li>✓ Bedarfsgerechte Finanzierungsaufnahme möglich (Vermeidung von Negativzinsen)</li> <li>✓ Kein Rating notwendig</li> <li>✓ Keine Pflicht bezüglich öffentlicher Publizität</li> <li>✓ Keine Kapitalmarktcommunication</li> <li>✓ Schnelle und effiziente Abwicklung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hohe Flexibilität (Höhe, Laufzeit, Aufnahmezeitpunkt, Zins, Amortisation)</li> <li>✓ Bedarfsgerechte Finanzierungsaufnahme möglich (Vermeidung von Negativzinsen)</li> <li>✓ Wichtige Entscheide wie eine Kündigung erfordern Mehrheit innerhalb des Bankenkonsortiums</li> <li>✓ Kein Rating notwendig</li> <li>✓ Keine Pflicht bezüglich öffentlicher Publizität</li> <li>✓ Keine Kapitalmarktcommunication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Flexibilität (Höhe, Laufzeit, Volumen)</li> <li>✓ Schlanke und standardisierte Vertragsdokumentation</li> <li>✓ Rating ist nicht zwingend</li> <li>✓ Breite Investorenbasis, unter Berücksichtigung der 10-/20-Nichtbankengläubiger-Regel<sup>8</sup></li> <li>✓ Keine finanziellen Sicherheitsklauseln (Covenants)</li> <li>✓ Keine Pflicht bezüglich öffentlicher Publizität</li> <li>✓ Keine Kapitalmarktcommunication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Öffentliche Wahrnehmung</li> <li>✓ Langfristiges Finanzierungsinstrument</li> <li>✓ Sehr attraktive Konditionen</li> <li>✓ Breite Investorenbasis</li> <li>✓ Keine finanziellen Sicherheitsklauseln (Covenants)</li> </ul>
<b>Herausforderungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitaufwendige Einzelverhandlungen mit Banken</li> <li>• Hoher administrativer Aufwand</li> <li>• Bilaterale Kreditlinien können einfach und jederzeit gekündigt werden</li> <li>• Höhere Finanzierungskosten als bei Anleihe oder Schuldscheindarlehen</li> <li>• Finanzielle und nicht finanzielle Sicherheitsklauseln (Covenants)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufwendige Vertragsdokumentation (oft mehr als 150 Seiten)</li> <li>• Kreditvergabekriterien der Banken</li> <li>• Höhere Finanzierungskosten als bei Anleihe oder Schuldscheindarlehen</li> <li>• Kürzere Laufzeiten als bei Anleihe oder Schuldscheindarlehen</li> <li>• Finanzielle und nicht finanzielle Sicherheitsklauseln (Covenants)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geringere öffentliche Wahrnehmung</li> <li>• Keine bedarfsgerechte Finanzierungsaufnahme möglich</li> <li>• Im Vergleich zur Anleihe leicht höhere Zinskosten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufwendige Vertragsdokumentation (oft mehr als 150 Seiten)</li> <li>• Beachtung des Kotierungsreglements der SIX Swiss Exchange AG</li> <li>• Prospektpflicht</li> <li>• Publizitätspflichten und Kapitalmarktcommunication</li> </ul>
<b>Fazit</b>	Aufgrund der Einfachheit, der geringen Initialkosten und der effizienten Abwicklung sind bilaterale Bankkredite vor allem als Basisfinanzierung und für die Sicherstellung der Liquidität geeignet. Für grössere Kreditvolumen im Rahmen von Grossinvestitionen sind bilaterale Bankkredite weniger geeignet.	Bei der Finanzierung von grösseren Investitionsvolumen kommt der Syndikatskredit häufig in Kombination mit der öffentlichen Anleihe oder Schuldscheindarlehen zur Anwendung und kann als flexible Sockelfinanzierung dienen, da die Kreditaufnahme bedarfsgerecht erfolgt und somit überschüssige Liquidität vermieden wird.	Das Schuldscheindarlehen ist aufgrund der hohen Flexibilität, der kostengünstigen Abwicklung und der niedrigen Dokumentationskosten sowie der hohen Investorennachfrage ein geeignetes Finanzierungsinstrument und als Ergänzung zu den öffentlichen Anleihen und Bankkrediten attraktiv.	Aufgrund der vergleichsweise attraktiven Marktkonditionen und der langen Laufzeiten ist die öffentliche Anleihe für Schweizer Spitäler ein sehr attraktives Finanzierungsinstrument.

<sup>5</sup> Der CHF-Libor ist der täglich festgesetzte Referenzzinssatz, zu dem sich ausgewählte Banken in London Kredite auf einer ungesicherten Basis in Schweizer Franken gewähren.

<sup>6</sup> Der Swapsatz entspricht dem fixierten Festzins in einem Zinsswap.

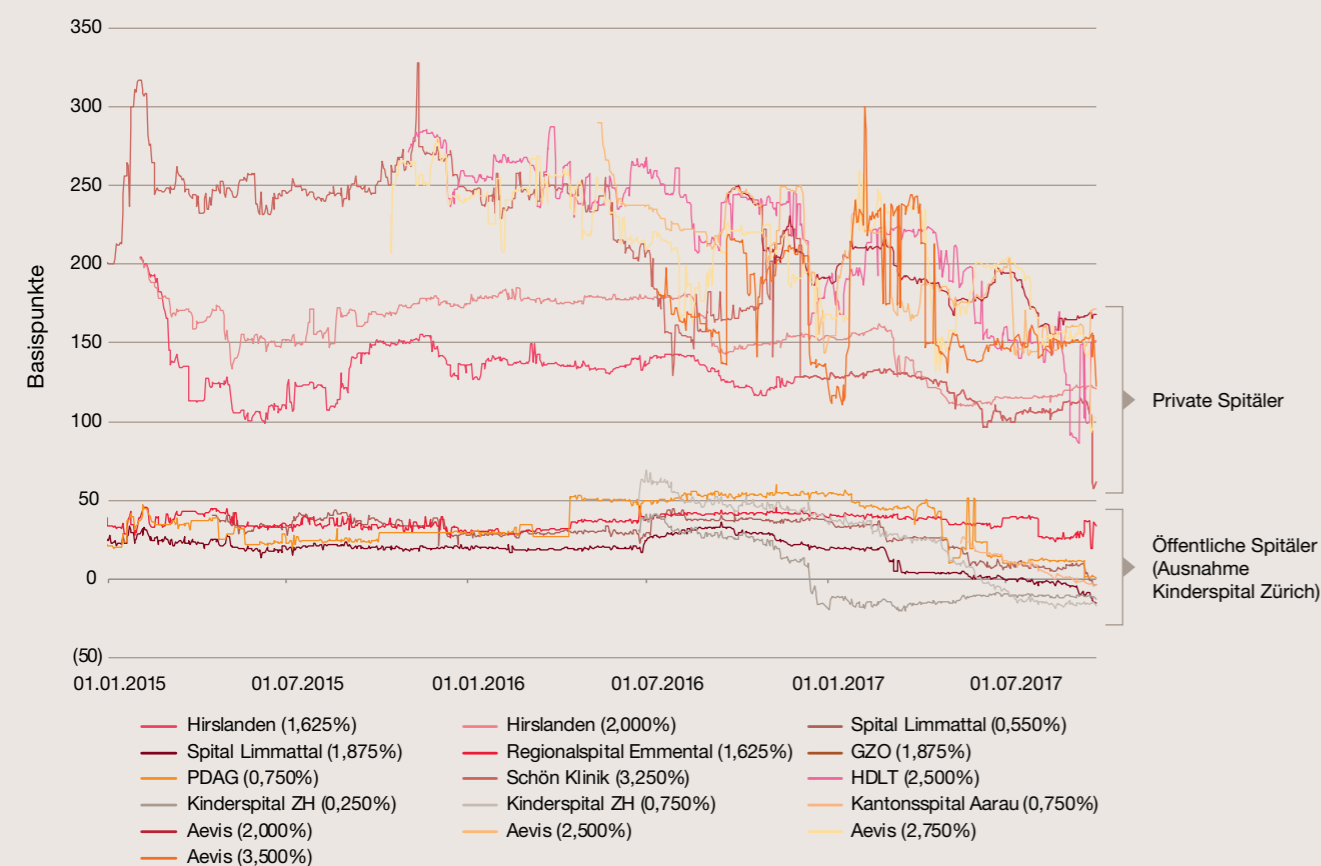
<sup>7</sup> Der Z-Spread («zero volatility spread») ist der konstante Spread über der Benchmark CHF-Zero-Coupon-Swapkurve. Der Z-Spread muss zur CHF-Zero-Coupon-Swapkurve addiert werden, damit die diskontierten Cashflows der Anleihe dem Marktpreis entsprechen. Der Z-Spread ist folglich ein Mass für das Kreditrisiko einer Anleihe. Je höher der Z-Spread, desto höher wird das Risiko durch die Anleger eingeschätzt.

<sup>8</sup> Gemäss der 10-Nichtbankengläubiger-Regel unterliegen die Zinszahlungen nicht der Verrechnungssteuer, solange die Emission nicht mehr als 10 Nichtbankengläubiger aufweist oder die Kreditsumme weniger als CHF 500'000 beträgt.

Die Zinssätze und Konditionen der langfristigen Fremdkapitalinstrumente sind in der Regel nicht öffentlich. Sofern jedoch die Anleihe öffentlich platziert wird, sind Coupon und Konditionen im Emissions- und Kotierungsprospekt enthalten und somit öffentlich zugänglich. Zudem werden öffentlich platzierte Anleihen am Sekundärmarkt gehandelt. Damit werden die gehandelten Transaktionspreise und der Z-Spread ersichtlich (siehe Abbildung 13).

Die Anleihen von privaten und öffentlichen Spitalmitteln haben sich am Sekundärmarkt erfreulich entwickelt und stellen mittlerweile ein etabliertes Finanzierungsinstrument dar. Das beweisen die tendenziell sinkenden Z-Spreads. Vor allem seit Mitte 2016 verlangen die Investoren am Sekundärmarkt für Spitalanleihen stufenweise einen geringeren Risikoaufschlag gegenüber der CHF-Zero-Coupon-Swapkurve. Die Z-Spreads sind für gewisse Spitalanleihen seit 2017 sogar negativ. Daraus schliessen

Abbildung 13: Entwicklung der Z-Spreads von privaten und öffentlichen Spitalern seit 2015<sup>10</sup>



wir, dass das Kreditausfallrisiko gewisser Emittenten geringer eingeschätzt wird als dasjenige von CHF-Geldanlagen im Interbankenmarkt.

Grundsätzlich variiert der Z-Spread je nach Geschäfts- und Finanzierungsrisiko. Er ist in der Regel höher für Spitäler mit einem höheren Verschuldungsfaktor (Nettofinanzverbindlichkeiten/EBITDA), einer niedrigeren Eigenkapitalquote und einer geringeren EBITDA(R)-Marge. Allerdings

beeinflussen ihn auch die Eigentumsverhältnisse des Spitalmittenten wesentlich. So weisen Spitäler in Privatbesitz verglichen mit Spitalern in der öffentlichen Hand am Schweizer Sekundärmarkt für Spitalanleihen einen zirka 100 Basispunkte höheren Z-Spread auf.<sup>10</sup> Das deutet darauf hin, dass Investoren eine höhere Rendite für Investitionen in Anleihen von Privatspitalern verlangen, damit sie das höhere Kreditausfallrisiko des Emittenten kompensieren oder ausgleichen können.

## Die Beteiligungsfinanzierung

Ein Spital kann sich nicht nur über die Aufnahme von Fremdkapital am Kredit- und Kapitalmarkt finanzieren. Eine Finanzierung ist auch über Eigenkapital, also durch bestehende oder neue Investoren, möglich. Ist das Spital als privatrechtliche Aktiengesellschaft<sup>11</sup> organisiert, so erfolgt die Aufnahme von Eigenkapital grundsätzlich über eine Kapitalerhöhung. Bei anderen Rechtsformen ist die Kapitalerhöhung detailliert zu prüfen. Bei einer Aktiengesellschaft werden zu diesem Zweck neue Aktien ausgegeben, die im Umfang ihres Bezugsrechts von den Investoren gezeichnet und liberiert werden. Als Folge davon steigt die Eigenkapitalquote. Eigenkapital stellt eine Haftungssubstanz im Unternehmen dar. Mit der Aufnahme von zusätzlichem Eigenkapital steigt demnach auch die Kreditwürdigkeit.

Kapitalerhöhungen haben bereits diverse Privatspitäler durchgeführt, darunter auch der südafrikanische Konzern Mediclinic International, zu dem die Zürcher Privatklinikgruppe Hirslanden gehört. Die letzte Kapitalerhöhung fand 2015 statt und betrug rund USD 759 Mio. Bei öffentlichen Spitalern sind Beteiligungsfinanzierungen hingegen kaum anzutreffen – obwohl viele Kantone es gesetzlich erlauben, gewisse Anteile zu verkaufen. Im Gegensatz dazu haben sich gewisse Schweizer Spitäler an jungen Start-ups beteiligt oder sind eine enge Partnerschaft mit diesen eingegangen.

Potenzielle Investoren orientieren sich im Rahmen von Transaktionen und Eigenkapitalfinanzierungen vorwiegend am Unternehmenswert. Die am häufigsten verwendete und anerkannte Bewertungsmethode ist die Discounted-Cashflow(DCF)-Methode. Diese erfordert den Zugang

zu internen, nicht öffentlich verfügbaren Zahlen und Informationen. Alternativ zur DCF-Methode kommen marktorientierte Bewertungsverfahren, sogenannte Multiples, zum Zug. Sie basieren auf Marktdaten von vergleichbaren Unternehmen und Transaktionen. Anhand dieser Daten lassen sich implizite Bewertungsmultiplikatoren ableiten und auf das zu bewertende Spital anwenden. Unsere Analyse der bisher bezahlten Transaktionspreise im europäischen Spitalmarkt zwischen 2007 und September 2017 zeigt, dass im Median das 12,3-fache des zuletzt verfügbaren EBITDA bezahlt wurde. Die Analyse der Marktdaten von börsenkotierten Spitalunternehmen resultiert im Median in einem EBITDA-Multiplikator von 10,7. Details zur Herleitung dieser Berechnung finden Sie in unserer Vorjahresstudie.

## Hybride Finanzierungsinstrumente

Als dritte Aussenfinanzierungsoption können Spitäler auf hybride Finanzierungsinstrumente zurückgreifen. Wenn die Gesellschafter eine Verwässerung ihrer Beteiligung und Gesellschafterrechte verhindern oder wenn die klassischen Instrumente der Fremdfinanzierung ungeeignet sind, bieten hybride Finanzierungsinstrumente als Mischformen von Fremd- und Eigenkapitalinstrument eine gangbare Alternative. Ein typisches Merkmal solcher Finanzierungsinstrumente besteht darin, dass das Spital wirtschaftliches Eigenkapital erhält, ohne den externen Kapitalgebern Stimmrechte einzuräumen.<sup>12</sup> Beispiele dafür sind Genusscheine, Wandelanleihen oder nachrangige Kredite. Solche Instrumente sind in Schweizer Spitalern und Psychiatrien heute kaum verbreitet.



<sup>9</sup> Z-Spreads wurden nicht in Abhängigkeit von Anleihelaufzeiten analysiert.

<sup>10</sup> Eine Ausnahme stellen die Anleihen des Kinderspitals Zürich dar, die im Hinblick auf das Z-Spread-Niveau ähnlich gehandelt werden wie die Anleihen von öffentlichen Spitalern.

<sup>11</sup> Im Sinne von Artikel 620 ff. des schweizerischen Obligationenrechts (OR; SR 220).

<sup>12</sup> Banik, C., Ogg, M., und Pedergnana, M. (2008): Hybride und mezzanine Finanzierungsinstrumente: Möglichkeiten und Grenzen.



## Finanzierungsprozess und Herausforderungen für das Spitalmanagement

Der Finanzierungsprozess läuft grundsätzlich in fünf Phasen ab: 1) Analyse der Ausgangslage und Entwicklung des Finanzierungskonzepts, 2) Marketing und Marktanalyse, 3) Pre-Deal-Verhandlungen, Due Diligence und verbindliche Angebote, 4) Abschlussverhandlungen und Finanzierungsabschluss, 5) Post Deal. Abbildung 14 zeigt die wesentlichen Inhalte je Phase.

Die Dauer des gesamten Finanzierungsprozesses hängt nicht nur vom Finanzierungsinstrument, sondern auch von den Gegebenheiten des Spitals ab. Für die Vorbereitungsarbeiten und die eigentliche Durchführung des Finanzierungsprozesses sollte das Management erfahrungsgemäss mindestens drei bis vier Monate einplanen. Dabei sollte es die internen Genehmigungs- und Entscheidungsprozesse mitberücksichtigen – insbesondere, falls es nur unregelmässig tagt, da das Audit Committee oder der Verwaltungsrat gewisse Entscheidungen genehmigen muss. Daher braucht es ein stringentes Projektmanagement und eine detaillierte Zeitplanung.

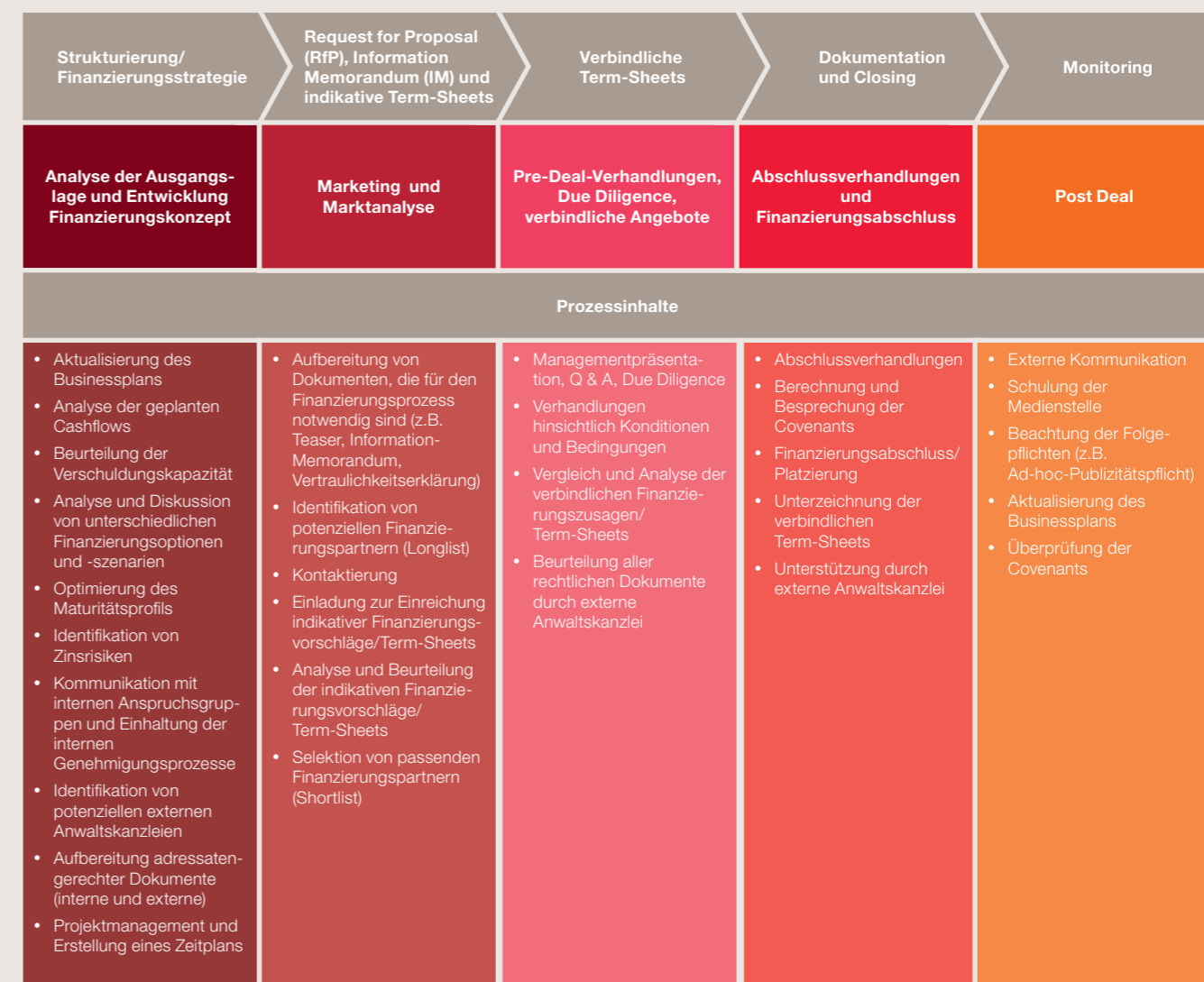
Die Prozessinhalte sind zwar unterschiedlich arbeitsintensiv, der Aufwand und die Arbeitsintensität im Hinblick auf das Projektmanagement erfahrungsgemäss jedoch hoch. Dies insbesondere aufgrund der Komplexität des Prozesses an sich, aber auch aufgrund der Interaktion mit verschiedenen Anspruchsgruppen und des Anspruchs auf Sicherstellung eines kompetitiven Prozesses. Hinzu kommt, dass die Entscheidungen auch rechtskonform erfolgen müssen. Das Spitalmanagement sollte deshalb Unterstützung von unabhängigen Finanzierungsberatern holen, die nach Bedarf weitere Experten hinzuziehen.

## Externe Finanzierung heute

Im Rahmen von Infrastrukturinvestitionen haben sich die Kredit- und Kapitalmärkte zur wichtigsten Finanzierungsquelle für private und öffentliche Spitäler entwickelt. Die dabei häufigsten langfristigen Fremdkapitalinstrumente sind der klassische bilaterale Bankkredit, der Syndikatskredit, das Schuldscheindarlehen und die öffentliche Anleihe. Letztere gehört aufgrund der attraktiven Marktkonditionen und der langen Laufzeiten aktuell für Schweizer Spitäler zu den attraktivsten Finanzierungsinstrumenten. So haben unseres Wissens seit 2013 bereits zehn Schweizer Spitäler CHF-Anleihen mit einem Gesamtvolumen von rund CHF 1,9 Mia. emittiert. Die Laufzeiten liegen in der Regel zwischen acht und zehn Jahren.

Trotz zahlreicher Verselbstständigungen bleibt der Zugang zu Kapital über eine Beteiligungsfinanzierung oder hybride Finanzierungsinstrumente den öffentlichen Spitalern weitgehend verwehrt. Diese Instrumente werden hauptsächlich von privaten Spitalern genutzt. Dafür sehen wir verschiedene Gründe: Einerseits befinden sich viele Schweizer Spitäler zu 100 Prozent in öffentlicher Hand und werden es voraussichtlich aufgrund ihres öffentlichen Charakters aus politischen und strategischen Gründen auch bleiben. Zudem sind viele verselbstständigte Spitäler wegen Aktiensperrfristen oder Mindestbeteiligungsvorgaben zu wenig attraktiv für Investoren, die aktiv mitbestimmen wollen. Im Gegenzug beteiligen sich Spitäler und Psychiatrien an innovativen Start-ups, etwa im Bereich Digitalisierung und Robotik.

Abbildung 14: Die fünf Phasen des Finanzierungsprozesses





## Exkurs Innovative Finanzierungsform ICO



Für Start-ups im Schweizer Gesundheitssystem könnte in Zukunft das sogenannte Initial Coin Offering (ICO), eine innovative Form des Crowdfundings, eine attraktive Finanzierungsquelle darstellen. Von Januar bis Ende Oktober 2017 wurden mehr als USD 2,3 Mia. über ICOs finanziert.<sup>13</sup> Darunter fällt auch das US Healthcare Start-up Patientory, das ein ICO über USD 7,2 Mio. aufgenommen hat. Damit will es ein Blockchain-basiertes dezentrales Speichernetzwerk für elektronische Patientenakten entwickeln.<sup>14</sup>

Das ICO ähnelt grundsätzlich einem Börsengang (Initial Public Offering [IPO]). Der Unterschied besteht darin, dass nicht Aktienanteile an einem Unternehmen verkauft werden, sondern dass auf Basis der Blockchain-Technologie sogenannte Tokens, die in Verbindung zum jeweiligen Projekt oder Unternehmen des ICO-Organisators stehen, veräussert werden. Gekauft werden diese Tokens hauptsächlich mit Kryptowährungen wie Bitcoin oder Ether.

Tokens können unterschiedlich funktionieren, lassen sich jedoch grundsätzlich in die folgenden drei Kategorien einteilen: 1) Tokens mit Wertpapiercharakter; Investoren haben ein Mitspracherecht oder Anrecht auf Gewinnausschüttungen; 2) digitale Währungen im Sinn von Zahlungsmitteln; 3) Utility-Tokens, die als «Benzin» für die auszuführenden Rechenleistungen und Funktionen der jeweiligen Plattform notwendig sind. ICOs werden bisher mehrheitlich über das Ethereum-Netzwerk abgewickelt, das eine dezentrale Plattform für Smart Contracts bietet.

Der Regulierungsgrad von ICOs ist verglichen mit anderen Finanzierungsformen zurzeit noch gering. Sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene gibt es jedoch bereits Bestrebungen, rechtliche Rahmenbedingungen für ICOs und damit Rechtssicherheit zu schaffen. In der Schweiz bestehen keine ICO-spezifischen Vorschriften. Das bedeutet jedoch nicht, dass sich ICOs im rechtsfreien Raum bewegen. Vielmehr wird jedes ICO von der FINMA einzeln begutachtet; je nachdem können mehrere nationale Vorschriften betroffen sein. In der Aufsichtsmitteilung vom 27. September 2017 teilte die FINMA mit, dass das geltende Aufsichtsrecht wie folgt betroffen sein kann:

- 1) Bestimmungen zur Bekämpfung der Geldwäscherei und Terrorismusfinanzierung,
- 2) Bestimmungen des Bankenrechts,
- 3) Bestimmungen über den Effektenhandel und
- 4) Bestimmungen des Kollektivanlagenrechts.

Zusätzlich sind die Regelungen des Obligationenrechts und des Steuerrechts zu beachten. Werden bestehende Gesetze verletzt oder umgangen, ist mit einem Enforcement-Verfahren zu rechnen.<sup>15</sup> Es ist deshalb wenig erstaunlich, dass sich ICO-Organisatoren im Rahmen des ICO-Prozesses häufig von unabhängigen Beratern unterstützen lassen.



<sup>13</sup> Coindesk (2017): Monthly New ICO Funding, [www.coindesk.com/ico-tracker](http://www.coindesk.com/ico-tracker) (letzter Zugriff am 29. September 2017).

<sup>14</sup> Siehe auch [www.patientory.com](http://www.patientory.com) (letzter Zugriff am 29. September 2017).

<sup>15</sup> Siehe auch [www.finma.ch/de/news/2017/09/20170929-mm-ico/](http://www.finma.ch/de/news/2017/09/20170929-mm-ico/) (letzter Zugriff am 3. Oktober 2017).



## Externe Finanzierung übermorgen

Aufgrund des grossen Bedarfs an Investitionen von Schweizer Spitalern in Spitalimmobilien, ICT-Infrastruktur, medizinische Geräte, Einrichtungen und Mobiliar bleiben externe Finanzierungsoptionen weiterhin entscheidend. Aus Erfahrung sehen wir diese Entwicklung wie folgt:

1. Die Bedeutung der Kredit- und Kapitalmärkte wird aufgrund der in den kommenden Jahren intensivierten Investitionstätigkeit zunehmen. Da ein Grossteil dieser Investitionen über den Kreditmarkt finanziert wird, wird die aktuelle durchschnittliche Eigenkapitalquote von Schweizer Akutspitalern von rund 45,2 Prozent<sup>16</sup> deutlich sinken.
2. Die Standardanleihe ist bei Schweizer Spitalern aktuell die beliebteste Anleiheform. Um einen breiteren Investorenkreis anzusprechen, können sich künftig auch weitere Formen wie die Nullzinsanleihe («Zero-Coupon-Bonds») etablieren.
3. Die Risikobeurteilung – insbesondere von öffentlichen Spitalern – wird strenger, was zu einer restriktiveren Kreditvergabe führt. Entscheidend wird der Präzedenzfall sein, wenn ein Spital oder eine Psychiatrie den Zahlungsverpflichtungen nicht mehr nachkommt und Haftungsfragen zu klären sind.
4. Vor diesem Hintergrund treten je nach Behandlungsschwerpunkt auch alternative Finanzierungsquellen in den Vordergrund. Dazu gehören Spenden der Bevölkerung und Beiträge von Mäzenen oder Stiftungen.
5. Integrierte Versorgungsmodelle führen zu einer Intensivierung und Zunahme strategischer Partnerschaften und Kooperationen. Deshalb erwarten wir mehr Beteiligungsfinanzierungen. Während Spitäler und Psychiatrien heute bereits selbst junge Start-ups einbeziehen, werden sich künftig immer mehr strategische Partner direkt am Eigenkapital der klassischen Leistungserbringer beteiligen.
6. Eine Alternative bietet die Beteiligungsfinanzierung durch Finanzinvestoren wie Pensionskassen oder Private-Equity-Investoren. Diese werden im Gesundheitswesen zunehmend aktiv. Hier können in Zukunft auch hybride Finanzierungsinstrumente zur Anwendung kommen.
7. Innovative, alternative Finanzierungsinstrumente dürften auch im Schweizer Gesundheitswesen Einzug halten. Bei der Fremdfinanzierung lässt sich als Beispiel das forderungsbesicherte Wertpapier (engl.: Asset-backed Security) erwähnen, das bereits in den USA oder in Japan angewendet wird. Für Start-ups im Schweizer Gesundheitssystem kann auch das ICO attraktiv sein (siehe Exkurs, Seite 32).

**«Innovative, alternative Finanzierungsinstrumente dürften auch im Schweizer Gesundheitswesen Einzug halten»**

<sup>16</sup> PwC (2016): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2015.

## 5. Die Versorgungslandschaft im Wandel

Der Wandel im Gesundheitswesen akzentuiert sich auf allen Ebenen: bei den Patienten, medizinischen Akteuren und bei neuen medizinisch-technischen und pharmakologischen Möglichkeiten. In diesem Kapitel gehen wir den Treibern dieses Wandels auf den Grund und wagen eine Prognose für das Gesundheitswesen im Jahr 2030.

### Patienten: Zwischen demografischem Wandel und Anspruchshaltung

#### Auswirkungen des demografischen Wandels

Die demografische Entwicklung führt dazu, dass nicht nur die Bevölkerungszahl insgesamt steigt, sondern auch der prozentuale Anteil älterer Personen (65-jährig und älter) an der Gesamtbevölkerung – von 18,0 Prozent im Jahr 2015 auf 22,8 Prozent im Jahr 2030.<sup>17</sup> Da behandlungsbedürftige Erkrankungen vorwiegend bei älteren Menschen auftreten, dürften diese immer häufiger das Gesundheitswesen in Anspruch nehmen, auch wenn sie immer länger fit bleiben. Die höhere Lebenserwartung und die erhöhte Hospitalisationsrate von älteren Personen gehen mit einer Zunahme von multimorbiden Patienten einher. Deren Versorgung ist komplex und fordert eine Vielzahl von Leistungserbringern, da eine möglichst lange Betreuung in häuslicher Umgebung gewünscht wird.

#### Auswirkungen einer gesteigerten Anspruchshaltung

Nicht nur die Altersstruktur der Patienten, sondern auch deren Bedürfnisse und Ansprüche durchlaufen einen fortwährenden Wandel. Die Ansprüche werden zunehmend heterogener, bedingt durch kulturelle Unterschiede von Patienten aus dem Ausland sowie durch veränderte Einstellungen der Generationen Y und Z. Früher übernahm der Arzt die dominierende Rolle in der Arzt-Patienten-Beziehung. Der Patient von heute erwartet, dass er als gleichberechtigter Partner («mündiger Patient») in die Entscheidungsfindung einbezogen wird («shared decision-making»). Er will aber nicht nur am Behandlungsentscheid beteiligt werden, sondern fordert darüber hinaus eine medizinische Behandlung, die auf ihn zugeschnitten ist und bei der er jederzeit im Zentrum steht (personalisierte und patientenzentrierte Medizin). Das bedingt Grundsätze der sogenannten wertebasierten Medizin. Dabei werden Entscheidungen nicht nur anhand der empirisch



nachgewiesenen Wirksamkeit getroffen, sondern der für den Patienten spezifische Nutzen wird miteinbezogen. So sollen Qualität und Effizienz der Behandlung steigen. Für die Leistungserbringer bedeutet das in gewisser Weise einen Paradigmenwechsel: Ärzte müssen vom früher praktizierten «Krankheitsgruppendenken» (Standardbehandlungen für verschiedene Krankheiten) auf die Ebene des Patienten als Individuum im Sinne einer «systematisch geleiteten Individualisierung» wechseln; Ärzte nehmen sowohl eine medizinische wie auch eine Präferenzdiagnose vor und adaptieren die Therapieauswahl entsprechend. Dabei werden sie immer häufiger von digitalen Entscheidungshilfen («medical decision aid»), unterstützt, wie wir in Kapitel 6 näher erläutern.

Zusätzlich zu diesen Erwartungen auf der Beziehungs- und Prozessebene steigt auch die Forderung nach digitalisierten Leistungen mit einfachem und schnellem Zugang zu den eigenen medizinischen Daten und der Möglichkeit, selbst Daten sowie relevante Therapie- und Patientenerfahrungen zum Patientendossier hinzuzufügen. Auf diese Weise lassen sich klinische Daten, die in Gesundheitseinrichtungen gesammelt werden, mit Benutzerdaten, die ausserhalb des klinischen Settings beispielsweise durch Bewegungs- oder Ernährungstagebücher gewonnen werden, zusammenführen. Die Telemedizin (zum Beispiel telemedizinische Sprechstunden) gibt eine mögliche Antwort auf dieses Bedürfnis. Auch beim physischen Leistungsbezug steigt die Erwartungshaltung der Patienten hinsichtlich der Erreichbarkeit (öffentlicher Nahverkehr, Parkplätze), der zeitnahen Terminvergabe zu arbeitnehmerfreundlichen Sprechstunden und der Ausstattung.

### Leistungserbringer: Fachkräfte und Leistungsanbieter gefordert

#### Ursachen des Fachkräftemangels

Ein Mangel an Fachkräften im medizinischen Bereich hat sich in den letzten Jahren bereits angedeutet und ist heute eine Tatsache. Dieser wird sich mittelfristig bis 2030 aufgrund der demografischen Entwicklungen vermutlich noch akzentuieren.<sup>18</sup> Die Gründe sind vielfältig und haben je nach Berufsbild unterschiedliche Ursachen.

#### Ärztliches Personal

Als Ursachen für den Fachkräftemangel bei den Ärzten wurden fünf zentrale Faktoren identifiziert.

1. **Limitierte Ausbildungskapazität** mit begrenzter Anzahl an Studienplätzen: Zurzeit wird nur ein Drittel der benötigten Fachkräfte an Schweizer Universitäten ausgebildet.<sup>19</sup>
2. **Nachlassende Zuwanderung ausländischer Ärzte:** Gerade aus Deutschland und Österreich kommen immer weniger Ärzte aufgrund von Gehaltsanpassungen in den Nachbarländern und gesetzlichen Restriktionen in der Schweizer Gesetzgebung hierher.
3. **Anpassung des eidgenössischen Arbeitszeitgesetzes:** Mit dieser wurde die 50-Stunden-Arbeitswoche im ärztlichen Dienst eingeführt. Sie führte zu einem nicht unwesentlichen Mehrbedarf an ärztlichen Stellen. Zwar leisten auch heute Spitalärzte im Durchschnitt etwas mehr als 50 Stunden pro Woche.<sup>20</sup> Insgesamt zeigt sich dennoch eine deutliche Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit.
4. **Ungenutztes Potenzial ausgebildeter Ärzte:** Die Spitäler scheinen ihre Arbeitsmodelle immer noch nicht ausreichend auf die heutigen Anforderungen von jungen Ärzten und insbesondere Ärztinnen in Bezug auf Vereinbarkeit von Familie und Beruf auszurichten. Zudem beklagen viele Spitalärzte das Fehlen einer zeitgemässen Führungsphilosophie und eines diversifizierten Führungsteams.<sup>21</sup> So liegt der Anteil an Ärztinnen im Studium und Assistenzärzten bei ungefähr 50 Prozent. Bei den Oberärzten reduziert sich dieser Anteil stark, ebenso bei leitenden Ärzten und Chefärzten.<sup>22</sup> Ambulante Gruppenpraxen, die fortschrittliche Arbeitsbedingungen und individuelle Lösungen bieten, sind deshalb im «war for talents» ernstzunehmende Konkurrenten für Spitäler.
5. **Erschwerte Nachfolgeplanung:** Nicht nur in den Spitälern macht sich der Fachkräftemangel bemerkbar. Auch im hausärztlichen Bereich spürt man diesen Druck im Rahmen der Nachfolgeplanung. Gründe dafür sind die Arbeitsbelastung oder die Entlohnung in einer Einzelpraxis sowie die Tatsache, dass bei der heutigen Ärztegeneration das Arbeiten im Team einen hohen Stellenwert einnimmt.



**«Der Patient von heute erwartet, dass er als gleichberechtigter Partner in die Entscheidungsfindung einbezogen wird»**

#### Pflegepersonal

Die Situation beim Pflegepersonal präsentiert sich ähnlich wie beim ärztlichen Personal, wenn nicht sogar gravierender. Die Analyse des Pflegepersonalbestands von 2010 bis 2014 zeigt einen steigenden Bedarf an Pflegepersonal in Akutspitälern, bedingt durch die kürzere Aufenthaltsdauer und die damit einhergehende erhöhte Arbeitsverdichtung. Noch ausgeprägter stellt sich die Situation bei der Langzeitpflege dar. Das ist durch die Zunahme der Anzahl Patienten, die gestiegenen Pflegebedürfnisse und im Bereich der Spitex durch die Ausweitung des Leistungsangebots bedingt.<sup>23</sup> Insgesamt geht das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) von einer Zunahme des Pflegepersonals von 35 Prozent Vollzeitstellenäquivalenten bis 2030 aus.<sup>24</sup> In dieser Schätzung nicht berücksichtigt wurde, dass bis dahin 25 Prozent des heutigen Pflegepersonals aufgrund von Pensionierungen ersetzt werden müssen.

<sup>17</sup> Bundesrat (2016): Demografischer Wandel in der Schweiz: Handlungsfelder auf Bundesebene.

<sup>18</sup> Bundesamt für Gesundheit (2016): Grundversorgung für Kunden und Patienten aus Sicht des Bundes.

<sup>19</sup> Vgl. «Die Ausbildungsoffensive beim Medizinstudium steht in der Kritik», Tages-Anzeiger, 3. April 2017.

<sup>20</sup> Vgl. «Arbeitszeiten der Assistenzärzte – illegal, aber völlig normal», SRF, 14. April 2017.

<sup>21</sup> Vgl. PwC (2016): Die Führung in den akut-somatischen Spitälern der Schweiz.

<sup>22</sup> Vgl. «Übermüdete Ärzte bringen Patienten in Gefahr», NZZ, 11. April 2017.

<sup>23</sup> Obsan (2016): Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030.

<sup>24</sup> Obsan (2016): Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030.

## Ansätze zur Behebung des Fachkräftemangels

Damit das Schweizer Gesundheitswesen dem Fachkräftemangel begegnen kann, braucht es ein mehrschichtiges, langfristiges Vorgehen, welches das Problem von Grund auf angeht. Einen ersten Schritt in diese Richtung hat der Bundesrat bereits getan: Er hat den Zugang zum Studium oder zur vertieften Ausbildung erleichtert und die Anzahl verfügbarer Studien- und Ausbildungsplätze sowohl für Ärzte als auch Pflegekräfte erhöht, indem er eine Anschubfinanzierung von CHF 100 Mio. für 2017 bis 2020 für den konkreten Ausbau von Medizinstudienplätzen geleistet hat.<sup>25</sup>

Nachfolgend gehen wir auf weitere Ansätze ein, die den Fachkräftemangel mittelfristig entschärfen könnten.

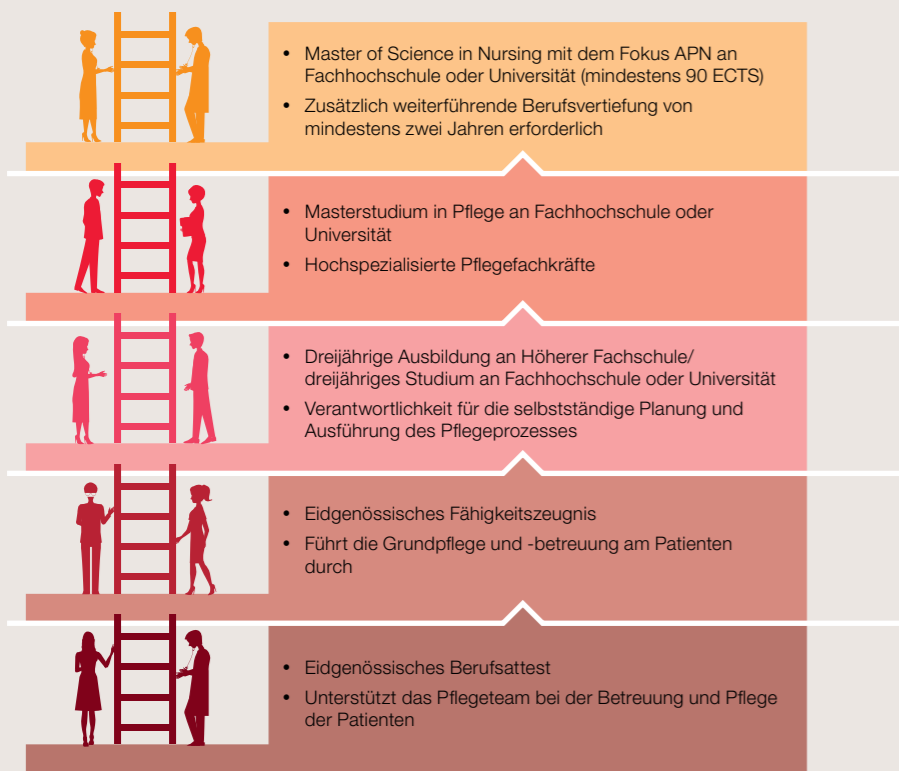
### Ansatz 1: Neue Rollenbilder in den Gesundheitsberufen

Neben einer reinen Aufstockung des Personalbestands ist die Weiterentwicklung und Bildung neuer Berufsgruppen

für das Gesundheitssystem wegweisend. In den Schweizer Spitälern sind das Advanced Nurse Practitioner (ANP; auch als Advanced Practice Nurse [APN] bezeichnet) und Physician Assistant (PA; auch Clinical Nurse oder Nurse Practitioner genannt). Im ambulanten Bereich sind medizinische Praxisassistenten (MPAs) aus der Versorgung nicht mehr wegzudenken und werden auch in Zukunft von wachsender Bedeutung sein. Auch in diesem Bereich sind mehr Ausbildungskapazitäten zu schaffen und ist über eine Weiterentwicklung des Berufsbilds nachzudenken.

Die Ziele dieser neuen Berufsbilder sind nicht nur eine veränderte Rollenverteilung innerhalb der Pflege, sondern auch die Glättung der Schnittstelle zwischen Pflege und ärztlichem Dienst. Zusätzlich würde die Erhöhung der Attraktivität von medizinischen Berufen voraussichtlich zu einem grösseren Interesse für das Gesundheitswesen bei der Berufswahl führen. Die neuen Berufsbilder im Spital unterscheiden sich nicht nur in ihren Kerntätigkeiten und -verantwortlichkeiten, sondern beruhen auch auf unterschiedlichen Ausbildungsvoraussetzungen (siehe Abbildung 15).

Abbildung 15: Die Rollen in der Pflege nach Ausbildungsgrad



<sup>25</sup> Vgl. «Die Ausbildungsinitiative beim Medizinstudium steht in der Kritik», Tages-Anzeiger, 3. April 2017.

<sup>26</sup> Vgl. «Nurse Practitioner: Das amerikanische Modell», Kalaidos, 20. Juni 2016.

<sup>27</sup> Kieser, U. (2016): Advanced Practice Nurse und Clinical Nurse Specialist – neue Entwicklungen bei Pflegefachpersonen.

<sup>28</sup> Vgl. Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG.

<sup>29</sup> Vgl. Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG.

<sup>30</sup> Vgl. «Can Nurse Practitioners Prescribe Medication?», NP Schools, 2017.

<sup>31</sup> Timmermans (2017): The impact of the implementation of physician assistants in inpatient care: A multicenter matched-controlled study.

<sup>32</sup> «Pflegeexpertin ersetzt Hausarzt», Tages-Anzeiger, 22. Februar 2016.

<sup>33</sup> Vgl. «CAS Klinische Fachspezialistin/Klinischer Fachspezialist», ZHAW, 2017.

<sup>34</sup> Bundesärztekammer/KBV (2017): Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen.

<sup>35</sup> Vgl. «Erfolgsprojekt Clinical Nurses: Die Viertelgöttinnen in Weiss», NZZ, 29. April 2016.

<sup>36</sup> Vgl. «Physician Assistant vs. Nurse Practitioner vs. Medical Doctor», The Physician Assistant, 1. März 2017.

<sup>37</sup> «Nichtärztliche Gesundheitsberufe – Ärzte sollen entlastet werden», Deutsches Ärzteblatt, 2017.



### Advanced Nurse Practitioners (ANP)

Innerhalb der Pflegekräfte übernehmen ANPs die Führung, Ausbildung und Weiterentwicklung der Pflege. Sie stellen das Verbindungsglied zum ärztlichen Dienst dar. Dadurch bilden sich neue Hierarchiestufen in der Pflege entlang des Ausbildungsniveaus (ANP, Pflegefachperson BSc/Dipl. Pflegefachperson, Fachperson Gesundheit (FaGe) und Pflegeassistent).

In der Schweiz werden bereits vereinzelt Masterstudiengänge für ANPs angeboten, zum Beispiel der Master «Advanced Nursing Practice» an der Kalaidos Fachhochschule in Zürich.<sup>26</sup> ANPs sollen sich demnach im Rahmen des Studiums «Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei hochkomplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis»<sup>27</sup> aneignen. Zu den Aufgaben der ANPs zählen selbstständige Anamneseerhebung und klinische Untersuchungen. ANPs dürfen in einem festgelegten Umfang klinische Entscheidungen treffen und Gesundheitsleistungen koordinieren. Im ambulanten Bereich wäre für sie auch die Funktion eines Case-Managers zur Entlastung der Grundversorger denkbar. Dabei könnten die ANPs (oder diplomierten Pflegefachpersonen) hier dezentral in Ärzthäusern oder möglicherweise Apotheken lokalisiert werden. Nach der aktuellen Rechtslage dürfen ANPs in der Schweiz Leistungen nur auf Anordnung oder im Auftrag von Ärzten erbringen (Delegationsprinzip).<sup>28</sup> So ist es momentan auch nicht möglich, dass sie Arzneimittel verordnen.<sup>29</sup> Das ist etwa in den USA erlaubt.<sup>30</sup>

### Physician Assistants (PA)

PAs gehören in den USA seit den 1960er-Jahren zum Gesundheitswesen und sind mittlerweile auch in weiteren aussereuropäischen Ländern etabliert (zum Beispiel in Südafrika und China). In Europa kennt man dieses Berufsbild vor allem in den Niederlanden, Grossbritannien und Skandinavien. Hier hat sich ihr Einsatz im klinischen Alltag nicht nur als sicher, sondern auch als positiv für die Patientenzufriedenheit herausgestellt.<sup>31</sup> In den nächsten Jahren sollen PAs Teil des deutschen und schweizerischen Gesundheitssystems werden. Zurzeit trifft man sie hier nur vereinzelt an.<sup>32</sup> Voraussetzung für die Tätigkeit als PA ist eine abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf, gefolgt von einem CAS (Certificate of Advanced Studies)-, Bachelor- oder auch Masterstudium (wird in der Schweiz beispielsweise an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften angeboten).<sup>33</sup>

PAs sollen ärztlich delegierbare Leistungen übernehmen, um das ärztliche Personal zu entlasten und die Versorgungsqualität der Patienten zu verbessern. Im Unterschied zu Ärzten rotieren PAs nicht, was dank standardisierter Prozesse den Abläufen auf der Station zugutekommt. Zudem verbessern sie die Qualität der Versorgung. Für diese Tätigkeiten benötigen PAs umfangreiche Kompetenzen auf Ebene des Handlungs- und Begründungswissens sowie erhebliche Handlungskompetenz. Letztere beinhaltet die Durchführung von «Tätigkeiten unter Anleitung und Überwachung» (zum Beispiel Mitarbeit bei Endoskopien, Einlegen von Drainagen) und die Durchführung von «Tätigkeiten selbstständig und situationsadäquat in Kenntnis der Konsequenzen» (zum Beispiel Legen peripherer Gefässzugänge, Vorbereitung von OP-Berichten).<sup>34</sup> Die Therapieentscheidungen und -verantwortungen bleiben abschliessend bei den Ärzten, auch wenn in weniger komplexen Fällen die PAs den Ärzten einen Behandlungsvorschlag geben können.

Noch unklar ist, welcher Berufsgruppe die PAs zugeteilt werden. Bei einem Pilotprojekt am Kantonsspital Winterthur unterstanden sie der Pflegedirektion.<sup>35</sup> Nach aktuellen Plänen in Deutschland sollen sie wie in den USA<sup>36</sup> dem ärztlichen Dienst zugeordnet werden.<sup>37</sup>

**Ansatz 2: Der veränderte Skill- und Grade-Mix in der Pflege**

Die Akademisierung der Pflege mit Etablierung von ANPs und PAs in der klinischen Praxis kann den ärztlichen Fachkräftemangel partiell abfedern. Allerdings wird dadurch der pflegerische Fachkräftemangel an der Basis verstärkt (Pflegekräfte ohne akademische Weiterbildung). Diese «Basiskräfte» stellen die Pflege des Patienten sicher. So empfehlen Fachleute eine Akademisierungsquote der Pflegeberufe von maximal 10 bis 20 Prozent,<sup>38</sup> um einen ausgewogenen Skill- und Grade-Mix zu erhalten. Im Verhältnis zu heute entspricht das nach Erfahrungswerten einer leichten Zunahme.

Insgesamt ist eine genaue Rollendefinition enorm wichtig für eine erfolgreiche Integration von ANPs und PAs in den Tagesablauf des Spitals oder der Institution. Erfahrungen aus den USA zeigen, dass zudem einheitliche Qualitätskriterien sowie die Anzahl an klinischen Stunden in der Ausbildung definiert werden müssen, damit die PAs über vergleichbare Kompetenzen verfügen.

**Ansatz 3: Personal aus dem weiteren Ausland**

Eine weitere Antwort auf den Fachkräftemangel liefert die Rekrutierung von medizinischem Personal aus dem Ausland. Dabei sollte das Spital prüfen, ob es für gewisse Berufe den geografischen Radius über Deutschland und Österreich hinaus ausweiten will, wobei es Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede mitberücksichtigen muss.

**Ansatz 4: Erhöhung der Attraktivität medizinischer Berufe**

Das neue Arbeitszeitgesetz bietet eine Chance, denn die korrekte Umsetzung der Bestimmungen in der Praxis kann massgeblich zum Wohl des medizinischen Personals beitragen. Das würde auch dem Patienten zugutekommen, da die Fachkräfte motiviert und ausgeruht sind. Der damit einhergehende Kultur- und Führungswandel stellt eine zentrale Herausforderung dar, da die Teamarbeit die strikten Kompetenzgrenzen und starren Hierarchien auflösen soll.

**Ansatz 5: Nutzung des technologischen Fortschritts**

Die rasanten technologischen Entwicklungen werden den Bedarf und die Anforderungen an die Fachkräfte im Gesundheitswesen tangieren. Langfristig dürfte die Standardisierung, Automatisierung und Digitalisierung von Arbeitsabläufen zu einer Abnahme des kurz- und mittelfristigen Fachkräftemangels führen. Der Einfluss von Automatisierung und Digitalisierung hat erst begonnen, ist aber bereits allgegenwärtig. Die digitale Transformation hat mit Ausnahme des Gesundheits- und Bildungswesens viele Industrien bereits stark verändert. So wurden zahlreiche Routinearbeiten automatisiert. In Zukunft werden auch «erlernbare Arbeiten» betroffen sein. Zum Beispiel können Roboter die Bereitstellung der Medikamente übernehmen, Softwareprogramme Befunde von Röntgenbildern durchführen und medizinische Wearables den Datenaufbereitungsaufwand reduzieren. Weiter lässt sich mit Telemedizin und Remote-Arbeitsplätzen der lokale Bedarf an Fachkräften reduzieren, da sich das Einzugsgebiet für relevantes Wissen vergrössert. Diese Entwicklungen werden weit über das hinausgehen, was wir uns heute landläufig darunter vorstellen. Bekannte Beispiele dafür sind Google oder IBM, die sich seit mehreren Jahren im Gesundheitswesen aktiv positionieren.

Einerseits wird die Digitalisierung das Gesundheitswesen entlasten. Andererseits führen die Veränderungen in anderen Sektoren dazu, dass sich langfristig mehr Arbeitskräfte in das Gesundheitswesen verlagern. Während es künftig zweifellos mehr Fachkräfte im Gesundheitswesen brauchen wird, gehen wir davon aus, dass diese grundsätzlich zur Verfügung stehen. Dafür müssen folglich rechtzeitig die nötigen Ausbildungsplätze geschaffen werden.

# Die Pflege im Spannungsfeld der Generationen – Chancen und Gefahren für die Zukunft



**Interview mit Prof. Dr. Rebecca Spirig**  
Direktorin Pflege und MTTB, USZ

**Frau Spirig, welches sind die grössten Herausforderungen in der Pflege des USZ?**

Eine zentrale Herausforderung im Bereich Pflege/MTTB (medizinisch-technischer und medizinisch-therapeutischer Bereich) beziehungsweise im Grundsatz für das Gesundheitswesen als Ganzes ist es, die richtigen Personen in den richtigen Funktionen richtig für unsere Patientinnen und Patienten einzusetzen. Dabei entstehen neue Berufsbilder und Rollen in den Schnittstellen zwischen den Berufen.

Eine weitere Herausforderung sehe ich im Verständnis der Generationen untereinander in Bezug auf Führungsphilosophie und Zusammenarbeitsformen. Es zeigt sich schon jetzt, dass sich der Führungsstil gerade im mittleren Management anpasst, da dort nachfolgende Generationen in die Verantwortung kommen. Während die Babyboomer jeweils überzeugt waren, dass alles verbesserungsfähig ist, ist die nachfolgende Generation ausgeglichener, balancierter und legt tendenziell mehr Wert auf Interprofessionalität. Der zunehmende Fokus auf Balance zeigt sich auch in der Flexibilisierung der Arbeitsmodelle.

**Sie sprechen den Fachkräftemangel an. In welcher Form zeigt sich der Fachkräftemangel am USZ?**

Zentral für uns ist es, den «Tanz der Generationen» einzuleiten und offen auf die Bedürfnisse der jüngeren Generationen in der Organisation einzugehen. Entsprechend entwickeln wir laufend eine Vielzahl neuer Arbeitsmodelle. Dies ist wichtig für die Attraktivität des USZ.

Gerade auch mit Blick auf die künftig ambulante Behandlung der Patienten und den Anspruch der «Young Professionals» wird Interprofessionalität immer wichtiger. Aufgabe für uns als Direktion ist es also, die Basis für interprofessionelle Zusammenarbeit zu legen. Dies ist uns zum Beispiel zwischen den Pflegenden und den Mitarbeitern der

**«Wichtig für die Weiterentwicklung der verschiedenen Rollen in der Pflege beziehungsweise den verschiedenen Gesundheitsberufen ist, dass es klare Definitionen und Rollenprofile anhand definierter Scope-of-Practices gibt. Für eine optimale Betreuung der Patienten geht es immer darum, die richtigen Personen mit den richtigen Aufgaben zu betrauen»**

therapeutischen Berufe ausgezeichnet gelungen. Eine Herausforderung ist und bleibt die Interprofessionalität zwischen ärztlichen Berufen und den anderen Gesundheitsberufen, für welche wir uns gezielt engagieren. Die gesteigerte Nachfrage nach Interprofessionalität bietet zudem immer auch die Chance, neue Versorgungsmodelle nicht nur interprofessionell im Spital, sondern auch über die Grenzen der Spitäler hinaus (zum Beispiel Spitex – Spital – Arztpraxis) im Sinne eines Patientenpfades einzurichten.

Solche neuen Versorgungsmodelle sind dringend notwendig. So fordert zum Beispiel das Gesundheitszentrum des «USZ – The Circle» am Flughafen Zürich in einem rein

<sup>38</sup> «Nichtärztliche Gesundheitsberufe – Ärzte sollen entlastet werden», Deutsches Ärzteblatt, 2017.

ambulanten Setting eher medizinische Praxisassistentinnen (MPA) als Pflegenden, welche beispielsweise durch Pflegeexpertinnen oder Advanced Nurse Practitioners (ANPs) mit hoher Expertise in einem spezifischen Gebiet wie zum Beispiel Wundpflege ergänzt werden. Neue Modelle, die so entstehen, fordern entsprechend auch angepasste neue Rollen und verpflichten uns im Hinblick auf neue Ausbildungsgänge.

**Wie begegnen Sie dem Fachkräftemangel in Zukunft?**

Aufgrund von internationalen und nationalen Entwicklungen wissen wir, dass es künftig zentral ist, unseren Mitarbeitern Bildung und klare Entwicklungsperspektiven aufzuzeigen. So sind wir stolz darauf, mehr Ausbildung anzubieten, als dies vorgeschrieben ist, und in Weiterbildungen zu investieren. Auch scheint es uns zentral, unsere Mitarbeiter auf dem Weg der Laufbahn zu unterstützen. Entsprechend haben wir unsere Laufbahnmodelle für alle Gesundheitsberufe entwickelt. Zudem haben wir mit dem HRM ein sehr erfolgreiches Talentförderungsprogramm etabliert.

Die Führung über Kennzahlen ist ein weiteres wichtiges Instrument. Bei Auffälligkeiten in den Kennzahlen setzen wir zudem das Instrument des Auditing ein, im Sinne von Ursachenforschung – beispielsweise bei hohen Fluktuationsraten. Mit Kennzahlen schaffen wir es, Transparenz zu schaffen.

Wie vorhin schon beschrieben, erwarten gerade jüngere Generationen, dass die Führung sich nach den Anforderungen der kommenden Generationen richtet. Dies stellen wir über die erwähnte Förderung unserer Talente sicher, die wir mit verschiedenen Arbeitsmodellen fördern. Hier ist es für uns als Direktion wichtig, dass wir zwar Leitplanken setzen, aber den einzelnen Führungspersonen die Freiheit lassen, verschiedene Modelle zu entwickeln, solange diese die Qualität der Behandlung der Patienten unterstützen.

Wie bereits erwähnt, setzen wir uns zudem stark dafür ein, die Interprofessionalität zu fördern, auch wenn dies gerade im akademisch-hierarchischen UniversitätsSpital herausfordernder ist als beispielsweise in einem BelegarztsSpital.

Ich denke, dass, wie vorhin erwähnt, neue ambulante Betriebsmodelle oder auch Plattformgedanken in der Pflege im Sinne einer Enthierarchisierung und zentralen Leistungserbringung zugunsten der Medizin als Ganzes Chancen bieten, neue Schritte zu gehen. In der Führung werden sich so wahrscheinlich hybride Modelle zwischen Linie und Plattformen einstellen.

**Inwiefern werden sich denn die angesprochenen neuen Rollen, gerade in der Pflege, in Ihren Augen entwickeln?**

Die Rollen entwickeln sich insbesondere bei Themen in der Schnittstelle zwischen den Bereichen. Die APN zum Beispiel bildet die klinische Schnittstelle zwischen Ärzten und diplomierten Pflegefachpersonen ab. Auch die Delegation von ärztlichen Aufgaben, zum Beispiel an Physician

Assistants (PAs), ist ein Aspekt dieser Schnittstelle, wobei PAs eine auf eine Aufgabe spezialisierte Schnittstelle bespielen, während APNs eher im Bereich des ganzheitlichen Patientenprozesses geschult sind und somit mit den diplomierten Pflegefachpersonen das Schnittstellenmanagement übernehmen können. Ein weiteres vielversprechendes Modell ist der Hospitalist, der als Mediziner auf chirurgischen Abteilungen die Schnittstelle zwischen Chirurgie und Medizin bespielt.

Die neuen Berufsbilder sind auch ambulant einsetzbar, zum Beispiel in Arztpraxen oder Apotheken. APNs und diplomierte Pflegefachpersonen könnten wie in anderen Ländern der Entlastung der niedergelassenen Ärzte, vor allem in ländlichen Regionen, dienlich sein. Allerdings fehlt hierzu eine tarifarische Abbildung, weshalb diese Entwicklung faktisch unterbunden ist.

Wichtig für die wirkliche Weiterentwicklung dieser Rollen ist, dass es klare Definitionen und Rollenprofile anhand definierter Scope-of-Practices gibt. Auch hier geht es darum, die richtigen Personen mit den richtigen Aufgaben zu betrauen und in den richtigen Rollen zu positionieren. Zudem sind die tarifarische Abbildung und zumindest die Pilotierung dieser Rollen auf Abteilungen und in Arztpraxen politisch zu unterstützen. Durch die damit einhergehende Stärkung des Pflegeberufs könnte auch das vorher erwähnte Ansehen der Profession in Spital und Gesellschaft gesteigert werden.

**Welches sind in Ihren Augen die zentralen Entwicklungen im Gesundheitswesen und in den Spitälern der Schweiz?**

Die wesentliche Entwicklung ist in meinen Augen die weiter zunehmende Patientenzentrierung. Die Stimme der Patienten als selbstbestimmter, informierter Mitentscheider wird sich stärken. Es wird Shared-Governance-Ansätze in der Entwicklung von Behandlungspfaden, Programmen, Instrumenten und Prozessen bis hin zu Apps geben.

Die Pflege ist dabei sehr gut geeignet, das Bindeglied zwischen den Versorgungsstufen darzustellen und innovative Modelle wie Spitex im Spital, Mobile Care-Teams und weitere zu fördern. Die Pflege kann in diesem Sinne dazu beitragen, Modelle für die Betreuung chronischer Krankheiten weiterzuentwickeln.

Auch die Mitbestimmung und der Einbezug der Familien wird die Pflege deutlich verändern. So werden der offene Umgang mit Informationen und dadurch die Unterstützung der Patienten durch die Familien immer zentraler.

Des Weiteren wird die Pflege durch die Technologisierung und Digitalisierung stark beeinflusst. So wird gerade Selbstmanagement auf Basis outcomebezogener Daten relevant, nicht zuletzt auch für die schon angesprochene wachsende Gruppe chronisch kranker Patienten.

Eine weitere Entwicklung sind die zunehmend heterogener werdenden Patienten und ihre entsprechenden Bedürfnisse. Während nicht zuletzt aus Sparüberlegungen



**«Zentral für uns ist es, den <Tanz der Generationen> einzuleiten und offen auf die Bedürfnisse der jüngeren Generationen in der Organisation einzugehen»**

versucht wird, möglichst viel zu standardisieren, sollte dennoch als Grundsatz das Patientenwohl bei jeder Entscheidung im Vordergrund stehen. Hier haben wir eine grosse Verantwortung, die Umsetzung dieses Grundsatzes dem Patienten transparent zu machen und auch zu zeigen, dass patientenbezogene Entscheide häufig auch volkswirtschaftlich Sinn machen.

**Wie wird sich die Pflege in den nächsten 10 bis 15 Jahren Ihrer Meinung nach entwickeln?**

Zentral bleiben die Patientensicherheit und die Qualität der Pflege. Der Fokus auf Qualität ist wesentlich für eine gute Entwicklung. Wichtig ist, dass wir outcomeorientierte Kennzahlen zeitnah zur Verfügung haben, um die Pflege sinnvoll darauf auszurichten.

Klare Laufbahnmodelle, hoher Ausbildungsgrad, attraktive und moderne Arbeitsmodelle, Wertschätzung in Institutionen und in der Gesellschaft sowie moderne Führung sind dabei zentral für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Pflege.

**Wie wird sich die Aufteilung der verschiedenen angesprochenen Rollen in den nächsten Jahren Ihrer Meinung nach verändern?**

Wie wir aufgrund von zahlreichen internationalen und

nationalen Studien wissen, ist die Rolle der diplomierten Pflegefachperson absolut zentral für die Sicherheit der Patienten. Diese ist heute die am stärksten vertretene Rolle in der Pflege und wird dies auch bleiben.

In Ergänzung haben wir vielerorts noch Potenzial für einen höheren Anteil an Fachangestellten Gesundheit (FaGe) und MPAs. Dazu kommt eine überschaubare Anzahl APNs, welche im erwähnten Schnittstellenbereich zu den Ärzten eine wertvolle Rolle einnehmen.

Die akademisierten und spezialisierten Pflegekräfte werden vor allem benötigt, wenn Patienten mit hoher Akutheit und Polymorbidität behandelt werden. Der Trend geht aber hin zu Patienten mit chronischen Krankheiten im häuslichen Setting, wo alle drei, das heisst die diplomierten Pflegefachpersonen mit FaGe im Tandem und die APNs, eine grössere Rolle spielen.

Zentral sind auf jeden Fall für alle Berufsbilder und Professionen klare Laufbahnmodelle, welche mit verschiedensten Ebenen abgestimmt sind, und eine transparente Kommunikation beim Beschreiten der Laufbahnen durch Führungspersonen.

**Haben Sie weitere Anliegen oder Bemerkungen, die Sie noch ansprechen möchten?**

Die Pflege kann zunehmend und im Sinne von Implementation Science einen zentralen Beitrag zur Entwicklung neuer Behandlungskonzepte liefern, wie beispielsweise die telemedizinische Betreuung über Patienten-Apps. Auch die Vielzahl an Monitoringdaten in der Pflegeforschung wird meines Erachtens zu wenig gewichtet. Hier kann die Pflege künftig einen noch deutlicheren Beitrag leisten.

**Wir danken Ihnen herzlich für das Gespräch, Frau Spirig!**

## Leistungsanbieter: Zwischen Zentralisierung und Dezentralisierung

### Struktur als Schlüsselfaktor

Als Treiber der steigenden Gesundheitskosten in der Schweiz wird die hohe Anzahl an akutstationären Leistungserbringern angeführt. Diese produzieren nicht nur durch ihre Infrastruktur selbst, sondern auch durch die von ihnen verursachte angebotsinduzierte Nachfrage erhebliche Kosten.<sup>39</sup> Mit verschiedenen Massnahmen versucht die Politik hier regulativ einzugreifen, beispielsweise über eine höhere Mindestfallzahl bei diversen Eingriffen und über Fallvorgaben für operierende Ärzte.<sup>40</sup> Diese regulatorischen Eingriffe werden gemäss Experten die Konsolidierung des Marktes vorantreiben und die Zahl der stationären Leistungserbringer senken.<sup>41</sup> Der Trend zur Konsolidierung und voraussichtlichen Zentralisierung in den urbanen Regionen wird sich in den nächsten Jahren verstärken – es könnte zu einer regionalen «Hub and Spoke»-Bildung kommen.

Unter diesem Begriff versteht man die Struktur des Zentrumsspital. Das Zentrumsspital ist mit einer Reihe von dezentralen «Satellitenspitälern» für die Grundversorgung verbunden. Diese können aufgrund medizinisch-technischer Weiterentwicklungen eine Vielzahl wenig komplexer Operationen durchführen. Ein Vorteil besteht darin, dass die Angebote der verschiedenen Spitäler koordiniert und aufeinander abgestimmt sowie versorgungsstufengerecht sind. Das nützt letztlich auch dem Patienten in Form einer besseren Versorgungsqualität. Denkbar ist zudem, dass nicht Spitäler, sondern Ärztehäuser die dezentrale Leistungserbringung gewährleisten. Dabei versteht man unter einem Ärztehaus die Unterbringung von Praxen und anderen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen im weitesten Sinn. Auch hybride Modelle zwischen Ärztehaus und Spital (zum Beispiel ambulante Gesundheitszentren) sind denkbar und sinnvoll. Denn damit könnten sich einzelne Leistungserbringer besser auf ihr Leistungsangebot konzentrieren und die Akteure könnten sich stärker vernetzen.

Diese «Hub and Spoke»-Bildung geht voraussichtlich mit einer Reduktion der Nachfrage nach Betten in den Zentrumsspitälern einher. Deren Case-Mix-Index wird durch die zentrale Erbringung der HSM deutlich steigen. Inwiefern dieser Trend durch die momentanen infrastrukturellen Investitionen behindert wird, können wir nicht abschliessend beurteilen.

**«Der Trend zur Konsolidierung und voraussichtlichen Zentralisierung in den urbanen Regionen wird sich in den nächsten Jahren verstärken – es könnte zu einer «Hub and Spoke»-Bildung kommen»**

### Neue Geschäftsmodelle

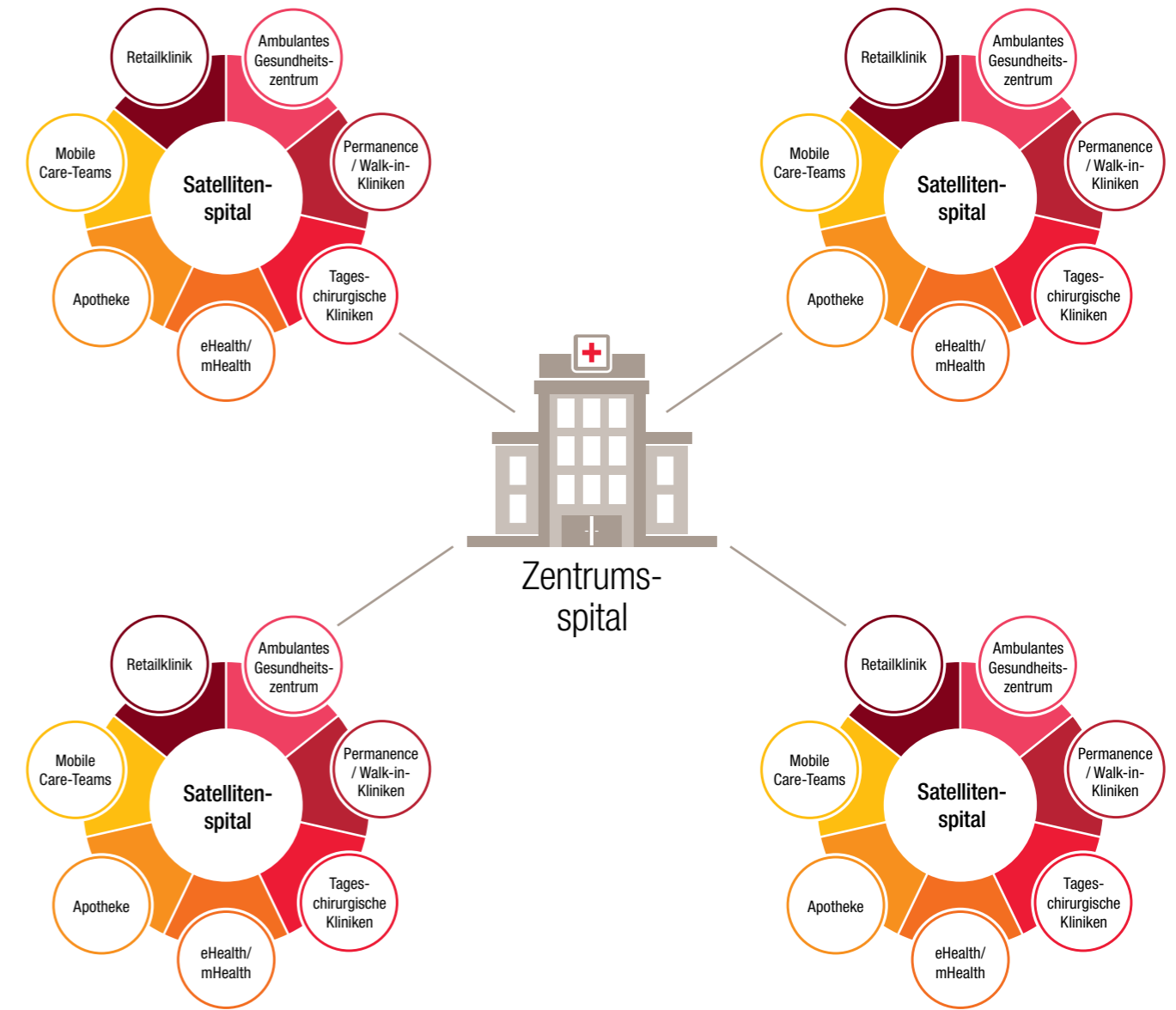
Neben einer Neuordnung der Leistungserbringer werden auch innovative Dienstleistungsmodelle und Dienstleistungsangebote erscheinen oder sich durchsetzen.

#### Dazu einige Beispiele:

- Permanence/Walk-in-Kliniken
- Retailkliniken (siehe Exkurs auf S. 46)
- Ausgeweitete Spitex-Angebote mit steigender Spezialisierung auf einzelne Erkrankungsgruppen

Ferner wird es noch mehr «intermediäre Leistungsangebote» geben, in denen die ambulante und die stationäre Versorgung (integrierte Versorgung) verschmelzen, um eine Versorgungskontinuität sicherzustellen – zum Beispiel neue Modelle und Angebote bei Tageskliniken in Akut-somatik und Psychiatrie. Gerade auch die Verschiebung von Angeboten in den ambulanten Bereich wird sich durch den Druck der Politik weiter fortsetzen. Da die Fehlanreize bei der Tarifierung und Finanzierung im ambulanten Bereich bekannt sind, gehen wir vom Vormarsch neuer Tarifierungsmodelle aus, die eine angemessene Ausschöpfung des medizinischen Potenzials der Ambulantisierung erlauben.

Abbildung 16: «Hub and Spoke»-Bildung exemplarisch dargestellt



<sup>39</sup> PwC (2016): Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen.

<sup>40</sup> Vgl. «Bülacher Chefarzt muss in Liestal operieren», NZZ, 22. Juli 2017.

<sup>41</sup> Vgl. PwC (2016): So gesund waren die Finanzen 2015.



## Exkurs Retailkliniken

Unter Retailkliniken versteht man in Supermärkten oder Apotheken angesiedelte Gesundheitszentren, in denen speziell ausgebildetes Personal (zum Beispiel ANPs und PAs, siehe Seite 39) leichte, akute Erkrankungen behandelt. Die Behandlung dieser einfachen Fälle führt zu einer Entlastung der Notaufnahmen und wirkt positiv auf die Dämpfung der Kosten im Gesundheitswesen. In den USA sind solche Angebote bereits seit Jahren etabliert, in Europa ist Finnland diesbezüglich Vorreiter. Neben der Behandlung von akuten Erkrankungen bieten Retailkliniken auch zunehmend die Basisversorgung von chronischen Erkrankungen an, wie beispielsweise das Einstellen von hohem Blutdruck oder erhöhten Cholesterinwerten. Zudem können risikoarme Impfungen für gesunde Menschen (zum Beispiel Impfung von Grippe und Frühsommer-Meningoenzephalitis [FSME]) durchgeführt werden, wie dies bereits heute bei zirka 20 Prozent aller Impfungen in den USA der Fall ist.<sup>42</sup> Befürchtungen hinsichtlich der Qualität der Behandlung in Retailkliniken haben sich nicht

bewahrheitet, obgleich sowohl ärztliche Kompetenz und ärztliche Verantwortung vor Ort als auch ärztliche Haftung fehlen. Bei komplexeren Notfällen besteht in der Regel die Möglichkeit der (video-) telefonischen Rücksprache mit einem Arzt. Diese telemedizinische Unterstützung kommt allerdings in den etablierten Retailkliniken insgesamt selten vor, da die meisten Patienten die Kompetenzen und Möglichkeiten der Retailkliniken gut beurteilen können und sich somit quasi selbst triagieren.

Patienten schätzen vor allem die langen Öffnungs- und kurzen Wartezeiten sowie die gute Erreichbarkeit der Retailkliniken. Aufgrund der insgesamt sehr positiven Erfahrungen in den USA und Finnland ist anzunehmen, dass Retailkliniken in den nächsten Jahren vermehrt in den Schweizer Gesundheitsmarkt vordringen. Erste Pilotprojekte bei grossen Apotheken- und Telemedizinunternehmen wurden 2017 lanciert.

<sup>42</sup> Bachrach, D (2015): The value proposition of retail clinics.

## Wandel durch Fortschritt: Medizinisch-technische und IT-Innovationen

Die immer vielfältigeren Möglichkeiten im medizinisch-technischen und IT-Bereich treiben die Veränderungen bei der Leistungserbringung im ambulanten und stationären Sektor an – bei präventiven, konservativen und chirurgischen Interventionen sowie bei psychiatrischen Leistungen.

### Kontinuierliche Überwachung durch Wearables

Zwar fehlen heute noch die Daten, doch sind sogenannte Wearables (am Körper tragbare Computersysteme, zum Beispiel zur Messung von Gehdistanz, Puls, Körpertemperatur und Blutzucker) bei einer grossen Patientenzahl langfristig zuverlässig und lohnenswert. Sie werden sich in den nächsten Jahren als Teil des medizinischen Systems etablieren, sowohl im B2C- als auch im B2B-Geschäft. Durch Weiterentwicklungen werden sie noch mehr körperfunktionsbezogene Daten erfassen können. Das wird sich insbesondere auf die Prävention und Überwachung von chronisch kranken Patienten auswirken. Automatische Datenübertragung, Echtzeitauswertungen und Prognosen machen frühzeitige Interventionen möglich, zum Beispiel indem nach Überschreitung festgelegter Schwellenwerte ein Alarmsystem ausgelöst wird. Gleichzeitig ermöglichen Wearables eine aktive Teilnahme der Patienten an der Prävention und Therapieoptimierung. Durch die automatische Datenübertragung an den Behandler lassen sich «Remote-Konsultationen» durchführen, beispielsweise über Videotelefonie. Insbesondere bei der Pflege von «neuen» alten Patienten ist die Patientenzentrierung optimierbar, da der oft beschwerliche Weg in die Arztpraxis entfällt und die Patienten im Vergleich zu heute technologieaffiner sein werden. Insgesamt kann die Triagierung, Diagnostik und Behandlung der Patienten teilweise oder sogar vollständig auf virtuellem Weg erfolgen.

### Beseitigung der Schnittstellenproblematik

Durch Innovationen in der IT-Infrastruktur werden Vernetzung, Datenaustausch und Kommunikation zwischen verschiedenen medizinischen Systemen künftig zuverlässiger. Heute fehlen dazu meistens eine einheitliche «IT-Sprache» und entsprechende Schnittstellen. Ziel ist eine barrierefreie Zusammenarbeit nicht nur innerhalb eines Spitals, sondern auch sektorübergreifend – zum Beispiel auf «Ärzteplattformen», die es im kleinen Umfang bereits heute gibt (zum Beispiel «Human Diagnosis Project»<sup>43</sup>). Solche Plattformen fördern den Austausch zwischen einer

Vielzahl von Spezialisten als Entscheidungsunterstützungssystem und führen zu einer besseren Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Zeit- und Kostenersparnis.

### Mehrwert von Big Data und künstlicher Intelligenz

Die steigende Nutzung und gezielte Analyse grosser Datenmengen (Big Data), kombiniert mit Weiterentwicklungen im Bereich der künstlichen Intelligenz, wird Ärzte in den nächsten Jahren noch stärker bei diagnostischen Prozessen und Therapieentscheidungen von Computern unterstützen. Die Datenmengen wachsen ebenso wie das entsprechende Wissen und die damit verbundene Komplexität. Computerbasierte Analysewerkzeuge gehören in Zukunft zum ärztlichen Alltag. So wird der diagnostische Prozess nicht nur genauer und fundierter, sondern auch günstiger und schneller. In der Folge kann eine Therapie früher beginnen.

### Zunehmende Automatisierung und Ambulantisierung

Schon heute trifft man Roboter in den Operationsälen an. Obwohl ihre Kosten- und Nutzeneffizienz derzeit noch umstritten ist, werden sie in den nächsten Jahren häufiger und breiter gefächert mitarbeiten und zunehmend ärztliche Aufgaben übernehmen. Auch ausserhalb der Operationsäle wird sich der Einsatz von Roboterlösungen intensivieren, etwa in der Kliniklogistik. Neue Anwendungsbereiche werden dazukommen. Wir gehen davon aus, dass sich die Leistungserbringung durch die Entwicklung neuer, weniger invasiver Behandlungsverfahren zugunsten des ambulanten Sektors verschieben wird.

**«Computerbasierte Analysewerkzeuge gehören in Zukunft zum ärztlichen Alltag. So wird der diagnostische Prozess nicht nur genauer und fundierter, sondern auch günstiger und schneller»**

<sup>43</sup> Human Diagnosis Project: Statistische Auswertung von Patientendaten zur Vorhersage von Erkrankungen (weitere Informationen unter [www.humandx.org](http://www.humandx.org)).



# Zukunft und Entwicklung der Pflege



**Interview mit Isabelle Lehn**  
Leiterin Pflege, CHUV



Isabelle Lehn, derzeit Pflegeleiterin am Universitätsspital Lausanne (CHUV), hatte im Lauf ihrer Karriere in der Krankenpflege zahlreiche Schlüsselpositionen am CHUV und an anderen Einrichtungen inne. Wir durften ihr dazu einige Fragen stellen.

## Welche Rollen und Verantwortlichkeiten übernehmen Sie als Pflegeleiterin am CHUV?

Die Verantwortlichkeit der Pflegeleiterin umfasst mehrere Bereiche:

- Gewährleistung von Sicherheit und Qualität der Pflege für die gesamte Einrichtung
- Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten für alle Pflegesparten
- Optimierung des Patientenpfads
- Sinnvolle Begründung von Veränderungen in der Pflegepraxis, damit diese vom Personal angenommen und umgesetzt werden

Die grösste Verantwortung ist sicherlich die Gewährleistung von Sicherheit und Qualität der Pflege, die für eine Einrichtung wie das CHUV natürlich unabdingbar ist. Die Pflege muss für die Patienten sicher sein, und gleichzeitig müssen die Pflegeprozesse für das Personal natürlich ebenso sicher sein. Dazu geben wir Richtlinien vor. Derzeit arbeiten wir an mehreren Projekten, darunter die sichere Verwaltung von Medikamenten, die Optimierung des mündlichen Informationsaustausches zwischen Mitarbeitenden des CHUV und die proaktive Verwaltung der Spitalaufenthalte von Patienten.

Durch die Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten für alle Pflegesparten (Krankenpfleger, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Hebammen und Sozialarbeiter) können wir sicherstellen, dass die Ausbildung auf die Anforderungen der Praxis abgestimmt ist. Effizienz ist in der Pflege unabdingbar, was die Auswahl geeigneter Fachkräfte mit

entsprechenden Kompetenzen umso wichtiger macht. Die Betreuung von Ausbildungsprogrammen und die Abstimmung ihrer Inhalte auf die Anforderungen der Praxis ist eine zentrale Aufgabe, die verhindert, dass es bei den Pflegeprozessen und der Qualität der Pflege zu einem Bruch kommt.

## «Effizienz ist in der Pflege unabdingbar, was die Auswahl geeigneter Fachkräfte mit entsprechenden Kompetenzen umso wichtiger macht»

Die Optimierung des Patientenpfads ist ebenfalls von einschneidender Bedeutung, da hier nicht nur der interne, sondern auch der externe Personalbedarf berücksichtigt werden muss. Sowohl während des Spitalaufenthalts (Reduktion der Aufenthaltsdauer und Budgetbeschränkungen) als auch danach ist eine enge Zusammenarbeit und Koordination erforderlich, denn nur durch die Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten wie zum Beispiel sozialmedizinischen Zentren kann eine konsistente Pflege für die Patienten gewährleistet werden.

Auch die sinnvolle Begründung von Veränderungen in der Pflegepraxis, damit diese von den Pflegekräften verstanden und umgesetzt werden, ist eine unerlässliche Voraussetzung mit erheblichen Auswirkungen auf unseren Klinikbetrieb, die Zufriedenheit der Pflegekräfte und die Qualität der Pflegeleistungen. Die Tatsache, dass die Pflegeleitung in der Direktion des CHUV vertreten ist, ist nicht nur für die Vertretung der Interessen von Pflege- und Sozialbereichen wichtig, sondern auch, um den Führungskräften die praktischen Auswirkungen ihrer Entscheidungen vor Augen zu führen.



## Welche Herausforderungen hat die Pflege in den kommenden Jahren zu bewältigen?

Der Pflegeberuf steht vor zwei Herausforderungen: Einerseits müssen wir auf einen veränderten Patientenstamm reagieren, andererseits müssen wir lernen, mit den Generationenunterschieden innerhalb des Pflegeberufs richtig umzugehen.

Die Alterung der Bevölkerung, die voraussichtlich zwischen 2030 und 2040 ihren Höhepunkt erreichen wird, geht mit einem Zuwachs der Spitalaufenthalte älterer, gemeinhin an mehreren chronischen Erkrankungen leidender Patienten einher. Die Behandlung ist daher komplexer und erfordert aufgrund der Bemühungen um die Verkürzung der Aufenthaltsdauer eine Intensivierung der Pflege über wenige Tage hinweg, häufig auch mit vorverlegter Entlassung nach Hause. Aus diesem Grund muss die Pflege effizienter gestaltet werden.

Generationenunterschiede haben einen Übergang von transaktionalem zu transformationalem Führungsstil bewirkt, damit die Bedürfnisse der jungen Personalgeneration berücksichtigt werden, die eine stärkere Sinnhaftigkeit des Berufs und eine bessere Work-Life-Balance einfordert. Auf organisatorischer Ebene bedingt dies die Entwicklung sozialer Kompetenzen bei Führungskräften mit Personalkontakt, damit sie diesen Bedürfnissen gerecht werden können. Der neue, auf Entgegenkommen beruhende Führungsstil sorgt nicht nur für ein befriedigenderes Arbeitsklima, sondern auch für optimale klinische Ergebnisse.

## Welche Initiativen wurden innerhalb Ihres Spitals ergriffen, um diese Herausforderungen zu bewältigen?

Wir haben verschiedene Lösungen entwickelt, um auf diese Herausforderungen zu reagieren. Insbesondere haben wir die Einführung und Förderung der Rolle der

Pflegefachkraft mit Masterabschluss ermöglicht sowie mehrere Beteiligungsgremien geschaffen.

Pflegekräfte finden sich immer häufiger in der Rolle des Pflegekoordinators mit Führungsverantwortung wieder, um die optimale Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften (in den Bereichen Palliativpflege, Diabetologie und Ernährungslehre) zu gewährleisten. Diese Veränderung ist nicht immer einfach umzusetzen, da aufgrund der Zeit, die zur Koordinierung der Pflege aufgewandt wird, weniger Zeit für die eigentliche Pflege zur Verfügung steht. Vor diesem Hintergrund beginnt die Rolle der Pflegefachkraft (auch Clinical Nurse genannt) als Wissensvermittler langsam Gestalt anzunehmen. Sie erfordert die Übernahme aller Koordinierungsarbeiten während des gesamten Spitalaufenthalts der Patienten. Diese Arbeit entspricht den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und beinhaltet die Vorbereitung der Pflegeumgebung zur Optimierung der Pflege.

Das CHUV hat in Zusammenarbeit mit der Pflegeleitung mehrere Gremien geschaffen, die beispielsweise das Ziel verfolgen, durch die Pflege beeinflusste klinische Ergebnisse zu messen, Verbesserungspotenzial und Veränderungen in den einzelnen Pflegeabteilungen zu definieren, neuestes Wissen bereitzustellen und medizinische Fachkräfte in ihrer beruflichen Laufbahn zu unterstützen.

## Welche Massnahmen planen Sie, um dem Mangel an Fachpersonal zu begegnen?

Der Beruf ist in der Westschweiz weiterhin äusserst attraktiv. In den 2000er-Jahren hat die Politik durch die Einführung eines Bachelorabschlusses die Krankenpflegerausbildung auf ein höheres Niveau gehoben. Dies hat viel bewirkt. Als universitäre Einrichtung hat das CHUV zudem einen hervorragenden Ruf und ist bei Berufsanfängern beliebt.

Bei den Berufsbildern mit hoher Spezialisierung – zum Beispiel Fachkräften für Intensivpflege – haben wir jedoch mit einem Mangel zu kämpfen. Dieser kann vorübergehend durch ausländisches Personal ausgeglichen werden. Aber der neu eingeführte Studiengang soll dazu beitragen, diesen Mangel künftig durch Schweizer Fachkräfte auszugleichen.

Dabei sollte jedoch bedacht werden, dass die grösste Herausforderung nicht darin besteht, kompetentes Personal auszubilden oder einzustellen, sondern dieses langfristig im Beruf zu halten (die durchschnittliche Dienstdauer liegt in der Schweiz derzeit bei sieben bis zehn Jahren).

#### Wie wird sich die Pflege langfristig verändern?

Wie bereits erwähnt, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit – sowohl intern als auch extern – über die gesamte Behandlung der Patienten hinweg künftig eine der zentralen Entwicklungsachsen der Pflege.

Die Ausweitung der ambulanten Gesundheitsversorgung erfordert zudem eine andere Form der Pflege und eine höhere Konzentration von Pflegeleistungen über einen kurzen Zeitraum hinweg. Hier ist sorgfältige Planung vor, während und nach der Behandlung notwendig, damit die Zeit mit dem Patienten optimiert werden kann. Aufgrund dieser Bedürfnisse entwickeln sich nach und nach neue Berufsbilder:

- Pflegefachkräfte betreuen Patienten im ambulanten Kontext eigenverantwortlich (ohne jedoch Medikamente zu verschreiben, Diagnosen zu stellen oder Labor- bzw. Röntgenuntersuchungen anzufordern), wodurch sie Ärzte bei einfachen Krankheitsbildern entlasten können;
- Klinische Fachspezialisten (neuer Masterstudiengang, derzeit in Planung) sollen für Patienten mit weniger komplexen Krankheitsbildern künftig die erste Anlaufstelle sein: Sie können Diagnosen stellen, Labor- bzw. Röntgenuntersuchungen verordnen sowie deren Ergebnisse interpretieren, Medikamente verschreiben und bestimmte medizinische Behandlungen eigenverantwortlich durchführen. Das Berufsbild ist in Nordamerika und Teilen Europas bereits gut etabliert. Die ihm zugeordneten Kompetenzen kommen jenen eines Assistenzarztes sehr nahe. Klinische Fachspezialisten betreuen Patienten eigenverantwortlich und können diese im Falle einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands weiterüberweisen. Dies gilt nicht nur für die ambulante Versorgung, sondern auch für Spitalaufenthalte.

Im Kanton Waadt sind diese Berufsbilder derzeit im Rahmen mehrerer Pilotprojekte in Hausarztpraxen vertreten, wobei die Auswahl geeigneter Patienten sowie die Zuweisung ihrer Behandlung von zentraler Bedeutung sind.

**«Die grösste Herausforderung besteht nicht darin, kompetentes Personal auszubilden oder einzustellen, sondern dieses langfristig im Beruf zu halten»**

Im Anschluss an ein vollständiges Studium im Bereich Krankenpflege sind die Abschlüsse Bachelor, Master oder Doktor möglich und eröffnen jungen, in der Ausbildung befindlichen Menschen hervorragende Zukunftsperspektiven.

Die Patienten als Partner zu sehen, ist zudem ein neues Basiskonzept, welches die Ausgangssituation für das Pflegepersonal verändert. Die Bereitstellung verständlicher Informationen, die Infragestellung des bevormundenden Ansatzes sowie die Bedeutung der Kommunikation mit den Patienten sind hierbei zentrale Elemente. Patienten sind heute Partner auf Augenhöhe, die dank der Wahlmöglichkeiten und Informationen, die ihnen das medizinische Fachpersonal an die Hand gibt, informierte medizinische Entscheidungen treffen können. Diese Zusammenarbeit wird sich durch die Rolle von Patientenverbänden, die künftig bei der Entwicklung von Therapien und Behandlungen sowie der Ausschöpfung von Verbesserungspotenzialen miteinbezogen werden, noch weiterentwickeln.

**«Patienten sind heute Partner auf Augenhöhe, die dank der Wahlmöglichkeiten und Informationen, die ihnen das medizinische Fachpersonal an die Hand gibt, informierte medizinische Entscheidungen treffen können»**

**Frau Lehn, wir bedanken uns herzlich für dieses Gespräch!**

## 6. Konsequenzen für den Patienten

Wie wird nun die medizinische Versorgung eines Patienten im Jahr 2030 konkret aussehen, und auf welche Veränderungen müssen sich Patienten einstellen? Diese Fragen möchten wir anhand der fiktiven Patientin Anna beantworten. Dazu begleiten wir Anna auf ihrem ambulanten und stationären Behandlungspfad. Anna ist eine 80-jährige

Patientin, die seit zehn Jahren an Diabetes mellitus Typ 2 mit den typischen Folgeerkrankungen leidet. Sie lebt allein in einem kleinen Dorf in einer ländlichen Region und steht den Veränderungen und Entwicklungen im Gesundheitswesen offen gegenüber.



**Der Behandlungspfad im Jahr 2030**

# Der Behandlungspfad im Jahr 2030

## Neue Berufsgruppen

Früher wurde Anna von ihrem Hausarzt in einer Einzelpraxis betreut. 2030 konsultiert sie für ambulante Anliegen ein Ärztehaus. Hier arbeiten Hausärzte, Assistenzärzte, Konsiliarärzte und ANPs zusammen. Da sie das Ärztehaus nicht zu Fuss erreichen kann, nutzt Anna die Videotelefonie. So hält sie Rücksprache mit den ANPs und Ärzten. Üblicherweise kommuniziert sie zunächst mit einer ANP, um Fragen zu ihrer Diabeteserkrankung oder einem anderen gesundheitlichen Anliegen zu klären. Erst wenn dieses ausserhalb des Kompetenzbereichs der ANP liegt, kommt ein Arzt hinzu. Anna schätzt dabei insbesondere, dass die ANP einen Pflegehintergrund hat und ihr viele praktische Tipps zum Umgang mit ihrer Erkrankung im Alltag geben kann.

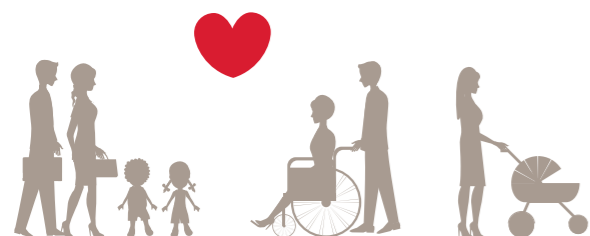


## Digitalisierung im ambulanten Sektor

Über ihr Mobiltelefon und über ein Wearable werden Annas Vitalparameter (Blutdruck, Puls, Atemfrequenz), der Blutzucker und ihre tägliche Gehstrecke durchgehend aufgezeichnet, automatisch an das Ärztehaus gesendet und in ihrem elektronischen Patientendossier (ePD) abgelegt. Auf dieses kann sie jederzeit via Smartphone zugreifen. Sollten die Werte ausserhalb einer Bandbreite liegen oder einen negativen Trend zeigen, wird Anna vom Ärztehaus kontaktiert. Reagiert sie nicht, wird ein Rettungswagen zu ihr nach Hause geschickt. Eine App auf ihrem Mobiltelefon überwacht und erinnert sie an die Einnahme ihrer Diabetesmedikamente und sendet eine Nachricht an das Ärztehaus, wenn sie neue Medikamente braucht. Nachdem das Rezept im Ärztehaus erneuert wurde, wird es automatisch an die nächstgelegene Apotheke gesandt. Anna wird über das Eintreffen des Medikaments in der Apotheke informiert. Sie kann dann entscheiden, ob eine Drohne ihr das Medikament bringen soll oder ob sie es selbst in der Apotheke abholt. Da die Apotheke in einem grossen Supermarkt liegt, holt sie das Medikament beim nächsten Einkauf selbst ab.

## Neuerungen der ambulanten Versorgungslandschaft

Eine sogenannte Retailklinik ist an die Apotheke angeschlossen. An diese wendet sich Anna, wenn sie kleinere medizinische Probleme hat, für die sie nicht das Ärztehaus aufsuchen will – zum Beispiel für ihre letzte Tetanusimpfung oder für starke Halsschmerzen. Sie findet es praktisch, dass die Informationen über ihren Besuch und über die durchgeführten Behandlungen direkt in ihr ePD übertragen werden. So weiss das Ärztehaus über Diagnose und Therapie Bescheid, ohne dass sie selbst daran denken muss. Leider verschlechtert sich mit der Zeit Annas Gesundheitszustand. Sie benötigt Hilfe bei der Behandlung ihres Diabetes. Da sie weiterhin zu Hause wohnen möchte, wird ein Spitex-Team mit ihrer Betreuung beauftragt. Dieses schult und unterstützt Anna bei ihrer Diabetes-Medikation. Zudem kann es jederzeit auf Annas ePD zugreifen und darüber mit dem Ärztehaus kommunizieren, etwa bei Fragen zur Medikation. Sämtliche Pflegeprotokolle werden ebenfalls im ePD abgelegt. Das Spitex-Team ist so umfassend ausgebildet, dass die Mitarbeiter die Wundversorgung übernehmen können, als Anna eine Wundheilungsstörung am Fuss als Komplikation ihrer Erkrankung erleidet. Trotz bestmöglicher Behandlung zu Hause heilt die Wunde an Annas Fuss nicht ab. Es kommt zu weiteren Komplikationen, weshalb sie notfallmässig ins Spital gebracht wird.



## Neuartige Spital(infra)struktur

Anna bemerkt, dass sich das Spital in den letzten Jahren gewandelt hat, sowohl bei der Infrastruktur als auch bei den Prozessen und Behandlungsmethoden. Hier gibt es viel weniger Betten als noch vor 20 Jahren. Mittlerweile existieren viele tageschirurgische Zentren und die medizinisch-technischen Möglichkeiten haben sich weiter verbessert. Während sie bei ihrem letzten Aufenthalt auf die chirurgische Station kam, wird ihr heute ein Bett über eine zentrale Bettendisposition zugeordnet. Dadurch ist die Auslastung auf der Station wesentlich höher als früher. Als Zusatzversicherte Patientin profitiert Anna von schnelleren Untersuchungen und Behandlungsinnovationen, die für ihre Erkrankung teilweise noch nicht im Rahmen des KVG zugelassen sind (Off-Label-Use). Zudem geniesst sie neben ihrem Einzelzimmer ein umfangreiches Versorgungspaket: An ihrem Bett hängt ein Tablet, über das sie nicht nur das Licht und den Fernseher steuern, sondern auch ins Internet gehen oder mit dem Pflegepersonal und anderen Patienten kommunizieren kann. Hier findet sie eine Liste mit den Untersuchungen, die heute bei ihr geplant sind, und den nächsten Termin der Visite – was sehr praktisch ist. So weiss sie, wann sie im Zimmer sein muss und wann sie Besuch empfangen kann.<sup>44</sup> Dass ihr das Spital ein Tablet zur Verfügung stellt, findet Anna sinnvoll; auf ihrem eigenen Mobiltelefon hätte sie die vielen Informationen kaum lesen können.



## Veränderte medizinische Betreuung

Anna fällt auf, dass sich die Arbeit der Spitalärzte verändert hat und es neue Berufsbilder gibt, die sie nicht kannte. Vieles, was früher ein Arzt gemacht hat, wird heute von einem PA durchgeführt. Sie stellt fest, dass interdisziplinär und fachübergreifend gearbeitet wird und ihre Behandlung besser strukturiert ist als früher. Auch beim Pflegepersonal hat sich einiges verändert: So gibt es auch hier ANPs, die Anna schon aus ihrem Ärztehaus kennt. Für Anna ist eine «eigene» Pflegeperson zuständig, die sie während des gesamten Spitalaufenthalts betreut, ihr als Ansprechperson zur Verfügung steht und ihre Behandlung koordiniert. Die Pflegeperson nutzt eine Software, die darauf hinweist, wenn Daten fehlen oder Anna zu einer Untersuchung gebracht werden muss. Offenbar hat das Computerprogramm, basierend auf Annas Erkrankungen und Bedürfnissen, eine Checkliste entwickelt, die «abgearbeitet» wird. Ferner kommt die Pflegeperson mehrmals pro Tag ins Zimmer und bietet Hilfe an oder fragt, ob Anna Schmerzen hat. Anna geniesst es, dass der Behandlungsprozess nicht mehr wie früher durch verschiedene und ständig wechselnde Betreuungspersonen fragmentiert wird.

## Digital unterstützte Behandlung

Annas behandelnder Spitalarzt kann ebenfalls auf ihr ePD zugreifen und über dieses mit dem Ärztehaus kommunizieren. Auch er überwacht und protokolliert ihre Behandlung im ePD und verfügt jederzeit über alle Labor- und Bildgebungsbefunde. Sämtliche Untersuchungen, die Anna braucht, werden digital angemeldet. Dabei werden sämtliche Faktoren wie Mobilität oder Notwendigkeit der Überwachung berücksichtigt, um den Zeitbedarf für Transport, Vorbereitung und Untersuchung möglichst genau abzuschätzen und die Auslastung der Geräte zu optimieren. Nach dem gleichen Prinzip wird die Operation geplant, der sich Anna am Fuss unterziehen muss. Während der Operation assistiert dem Chirurgen ein Roboter. Nach der Operation benötigt Anna ein Antibiotikum. Dabei erfährt sie, dass der Spitalarzt sich bei der Wahl des für sie besten Medikaments auf eine Computeranwendung stützt.



## Neuerungen bei der nachstationären Behandlung

Kurz nach der Operation möchte Anna in ihr vertrautes Umfeld zurückkehren. Leider braucht sie derzeit noch mehr Unterstützung als zuvor. Darum erfährt sie erleichtert von den intermediären Angeboten des Spitals, die ihr den Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor erleichtern. Gemeinsam mit der Spitex unterstützt das Spital Anna bei der Pflege und Wundversorgung. Das Spital ist mit Anna über eine App verbunden, über die es sich mehrmals pro Tag nach Annas Zustand erkundigt und ihr beispielsweise Dosieranweisungen gibt, falls die Schmerzen zunehmen. Auch in der Nacht kann sich Anna jederzeit an das Spital wenden, was ihr Sicherheit beim Wiedereingewöhnen zu Hause gibt. Bereits nach zwei Wochen hat sie sich so gut erholt, dass sie die Unterstützung des Spitals nicht mehr benötigt und zu Hause wieder von ihrer spezialisierten Spitex und dem Ärztehaus betreut wird.



<sup>44</sup> PwC (2017): CEO Survey Spitalmarkt Schweiz 2017 – Trends und Herausforderungen für Schweizer Spitäler und Kliniken.

## 7. Fazit und Ausblick

Dynamik, Wettbewerbsorientierung und ökonomische Anreize prägen das Schweizer Gesundheitswesen immer stärker und werden es in den nächsten Jahren weiter unter Druck setzen. Gerade die EBITDAR- und EBITDA-Marge haben sich als Profitabilitätskennzahlen etabliert und stossen auf breite Akzeptanz. So ist der 2011 von uns geforderte langfristige Richtwert von 10 Prozent für die EBITDA-Marge in vielen Unternehmens- und Eignerstrategien von Spitälern zu lesen. Auch sechs Jahre nach unserer ersten Einschätzung erweist sich diese Grösse als sinnvoller langfristiger Zielwert.

Die Analyse der Profitabilitätskennzahlen von 2012 bis 2016 zeigt für Akutspitäler und Psychiatrien primär eine Seitwärtsbewegung, da Erträge und Kosten ähnlich stark gewachsen sind. Das wirtschaftliche Umfeld verschärft sich zunehmend, und die EBITDA-Werte sind 2016 zurückgegangen. Die Profitabilitätskennzahlen zeigen eine auffallend grosse Streuung. Dieses Bild verdeutlicht, dass die Resultate der Schweizer Spitäler heterogener werden. Die Entwicklung wird sich 2017 nach unseren Beobachtungen noch akzentuieren. Gewisse Spitäler scheinen im Wettbewerb zurückzufallen und müssen ihre Ergebnisse verbessern. Ergreifen sie diesbezüglich nicht frühzeitig passende Massnahmen, sind Restrukturierungsfälle nicht auszuschliessen. So haben einige Spitäler schon heute Schwierigkeiten, Drittfinanzierungen zu erhalten.

Eine genaue Betrachtung der Ertragsentwicklung zeigt zudem, dass der ambulante Leistungsbereich zugelegt hat und sich der Grundsatz «ambulant vor stationär» durchsetzt. Es bleibt abzuwarten, in welchem Ausmass dieser Trend weitergeht und wie stark er die Tarifanpassungen des Bundesrats bremsen wird. Von Spitälern und Psychiatrien verlangt die derzeitige Tarifunsicherheit grösstmögliche Flexibilität bei Projekten, damit sie auch später noch auf Entwicklungen reagieren können.

Mit Blick auf notwendige Investitionsprojekte und damit auf entsprechende externe Finanzierungsmittel ist eine hohe Profitabilität vorteilhaft. Unsere Analyse zeigt jedoch, dass neben der Profitabilität die Eigentümerverhältnisse einen entscheidenden Stellenwert einnehmen: Das Kreditrisiko wird bei privaten Spitälern höher bewertet als bei öffentlichen, was bei Ersteren zu einem Risikoaufschlag von rund 100 Basispunkten führt.

Die bisher häufigsten Finanzierungsinstrumente werden voraussichtlich an Relevanz gewinnen und weitere Ausdifferenzierungen werden folgen. Zum Beispiel werden die Finanzierungsprozesse stärker standardisiert, wodurch sich die Durchlaufzeit von drei bis vier Monaten reduzieren lässt. Voraussichtlich werden sich auch innovative, noch wenig regulierte Finanzierungsformen über elektronische Plattformen durchsetzen. Im Weiteren rechnen wir mit einer Öffnung des Marktes für Eigenkapital- oder Beteiligungsfinanzierungen. Die Risikobeurteilung der Finanzierungspartner wird differenzierter, und die Anforderungen für die Aufnahme von externen Mitteln steigen. Einige Spitäler werden das schon in wenigen Jahren spüren, wenn die Refinanzierung der aktuellen Bankkredite und Anleihen ansteht.

Neue Versorgungsmodelle, neue Rollenbilder und neue Technologien prägen das Gesundheitswesen 2030. Agilität und Offenheit für Neues sind Erfolgsfaktoren für alle, die diesen Wandel proaktiv mitgestalten wollen.

Das Gesundheitswesen der Zukunft ist stärker patientenorientiert, teambasiert und sektorenübergreifend organisiert. Die Patienten haben deutlich höhere Ansprüche. Neue Rollenbilder wie Ärzteassistenten, Advanced Nurse Practitioners und weitere werden die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen in den Spitälern umformen. Die Mitarbeiter mit neuen Profilen sind richtig einzusetzen. Die Digitalisierung wird die Rollen ebenfalls verändern oder sogar überflüssig machen und neuartige Berufsbilder schaffen. Die Spitäler müssen vielfältige Laufbahnmodelle und kontinuierliche Weiterbildung zulassen, wenn sie ihre Mitarbeiter auf diesen Weg mitnehmen wollen.

Auf diese Zukunft können sich die Spitäler vorbereiten. Dazu müssen sie eine positive Kultur für Veränderungen schaffen, aktiv nach Trends Ausschau halten und die Schlüsselthemen tatkräftig angehen.

## Anhang

## Weiterführende Informationen

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



## Stichprobe

Die vorliegende Studie haben wir in Eigenregie durchgeführt. Basis unserer Untersuchung waren die publizierten Jahresrechnungen 2007 bis 2016 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 und durch die Ausweitung der Stichprobe von 28 auf neu 45 Studienteilnehmer haben sich einige Kennzahlen rückblickend verändert. Die grundsätzlichen Erkenntnisse bleiben allerdings unbeeinflusst.

45 Akutspitäler		
Claraspital	Kantonsspital St. Gallen	Spital Schwyz
Ente Ospedaliero Cantonale	Kantonsspital Uri	Spital STS
Felix Platter-Spital	Kantonsspital Winterthur	Spital Thurgau
freiburger spital HFR	Kinderspital Zürich	Spital Uster
GZO Spital Wetzikon	Luzerner Kantonsspital	Spital Wallis (konsolidiert)
Hôpital du Jura	Ostschweizer Kinderspital	Spitäler fmi
Hôpital Neuchâtelois HNE	Spital Emmental	Spitäler Schaffhausen
Hôpital Riviera-Chablais	Spital Regional Surselva	Spitalzentrum Biel
Hôpitaux Universitaires Genève (HUG)	Solothurner Spitäler	SRO Spital Region Oberaargau
Inselspital Bern (ab 2016 inklusive Spital Netz Bern)	Spital Bülach	Stadtspital Triemli Zürich
Kantonsspital Aarau	Spital Limmattal	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden
Kantonsspital Baden	Spital Linth	UniversitätsKinderspital beider Basel
Kantonsspital Baselland	Spital Mannedorf	Universitätsspital Basel
Kantonsspital Glarus	Spital Muri	Universitätsspital Zürich
Kantonsspital Graubünden	Spital Netz Bern (bis 2015, danach Teil des Inselspitals)	Zuger Kantonsspital
Kantonsspital Nidwalden		

Für die Berechnung der Kennzahlen haben wir die publizierten Geschäftsberichte der folgenden 12 Psychiatrien für das Jahr 2016 ausgewertet. Die Stichprobe wird jährlich analysiert und ausgeweitet, wenn Finanzberichte weiterer Psychiatrien erstmalig publiziert werden.

12 Psychiatrien		
Clinique Genevoise de Montana (bis 2015, danach Teil HUG)	Psychiatrische Klinik Zugersee	St. Gallische Kantonale Psychiatrische Dienste Sektor Nord
Klinik Barmelweid	Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit	Klinik SGM Langenthal
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	Centre Neuchâtelois de Psychiatrie	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Luzerner Psychiatrie	Psychiatrische Dienste Aargau	Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
Psychiatrie Baselland		

## 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

- Arbeitszeiten der Assistenzärzte – illegal, aber völlig normal», SRF, 14. April 2017
- Bachrach, D. (2015): The Value Proposition of Retail Clinics
- Banik, C., Ogg, M., und Pedernana, M. (2008): Hybride und mezzanine Finanzierungsinstrumente: Möglichkeiten und Grenzen
- «Bülacher Chefarzt muss in Liestal operieren», NZZ, 22. Juli 2017
- Bundesärztekammer/KBV (2017): Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen
- Bundesamt für Gesundheit (2016): Grundversorgung für Kunden und Patienten aus Sicht des Bundes
- Bundesrat (2016): Demografischer Wandel in der Schweiz: Handlungsfelder auf Bundesebene
- «Can Nurse Practitioners Prescribe Medication?», NP Schools, 2017
- «CAS Klinische Fachspezialistin/Klinischer Fachspezialist», ZHAW, 2017
- Coindesk (2017): Monthly New ICO Funding, 29. September 2017
- «Die Ausbildungsoffensive beim Medizinstudium steht in der Kritik», Tages-Anzeiger, 3. April 2017
- «Erfolgsprojekt Clinical Nurses: Die Viertelgöttinnen in Weiss», NZZ, 29. April 2016
- FINMA (2017): FINMA trifft Abklärungen bei ICOs
- IFBC (2017): H+ Die Spitäler der Schweiz – Bestimmung des kalkulatorischen Zinssatzes per 31. Dezember 2016
- Kieser, U. (2016): Advanced Practice Nurse und Clinical Nurse Specialist – neue Entwicklungen bei Pflegefachpersonen
- «Nichtärztliche Gesundheitsberufe: Ärzte sollen entlastet werden», Deutsches Ärzteblatt, 2017
- «Nurse Practitioner: Das amerikanische Modell», Kalaidos, 20. Juni 2016
- Obsan (2016): Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030
- «Pflegeexpertin ersetzt Hausarzt», Tages-Anzeiger, 22. Februar 2016
- «Physician Assistant vs. Nurse Practitioner vs. Medical Doctor», The Physician Assistant, 1. März 2017
- PwC (2016): Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen
- PwC (2016): Die Führung in den akut-somatischen Spitälern der Schweiz
- PwC (2016): So gesund waren die Finanzen 2015
- PwC (2017): CEO Survey Spitalmarkt Schweiz 2017 – Trends und Herausforderungen für Schweizer Spitäler und Kliniken
- «Übermüdete Ärzte bringen Patienten in Gefahr», NZZ, 11. April 2017
- Timmermans, M.J.C. (2017): The impact of the implementation of physician assistants in inpatient care: A multicenter matched-controlled study

## Kontakte



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



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

### Mitautoren

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

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

**Jan-Philipp Weber, CFA**  
Assistant Manager, Deals Gesundheitswesen  
+41 58 792 29 82  
jan-philipp.weber@ch.pwc.com

**Marius Obrist**  
Assistant Manager, Deals Gesundheitswesen  
+41 58 792 37 09  
marius.obrist@ch.pwc.com

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

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

Mit freundlicher Unterstützung durch PD Dr. med. Christina Heilmaier.

### Weitere Kontakte

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

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

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

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

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

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

