



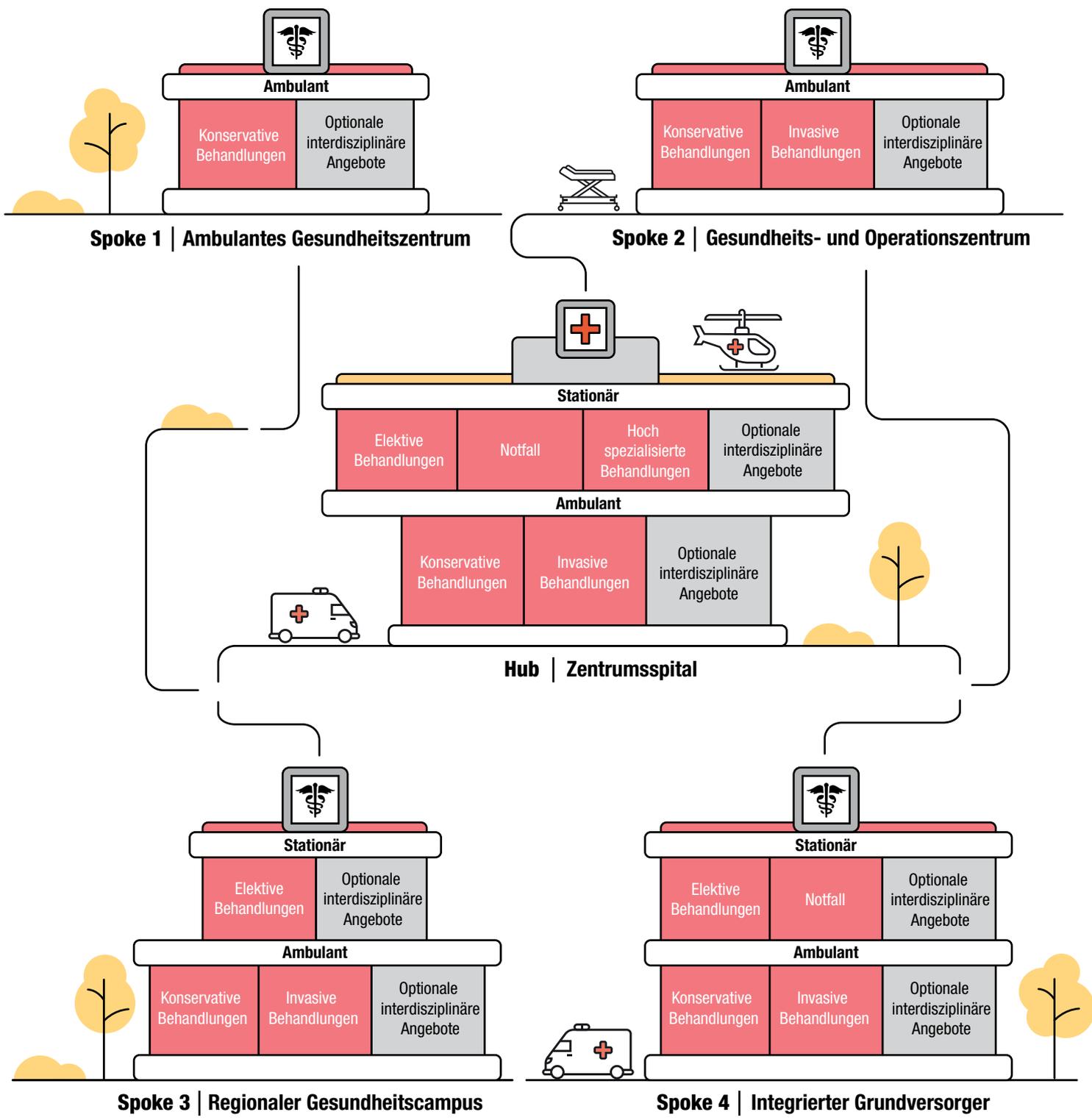
# Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz

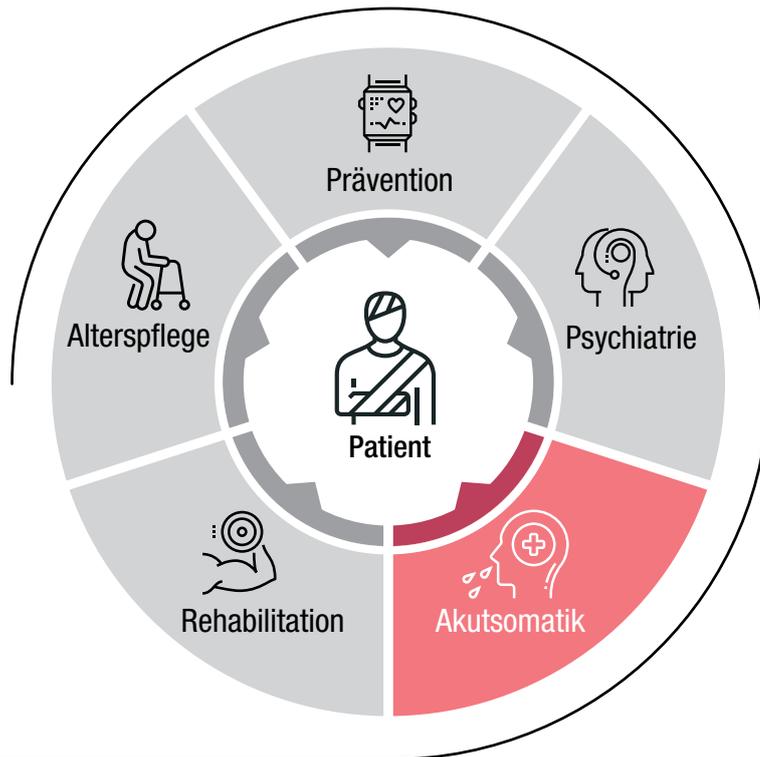
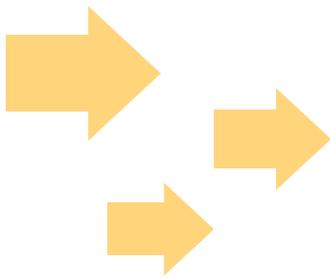
**Von starren Spitalstrukturen zu flexiblen Netzwerken:  
Lösungen durch innovative Geschäftsmodelle**

Mit Unterstützung des Verbands Privatkliniken Schweiz  
und des Verbands Zürcher Krankenhäuser



Durch die Transformation der Spitallandschaft in ein integriertes Gesundheitsnetzwerk bestehend aus Hubs und Spokes lassen sich alleine in der Akutsomatik jährlich bis zu 730 Mio. CHF Effizienzgewinne realisieren, der Fachkräftemangel wesentlich entschärfen und in den nächsten Jahren 2,6–3,1 Mia. CHF Infrastruktursynergien heben.





### Grundprinzipien zur weiteren Flexibilisierung der Gesundheitsversorgung



Qualitätswettbewerb statt Mengenwettbewerb



Zweckmässige Regulierung



Überregionale Spitalplanung



Durchgängige Tarifstrukturen



Finanzieller Spielraum für Innovation



Fairen Wettbewerb

### Gesamtauswirkungen auf die Akutsomatik

Reduktion Personalbedarf als Antwort auf Fachkräftemangel, bis zu:



6'300 Vollzeitstellen

Jährliche Einsparungen in operativen Synergien von bis zu:

730 Mio. CHF



Einsparungen in Infrastruktursynergien in der nächsten Investitionsperiode von bis zu:

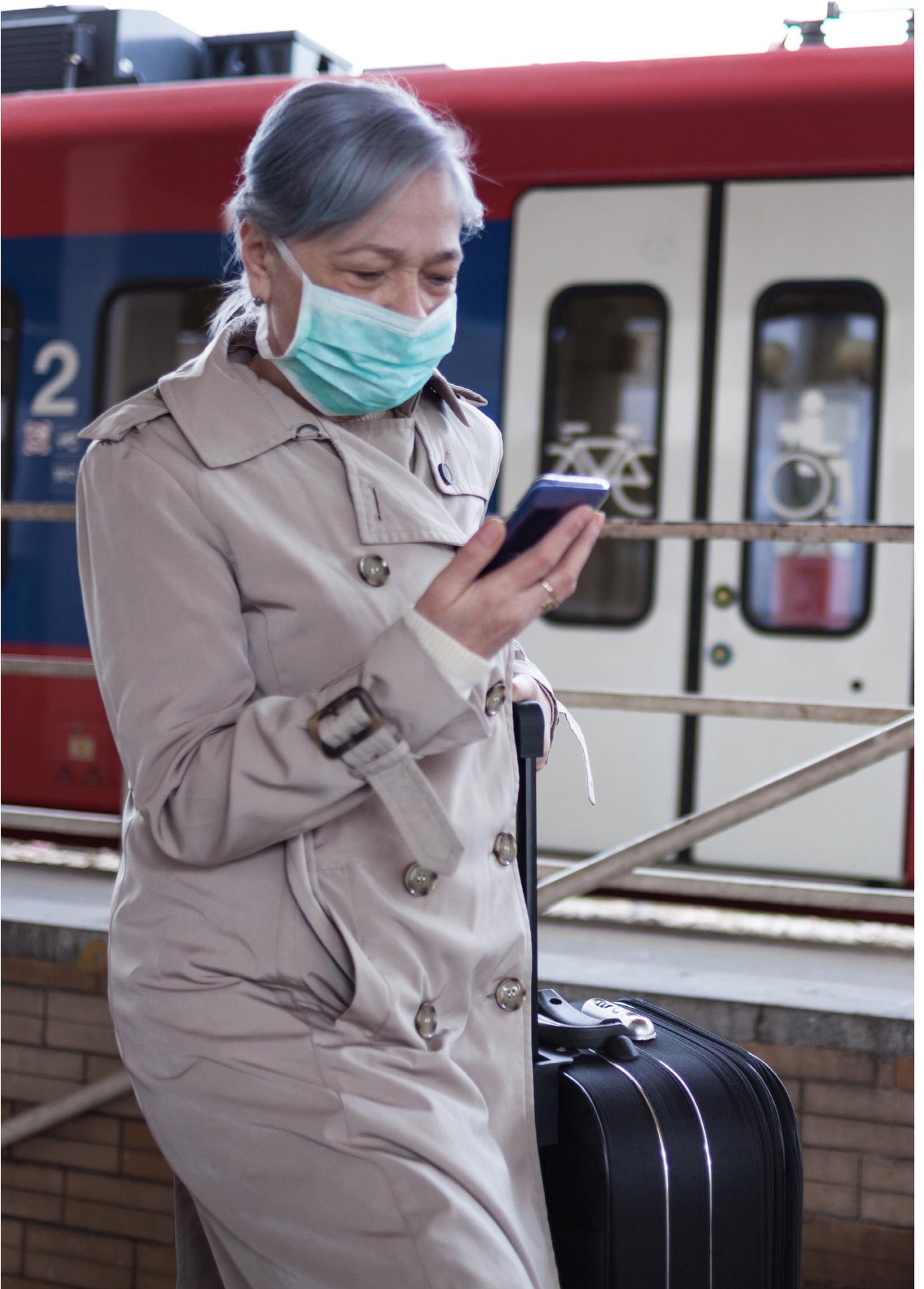


3,1 Mia. CHF



# Inhalt

<b>Zum Auftakt</b>	<b>7</b>
<b>Teil I: Aktuelle Strukturen im Kontext einer modernen Medizin</b>	<b>8</b>
Gesundheitswesen im Wandel	8
Patientenbedürfnisse verändern sich	11
Vom Silo zur Integration	12
<b>Teil II: Innovative Modelle für die Gesundheitsversorgung der Zukunft</b>	<b>16</b>
Hub-and-Spoke-Modell: Integrierte Versorgung im Netzwerk	16
<b>Vier flexible, integrierte Spoke-Modelle</b>	<b>19</b>
Spoke 1: Ambulantes Gesundheitszentrum	20
Spoke 2: Gesundheits- und Operationszentrum	22
Spoke 3: Regionaler Gesundheitscampus	24
Spoke 4: Integrierter Grundversorger	26
Zusatzbausteine zur Ausgestaltung eines Spokes	28
<b>Teil III: Quantitative Auswirkungen des Hub-and-Spoke-Ansatzes</b>	<b>30</b>
Kategorisierung der bestehenden Akutspitäler in Hubs und Spokes	30
Resultat der Parametrisierung	32
Hochrechnung der Effekte	34
Fazit und Interpretation	36
<b>Teil IV: Die Umsetzung eines Hub-and-Spoke-Modells</b>	<b>38</b>
Erfolgsfaktoren	38
Kooperationsformen im Netzwerk	40
Grundprinzipien zur weiteren Flexibilisierung der Gesundheitsversorgung	41
<b>Teil V: Schlusswort</b>	<b>45</b>
<b>Anhang</b>	<b>46</b>
Modellierung Gesamteffekt	46
Interviewpartner	47
Verdankung	47
Weitere Informationen	47
Quellenverzeichnis	48
Endnotenverzeichnis	49
Abbildungsverzeichnis	50
Abkürzungen und Glossar	51
<b>Publikationsübersicht</b>	<b>52</b>
<b>Kontakte</b>	<b>54</b>



# Zum Auftakt

Liebe Leserin, lieber Leser

Mit der Covid-19-Krise ist die Gesundheitsversorgung der Schweiz zu einem Schlüsselthema unserer Gesellschaft geworden. Schon vorher intensivierte sich der öffentliche Diskurs über die Entwicklungen des Gesundheitswesens, vor allem aufgrund der politischen Debatte um die steigenden Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien und nicht zuletzt auch aufgrund des ersten Kostendämpfungspakets des BAG, welches in der Junisession 2020 durch die Räte beraten wurde.

Die staatliche Steuerung in der Krise hat gut funktioniert. Im Gegenzug dazu zeigt sich, dass Planbarkeit an Grenzen stösst, noch bevor Klarheit über sämtliche Auswirkungen der Krise herrscht. So oder so hat Covid-19 das Bewusstsein für das Gesundheitswesen gestärkt und die Bevölkerung interessiert sich zunehmend für die Sicherstellung eines ausgezeichneten Gesundheitswesens.

In der vorliegenden Studie zeigen wir auf, wie sich die Schweizer Versorgungsstrukturen zukunftsfähig gestalten lassen, um Qualität, Patientenzentrierung und Wirtschaftlichkeit zu erreichen und gleichzeitig den Fachkräftemangel zu mildern. Zudem kann dadurch die Brücke zwischen einer wünschenswerten Vollversorgung im Pandemiefall und einem ressourcengerechten System im Regelfall geschlagen werden. Im Rahmen der aktuellen Debatte über die Knappheit an Spitalinfrastruktur im Pandemiefall ist Flexibilität der Schlüssel zum Erfolg – nicht das Vorhalten einer Maximalkapazität, die die Planung lediglich aus der Perspektive einer Krise taktet, wie sie hoffentlich nur einmal in Jahrzehnten vorkommt. Und schliesslich zeichnet sich seit Jahren eine klare Tendenz zur Fokussierung und Konsolidierung der stationären Versorgung ab.

In **Teil I** zeigen wir die zentralen Trends auf, die das Versorgungssystem der Schweiz beeinflussen. Wir erläutern, wie sich das System an neue, schneller ändernde Entwicklungen anpasst und welche dieser Entwicklungen in Zukunft an Einfluss gewinnen. Zudem leuchten wir die Patientenerwartungen aus, die sich ebenfalls ändern, und beschreiben die Silos der heutigen Versorgungsstrukturen.

**Teil II** konkretisiert die Idee des Hub-and-Spoke-Modells, das wir in unserer jährlichen Finanzstudie 2017 erstmals im Sinne der abgestuften Versorgung eingeführt haben.<sup>1</sup> Wir legen dar, wie flexibel gestaltete Spokes ein Gesamtsystem fördern, das als Netzwerk eine optimale Versorgung sicherstellt, und dieses dank Flexibilität auch in aussergewöhnlichen Zeiten aufrechterhalten.

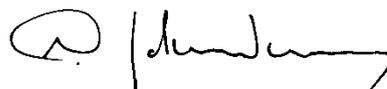
**Teil III** fasst die gesamtsystemischen Auswirkungen des gezeichneten Modells vor allem auf die Ökonomie zusammen. Durch eine höhere Integration und sinnvolle Strukturen mit flexiblen, bedarfs- und bedürfnisgerechten Angeboten lässt sich das Versorgungssystem entlasten. Mit einer stärkeren Konzentration auf spezialisierte Leistungen können zudem Ressourcenengpässe umgangen werden.

In **Teil IV** geben wir konkrete Empfehlungen für die Umsetzung eines Hub-and-Spoke-Modells. Wir skizzieren die Grundsätze, nach denen das System agieren sollte, damit es sich zu einem adäquateren Versorgungsmodell entwickeln kann.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und freuen uns über Ihre Reaktionen auf unsere Studie.



Philip Sommer  
Partner  
Leiter Gesundheitswesen  
PwC Schweiz



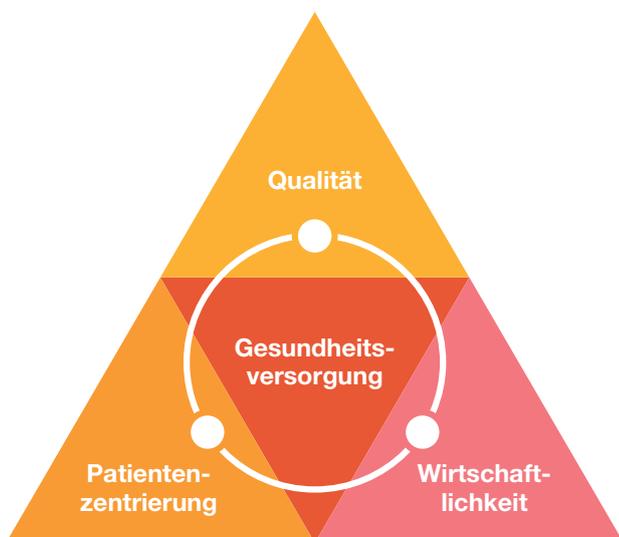
Patrick Schwendener  
Director  
Leiter Deals Gesundheitswesen  
PwC Schweiz

# Teil I

## Aktuelle Strukturen im Kontext einer modernen Medizin

### Gesundheitswesen im Wandel

Die Schweizer Gesundheitsversorgung steht im Wechselspiel zwischen Patientenzentrierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Diese Faktoren brauchen sich gegenseitig, um ein ausgewogenes Optimum zu erreichen. Die Leistungserbringer müssen immer häufiger neue Wege einschlagen, um den Anforderungen an eine moderne Medizin gerecht zu werden. Abbildung 1 zeigt die wichtigsten Trends.



Gesundheitserhaltung



Regulierung



Wettbewerb



Neue, interprofessionelle und interdisziplinäre Versorgungsmodelle



Ambulantisierung



Fachkräftemangel



Neue Rollenbilder



Innovationsbedarf bei Zusatzversicherungen



Preis- und Margendruck



Digitalisierung/Technologie

Abbildung 1: Aktuelle Trends im Schweizer Gesundheitswesen

Die **Ambulantisierung** wird auf verschiedenen Ebenen vorangetrieben. Einerseits ermöglicht der medizinische Fortschritt immer mehr ambulante Eingriffe.<sup>2</sup> Andererseits sorgen politische Bestrebungen dafür, dass sich stationäre Eingriffe in ambulante Strukturen verlagern.<sup>3</sup> Die verstärkte ambulante Leistungserbringung ist nicht nur medizinisch indiziert und politisch gewollt, sie entspricht auch dem Patientenbedürfnis nach flexibler, wohnortnaher und niederschwelliger Versorgung. Flexibel, wohnortsnahe und niederschwellig heisst, dass einfache und routinemässige Untersuchungen geografisch nahe gelegen in Anspruch genommen werden wollen und dass diese möglichst einfach zugänglich sein sollen. Für komplexe und spezialisierte Leistungen darf der Weg zum Spezialisten durchaus Zeit in Anspruch nehmen. So werden die Gesundheitsversorgung und damit das Spital anteilmässig immer ambulanter.

**Interprofessionelle und interdisziplinäre Versorgungsmodelle** gewinnen an Bedeutung.<sup>4</sup> Die Spezialisierung der Medizin und der Fachkräftemangel erfordern, dass verschiedene Berufsgruppen und Fachdisziplinen stärker zusammenarbeiten, damit sie die Patienten optimal versorgen können. Gefragt sind schnittstellenfreie, patientenorientierte Übergänge zwischen den verschiedenen Versorgungsstufen und den vor- und nachgelagerten Institutionen. Das Gesamtsystem soll durchlässig sein und eine Vernetzung zwischen allen Versorgungsstufen ermöglichen. Dazu gehören fließende Übergänge der gängigen Spitaldefinitionen zu kleineren, flexibleren und agileren Strukturen.

Wirtschaftlicher Druck, der zusätzliche Aufbau von Spitalkapazitäten in den vergangenen Jahren im Rahmen von Wachstumsstrategien, kürzere Aufenthaltsdauern, die Ambulantisierung und sich auflösende Grenzen zwischen den Leistungsangeboten führen dazu, dass der Wettbewerb zunimmt. Dadurch schreitet die Konsolidierung voran und begünstigt neue, vernetztere Geschäfts- und Versorgungsmodelle. Gleichzeitig erschwert der zunehmende **Wettbewerb** aber die Zusammenarbeit zwischen konkurrierenden Institutionen.

Um der Kostenentwicklung entgegenzuwirken, kommt es zunehmend zu staatlichen **Regulierungen**. Die wichtigsten Neueinführungen sind neue Tarifmodelle, wie SwissDRG seit 2012, Mindestfallzahlen oder die Liste ambulant durchzuführender Behandlungen. Zudem geraten die Tarife selbst unter Druck. So hat der Bundesrat 2014 und 2018 Senkungen am Ärztetarif TARMED vorgenommen.<sup>5</sup>

Bestrebungen bei Versorgung und Qualität führen zu einer stärkeren Konzentration der stationären Medizin. Die folgenden regulatorischen Massnahmen sind bereits eingeführt oder in Diskussion:

- Einführung von Mindestfallzahlen für Operationen und Behandlungen
- Einführung von Mengenbeschränkungen (Globalbudgets), Zielvorgaben oder mengeninverser Vergütung
- Zunehmende Prüfung der Notwendigkeit von Eingriffen (Einholung von Zweitmeinungen)
- Einführung qualitätsabhängiger Komponenten in der Vergütung
- Erhebung und obligatorische Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität)
- Steigende Anforderungen an Qualitäts- und Risikomanagement, Hygiene, IT-Sicherheit und andere Bereiche
- Steigende Anforderungen in der Spitalliste von Kantonen

Die Bevölkerung ist immer mehr auf die Eigenverantwortung der **Gesundheitserhaltung** sensibilisiert. Vor allem präventiv-medizinische Gesundheitschecks, die Überwachung der Vitalfunktionen mit Apps und Wearables sowie regelmässige präventiv-psychologische Sitzungen gewinnen an Bedeutung und werden von Arbeitgebenden und Versicherern gefördert.

Der Wettbewerb um gut ausgebildete und spezialisierte Fachkräfte wird sich verschärfen. Die tiefe Arbeitslosigkeit, die hohe Zuwanderungsquote, das allgemeine Wachstum sowie die hohen Qualifikationsanforderungen sorgen dafür, dass das Gesundheitswesen vom **Fachkräftemangel** überdurchschnittlich stark betroffen ist.<sup>6</sup> Die Zahl der bis 2030 zusätzlich benötigten Pflegepersonen wird auf 65'000 geschätzt: 29'000 Pflegepersonen mit Tertiärabschluss, 20'000 Pflegepersonen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II und 16'000 Personen ohne formale Ausbildung.<sup>7</sup> Wir gehen davon aus, dass sich der Fachkräftemangel vor allem in den ländlichen Gebieten insbesondere der Deutschschweiz akzentuiert. Die Covid-19-Krise hat klargestellt, dass das spezialisierte Personal der kritische Flaschenhals bei einer Überlastung des Gesundheitssystems ist – und nicht wie häufig kolportiert sonstige Ressourcen.

Darüber hinaus verändern sich die Anforderungen der arbeitenden Belegschaft, es zeigt sich ein Trend zu flexiblen Arbeitszeitmodellen und Teilzeitpensen. Ausserdem wenden sich immer mehr Spitäler von steilen Hierarchiestrukturen ab. Der in der Covid-19-Krise immer lautere Ruf nach besseren Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal wird voraussichtlich anhalten. So ist ein langfristig positiver Effekt auf den Fachkräftemangel durch eine veränderte Wahrnehmung des Gesundheitswesens denkbar.

Im Weiteren entstehen neue **Rollenbilder**, der Skill-Grade-Mix verändert sich (zum Beispiel vermehrte Delegation an Advanced Nurse Practitioners) und der Einsatz von technologiegetriebenen neuen Leistungserstellern wie Pflegerobotern nimmt zu. Aufgaben, die früher rein ärztlich ausgeführt wurden, werden an spezialisiertes Pflegepersonal übertragen oder sogar automatisiert. Neue Rollenbilder werden ebenfalls durch die Organisation in Netzwerken und geänderte Bedürfnisse der Arbeitnehmenden gefördert. So sind heute Modelle wie interdisziplinäre Teams mit einer pflegerischen Leitung möglich, die früher schwerer denkbar waren. Das spielt vor allem bei der Rekrutierung von jungem, motiviertem und qualifiziertem Personal eine zentrale Rolle und wird in 10 bis 15 Jahren noch viel wichtiger. Arbeitgebende müssen ein attraktives Arbeitsumfeld und entsprechende Vergütungs- und Arbeitszeitmodelle anbieten.

Der stationäre Ertrag aus **Zusatzversicherungen** war in den letzten Jahren rückläufig.<sup>8</sup> Der steigende Komfort für Grundversicherte im Spital und die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich machen die herkömmlichen Zusatzversicherungen weniger attraktiv. Insbesondere im ambulanten Bereich gibt es diverse gesetzliche Einschränkungen für den Aufbau neuer Zusatzversicherungsangebote.<sup>9</sup> Entsprechend sind innovative

Ideen gefragt, wie sich das Segment der Zusatzversicherten weiterentwickeln lässt. Denkbar sind Angebotserweiterungen mit zusätzlichen Services im ambulanten Bereich oder ein Ausbau der Prävention und digitalen Gesundheitsversorgung.

Durch den demografischen Wandel, regulatorische Eingriffe, die Ambulantisierung sowie die Wettbewerbssituation mit stationären Überkapazitäten besteht in der Schweiz ein erheblicher **Preis- und Margendruck** bei den Leistungserbringern. Die Politik wirkt den steigenden Gesundheitskosten und damit höheren Krankenkassenprämien verstärkt entgegen. Das manifestiert sich in der sinkenden Abgeltung von Leistungen in allen Leistungssegmenten und Teilmärkten.

Mit dem medizinischen Fortschritt setzt sich die **Digitalisierung** und Nutzung **neuer technologischer Möglichkeiten** durch. Der Einsatz von telemedizinischen Plattformen ermöglicht es, ortsunabhängig mit dem Arzt zu interagieren. Künstliche Intelligenz und maschinelles Lernen (ML) erlauben immer präzisere Diagnosen und Behandlungsempfehlungen. Die Akteure des Gesundheitswesens sind zunehmend digital miteinander verbunden.



## Patientenbedürfnisse verändern sich

Die Bedürfnisse der Patienten haben sich in den letzten Jahren verändert. Nachfolgend beschreiben wir fünf Grundbedürfnisse (vgl. Abbildung 2). Je nach Generation, kulturellem Hintergrund und individuellen Ansprüchen können diese variieren. Im Zentrum aller nachfolgend erläuterten Patientenbedürfnisse steht klar das Grundbedürfnis nach einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung.

Der moderne Patient will stärker in den Behandlungsprozess eingebunden sein. Er möchte als gleichberechtigter Partner an therapeutischen Entscheidungen teilnehmen (**«shared decision making»**).<sup>10</sup> Dazu müssen Arzt und Patient die Behandlungsoptionen besprechen, abwägen und gemeinsam eine Entscheidung fällen. Hier setzt das Konzept «smarter medicine» an.<sup>11</sup> Dabei erhält der Patient nach dem Motto «Weniger Medizin kann manchmal mehr sein» konkrete Tipps und Fragen zur Besprechung mit dem Arzt. «smarter medicine» will die Behandlungsqualität steigern. Die stärkere Einbindung des Patienten widerspiegelt sich auch in der politischen Diskussion. In seinem Bericht zur Gesundheit 2030 fordert der Bundesrat, die Gesundheitskompetenz der Bürger und Bürgerinnen zu stärken.<sup>12</sup>

Der Patient erwartet eine medizinische Behandlung, die auf ihn und seine Bedürfnisse zugeschnitten ist (**personalisierte und patientenzentrierte Medizin**).<sup>13</sup> Dieser Ansatz erlaubt wissenschaftlich fundierte und evidenzbasierte Behandlungsoptionen von der Prävention bis zur Nachsorge, die auf die spezifischen Merkmale des Patienten eingehen und Einflussfaktoren berücksichtigen.<sup>14</sup> Damit sollen Qualität und Effizienz der Behandlung gesteigert werden. Insbesondere im Bereich des Managements von chronisch Kranken bietet die personalisierte Medizin kombiniert mit digitalen Lösungen enorme Chancen.

Die von uns befragten CEOs von 49 Schweizer Spitälern gehen davon aus, dass **niedrige Eintrittsbarrieren** in Form von kürzeren Wartezeiten und Verfügbarkeit von medizinischen Leistungen sowie **Komfort** für die Patienten zukünftig relevant sein werden.<sup>15</sup> Dazu zählen patientenfreundliche Öffnungszeiten, sodass sich die Behandlung in den Alltag integrieren lässt. Die Patienten sind bereit, für mehrwöchige Behandlungen in der Rehabilitation, Psychiatrie oder Akutsomatik längere Wege hinzunehmen. Ein regionales, wohnortnahes Angebot wird hauptsächlich für Notfälle, wiederkehrende ambulante Behandlungen und Geburten gewünscht.<sup>16</sup>

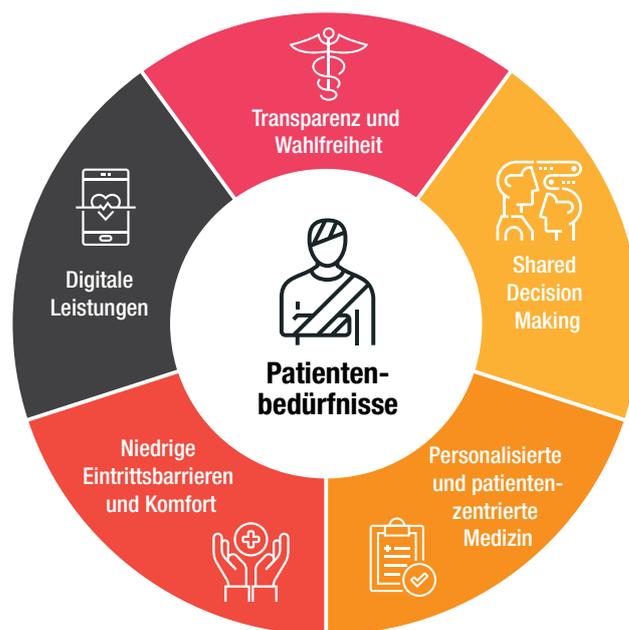


Abbildung 2: Grundlegende Patientenbedürfnisse

Die Digitalisierung schreitet auch in der Medizin unaufhaltsam voran. Sie kann dem Patientenwunsch nach weniger Wartezeit oder einem besseren Informationsfluss zwischen Patient und Arzt sowie zwischen Arzt und Arzt nachkommen; ein Wunsch, der aus der heutigen ineffizienten papierbasierten Datenverwaltung hervorgeht.<sup>17</sup> **Digitale Leistungen** wie telemedizinische Angebote erfreuen sich einer zunehmenden Nachfrage. Sie ermöglichen Zeitersparnisse durch den Wegfall der Anreise oder Wartezeit in der Praxis und erleichtern den Zugang zu weit entfernten Ärzten. 50% der Bevölkerung geben an, je nach Umstand die Konsultation digital durchzuführen.<sup>18</sup> Gerade während der Covid-19-Krise bot die Telemedizin eine ideale Alternative zum klassischen Arztbesuch, ganz ohne physische Interaktion und Infektionsrisiko.

Eine steigende Anforderung ist die noch wenig verbreitete **Transparenz** über Qualität, Behandlungserfolge und -resultate. Die Sicherheit einer qualitativ hochstehenden Behandlung mit einem guten Ergebnis ist für die Patienten entscheidend. Dafür nehmen sie einen längeren Anfahrtsweg zum Leistungserbringer auf sich. Zudem bleibt die **Wahlfreiheit** von Arzt und Spital für die Schweizer Bevölkerung wichtig.<sup>19</sup>

## Vom Silo zur Integration

Die aktuellen Versorgungsstrukturen des Schweizer Gesundheitswesens zeugen ebenso wie die Tarife von einem starken Silodenken (vgl. Abbildung 3). Mitunter der Grund dafür sind unterschiedliche Regulierungen und Tarifsysteme. Diese prägen Silos in den Versorgungsstrukturen, anstatt dass die optimale Versorgung die Tarifsysteme beeinflusst.

In der Konsequenz konzentriert sich die Versorgung mehrheitlich auf die eigene Leistungserbringung und Optimierung. Die Art der Leistungserbringung zwischen ambulant, tagesklinisch und stationär ist weniger durchlässig, als sie für eine optimale Versorgung sein sollte. So stehen nicht der Patient und seine Bedürfnisse im Fokus der Behandlung, sondern die Leistungserbringer auf ihrer jeweiligen Versorgungsebene (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie, Pflege usw.).

Die ungenügende Vernetzung der Versorgungseinrichtungen ist unter anderem auf die unterschiedlichen Tarifsyste- me und geltenden Regularien zurückzuführen. Während die Abrechnungssysteme und Tarife sich hauptsächlich auf Krankheitsbilder und einzelne Krankheitsepisoden beziehen, wäre der Patient über eine integrierte Behandlung auf seinem Patientenpfad deutlich besser versorgt. Doch das System funktioniert anders: Ambulante akutsomatische Leistungen werden anders abgerechnet als stationäre akutsomatische Leistungen, diese wiederum anders als stationäre psychiatrische oder Rehabilitationsleistungen. So durchläuft ein Patient für eine Behandlung oft mehrere Tarifsysteme und Regulierungsräume, in denen sich isolierte Akteure selber optimieren. Das System richtet sich also nicht nach den Patienten, sondern nach teilweise überholten Strukturen.

Erschwerend kommt hinzu, dass für die verschiedenen Sektoren unterschiedliche föderale Ebenen zuständig sind. Für die Alterspflege sind teilweise die Gemeinden zuständig. Die Kantone wiederum zeichnen für die stationären Aufenthalte in der Rehabilitation, Psychiatrie und Akutsomatik verantwortlich. Der Bund ist über das KVG hauptsächlich für die Gestaltung des Krankenversicherungswesens, der Tarife und somit für gesamtsystemische Fragen verantwortlich.

Aufgrund dieses Silodenkens wird insbesondere in den Schnittstellen versucht, klare Grenzen zu definieren. Allerdings sollte die Versorgung die Regulierung und Tarifierung prägen – nicht umgekehrt. Sie sollte den entstehenden Angeboten in den Schnittstellen der Versorgungsstrukturen (z. B. zwischen Psychiatrie und

Akutsomatik im Rahmen von psychosomatischen oder somatopsychiatrischen Angeboten) eine finanzielle Chance geben. Um die Bedürfnisse des Patienten in den Mittelpunkt der Leistungserbringung zu stellen und den übergeordneten Trends zu folgen, muss sich die aktuelle Versorgungsperspektive ändern. Das liesse sich über ein integriertes Versorgungsmodell erreichen: In einem intelligenten Netzwerk agieren die Akteure stets im Interesse der Patienten.

### Zusammenarbeit zwischen Trägerschaften

Die Zukunft liegt in der verstärkten Zusammenarbeit zwischen Trägerschaften. In der Vergangenheit hat sich ein Silo- und Konkurrenzdenken entlang von Trägerschaftsstrukturen gebildet. Von öffentlichen Spitälern wird den Privatspitälern **Rosinenpickerei**<sup>20</sup> vorgeworfen und von Privatspitälern kommt der Vorwurf des ungleichen **Wettbewerbs**.<sup>21</sup> Netzwerkbestrebungen zwischen Privaten und Öffentlichen sind bisher weniger verbreitet, obwohl sie medizinisch ebenso naheliegend wären. Auch hier braucht es ein angepasstes System, in dem der Patient im Zentrum steht (vgl. Abbildung 4). Erste positive Beispiele schlagen die Brücke zwischen den Trägerschaften, wie zum Beispiel Clarunis, das gemeinsame Bauchzentrum des privaten St. Claraspital und des Universitätsspitals Basel, die Beteiligung des Swiss Medical Networks (SMN) am Hôpital Jura Bernois (HJB), die Übernahme des Spitals Einsiedeln durch die AMEOS-Gruppe oder das gemeinsame ambulante chirurgische Zentrum von dem Hôpitaux Universitaires Genève (HUG) und der Hirslanden Gruppe.

In der Covid-19-Krise haben direkte Konkurrenten vorbildlich zusammengearbeitet. In kürzester Zeit haben sich Gesundheitseinrichtungen und Kantone organisiert. Beispielsweise wurde die Klinik Luganese Moncucco von einem Akutspital in ein Covid-19-Zentrum umfunktioniert.

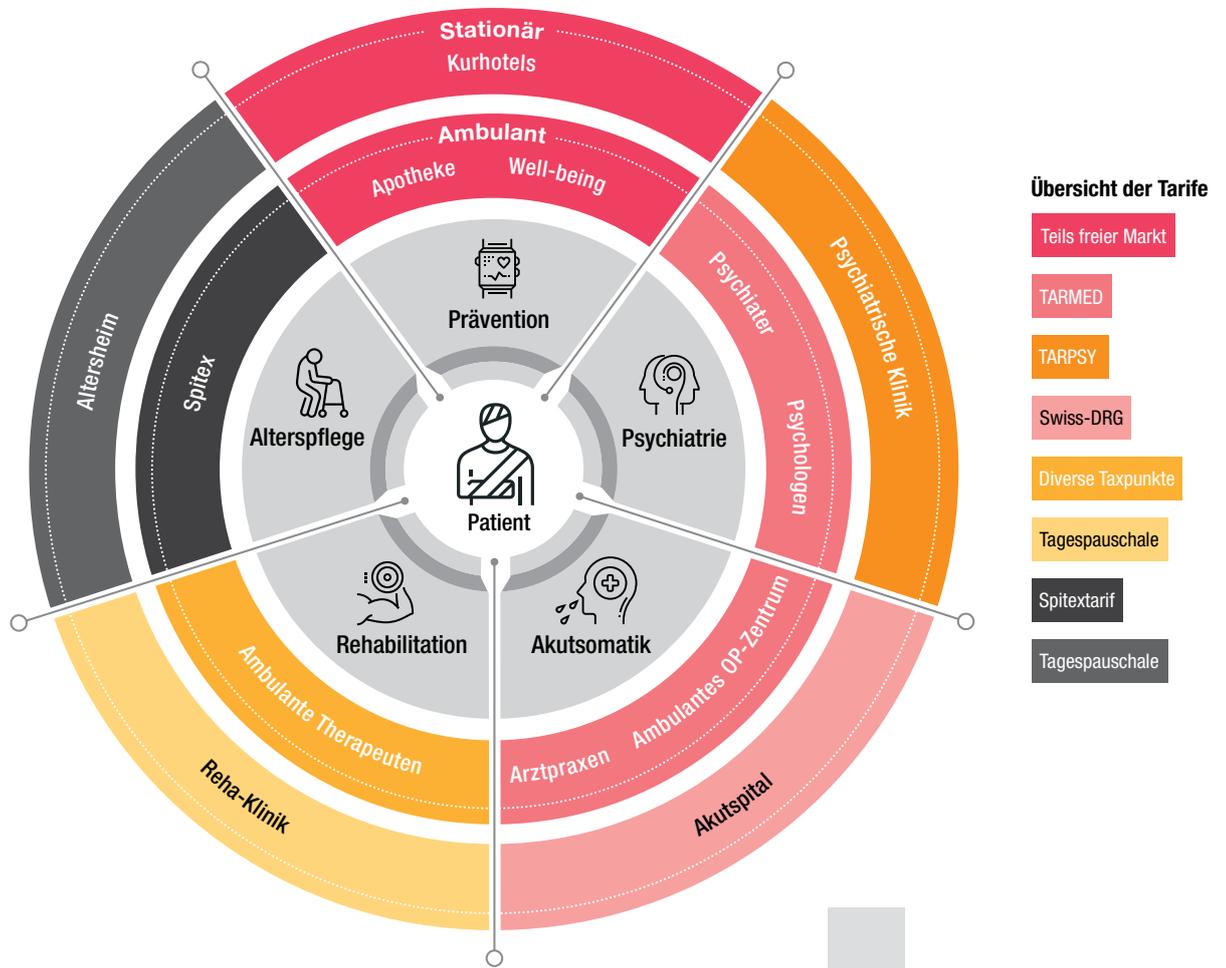


Abbildung 3: Starkes Silodenken prägt die aktuellen Strukturen des Schweizer Gesundheitswesens

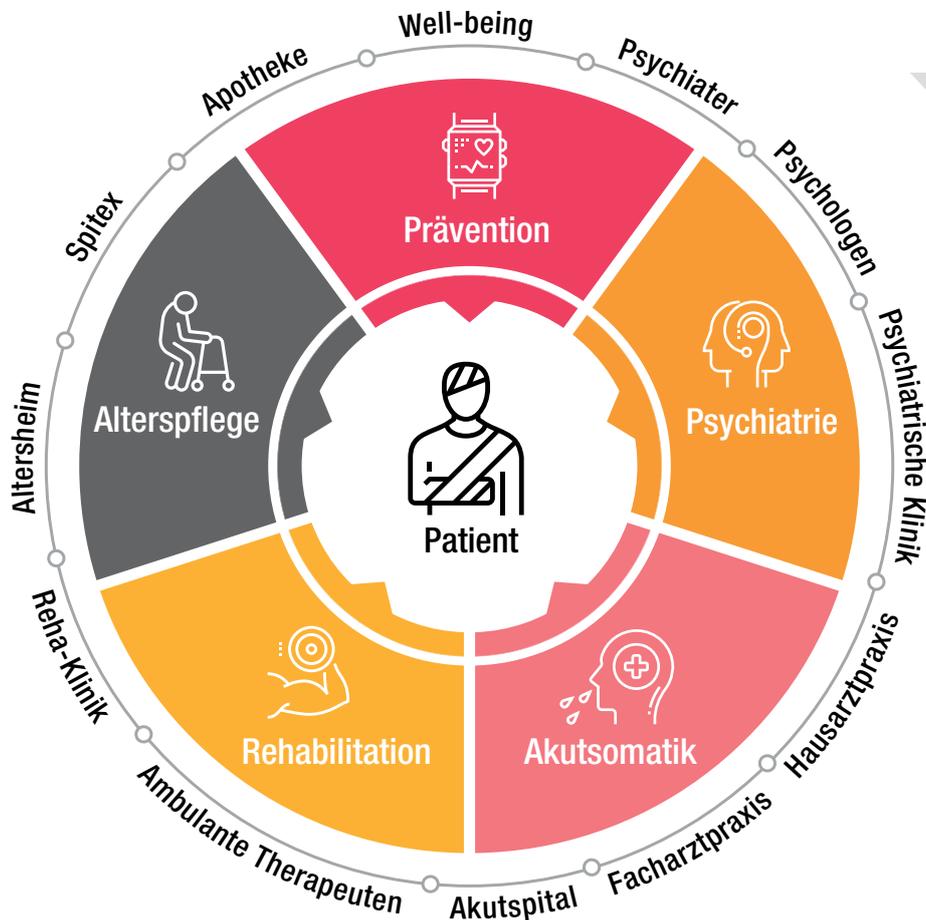


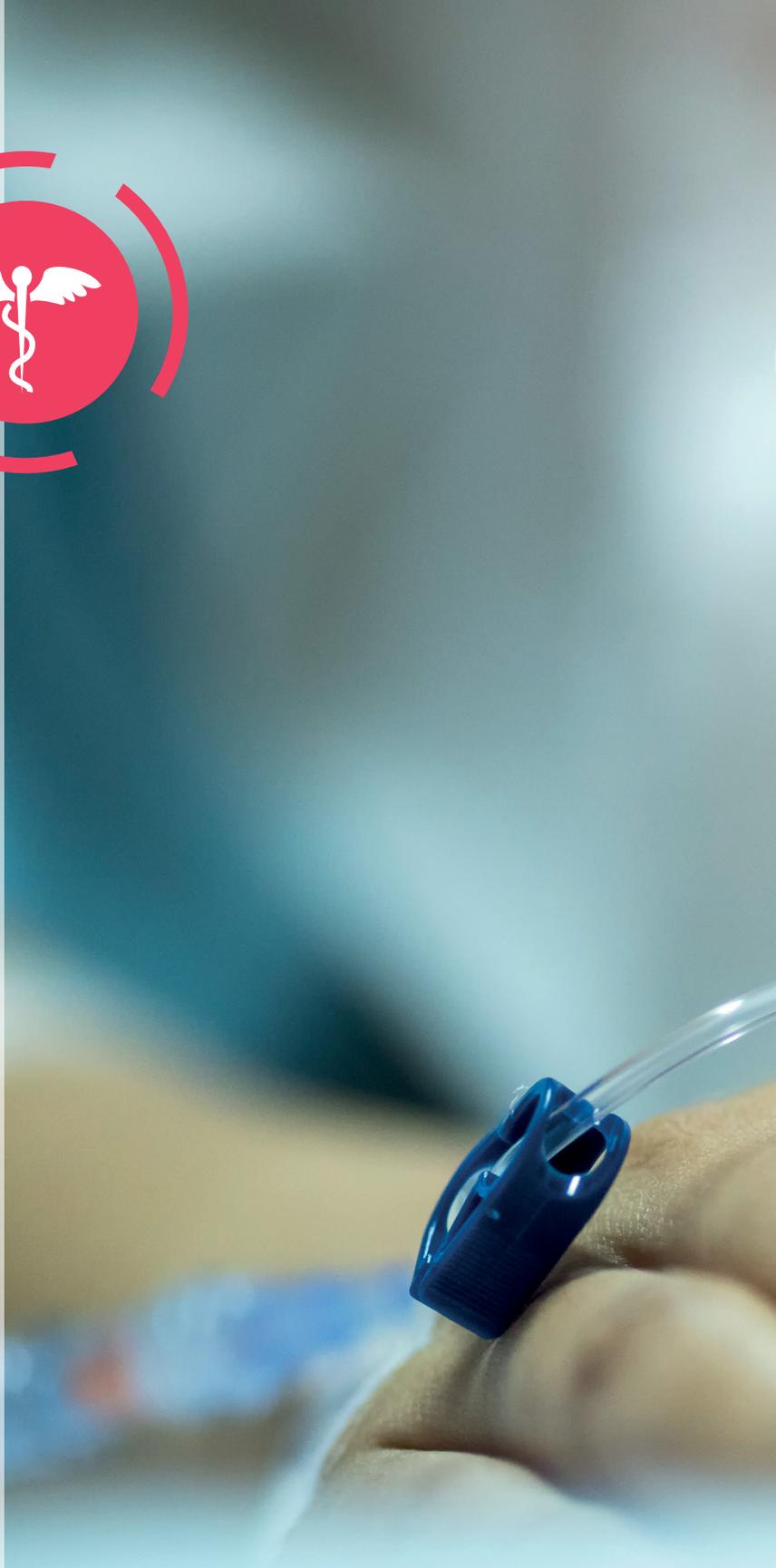
Abbildung 4: Das integrierte Versorgungsmodell der Zukunft bildet ein Netzwerk um den Patienten



## Praxisbeispiel: Clinica Luganese Moncucco

**Christian Camponovo**, Direktor der Clinica Luganese Moncucco, erläutert, was in der Covid-19-Krise anders lief. Normalerweise steht die Clinica Luganese Moncucco in Konkurrenz zu diversen anderen Spitälern in der Region Lugano. Als mittelgrosses Spital mit rund 200 Betten stehen die Kooperation mit Psychiatrien, Rehabilitationskliniken oder beispielsweise Spitexanbietern und weitläufigere spezialisierte Kooperationen mit anderen Privatkliniken im Vordergrund. Im Kerngeschäft der Akutsomatik ist man sehr vorsichtig in Sachen Kooperationen mit direkten Konkurrenten.

Zu Beginn der Covid-19-Pandemie arbeiteten die öffentlichen und privaten Spitäler im besonders stark betroffenen Tessin einen gemeinsamen Plan aus. Die Clinica Luganese Moncucco wurde als eines von zwei Covid-19-Zentren im Tessin positioniert. In der Notsituation gab es weder ein Versorgungsüberangebot noch Konkurrenzdenken zwischen den Spitälern, sondern konvergierende Ziele. Die Clinica Luganese Moncucco konnte die hektische Phase grösstenteils mit eigenem Personal bewältigen. Allgemein ist im Tessin der Engpass bei Ärzten und Pflegepersonal etwas weniger ausgeprägt als in der Deutschschweiz.





«Im Normalbetrieb herrscht ein Versorgungsüberangebot und ein ausgeprägter Wettbewerb. In der Covid-19-Krise legten die Spitäler das Konkurrenzdenken ab und gingen die Notsituation gemeinsam an. Der Wettbewerb zwischen Spitälern bringt uns langfristig eine höhere Behandlungsqualität, erschwert aber gewisse Kooperationen zulasten des Patienten. Wir müssen eine gesunde Balance zwischen den beiden Aspekten finden.»

# Teil II

## Innovative Modelle für die Gesundheitsversorgung der Zukunft

### Hub-and-Spoke-Modell: Integrierte Versorgung im Netzwerk

Eine integrierte Versorgung erfordert eine enge Vernetzung verschiedener Leistungserbringer in einem Netzwerk. Eine solche Vernetzung erlaubt das Hub-and-Spoke-Modell. Versorgungsnetzwerke lassen sich in diversen Varianten unabhängig von Rechtsform und Trägerschaft umsetzen und können sich in verschiedenen Ausprägungen überlappen.

Das idealtypische Hub-and-Spoke-Modell stellt eine abgestufte Versorgung im Netzwerk sicher. Dazu werden medizinisch komplexe oder infrastrukturintensive Leistungen im Zentrum (Hub) angeboten. Die verschiedenen dezentralen Spokes stellen neben dem Hub die Grundversorgung sicher. In grösseren, dicht bevölkerten Regionen wie Zürich oder Genf kann es mehrere sich überlappende Netzwerke mit thematisch unterschiedlichen Schwerpunkten der Hubs geben. In sehr weitläufigen Netzwerkstrukturen können sich ergänzend zum Zentrumshub weitere regionale Hubs bilden. Diese koordinieren eine Versorgungsregion, auch wenn sie nicht als Endversorger agieren. Beispiele

dafür sind das Spitalzentrum Biel oder das Spital Thun, die als regionale Hubs gemeinsam mit dem Inselspital Bern als Zentrumshub ein Netzwerk bilden.

Die Vernetzung in einem idealtypischen Modell ist nicht an bisherige regionale Grenzen gebunden. Das Hub-and-Spoke-Netzwerk soll auch kantonsübergreifend funktionieren. Wir gehen von rund 20 Netzwerken aus, die die Gesundheitsversorgung in der Schweiz sicherstellen (vgl. Teil IV: «Die Umsetzung eines Hub-and-Spoke-Modells»).

Für die integrierte Versorgung braucht es eine Durchlässigkeit zwischen den Versorgungsstufen und Fachdisziplinen. Nur so wird patientenzentriertes Arbeiten möglich. Für eine solche Struktur sind nicht nur die Leistungserbringer gefordert. Auch Finanzierungsfragen müssen geklärt werden. Zudem müssen die Krankenversicherungen solche innovativen Modelle zulassen. Gerade die Integration der Prävention mit den aktuellen Rahmenbedingungen erweist sich als schwierig.

### Das PwC-Modell für integrierte Versorgung zusammengefasst



Organisation einer abgestuften Versorgung in einem Netzwerk mittels Hub-and-Spoke-Modell



Überregionale Versorgung



Interdisziplinarität und Interprofessionalität



Bedarfs- und bedürfnisorientiert mit hoher Patientenzentrierung

Abbildung 5: Die vier Grundprinzipien der integrierten Versorgung



### **Zentrumsspitäler als Hub**

Der Hub koordiniert das Versorgungsnetzwerk und stellt als Zentrumsspital mit mindestens 18'000 stationären Fällen die grösste Versorgungseinrichtung dar. Im Hub werden Kompetenzen und Expertise für komplexere Einzelfälle gebündelt. Der Fokus der Leistungserbringung liegt im Vergleich zu den Spokes nicht ausschliesslich auf der Grundversorgung, sondern deckt ein sehr breites Leistungsportfolio ab. Dazu sind im Hub Vorhalteleistungen wie ein ausgebauter Notfall, eine Intensivstation und diverse Spezialisten verschiedener Fachabteilungen vorhanden. Diese ermöglichen zudem Leistungen in der hochspezialisierten Medizin. Beim Hub handelt es sich aber nicht ausschliesslich um die fünf Universitätsspitäler, sondern vielmehr um grosse öffentliche und private Zentrumsspitäler. Diese rund 20 Netzwerke unterscheiden sich damit klar von der BFS-Kategorisierung «Zentrumsspital». Je nach regionalen Bedürfnissen sind in grossflächigen Gebieten teilweise auch kleinere regionale Hubs vorstellbar. Solche konzentrieren sich mit einem Volumen von rund 10'000 und mehr Fällen mehrheitlich auf die erweiterte Grundversorgung.

### **Grundversorger als Spokes**

Spokes stellen die integrierte Grundversorgung in Wohnortnähe sicher. Die Ausgestaltung der Spokes richtet sich nach dem Bedarf des Umfelds. Patienten werden in enger Abstimmung mit dem Hub zwischen diesem und den Spokes verschoben. Eine Planung und Steuerung durch den Hub ist denkbar. Die Kooperation im Hub-and-Spoke-Netzwerk erfordert keine gemeinsame Eigenerstruktur.

Der Spoke weist eine hohe Anpassungsfähigkeit an die jeweilige Situation aus. So können gewisse Spokes in Ausnahmesituationen wie der Covid-19-Krise oder im Rahmen einer normalen Grippe als zentrale Anlaufstelle im Netzwerk fungieren.



## Praxisbeispiel: Das integrierte Versorgungsnetzwerk des Kantonsspitals Graubünden (KSGR)

**Dr. oec. HSG Arnold Bachmann**, CEO des Kantonsspitals Graubünden, erläutert, warum seine Institution den Weg einer integrierten Versorgung und Vernetzung mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen geht. Mit aktuell über 160 verschiedenen Kooperationsverträgen hat es sich in der Region erfolgreich als Hub etabliert. Die Kooperationen reichen entlang dem Patientenpfad von der ambulanten Grundversorgung über die Nachsorge in der Rehabilitation bis zur Spitex und Langzeitpflege. Dank der Organisation im Netzwerk liessen sich die Strukturen in der Region professionalisieren.

**«Eine integrierte Versorgung in Graubünden war nötig, um professionelle Strukturen zu schaffen.»**

Bei den Kooperationen steht die patientenzentrierte Versorgung im Mittelpunkt. Beispielsweise im Bereich der Radio-Onkologie arbeitet das Spital mit dem Kantonsspital Glarus zusammen, damit die Sprechstunden weiterhin wohnortsnah stattfinden können. Wird teure Infrastruktur wie ein Linearbeschleuniger benötigt, müssen die Patienten ins Kantonsspital Graubünden kommen. Nur so können die beiden Spitäler ihre Infrastruktur auslasten und kostendeckend betreiben. Neben den finanziellen Vorteilen für beide Parteien profitiert der Patient von einer höheren Behandlungsqualität. Dieser schätzt die grössere Erfahrung und Spezialisierung des Personals. Entsprechend ist die Patientenzufriedenheit gestiegen. Eine solche Kooperation stellt eine klassische Win-win-Situation dar, erfordert jedoch Flexibilität und Reisebereitschaft des Personals und ein ständiges Optimieren der Zusammenarbeit.

Für sämtliche Kooperationen setzt das KSGR auf Kooperationsverträge statt auf den Aufbau von Konzernstruk-

turen. Kooperationsverträge haben gemäss Beurteilung des KSGR den Vorteil, dass beide Kooperationspartner den Vertrag unterschreiben und einen Nutzen darin sehen müssen. Bei Konzernstrukturen mit Top-down-Entscheidungen wird das Patientenwohl womöglich zu wenig berücksichtigt.

Das KSGR will seine Kooperationen auch in Zukunft ausbauen. Es sucht aktuell geeignete Kooperationspartner für die Rehabilitation. Von diesen erwartet das KSGR ausreichend Grösse und Flexibilität, sodass es sämtliche Subdisziplinen anbieten und in sein akutsomatisches Angebot integrieren kann. Die Zusammenarbeit soll vom Konsiliardienst bis zu einer gemeinsamen Behandlung des Patienten reichen.

**«Die Organisation des Gesundheitswesens in Netzwerken bringt einen klaren Nutzen für den Patienten, erhöht die Qualität und ermöglicht einen effizienten Betrieb.»**

Mit rund 18'000 stationären Fällen in 33 verschiedenen Fachgebieten muss das KSGR als kleiner Hub über die Kantongrenze hinausdenken. Um die gesamte Bandbreite der Versorgung abzudecken, braucht es ein Einzugsgebiet von zirka 400'000 Personen. Eine Aufteilung der spezialisierten Fachgebiete auf verschiedene Standorte ist mit wenigen Ausnahmen sinnlos. Querschnittsdisziplinen wie Anästhesie, Labore und andere werden von vielen Fachgebieten benötigt, sodass weitere teure Vorhalteleistungen aufgebaut werden, die nicht den gleichen Qualitätsstandard erfüllen. Zudem nimmt der Patient für eine bessere Behandlungsqualität eine längere Fahrzeit in Kauf.

## Vier flexible, integrierte Spoke-Modelle

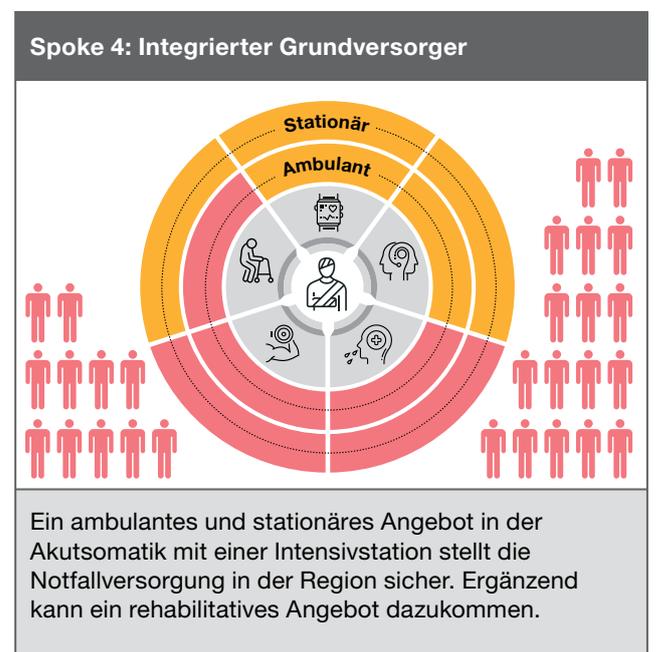
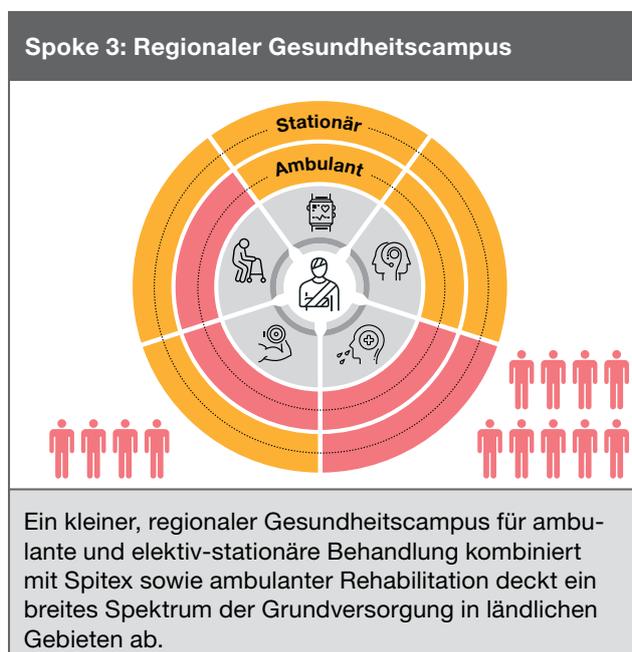
Das Angebot eines Spokes ist stark nachfragebasiert und kann mit Bausteinen flexibel zusammengestellt werden. In den nachfolgenden Ausführungen richten wir uns vorwiegend nach den Inhalten solcher Spokes und weniger nach regulatorischen Vorgaben oder Definitionsfragen. Grundsätzlich können aber alle Spokes als Spital im weiteren Sinne gelten.

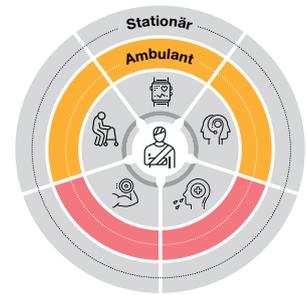
Die folgenden Spoke-Modelle lassen sich modular aufbauen und mit medizinischen Angeboten ergänzen oder anpassen. Die Zusatzbausteine zur Ausgestaltung eines

Spokes sind auf Seite 28 beschrieben. Da die Akutsomatik den grössten Bereich in der Versorgung darstellt, haben wir die Spoke-Modelle um die Akutsomatik gestaltet und vorwiegend mit akutsomatischen Zahlen gerechnet. Allerdings wären auch andere Modelle denkbar, die sich primär auf die Rehabilitation oder Psychiatrie konzentrieren und diese Bereiche um akutsomatische Leistungen ergänzen (z. B. Spoke 1 in Zusammenhang mit einer stationären Rehabilitation oder Psychiatrie).

### Vier mögliche Spoke-Modelle

 Patient ■ Eingerechnet in Modell ■ Optionale Erweiterungen





## Spoke 1: Ambulantes Gesundheitszentrum

Ein ausgedehntes hausärztliches Angebot kombiniert mit ambulanter Rehabilitation und einem Walk-in-Notfall stellt die ambulante Grundversorgung wohnortsnahe sicher.

### Rolle im Hub-and-Spoke-Modell

Das ambulante Gesundheitszentrum eignet sich für ländliche, urbane und suburbane Gebiete, abhängig von der Nachfrage und den weiteren Hub-and-Spoke-Standorten. Für den Betrieb ist ein minimales Einzugsgebiet von zirka 25'000 Personen nötig. Dieses Einzugsgebiet geht wie in den nachfolgenden Spokes davon aus, dass keine weiteren vergleichbaren Leistungsanbieter im gleichen Bereich tätig sind.

An diesem Spoke-Standort sind mehrere internistische Ärzte tätig, ergänzt durch stark frequentierte Spezialisten wie Gynäkologen oder Kardiologen. Zudem übernehmen ein bis zwei Advanced Nurse Practitioners (ANP) eine Schlüsselfunktion in der Leistungserbringung. Sie können im Sinn des Netzwerks durch den Hub gestellt werden und erhöhen die Durchlässigkeit zwischen Spoke und Hub.

Das hausärztliche Angebot wird mit einer ambulanten Rehabilitation kombiniert und deckt ein breites ambulantes Spektrum von Prävention, Diagnose und Therapie an fünf Tagen in der Woche von 7 Uhr bis 20 Uhr ab. Unter Annahme positiver Voraussetzungen ist ein Betrieb mit einem EBITDAR von 12% bis 15% möglich, sogar mit den aktuellen Tarifen. In Einzelfällen kann dieses Ergebnis

### Eckwerte

Ressourcen			
8-10	Ärzte	14-18	Weiteres medizinisches Personal
✓	Basisdiagnostik	5-7	Untersuchungszimmer
✗	Operationssäle (ambulant)	✗	Stationäre Betten
✗	Intermediate Care (IMC)	✗	Intensivstation

Leistungs- und Finanzkennzahlen			
0	Stationäre Fälle in Tsd.	6-8	Ertrag in Mio. CHF
12-16	Ambulante Konsultation in Tsd.	12-15	Ziel EBITDAR in %

sogar übertroffen werden. Grundvoraussetzung für die finanzielle Viabilität des ambulanten Gesundheitszentrums sind deutlich schlankere Strukturen als in herkömmlichen Spitälern. Daher kann es eine Grundversorgung wesentlich effizienter und kostengünstiger sicherstellen. Das Geschäftsmodell orientiert sich vielmehr an Ärztehäusern und verzichtet vor allem auf ein 24/7-Angebot.<sup>22</sup>

### Die Innovationsfaktoren eines ambulanten Gesundheitszentrums



#### Advanced Nurse Practitioners (ANP)

Die Ausbildung zum ANP verlangt einen Master of Science in Nursing mit Fokus auf ANP und vertiefte Berufserfahrung. Mit dieser Ausbildung sind ANPs als neue Hierarchiestufe zwischen Ärzten und Pflegepersonal angesiedelt. Im ambulanten Bereich entlasten sie Ärzte wesentlich in der Anamnese und klinischen Untersuchung. So übernehmen sie beispielsweise Wundbehandlungen, Infusionen, Hausbesuche, Beratung und das Case Management.



#### Institutionelle Anbindung im Netzwerk

Durch die Integration in ein Hub-and-Spoke-Netzwerk kann sich das ambulante Gesundheitszentrum auf die einfachere medizinische Leistungserbringung konzentrieren. Komplexere Fälle werden an einen anderen Spoke oder an den Hub weiterverwiesen. Das ermöglicht geregelte und effiziente Arbeitsbedingungen für die Ärzte. Zudem werden Leistungen wie Logistik, Finanzen, Personalplanung oder IT im Netzwerk gebündelt.



#### Integration der ambulanten Rehabilitation

Die Kombination der Leistungsangebote verkürzt die Patientenwege und erlaubt es, das Angebot der Nachfrage anzupassen. Angestellte wie Physiotherapeuten könnten zwei bis drei Tage im ambulanten Gesundheitszentrum tätig sein und die restliche Zeit im Hub arbeiten. Zudem wird die Infrastruktur mit gemeinsamen Bereichen wie Empfang, Toiletten oder Sprechzimmern schlank gehalten.



## Praxisbeispiel: Réseau Delta

**Dr. Philippe Schaller**, Initiator des Réseau Delta, legt die Grundidee des Westschweizer Hausarztmodells aus. Die Plattform ist eines der ersten integrierten Gesundheitsnetzwerke in der Westschweiz. 1992 gegründet, vereint Réseau Delta mehr als 800 Hausärzte für die gesamte Westschweiz (mit Ausnahme des Kantons Neuenburg). Hier werden mehr als 280'000 Versicherte betreut. Das Netzwerk gilt als Pionier der integrierten Versorgung in der Westschweiz.

Das Réseau Delta entstand ursprünglich aus der Tatsache, dass die Allgemeinmedizin einer wachsenden Zahl chronisch kranker Patienten gegenübersteht. In den meisten Fällen kann der Hausarzt die verschiedenen Behandlungen, die vom Krankenhaus oder vom Facharzt verordnet werden, kaum koordinieren. Diese Fragmentierung birgt eine Gefahr für den Patienten und unnötige Kosten für das Gesundheitssystem.

Gemeinsam mit zehn Partnerkrankenkassen wurde darum das Réseau Delta als «Hausarztmodell» geschaffen. Darin übernimmt der Hausarzt die zentrale Betreuung, Koordination und Überweisung des Patienten an Fachärzte und weitere Gesundheitseinrichtungen. Dieser Ansatz verbessert auch die Nachsorge chronischer Patienten. Die Finanzierung erfolgt über ein Capitation-Modell. Das Netzwerk erhält von den Krankenkassen eine fixe Pauschale pro versicherte Person statt der Vergütung von Einzelleistungen.

---

**«Die Finanzierung über das Capitation-Modell ist für uns eine zentrale Grundlage, damit wir innovative Projekte in der Prävention und die Integration von neuen Rollenmodellen vorantreiben können.»**

---

Das Réseau Delta arbeitet mit mehreren Apotheken und pharmazeutischen Gruppen, Analyselabors sowie privaten und öffentlichen Krankenhäusern zusammen.

Für die Leistungserbringung werden neue Rollen wie Advanced Nurse Practitioners integriert, die den Hausarzt entlasten. Zudem engagiert sich das Réseau Delta stark in der Prävention. Es beteiligt sich an Aktionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die von den Gemeinden initiiert werden, und nimmt in Zusammenarbeit mit den Gemeinden an Umwelt- und Gesundheitsförderungsprogrammen teil.

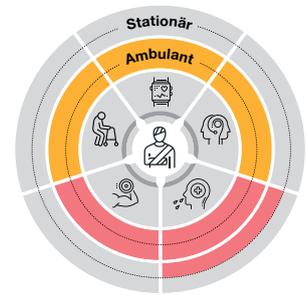
Das Capitation-Modell schafft den nötigen Anreiz zur Präventionsarbeit. Jeder Patient, der dank präventiver Massnahmen nicht ins Réseau Delta kommen muss, verursacht keine Kosten. Die Pro-Kopf-Erträge kommen trotzdem dem Réseau Delta zugute. Die Zahlen beweisen: In diesem Modell lässt sich die Effizienz steigern und die Pro-Kopf-Vergütung des Réseau Delta senken. 2015 lagen die von den Versicherten verursachten Gesundheitskosten um 14% tiefer als im Schweizer Durchschnitt.

Die Zusammenarbeit bei der integrierten Versorgung stellt heute eine grosse Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. Es braucht eine höhere Transparenz zwischen den Gesundheitsakteuren und die Bedürfnisse der Bevölkerung müssen im Zentrum stehen.

---

**«Nur durch die Zusammenarbeit aller Gesundheitsakteure, einschliesslich der Patienten, wird es möglich sein, den Patientenpfad zu verbessern und mehr Kohärenz und Interaktion zu schaffen. Gerade die Covid-19-Krise bietet eine interessante Chance, das Thema anzupacken.»**

---



## Spoke 2: Gesundheits- und Operationszentrum

Ein ambulantes OP-Zentrum<sup>23</sup> für eine ganze Region losgelöst von der stationären Infrastruktur wird mit weiteren ambulanten Angeboten ergänzt.

### Rolle im Hub-and-Spoke-Modell

Das ambulante Gesundheits- und Operationszentrum ist hauptsächlich in (sub-)urbanen Gebieten angesiedelt, da zum Betrieb ein Einzugsgebiet von mindestens 100'000 Personen benötigt wird. Zudem ist dieser Spoke in der Nähe des Hubs gebaut, sodass der Patient bei Komplikationen in den Hub verlagert werden kann. Um das Einzugsgebiet zu erreichen, werden ambulante Interventionen und Operationen im Netzwerk gebündelt und zentral durchgeführt. Eine Ergänzung des Betriebs mit Belegärzten ist ebenfalls vorstellbar. In den mindestens zwei ambulanten OP-Sälen werden jährlich rund 3'000 einfachere ambulante Operationen und Interventionen durchgeführt. Kurzaufenthalte bis zu 24 Stunden sind möglich. Die Option, einzelne stationäre Betten zu betreiben, erlaubt längere Betriebszeiten. So können Patienten am späteren Nachmittag eintreten und am nächsten Morgen wieder entlassen werden. Der Personalbedarf bei stationären Behandlungen wird mit Springern bei entsprechendem Bedarf gedeckt. Neue Tarifmodelle wie Zero-Night-DRG könnten dafür sorgen, dass keine stationären Fälle notwendig werden.<sup>24</sup>

Modell 2 als ambulantes Gesundheits- und Operationszentrum soll eine umfassende ambulante Grundversorgung in unmittelbarer Nähe sicherstellen. Bei guten Voraussetzungen und effizienten Prozessen ist eine EBITDAR-Marge von 9% bis 11% erreichbar. Diese reicht bei schlanken Investitionen für einen selbsttragenden Betrieb.

### Eckwerte

Ressourcen			
20-30	Ärzte	65-75	Weiteres medizinisches Personal
✓	Erweiterte Diagnostik	8-12	Untersuchungszimmer
2	Operationssäle (ambulant)	0-5	Stationäre Betten
✗	Intermediate Care (IMC)	✗	Intensivstation

Leistungs- und Finanzkennzahlen			
0,1-0,3	Stationäre Fälle in Tsd.	18-22	Ertrag in Mio. CHF
18-22	Ambulante Konsultation in Tsd.	9-11	Ziel EBITDAR in %

«Im Kantonsspital Glarus haben wir die Idee eines eigenen ambulanten Operationszentrums verworfen. Wir glauben, nicht die nötige Grösse zu haben, um ein ambulantes Operationszentrum zu betreiben.»

Dr. oec. HSG Arnold Bachmann, VRP Kantonsspital Glarus

### Die Innovationsfaktoren eines integrierten Gesundheits- und Operationszentrums



#### Bündelung von Volumen im Netzwerk

Bei der genannten Grösse handelt es sich um die Mindestgrösse für einen effizienten Betrieb. Nur damit ist eine Auslastung der Vorhalteleistungen wie zum Beispiel der Anästhesie möglich. Dazu lassen sich ambulante Operationen in Regionen bündeln oder ambulante Operationszentren zentrumsnahe in den Städten etablieren. Die Infrastruktur kann über das eigentliche Hub-and-Spoke-Netzwerk hinaus mit Belegärzten ausgelastet werden.



#### Effiziente Prozesse, Arbeitsweisen und Kultur

Eine Trennung von ambulanten und stationären Operationssälen ermöglicht eine bedarfsgerechte Ausstattung der OP-Säle und unterschiedliche Arbeitsweisen. Der ambulante Operationssaal ist komplett durchgetaktet. Nur so lässt sich der Betrieb angesichts der aktuellen Tarife kostendeckend führen.



#### Verknüpfung mit weiteren Angeboten

Damit ein ambulanter Operationssaal auch in Randzeiten ausgelastet ist, kann eine kleine Anzahl an stationären Betten sinnvoll sein. Zudem gibt es dank der Integration eines ambulanten Gesundheits- und Notfallzentrums auch Sprechzimmer, die vor oder nach der Operation genutzt werden können. Die geteilte Infrastruktur ermöglicht auch in diesem Modell betriebliche Synergien.



## Praxisbeispiel: Clinique de Carouge und Hôpital de la Tour

**Rodolphe Eurin**, Generaldirektor des Hôpital de la Tour, erläutert, wie er den zugehörigen Standort Clinique de Carouge neu ausrichtet und damit die Fokussierung des Hôpital de la Tour stärkt. Spezialisten aus verschiedenen Fachrichtungen arbeiten an der Clinique de Carouge mit einem klaren Schwerpunkt im Bereich der ambulanten Onkologie, dem Notfall und der Grundversorgung. Das kleine Spital in unmittelbarer Nähe des Genfer Universitätsspital HUG zählt zudem rund 300 stationäre Fälle.

Als Generaldirektor hat Rodolphe Eurin bereits verschiedene Massnahmen getroffen, um die Spitalgruppe besser zu positionieren. Unter anderem wurden die Vorhalteleistungen beim Notfall in der Clinique de Carouge in der Nacht reduziert, da diese bereits von anderen grösseren Spitälern ausreichend sichergestellt werden. Für Rodolphe Eurin ist es wichtig, dass die Spitalgruppe von Hôpital de la Tour ein klares Zielbild mit entsprechendem Fokus erhält. Das Hôpital de la Tour will eine fokussiertere, dafür qualitativ hochstehende Versorgung selber abdecken. So wird die Clinique de Carouge in Zukunft operativ von ArtSanté und dem Réseau Delta geführt.

---

**«Starke Partnerschaften sind wichtig im Gesundheitswesen. Wir wollen und können nicht alle Leistungen selber erbringen, sondern möchten mit einem klaren Fokus einen effizienten Betrieb und eine hohe Leistungsqualität sicherstellen.»**

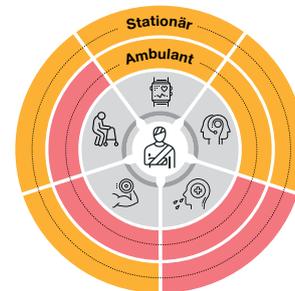
---

Das Hôpital de la Tour begegnet den Herausforderungen im Gesundheitswesen mit einem patientenzentrierten Ansatz. So sind diverse Konzepte für ein besseres Patientenerlebnis in Arbeit, die über die Bereiche Hotellerie und Komfort hinausgehen. Unter anderem sollen die bisher erhobenen Qualitätskennzahlen im Rahmen der ANQ-Erhebung durch die Einführung neuer Qualitätsindikatoren die Behandlungsqualität steigern. Dasselbe Ziel verfolgt man mit der Schaffung von interdisziplinären Teams und innovativen Konzepten.

---

**«Heute können viele Veränderungen ohne politische Intervention erfolgen. Dabei sollte jeder Akteur mit den geringstmöglichen Erwartungen an die Politik voranschreiten. Beim Hôpital de la Tour wollen wir für unsere Patienten die bestmögliche Versorgung sicherstellen und uns mit innovativen Konzepten differenzieren.»**

---



### Spoke 3: Regionaler Gesundheitscampus

Ein kleiner, regionaler Gesundheitscampus für ambulante und elektiv-stationäre Behandlung kombiniert mit Spitex und ambulanter Rehabilitation deckt ein breites Spektrum der Grundversorgung in ländlichen Gebieten ab.

#### Rolle im Hub-and-Spoke-Modell

Der integrierte Gesundheitscampus stellt die wohnortnahe ambulante Grundversorgung sowie die stationäre Basisversorgung sicher. Dieser Spoke ist speziell für ländliche Gebiete und kleinere Städte geeignet, da er einen grossen Teil der Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung abdeckt. Er verweist hauptsächlich komplexere stationäre Fälle und solche mit hoher Infrastrukturanforderung an den Hub. Für diesen Spoke kann die Integration mit anderen ambulanten Leistungen wie einer ambulanten Psychiatrie sinnvoll sein.

Das minimale Einzugsgebiet für einen regionalen Gesundheitscampus liegt bei rund 40'000 bis 50'000 Personen, wenn keine direkten Konkurrenten im gleichen Gebiet tätig sind. Durch die Bündelung verschiedener Leistungserbringer an einem Standort werden neben Synergien im Netzwerk auch räumliche Vorteile ausgeschöpft. Je nach Notfallkonzept in der Region kann der Spoke entweder eine Permanence und einen Hausarztnotfall oder auch eine Notfallversorgung inklusive Basisversorgung intensivmedizinischer Betten (IMC) anbieten. Betreuung intensiverer Patienten würden eher über einen höheren Betreuungsschlüssel abgebildet als über ausgebaute Beatmungskapazitäten oder sonstige Infrastruktur.

Bei entsprechender Spezialisierung ist im regionalen Gesundheitscampus auch eine Geburtshilfe oder eine andere Spezialisierung möglich. Allerdings bedingt dies ein Pooling der Geburten in der Region, sodass eine kritische Grösse von jährlich 500 bis 600 Geburten sichergestellt

#### Eckwerte

Ressourcen			
40-50	Ärzte	150-200	Weiteres medizinisches Personal
✓	Erweiterte Diagnostik	20-25	Untersuchungszimmer
3	Operationssäle (ambulant)	25-35	Stationäre Betten
✓	Intermediate Care (IMC)	✗	Intensivstation
Leistungs- und Finanzkennzahlen			
1,5-2,5	Stationäre Fälle in Tsd.	35-50	Ertrag in Mio. CHF
35-45	Ambulante Konsultation in Tsd.	8-10	Ziel EBITDAR in %

werden kann oder auch sonstige Mindestfallzahlen sichergestellt werden können. Dies wäre eine deutlich andere Ausprägung des Modells. Somit würde ein leicht anderes Infrastrukturlevel entstehen und die Vorhalteleistungen aus regulatorischen oder medizinischen Gründen erweitert werden, da ein Notfall verpflichtend notwendig für die Geburtshilfe ist und die Nähe zu intensivmedizinischer Versorgung Grundvoraussetzung für die Geburtshilfe ist.<sup>25</sup>

Trotz des innovativen Charakters und massvoller Vorhalteleistungen ist bei den aktuellen Voraussetzungen selbst bei einem guten Geschäftsgang nur ein EBITDAR von 8% bis 10% realistisch. Dieser reicht nicht aus, um die nötigen Investitionen zu tragen und einen kostendeckenden Betrieb zu führen. Für den Betrieb eines solchen Modells sind zusätzliche gemeinwirtschaftliche Leistungen der Kantone im Sinn der Aufrechterhaltung einer ausreichenden regionalen Versorgung nötig.

#### Die Innovationsfaktoren eines Gesundheitscampus

#### Nachfrageadaptierte Öffnungszeiten

Basierend auf lokalen Nachfrageschwankungen und dem Verzicht auf Notfallpatienten kann der Gesundheitscampus seinen 24/7-Betrieb einschränken. So ist beispielsweise eine Teilschliessung an Wochenenden oder zu gewissen Saisons denkbar. Durch die Personalplanung für das gesamte Netzwerk können die Mitarbeitenden je nach Öffnungszeiten an anderen Standorten eingesetzt werden.

#### Kombination mit Spitex-Angebot

Eine Integration der Spitex auf dem Gesundheitscampus ermöglicht auch die Abdeckung des Patientenpfads für ältere Personen, von der Prävention bis zur Nachsorge. So kann die Spitex Patienten im Anschluss an die akutsomatische Behandlung zu Hause betreuen. Die räumliche Nähe erlaubt eine bessere Abstimmung zwischen der stationären Einrichtung und der Spitex.

#### Synergien des Campus nutzen

Der Gesundheitscampus lässt sich nicht kostendeckend betreiben, obwohl Infrastruktur und Personal so gut wie möglich geteilt werden. Die betrieblichen Vorhalteleistungen sind zu gross und Schwankungen in der Nachfrage lassen sich kaum ausgleichen. Dennoch ist dieser Spoke relevant und notwendig für die nachhaltige Sicherung der wohnortnahen Versorgung.



## Praxisbeispiel: Spital Zweisimmen

**Martina Gläsel**, Leiterin des Spitals Zweisimmen, und **Olivier Furrer**, Leiter strategische Projekte der Spital STS AG, erzählen im Gespräch, wie sich die Spitäler Zweisimmen und Thun (gemeinsam Spital STS AG) Standortsynergien zunutze machen. Mit einem kleinen permanenten Einzugsgebiet von rund 17'000 Bewohnern und starken saisonalen Schwankungen aufgrund des Tourismus gestaltet sich der Betrieb des Spitals herausfordernd. In diesem Rahmen konnten die beiden Spitäler gewisse Vorhalteleistungen bündeln.

Mit Blick auf den hohen Kostendruck und die zunehmende Ambulantisierung hat das Spital Zweisimmen diverse Optionen für die Ausgestaltung seines Spitalstandortes geprüft. Die Analyse ergab, dass ein ambulantes Gesundheitszentrum für die Region die Versorgung nicht ausreichend deckt und ein reduzierteres Spital nicht umsetzbar ist. Die zusammen mit der Region Simmental-Saenenland und dem Eigner (Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) des Kantons Bern) gewählte Lösung sieht einen Gesundheitscampus mit 24-Stunden-Notfall, flexibel einsetzbaren OPs, stationären Betten, Arztpraxen, Spitex, Alterswohnungen, diversen ambulanten Therapien und weiteren Leistungen vor.

### Wie sehen Sie die Rolle des Spitals Zweisimmen in einem Hub-and-Spoke-Modell?

**Martina Gläsel:** Eine abgestufte Versorgung mit einem guten Zusammenspiel von Hub und Spoke ist zentral. Wesentlich ist, dass das Hub-and-Spoke-Modell nicht bei den kleinen, ländlichen Spitälern aufhört, sondern zu den Niedergelassenen (Hausärzte und Spezialisten) und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen geht. So braucht es auch in ländlichen Gebieten wie im Simmental und Saenenland eine integrale Gesundheitsversorgung. Zudem ist der volkswirtschaftliche Faktor nicht zu unterschätzen. Könnten die direkt betroffenen Arbeitsplätze oder auch die Aufträge an einheimische Lieferanten und Firmen nicht im Simmental-Saenenland verbleiben, bestünde die realistische Gefahr, dass Bewohner abwandern, und die Tourismusregion wäre in vielerlei Hinsicht noch stärker gefordert.

### Mit welchen strukturellen Herausforderungen sehen Sie Ihr Haus aktuell konfrontiert?

**Martina Gläsel:** Wir müssen eine saisonal bedarfsgerechte Infrastruktur bereitstellen. So werden beispiels-

weise im Sommer das stationäre Bettenangebot und die betriebene Infrastruktur reduziert. Während wir im Winter zwei OPs geplant betreiben, ist im Sommer nur ein OP in Betrieb; der zweite nur bei zeitgleicher und dringlicher Notfallindikation. Entsprechend flexibel planen wir in allen Bereichen die Personalressourcen im Sinne einer Jahresarbeitszeit und saisonal einsetzbarer Mitarbeitender.

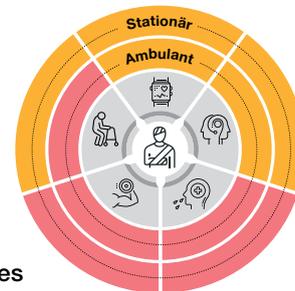
**Olivier Furrer:** Bei unserer Grösse zählt auch der Aspekt der Aus- und Weiterbildung. In einem integrierten Gesundheitscampus können wir verschiedene Perspektiven näherbringen – internistische Ausbildung, chirurgische Ausbildung sowie medizinische Grundversorgung –, die auch gute Generalisten und spätere Hausärzte fördern. So rekrutieren wir viele unserer Mitarbeiter aus dem Pool derer, die bei uns ihre Ausbildung gemacht haben. Auch viele Niedergelassenen waren in ihrer Ausbildungszeit bei uns. Das führt zu Vertrauen und ermöglicht eine engere Zusammenarbeit. Hier ist eben wichtig, dass darüber nachgedacht wird, welche Rolle die Niedergelassenen gemeinsam mit dem Spital in einer integrierten Versorgung einnehmen können.

### Wie entstand der Plan zum Gesundheitscampus «Gesundheit Simme Saane»?

**Martina Gläsel:** Gemeinsam mit Vertretern der GSI und der Region Simmental-Saenenland haben wir diverse Varianten geprüft. Ein Ausbau und das Aufrechterhalten einer vollen Spitalinfrastruktur ist gerade in der Nebensaison nicht zu rechtfertigen. Entsprechend mussten wir innovativ sein, Flexibilität zeigen und überlegen, wie das Angebot auch wirtschaftlich erhalten bleiben kann. Das ist uns bis heute zwar nicht abschliessend gelungen, aber wenn wir nur den Winter anschauen, ist das Spital sehr wohl profitabel. Mit der Flexibilisierung haben wir einen grossen Schritt getan.

### Welche Leistungen sind notwendig, damit ein integrierter Gesundheitscampus funktioniert?

**Olivier Furrer:** Für uns ist der Notfall zentral. Dort wird entschieden, was im Spital Zweisimmen behandelt werden kann und welche Fälle weiterverlegt werden müssen. Ferner braucht es eine medizinische Grundversorgung (Niedergelassene) ergänzt um ein entsprechendes Angebot für diagnostische und ambulante Abklärungen (Sprechstunden) bis hin zur ambulanten Chirurgie.



## Spoke 4: Integrierter Grundversorger

Ein ambulantes und stationäres Angebot in der Akutsomatik mit einer Intensivstation stellt die Notfallversorgung in der Region sicher. Ergänzend kann ein stationäres rehabilitatives Angebot dazukommen.

### Rolle im Hub-and-Spoke-Modell

Dieses Modell zeichnet sich durch eine umfassende Grundversorgung aus einer Hand mit integrierter 24/7-Notfallversorgung aus. Auf dem Campus werden weitere Leistungen wie (geriatrische) Rehabilitation und Therapien oder Spitex integriert. Das minimale Einzugsgebiet für diesen Spoke liegt bei 70'000 bis 100'000 Einwohnern und eignet sich damit für agglomerierte und kleinere städtische Gebiete. Hochkomplexe Fälle werden weiterhin an den Hub weiterverwiesen. Der Spoke kann Zuweisungen innerhalb des Netzwerks auch nach thematischen Schwerpunkten vornehmen.

Durch die Bündelung von stationären Angeboten erreicht der Spoke eine kritische Grösse, um Vorhalteleistungen zu rechtfertigen und auch in den Supportfunktionen beispielsweise eine Küche oder Hotellerie effizient zu betreiben. Der integrierte Grundversorger kann nicht alle Fachbereiche abdecken, weshalb eine Kapazitätsverlagerung aus Qualitätsgründen nur bedingt möglich ist. So ist denkbar, dass der Spoke die Rehabilitationsabteilung nicht selber betreibt, sondern auslagert. Bei guten Voraussetzungen und effizienten Prozessen ist eine EBITDAR-Marge von 8% bis 10% erreichbar.

### Eckwerte

Ressourcen			
150-200	Ärzte	500-600	Weiteres medizinisches Personal
✓	Erweiterte Diagnostik	60-70	Untersuchungszimmer
5	Operationssäle	150-200	Stationäre Betten
✓	Intermediate Care (IMC)	✓	Intensivstation

Leistungs- und Finanzkennzahlen			
8-12	Stationäre Fälle in Tsd.	150-200	Ertrag in Mio. CHF
100-300	Ambulante Konsultation in Tsd.	8-10	Ziel EBITDAR in %

### Die Innovationsfaktoren eines integrierten Grundversorgers



#### Poolen von Kompetenzen und Ressourcen

Ein effizienter Betrieb für ein akutsomatisches Spital mit weniger als 10'000 stationären Fällen ist kaum möglich. Durch die Kombination mit einer stationären Rehabilitation können Patienten durchgängig betreut werden. Zudem sind dank der Bündelung des Pflegepersonals und eines gemeinsamen Betriebs von Hotellerie und Küche Effizienzsteigerungen möglich. Gleiches gilt für die Kombination mit Pflegeheim oder Psychiatrie.



#### Systemsteuerung als regionaler Hub

Der integrierte Grundversorger stellt in Ergänzung zum Hub einen regionalen Hub dar. So kann neben der entsprechend ausgebauten Notfallversorgung in der Region auch die Systemsteuerung der Versorgung in einer Region im Sinne der Integration mit niedergelassenen Ärzten, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und weiteren Akteuren erfolgen.



#### Abgestuftes Versorgungsmodell

Im Vergleich zum Hub konzentriert sich der integrierte Grundversorger auf die einfacheren Fälle. Eine Ergänzung mit einem spezifischen Schwerpunkt ist denkbar. Dieser beschränkt sich aber auf Fachbereiche, die wenig interdisziplinär sind. Komplexe und seltenere Fälle werden am Hub konzentriert, damit die kantonal vorgegebenen Mindestfallzahlen erreicht werden.



## Praxisbeispiel: Kliniken Valens

**Dr. Till Hornung**, CEO der Kliniken Valens, erzählt im Gespräch, warum sich seine Institution auf die akutspitalnahe und integrierte Versorgung konzentriert. Die Kliniken Valens sind mit diversen stationären und ambulanten Standorten im Rehabilitationsmarkt vertreten. Seit der Übernahme der Klinik Gais umfassen sie rund 500 Reha-Betten und über 1'100 Mitarbeitende. Ein wesentlicher strategischer Fokus der Kliniken Valens liegt auf der Zusammenarbeit mit dem Triemlispital, auf dessen Areal der Bau einer Rehabilitationsklinik mit 120 Betten geplant ist. Die Rehabilitationsklinik sollen die Kliniken Valens betreiben.

### Welche strukturellen Veränderungen braucht das Gesundheitswesen in der Schweiz?

Das zukünftige Gesundheitswesen muss über eine Integration und Kombination von bestehenden Angeboten hinausgehen. Die Patientenbedürfnisse kommen aktuell zu wenig zum Tragen. Etwas vereinfacht werden zwei Patientengruppen unterschieden:

Auf der einen Seite ist der grösste Teil der Bevölkerung relativ gesund. Diese Personen sollen möglichst ambulant, niederschwellig und minimalinvasiv versorgt werden. Darunter fallen beispielsweise ambulante Operationen oder digitale Auskunft zu Diagnose oder Prävention. Das Gesundheitswesen sollte zudem bei diesen Personen stark auf die Förderung der Gesundheitskompetenz ausgerichtet sein. Überspitzt formuliert sollen diese Personen (fast) nie als Patient ein Spital betreten, sondern (fast) immer in einem ambulanten Gesundheitscampus betreut werden.

Auf der anderen Seite hat ein kleinerer Teil der Bevölkerung einen umfangreichen Versorgungsbedarf. Das sind chronisch Kranke und Patienten mit diversen Diagnosen. Diese Patienten sollen möglichst frühzeitig identifiziert und umfangreich geführt begleitet werden. Wesentlich helfen können präventive Angebote wie

Coaching im Bereich Ernährung, Bewegung, Umgang mit chronischen Krankheiten oder auch eine frühere Begleitung in der Rehabilitation. Hier ist eine begleitende Versorgung notwendig. Diese umfassende integrierte Betreuung sollte vermehrt spezialisiertes nichtärztliches Personal übernehmen.

Das aktuelle Gesundheitswesen in der Schweiz ist weder auf gesunde Menschen noch auf polymorbide Patienten ausgerichtet. Für den Grossteil der Bevölkerung sind die Strukturen im Gesundheitswesen überdimensioniert und zu teuer, während sie für polymorbide Patienten oft nicht umfangreich genug sind, insbesondere bei der frühzeitigen, professionellen begleitenden Betreuung.

### Welches sind die Erfolgsfaktoren für Kooperationen im Gesundheitswesen?

Kooperationen sind grundsätzlich wegweisend. Ein zentraler Erfolgsfaktor ist die Vernetzung zwischen der Grundversorgung und der spezialisierten Medizin. Zum Beispiel hatten wir einen Patienten mit starken Kopfschmerzen, der bereits einen langen Leidensweg hinter sich hatte. Dank unserer Erfahrung konnten wir den Patienten an den richtigen Spezialisten weiterverweisen. Die integrierte Grundversorgung muss einen Zugang zur spezialisierten Medizin gewähren und die entsprechenden Experten wo nötig integrieren.

### Inwiefern passen die Kliniken Valens ins Hub-and-Spoke-Modell?

Wir sehen uns einerseits als Spezialanbieter in der Rehabilitation, also als Hub für alle schweren Reha-Fälle. Andererseits suchen wir die Nähe zu den Akutspitalern und möchten bei der integrierten Grundversorgung als Spoke mitwirken. Diese Nähe ist beispielsweise mit einem Shop-in-Shop-Konzept angedacht. Wir unterhalten Kooperationen im Appenzell, in Graubünden und St. Gallen und planen weitere, etwa mit dem Triemlispital in Zürich.

## Zusatzbausteine zur Ausgestaltung eines Spokes

Die vier vorgestellten Spoke-Modelle sind prototypische Ausgestaltungen mit verschiedenen Anknüpfungspunkten für andere Leistungen. Bei sämtlichen Spokes könnte das medizinische Angebot um eine Apotheke, einen Spitex-Stützpunkt, ein psychiatrisches Angebot, weitere Facharztpraxen oder eine Zahnarztpraxis ergänzt werden. Zudem sind präventive Angebote wie Fitnessanbieter oder medizinische Therapien denkbar. Unsere Spoke-Modelle konzentrieren sich auf einen Kern in der Akutsomatik. Die Verantwortlichen können den thematischen Schwerpunkt jedoch auch anders legen.

Eine sinnvolle Zusammenstellung der Module in einem Spoke richtet sich nach den Bedürfnissen der Patienten und dem Bedarf der Region (vgl. Abbildung 6). Zudem braucht es eine medizinisch zielgerechte Kombination der jeweiligen Angebote, die dem Patienten einen Mehrwert bieten.

Die Integration und Bündelung der medizinischen Angebote bietet zusätzliche wirtschaftliche Vorteile. So sind in einem erweiterten Gesundheitscampus geteilte betriebliche Vorhalteleistungen wie beispielsweise Küche, Hotellerie oder Administration ausführbar und betrieblich wie auch wirtschaftlich zweckmässig.

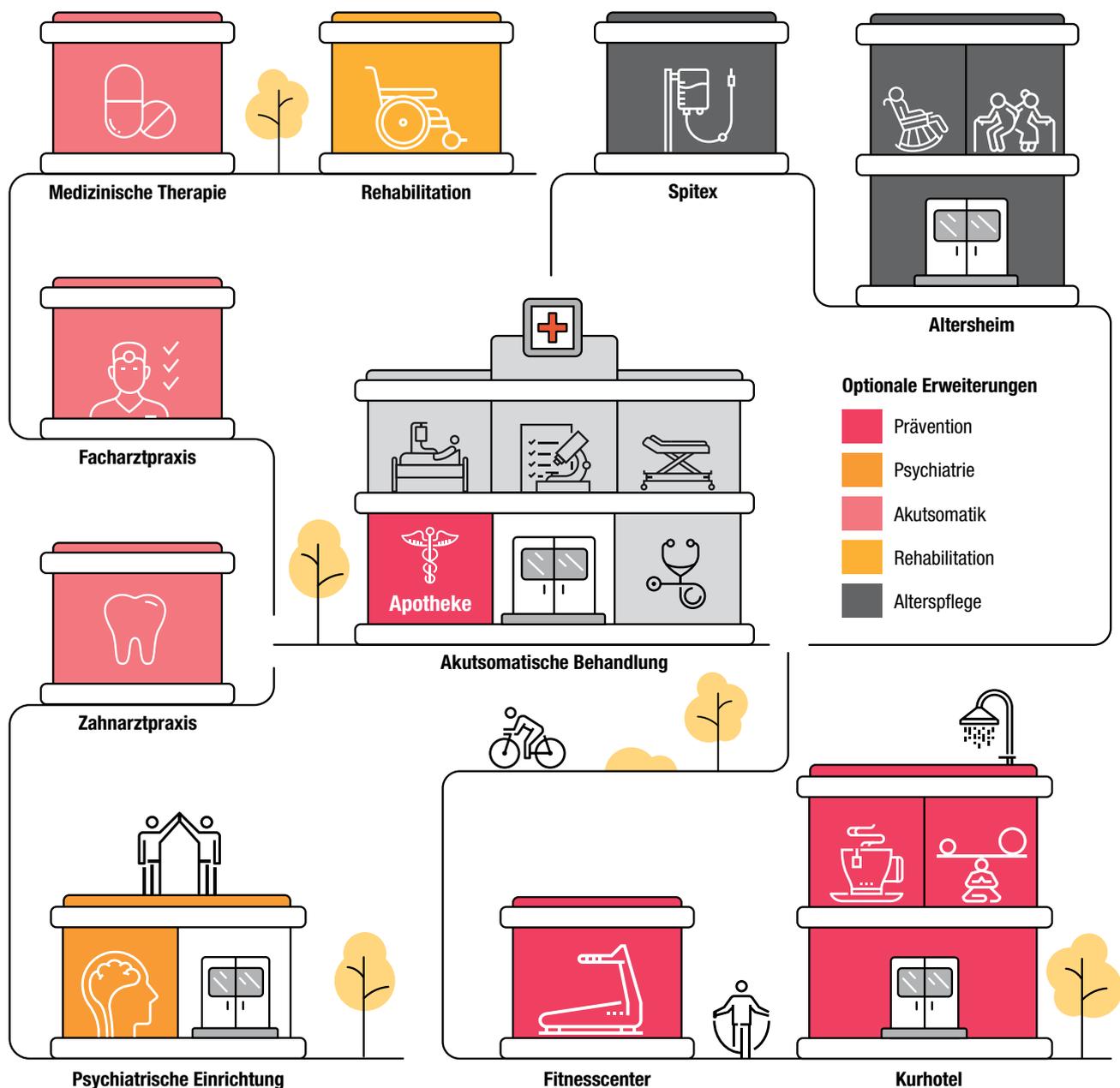


Abbildung 6: Die modulare Ausgestaltung eines Spokes bietet diverse Kombinationsmöglichkeiten



## Handlungsempfehlung für Leistungserbringer

Das Gesundheitswesen wird weiterhin im Wandel bleiben und sich vermehrt in die Richtung von Netzwerken entwickeln. Aus diesen Entwicklungen stellt sich die Frage, was Leistungserbringer konkret tun können, um sich auf die Zukunft vorzubereiten. Deshalb raten wir den Entscheidern von Leistungserbringern zu den folgenden Massnahmen.

- ▶ Legen Sie ein **Zielbild für Ihr Unternehmen** fest. Dazu sollten Sie Bedarf, Bedürfnisse und bestehende sowie potenzielle Netzwerkstrukturen berücksichtigen:
  - Definieren Sie auf Basis unternehmerischer Entscheidungen, die sich am Nutzen der Patienten und Zuweiser orientieren, Ihre Rolle im abgestuften Versorgungsmodell und verfolgen Sie diese konsequent.
  - Passen Sie die idealtypischen Modelle auf Ihre Region an. Orientieren Sie sich ausgehend vom aktuellen und prognostizierten Bedarf und unter Berücksichtigung der verstärkten Ambulantisierung und des Fachkräftemangels.
- ▶ Überprüfen Sie **Kooperationsmöglichkeiten und interdisziplinäre Angebote**:
  - Prüfen Sie relevante Kooperationsmöglichkeiten und den Zuzug von Kompetenz ausserhalb Ihres Kerngeschäfts.
  - Bauen Sie innerhalb des Netzwerks abgestimmte Kompetenzen auf.
- ▶ Treiben Sie Ihre **Transformation** mutig voran:
  - Verfolgen Sie die Netzwerkbildung und Anpassung Ihres Hauses an die Bedürfnisse und den Bedarf.
  - Erklären Sie die Gründe für die Transformation den Mitarbeitenden und der Öffentlichkeit.
- ▶ **Initiieren Sie innovative Angebote**, auch wenn die aktuelle Regulierung dafür unvorteilhaft ist:
  - Auch wenn sich mit den aufgezeigten Modellen heute kein unmittelbarer finanzieller Erfolg realisieren lässt (z. B. wegen zu niedrigen ambulanten Tarifen), sollten Sie trotzdem schlüssig transformieren, um für die Zukunft gerüstet zu sein.

# Teil III

## Quantitative Auswirkungen des Hub-and-Spoke-Ansatzes

Auf Basis der Beschreibungen der Leistungserbringer-typen in Teil II analysieren wir in diesem Teil die quantitativen Auswirkungen auf das Gesamtsystem indikativ. Wir unternehmen eine Gedankenreise in eine Zukunft, in der der Hub-and-Spoke-Ansatz umgesetzt wurde. Natürlich geschehen solch tiefgreifende Veränderungen nicht über Nacht. Wir sehen diese vielmehr als Generationenprojekt mit einem langfristigen Zeithorizont. Umso zentraler ist daher die Diskussion und schematische Abbildung der quantitativen Auswirkungen eines solchen Modells.

Dazu haben wir ein Simulationsmodell entwickelt. Unsere modellhafte Betrachtung erhebt keinen Anspruch auf die umfassende Abbildung der Komplexität einer Hub-and-Spoke-Bildung. Sie widerspiegelt auch nicht die dafür nötigen Transformationsaufwendungen und ist stark generalisierend in Bezug auf die grundsätzlichen Veränderungen der Gesellschaft oder der Medizin (z. B. Ambulantisierung, Bevölkerungswachstum, medizinischer Fortschritt). Trotzdem lassen sich indikative Tendenzen und Grössenordnungen ableiten, die sich bei einem optimal abgestimmten System erreichen lassen.

Die Berechnungen beziehen sich primär auf akutsomatische Leistungserbringer. Die Effekte wären deutlich ausgeprägter, wenn wir den gesamten Gesundheitsmarkt abbilden würden. Sowohl das Simulationsmodell als auch die gewählten Parameter gehen von einem hochgradig abgestimmten Gesundheitswesen aus – sei dies auf Basis von zentraler Planung oder aber aufgrund von entsprechenden Anreizen. Mit gezielten Anreizen und zweckmässiger Regulierung können beabsichtigte Entwicklungen begünstigt werden.

Natürlich gibt es wie schon heute auf jeder Stufe der Leistungserbringung alternative Modelle und Nischen. Die Ergebnisse dienen als grobe Veranschaulichung möglicher Auswirkungen eines Hub-and-Spoke-Modells und als Gedankenanstoss für weitergehende Diskussionen. Bei der Erstellung der Modellergebnisse sind wir in drei Schritten vorgegangen (vgl. Abbildung 7). Diese bilden die Struktur des vorliegenden Teils:



Abbildung 7: Dreistufiges Vorgehen der Modellierung eines Hub-and-Spoke-Modells

### Kategorisierung der bestehenden Akutspitäler in Hubs und Spokes

Für unsere Berechnungen haben wir anhand klarer Kriterien 158 der insgesamt 281 Spitalgesellschaften des Datensatzes «Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2018» des Bundesamts für Statistik in unserem Modell berücksichtigt. Diese haben wir auf Basis der aktuellen stationären Austritte (2018) einer Kategorie im Hub-and-Spoke-Modell zugeordnet. Die Zuteilung ist schematisch und wird

in der Realität von vielen Faktoren mitbeeinflusst, etwa dem Einzugsgebiet, der demografischen Entwicklung der Region, der Wettbewerbssituation, der Verfügbarkeit und Attraktivität für Fachkräfte. Zudem gibt es auch eine gewisse Dynamik im Markt, sodass sich die vorgenommene Kategorisierung der Spitäler noch ändern könnte. Dennoch erlaubt die Zuteilung Vergleiche und Interpretationen.

Die folgende Grafik veranschaulicht die Ergebnisse aus der Kategorisierung der untersuchten Spitalgesellschaften.

### Übersicht Akutsumatik – Daten des Jahres 2018 im Ist-Zustand (Quelle: BFS-Statistik)

	Hub	Spoke 1	Spoke 2	Spoke 3	Spoke 4	Total
Stationäre Austritte (Kategorisierung)	ab 18'000	0-500	500-1'500	1'500-7'000	7'000-18'000	
Spitalgesellschaften	21	21	24	54	38	158
<b>Leistungsvolumen pro Spitalgesellschaft</b>						
Stationäre Austritte	30'302	200	992	3'680	10'254	
Ambulante Konsultationen	428'123	6'203	12'173	33'698	121'391	
Pflegetage	177'259	2'170	5'446	16'587	50'985	
<b>Leistungsvolumen im Total</b>						
Stationäre Austritte (in Tsd.)	636	4	24	199	390	1'253
Ambulante Konsultationen (in Tsd.)	8'991	130	292	1'820	4'613	15'846
Pflegetage (in Tsd.)	3'722	46	131	896	1'937	6'732
<b>Infrastruktur im Total</b>						
Akutbetten	12'114	204	568	3'485	6'555	22'926
Notfallstationen	21	6	8	36	35	106
Operationssäle	476	15	58	206	258	1'013
Intensivstationen	21	1	1	13	32	68
Geburtssäle	136	0	2	66	122	326
<b>Anzahl Mitarbeiter</b>						
Vollzeitstellen im Total	85'558	938	3'355	16'908	36'371	143'131
Ø Vollzeitstellen pro Spitalgesellschaft	4'074	45	140	313	957	5'529

Abbildung 8: Aufteilung der bestehenden Akutspitäler auf Hubs und Spokes

Insgesamt sind die kleinen (Spokes 1 und 2), mittleren (Spokes 3) und grossen Akutspitäler (Spokes 4 und Hubs) jeweils zu rund einem Drittel in unserem Datensatz vertreten.

Es fällt auf, dass die **kleinen Akutspitäler** weniger als 3% der stationären beziehungsweise ambulanten Leistungen erbringen. Dasselbe gilt für die hier angestellten Mitarbeitenden (gemessen in Vollzeitstellen) sowie für die betriebenen Betten, die anteilig an den gesamtschweizerischen Mengen nur marginal höher sind. Im Gegensatz dazu betreiben von den 45 Leistungserbringern dieser beiden Versorgungsstufen 14 einen Notfall. Insgesamt werden 73 Operationssäle unterhalten, was gut 13% beziehungsweise 7% der installierten Kapazitäten entspricht.

Unter die **mittleren Akutspitäler** (Spokes 3) fallen rund ein Drittel der untersuchten Unternehmen. Während diese 11% bis 16% der Leistungen erbringen, steuern sie 34% der Notfallstationen und 20% der betriebenen Operationssäle bei.

Die **grossen Akutspitäler** (Spokes 4 und Hubs) behandeln zwischen 82% und 86% der ambulanten und stationären Patienten und beschäftigen rund 85% der Mitarbeitenden. Sie betreiben zusammen jedoch nur 53% der Notfallstationen und 72% der Operationssäle der Schweiz. Diese Spitäler unterscheiden sich also schon heute sehr deutlich vom Rest der akutstationären Versorgungslandschaft. Als grobe Faustregel sind die Hubs im Durchschnitt rund doppelt so gross wie die als Spoke 4 definierten

Häuser. Gemäss unserer Grössenklassen können 21 Akutspitäler als Hubs bezeichnet werden, was wir als eine sinnvolle Grösse für die Schweiz erachten. Dabei handelt es sich sowohl um öffentliche wie auch private Leistungserbringer.

Bei der Berechnung des durchschnittlichen Personalaufwands pro Vollzeitstelle zeigt sich ein Anstieg mit zunehmender Spitalgrösse. Dies ist einerseits auf das Leistungsangebot sowie teilweise auch auf geografische Unterschiede (urban/ländlich) zurückzuführen. Letztlich weisen die untersuchten Häuser einen ähnlichen und für Spitäler typischen Skill-Grade-Mix (vgl. Teil 1) auf.

Auffällig ist, dass Leistungserbringer aller Spokes Akutbetten, Notfallstationen, Operationssäle und Intensivstationen betreiben. Die obige Auswertung ist grob und stark generalisiert. Es ist klar, dass Infrastrukturen kleinerer Spitäler bezüglich Grösse und Kosten nicht mit jenen der grösseren Häuser vergleichbar sind. Zudem gibt es für einzelne Leistungserbringer berechnete Nischen, die spezielle Infrastrukturen rechtfertigen. Dennoch führen diese in grosser Menge zu signifikanten Vorhalte- und Folgekosten sowie Investitionen, die einerseits im Betrieb und andererseits in der künftigen Erneuerung liegen. Dasselbe gilt auch für den Betrieb von mehreren Standorten, wobei die Versorgungssicherheit einzelner Regionen sowie unterschiedliche Leistungsangebote im Detail zu analysieren sind. In unserer Studie von 2018<sup>26</sup> haben wir gezeigt, dass die Versorgungssicherheit der Schweiz theoretisch bereits mit rund 50 Akutspitalern gewährleistet werden könnte.

## Resultat der Parametrisierung

Die Parametrisierung der kategorisierten 158 Spitalgesellschaften gemäss den Leistungskennzahlen im Abschnitt «Vier flexible, integrierte Spoke-Modelle» überführt die Ausgangslage in eine schematische Hub-and-Spoke-Struktur. Dabei bleibt die Datenbasis diejenige des Ausgangsjahres 2018. Zudem haben wir keine Entwicklungsfaktoren wie Bevölkerungswachstum eingerechnet, da unklar ist, auf welchen Planungshorizont eine solche Betrachtung zielen könnte. Allerdings können wir aus vorherigen Berechnungen davon ausgehen, dass Bevölkerungswachstum, demografische Entwicklung und Ambulantisierung sich in ihrer Wirkung auf die stationären Fallzahlen in etwa die Waage halten dürften.<sup>27</sup>

Während wir die Leistungsvolumen der Spokes 1 bis 3 gemäss Beschreibung in Teil 2 durchaus als anzustrebende Grössenordnungen erachten, stellen die Werte für die Spokes 4 und die Hubs reine Durchschnittswerte dar, die uns eine Hochrechnung auf die Gesamtschweiz erlauben. In dem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass ein Spoke 4 durchaus eine regionale Hub-Funktion einnehmen kann, ohne die definitorischen Grössenkriterien eines Hubs zu erfüllen (vgl. Ausführungen auf Seite 26). Allerdings sind wir auch klar der Meinung, dass ein Spoke 4 mindestens 5'000 akutsomatische Fälle benötigt, um die entsprechenden Vorhaltungen zu tragen,

und vermutlich zur Sicherstellung einer nachhaltigen finanziellen Viabilität eher mehr als 10'000 stationäre Fälle betreuen müsste (z. B. durch eine Ergänzung um Rehabilitationsangebote).

Gemäss Abbildung 8 fallen nach unserer Definition 24 Gesellschaften in die Kategorie der Spokes 2. Wir gehen zur Erreichung der notwendigen hohen Auslastung für die Schweiz eher von einer Anzahl von 15 solcher Operationszentren aus. Daher haben wir deren Anzahl reduziert und gleichzeitig jene der Spokes 1 um 9 auf 30 erhöht.

Die folgende Tabelle zeigt die Kennzahlen für die einzelnen Hubs und Spokes sowie für die Gesamtschweiz im neuen Versorgungsmodell als Modellbetrachtung. Dazu haben wir zwei Spalten mit den Abweichungen zur Situation 2018 ergänzt. Wir gehen für die Simulation des Hub-and-Spoke-Modells künftig von der gleichen Anzahl Akutspitalgesellschaften aus.<sup>28</sup> Wie erwähnt, haben wir die gesamten stationären und ambulanten Leistungsmengen nicht verändert, sondern lediglich auf andere Leistungserbringerstufen alloziert. Daraus lassen sich mit den personellen und infrastrukturellen Ressourcenanforderungen pro Leistungserbringertyp quantitative Hinweise ableiten.

### Übersicht Akutsomatik

	Hub	Spoke 1	Spoke 2	Spoke 3	Spoke 4	Total	Delta	
Stationäre Austritte (Kategorisierung)	33'100	0	200	2'000	11'800			
Spitalgesellschaften	21	30	15	54	38	158	0	0%
<b>Leistungsvolumen pro Spitalgesellschaft</b>								
Stationäre Austritte	33'100	0	200	2'000	11'800			
Ambulante Konsultationen	421'000	12'000	18'000	35'000	118'000			
Pflegetage	177'078	0	200	8'000	52'772			
<b>Leistungsvolumen im Total</b>								
Stationäre Austritte (in Tsd.)	694	0	3	108	448	1'253	0	0%
Ambulante Konsultationen (in Tsd.)	8'842	360	270	1'890	4'484	15'846	0	0%
Pflegetage (in Tsd.)	3'714	0	3	432	2'001	6'150	-581	-9%
<b>Infrastruktur im Total</b>								
Akutbetten	12'114	0	75	1'620	6'555	20'364	-2'562	-11%
Notfallstationen	21	0	0	27	38	86	-20	-19%
Operationssäle	476	0	30	162	258	926	-87	-9%
Intensivstationen	21	0	0	0	38	59	-9	-13%
Geburtssäle	136	0	0	66	122	324	-2	-1%
<b>Anzahl Mitarbeiter</b>								
Vollzeitstellen im Total	85'558	651	1'370	9'716	36'371	133'667	-9'464	-7%
Ø Vollzeitstellen pro Spitalgesellschaft	4'074	22	91	180	957	5'324		

Abbildung 9: Aufteilung der Akutspitäler auf Hubs und Spokes gemäss beispielhafter Netzwerkstruktur

Kritisch reflektiert ist die Betrachtung auf Ebene Spitalgesellschaften nicht ganz akkurat. Noch genauer wäre eine Analyse auf Ebene Standort, die mangels Datengrundlage unmöglich ist. Somit fallen in der Betrachtung teilweise Leistungserbringer, die bereits in einem Hub-and-Spoke-Modell funktionieren oder ein solches anstreben, in eine falsche Kategorie. Ein prominentes Beispiel sind die vier Spitalregionen im Kanton St. Gallen. Hier ist pro Spitalregion jeweils eine Gesellschaft angegeben. Allerdings ist in der Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland das Spital Grabs im Zielbild der Spitalstrategie des Verwaltungsrats und der Regierung als Spoke 4 angedacht und die übrigen Standorte als Spokes 1. Gleiches gilt auch für andere Spitalgruppen, deren Spoke-Modelle in der vorliegenden Datenbasis nicht erkennbar sind.



Um die Effekte zu berechnen, haben wir schematische Erfolgsrechnungen auf Ebene Einzelunternehmen erstellt. Diese dienen nachfolgend als Grundlage für die Hochrechnung. Basis der Erfolgsrechnungen sind die ausgeführten Leistungsannahmen. Kostenseitig haben wir für jede Versorgungsstufe typische Personalmixe und Sachkosten hinterlegt.

Auf Basis der Bottom-up-Berechnungen resultiert für alle Leistungserbringer eine EBITDAR-Marge von rund 10%, für Spoke 1 sogar leicht höher. Dies entspricht gemäss

unseren langjährigen Überlegungen der Zielmarge, die einen finanziell nachhaltigen Spitalbetrieb sicherstellt. Uns ist bewusst, dass dazu neben gut angepassten Betriebsmodellen und effizienzsteigernden Massnahmen auch gehört, dass die Regulierung und die Tarifseite die Effizienzsteigerungen nicht wegkompensieren. Nur so sind Ziel-EBITDAR-Margen erreichbar, die über den heute mehrheitlich erreichten EBITDAR-Margen in Schweizer Spitälern liegen.

#### Erfolgsrechnung in Mio. CHF – Illustrativ

	Hub	Spoke 1	Spoke 2	Spoke 3	Spoke 4
Stationärer Ertrag	441,6	0,0	1,3	17,0	125,1
Anteil in %	64,6%	0,0%	6,8%	45,5%	66,8%
Ambulanter Ertrag (inkl. OP-Zentrum)	160	4,8	15,3	15,9	39,9
Anteil in %	23,4%	75,0%	81,3%	42,6%	21,3%
Übriger Ertrag	81,6	1,6	2,2	4,5	22,4
Anteil in %	11,9%	25,0%	11,9%	11,9%	11,9%
<b>Total Umsatz</b>	<b>683,2</b>	<b>6,4</b>	<b>18,8</b>	<b>37,3</b>	<b>187,4</b>
Personalaufwand	-444,1	-3,2	-12,1	-24,7	-123,1
In % Umsatz	65,0%	49,5%	64,5%	66,2%	65,7%
Sachaufwand	-170,8	-2,4	-4,7	-9,3	-46,8
In % Umsatz	25,0%	38,0%	25,0%	25,0%	25,0%
<b>EBITDAR</b>	<b>68,3</b>	<b>0,8</b>	<b>2,0</b>	<b>3,3</b>	<b>17,4</b>
EBITDAR-Marge	10,0%	12,5%	10,5%	8,8%	9,3%
Mieten, Abschreibungen, Zinsen	-41,0	-0,4	-1,3	-2,6	-11,2
In % Umsatz	6,0%	7,0%	7,0%	7,0%	6,0%
<b>Reingewinn</b>	<b>27,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>6,2</b>
Reingewinn-Marge	4,0%	5,5%	3,5%	1,8%	3,3%

Abbildung 10: Illustrative Erfolgsrechnungen der Hubs und Spokes (Durchschnittswerte)

## Hochrechnung der Effekte

In der Gesamtbetrachtung unterstellen wir, dass die Anzahl der Pflagestage insgesamt rückläufig ist. Wir gehen davon aus, dass aufgrund der geringeren Kapazitäten in den Spokes 1 bis 3 die dort nicht mehr behandelten Fälle zu je 50% an die Hubs und Spokes 4 verschoben werden. Im Simulationsmodell haben wir darüber hinaus die Annahme getroffen, dass in den Hubs und Spokes 4 die Verweildauer um 0,5 Tage tiefer liegt als heute. Diese Annahme treffen wir auf verschiedenen Grundlagen. Zentral erscheint uns, dass im Vergleich zur Schweiz in den meisten europäischen Nachbarländern die Verweildauern bereits tiefer liegen – vor allem auch in grösseren Spitalstrukturen. Zudem gehen wir bei einer zusätzlichen Bündelung von Behandlungen, wie sie durch ein konsequentes Hub-and-Spoke-Modell entstehen würden, von einer Steigerung der Behandlungseffizienz aus, die in einer moderaten Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer münden würde. Ein konsequentes Verweildauer- und Case-Management unterstützt dabei. Als weiteres Argument sehen wir auch trotz starker Ambulantisierung in den letzten Jahren eine deutlich sinkende durchschnittliche Verweildauer (von 2015 auf 2018 von 5,6 auf 5,39 Tage über alle somatischen Fälle). Hier müssen wir unsere konservative Annahme aus der Studie «So gesund waren die Finanzen 2017» revidieren und ein Szenario annehmen, in dem die Behandlungstage deutlich sinken.

Das ist nur eine Art der Betrachtung. Alternativ wäre auch denkbar, dass die Auslastung in den grossen Spitälern (Hubs und Spokes 4) aufgrund optimierter Prozesse die im Modell angenommenen rund 85% deutlich übersteigt und tatsächlich eine höhere Auslastung von knapp über 90% erreicht werden kann. In diesem Szenario könnte die Verweildauerverkürzung auch etwas moderater ausfallen.

Insgesamt lässt sich mit der Konzentration stationärer Fälle gemäss unserem Berechnungsmodell eine kalkulatorische Reduktion der Akutbetten um rund 2'560 Betten oder 11% herleiten. Da weder für Spoke 1 noch 2 eine Notfallstation oder Intensivstation nötig sind und auch in Spoke 3 nur bei 50% der Leistungserbringer ein Notfall vorgesehen ist, können erstere um 20 Einheiten (19%) und letztere um 9 Einheiten (13%) reduziert werden. Demgegenüber werden bestehende Notfall- und Intensivstationsinfrastrukturen in den Hubs ausgebaut. Bei den Operationssälen ergäbe sich ebenfalls eine Reduktion um knapp 90 Einheiten oder 10%, selbst nach Berücksichtigung von 30 Operationssälen, die für die ambulanten Operationszentren in den 15 Spoke-2-Einheiten benötigt werden. Bei den Geburtssälen haben wir nur minimale Anpassungen in Spoke 2 vorgenommen, mit der Einschränkung, dass Spoke 3 beim Betrieb von Geburtsabteilungen einen Fokus auf diese legen müssen und die Vorhalteleistungen sich entsprechend vermehren.

Auf Basis der personellen Ressourcenanforderungen können wir folgende Hypothesen formulieren: Falls die Spokes 4 und Hubs die ihnen zusätzlich zugeteilten stationären Fälle (bei der erläuterten Reduktion der mittleren Verweildauern) mit den bestehenden Personalressourcen bewältigen könnten, liessen sich rechnerisch rund 9'500 Vollzeitstellen oder 7% der heutigen Belegschaft für andere Tätigkeiten oder in anderen Bereichen im Gesundheitssektor einsetzen. Realistischer ist, dass die Spokes 4 und Hubs ihre Mitarbeiterschaft für die Behandlung der zusätzlichen Fälle um 30% bis 50% des Optimierungspotentials erhöhen müssten. Auch damit bleiben die Zahlen mit 4'750 bis 6'300 Vollzeitstellen eindrücklich hoch. Angesichts des sich abzeichnenden Leistungsmengenwachstums der kommenden Jahre ist dies neben der konsequenten Ausbildung neuer Fachkräfte zusätzlich dringend nötig. So könnte der vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) ausgewiesene zusätzliche Bedarf für Pflegepersonen 2030 von 65'000 zumindest um 7% bis knapp 10% gesenkt werden.<sup>29</sup>

Bei der Analyse der Mitarbeiteranzahl und des Personalaufwands ändert sich im Hub-and-Spoke-Ansatz das Lohngefüge. Während sich bei der Kategorisierung der heutigen Situation in Hubs und Spokes der Durchschnittslohn parallel zur Unternehmensgrösse erhöht, tritt im Hub-and-Spoke-Ansatz das Gegenteil ein. Dies ist als Folge dessen zu deuten, dass gerade in den kleinen Strukturen primär Ärzte angestellt sind, die – je grösser die Betriebseinheiten – von einer zunehmend grösseren Anzahl weiterer medizinischer Fachpersonen und übriger Fachangestellter ergänzt werden. Relativ gesehen sind im Zielzustand in den Spokes 1 rund doppelt so häufig Ärzte (37%) angestellt wie in den Spokes 4 (19%).<sup>30</sup>



## Fazit und Interpretation

Unsere quantitativen Analysen des schematischen Hub-and-Spoke-Modells zeigen zwei grosse Potenzialbereiche auf:

### Infrastruktur

Durch die Reduktion von stationären Betten in den Spokes 1 bis 3 könnten davon rechnerisch rund 2'560 beziehungsweise 11% reduziert werden, ohne Patienten nicht mehr behandeln zu können. Dafür unterstellen wir eine Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauer bei den Spokes 4 und den Hubs um 0,5 Tage. Somit können diese die stationären Fälle aufnehmen, ohne dass die Auslastung über 85% steigt. Alternativ wäre bei einer geringeren Reduktion der Verweildauer auch eine Steigerung der Auslastung durch verbesserte Prozesse möglich.

Die Grenzen der Kennzahl «Investitionskosten pro Akutbett» wurden schon oft thematisiert. Dennoch erlaubt die Zahl mit der Perspektive über einen ganzen Investitionszyklus eindrucksvolle Einschätzungen: Wenn im nächsten Investitionszyklus (20 Jahre) 2'560 Betten oder deren beanspruchte räumliche Infrastruktur nicht erneuert oder neu gebaut werden müssen, so ergibt sich bei der oft genannten Investitionshöhe von CHF 1,0 Mio. bis CHF 1,2 Mio. pro Akutbett ein rein infrastrukturbezogenes Einsparpotenzial von CHF 2,6 Mia. bis CHF 3,1 Mia.

Ähnlich schätzen wir die Situation bei den Spitalnotfällen und Operationssälen ein. Mehr davon führen zwangsläufig zu höheren Kosten. Falls eine hohe Auslastung erreicht werden kann, sind solche Infrastrukturen durchaus sinnvoll. Spitäler beklagen allerdings oft, dass zunehmend mehr Patienten den Weg ins Gesundheitssystem über den teuren Notfall suchten. Dieser ist in Stosszeiten chronisch überlastet, insgesamt aber dennoch schlecht ausgelastet, wenn man die Nacht- und Wochenendzeiten mitberücksichtigt. In unserem Hub-and-Spoke-Modell betreiben die Spokes 1 und 2 keine Notfallstationen mehr; diese Funktion übernehmen die grösseren Spitäler. Während nur 50% der Spokes 3 eine Notfallstation betreiben, verfügen sämtliche Spokes 4 und Hubs über eine solche.

Wie sich eine Reduktion der Notfallstationen um 20 Einheiten (19%) oder der Intensivstationen und Operationssäle um 13% beziehungsweise 9% auswirkt, haben wir nicht abgeschätzt. Mit Sicherheit sind die Zahlen langfristig beträchtlich. Auch wenn sich die Schweiz hohe Investitionen in Infrastrukturen des Gesundheitswesens leisten kann, sind die verfügbaren Mittel so zielgerichtet und nutzenstiftend wie möglich einzusetzen, ganz im Sinne der WZW-Kriterien (vgl. Teil 4).



## Operative Effizienz und Personaleinsatz

Neben dem infrastrukturellen Hebel stellen in der Gesamtperspektive vor allem der optimierte Ablauf und somit die optimierte operative Effizienz und einhergehend der Personaleinsatz ein grosses Momentum dar. Wir gehen davon aus, dass aufgrund der Verschiebung und Spezialisierung der Angebote die Profitabilität der einzelnen Modelle sich jeweils auf einem langfristig angemessenen Niveau von rund 10% bewegen kann, in Spoke 1 sogar höher. Das hat vor allem mit den optimierten und spezialisierten Prozessen zu tun, die sich aus der Fokussierung auf ein Leistungsangebot ergeben.

Die Reduktion von Vorhalteleistungen sowie die Effizienzsteigerung im stationären Akutbereich (durch die Verweildauerreduktion resultierende Auslastungserhöhung) schlägt sich auch im Personalbedarf nieder. Dadurch kann der künftige Fachkräftemangel durch einen effizienteren Personaleinsatz um 4'750 bis 6'300 Fachkräfte entschärft werden. Wenn wir auch diesen Effekt grob quantifizieren, so liesse sich der Kostenanstieg im Gesundheitswesen, der bei einer Aufrechterhaltung des aktuellen Systems entstehen würde, durch eine konsequente Hub-and-Spoke-Bildung um jährlich rund 550 bis 730 Mio. CHF dämpfen.

Gesamthaft betrachtet wirkt sich der Hub-and-Spoke-Ansatz stark auf die heutigen Leistungserbringer aus, die wir als Spokes 1 bis 3 kategorisiert haben. Wie erwähnt gibt es für einzelne Anbieter Nischen. Zudem können Leistungserbringer mittelfristig auf eine höhere Versorgungsstufe anwachsen und die Grenzen dazwischen sind fließend. Im Zentrum steht ein wesentlicher Gedanke: Durch eine noch viel aktivere Netzwerkbildung können Spokes und Hubs gegenseitig voneinander profitieren und Erfolg ist nicht mit maximaler Grösse gleichzusetzen. Gerade die jüngsten Erfahrungen im Umgang mit Covid-19 haben einmal mehr die grosse Bedeutung eines koordinierten Gesundheitswesens aufgezeigt, das die verfügbaren Ressourcen flexibel und abgestimmt nutzt.

Die Organisation der Schweizer Spitallandschaft mithilfe von Hubs und Spokes ist ein Generationenprojekt, würde aber bereits in einer frühen Umsetzungsphase Vorteile für die Patienten in Form einer dezentralen Versorgung mit hoher horizontaler und vertikaler Durchlässigkeit sowie hoher Spezialisierung bringen. Den eigentlichen Vorteil des Systems sehen wir in der Nachhaltigkeit: Wenn unser Gesundheitssystem zunehmend grössere Leistungsmengen bereitstellen muss, vor allem im ambulanten Bereich,

wird es an seine Ressourcengrenzen stossen. Während wir im stationären Bereich von einer stabilen Nachfrage auf dem heutigen Niveau ausgehen, erwarten wir im ambulanten Bereich weiterhin ein hohes Nachfragewachstum, gerade im spitalambulanten Bereich.<sup>31</sup> Selbst bei nur 2% jährlichem Wachstum über die nächsten 15 Jahre sprechen wir so kumuliert von einem Leistungswachstum von 35%. Bei 4% jährlichem Wachstum (entspricht etwa dem jährlichen Wachstum der letzten zehn Jahre) verdoppelt sich die Nachfrage annähernd (plus 80%). Durch die Bündelung der zukünftig weitgehend stabilen stationären Nachfrage an grossen Standorten sowie eine Überführung der ambulanten Leistungen in hoch skalierbare flexible Strukturen wird dieses Wachstum beherrschbar und dem Mangel an medizinischem Fachpersonen kann zumindest entgegengewirkt werden. Gelöst wird dieser dadurch aber bei Weitem nicht. Beispiele für effiziente ambulante Infrastruktur gibt es in der Schweiz einige, etwa das Kantonsspital Baden mit dem Kubus, das Universitätsspital Zürich mit dem Circle oder das eHnv mit Daisy. Diverse weitere Projekte sind in Planung.

Die obigen Berechnungen beziehen sich nur auf die Akutsomatik. Zudem haben wir mit Ausnahme der ambulanten Operationszentren (Spoke 2) keine der beschriebenen Zusatzleistungen rechnerisch berücksichtigt. Die Leistungserbringer unserer Datenbasis erwirtschafteten 2018 einen Gesamtumsatz von rund 24 Mia. CHF. Man kann erahnen, welche Effekte möglich wären, wenn sich das gesamte Schweizer Gesundheitswesen mit einem Gesamtvolumen von rund 80 Mia. CHF stärker integrieren würde.

Das Gesundheitswesen strebt beste Behandlungsqualität mit den verfügbaren Ressourcen an. Wir sind überzeugt, dass Netzwerke und Kooperationen über sämtliche Sub-Sektoren im Sinne des vorgestellten Hub-and-Spoke-Ansatzes helfen können, dieses Ziel schneller und kostengünstiger zu erreichen.

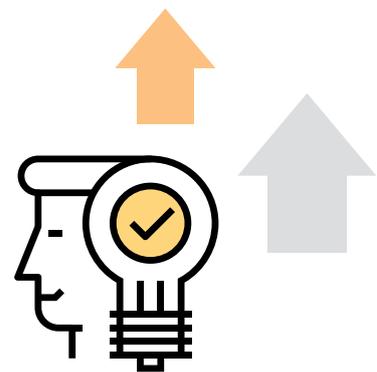
# Teil IV

## Die Umsetzung eines Hub-and-Spoke-Modells

Teil 4 soll aufzeigen, wie ein Hub-and-Spoke-Modell umgesetzt werden kann. Dabei werden Erfolgsfaktoren aufgezeigt, Kooperationsmodelle thematisiert und die Grundprinzipien beschrieben, die zu einer weiteren Flexibilisierung der Gesundheitsversorgung beitragen.

### Erfolgsfaktoren

Wie die Praxisbeispiele zeigen, existieren bereits heute verschiedene Kooperationen im Gesundheitswesen und gewisse Elemente des Hub-and-Spoke-Modells sind umgesetzt. Die Akteure haben die Relevanz integrierter Versorgungsmodelle erkannt und streben sie aktiv an. Die folgenden Aspekte gehören zu den kritischen Erfolgsfaktoren für das Gelingen einer Kooperation.



#### Genaueres Zielbild festlegen

Bei einer Kooperation sollte ein klares Ziel – eine gemeinsame Vision – vorliegen. Dieses beinhaltet einen eindeutigen Mehrwert für alle beteiligten Kooperationspartner und für die Patienten.

---

«Für eine Kooperation ist das Zielbild und die Klärung der Rollen beider Kooperationspartner zentral. Dabei müssen klare Vorteile für beide Seiten entstehen. Diese Grundidee muss dem gesamten Personal und der Bevölkerung einfach kommunizierbar sein.»

---

**Dr. oec. HSG Arnold Bachmann, CEO**  
Kantonsspital Graubünden

#### Nähe, Vertrauen und persönliche Interaktion pflegen

Geografische, organisatorische und charakterliche Nähe helfen beim Aufbau von Kooperationen. In der Nähe kann Vertrauen und ein offener Umgang miteinander entstehen.

---

«Räumliche Nähe ist für den Campusgedanken nicht zwingend, hilft aber bei der medizinisch-inhaltlichen Abstimmung. Zudem bietet sie die Chance, Kosten für Empfang, Reinigung und andere Leistungen gemeinsam zu decken und ein wirtschaftlich erfolgreicheres Fundament zu legen.»

---

**Martina Gläsel, Leiterin Spital Zweisimmen**

## Kenntnis und Zugang zu den Spezialisten gewährleisten

Eine abgestufte Versorgung erfordert, dass die eigenen Kompetenzen nicht überschritten und die richtigen Spezialisten zum richtigen Zeitpunkt hinzugezogen werden.

---

«Inzwischen gibt es in fast allen Spitälern ein Tumorboard. Die Tumorboards sind aber nur so gut wie ihre Mitglieder. Bei dieser grossen Anzahl können gar nicht überall die absoluten Spezialisten für jede Fragestellung vertreten sein. Es ist also extrem wichtig, dass auch hier klare Abstufungen installiert sind, sodass schwierige komplexe Fälle in übergeordneten spezialisierten Strukturen behandelt werden.»

---

**Dr. Till Hornung**, CEO Kliniken Valens

## Aktiv kooperieren

Eine funktionierende Kooperation basiert auf einer aktiven Zusammenarbeit und einem regelmässigen Austausch.

---

«Eine Kooperation muss täglich gelebt werden, damit sie sich lohnt.»

---

**Christian Camponovo**, Direktor der Clinica Luganese Moncucco

## Klare Regeln definieren

Eine Kooperation sollte klare Regeln abgestimmt auf das Zielbild haben. Diese stellen sicher, dass die Kooperationspartner im gemeinsamen Interesse handeln. Je nach Situation kann dies über eine rechtliche Integration oder über einen Kooperationsvertrag erfolgen.

## Bedürfnisse der Bevölkerung in den Mittelpunkt rücken

Kooperationen sind längerfristige Vorhaben. Sie sollen sich auf das Patienteninteresse konzentrieren. Die aktuellen Rahmenbedingungen, die eine Patientenzentrierung erschweren, können sich über die Jahre ändern.

---

«Ein zu starkes Konkurrenzdenken schadet unserem Gesundheitssystem. Die Bedürfnisse der Bevölkerung – nicht die wirtschaftlichen Interessen der Versorger – gehören in den Vordergrund.»

---

**Dr. Philippe Schaller**, Initiator Réseau Delta

## Gemeinsame Kommunikationsplattform etablieren

Gute Kooperationen erfordern eine gemeinsame Plattform, um Informationen auszutauschen. Je einfacher dieser Austausch möglich ist, desto besser funktioniert die Kooperation.

---

«Eine gemeinsame IT-Infrastruktur ist wegweisend. Gerade in einem Versorgungsnetz mit vielen niedergelassenen Ärzten und Therapeuten sind die heutigen Medienbrüche sehr mühevoll und aufwändig. Hier hoffen wir, dass das, was mit dem elektronischen Patientendossier hätte kommen sollen, tatsächlich kommt.»

---

**Olivier Furrer**, Leiter strategische Projekte Spital STS AG



## Kooperationsformen im Netzwerk

Für die Organisation und rechtliche Gestaltung der Zusammenarbeit in einem Hub-and-Spoke-Modell unterscheiden wir vier Kooperationsformen (vgl. Abbildung 11):

1. Die loseste Form der Kooperation ist die **vertragliche Kooperation**. Für diese Form hat sich zum Beispiel das Kantonsspital Graubünden entschieden, da es darin einen beidseitigen Mehrwert sieht.
2. Die Wahl eines **Gemeinschaftsunternehmens** führt zu einer besseren Ausrichtung der beiden Kooperationspartner, bringt aber im Gegensatz zu einer Kooperation mit Verträgen einen gewissen Kontrollverlust mit sich. Beispiel eines Gemeinschaftsunternehmens ist Clarunis als einfache Gesellschaft.
3. Ein **Shop-in-Shop-Konzept** wird von den Kliniken Valens am Triemlispital geplant. Die Kliniken Valens mieten sich auf dem Areal des Triemlispitals ein und betreiben die Rehabilitationsabteilung. Auch die Reha Clinic verfolgt dieses Modell mit diversen Beispielen (Limmattalspital, See-Spital Kilchberg, Kantonsspital Glarus usw.). Diese Kooperationsform eignet sich besonders für interdisziplinäre Zusammenarbeiten in einem Gesundheitscampus, wobei beide Partner unterschiedliche Profile haben. Zum Beispiel können die Kliniken Valens bei Bedarf den Zugang zur hochspezialisierten Rehabilitation einfacher sicherstellen als das Triemlispital. Gleichzeitig profitieren beide Kooperationspartner und der Patient von der integrierten Versorgung. Diese Kooperationsform setzt ein grosses gegenseitiges Vertrauen voraus, da sie mit hohen Investitionskosten verbunden ist.
4. Bei der Wahl einer **Konzernstruktur** ist eine vollständige Integration auf allen Ebenen möglich, was Synergiepotenzial eröffnet. Die Organisation in einer Konzernstruktur hat den Vorteil von intern klar alignierten Interessen, berücksichtigt dafür die lokalen Interessen aus Konzernperspektive weniger. Typische Beispiele von Konzernstrukturen sind die Insel-Gruppe, Kantonsspitäler in Baselland oder Luzern, die früher eigenständige regionale Spitäler in einem Konzern zusammengefasst haben, oder auch die Privatklinikgruppen Hirslanden oder Swiss Medical Network.

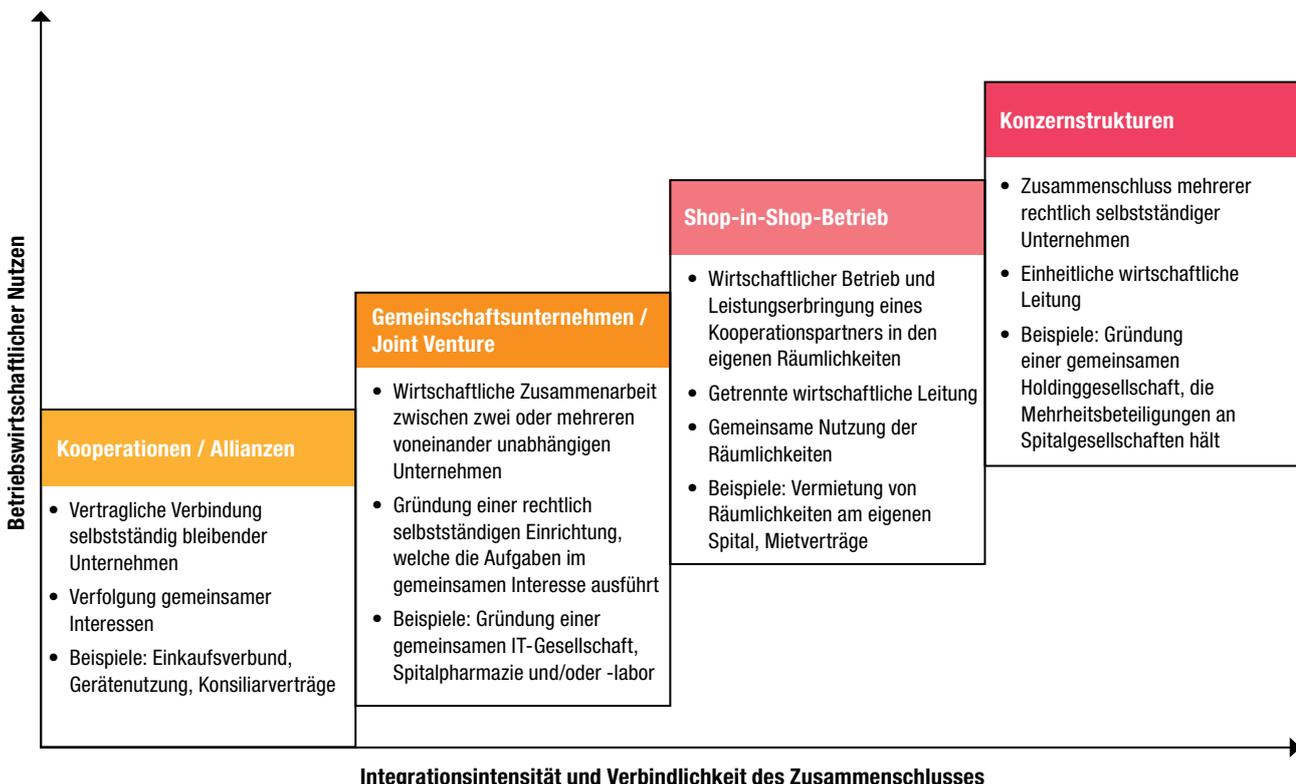


Abbildung 11: Die vier Grundformen einer Kooperation

## Grundprinzipien zur weiteren Flexibilisierung der Gesundheitsversorgung

Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sollten sich in Zukunft weiter verbessern, um ein Hub-and-Spoke-Modell und flexible Geschäftsmodelle flächendeckend zu ermöglichen. So erfordert der aktuell starre Rahmen eine gewisse Flexibilisierung. Nur so schafft er den nötigen Spielraum, damit sich das Gesundheitswesen strukturell weiterentwickelt.

Viele der aktuellen politischen Massnahmen wollen die aktuellen Strukturen aufrechterhalten. Sie bekämpfen das Kostenwachstum im Gesundheitswesen mit einer Symptombekämpfung und nicht ursächlich und wahrscheinlich auf Kosten der Behandlungsqualität (z. B. Kostenbremse-Initiative, Prämien-Entlastungs-Initiative, Reform der Spitalplanung).

Wir haben nachfolgend sechs Grundsätze formuliert, die zur Flexibilisierung im Gesundheitswesen beitragen und weiteres Optimierungspotenzial schaffen könnten (vgl. Abbildung 12).

---

«Echte Entlastung gäbe es nur dann, wenn sich auch die Vorhaltungen an Bedarf und Bedürfnissen ausrichten würden und die Gesetzgebung einen reduzierten Betrieb entsprechend der Nachfrage zuliesse, zum Beispiel hinsichtlich Anforderungen an einen Notfall.»

---

**Martina Gläsel**, Leiterin Spital Zweisimmen



Qualitätswettbewerb statt Mengenwettbewerb



Zweckmässige Regulierung



Überregionale Spitalplanung



Durchgängige Tarifstrukturen



Finanzieller Spielraum für Innovation



Fairen Wettbewerb

---

Abbildung 12: Sechs Grundprinzipien zur Flexibilisierung der Gesundheitsversorgung





## Qualitätswettbewerb statt Mengenwettbewerb

Die Einführung des DRG-Systems hat dafür gesorgt, dass die Spitäler möglichst viele Patienten behandeln wollen. So ist die Anzahl der stationären akutsomatischen Fälle von 2012 bis 2017 doppelt so schnell gewachsen wie die Bevölkerungszahl in der Schweiz.<sup>32</sup>

In einem patientenzentrierten Gesundheitssystem stehen Behandlungsqualität und -resultat vor der Anzahl Behandlungen. Dem Wettbewerb im Gesundheitswesen steht demnach ein Paradigmenwechsel bevor. Das Thema Qualität wird bisher nur am Rande evaluiert. In vielen Bereichen war das Thema bisher zu komplex. Die Ressourcen der Kantone als Regulator oder der Spitäler als Leistungserbringer reichten nicht aus, um eine Qualitätsmessung in ihrer ganzen Komplexität anzugehen. Neben der medizinischen Sicht gilt es vor allem, die Perspektive des Patienten einzubeziehen. Die Patient-Reported Outcome Measures (PROM) messen beispielsweise, wie funktionsfähig der Patient nach einer Operation ist und wie er sich fühlt. Hier steht die subjektive Perspektive des Patienten über der spitaleigenen Abschätzung und Priorisierung von Nutzen. Die Medizin würde sich bei einer solchen Veränderung von einem leistungserbringer- zu einem patientenzentrierten System wandeln. Eine durchgehende Qualitätsmessung in PROMs und eine in der Öffentlichkeit transparente Auswertung der Resultate würden es dem Patienten bei der Wahl des Leistungserbringers erlauben, schon früh nach seinen eigenen Präferenzen zu entscheiden.

Für solche Messungen gibt es bereits Standards wie das International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). Das Ziel von ICHOM ist es, die patientenbezogenen Behandlungsergebnisse nach einem weltweit standardisierten Verfahren zu messen (vgl. Abbildung 13).<sup>33</sup> Ein Wettbewerb in diesem Qualitätsbereich würde dem Patienten definitiv mehr zugutekommen als eine Mengenausweitung.

Einige Spitäler in der Schweiz wie das Universitätsspital Basel haben mit der Einführung der Qualitätsmessung nach ICHOM begonnen. Eine selbstverantwortete breite Umsetzung von ICHOM-Qualitätsmessungen könnte eine zweckmässige Gesundheitsversorgung sicherstellen. Dadurch können gewisse einschneidende Regulierungen der Spitäler durch die Öffentlichkeit hinfällig werden.



## Zweckmässige Regulierung

Im Gesundheitswesen häufen sich die Regulierungen, die nicht die eigentlichen Probleme anpacken, sondern die Symptome bekämpfen. Damit steigt im Gesundheitswesen die Gefahr, dass sich anstelle der geplanten Kosteneinsparungen und Qualitätssteigerung eine Kostensteigerung einstellt, die mit einer Qualitätseinbusse einhergeht.

Der Begriff «Spital» müsste beispielsweise überdacht und neu definiert werden. Mit dem medizinischen Fortschritt und der zunehmenden Ambulantisierung bildet sich eine Zwischenform zwischen ambulant/stationär und rein ambulanten Geschäftsmodellen.

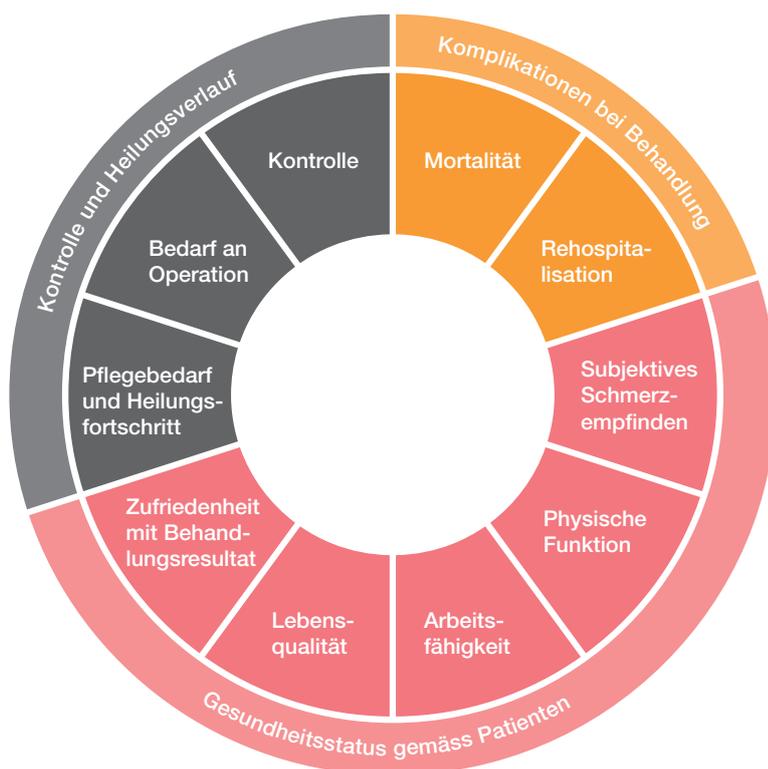


Abbildung 13: ICHOM-Kategorien für die Osteo-Arthrose bei Hüfte und Knie

Diese könnten die Versorgungslandschaft an strategisch gut gelegenen Orten (etwa an einem Bahnhof) ergänzen. Das Spital wird immer ambulanter, wenn es nicht zu einer Trennung von ambulant und stationär kommt. Ambulante Operationszentren, in denen ein Patient über Nacht bleiben kann, sind eine solche Zwischenform. Auch andere starre Definitionen gilt es zu überdenken. So muss aktuell der Notfall im Spital rund um die Uhr geöffnet sein, um in die entsprechende Kategorie eingeteilt zu werden. Flexiblere Öffnungszeiten innerhalb eines Netzwerks im Sinne einer abgestuften Versorgung sind wünschenswert und könnten helfen, Kosten einzudämmen, ohne die Versorgungssicherheit zu gefährden. Eine Loslösung des Spitalbegriffs von der Spitalliste hin zu einer Sichtweise, die vom medizinischen Angebot bestimmt wird, gewährt den Leistungserbringern die nötige Flexibilität, sich im Markt neu zu positionieren.



### Überregionale Spitalplanung

Die heutige Spitalplanung ist kantonal geregelt. Dabei werden Spitäler und Kliniken evaluiert und kantonale Leistungsaufträge erteilt. Diese berechtigen die Spitäler zu einem kantonalen Beitrag für stationäre Behandlungen.

Die Spitalplanung bietet wenig Spielraum für innovative Geschäftsmodelle und ist aus lokalpolitischen Gründen bei der Sicherstellung von bedarfs- und bedürfnisgerechten Angeboten eingeschränkt. Die Kantone sind zudem mit der Ambulantisierung gefordert. So wird in der Spitalplanung ein immer kleinerer Teil der Gesundheitsversorgung effektiv geplant, vor allem hinsichtlich neuer Geschäftsmodelle mit ambulantem Fokus.

Erschwerend kommt hinzu, dass in einem Hub-and-Spoke-Modell auch auf Seite der Behörden eine überregionale Beurteilung vorgenommen werden sollte. Es gilt sicherzustellen, dass die Spitalplanung eine überregional angemessene Versorgungsstruktur ermöglicht. Erste Schritte, die Kräfte in den Kantonen zu bündeln, wurden bereits unternommen. So haben die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt eine gemeinsame Gesundheitsregion gebildet. Ähnliche Bestrebungen sind in der «Versorgungsregion Säntis» ersichtlich.



### Durchgängige Tarifstrukturen

Die Tarife sind wie erwähnt eines der Hauptprobleme für die fehlende Integration verschiedener Bereiche. Im Gesundheitswesen sind durchgängigere Tarifstrukturen gefordert, die eine Zusammenarbeit fördern. Am offensichtlichsten ist der Missstand an der Grenze zwischen ambulant und stationär, wo Finanzierungsdiskussionen jede Bewegung blockieren. Die einheitliche Finanzierung ist ein notwendiger Schritt, um Durchlässigkeit zu erreichen. Gleiches gilt für die Versorgungsstrukturen, die

auch eine tarifliche Integration möglich machen sollen. Synergien zwischen akutsomatischen Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen werden schon heute vielfach genutzt. Das würde deutlich besser funktionieren, wenn auch die Tarifierung einen am Bedarf ausgerichteten Wechsel zwischen den Einheiten abbilden würde, ohne Abschläge für medizinisch angebrachte Schritte.



### Finanzieller Spielraum für Innovation

Ein zusätzlicher Innovationspool könnte überzeugende Projekte der Leistungserbringer unterstützen, die mit der heutigen Finanzierung nicht oder nur ungenügend abgegolten werden. Zum Beispiel könnte eine Covid-19-Applikation mit Monitoringfunktionen für das Spital implementiert oder die onkologische Rehabilitation in der Schnittstelle zwischen zwei Tarifsystemen gefördert werden. Sobald sich eine neue Innovation bewährt hat, müssten die Tarifstrukturen angepasst und die Mittel des Innovationspools für andere Bereiche eingesetzt werden. Bereits heute gibt es im Krankenversicherungsgesetz (KVG) Spielraum für gewisse Innovation und der Bundesrat hat zudem einen Experimentierartikel verabschiedet und an die eidgenössischen Räte überwiesen. Die Umsetzung von innovativen und praktikablen Lösungen wird trotz Experimentierartikel umständlich bleiben.



### Fairen Wettbewerb

Der Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen ist in mancher Hinsicht verzerrt. So unterscheidet sich die Finanzierung der Spitäler im Bereich der Baserate oder der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) teilweise wesentlich. Spitäler werden von den Kantonen mit GWL finanziell unterstützt. Im Jahr 2016 beliefen sich diese kantonalen Finanzierungsbeiträge auf rund 950 CHF pro Patient.<sup>34</sup> Mit diesem Geld werden vor allem die Lehre und Forschung, die Weiterbildung sowie gewisse defizitäre (Vorhalte-)Leistungen abgegolten, die nicht anderweitig finanziert werden. Die GWL-Beiträge sind nicht einheitlich definiert und unterliegen starken kantonalen Unterschieden. Hier sollte sichergestellt werden, dass GWL-Beiträge zu keiner Wettbewerbsverzerrung führen.<sup>35</sup> In diesem Zusammenhang darf die Behandlung von Leistungserbringern nicht zwischen Trägerschaften unterscheiden. Die Covid-19-Krise hat dazu geführt, dass viele Spitalbetten im Frühjahr 2020 leer blieben. Die Kosten für diese Bereitschaft werden voraussichtlich mit öffentlichen Geldern gedeckt. Diese Beitragshöhe unterscheidet sich kantonal stark.



## Handlungsempfehlung für Entscheider im Gesundheitssystem

Obwohl bereits unter den aktuellen Rahmenbedingungen die Netzwerkbildung im Gesundheitswesen langsam vorangetrieben wird, gibt es bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen noch weiteres Potenzial. Zur optimalen Förderung eines qualitativ hochstehenden und effizienten Gesundheitswesens raten wir den Entscheidern des Gesundheitssystems zu folgenden Massnahmen.

- ▶ Führen Sie **klare Qualitätsindikatoren** als Basis für regulatorische Eingriffe ein:
  - Regulatorische Initiativen sollten für einen Wettbewerb der besten Qualität nicht ausschliesslich über Preise, Kosten oder Vergütungen stattfinden. Sie sollen einen einheitlichen Qualitätsstandard einführen, der eine Vergleichbarkeit der typischen Qualitätsindikatoren (Prozesse, Mortalitätsraten, Rehospitalisationen) ermöglicht und gleichzeitig eine langfristige Qualitätsoptik des Patienten einnimmt (Lebensqualität, Behandlungsergebnis).
  - ICHOM kann einen solchen Standard darstellen.
- ▶ Richten Sie die Regulation nicht auf Symptome, sondern auf **ursächliche Probleme** aus:
  - Die Regulation soll auf die Lösung von ursächlichen Problemen abzielen und nicht die Effekte beschränken.
  - Die Einführung von Zielvorgaben oder Kostenwachstum im Verhältnis zur Lohnentwicklung ist wenig zweckmässig.
  - Passen Sie die bestehenden Anreize an und setzen Sie Themen wie die einheitliche Finanzierung (EFAS) um.
- ▶ Orientieren Sie **Tarifstrukturen an Behandlungspfaden**, nicht an Versorgungssektoren:
  - Die Sektorgrenzen sollten regulatorisch aufgeweicht werden und Patientenpfade abbilden.
  - Dabei helfen können Pauschalen im ambulanten Bereich oder Pauschalen über Akutsomatik und Rehabilitation hinaus.
- ▶ Wenden Sie den **Experimentierartikel** an und speisen Sie **Innovationsfonds**:
  - Innovation sollte konkret gefördert und auch finanziell unterstützt werden. So wären vermutlich Gelder besser in Innovationsfonds aufgehoben als in regionalem Strukturerhalt.
- ▶ Vergeben Sie **Leistungsaufträge** für dezentrale Leistungen ausserhalb des KVG (insbesondere GWL) einheitlich und auf Basis transparenter **WZW-Kriterien** (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich):
  - Reduzieren Sie Rollenkonflikte zwischen Regulation, Eigentum und Vergabe von Aufträgen im Rahmen der Governance
- ▶ Fördern Sie **überregionale Versorgungsstrukturen**:
  - Um integrierte Netzwerke zu ermöglichen, braucht es in der Planung und Regulation der Versorgung eine grossflächige Sichtweise über Versorgungsregionen. Hier sollten Sie den Spitälern den nötigen Spielraum für kantonsübergreifende Kooperationen gewähren.

# Teil V

## Schlusswort

Das Gesundheitswesen der Schweiz durchläuft einen Strukturwandel. Die Zukunft liegt in bedarfs- und bedürfnisorientierten Versorgungsnetzwerken. Das setzt eine Transformation der Strukturen voraus. Trends wie die Ambulantisierung, der Fachkräftemangel, neue Rollenbilder, die Digitalisierung, der Druck zu Wirtschaftlichkeit und die veränderten Bedürfnisse der Patienten treiben diese Entwicklung voran.

Sie als Entscheidungsträger im Gesundheitswesen müssen ein Zielbild für die Zukunft entwickeln, das diesen Trends gerecht wird. Um die Entscheidungsfindung zu unterstützen, haben wir vier idealtypische Geschäftsmodelle von Spitalstrukturen entwickelt, die neben den grossen Zentrumsspitalern entstehen könnten. Diese Geschäftsmodelle beinhalten innovative Elemente und verstehen sich als Teile eines Netzwerks. Sie können je nach Bedarf von Bevölkerung und Patienten angepasst werden. Gelingt die Transformation der Strukturen, entsteht eine patientenzentrierte Versorgung mit adäquater Wirtschaftlichkeit. Die Transformation ist nicht nur aus Betriebsperspektive sinnvoll, sondern hat auch einen gesamtwirtschaftlichen Nutzen und kann sogar belastenden Trends wie dem Fachkräftemangel entgegenwirken.

Eine solche Transformation kann dem Wachstum der Gesundheitskosten wesentlich entgegenwirken. Wir erwarten, dass die Synergien den Fachkräftemangel alleine in der Akutsomatik um 4'750 bis 6'300 Stellen entschärfen können. Dies entspricht einer kalkulatorischen Steigerung der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems um bis zu 730 Mio. CHF jährlich. Zudem gibt es weitere Synergien durch eine besser Infrastrukturauslastung und eine bessere Koordination der Vorhalteleistungen. Insgesamt werden in einer integrierten Netzwerkstruktur in der Schweiz gut 2'500 Spitalbetten weniger benötigt und rund 10-20% der Notfall- und Intensivstationen in grösseren Standorten integriert. Dazu werden auch weniger Investitionen in die Spitäler notwendig. Wir schätzen diese Grössenordnung alleine für die Akutbetten auf rund 2,6 Mia. CHF und 3,1 Mia. CHF.

Unter anderem dank der für das Gesundheitswesen sensibilisierten Öffentlichkeit durch die Covid-19-Pandemie steht uns ein spannender politischer Diskurs bevor.

Eine Weiterentwicklung Richtung Hub-and-Spoke-Lösungen wird die Flexibilität und Versorgungssicherheit des Schweizer Gesundheitssystems erhöhen. Strukturen und Infrastrukturen zu bewahren, ist nicht zukunftsfähig. Es birgt das Risiko, dass die Fachkräfte für den Weiterbetrieb nicht mehr ausreichen oder die wirtschaftliche Belastung für die Eigner (meistens Kantone) zu hoch werden. Gerade bei einer Pandemie bilden das intensivmedizinische und pflegerische Personal einen Engpass, nicht die Spitalbetten. Und gerade für das Verfügbarhalten von Personal bieten Netzwerke die grössten Chancen. Der Spagat zwischen hoher Versorgungssicherheit – zum Beispiel im Fall einer Pandemie – und einem ressourcengerechten Einsatz bei Normalbetrieb bleibt vermutlich auch in Zukunft schwierig. Mit ausreichend Flexibilität durch Hub-and-Spoke-Strukturen kann dieser Spagat gelingen.

In Teil IV haben wir die Erfolgsfaktoren für die Umsetzung eines Hub-and-Spoke-Modells thematisiert. Vor allem auf politischer Ebene sind eine hohe unternehmerische Verantwortung und eine klare Ausrichtung auf die Qualität und den Patientennutzen notwendig. Die Spitäler sollten eine Qualitäts- und Transparenzoffensive starten. Patient-Reported Outcomes Measures (PROM) – zum Beispiel nach dem ICHOM-Standard – wären zielführend, politische Unterstützung willkommen.

Die Regulierung sollte zweckmässig bei den Ursachen ansetzen, nicht bei den Symptomen. Ein Fokus liegt dabei auf der Erhöhung der Durchlässigkeit der Sektoren – sei es zwischen Akutsomatik, Psychiatrie und Reha oder zwischen stationär und ambulant. Dazu gehören beispielsweise ambulante Pauschalen. Basis dafür ist eine einheitliche Finanzierung von ambulant und stationär (EFAS). Eine überregionale Versorgungsplanung würde die Umsetzung von Hub-and-Spoke-Modellen zusätzlich erleichtern.

Falls Sie neue Versorgungsregionen, innovative Geschäftsmodelle und Kooperationslösungen etablieren möchten, begleiten wir Sie gerne. Auch in Zukunft bringen wir unsere Vorschläge für die weitere Gestaltung des Schweizer Gesundheitswesens ein.

## Modellierung Gesamteffekt

### Datengrundlagen und Vorgehen

#### Datengrundlagen

Unser Simulationsmodell basiert auf den Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2018, die im Mai 2020 vom Bundesamt für Statistik (BFS) publiziert wurden.<sup>36</sup> Neben anderen Studien des BFS haben wir zudem weitere Statistiken mit Bezug zum Schweizer Gesundheitswesen anderer Anbieter herangezogen und Daten sowie Einschätzungen früherer PwC-Studien und von PwC-Experten einfließen lassen.

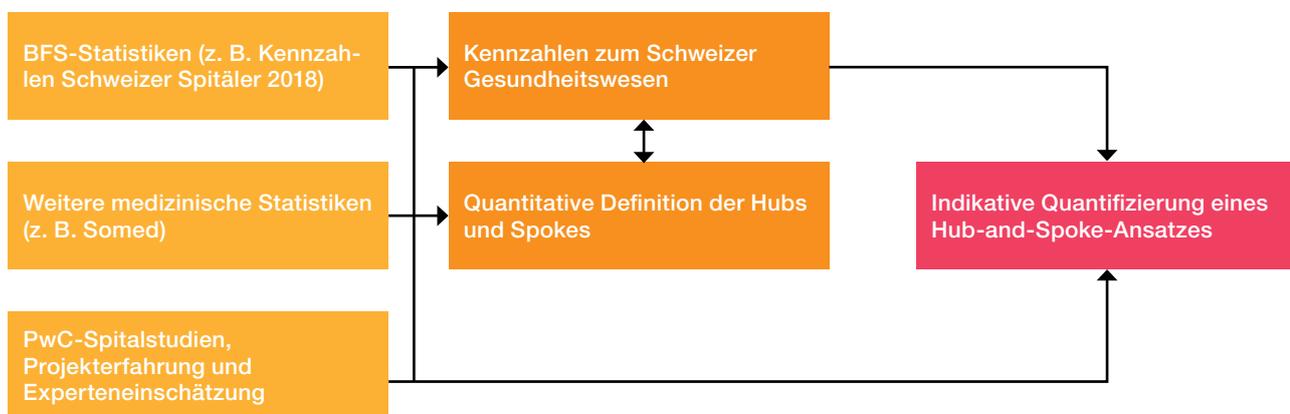


Abbildung 14: Datengrundlagen für die indikative Quantifizierung der Hub-and-Spoke-Auswirkungen

#### Kategorisierung der bestehenden Akutspitäler in Hubs und Spokes

In einer ersten Phase haben wir ausgehend vom Datensatz «Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2018» des BFS nur jene Leistungserbringer berücksichtigt, die in der Akutsomatik tätig sind. Dafür haben wir in einem ersten Schritt jene Spitäler selektiert, die im «Aktivitätstyp Akut (A)» aufgeführt werden. In einem zweiten Schritt haben wir Spitäler ausgeschlossen, deren stationäre Austritte oder ambulante Konsultationen in der Akutsomatik 50% oder weniger der Gesamtleistung betragen. Nach Anwendung dieser Ausschlussfilter verblieben 158 der insgesamt 281 Leistungserbringer der BFS-Statistik in unserem Datensatz. Im Durchschnitt betreibt jede der untersuchten 158 Gesellschaften 1,8 Standorte; in der Summe betreiben sie 278 Standorte.

Anschliessend haben wir die 158 Gesellschaften anhand des Kriteriums der stationären Austritte im Jahr 2018 und unterschiedlicher Grössenkriterien einem Hub oder Spoke zugeteilt. Auf Basis dieser Kategorisierung haben wir neben den stationären Austritten weitere Kennzahlen wie ambulante Konsultationen, Personalbestand oder Angaben zur Infrastruktur erhoben (vgl. Abbildung 9).<sup>37</sup> Anhand dieser Grössen lässt sich die Zielstruktur des vorgestellten Hub-and-Spoke-Modells später mit der aktuellen Situation vergleichen.

#### Erläuterung der Parametrisierung des Hub-and-Spoke-Modells und Hochrechnung

In der zweiten Phase haben wir anhand verschiedener Statistiken, Studien, Experteneinschätzungen und Projekterfahrungen für die Hubs und Spokes quantitative Eckwerte festgelegt. Für die vier Spokes haben wir eine vereinfachte Erfolgsrechnung erstellt, wobei wir stationäre Fallzahlen, Fallpauschalen, Zusatzversichertenentgelte sowie ambulante Konsultationen und deren Erlöse den jeweiligen Modellen als Einzelgrössen zugeordnet haben. Auf der Kostenseite haben wir typische Skill-Grade-Mixe unterlegt und diese mit den geschätzten Durchschnittslöhnen multipliziert. Beim übrigen Ertrag und Sachaufwand haben wir uns auf externe und interne Erfahrungswerte – insbesondere auf unsere jährliche Studie zur finanziellen Gesundheit der Spitäler<sup>38</sup> – abgestützt. Dadurch werden vor allem die Spokes 1 bis 3 sehr stark in Richtung einer ambulanten Versorgung ausgelegt. Bei den Hubs sind wir bei den Personalkosten von einem Anteil von 65% vom Umsatz ausgegangen. Dieser Wert entspricht der Personalaufwandquote in unserer letzten Studie zur finanziellen Gesundheit der Spitäler und deckt sich mit dem aus den BFS-Daten errechneten Verhältnis (Medianwert 64%, Durchschnitt 66%).

## Interviewpartner



**Christian Camponovo**  
Direttore Clinica Luganese Moncucco



**Dr. oec. HSG Arnold Bachmann**  
Vorsitzender der Geschäftsleitung  
Kantonsspital Graubünden



**Martina Gläsel**  
Leiterin Spital Zweisimmen



**Rodolphe Eurin**  
CEO Hôpital de la Tour



**Olivier Furrer**  
Leiter strategische Projekte Spital STS



**Dr. Till Hornung**  
CEO Kliniken Valens



**Dr. Philippe Schaller**  
Initiator Réseau Delta

## Verdankung

PwC bedankt sich beim Verband Privatkliniken Schweiz und Verband Zürcher Krankenhäuser für die finanzielle Unterstützung zur Erstellung dieser Studie. Aus der Unterstützung können keine Mitwirkungsrechte oder Rechte am Studienergebnis abgeleitet werden.

### Weitere Informationen

Weiterführende Informationen und Publikationen von PwC finden Sie unter:  
[www.pwc.ch/gesundheitswesen](http://www.pwc.ch/gesundheitswesen)



## Quellenverzeichnis

- Berner Fachhochschule (2013): «Panorama Gesundheitsberufe 2030»
- BFS (2020): «Kennzahlen Schweizer Spitäler 2018»
- BFS (2015 und 2017): «Statistik der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS)»
- BFS (2012 und 2017): « Kennzahlen der Schweizer Spitäler»
- Bundesamt für Gesundheit (2019): «Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030»
- Bundesamt für Gesundheit (2017): Faktenblatt: «Anpassungen des Ärztetarifs TARMED»
- FMH (2020): «Digital Trends Survey 2019»
- Schweizerische Ärztezeitung (2018): «Patient-reported outcome measures: Die Patientensicht zählt»
- H+ Spital- und Klinik-Barometer (2019): «Qualität und Wahlfreiheit zentral»
- Obsan (2017): «Soins intégrés en Suisse»
- Obsan (2016): «Pflegepersonal in der Schweiz»
- Obsan (2016): «Bulletin 12-2016»
- PwC – Strategy& – HSG (2019): «The digital opportunity in the Swiss healthcare system»
- PwC (2017): «Ambulant vor stationär»
- PwC (2017): «CEO Survey Spitalmarkt Schweiz – Trends und Herausforderungen für Schweizer Spitäler und Kliniken»
- PwC (2016): «Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen»
- PwC (2011-2019): Reihe «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 20XX»
- GDK-Richtlinien: [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/leistungsgruppen/anforderungen\\_notfall\\_v2.2\\_d.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/leistungsgruppen/anforderungen_notfall_v2.2_d.pdf), Stand 09.06.2020
- Santésuisse (2017): [https://www.santesuisse.ch/it/details/content/der\\_staat\\_sollte\\_nur\\_die\\_spielregeln\\_setzen](https://www.santesuisse.ch/it/details/content/der_staat_sollte_nur_die_spielregeln_setzen), Stand 09.06.2020
- Smarter Medicine: <https://www.smartermedicine.ch/de/home.html>, Stand: 09.06.2020
- Staatssekretariat für Wirtschaft (2016): «Fachkräftemangel in der Schweiz»
- Strategy& (PwC) (2017): «Capitalizing on precision medicine»
- Universität Basel/IWSB, Prof. Dr. Stefan Felder, Universität Basel (2016, 2017, 2018, 2019): «Studienreihe Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitalern und Privatkliniken»
- Universität Luzern (2017): Rechtsgutachten: «Zusatzversicherte Leistungen von Spitalern»

## Endnotenverzeichnis

- 1 PwC (2017): «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016»
- 2 PwC (2016): «Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen»
- 3 PwC (2019): «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2018»
- 4 Obsan (2017): «Soins intégrés en Suisse»
- 5 Bundesamt für Gesundheit (2017): Faktenblatt: «Anpassungen des Ärztetarifs TARMED»
- 6 Staatssekretariat für Wirtschaft (2016): «Fachkräftemangel in der Schweiz»
- 7 Obsan (2016): «Pflegepersonal in der Schweiz»
- 8 PwC (2019): «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2018»
- 9 Universität Luzern (2017), Rechtsgutachten: «Zusatzversicherte Leistungen von Spitälern»
- 10 Berner Fachhochschule (2013): «Panorama Gesundheitsberufe 2030»
- 11 Smarter Medicine: <https://www.smartermedicine.ch/de/home.html>, Stand: 24.04.2020
- 12 Bundesamt für Gesundheit (2019): «Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030»
- 13 Berner Fachhochschule (2013): «Panorama Gesundheitsberufe 2030»
- 14 Strategy& (PwC) (2017): «Capitalizing on precision medicine»
- 15 PwC (2017): «CEO Survey Spitalmarkt Schweiz – Trends und Herausforderungen für Schweizer Spitäler und Kliniken»
- 16 H+ Spital- und Klinik-Barometer (2019): «Qualität und Wahlfreiheit zentral»
- 17 PwC – Strategy& – HSG (2019): «The digital opportunity in the Swiss healthcare system»
- 18 FMH (2020): «Digital Trends Survey 2019»
- 19 H+ Spital- und Klinik-Barometer (2019): «Qualität und Wahlfreiheit zentral»
- 20 Universität Basel/IWSB, Prof. Dr. Stefan Felder, Universität Basel (2016, 2017, 2018, 2019): Studienreihe Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken
- 21 Vgl. Santésuisse (2017) [https://www.santesuisse.ch/it/details/content/der\\_staat\\_sollte\\_nur\\_die\\_spielregeln\\_setzen](https://www.santesuisse.ch/it/details/content/der_staat_sollte_nur_die_spielregeln_setzen)
- 22 BFS (2015 und 2017): «Statistik der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS)»
- 23 OP-Saal Kategorie I gemäss TARMED-Sparte
- 24 PwC (2017): «Ambulant vor stationär»
- 25 Vgl. Richtlinien der GDK: [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/leistungsgruppen/anforderungen\\_notfall\\_v2.2\\_d.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/leistungsgruppen/anforderungen_notfall_v2.2_d.pdf)
- 26 PwC (2018): «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2017»
- 27 PwC (2018): «Schweizer Spitaler: So gesund waren die Finanzen 2017»
- 28 In der Schweiz zählen rund 150 Städte mehr als 10'000 Einwohner. Statistisch gesehen benötigt jeder der 8,5 Millionen Einwohner der Schweiz (Bevölkerung 2018) 1,9 ambulante Konsultationen pro Jahr. Damit führen die unterstellten Leistungsmengen zu keinem Überangebot oder können sogar noch erhöht werden bei einem zukünftigen Nachfragerwachstum.
- 29 Obsan (2016): «Bulletin 12-2016»
- 30 Aktuell bewegt sich dieser Wert für die untersuchten Kategorien zwischen 12% und 18%.
- 31 PwC (2017): «Ambulant vor stationär»
- 32 BFS (2012 und 2017): «Kennzahlen der Schweizer Spitäler»
- 33 Schweizerische Ärztezeitung (2018): «Patient-reported outcome measures: Die Patientensicht zählt»
- 34 Schweizerische Ärztezeitung – Mehr Licht im Dunkel der gemeinwirtschaftlichen Leistungen? 2019: <https://saez.ch/article/doi/saez.2019.17983>, Stand: 01.05.2020
- 35 Studienreihe Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken, Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz (PKS). Universität Basel/IWSB, Prof. Dr. Stefan Felder, Universität Basel, 2016, 2017, 2018, 2019
- 36 BFS (2020): «Kennzahlen Schweizer Spitäler 2018»
- 37 Beim Personalbestand haben wir die Belegarztstunden ebenfalls berücksichtigt, nicht hingegen bei der Berechnung der Durchschnittslöhne.
- 38 PwC (2011-2019): Reihe «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen»

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Aktuelle Trends im Schweizer Gesundheitswesen	8
Abbildung 2:	Grundlegende Patientenbedürfnisse	11
Abbildung 3:	Starkes Silodenken prägt die aktuellen Strukturen des Schweizer Gesundheitswesens	13
Abbildung 4:	Das integrierte Versorgungsmodell der Zukunft bildet ein Netzwerk um den Patienten	13
Abbildung 5:	Die vier Grundprinzipien der integrierten Versorgung	16
Abbildung 6:	Die modulare Ausgestaltung eines Spokes bietet diverse Kombinationsmöglichkeiten	28
Abbildung 7:	Dreistufiges Vorgehen der Modellierung eines Hub-and-Spoke-Modells	30
Abbildung 8:	Aufteilung der bestehenden Akutspitäler auf Hubs und Spokes	31
Abbildung 9:	Aufteilung der Akutspitäler auf Hubs und Spokes gemäss beispielhafter Netzwerkstruktur	32
Abbildung 10:	Illustrative Erfolgsrechnungen der Hubs und Spokes (Durchschnittswerte)	33
Abbildung 11:	Die vier Grundformen einer Kooperation	40
Abbildung 12:	Sechs Grundprinzipien zur Flexibilisierung der Gesundheitsversorgung	41
Abbildung 13:	ICHOM-Kategorien für die Osteo-Arthrose bei Hüfte und Knie	42
Abbildung 14:	Datengrundlagen für die indikative Quantifizierung der Hub-and-Spoke-Auswirkungen	46

## Abkürzungen und Glossar

ANP	Advanced Nurse Practitioners
ANQ	Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
AOP	Ambulante Eingriffe
BFS	Bundesamt für Statistik
CHF	Schweizer Franken
CMI	Case Mix Index
CT	Computertomografie
EBITDA	Earnings before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization, d.h. Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen auf Sachanlagen und immateriellen Vermögenswerten
EBITDAR	Earnings before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization and Ren, d.h. Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und immateriellen Vermögenswerten und Mieten
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
EUR	Euro
FTE	Full Time Equivalent; Vollzeitäquivalent
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève; Universitätsspital von Genf
ICHOM	International Consortium for Health Outcomes Measurement
IMC	Intermediate Care Units
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hoch spezialisierte Medizin
KSGR	Kantonsspital Graubünden
KVG	Krankenversicherungsgesetz
Mia.	Milliarde
Mio.	Million
ML	Machine Learning
MPA	Medizinische Praxisassistenz
MRI	Magnetresonanztomografie
MT	Manuelle Therapie
MVwD	Mittlere Verweildauer
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OP	Operation
PROM	Patient-Reported Outcome Measures
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
TARMED	Tarif médical, Tarif für die ambulanten ärztlichen Leistungen in der Schweiz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WZW	wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich

# Publikationsübersicht



## Gesundheitswesen Schweiz – Fokus auf die Kernkompetenzen

- Betriebsmodell und Leistungsdefinition
- Evaluation von Sourcingmodellen und Einsparpotenzial von Outsourcing
- Fallbeispiele Reinigung und IT



## Die Führung von Schweizer Spitälern 2017

- Die Geschäftsleitung von Spitälern und Best Practices
- Typische Eigenschaften von Klinikdirektorinnen und -direktoren
- Spitaldirektoren im Gespräch



## CEO Survey Spitalmarkt Schweiz 2017

- Stabile Profitabilität ist die Schlüsselaufgabe
- Höhere Effizienz ist gefragt
- Die Branche ist im Wandel
- Patientenbedürfnisse rücken immer mehr ins Zentrum (Ambulantisierung)



## Zero-Night-DRG – Ein Diskussionsvorschlag zur Stärkung der Ambulantisierung im Spital

- Zero-Night-DRG als Lösungsvorschlag zur Verringerung von Fehlanreizen in den Tarifstrukturen
- Grundsätze eines Zero-Night-DRG-Systems
- Auswirkungen auf die einzelnen Akteure



## Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen.

- Der Trend zur ambulanten Medizin – und die Rolle der Finanzierung und Tarifierung
- Das ambulante Potenzial für 13 ausgewählte Eingriffe sowie das Gesamtpotenzial
- Ambulante Fallpauschalen – ein Lösungsansatz?



## Spitalbauten und ihre Zukunft

- Wie sieht das Spital in 30 Jahren aus?



## Ambulantisierung: das Gesundheitswesen im radikalen Wandel

- Proaktive Ausrichtung auf die voranschreitende Ambulantisierung ist gefragt
- Unterschiedliche Tarif- und Finanzierungssysteme setzen Fehlanreize und behindern die Ambulantisierung



## Qualitätssteigerung durch Mengenreduktion

- Unser Ansatz – vom Warum bis hin zur wirkungsvollen Umsetzung
- Implikation für das Schweizer Gesundheitswesen und deren Akteure – vom Konzept zur Umsetzung



## The digital opportunity in the Swiss healthcare system

- Problembereiche entlang des Patientenpfads
- Technologische Trends im Gesundheitswesen
- Auswirkungen der Technologie auf die Akteure im Gesundheitswesen



## Die Führung in den akutsomatischen Spitälern der Schweiz

- Spitalführung auf Ebene der Spitaldirektorin bzw. des Spitaldirektors und der Geschäftsleitung



## Zukunft Personalisierte Medizin

- Herausforderung für die Schweiz
- Ein Daten-Safe fürs Leben
- Das schweizerische Gesundheitssystem im Umbruch



## Spital übermorgen – Praxishandbuch Spitalstrategie

- Praxishandbuch als Unterstützung zur Strategieentwicklung
- Prozessschritte und Methoden von der Analyse über die Planung bis zur Umsetzung



### Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2018

- Finanzielle Gesundheit und Herausforderungen der Akutspitäler, Psychiatrien und Rehabilitationskliniken
- Investitionsentwicklung und Finanzfunktion der Zukunft
- Entwicklung und zukünftige Gestaltung des Schweizer Gesundheitswesens



### Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2017

- Finanzielle Gesundheit und Herausforderungen der Akutspitäler, Psychiatrien und Rehabilitationskliniken
- Gedankenreise in die Versorgungslandschaft von übermorgen
- Übersicht Alters- und Pflegeheim-Markt



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

- Finanzielle Gesundheit und Herausforderungen der Akutspitäler und Psychiatrien
- Externe Finanzierung heute und übermorgen
- Die Versorgungslandschaft im Wandel
- Der Behandlungspfad im Jahr 2030



### Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2015

- Finanzielle Gesundheit und Herausforderungen der Akutspitäler und Psychiatrien
- Ergebnisverbesserungen
- Transaktionen in der Spitalbranche
- Ambulante Geschäftsmodelle für Spitäler



### Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2014

- Finanzielle Gesundheit und Herausforderungen der Akutspitäler und Psychiatrien
- Erfolgsfaktoren für die Integration von Spitälern



### Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2013

- Finanzielle Gesundheit und Herausforderungen der Akutspitäler
- Kooperationen, Übernahmen und Fusionen
- Die Bewertung von Spitalbetrieben



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

- Finanzielle Gesundheit der Akutspitäler
- Investitionseffizienz



### Schweizer Spitäler: Den Finanzen auf den Puls gefühlt 2011

- Finanzielle Gesundheit der Akutspitäler



### Das KIS der Zukunft

- Die Digitalisierung als Katalysator für die Spitalinformatik
- Bewegung im KIS-Markt
- Das KIS der Zukunft



### Spitalimmobilien: neue Perspektiven, neue Chancen

- (Finanzielle) Bedeutung von Spitalimmobilien
- Investitions- und Nutzungsplanung von Spitalimmobilien



### Analyse IT – Schutzbereitschaft für Spitäler

- IT Security – Referenz Architektur für das Gesundheitswesen
- IT-Analyse der Schutzbereitschaft im Spital

# Kontakte

## Ihre Ansprechpartner



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



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

## Weitere Autoren der Studie



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



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

---

Wir danken zudem Karin Lussi und Björn Binzegger für Ihre Beiträge für die vorliegende Publikation.

## Weitere Kontakte



**David Roman**  
Director  
Digital Health



**Gerhard Siegrist**  
Partner  
Wirtschaftsprüfung und  
Kodierrevision für Spitäler



**Rejhan Fazlic**  
Director  
Head of CIO Advisory



**Darioush Zirakzadeh**  
Director  
Beratung Gesundheitswesen  
Romandie



**Marc Oliver Mueller**  
Senior Manager  
Mehrwertsteuerberatung im  
Gesundheitswesen



## Ihr PwC Healthcare Team

Philip Sommer, Patrick Schwendener, David Roman, Darioush Zirakzadeh, Robert Lüthi, Melanie Herrmann, Félicia Meguireche, Mirco Kunz, Paul Sailer, Patric Steffen, Rainer Braun, Philippe Plodeck, Christophe Brawand, Tobias Bosshart, Melanie Dick, Frederik Haubit, Sedat Senguel, Stéphanie Lampart, Nick Eggerschwiler, Sarah Weidmann, Anton Helbling, Ivan Gautschi



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

