



**10**  
Jahre

# Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2020

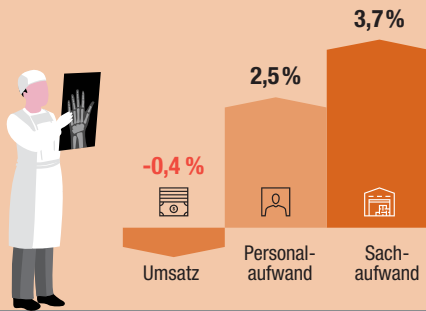
Die Spitallandschaft im Spannungsfeld  
von Pandemie und Zukunft

Vergleich der wichtigsten Kennzahlen von Schweizer Spitalern,  
10. Ausgabe, Oktober 2021

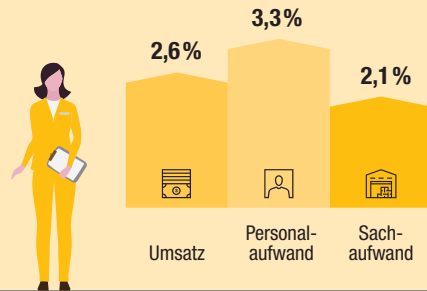
# Akutsomatik

# Psychiatrie

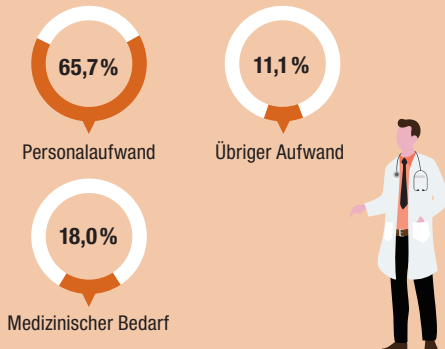
Wachstumsraten im Jahr 2020



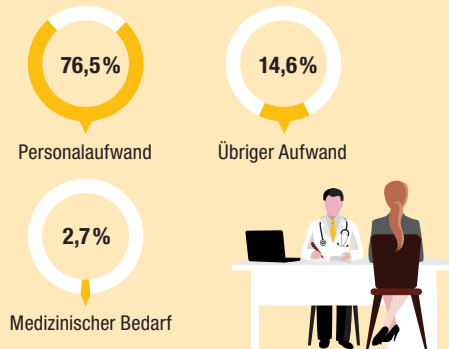
Wachstumsraten im Jahr 2020



Kostensplit im Jahr 2020 (in % des Umsatzes)



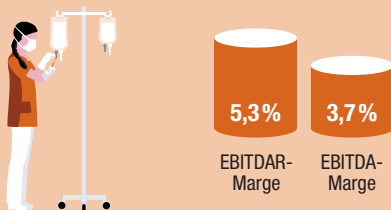
Kostensplit im Jahr 2020 (in % des Umsatzes)



Profitabilitätsmargen im Jahr 2020

10,0%

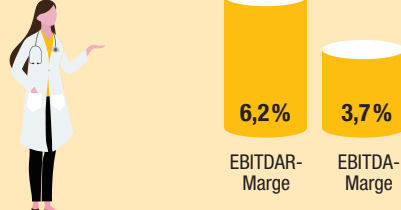
Zielmarge



Profitabilitätsmargen im Jahr 2020

8,0%

Zielmarge



# Inhalt

## Das Schweizer Gesundheitswesen im Zeichen der Pandemie

### Teil I

#### Finanzielle Entwicklung der Schweizer Spitäler

##### Akutsomatik

Negatives Umsatzwachstum  
Einschnitte bei Wachstum und Profitabilität  
Fallende Eigenkapitalquoten  
Liquiditätslage verschlechtert sich  
Umsatz-, EBITDAR- und Gewinnentwicklung in absoluten Zahlen  
Unzureichende Reingewinnmarge verschärft finanzielle Situation

##### Psychiatrie

Stagnierende Umsätze 2020  
Überproportional gestiegener Personalaufwand  
Profitabilität bricht stark ein  
Umsatz-, EBITDAR- und Gewinnentwicklung in Zahlen  
Eigenkapitalquote zeigt sich stabil  
Psychiatrien büssen an Profitabilität ein

##### Rehabilitation

Reingewinnmarge erstmals negativ

##### Exkurs: Einschätzung zu der neuen Tarifstruktur

###### ST Reha 1.0

ST Reha 1.0, die neue Tarifstruktur  
Vielschichtige Auswirkungen  
Zukunft der Rehabilitation

##### Kurz gefasst: COVID-19 Whitepaper

Vorgehen und Annahmen  
Ertragsausfälle von knapp 1 Mrd. CHF  
Mehrkosten von 400 Mio. CHF  
Akutbereich am stärksten betroffen

### Teil II

#### Ein politischer Blick auf das Pandemiejahr 2020

Interview mit Lukas Engelberger

### Teil III

#### Veränderungen in der Tariflandschaft

#### Neun Jahre SwissDRG 36

Interview mit Dr. med. Simon Hölzer 36

#### Zusatzversicherungen im Wandel 38

Interview mit Philomena Colatrella 38

5

Zusatzversicherungen vor enormen Herausforderungen 39

6

Mehrleistungskonzepte entwickeln 39

9

#### Ambulante Pauschalen 40

9

Tarifbruch führt zu Fehlanreizen 40

10

Ambulante Pauschalen auf dem Vormarsch 41

12

Aufteilung der ambulanten Versorgung 42

13

Voraussetzungen für ambulante Pauschalen sind vorhanden 43

14

Meilenstein in Griffweite 43

15

#### Patient Empowerment Initiative 44

15

Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt rücken 44

17

Wie alles begann 45

17

#### Kernelemente der Patient Empowerment Initiative 47

17

Individualisierte Umsetzung 47

18

Innovative Finanzierung 47

19

Zwei Pilotprojekte 47

20

Berechnung der dynamischen Baserate 47

21

#### Fazit und Ausblick 48

23

Was wir aus der Pandemie lernen 48

23

Leistungserbringer ertragsseitig unter Druck 48

SwissDRG ist ein Erfolg – Ausbau denkbar 48

Mehrleistungen zur Differenzierung 49

24

Ambulante Pauschalen vor dem Durchbruch 49

24

Qualität auf dem Vormarsch 49

26

#### Anhang 50

27

Studiendesign 50

28

Median- und Durchschnittswerte 51

28

Kennzahlen 51

28

Quellenverzeichnis 52

28

Endnoten 52

29

Abbildungsverzeichnis 54

29

Abkürzungen 54

28

#### Publikationsübersicht 56

28

Kenntnisse 51

28

Quellenverzeichnis 52

29

Endnoten 52

29

Abbildungsverzeichnis 54

29

Abkürzungen 54

30

#### Publikationsübersicht 56

30

Kenntnisse 51

32

Quellenverzeichnis 52

34

Endnoten 52

Abbildungsverzeichnis 54

Abkürzungen 54

#### Read me

Die vorliegende Publikation ist ein umfangreiches Werk mit verschiedenen Themenfeldern. Diese sind miteinander verknüpft. Dennoch können Sie die Studie selektiv nach Interesse lesen. Die Einleitung gibt eine Orientierung, wo sich welche Informationen befinden.

## Vision Beratung Gesundheitswesen PwC Schweiz

«Wir entwickeln das Schweizer Gesundheitssystem und den Wandel seiner Akteurinnen und Akteure aktiv weiter, indem wir unseren Kundinnen und Kunden zu nachhaltigen Lösungen verhelfen.

Wir unterstützen unsere Kundinnen und Kunden bei der Verbesserung von Prozessen, Digitalisierung und Innovation.

Unsere Leitprinzipien sind Patientenzentrierung, Versorgungsqualität und operative Exzellenz. Wir schaffen Vertrauen zwischen allen beteiligten Parteien.»



# Das Schweizer Gesundheitswesen im Zeichen der Pandemie

Liebe Leserin, lieber Leser

«Bleiben Sie zu Hause!» Das hat 2020 nicht nur unser Privatleben grundlegend verändert. Auch die Gesundheitsbranche hat die Konsequenzen dieses Imperativs gespürt. Die Schweizer Spitäler blicken auf ein aussergewöhnliches Jahr 2020 zurück. Eines, in dem sie sich flexibler zeigen mussten als je zuvor. Tag für Tag standen sie im Mittelpunkt der medialen und gesellschaftlichen Debatte.

10 Jahre Spitalstudie – mit dieser Jubiläumsausgabe möchten wir diesen Diskurs erweitern und die finanziellen, strategischen sowie operativen Spuren von COVID-19 bei den Schweizer Spitalern diskutieren. Wir widmen uns wie üblich den Finanzen von Schweizer Spitalern. Dabei gehen wir der Frage auf den Grund, wie hoch der finanzielle Effekt der Pandemie hinsichtlich Zusatzaufwänden und Mindereinnahmen ausfällt. Ausserdem würdigen wir die Lern- und Leistungsfähigkeit der Schweizer Spitallandschaft.

Diese Publikation fordert uns auf, darüber nachzudenken, was das Gesundheitssystem aus der Krise lernen kann. Bekannte Themen wie der Fachkräftemangel dominieren auch in der neuen Realität. Neue Anforderungen an Versorgungsstrukturen beschleunigen die Umsetzung von Konsolidierungen. Die Pandemie hat die Digitalisierung des Schweizer Gesundheitswesens angetrieben, wie das Beispiel des COVID-Zertifikats zeigt. Trotzdem bleibt der Aufholbedarf gross.

In der vorliegenden Studie setzen wir drei thematische Schwerpunkte:

In **Teil I** beleuchten wir die Finanzkennzahlen 2020 für **Akutsomatik, Psychiatrie** und **Rehabilitation**. Die Zahlen geben einen Einblick in die finanziellen Auswirkungen der Pandemie auf die Leistungserbringer. Dank wiederholter enger Kooperation mit dem Verein SpitalBenchmark konnten wir unsere Analysen auch dieses Jahr plausibilisieren. In einem Exkurs gehen wir auf die neue **Tarifstruktur «ST Reha 1.0»** ein und richten ein besonderes Augenmerk auf das **«Whitepaper 4.0»<sup>1</sup> von PwC Schweiz und SpitalBenchmark** hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen der Pandemie.

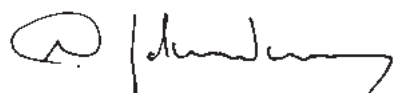
In **Teil II** ziehen wir gemeinsam mit Lukas Engelberger, Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz, einen Strich unter das **Pandemiejahr 2020**. Wir sprechen über Rolle und Reaktionen der politischen Akteure, die Herausforderungen der Digitalisierung, das COVID-Zertifikat und die Hürden der «besonderen Lage».

In **Teil III** greifen wir **Schlüsselentwicklungen in der Tariflandschaft** auf. Mit Simon Hölzer, CEO der SwissDRG AG, blicken wir auf **neun Jahre SwissDRG** zurück. Unser Gesprächspartner zieht Bilanz und erläutert, wie effizient das neue System ist. Anschliessend diskutieren wir mit Philomena Colatrella, CEO der CSS-Versicherungen, über die **Zukunft der Zusatzversicherungen**. In einem historischen Ablauf zeichnen wir nachfolgend die Entwicklungen der Tariflandschaft auf. Wir stellen innovative Ansätze von **ambulanten Pauschalen** vor. Schliesslich zeigen wir auf, wie Spitäler und Versicherer im Rahmen der **Patient Empowerment Initiative** mit innovativen, qualitätsorientierten Vergütungsmechanismen die Überversorgung gemeinsam bekämpfen.

Sie dürfen sich auf aufschlussreiche finanzielle Resultate, wissenswerte Hintergrundinformationen und wertvolle Kommentare von hoch dotierten Persönlichkeiten aus Ihrer Branche freuen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Patrick Schwendener, CFA



Managing Director  
Leiter Deals Gesundheitswesen  
PwC Schweiz

Philip Sommer



Partner  
Leiter Beratung Gesundheitswesen  
PwC Schweiz



Teil I

# Finanzielle Entwicklung der Schweizer Spitäler



## **COVID-19 hat das Schweizer Gesundheitswesen im Jahr 2020 sowohl in operationeller als auch in finanzieller Hinsicht auf die Probe gestellt. Der finanzielle Schaden dürfte weniger gross ausfallen als ursprünglich angenommen.**

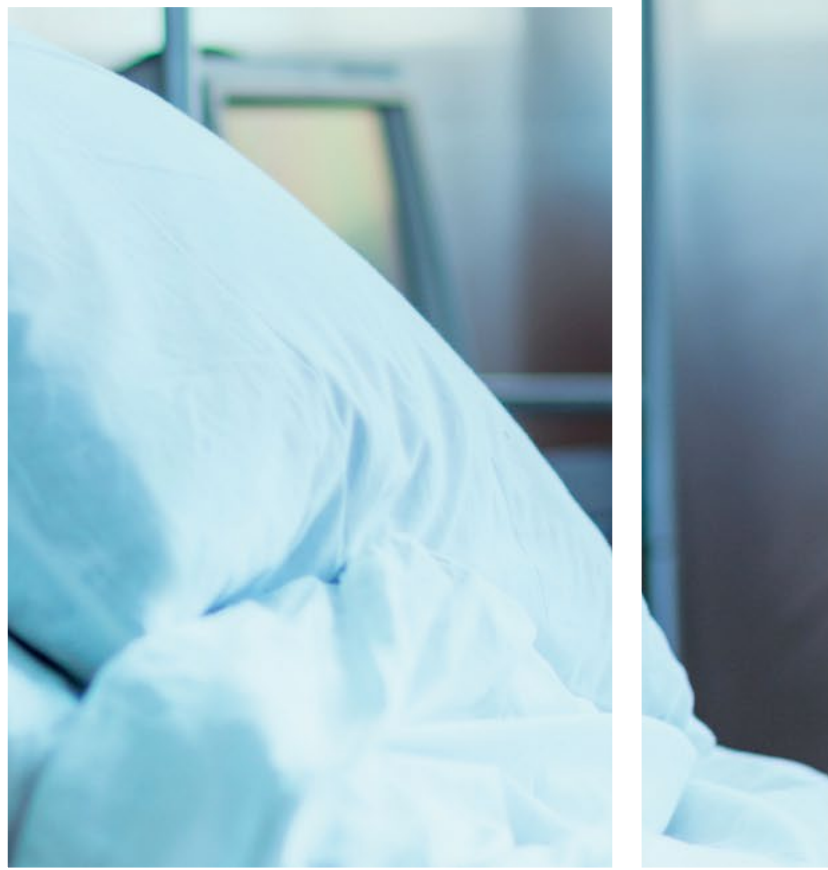
Die Leistungserbringer waren unterschiedlich stark von der Pandemie und den damit verbundenen Massnahmen betroffen. Gerade der akut-stationäre Bereich und die Rehabilitation verzeichneten 2020 starke Einbussen bei den Patientenzahlen. Bei den Psychiatrien war dieser Effekt weniger stark ausgeprägt.<sup>2</sup>

Das spiegelte sich in den Umsatzzahlen wider, die in der Akutsomatik und der Rehabilitation einbrachen. Die Aussagen lassen sich jedoch nicht auf alle Kantone übertragen, da Entschädigungszahlungen je nach kantonalen Bestimmungen unterschiedlich gesprochen wurden oder ausgefallen sind. Sie haben den COVID-Effekt teilweise abgeschwächt oder neutralisiert. Die publizierten Jahresabschlüsse zeigen daher je nach Handhabung der Entschädigungszahlungen unterschiedliche Brutto- oder Nettoeffekte der pandemiebedingten Ertragseinbussen und Mehrkosten.

Die Pandemie wirkte sich nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der Leistungsgruppen heterogen aus. Grosse Zentrumsspitäler und kleinere Spezialkliniken waren finanziell stärker betroffen. Mittlere Akutspitäler hingegen meisterten die Situation aufgrund ihrer Flexibilität in der Regel besser. Die Entwicklung von 2020 ging aus einer Mischung von Effekten der Pandemie und der natürlichen operativen Leistungsfähigkeit der Betriebe hervor. COVID-Effekte lassen sich nur bedingt isoliert beziffern. Schon vor der Pandemie mussten die Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister dem Druck von verschiedenen Seiten standhalten. Diesen Druck hat die Pandemie weiter erhöht.









# Akutsomatik

Anhand der Finanzkennzahlen der Schweizer Spitäler legen wir dar, welche Institutionen oder Segmente am stärksten von der Pandemie betroffen waren. Wir nehmen dafür eine reguläre Margen- und Eigenkapitalbetrachtung vor. Abschliessend durchleuchten wird die Geschäftsberichte auf die quantitativen COVID-Effekte.

Die Akutsomatik war besonders stark vom Verbot von elektiven Eingriffen zwischen dem 17. März und 26. April 2020 betroffen. Sie musste den elektiven OP-Betrieb in diesem Zeitraum grösstenteils einstellen. Einige Bereiche – insbesondere die Intensivstationen – konnten die erhöhte Nachfrage durch COVID-19-Patientinnen

und -Patienten nur mit grosser Mühe bewältigen. Zeitgleich stand das Leben in anderen (Spital-) Bereichen nahezu komplett still.

Die Pandemie hat die Finanzen der Spitäler enorm belastet: Verbote, verringerte Aktivitäten durch Social Distancing, Schutzmassnahmen, eine allgemeine Abneigung gegenüber Spitalaufenthalten. Zudem wurden zusätzliches Personal und Anschaffungen benötigt.

Die nachfolgenden Analysen basieren auf einer Stichprobe von 45 Akutspitälern verschiedener Grössen und aus verschiedenen Landesteilen. Je nach untersuchter Kennzahl kann die Stichprobengrösse leicht variieren.

## Negatives Umsatzwachstum

Die Schweizer Akutspitäler verzeichneten 2020 im Median einen Umsatzrückgang von minus 0,4 %. In den letzten vier Jahren lag das Wachstum im Durchschnitt bei 2,8 % und legte die Basis für die Ressourcenplanung 2020. Besonders stark ausgeprägt war der Rückgang im stationären Bereich mit Umsatzeinbussen gegenüber dem Vorjahr von minus 4,2 %. Im ambulanten Bereich fiel der Rückgang mit minus 0,5 % deutlich weniger stark aus. So stieg der ambulante Anteil am Umsatz wie in den vergangenen Jahren erneut an und betrug im Median rund ein Drittel des Gesamtumsatzes.

Das Gesamtumsatzwachstum lag sowohl über dem stationären als auch über dem ambulanten Umsatzwachstum. Das kann einerseits darin begründet liegen, dass die sonstigen Umsätze gegenüber dem Vorjahr wuchsen oder weniger stark zurückgingen. Andererseits kann es damit zusammenhängen, dass wir für sämtliche Kennzahlen die Medianwerte verwendet haben.<sup>3</sup>

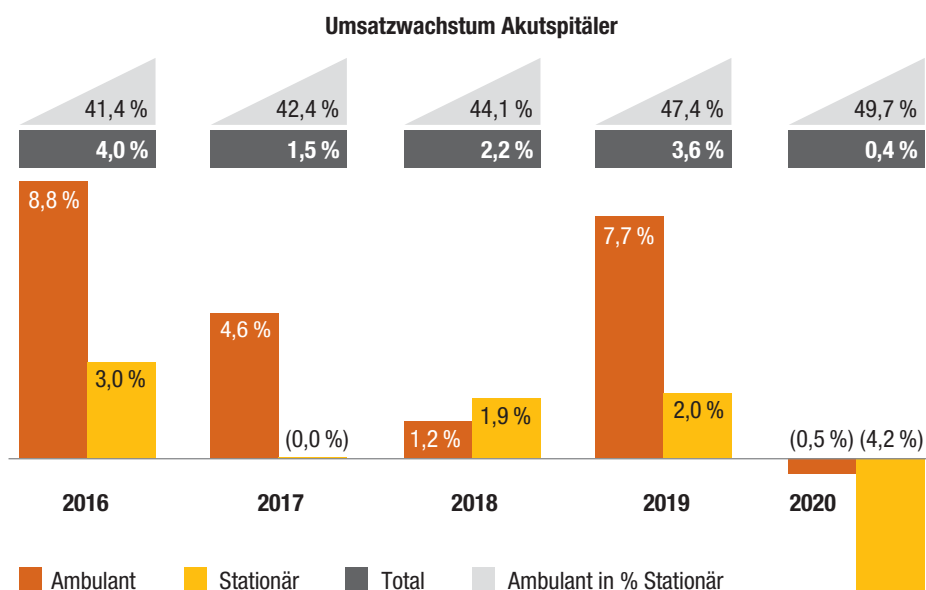


Abbildung 1: Umsatzwachstum der Akutspitäler von 2016 bis 2020

## Einschnitte bei Wachstum und Profitabilität

Die abnehmenden Umsätze und das ausgebliebene Wachstum machten sich in der Margenentwicklung bemerkbar. Für 2020 planten die Akutspitäler offensichtlich mit deutlich höheren Umsätzen und folglich mit einer

höheren Aufwandsbasis. Allerdings nahmen die Umsätze 2020 um durchschnittlich 0,4 % ab. Die Kosten oberhalb des EBITDAR (Personal- und Sachaufwand exkl. Miete) hingegen stiegen um 1,4 %.

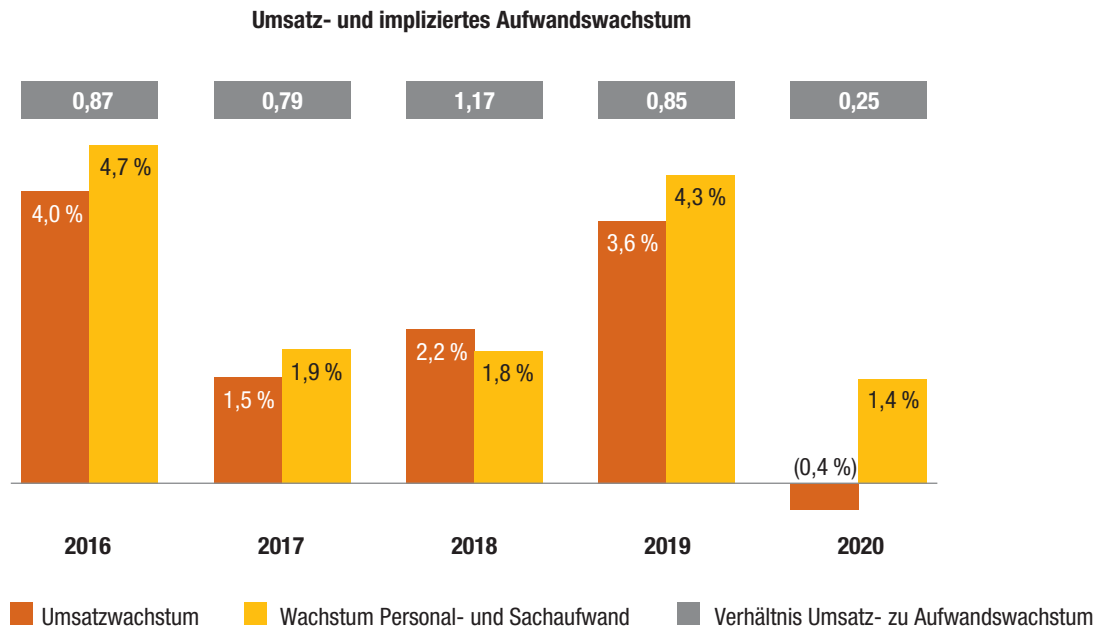


Abbildung 2: Umsatz- und Aufwandswachstum der Akutspitäler von 2016 bis 2020

Die EBITDAR-Marge sank gegenüber dem Vorjahr um 1,7 % von 7,0 % auf 5,3 %. Damit lag sie deutlich unterhalb des von PwC definierten nachhaltigen Mindestwerts von 10 % und auf dem tiefsten Stand der letzten fünf Jahre. Die Ziel-EBITDAR-Marge und Ziel-EBITDA-Marge stellen – sofern die Immobilien im Besitz der Gesundheitseinrichtung sind – einen Richtwert für ein durchschnittliches Spital dar und müssen für jedes Spital und bei jedem Neubauprojekt individuell hergeleitet werden. Herleitungen sind unseren Studien aus den Jahren 2011 und 2017 zu entnehmen. Rund 88 % der analysierten Einrichtungen wiesen für 2020 eine tiefere EBITDAR-Marge aus als für das Vorjahr.

Aktuell ist es schwierig abzuschätzen, wie gross die Sondereffekte des Jahres 2020 sind und in welchem Ausmass nachhaltig negative Entwicklungen darin enthalten sind. Die Frage, ob und wie sich die Pandemie auf die bisher nur langsam fortschreitende Konsolidierung der Schweizer Spitäler auswirkt, wird sich in den nächsten Jahren zeigen.

Auf der Aufwandsseite liessen insbesondere der erhöhte Personalaufwand sowie der medizinische Bedarf die EBITDAR-Marge sinken. Gleichzeitig konnten die Spitäler keine Personalkosten einsparen, als die Leistungsvolumina temporär einbrachen.

Die Personalaufwandsquote notierte mit 65,7 % deutlich über dem Vorjahreswert von 63,6 %. Eine Erklärung dafür ist die auf Wachstum ausgelegte Ressourcenplanung. Das Wachstum ist ertragsseitig bekanntlich nicht eingetroffen, obwohl die dafür nötigen Ressourcen teilweise bereits aufgebaut waren. Des Weiteren mussten die Spitäler zusätzliches Personal einstellen, das pandemiebedingte Mehrarbeit leistete oder krankheitsbedingte Personalausfälle kompensierte. Auch der medizinische Bedarf als Anteil des Umsatzes nahm um 1,2 % auf 18,0 % zu. Das ist hauptsächlich auf erhöhte Schutzmassnahmen im Zusammenhang mit COVID-19 zurückzuführen.



Aufwand in % des Umsatzes

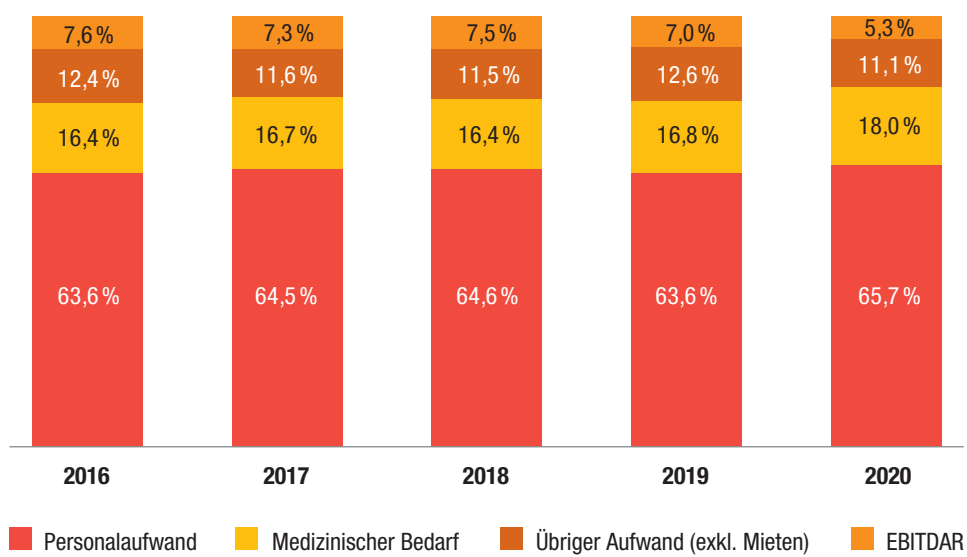


Abbildung 3: Aufwand der Akutspitäler in Prozent des Umsatzes von 2016 bis 2020

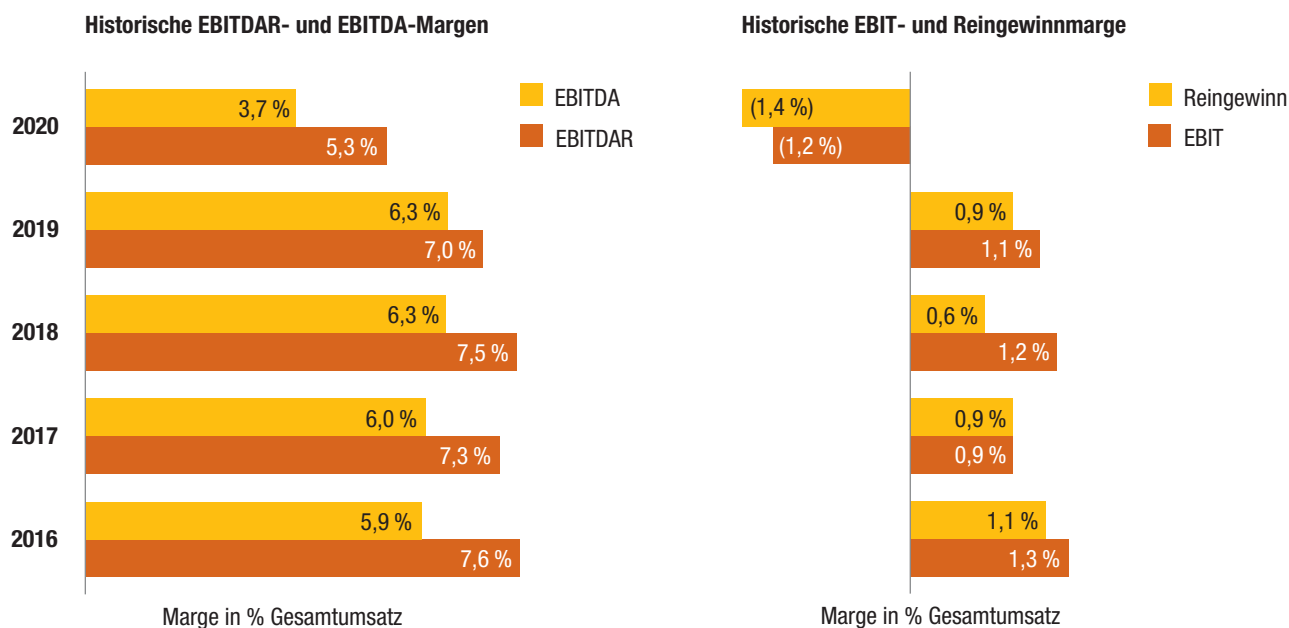


Abbildung 4: Profitabilitätsmargen der Akutspitäler von 2016 bis 2020

Die EBITDA-, die EBIT- und die Reingewinnmarge erfuhr 2020 eine ähnliche Entwicklung wie die EBITDAR-Marge. Die Median-Reingewinnmarge sank um 2,3 % und lag mit minus 1,4 % deutlich im negativen Bereich. Nur 28 % der untersuchten Akutspitäler wiesen für 2020 ein positives Jahresergebnis aus; für 2019 waren es noch 60 %. Im Vergleich zum Vorjahr schnitten die Spitäler beim Reingewinn also deutlich schlechter ab. Gemäss Führungsgremien diverser Spitäler ist ein Grossteil dieser Entwicklung auf die pandemiebedingten Vorhalteleistungen und Leistungsrückgänge zurückzuführen.

Die Margenentwicklung 2020 wurde teilweise von den bereits durch die Kantone ausbezahlten oder zugesagten COVID-19-Entschädigungen leicht abgefedert. Diese

wurden bei den Erträgen verbucht und verursachten keine zusätzlichen Kosten. Deshalb flossen sie (unter Ausklammerung allfälliger Steuern) direkt in das Betriebsergebnis ein und beeinflussten sämtliche durchlaufenen Margen positiv. Die Margenentwicklung 2020 widerspiegelt eine Mischung aus operativer Leistung, Pandemieeffekten, COVID-19-Entschädigungen oder Beiträgen und weiteren Faktoren. Wie erwähnt sind die Entschädigungen kantonal jedoch sehr unterschiedlich und federn die Effekte der Pandemie nicht einheitlich ab.

Gespannt beobachten wir, wie sich die finanzielle Gesundheit der Akutspitäler nach der Pandemie weiterentwickelt. Erst dann treten die nachhaltigen Folgen der Pandemie zutage.

## Fallende Eigenkapitalquoten

Die negativen Jahresergebnisse widerspiegelten sich auch in der Entwicklung der Eigenkapitalquote. Diese

verlor gegenüber dem Vorjahr deutlich um 3,9 % auf 43,5 % und erreichte ein ähnliches Niveau wie vor

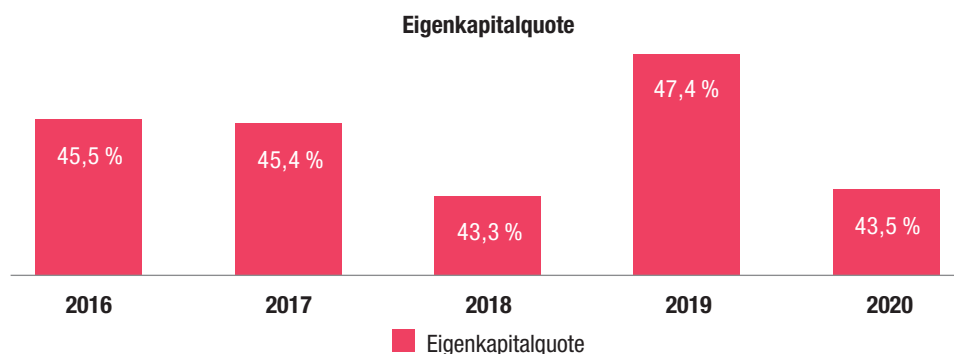


Abbildung 5: Eigenkapitalquote der Akutspitäler von 2016 bis 2020

zwei Jahren. 2019 stieg die Eigenkapitalquote (im Median) insbesondere aufgrund von Kapitalerhöhungen und Umwandlungen von Eigendarlehen bei einigen Spitälern an, was die Trendwende erklären könnte.

31 % der untersuchten Spitäler erreichten eine Eigenkapitalquote unterhalb des von PwC empfohlenen Mini-

malwerts von 30 %. Bei 36 % lag die Eigenkapitalquote oberhalb der empfohlenen 50 %. 2019 waren es noch 21 % und 44 %. Demnach verschlechterte sich die Eigenkapitalsicht gegenüber dem Vorjahr merklich. Die aktuelle Krisensituation verdeutlicht die Wichtigkeit einer ausreichenden Ertragskraft, die einem Spital eine gewisse Reserve für schlechte Zeiten bietet.

## Liquiditätslage verschlechtert sich

Auch aus Liquiditätssicht hat sich die Lage gegenüber dem Vorjahr im Median deutlich verschärft.

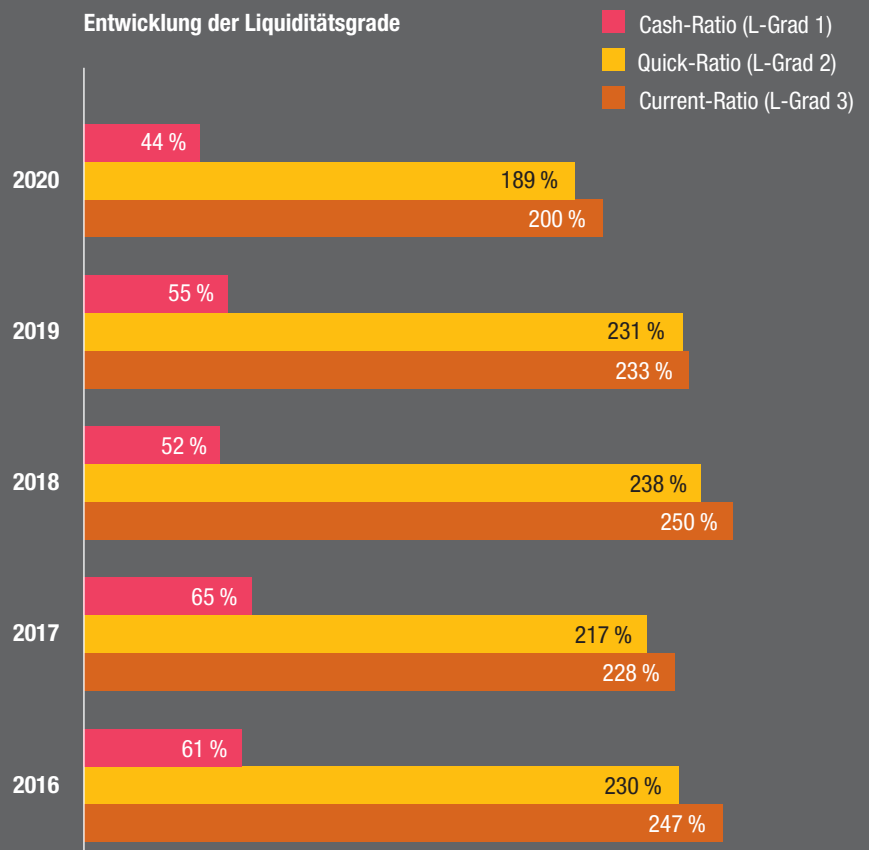
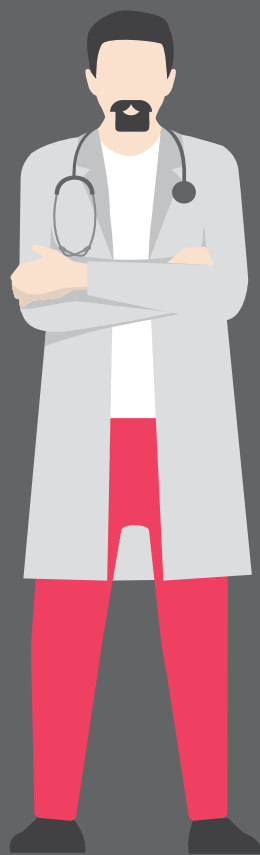


Abbildung 6: Liquiditätsgrade der Akutspitäler von 2016 bis 2020

Rund ein Viertel der untersuchten Spitäler erreichten 2020 den Minimalwert des Liquiditätsgrads I von 20 % nicht. Falls sich diese Spitäler keine kurzfristigen Liquiditätsquellen erschliessen, können Zahlungsschwierigkeiten entstehen. Massgebend für die Liquidität ist der Liquiditätsgrad II. Dieser setzt das Umlaufvermögen abzüglich der Vorräte in Relation zum kurzfristigen Fremdkapital. Der Liquiditätsgrad II sollte 100 % nicht unter-

schreiten, um die kurzfristige Liquidität zu gewährleisten. 2020 wiesen 21 % der Spitäler einen Liquiditätsgrad von unter 100 % aus, im Vorjahr waren es noch 14 %. Mit 189 % notierte der Medianwert deutlich über dem Mindestwert. 50 % der analysierten Spitäler erreichten den Minimalzielwert von 200 % beim Liquiditätsgrad III nicht; im Vorjahr waren es noch 42 %.

## Umsatz-, EBITDAR- und Gewinnentwicklung in absoluten Zahlen

Vor dem Hintergrund der Pandemie und dem «Whitepaper 4.0»<sup>4</sup> zu den finanziellen Auswirkungen von COVID-19 auf Spitäler und Kliniken haben wir in diesem Jahr zusätzlich die absolute Veränderung verschiedener Kennzahlen der Akutsumatik in unserer Stichprobe summiert ausgewertet.<sup>5</sup>

Insgesamt erzielten die Spitäler 66 Mio. CHF mehr Umsatz als im Vorjahr. Unter einer Wachstumsannahme von 1,0% resultierte ein relativer Umsatzrückgang von 116 Mio. CHF im Verhältnis zu einem gewöhnlichen Jahr.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass diverse Spitäler 2020 in ihren Geschaftsberichten kantonal finanzierte COVID-19-Entschädigungen verbuchten.<sup>6</sup> Werden diese Effekte ausgeklammert, resultiert ein starker Umsatzrückgang gegenüber dem Vorjahr. Allein 131 Mio. CHF sind es, wenn wir die COVID-Entschädigungen an die HUG (169 Mio. CHF) und das USZ (31 Mio. CHF) herausrechnen. Den beiden Spitälern haben die Kantone COVID-19-Entschädigungen von insgesamt über 200 Mio. CHF zugesichert.

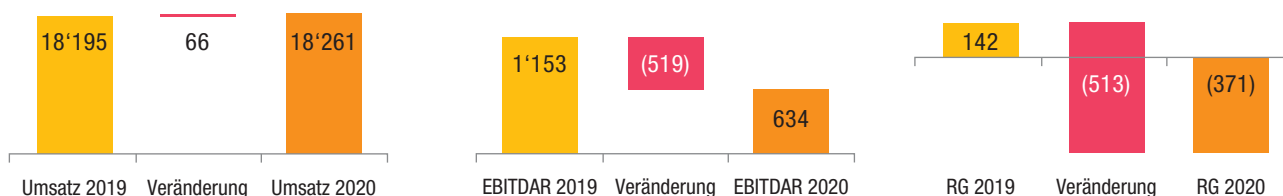


Abbildung 7: Absolute Veränderung (in Mio. CHF) der Kennzahlen von 2019 bis 2020

Anders als bei den Umsätzen verzeichneten die Akutspitäler gegenüber dem Vorjahr deutliche EBITDAR-Einbrüche von insgesamt 519 Mio. CHF. Das entspricht einer Abnahme der EBITDAR-Marge von 3,3% in Bezug auf die Umsätze 2019. Die starke Abnahme der EBITDAR-Marge bei gleichbleibenden Umsätzen verdeutlicht, dass COVID-19 einerseits zusätzliche Kosten verursachte

und die Spitäler andererseits bei der Ressourcenplanung mit deutlich höheren Umsätzen und einer deutlich höheren Nachfrage gerechnet hatten. Das betrifft fast ausschliesslich die Kosten oberhalb des EBITDAR respektive die Betriebskosten. Beim Reingewinn lag der Rückgang gegenüber dem Vorjahr mit 513 Mio. CHF in einem ähnlichen Rahmen wie beim EBITDAR.

Die starke Abnahme der EBITDAR-Marge bei gleichbleibenden Umsätzen verdeutlicht, dass COVID-19 einerseits zusätzliche Kosten verursachte und die Spitäler andererseits bei der Ressourcenplanung mit deutlich höheren Umsätzen und einer deutlich höheren Nachfrage gerechnet hatten.



## SpitalBenchmark-Daten stützen Aussagen zum Gewinn: Unzureichende Reingewinnmarge verschärft finanzielle Situation

Wie bereits in früheren Studien verglichen wir die Ergebnisse der Profitabilitätsanalyse unserer Stichprobe mit den Daten des Vereins SpitalBenchmark. Diese enthalten Daten von 103 Einrichtungen verschiedener Grössen und aus diversen Landesteilen. Die Unterschiede gegenüber der PwC-Stichprobe bei den Resultaten sind dabei auf die heterogenen Stichproben zurückzuführen.

Die EBITDAR-Marge sank 2020 um 1,8 % auf 6,3 % gegenüber dem Vorjahr und lag weit unterhalb des nachhaltigen Mindestwerts von 10 %. Die finanzielle Gesundheit variiert in dieser Betrachtung stark zwischen den verschiedenen Spitälern. 2019 konnten 35 % den Zielwert von 10 % erreichen, während 16 % EBITDAR-Margen von unter 4 % erwirtschafteten. 2020 hingegen waren es nur noch 24 % der Spitäler, die den Mindestwert erreichten. Hingegen wiesen 29 % EBITDAR-Margen von unter 4 % aus.

EBITDAR-, EBITDA- und Reingewinnmarge

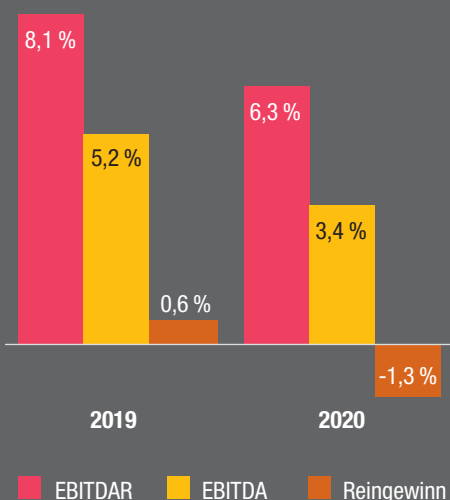
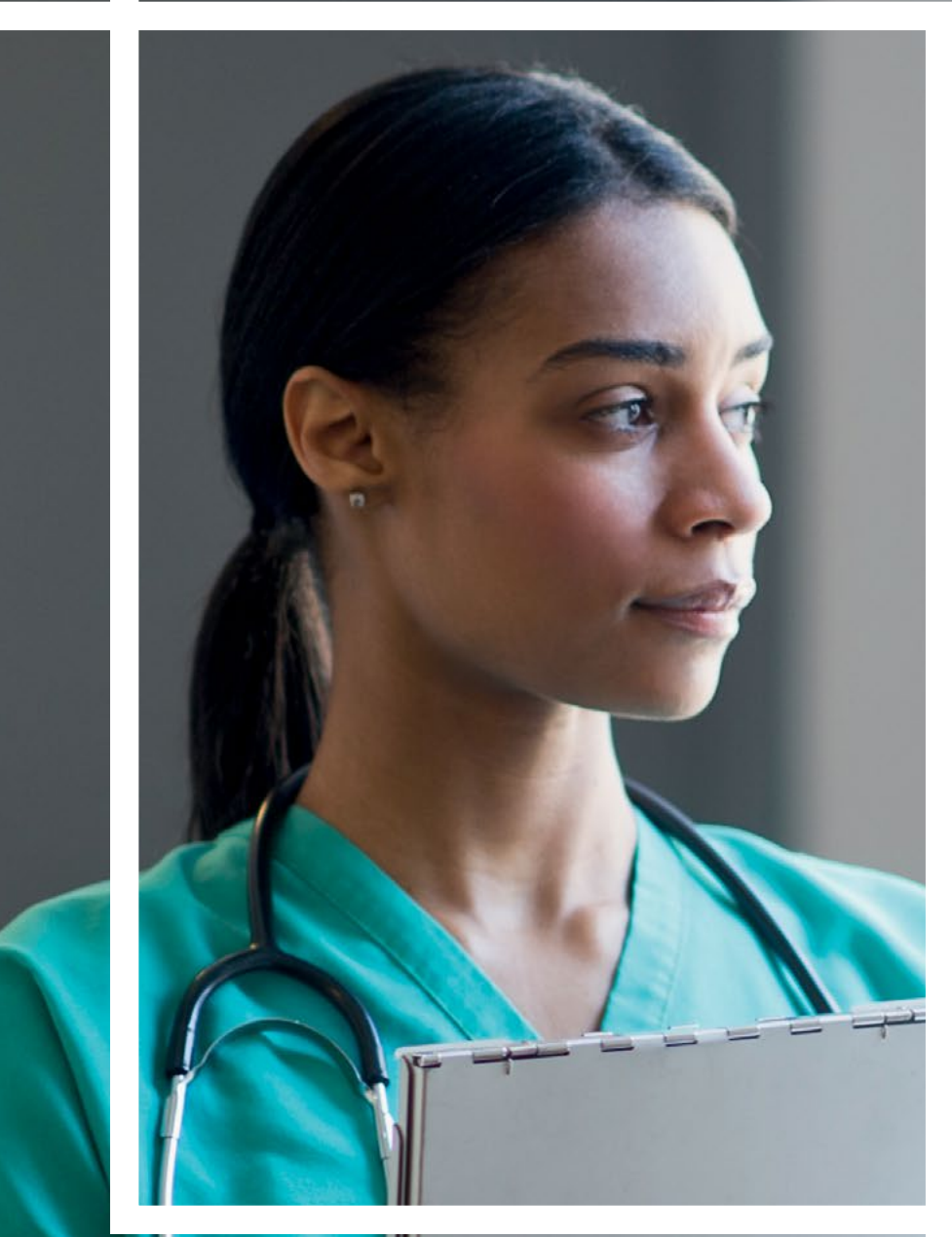


Abbildung 8: EBITDAR-, EBITDA- und Reingewinnmarge der Akutspitäler von 2019 bis 2020

Auch bei der Reingewinnmarge präsentierte sich eine ähnliche Entwicklung. Im Median führen die Schweizer Akutspitäler 2020 einen Verlust von 1,3 % ein, was einer Abnahme gegenüber dem Vorjahr von 1,9 % entspricht. Während im Vorjahr noch 44 % eine negative Reingewinnmarge publizierten, waren es 2020 63 %.





# Psychiatrie

**Die Pandemie hat die Psychiatrien unterschiedlich hart getroffen. Gut möglich, dass diese ihr Leistungsangebot in Zukunft weiter ausdifferenzieren werden und die Behandlungsvolumen bereichsweise steigen.**

Die untersuchte Stichprobe umfasst 13 Psychiatriebetriebe unterschiedlicher Grösse und aus verschiedenen Sprachregionen. Die Resultate fallen teilweise sehr heterogen aus. Einige Psychiatrien tangierte die Pandemie nur leicht. Andere profitierten sogar davon und blicken auf ein ausserordentlich erfolgreiches Geschäftsjahr 2020 zurück.

## Stagnierende Umsätze 2020

Das mittlere Umsatzwachstum 2020 (Medianwert) der untersuchten Psychiatrien betrug 2,6 % und lag damit leicht unter dem Vorjahresniveau. Der Mittelwert hingegen zeigte einen deutlichen Wachstumseinbruch; er stieg nur gerade um 0,4 % verglichen mit 3,5 % im Vorjahr. In der absoluten Betrachtung lagen die Umsätze knapp tiefer als im Jahr 2019. Das bedeutet, dass gerade grössere Psychiatrien einen Umsatzrückgang gegenüber dem Vorjahr erlitten. Bei 69 % der Psychiatrien notierte das Umsatzwachstum 2020 unterhalb des Vorjahresniveaus. 46 % der Unternehmen beklagten sogar einen Umsatzrückgang.

Inwiefern die ausserordentliche Situation die Umsätze der Psychiatrien im Berichtsjahr 2021 und in Zukunft beeinflusst, lässt sich aktuell kaum abschätzen. Aufgrund des Bevölkerungswachstums und der Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen rechnen wir mittelfristig mit einem jährlichen Umsatzwachstum von 3,0 % bis 4,0 %.

Vor allem im spitalambulantem und tagesklinischen Bereich sowie bei ambulanten Praxen erwarten wir hohe Wachstumsraten. Im Gegenzug dürfte der stationäre Bereich in Zukunft nur wenig wachsen.

Interessant wird ebenfalls sein, wie sich die psychiatrischen Leistungen über die Altersgruppen hinweg entwickeln. In der Pandemie wurden insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mehr Leistungen nachgefragt. Ob diese Entwicklung anhält, hängt stark von nachhaltigen Einschränkungen im sozialen Leben ab. Insgesamt fehlt in diesem Bereich qualifiziertes Personal, was zu einer Versorgungslücke führt.

Im Gegensatz zu den Umsätzen wuchsen die Aufwände (im Median) 2020 deutlich stärker. 2019 lag das Umsatzwachstum noch knapp über dem Aufwandswachstum; 2020 deutlich tiefer. Die Umsätze im Median stiegen lediglich um 50 % der zusätzlichen Aufwände an.

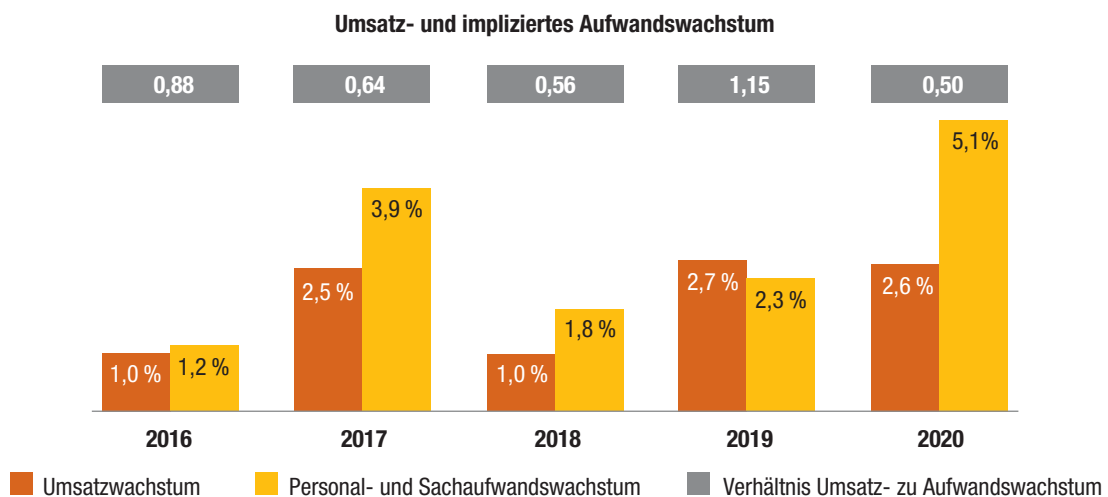


Abbildung 9: Umsatz- und Aufwandswachstum der Psychiatrien von 2016 bis 2020

## Überproportional gestiegener Personalaufwand

Das starke Wachstum des Aufwands wurde hauptsächlich durch den Anstieg des Personalaufwands getrieben. Der Aufwand erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr um 2,0 % und erreichte den höchsten Wert der letzten fünf Jahre. Wie beim Personalaufwand wuchs auch der übrige

Aufwand (exkl. Mieten) gegenüber dem Vorjahr um 0,4 % auf 14,6 %. Der Aufwand für den medizinischen Bedarf sank hingegen um nur 0,1 %. Wir gehen davon aus, dass die höheren Kostenquoten in pandemiebedingten Mehrkosten begründet liegen.

Aufwand in % des Umsatzes

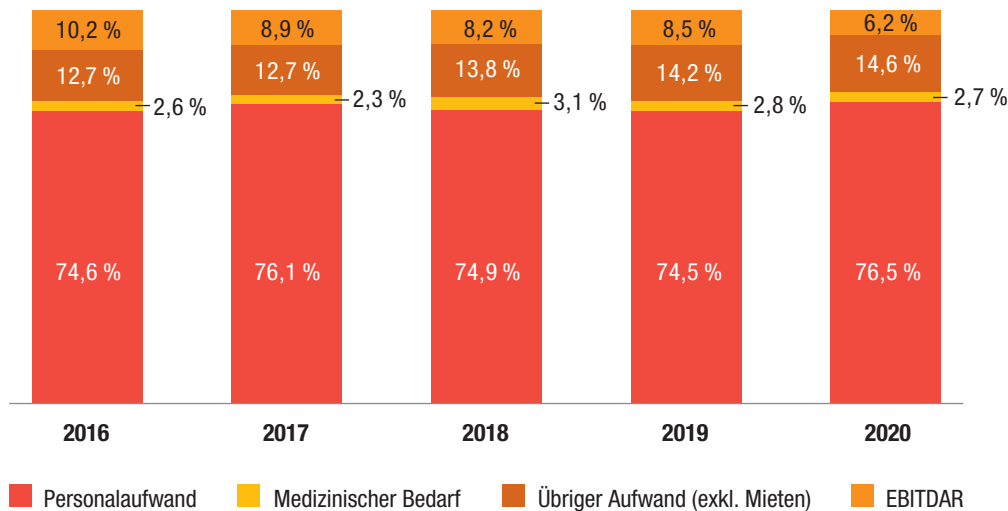


Abbildung 10: Aufwand in Prozent des Umsatzes der Psychiatrien von 2016 bis 2020

Trotz des starken Anstiegs des Personalaufwands veränderte sich die Aufteilung des Aufwands oberhalb des EBITDAR nur geringfügig. Während der Personalaufwand

um 0,2 % zunahm, sanken die Anteile des medizinischen Bedarfs und des übrigen Aufwands je um 0,1 %.

Aufteilung des Aufwands oberhalb EBITDAR

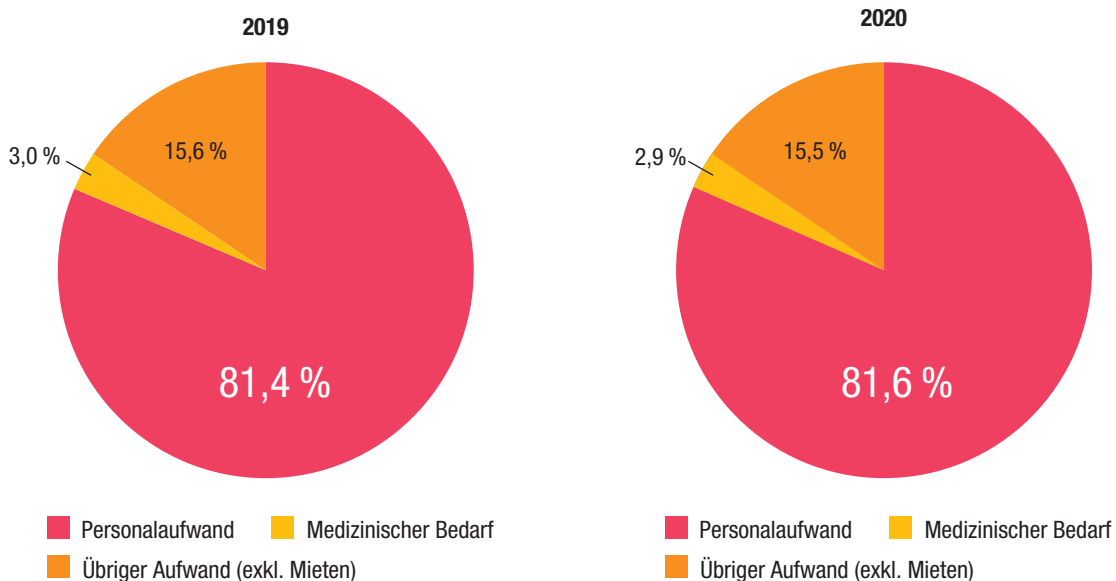


Abbildung 11: Aufteilung des Aufwands der Psychiatrien oberhalb des EBITDAR

## Profitabilität bricht stark ein

Die Entwicklung der Umsätze und Aufwände von 2020 finden sich in den Profitabilitätskennzahlen wieder. In den vergangenen Jahren konnten die Psychiatrien die Ziel-EBITDAR-Marge von 8,0% erreichen und nachhaltig positive Jahresergebnisse ausweisen. 2020 verfehlten sie die Zielmarge mit 6,2% deutlich um 1,8%. Gegenüber dem Vorjahr nahm die EBITDAR-Marge um 2,3% ab und gegenüber dem Höchstwert der letzten fünf Jahre von 2016 um 4,0%. Die EBITDA-Marge entwickelte sich ähnlich. Sie sank gegenüber dem Vorjahr um 3,2% auf 3,7% und betrug noch rund 50% des Höchstwerts von 7,4% aus dem Jahr 2016.

Bei der EBIT- und der Reingewinnmarge war der Einbruch noch gravierender, vor allem im zeitlichen Verlauf. Während die EBITDAR- und die EBITDA-Marge in den vergangenen Jahren tendenziell einem negativen Trend folgten, stiegen sowohl die EBIT- als auch die Reingewinnmarge von 2016 bis 2019 kontinuierlich. Wie die EBITDA-Marge nahm auch die EBIT-Marge von 2019 auf 2020 um 3,2% ab und notierte mit 0,3% nur noch knapp positiv. Die Reingewinnmarge hingegen lag 3,1% tiefer als im Vorjahr bei 0,0%.

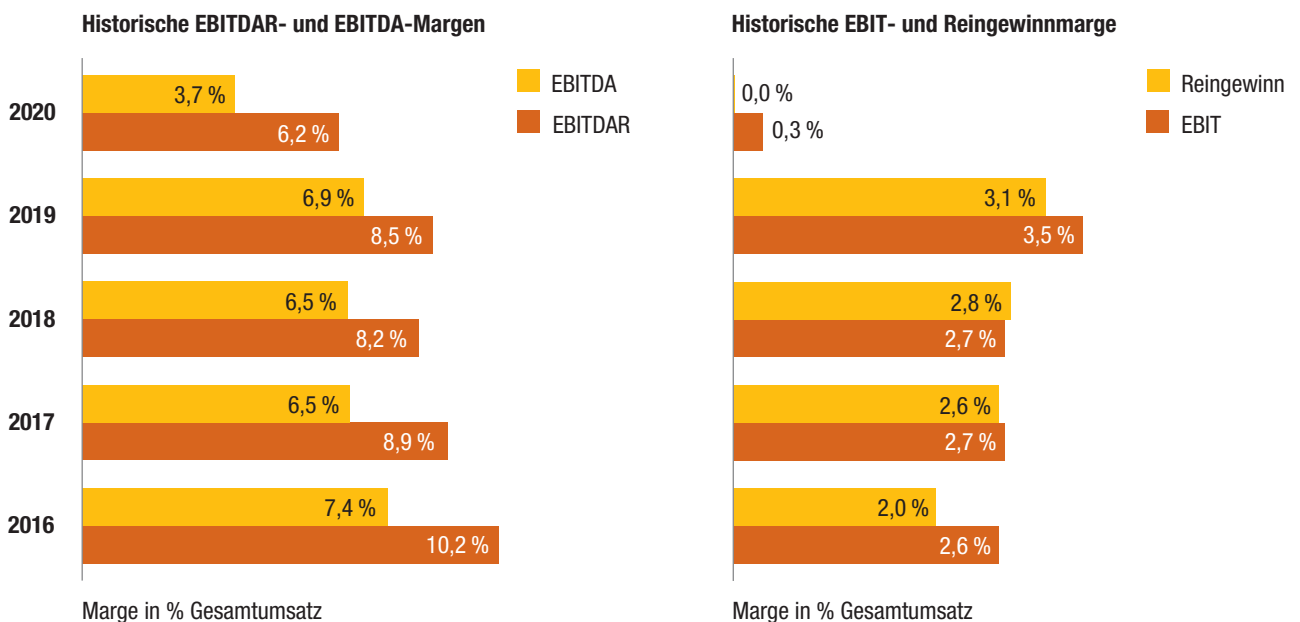


Abbildung 12: Gewinnmargen der Psychiatrien von 2016 bis 2020





## Umsatz-, EBITDAR- und Gewinnentwicklung in Zahlen

Analog zur Akutsomatik haben wir auch bei den Psychiatrien in unserer Stichprobe die absolute Veränderung verschiedener Kennzahlen summiert ausgewertet.<sup>7</sup> Die Gesamtsumme der Umsätze ging 2020 gegenüber dem

Vorjahr um rund 1 Mio. CHF zurück. Wird zudem noch ein Wachstum von 3,0% in einem normalen Geschäftsjahr unterstellt, belief sich der Umsatzeinbruch auf rund 45 Mio. CHF.

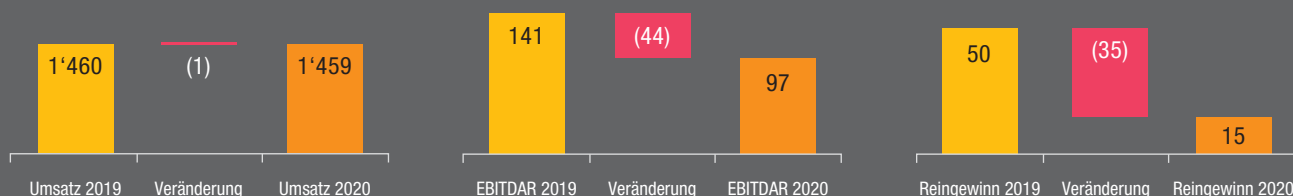


Abbildung 13: Absolute Veränderung (in Mio. CHF) der Kennzahlen von 2019 bis 2020

Dass die Psychiatrien im Jahr 2020 mit einem Wachstum gerechnet und dieses dementsprechend in ihrer Ressourcenplanung berücksichtigt hatten, zeigt sich beim kumulierten EBITDAR. Dieser lag rund 44 Mio. CHF tiefer als 2019, was einem EBITDAR-Margenrückgang von rund 3% entspricht (basierend auf den Umsätzen von 2019). Da die Umsätze gegenüber dem Vorjahr praktisch unverändert blieben, müssen die Kosten verhältnismässig stark angestiegen sein. Auch der Reingewinn liegt rund 35 Mio. CHF unter dem Vorjahresniveau.





## Eigenkapitalquote zeigt sich stabil

Die Eigenkapitalquote im Median kletterte gegenüber 2019 um 0,2 % auf 58,9 %. Wie bereits 2019 erreichten

alle untersuchten Psychiatrien ausser einer die definierte Minimal-Eigenkapitalquote von 30 %.



Abbildung 14: Eigenkapitalquote der Psychiatrien von 2016 bis 2020



## SpitalBenchmark-Daten verifizieren PwC-Ergebnisse: Psychiatrien büssen an Profitabilität ein

Wie im Akutbereich plausibilisierten wir Teile unserer Ergebnisse der Psychiatrien mit den Daten des Vereins SpitalBenchmark. Hier liegen Daten zu 48 Psychiatrien für 2019 und 2020 vor. Die SpitalBenchmark-Werte lassen sich mit den Resultaten unserer Studie vergleichen. Die EBITDAR-Marge sank 2020 um 2,3 % auf 6,1 %. Die Reingewinnmarge der SpitalBenchmark-Daten lag 2019 tiefer

als in unserer Stichprobe und ist 2020 vergleichbar mit unseren Werten. Entsprechend war der Rückgang im Jahr 2020 basierend auf den SpitalBenchmark-Daten milder. Analog zu unserer Stichprobe zeigen auch die SpitalBenchmark-Daten, dass die Psychiatrien im Jahr 2020 deutliche Profitabilitätseinbussen verzeichneten.

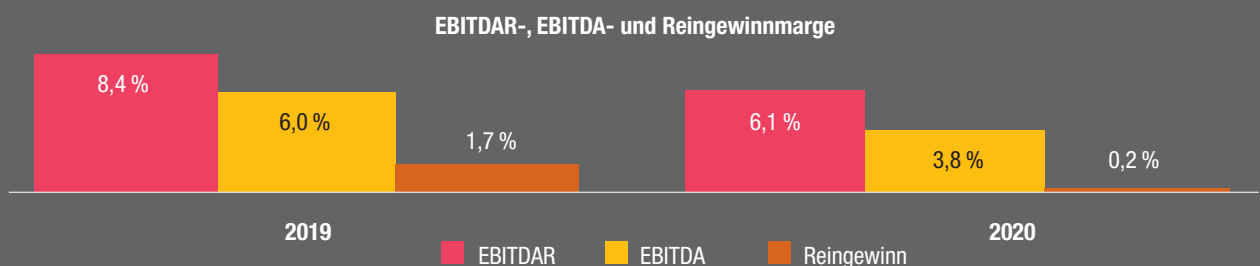


Abbildung 15: EBITDAR-, EBITDA- und Reingewinnmarge von 2019 bis 2020

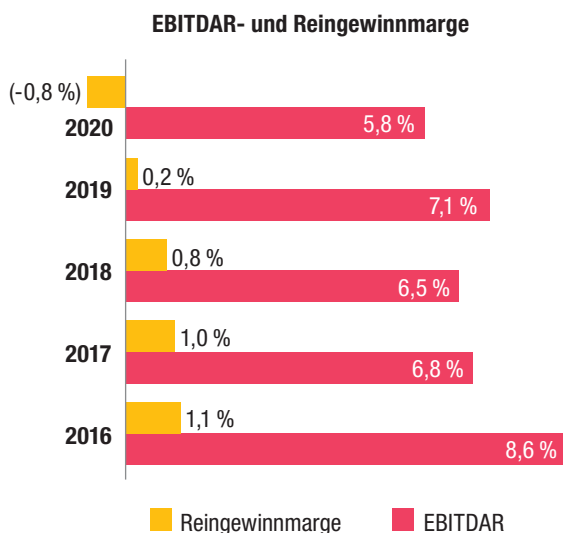


# Rehabilitation

In diesem Kapitel untersuchen wir die reguläre EBITDAR- und Eigenkapitalquote von Schweizer Rehabilitationseinrichtungen auf Basis der Daten des Vereins SpitalBenchmark. Wir diskutieren die Auswirkungen des Eingriffsverbots und wollen wissen, ob sich ein «Aufholeffekt» manifestiert.

Die Umsätze in der Rehabilitation sind im Median gegenüber dem Vorjahr um 3,0% eingebrochen, wodurch sich der in der Vergangenheit aufgebaute Margendruck weiter verstärkte. Bereits seit 2017 weisen die Schweizer

Rehabilitationseinrichtungen im Median eine ungenügende EBITDAR-Marge aus und erreichten den definierten Mindestwert von 8,0% nicht. Gegenüber 2019 schrumpfte die EBITDAR-Marge um 1,3% von 7,1% auf 5,8%. Bei 31 der 43 untersuchten Einrichtungen lag sie unter 8,0%. Das entspricht einem Anteil von 72%. Bei 13 Unternehmen oder 30% der Stichprobe rutschte die EBITDAR-Marge sogar unter 4,0%. Fünf Einrichtungen oder 12% der Stichprobe konnten eine EBITDAR-Marge von über 10,0% nachweisen.



## Reingewinnmarge erstmals negativ

Bei der Reingewinnmarge präsentiert sich ein ähnlich düsteres Bild wie bei der EBITDAR-Marge. Bereits zwischen 2016 und 2019 nahm die Reingewinnmarge von Rehabilitationseinrichtungen kontinuierlich ab. 2020 lag sie erstmals im Minus. Gegenüber 2016 ging sie um 1,9% von 1,1% auf minus 0,8% zurück. Die Abnahme gegenüber 2019 betrug 1,0%. 2020 wiesen 29 Rehabilitationseinrichtungen oder 69% eine negative Reingewinnmarge aus. Bei 16 Unternehmen oder 38% lag die Reingewinnmarge unter minus 2% und nur fünf Unternehmen oder 12% der Stichprobe erwirtschafteten einen Reingewinn von über 2% der Umsätze.

Abbildung 16: EBITDAR- und Reingewinnmargen der Rehabilitationen von 2016 bis 2020

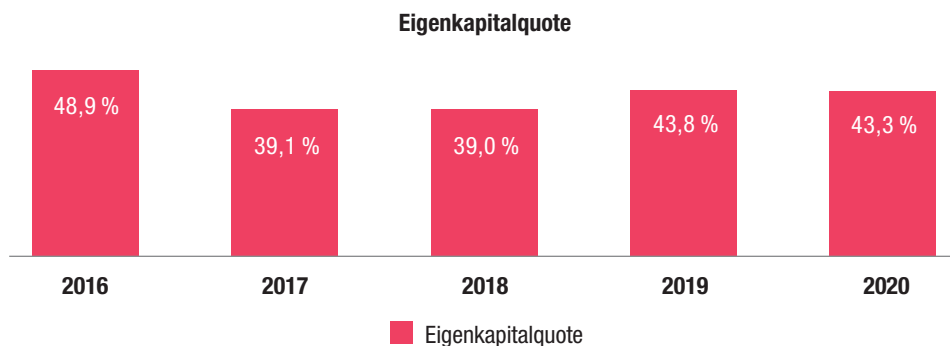


Abbildung 17: Eigenkapitalquote der Rehabilitationen von 2016 bis 2020

Die Eigenkapitalquote der Rehabilitationskliniken reduzierte sich gegenüber dem Vorjahr um 0,5% auf 43,3%. Von den 43 untersuchten Rehabilitationskliniken wiesen 12 oder 28% eine Eigenkapitalquote unterhalb des

definierten Minimalzielwerts von 30% aus. Insgesamt drei Einrichtungen verzeichneten sogar eine Eigenkapitalquote von unter 10%. Hingegen lag die Eigenkapitalquote von 15 Unternehmen über 50%.

# Einschätzung zu der neuen Tarifstruktur ST Reha 1.0

Die SwissDRG AG hat die neue Tarifstruktur ST Reha 1.0 für die stationäre Rehabilitation erarbeitet und will diese auf Januar 2022 einführen. Der geringe Differenzierungsgrad zwischen den Rehabilitationskonzepten und den verschiedenen Therapieintensitäten könnte problematisch werden.

### ST Reha 1.0, die neue Tarifstruktur

Die neue stationäre Tarifstruktur ST Reha 1.0 für die Rehabilitation wird ab Januar 2022 eingeführt; unter der Voraussetzung, dass der Bundesrat sie genehmigt. Nach der Einführung von SwissDRG in der Akutsomatik (2012) und von TARPSY in der Psychiatrie (2018) kommen damit auch in der Rehabilitation leistungsbezogene Abrechnungspauschalen zur Anwendung.

ST Reha 1.0 teilt Patientenfälle anhand von erbrachten Leistungen (gemäss Operationsklassifikation CHOP), Hauptdiagnose, Nebendiagnose (z. B. für Funktionseinschränkungen) und Alter in rehabilitative Kostengruppen (RCG) ein. Der Tarif ordnet den Kostengruppen unterschiedliche Kostengewichte zu. Innerhalb einer Kostengruppe gliedern sich die Kostengewichte zusätzlich zwischen den Phasen des Rehabilitationsprozesses. Jede Phase hat dabei ein Tageskostengewicht, das an jedem Tag der Phase gleich ist. Im März 2021 bewilligte der

Verwaltungsrat der SwissDRG das neue Tarifmodell. Es soll ab Januar 2022 zur gerechteren Finanzierung und somit zur effizienteren Organisation der Gesundheitsversorgung in der Schweiz beitragen.<sup>8</sup>

Im RCG-Katalog werden Kostengewichte pro Tag ausgewiesen. Die unterschiedliche Anzahl der Phasen und die jeweilige Phasendauer beeinflussen das effektive Kostengewicht. Für die Berechnung des effektiven, abrechenbaren Kostengewichts pro Patientenfall wird die Anzahl der Tage in der jeweiligen Phase mit dem Tageskostengewicht multipliziert und danach die Summe über die Phasen gebildet. Diese Rechnung ist aktuell nur für die in drei Phasen unterteilten Behandlungen notwendig (vgl. Abbildung 18). In allen anderen RCG (mit nur einer Phase) wird die Aufenthaltsdauer gemäss Abrechnungsregeln mit dem Tageskostengewicht multipliziert.<sup>9</sup> Für die Leistungserbringer entstehen je nach Anzahl Phasen Anreize zur Verweildauersteuerung, da Behandlungsvergütung und Intensitäten über die Zeit abnehmen.

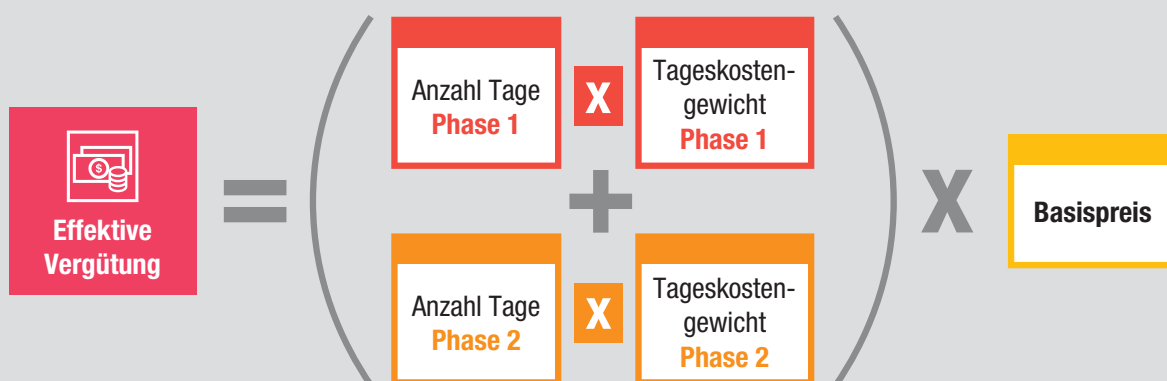


Abbildung 18: Schematische Kalkulationsmethodik des ST Reha 1.0

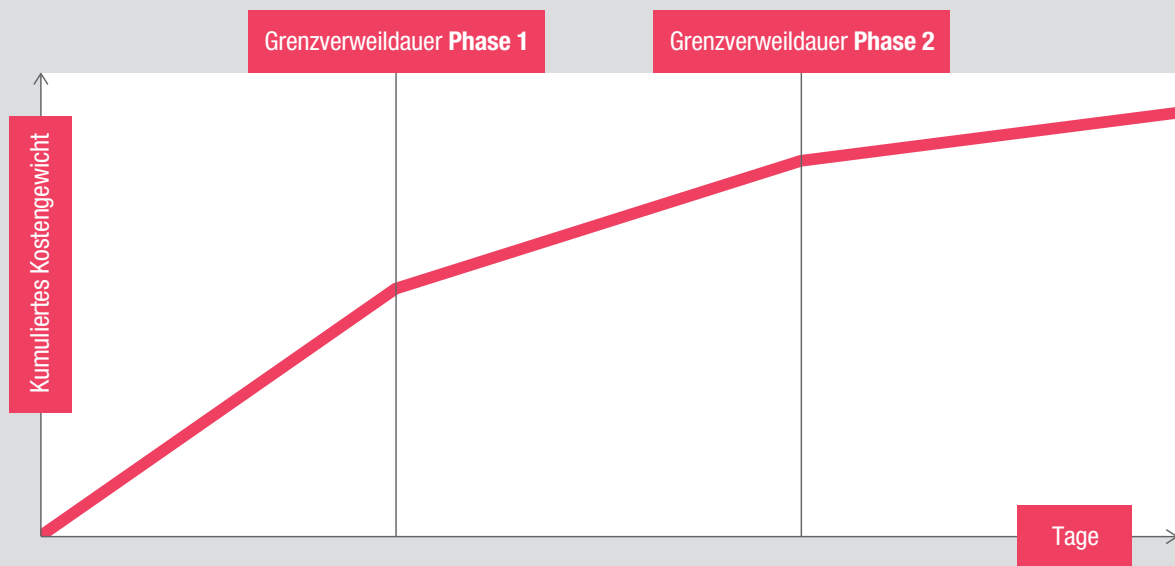


Abbildung 19: Schematische Entschädigung nach ST Reha 1.0







### Vielschichtige Auswirkungen

Eine zentrale Herausforderung des ST Reha 1.0 ist die ungenügende Ausdifferenzierung der Tarifstruktur verglichen mit der heutigen Leistungserbringung. Das hängt insbesondere damit zusammen, dass sich die Rehabilitationsdienstleister bezüglich therapeutischer Konzepte und technischer Infrastruktur massgeblich unterscheiden. Die relevanten CHOP-Codes existieren noch nicht lange; die Leistungserbringer konnten sich noch nicht intensiv auf die Tarifeinführung vorbereiten und ihre Behandlungskonzepte anpassen. Damit werden gerade zu Beginn gewisse Unschärfen entstehen, die mit zunehmender Ausdifferenzierung des Systems verschwinden dürften.

Durch ST Reha 1.0 wird die Rehabilitationsintensität im Sinne des minimalen Behandlungsstandards vorgeschrieben (z. B. Anzahl Therapien pro Tag). Dadurch sollen Qualität und Leistung vereinheitlicht werden. Die Einrichtungen werden gewisse niederschwellige Rehabilitationsangebote erweitern müssen, um die Vorgaben zu erfüllen.

Die Anforderungen an Codierungssituation und Rechnungsstellung sind gestiegen. Ausserdem sind über die Zeit härtere Tarifverhandlungen zu erwarten, da nun ein Benchmarking möglich ist. So ist mit einem höheren Preisdruck zu rechnen, wie er nach der Einführung von SwissDRG und TARPSY ebenfalls während einer gewissen Zeit zu beobachten war.





Durch ST Reha 1.0 wird die Rehabilitationsintensität im Sinne des minimalen Behandlungsstandards vorgeschrieben.

## Zukunft der Rehabilitation

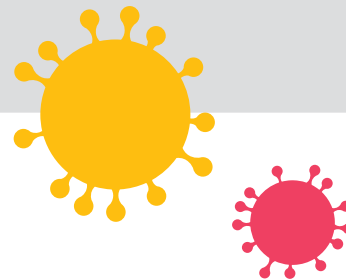
Gemäss Analysen in diversen Versorgungsplanungsberichten der Kantone wächst die Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen stärker als jene der Akutsomatik. Das hängt mit der demografischen Entwicklung und der Verkürzung der Verweildauer in der Akutsomatik zusammen. Zudem suchen Rehabilitationskliniken vermehrt die Nähe zur Akutsomatik, um Behandlungspfade zu verbessern und Prozesse zu optimieren. In diesem Zusammenhang werden Rehabilitationskliniken mittelfristig fragen, ob sie sich weiterhin ausserhalb der Zentren in ländlichen Gebieten niederlassen wollen oder ob es sinnvoller wäre, sich auf einen patienten- und wohnortsnahen Standort zu konzentrieren.

Die nachfolgenden Themen sehen wir mittelfristig als die grossen Herausforderungen für Rehabilitationskliniken:

- Die **Umsetzung des neuen Tarifs** wird anspruchsvoll für kleine, multidisziplinäre Betriebe. Sie werden spezifische Software benötigen, die Diagnosen und Prozedere einander gegenüberstellen, vergleichbar mit der Einführung von TARPSY und DRG. Kleine Betriebe können nicht auf Skaleneffekte zurückgreifen. Aufgrund der hohen Anforderungen (im Bereich der Leistungsaufträge, Zulassungen, Attraktivität als Arbeitgebende) können sie sich nur schwer über Wasser halten. Grössere Anbieter hingegen haben weniger Probleme mit dem neuen Tarifwerk, da sie Spezialistinnen und Spezialisten für diese Fragestellungen aufbauen. Es gilt zu beachten, dass die Fallzahlen in der Rehabilitation aufgrund der langen Aufenthaltsdauern verglichen mit der Akutsomatik relativ gesehen deutlich tiefer sind. Damit ist der **Kodieraufwand** zeitlich überschaubarer und der Kompetenzaufbau ungleich komplexer.
- ST Reha 1.0 könnte den **Konsolidierungs- und Fusionsprozess im Rehabilitationsbereich** beschleunigen. Kleinere Rehabilitationsanbieter

werden sich vermehrt grösseren Institutionen anschliessen oder noch enger mit ihnen kooperieren, um ihr Leistungsangebot weiter aufrechtzuerhalten. Tendenziell werden diejenigen Angebote aus dem Markt ausscheiden, die sich nicht refinanzieren lassen. Grössere Einrichtungen könnten durch die Konsolidierung finanziell profitieren.

- Denkbar ist eine **Stärkung des Übergangsbereichs und von ambulanten Angeboten**. ST Reha 1.0 fördert eine solche, da die Einrichtungen bei Patientinnen und Patienten mit weniger intensivem Betreuungs- und Therapiebedarf durch die Anforderungen von ST Reha 1.0 eine unzureichende Vergütung befürchten müssen.
- Wir gehen zudem davon aus, dass der **Kostendruck** ähnlich wie in der Akutsomatik und Psychiatrie durch die Neueinführung des ST Reha 1.0 mittel- bis langfristig steigt.
- Die typischen Trends im Gesundheitswesen betreffen auch die Rehabilitation, obwohl ST Reha 1.0 diese nicht explizit verstärkt: Digitalisierung, Fachkräftemangel, integrierte Versorgungsmodelle, regulatorischer Druck und weitere.



## COVID-19 Whitepaper

In Zusammenarbeit mit dem Verein SpitalBenchmark haben wir von Juni 2020 bis Juni 2021 vier Whitepaper<sup>10</sup> zu den pandemiebedingten finanziellen Schäden im Schweizer Gesundheitswesen veröffentlicht, in denen wir die Auswirkungen der Pandemie auf das Schweizer Spitalwesen abschätzen. So wollten wir zur Klärung der finanziellen Lage von Spitälern und Kliniken in Pandemiezeiten beitragen.

Die finanzielle Schadenssumme setzt sich dabei einerseits aus Ertragsausfällen aus dem Verbot von elektiven Eingriffen zwischen dem 17. März und dem 26. April 2020 (Vorhalteleistungen) und Mehrkosten, die die Finanzen der Spitäler und Kliniken seit Beginn der Pandemie belastet haben, zusammen.

### Vorgehen und Annahmen

Wir führten eine Schadensschätzung für die drei stationären Bereiche Akut, Psychiatrie und Rehabilitation sowie für den ambulanten Bereich individuell durch. Die Daten erhebt der Verein SpitalBenchmark. Sie umfassen 122 Akutspitäler, 50 Psychiatrien und psychiatrische Abteilungen sowie 52 Rehabilitationseinrichtungen. Um den Schaden für die gesamte Schweiz zu ermitteln, rechneten wir die Summen anhand der indikativen Marktabdeckung hoch. Die Berechnung der Ertragsausfälle beruhte auf den von den Spitälern und Kliniken angegebenen Leistungsmengen und den dazugehörigen Vergütungstarifen. Dabei wurde berücksichtigt, dass in den Leistungsbereichen in einem unbeeinflussten Jahr ein

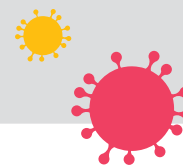
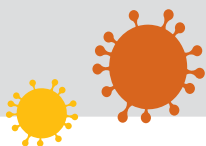
gewisses Wachstum hätte erzielt werden können und dass die Dienstleisterinnen und Dienstleister für dieses bereits Vorkehrungen (Kapazitätserweiterungen, Personal usw.) getroffen hatten. Im Weiteren nahmen wir bei der Schadensbemessung eine Leistungsmenge oberhalb des Vorjahresniveaus (inkl. Wachstum) als Aufholeffekt an. Die Mehrkosten ermittelten wir im Rahmen einer Befragung.

### Ertragsausfälle von knapp 1 Mrd. CHF

Die Ertragsausfälle für das Jahr 2020 lagen unter Berücksichtigung eines Aufholeffekts bei 0,9 Mrd. bis 1,1 Mrd. CHF. Wird kein Wachstum unterstellt, betrug die Bandbreite 0,5 Mrd. bis 0,7 Mrd. CHF.

	Akut		Psychiatrie		Reha		Ambulant		Total	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
Januar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Februar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
März	151	167	13	15	10	11	80	88	254	281
April	320	354	15	16	38	42	193	213	565	624
Mai	116	128	14	15	22	25	77	85	229	253
Juni	(75)	(68)	(17)	(15)	(7)	(7)	(77)	(69)	(176)	(159)
Juli	18	20	(10)	(9)	5	6	(12)	(11)	2	6
August	12	13	3	3	1	1	(14)	(13)	1	4
September	(24)	(22)	(2)	(2)	1	2	(46)	(42)	(71)	(64)
Oktober	15	16	(1)	(1)	1	1	13	15	28	31
November	4	5	(9)	(8)	14	16	13	15	23	27
Dezember	58	65	(2)	(2)	2	2	(8)	(8)	50	57
<b>Total</b>	<b>595</b>	<b>678</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>87</b>	<b>98</b>	<b>218</b>	<b>273</b>	<b>904</b>	<b>1'060</b>

Abbildung 20: Monatliche Ertragsausfälle 2020 (in Mio. CHF) im Vergleich zu einem Normaljahr



## Mehrkosten von 400 Mio. CHF

Die Netto-Mehrkosten durch die Pandemie beliefen sich für 2020 auf rund 0,4 Mrd. CHF. Davon entfielen 68 % auf den akutstationären Bereich, 23 % auf den ambulanten Bereich, 6 % auf Psychiatrien

und 3 % auf Rehabilitationskliniken. Der grösste Teil der Mehrkosten entstand durch Zusatzkosten beim Personal, insbesondere aufgrund eines erhöhten Personalbedarfs. Weiter entstanden signifikante Kosten durch bauliche Massnahmen und die Anschaffung von Schutzmaterial.

in CHF Mio.	Akut		Psychiatrie		Reha		Ambulant		Total	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
Netto-Mehrkosten	250	276	21	23	9	10	83	92	364	402

Abbildung 21: Mehrkosten 2020 (in Mio. CHF) durch COVID-19

## Akutbereich am stärksten betroffen

Der finanzielle Gesamtschaden bei Schweizer Spitälern durch die Pandemie belief sich 2020 auf rund 1,3 Mrd. bis 1,5 Mrd. CHF brutto (vor Entschädigungszahlungen). Davon fielen rund 72 % auf Ertragsausfälle und 28 % auf Netto-Mehrkosten. Der Akutbereich trug mit rund zwei Drittel zur Gesamt-

summe bei. Rund ein Viertel war dem ambulanten Bereich zuzuschreiben. Auf die Psychiatrien und Reha-Einrichtungen entfiel mit 2 % beziehungsweise 7 % ein deutlich geringerer Anteil. Basierend auf den Umsatzanteilen im Schweizer Gesundheitswesen sowie weiteren Erkenntnissen aus der Pandemie entspricht diese Schadensverteilung insgesamt unseren Erwartungen.

Normalverlauf	Akut		Psychiatrie		Reha		Ambulant		Total	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
Ertragsausfälle	595	678	3	12	87	98	218	273	904	1'060
Netto-Mehrkosten	250	276	21	23	9	10	83	92	364	402
<b>Gesamtschaden</b>	<b>846</b>	<b>954</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>96</b>	<b>108</b>	<b>302</b>	<b>365</b>	<b>1'268</b>	<b>1'462</b>

Abbildung 22: Finanzieller Gesamtschaden 2020 (in Mio. CHF) durch COVID-19

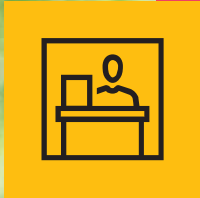


Teil II

# Ein politischer Blick auf das Pandemiejahr 2020







**In diesem Teil beleuchten wir die Gesundheitsversorgung in der Schweiz aus Sicht der Politik.**

Gemeinsam mit Lukas Engelberger, Präsident der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), gehen wir der Frage nach, was das Gesundheitssystem aus der Pandemie lernen kann. Nach dem Rückblick wagen wir einen Blick in die Zukunft. Zudem sprechen wir über die Verantwortung von Bund und Kantonen und über die Schlüsselrolle der Digitalisierung im Kampf gegen das Virus.



# Interview mit Lukas Engelberger



## Zur Person

Lukas Engelberger ist seit 2020 Präsident der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), von Haus aus Jurist und «Die Mitte»-Politiker. Während der Pandemie übernahm der gebürtige Basler die Rolle als Gesundheitskrisenmanager der Kantone und steht dabei in engem Austausch mit dem Bund und Bundesrat Alain Berset.

### Herr Engelberger, wie hat sich unser Gesundheitswesen während der Pandemie geschlagen?

Seit der Spanischen Grippe war das Schweizer Gesundheitswesen keiner Belastungssituation mehr in diesem Ausmass ausgesetzt. Insgesamt haben wir diesen Stresstest sehr gut überstanden, und zwar nur dank des medizinischen und pflegerischen Personals. Ich möchte mich bei allen herzlich bedanken, die dazu beigetragen haben.

### Was haben die unterschiedlichen kantonalen Entschädigungen bei Spitälern bewirkt?

Wir sehen drei Kategorien bei den Schadens- respektive Verlustpositionen der Leistungserbringer. Erstens entstanden unmittelbare Zusatzkosten zur Bewältigung der Pandemie. Das sind Ausgaben, um die Stationen umzubauen, Zusatzpersonal anzustellen, Testzentren aufzubauen, Schutzmaterial zu beschaffen und Abläufe umzustrukturieren. Nach unserem Verständnis sollten die Kantone dafür aufkommen. Deshalb haben auch viele Kantone Leistungen zugunsten von Pflege, Spitex und

Spitälern gesprochen. In Basel-Stadt haben wir bisher rund 100 Mio. CHF genehmigt

Beim Tarifschutz sehen wir die Tarifpartner in der Verantwortung. Man wird über Tarifizuschüsse reden müssen, rückwirkend auf Leistungen, die 2020 oder 2021 erbracht wurden. Ich verstehe, dass die Krankenkassen nicht für nicht erbrachte Leistungen zahlen können oder dürfen. Aber in einer Pandemie sind auch sie dem Tarifschutz verpflichtet. Ich hätte hier von den Leistungserbringern substanzialere Avancen erwartet.

«Bei den Ertragsausfällen sehe ich den Bund in der Verantwortung und nicht die Kantone.»

Bei den Ertragsausfällen sehe ich den Bund in der Verantwortung und nicht die Kantone. Der Bund hat für März und April 2020 nicht dringliche medizinische Behandlungen untersagt. Das wäre rückblickend nicht überall in der Schweiz notwendig gewesen. Deshalb muss der Bund

auch die finanzielle Verantwortung dafür übernehmen.

### Wie wirkt sich COVID-19 Ihrer Ansicht nach langfristig auf die Gesundheitsversorgung aus?

Abgesehen von vereinzelt unterdotierten Lagerbeständen, die relativ rasch kontrollierbar waren, war gut ausgebildetes Personal in der Intensivpflege der Engpassfaktor. Es wäre zu begrüßen, wenn zusätzliche Reservekapazitäten geschaffen würden. Man sollte jedoch verschiedene Szenarien umfassend betrachten. Aktuell befinden wir uns im Szenario Pandemie, vor ein paar Jahren herrschte das Thema Terrorbedrohung vor. In einem solchen Szenario sind deutlich mehr Notfallplätze und Politrauma-Ärztinnen und -Ärzte notwendig. Ich glaube, insgesamt müssen wir flexibler denken.

### Wo sehen Sie Aufholbedarf?

Ein grösserer Bedarf zeigt sich beim Gesundheitsschutz. Nehmen wir die SwissCovid-App: Wenn ich nicht weiss, an welchem Ort und zu welcher Zeit ich einer infizierten Person



nahe war, dann nützt mir die App nur wenig. Die politische Diskussion im Sinne eines Preis-Leistungs-Verhältnisses muss reger werden. Alle wollen die rasche digitale Leistung von der Verwaltung, aber niemand will den Preis in Form von Daten bezahlen. Über diese Diskrepanz müssen wir reden.

«Es zeigt, dass Bund und Kantone rasch nutzerfreundliche Lösungen erarbeiten können. Diesen Spirit müssen wir in weitere Digitalisierungsprojekte mitnehmen, zum Beispiel fürs elektronische Patientendossier.»

#### **Wo sehen Sie die grössten Fortschritte der Digitalisierung?**

Ich sehe das COVID-19-Zertifikat als einen Quantensprung in der Digitalisierung des Schweizer Gesundheitswesens. Es zeigt, dass Bund und Kantone rasch nutzerfreundliche Lösungen erarbeiten können. Diesen Spirit müssen wir in weitere Digitalisierungsprojekte mitnehmen, zum Beispiel fürs elektronische Patientendossier. Hier treten wir aktuell an Ort und Stelle.

#### **Wo sehen Sie das höchste Verbesserungspotenzial bei den Schnittstellen Bund-Kantone-Leistungserbringer in einer Pandemie?**

Das relativ junge Epidemien-gesetz gibt den Akteurinnen und Akteuren, die unter hohem Zeitdruck handeln müssen, in wichtigen Bereichen zu wenig Handlungsanweisungen. Das ganze Regime der «besonderen Lage» wurde nicht genügend skizziert. Das muss meiner Meinung nach präzisiert werden. Es braucht mehrere Stufen, in denen die Verantwortung der Kantone schrittweise auf den Bund übergeht. Im Epidemien-gesetz ist ein Koordinationsorgan vorgesehen. Nicht darin steht, wer da konkret vertreten ist und in welchem Verfahren ein solches Organ tätig wäre. Wir haben viel Zeit und

Energie darauf verwendet, darüber zu debattieren, wie die Kantone zu konsultieren sind. Das war ein Verlust von Ressourcen.

Rückblickend wurde im Herbst 2020 die Verantwortung zu langsam von den Kantonen auf den Bund übertragen. Das war kein Systemfehler,

sondern lag an den Involvierten. Einige Kantone haben die Lage unterschätzt. Wer etwas tat, wie beispielsweise der Kanton Basel-Stadt, hatte einen schweren Stand. Der Bund zögerte, weil er von den Kantonen im Frühling 2020 kritisiert wurde. Das war eine unschöne Dynamik. Die «besondere Lage» hat schliesslich nicht geholfen, dieses Vakuum zu überwinden. Hier sollten wir ansetzen.

#### **Was wäre für Sie ein Zielbild? Wo sehen Sie die zukünftige Rolle der Kantone?**

Die Pandemie hat die Gesamtverantwortung der Kantone in den Vordergrund gerückt. Fragen nach Rollenverständnis oder Interessenkonflikten im Gesundheitswesen sind stark in den Hintergrund getreten. Wahrscheinlich benötigen wir ausgeprägter als früher eine überregionale Planung. Diese erhält schweizweit überall dort einen höheren Stellenwert, wo die politischen Strukturen kleinräumig sind; zum Beispiel bei uns in der Nordwestschweiz, aber auch in der Ost- und Innerschweiz.

Auf absehbare Zeit wird es keine Verschiebungen in den Planungsbefugnissen und Aufsichtsrollen der Kantone geben. Hingegen verändert sich die Dimension «Spitaleigner». Früher hatte jeder Kanton sein Spital,

wo die Versorgung stattfand. Mit der zunehmenden Mobilität der Patientinnen und Patienten über die Kantons-grenzen hinweg und mit der voranschreitenden Konsolidierung und Gruppenbildung werden Kantone zum Teil zu Miteignern an interregionalen Spitälern.

#### **Wie stufen Sie die möglichen Spätfolgen des Verzichts oder Verbots für Behandlungen ein?**

Offenbar wurden schwere Krankheiten später diagnostiziert. In der Onkologie gibt es immer noch eine verzögerte Inanspruchnahme von Leistungen. Aussagen wie «der Frühling hat bewiesen, dass viele Eingriffe gar nicht notwendig waren» sind erschreckenderweise häufig verbreitet. Ich erachte das als gefährlich. Ich sehe hier einen Bedarf – mehr noch: eine Verpflichtung – für eine vertiefte Analyse. Es braucht eine fundierte Aufklärung über die Langzeitfolgen von verzögerten Behandlungen.

#### **Bitte schildern Sie uns Ihre Erfahrungen mit den Leistungserbringern, insbesondere im Kanton Basel-Stadt. Welche Erkenntnisse haben Sie daraus gewonnen?**

Ich bin sehr dankbar, dass es in unserem Kanton einfach und gut funktionierte. Es war sehr viel Engagement im Interesse des Ganzen spürbar. Wir sassen an einem gemeinsamen Tisch und definierten die Rollen der einzelnen Spitäler. In der zweiten Phase bauten wir eine bikan-tonale Versorgungsregion auf, indem wir die Kantons-grenzen für Intensiv-behandlungen durchlässig machten. Wir leisteten Zusatzzahlungen an diejenigen Spitäler, die Einwohnerinnen und Einwohner auf ihren Intensivstationen aufnahmen.



Teil III

# Veränderungen in der Tariflandschaft

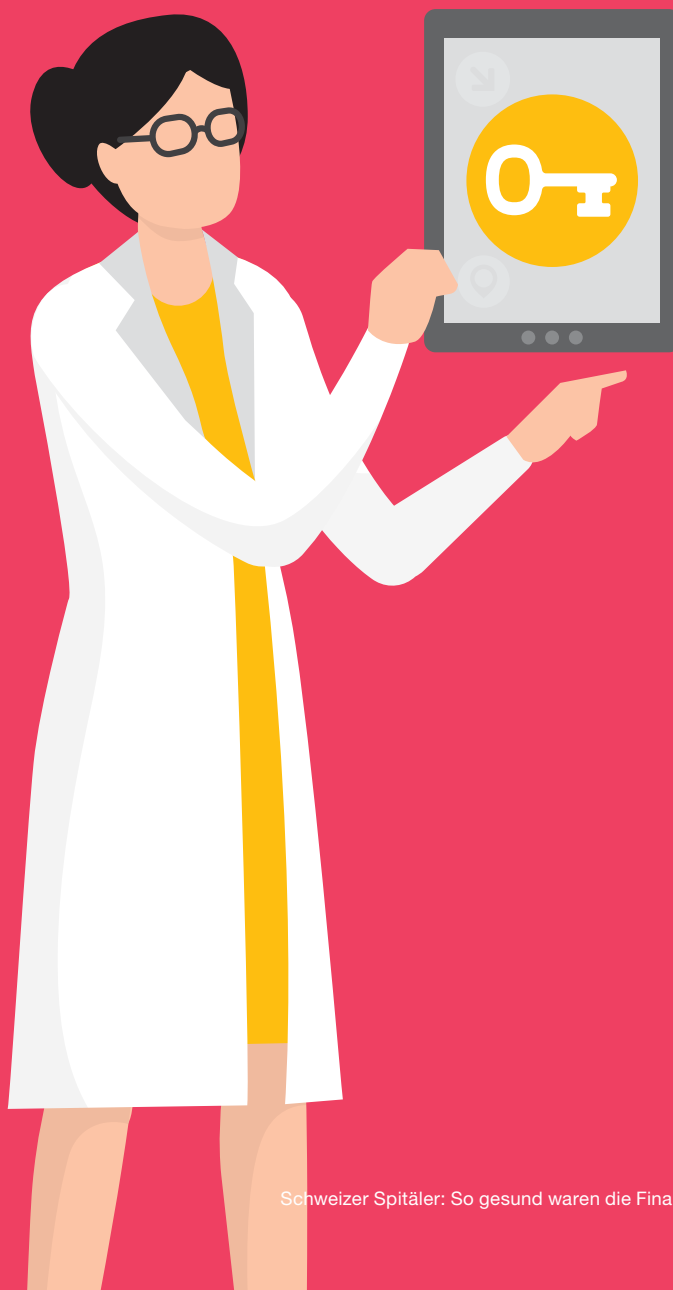






In diesem Kapitel betrachten wir gemeinsam mit erfahrenen Branchenvertreterinnen und Branchenvertretern die aktuelle Situation und Entwicklung der Ertragsseite näher.

Dabei gehen wir auf alle relevanten Ertragsquellen ein: stationäre Preise der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach SwissDRG, Zusatzversicherungserträge und ambulante Tarife. Schliesslich nehmen wir Sie mit auf eine Reise Richtung qualitätsorientierte Vergütung und stellen Ihnen das Pilotprojekt der Patient Empowerment Initiative vor.



Interview mit

Dr. med. Simon Hölzer



### Zur Person

Dr. med. Simon Hölzer ist seit der Gründung CEO der SwissDRG AG. Daneben wirkt er als Privatdozent und Ökonom und war als Facharzt für Allgemeinmedizin tätig.

## Neun Jahre SwissDRG

Dr. med. Simon Hölzer, CEO der SwissDRG AG, spricht mit PwC über ein knappes Jahrzehnt SwissDRG, den Strukturwandel in der Gesundheitsbranche, die Einflüsse von COVID-19 auf das stationäre Tarifsysteem und mögliche Weiterentwicklungsfelder.

**Herr Hölzer, im Rahmen der Pandemie wurden Stimmen laut, dass die Vergütung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten nicht kostendeckend sei. Wie zufrieden sind Sie persönlich mit dem System?**

Wir haben bereits im April 2020 mit Tarifierungsanpassungen bei den stationären Fällen reagiert, um diese im System abzubilden und deren Kosten bestmöglich zu decken. In dieser Zeit mussten wir Lösungen suchen, ohne dafür entsprechende Daten zu haben. Die Krise hat uns gezeigt, dass die streng fallpauschalorientierte Finanzierung Risiken aufweist, insbesondere an der Schnittstelle zu gemeinwirtschaftlichen Leistungen oder besonderen Vorhalteleistungen. Hier braucht es Zukunftsszenarien: Wie lassen sich Vorhalteleistungen verpflichtend und einheitlicher entschädigen? Wo sind zusätzliche, nicht primär umsatzgesteuerte Vergütungsformen notwendig?

**Hat die Pandemie den laufenden Strukturwandel im Gesundheitswesen beschleunigt?**

Aus meiner Sicht ist der Strukturwandel aus unterschiedlichen Gründen noch nicht sehr weit fortgeschritten. Das System könnte an einem objektiveren Benchmark ausgerichtet werden, als dies heute der Fall ist, was mehr Fairness in der Finanzierung bedeuten würde. Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen spielen dabei ebenfalls eine Rolle. Schliesslich unterscheiden sich die Kantone auch hinsichtlich ihrer sozialpolitischen Ausrichtung. Es gestaltet sich schwierig, einheitliche

«Wir würden weiter kommen, wenn wir Eckwerte eines Preis-Benchmarks vereinheitlichen.»

Bewertungskriterien und sachliche Betriebsvergleiche vorzunehmen, da regionale gesundheitspolitische Entscheidungen, die entsprechende Finanzierungsbereitschaft und die teils unterschiedlich gewachsenen Versorgungsstrukturen zusammenspielen.

**SwissDRG belohnt die wirtschaftliche Leistungserbringung und bestraft Leistungserbringer, die zu teuer produzieren. Dadurch müssen Leistungen immer günstiger erbracht werden. Wie stellen Sie sicher, dass keine Abwärtsspirale in der Tarifierung stattfindet wie etwa in Deutschland?**

Mit der DRG-Logik haben wir technisch ein ähnliches System wie Deutschland. Aber die gesamten Anwendungsmodalitäten sind komplett anders. Das beginnt bei den Anwendungsbereichen, den Falldefinitionen und Abrechnungsregeln. Zudem

## «Es wäre einen Versuch wert, konkurrierende Tarifsysteme einzuführen.»

kennt Deutschland keine individuellen Preisverhandlungen. In der Schweiz haben wir einen Preis, der individuell pro Spital festgelegt wird. Das sehe ich als grossen Vorteil. Deshalb gibt es keinen Grund, von einer Abwärtsspirale zu reden.

Natürlich muss man eruieren, wo sich das System verbessern lässt. Ich erachte es als schwierig, dem Vorgehen des Bundes zu folgen und den Benchmark auf das 25. Perzentil zu setzen. Meines Erachtens ist das der falsche Ansatz. Wir würden weiter kommen, wenn wir Eckwerte eines Preis-Benchmarks vereinheitlichen. Wenn man also ehrlicher mit den gesamtwirtschaftlichen Leistungen und mit regionalpolitischen Geldflüssen umginge und anschliessend einen entsprechenden Betriebsvergleich machte. Mit dem 25. Perzentil wird unterstellt, dass mehr als 60 % der Spitäler heute zu teuer sind. Sachlich und mathematisch lässt sich das nicht nachvollziehen.

### **Im Tarifsystem zeigt sich mehr denn je eine Fragmentierung zwischen stationärer und ambulanter Akutsomatik: TARDOC oder ambulante Pauschalen werden diskutiert. Wie lösen wir diese Problematik?**

Es wäre einen Versuch wert, konkurrierende Tarifsysteme einzuführen.

So etwas ist immer dann sinnvoll, wenn man offen in verschiedene Richtungen denkt. Wir hängen jedoch nicht ausschliesslich am pauschalen Gedanken und sind auch nicht der Überzeugung, dass das DRG-System alle Probleme löst. Insgesamt denke ich, dass erfolgsversprechende Tarifmassnahmen in einer stärkeren Pauschalierung bei den Leistungen mit grossem Kostenvolumen liegen.

## «Tendenziell sollte von der Vergütungsseite her mehr im ambulanten Bereich pauschaliert werden.»

### **Wenn Sie das Schweizer Tarifsystem von Grund auf neu gestalten könnten, wie würden Sie es konzipieren?**

Ich würde mit dem Bestehenden arbeiten. Das DRG-System hat sich bewährt, ebenso die Ansätze von TARPSY. Ich glaube, die Richtung stimmt. Tendenziell sollte von der Vergütungsseite her mehr im ambulanten Bereich pauschaliert werden. Durch die Einführung des DRG-Systems haben wir im stationären Bereich eine vernünftige, weil notwendige Dokumentation von Diagnosen und Nebendiagnosen erreicht. Diese braucht es auch für das epidemiologische Monitoring und die Qualitätssicherung. Im Vergleich dazu wünschte ich mir von den Leistungserbringern und von der medizini-

schen Dokumentation im ambulanten Bereich mehr Informationen. Ich denke, es braucht nun eine gezielte Weiterentwicklung der Kataloge. Nur so können die Tarife substanziell weiterkommen. Sonst besteht die Gefahr, dass mehr Handgriffe gemacht werden, obwohl die Patientinnen und Patienten nicht kränker sind.

### **Was halten Sie von sogenannten Health Plans?<sup>11</sup>**

Die sehen auf dem Papier gut aus. Allerdings bin ich eher skeptisch, weil wir schon relativ viele Oligopole im aktuellen Schweizer Gesundheitsmarkt haben. Ich denke nicht, dass die Medizin mit Health Plans besser oder günstiger wird. Vor allem nicht vor dem Hintergrund, dass mit dem breiten Angebot an anerkannten medizinischen Verfahren der obligatorischen, solidarisch finanzierten Grundversicherung eine ausgezeichnete Versorgung für die gesamte Bevölkerung der Schweiz gewährleistet wird – sowohl in Bezug auf den Zugang als auch auf die Qualität der Leistung. Ausländische Beispiele, insbesondere aus den USA, zeigen eher höhere Gesamtkosten. Tendenziell werden dort wenige «Privilegierte» in den Health Plans tatsächlich versichert und behandelt. So zweifle ich, dass Gesundheitspläne der Schweiz einen Mehrwert bieten. Integrierte Versorgungskonzepte werden jedoch an Bedeutung gewinnen, ohne dass Versicherungsleistungen mit medizinischen Leistungen verschmelzen müssen.

**SwissDRG ist eine gemeinnützige Aktiengesellschaft mit dem Ziel, die Tarifstruktur in den Spitälern zu vereinheitlichen und damit die Kostentransparenz zu erhöhen.** Die Organisation wurde 2008 von den Leistungserbringern, Krankenversicherern und Kantonen gegründet. 2012 wurde die pauschalierte Leistungsvergütung für stationäre Spitalleistungen der Grundversicherung entsprechend des SwissDRG-Katalogs mit stationären Fallpauschalen eingeführt. Das Tarifsystem legte den Grundstein für mehr Wettbewerb in den Akutspitälern – nicht nur bei der Menge, sondern auch in der Qualität. Im Vergleich zu Deutschland inkorporiert SwissDRG direkte und (fast) alle indirekten Kosten im Tarifsystem.

# Interview mit Philomena Colatrella



## Zur Person

Seit September 2016 ist Philomena Colatrella Geschäftsführerin und Vorsitzende der Konzernleitung der CSS-Versicherungen. Die studierte Rechtsanwältin arbeitet seit 1999 bei der CSS.

## Zusatzversicherungen im Wandel

Philomena Colatrella, Vorsitzende der Konzernleitung der CSS-Versicherungen, diskutiert mit PwC über die Zukunft der Zusatzversicherungen und die anstehenden Veränderungen. Bis anhin haben sich Versicherungen und Spitäler zu stark auf sich selbst konzentriert. Doch die Kundinnen und Kunden geben den Takt vor. Philomena Colatrella zeigt auf, wie Versicherer auf den erhöhten Innovationsbedarf reagieren.

### Frau Colatrella, wie steht es um die Zusatzversicherungen?

Zusatzversicherungen decken zusätzliche Bedürfnisse zur Grundversicherung ab. Das Potenzial hinsichtlich Innovationen ist noch nicht ausgeschöpft. Ein Grund ist die starke Orientierung an der Grundversicherung. Die Zusatzversicherung sieht sich zu wenig als autarken Zweig, der über die Grundversicherung hinaus Chancen eröffnet. Zudem ist die Regulation hinderlich für echte Innovationen. Das Potenzial liegt in flexiblen und bedürfnisgerechten Produkten mit einem starken Fokus auf Qualität.

### Wo geht die Reise hin?

Wir müssen das Leistungsangebot von Zusatzversicherungen dynamischer gestalten. Nur so gelingt es

«Wir müssen das Leistungsangebot von Zusatzversicherungen dynamischer gestalten.»

uns, Veränderungen beim medizinischen Fortschritt oder in Bezug auf neue Präferenzen der Kundinnen und Kunden zu adaptieren. Des Weiteren müssen wir die starren Grenzen zwischen ambulant und stationär oder auch zwischen der Schul- und Komplementärmedizin überwinden. Nur wenn es uns gelingt, in Behandlungsketten zu denken, entsteht ein echter Mehrwert für Kundinnen und Kunden. Wieso diesen nicht Optionen für die Zukunft bieten? Wer einem Studium nachgeht, interessiert sich vielleicht noch nicht für eine Zusatzversicherung. Wohl aber nach dem Berufseinstieg oder mit der Familiengründung. Hier braucht es neue

Modelle, die einen «späten» Einstieg erlauben, etwa durch das Einlösen einer Option.

### Wie sieht die Abgrenzung von Zusatzleistung zur Grundversicherung aus?

Die Grundleistung ist in der Schweiz relativ umfassend. Der Umfang nimmt gerade im Bereich der Komfortleistungen zu. Neue Spitalbauten weisen zunehmend Einzelzimmer auf, weshalb auch Grundversicherte in den Genuss eines Einzelzimmers kommen. Auch wenn die Differenzierungsmöglichkeit einer Zusatzversicherung beim Komfort abnimmt, bleibt das Potenzial zur Differenzierung gross. Ich denke da an Zusatzleistungen wie innovative Behandlungsmethoden oder neue digitale Dienstleistungen.

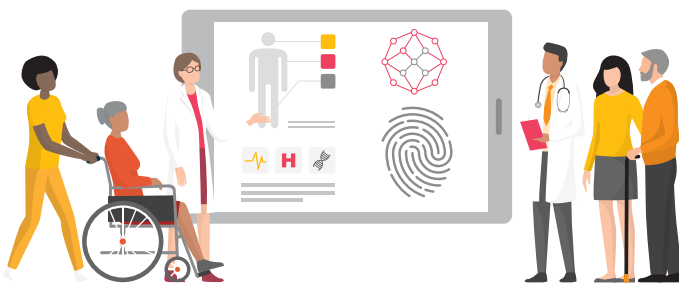


«Nur wenn es uns gelingt, in Behandlungsketten zu denken, entsteht ein echter Mehrwert für Kundinnen und Kunden.»

### Welche Rolle spielt die Qualität in der Zusatzversicherung?

Die Qualität stellt einen wichtigen Hebel für Mehrleistungen dar. Hier gilt es zu klären, welche Qualität bereits über die Grundversorgung gedeckt ist. Dabei sind verschiedene Dimensionen zu betrachten, die für Kundinnen und Kunden relevant sind:

Behandlungsqualität, Outcome-Qualität, Patientenzufriedenheit und andere. Eine Zusatzversicherung kann Mehrleistung bieten, wenn die vor- und die nachgelagerte Betreuung optimal orchestriert werden. Oder wenn das Pflegeangebot weitgehend auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen angepasst wird. Auch das ist Qualität.



## Zusatzversicherungen vor enormen Herausforderungen

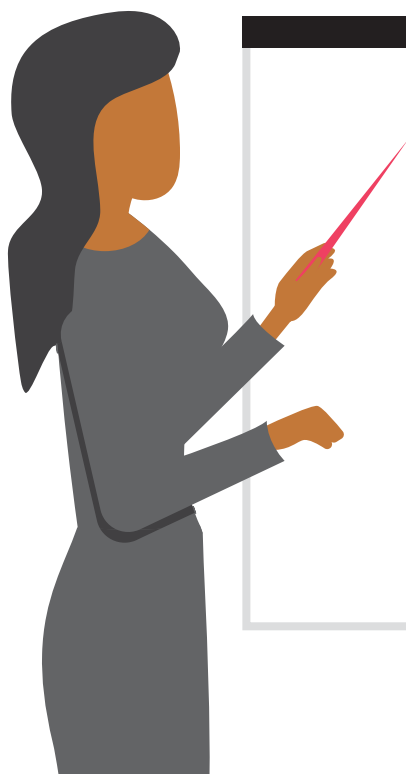
Im Dezember 2020 hat die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA die Versicherer und Spitäler aufgerufen, sicherzustellen, dass die verrechneten Kosten in einem angemessenen Verhältnis zu den tatsächlichen Mehrleistungen stehen. Konkret wurde die Forderung im VVG-Bereich nach einer transparenten und auf einer betriebswirtschaftlichen Basis nachvollziehbaren Preisbildung gestellt.

Kundinnen und Kunden sollen einen fairen Preis für echte Mehrleistungen gegenüber der Grundversicherung bezahlen.<sup>12</sup>

Die Versicherungsgesellschaften müssen nun einerseits diese Forderungen der FINMA nach mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit umsetzen. Andererseits sind nur jene Zusatzversicherungen zukunfts-

weisend, die ständig ändernde Kundenbedürfnisse adressieren und Marktentwicklungen adaptieren.

Die Versicherungsbranche hat in enger Abstimmung mit diversen Leistungserbringern darauf reagiert. Entstanden ist ein Branchen-Framework, das in elf Grundsätzen aufzeigt, wie die Transparenz erhöht und Mehrleistungen klarer ausgewiesen werden sollen.



### PwC-Expertinnen und -Experten empfehlen: Mehrleistungskonzepte entwickeln

Spitäler brauchen unserer Ansicht nach in erster Linie überzeugende Mehrleistungskonzepte im Zusatzversicherungsbereich, die die Bedürfnisse der zusatzversicherten Patientinnen und Patienten abdecken und die Attraktivität solcher Produkte erhöhen. Die definierten Mehrleistungen rechtfertigen die Preise. Wir sind überzeugt, dass sich Innovationen auch im ambulanten Bereich abspielen sollten. Ambulante Mehrleistungen sollen neu mit einem konkreten Mehrwert angeboten werden. Insgesamt werden sich die Mehrleistungskonzepte weniger am Komfort orientieren, sondern Themen wie «Access to Care», «durchgehende Patientenpfade stationär-ambulant-digital», «Einsatz von Generika» und «Zugang zum medizinisch bestqualifizierten Personal» aufgreifen.

# Ambulante Pauschalen

In diesem Kapitel leuchten wir die letzten 20 Jahre der Entwicklung des ambulanten Tarifsystems aus. Zudem diskutieren wir die Vorzüge einer Pauschalierung in der ambulanten Leistungserbringung, etwa in einer Annäherung von ambulanten und stationären Tarifen, um Fehlanreize zu beseitigen.

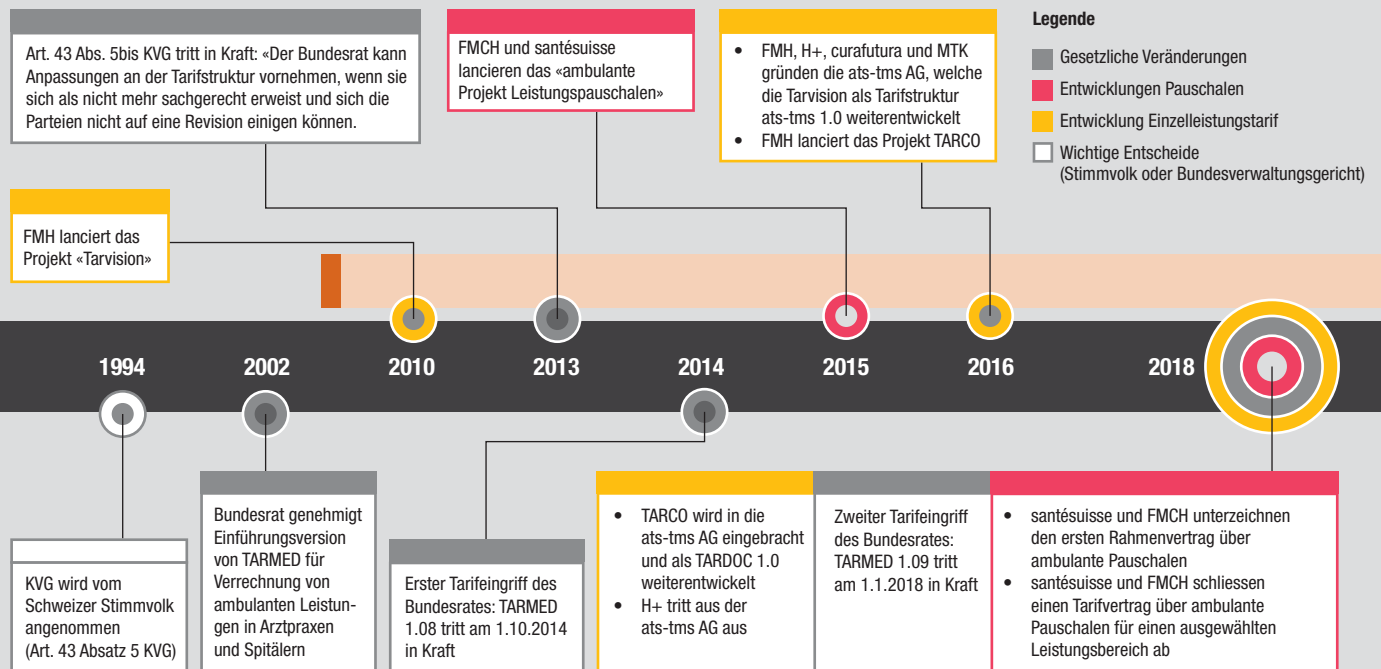


Abbildung 23a: Zusammenfassung Entwicklung des ambulanten Tarifwesens

## Tarifbruch führt zu Fehlanreizen

Das Schweizer Tarifwesen differenziert zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung. Ambulante Leistungen werden über den Einzelleistungstarif TARMED mit seinen über 4600 Positionen abgerechnet. Im stationären Bereich werden Patientenfälle über das SwissDRG-Fallpauschalensystem abgegolten.

TARMED basiert auf Datenerhebungen und normativen Modellannahmen aus den 90er-Jahren. Hier existiert kein Mechanismus für eine automatische Tarifpflege. Seit 2010 laufen Arbeiten für eine medizinische und ökonomische Gesamtüberarbeitung – zuletzt unter dem Namen TARDOC. Dieses Vorhaben stellt sich als komplex und aufwendig dar, sein Ausgang ist ungewiss.

Die DRG-Fallpauschalen im stationären Bereich hingegen stützen auf aktuelle Kosten- und Leistungsdaten aus den Spitälern ab und werden jährlich aktualisiert.

Durch die unterschiedlichen Daten- und Berechnungsgrundlagen gibt es deutliche Unterschiede in der Höhe der Vergütung zwischen stationärer und ambulanter Durchführung von Behandlungen. Dies kann zu finanziellen Fehlanreizen und höheren Kosten für das System führen.

Bund und Kantone versuchen seit einigen Jahren die Ambulantisierung zu fördern, indem sie für ausgewählte Eingriffe die ambulante Durchführung anhand von sogenannten ambulanten Listen vorschreiben. Aus unserer Sicht bekämpft dies lediglich die Symptome, nicht aber das Grundproblem.

## Ambulante Pauschalen auf dem Vormarsch

Die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. Juni 2021 im Rahmen der «Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1a» verankert den Vorrang von ambulanten Pauschalen gegenüber dem Einzelleistungstarif im Gesetz.

Dies kommt einem Paradigmenwechsel gleich. Die Politik legt damit den Grundstein, die Durchlässigkeit zwischen stationärer und ambulanter Leistungserbringung nachhaltig zu fördern.

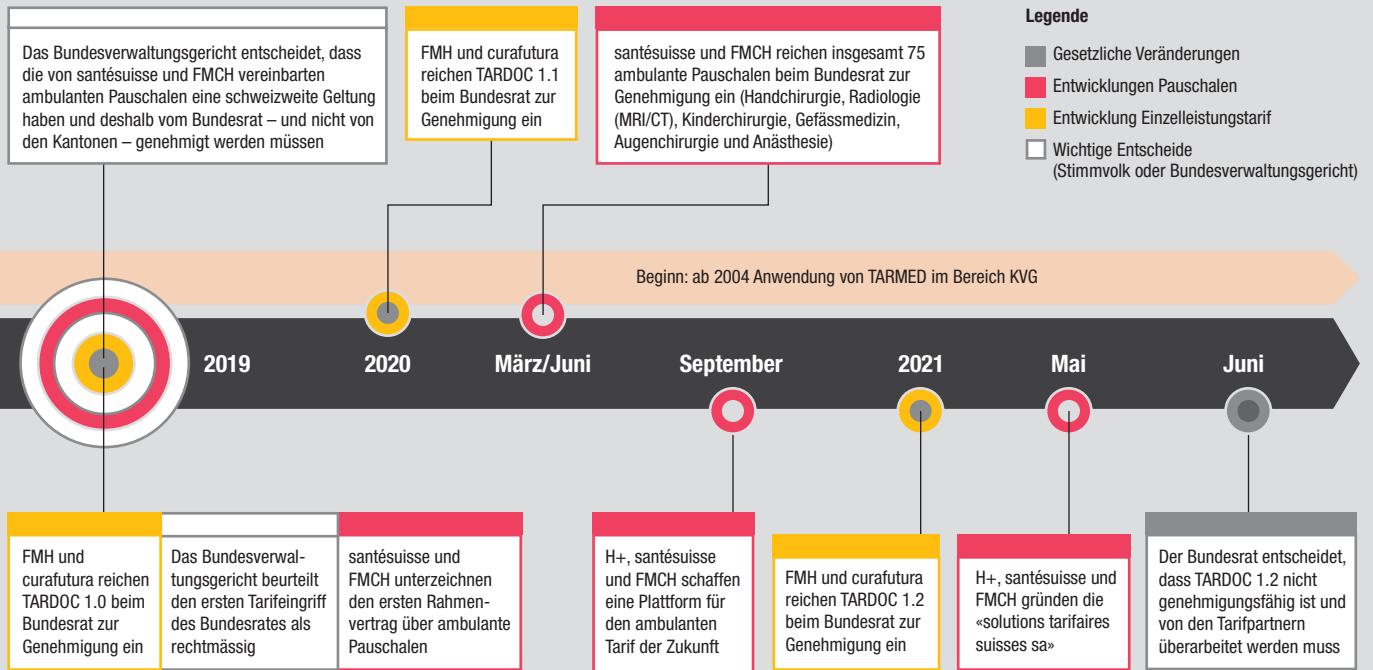


Abbildung 23b: Zusammenfassung Entwicklung des ambulanten Tarifwesens

In einer idealen Tariflösung müssten alle betroffenen Leistungsbereiche über die gleiche Berechnungslogik tarifiert werden – unabhängig davon, ob die Leistungen ambulant oder stationär stattfinden.

Die SwissDRG AG zeigte 2018 in einer Machbarkeitsstudie<sup>13</sup> auf, dass sich basierend auf den stationären Kostendaten auch Pauschalen für den ambulanten Bereich berechnen lassen. Obwohl die Studie auf reges Interesse stiess, führte die SwissDRG AG die Arbeiten nicht weiter. Denn sie verfügt nur über einen politischen Auftrag zur Entwicklung und Pflege des stationären Tarifsystems.

Die Branchenorganisation der Schweizer Krankenkversicherer santésuisse und die Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica (FMCH) reichten 2020 in zwei Paketen knapp 100 Pauschalen zur Genehmigung beim Bundesrat ein. Im Herbst 2020 gründeten sie zusammen mit «H+ Die Spitäler der Schweiz» eine gemeinsame Plattform, um das künftige Tarifwesen zusammen zu gestalten.

Im Mai 2021 gründeten die drei Verbände die Tariforganisation *solutions tarifaires suisses sa*. Ziel dieser Organisation ist die Erarbeitung eines ambulanten Pauschalensystems, das die Durchlässigkeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich im System verankert.

## Aufteilung der ambulanten Versorgung

Der Bundesrat hat TARDOC noch nicht genehmigt. Stattdessen bat er alle Tarifpartner an den runden Tisch und forderte diese auf, bis Ende 2021 eine gemeinsame Lösung – bestehend aus Einzelleistungstarif und Pauschalen – zur Genehmigung einzureichen.

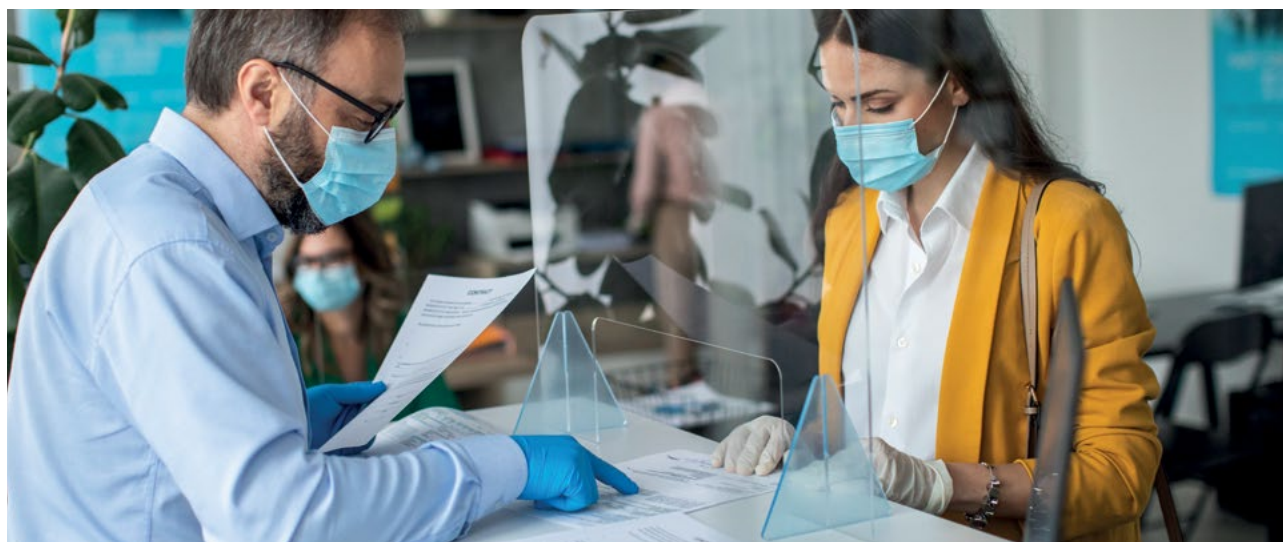
Unserer Ansicht nach würde es sich anbieten, die ambulante Versorgung in die Bereiche «Grundversorgung» und «Spezialversorgung» aufzuteilen. Im Bereich «Grundversorgung» käme eine überarbeitete Version von TARDOC zur Anwendung. Für den Bereich «Spezialversorgung», der dem stationären Bereich nähersteht, sollte ein dem SwissDRG nahestehendes ambulantes Pauschalensystem entwickelt werden, das die Durchlässigkeit zum stationären Bereich sicherstellt.

system entwickelt werden, das die Durchlässigkeit zum stationären Bereich sicherstellt.

Diese «Parallellösung» ermöglicht, dass beide Stossrichtungen deutliche Systemverbesserungen bewirken. Zudem können die Tarifpartner ihre Ressourcen und Kompetenzen gezielt einsetzen, weil die zukünftigen Geltungsbereiche beider Tarifsysteme klar zugeordnet sind. Schliesslich werden die Ressourcen der Leistungserbringer geschont, weil die aufwendige Umstellung von TARMED auf TARDOC (und anschliessend teilweise weiter auf Pauschalen) nicht für den ganzen ambulanten Bereich vorgenommen werden müsste.

	Ambulante Grundversorgung		Ambulante Spezialversorgung			Stationärer Bereich
Beispiele Leistungsbereich	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausarztmedizin</li> <li>• Psychiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchungen und Behandlungen in einfacher Infrastruktur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bildgebung</li> <li>• Funktionsdiagnostik</li> <li>• Chemotherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endoskopien</li> <li>• Koloskopien</li> <li>• Dialysen</li> <li>• Angiographie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operationen</li> <li>• Interventionelle Kardiologie</li> <li>• Strahlentherapie</li> <li>• Nuklearmedizin</li> </ul>	
Beispiele für Sparten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprechzimmer</li> <li>• Sprechzimmer Psychiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchungs- und Behandlungsraum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funktionsdiagnostik</li> <li>• MRI/CT</li> <li>• Ultraschall</li> <li>• Röntgenraum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endoskopieraum</li> <li>• Echokardiographie</li> <li>• Kardangiographie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OP</li> <li>• Interventionelle Angiographie</li> <li>• Radio-Onkologie</li> </ul>	
Art der Tarifierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelleistungstarif</li> <li>• (Zeitleistungen/Handlungsleistungen)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauschalen</li> <li>• Übernahme und Adaptation Basis-Fallgruppen SwissDRG</li> </ul>			

Abbildung 24: Pauschalen eignen sich primär für die ambulante Spezialversorgung (Quelle: solutions tarifaires suisses sa, September 2021)







## Voraussetzungen für ambulante Pauschalen sind vorhanden

Die Tarifpartner hinter der solutions tarifaires suisses sa haben erkannt, dass es für das zu erarbeitende ambulante Pauschalensystem Preis und Struktur zu trennen gilt. Analog zum stationären Bereich bietet sich die Aufteilung in Kostengewichte (Struktur) und Baserate (Preis) an. Die Struktur muss auf standardisierten Kostendaten basieren und für alle Anwenderinnen und Anwender gleichermaßen gelten. Mit der stationären Kodierpraxis in den Spitälern sind dazu die Voraussetzungen im System bereits vorhanden.

Die Anwendung einer (adaptierten und vereinfachten) Kodierpraxis in den Spitälern auf die ambulante Spezialversorgung bietet sich aus verschiedenen Gründen an:

- Die Vergleichbarkeit von ambulanten und stationären Fällen wird gefördert. Das ermöglicht eine bessere Auswertungen und erleichtert die finanzielle Führung in den Spitälern.

- Die Ressourcen und Prozesse für die Kodierung sind bereits vorhanden.
- Die Kodierung von ambulanten Fällen ist deutlich einfacher als bei stationären Fällen und gemäss Expertinnen und Experten grösstenteils automatisierbar.

Die effektive Vergütung der Leistung errechnet sich über die Multiplikation des Kostengewichts mit der individuellen Baserate eines Leistungserbringers. Die Trennung von Struktur und Preis hat den entscheidenden Vorteil, dass die standardisierten Kosten- und Leistungsdaten aus den Spitälern für die Berechnung des Tarifs verwendet werden können. Gleichzeitig wird durch die Anwendung einer «Praxis-Baserate» das in Spitälern tendenziell höhere Kostenniveau nicht auf den niedergelassenen Bereich übertragen.

## Meilenstein in Griffweite

Mit den neuen Tarifallianzen und der Parallelisierung von Pauschal- und Einzelleistungstarif, den neuen gesetzlichen Grundlagen im Rahmen der «Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1a» und dem bundesrätlichen Druck

stehen die Zeichen für längst fällige Reformen im ambulanten Tarifwesen so günstig wie noch nie. Nach 2012 im stationären Bereich könnte nun eine entscheidende Weiterentwicklung im ambulanten Bereich stattfinden.

# Patient Empowerment Initiative

Mit der Patient Empowerment Initiative wollen KSW, USB, CSS und SWICA einen Meilenstein Richtung qualitätsorientierter Vergütung setzen. Sie helfen Patientinnen und Patienten, faktenbasiert und damit besser zu entscheiden.

## Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt rücken

Das Schweizer Gesundheitswesen sollte sich vom bisherigen Mengenwettbewerb verabschieden und zu einer an Qualität und am Patientennutzen ausgerichteten Versorgung entwickeln. Voraussetzung dafür ist unter anderem der stärkere Einbezug der Patientinnen und Patienten und deren Präferenzen. Wir sprechen von Patient Empowerment.

Über die Patient Empowerment Initiative sollen die Anreize in der Finanzierung von Gesundheitsleistungen derart angepasst werden, dass die individuell optimale Behandlung gewählt wird. Gleichzeitig lässt sich gemäss der Porter'schen und Teisberg'schen Theorie<sup>14</sup> das Wachstum von Leistungsmengen eindämmen. In der Initiative wird das über ergänzte Vergütungsstrukturen ermöglicht, die bestehende Fehlanreize zu einer grossen Behandlungsmenge korrigieren. Ziele der Initiative sind:

1. Eine höhere Behandlungsqualität – gemessen am Patientennutzen (konkret über Patient Reported Outcome Measures, PROMs) – wird belohnt.
2. Geringere invasive Behandlungsmengen werden angestrebt und eine Reduktion von Über- und Fehlversorgung finanziell honoriert.

Die Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Finanzierern ist bereits in der aktuellen Phase des «Proof of Concept»<sup>15</sup> massgebend für den Erfolg der Initiative. CSS, SWICA, das Universitätsspital Basel und das Kantonsspital Winterthur arbeiten mit Beratung durch PwC aktuell die Details der Idee aus. Das Universitäts- und das Kantonsspital Winterthur sind bekannt für ihr allgemeines Engagement zugunsten von Qualität und als Spitäler, die sich um eine medizinisch adäquate Behandlung mit nachhaltig hoher Qualität und möglichst wenig Überversorgung bemühen. Sie dienen als positives Beispiel für das Schweizer Spitalwesen.

Über die Patient Empowerment Initiative sollen die Anreize in der Finanzierung von Gesundheitsleistungen derart angepasst werden, dass die individuell optimale Behandlung für jede Patientin und jeden Patienten gewählt wird.







## Wie alles begann

Die Patient Empowerment Initiative beruht auf den Grundlagen von Michael E. Porter und Elizabeth Teisberg<sup>17</sup> sowie einem Konzept der qualitätsorientierten Vergütung von PwC aus den Niederlanden<sup>16</sup>. Bereits 2019 wurde diese Idee von uns im Whitepaper «Qualitätssteigerung durch Mengenreduktion» porträtiert. Die Idee der qualitätsorientierten Vergütung wurde in den letzten zwei Jahren gemeinsam mit KSW, USB, CSS und SWICA weiterentwickelt und auf das Schweizer Gesundheitssystem adaptiert.

In der Schweiz möchte auch der Gesetzgeber Vergütung und Qualität enger koppeln. Das Parlament hat 2019 die Teilrevision des KVG verabschiedet, wonach der Qualitätsaspekt in der Gesundheitsversorgung eine grössere Rolle einnehmen muss. Seit dem 1. April 2021 ist der revidierte Artikel 58 KVG zur Stärkung von Qualität in Kraft. Konkret werden die Leistungserbringer ab dem 1. April 2022 auf Grundlage des neuen Artikels gesetzlich verpflichtet, Qualitätsentwicklungsmassnahmen umzusetzen.<sup>17</sup> Die Patient Empowerment Initiative geht deutlich darüber hinaus: Sie koppelt die Vergütung an das Ergebnis der Behandlung.

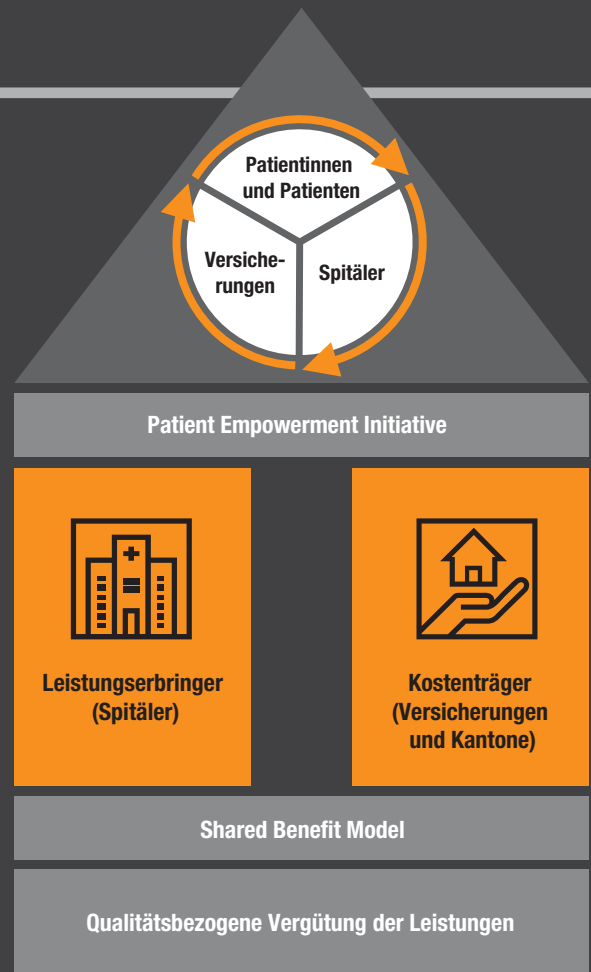
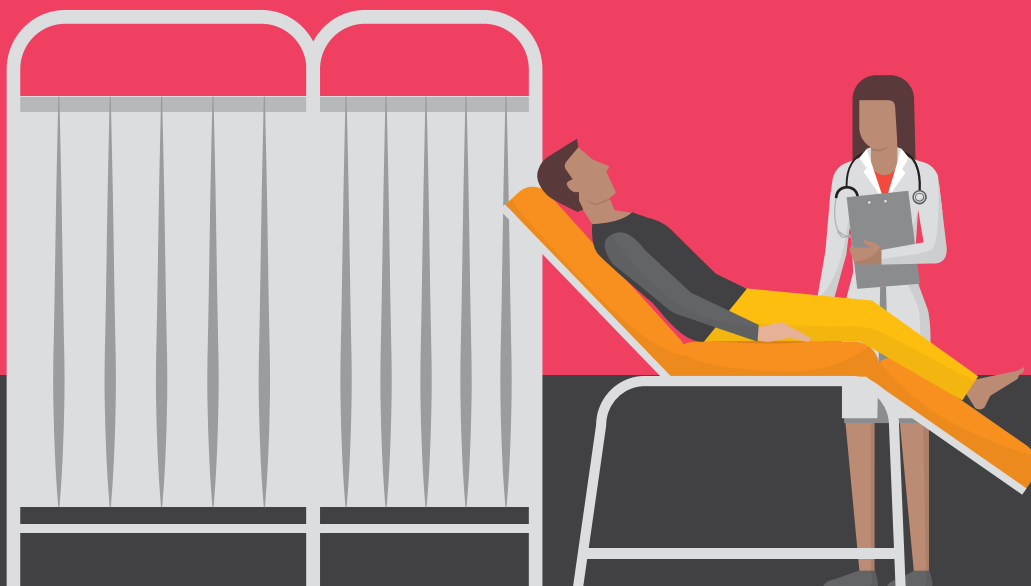


Abbildung 25: Verschiedene Anspruchsgruppen der Patient Empowerment Initiative





1. Eine höhere Behandlungsqualität – gemessen am Patientennutzen (konkret über Patient Reported Outcome Measures, PROMs) – wird belohnt.
2. Geringere invasive Behandlungsmengen werden angestrebt und eine Reduktion von Über- und Fehlversorgung finanziell honoriert.

# Kernelemente der Patient Empowerment Initiative



## Individualisierte Umsetzung

Die Spitäler realisieren in den ausgewählten Fachbereichen auf ihre individuellen Gegebenheiten angepasste und auf den Nutzen von Patientinnen und Patienten ausgerichtete Qualitätsinitiativen mit klar definierten Umsetzungsschritten. Dabei können verschiedene Massnahmen zur Qualitätssteigerung oder zu Kostenersparnissen führen. Das gemessene Ergebnis der Qualität muss einheitlich definiert sein und in vergleichbaren Kenngrössen gemessen werden.



## Zwei Pilotprojekte

Der Fokus der Pilotphase in zwei Spitälern liegt auf zwei Krankheitsgruppen: Gelenksarthrose und Prostatakarzinome. Die Pilotphase startet frühestens im Januar 2022, sobald die Konzeption abgeschlossen und zentrale Umsetzungsfragen geklärt sind. Wir erwarten erste Aussagen zur finanziellen Wirksamkeit und zu weiteren Auswirkungen der beteiligten Spitäler und Versicherungen ab 2023.



## Innovative Finanzierung

Die beteiligten Institutionen wollen durch einen Ausbau der Messungen der Qualität und des individuellen Patientennutzens mittels PROMs die Versorgungsqualität insgesamt steigern und gleichzeitig Überversorgung<sup>18</sup> reduzieren. Eine reine Zusatzfinanzierung für besser dokumentierte Qualität ist nicht das Primärziel der Initiative, sondern geht Hand in Hand mit dem Anreiz zur Vermeidung von Über- und Fehlbehandlungen. Gut möglich, dass sich in den Pilotspitälern kein grosser Effekt einstellt. Trotzdem wird das System derart kalibriert, dass es den angestrebten Effekt erreicht, wenn es auf eine breitere Masse an Spitälern ausgerollt wird.



## Berechnung der dynamischen Baserate

Der Vergütungsmechanismus der Patient Empowerment Initiative orientiert sich aktuell am Modell einer dynamischen Baserate. Dabei wird der Preis in Abhängigkeit der definierten Qualitätskriterien sowie der relativen Mengenentwicklung im Vergleich zum Basisjahr korrigiert. Um die dynamische Baserate zu berechnen, wird die festgelegte Baserate jährlich um einen Qualitäts- und um einen Mengeneffekt dynamisch verändert. Es handelt sich somit um einen Auf- oder Abschlag auf die ursprünglich verhandelte Baserate.

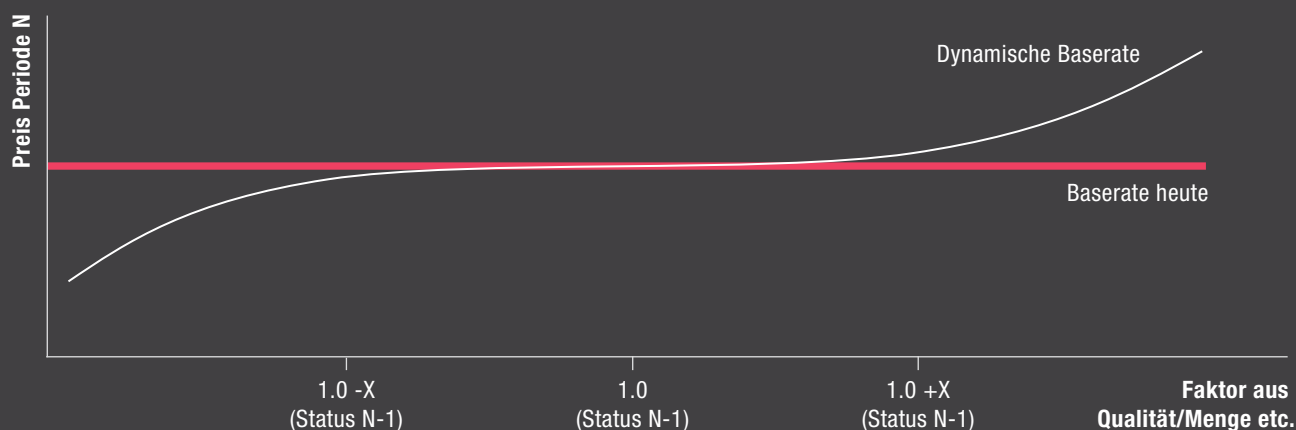


Abbildung 26: Illustrative Darstellung dynamische Baserate

# Fazit und Ausblick



## Was wir aus der Pandemie lernen

Die Pandemie war ein Belastungstest für das Gesundheitswesen und hat gezeigt: Finanzielle Lösungen für Mehrkosten und Umsatzeinbussen müssen die Gesundheitsakteurinnen und -akteure gemeinsam mit den Kantonen, Bund und Versicherern finden. Die Digitalisierung bietet ein starkes Momentum, gerade für Bereiche wie Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, Zuweisenden und Mitarbeitenden. Aus den Erfahrungen mit COVID-19 ergeben sich wertvolle Chancen: Zum Beispiel

ermöglicht die neue Flexibilität dynamische Arbeitsmodelle. Beim Fachkräftemangel sind Leistungserbringer und Politik gefragt, neue Perspektiven aufzuzeigen und Berufe im Gesundheitswesen für kommende Generationen attraktiv zu gestalten. Im Weiteren soll die überregionale Zusammenarbeit auch nach der Pandemie bestehen bleiben und den Konsolidierungstrend mit einem gezielteren Einsatz der knappen Personalressourcen weiter vorantreiben.

## Leistungserbringer ertragsseitig unter Druck

COVID-19 hat insbesondere die Akutsomatik durch die Verbote von elektiven Eingriffen im März und April 2020 stark getroffen und zu einem gesamten Umsatzrückgang von 0,4 % geführt. Im stationären Bereich waren es sogar 4,2 %. Das ausgebliebene Wachstum manifestierte sich auch in den Margenentwicklungen. Der Trend der stagnierenden bis sinkenden EBITDAR-Margen hielt an. Diese befindet sich aktuell deutlich unterhalb des definierten nachhaltigen Mindestwerts von 10 % und auf dem tiefsten Stand der letzten fünf Jahre. Gründe dafür gibt es viele: stagnierende Preise, Einfluss der Ambulantisierung auf die Erträge, erhöhter Personalaufwand, steigender medizinischer Bedarf. Bei der Liquidität hat sich die finanzielle Lage gegenüber 2021 ebenfalls deutlich verschärft. Umso wichtiger wird ausreichend Profitabilität in einem gewöhnlichen Jahr, um Reserven für schlechte Jahre zu bilden und die geplanten Investitionen realisieren zu können.

Die psychiatrischen Leistungserbringer wurden von der Pandemie finanziell weniger stark getroffen. Ihr mittleres Umsatzwachstum liegt nur leicht unter dem Vorjahresniveau. Aufgrund des Bevölkerungswachstums und der Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten rechnen wir mit einem anhaltenden Umsatzwachstum von 2 % bis 4 %. Die Pandemie dürfte eher einen wachstumsbeschleunigenden Effekt haben. Im spitalambulantem und tagesklinischen Bereich sowie bei ambulanten Praxen werden zukünftig die höchsten Wachstumsraten erwartet.

Die Pandemie hat die Rehabilitationsbetriebe ebenfalls stark getroffen. Mit einer auf 5,8 % gesunkenen EBITDAR-Marge erreichen die Schweizer Rehabilitationsinstitutionen den definierten Mindestwert von 8 % nicht mehr. Die Reingewinnmarge 2020 sinkt seit 2016 erstmals unter die Nulllinie.

## SwissDRG ist ein Erfolg – Ausbau denkbar

Neun Jahre nach der Einführung von stationären Fallpauschalen fällt die Bilanz positiv aus. SwissDRG hat den Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen begünstigt und zu Effizienzgewinnen, Konsolidierungen und Fortschritt geführt. Das Tarifsystem ist deutlich erfolgreicher als der German DRG (GDRG) in Deutschland. Im Gegensatz zu unserem Nachbarland entstand keine Abwärts Spirale bei der Entschädigung. Investitions- und Pflege-

kosten sind im Tarif integriert. Trotzdem müssen in einem fallpauschalenorientierten Finanzierungssystem gewisse Leistungen die Kantone finanzieren, insbesondere Vorhalteleistungen zu versorgungsspezifischen Elementen oder zur Pandemiebekämpfung. Für die Zukunft braucht es integrierte Versorgungsmodelle an den Schnittstellen von ambulant zu stationär oder zwischen den Versorgungssektoren.



## Mehrleistungen zur Differenzierung

Zusatzversicherungen sind ein wichtiger Pfeiler des Schweizer Gesundheitssystems. Damit werden relevante Bedürfnisse von Patienten- und Versichertengruppen befriedigt. Seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung und seit dem Krankenkassenobligatorium hat sich die Dynamik deutlich beschleunigt. Die Zusatzversicherungen haben einen erhöhten Innovationsbedarf. Denn die Bedürfnisse von Kundinnen und Kunden sowie Patientinnen und Patienten haben sich verändert und die FINMA erhöht den Druck auf die Versicherer und Leistungserbringer zusätzlich. So müssen diese gemeinsame Lösungen und Produkte entwickeln, die flexibler ausgestaltet sind und einen klaren Mehrwert bieten.

Nur so können sie auch jüngere, aktuell seltener zusatzversicherte Patientinnen und Patienten für die Zusatzversicherung gewinnen.

Einen ersten Schritt haben die Krankenversicherer mit dem gemeinsamen Branchenframework für Mehrleistungen nach VVG getan. Mit diesem Rahmenwerk können Spitäler und Versicherer Leistungen definieren und ausweisen, die sich von den Leistungen der Grundversicherungen unterscheiden. Demnach müssen die Leistungserbringer Mehrleistungskonzepte erarbeiten, um ihre innovativen Leistungen verständlich zu beschreiben.

## Ambulante Pauschalen vor dem Durchbruch

Pauschalen im ambulanten Bereich sind unumgänglich, um den ambulanten und stationären Spitalbereich durchgängiger zu machen. Mit der Durchlässigkeit werden wesentliche Fehlanreize behoben. Sie tragen durch weniger Anreize zur Mengenausweitung und tieferen administrativen Aufwand zur Reduktion des Kostenwachstums bei.

Die Annäherung zwischen stationärer und ambulanter Vergütung fördert die Ambulantisierung. Als in naher Zukunft umsetzbar erachten wir ein Nebeneinander von Pauschalen für die ambulante Spezialversorgung und einem Einzelleistungstarif für die ambulante Grundversorgung.

## Qualität auf dem Vormarsch

Qualität spielt im Gesundheitssystem der Zukunft eine immer zentralere Rolle. Dieser Tatsache wird die Patient Empowerment Initiative gerecht. Im Rahmen der Initiative bauen die Leistungserbringer und Versicherer auf bestehende Qualitätsinitiativen auf und entwickeln diese

gemeinsam und als Ganzes weiter. Die Initiantinnen und Initianten wollen bestehende Fehlanreize im Gesundheitswesen eliminieren und durch eine qualitätsorientierte Vergütung ersetzen. Im Optimalfall entstehen Vorteile, die sich Spitäler und Versicherungen teilen können.



Wenn Sie mehr über die Entwicklungen und zukünftige Gestaltung des Schweizer Gesundheitswesens wissen oder individuelle Anliegen mit unseren Expertinnen und Experten besprechen möchten, sind wir gerne für Sie da. Wir freuen uns auf einen anregenden, kritischen und zukunftsorientierten Dialog. Bleiben Sie gesund.

Ihr PwC-Team für das Gesundheitswesen



# Anhang

## Studiendesign

Wir haben die vorliegende Studie in Eigenregie durchgeführt. Basis unserer Untersuchung waren die publizierten Jahresrechnungen 2007 bis 2020 von 45 akutsomatischen Spitälern aus fast allen Kantonen.

Die Studie erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität für das Schweizer Gesundheitswesen. Die untersuchten Spitäler (ohne Hôpital du Jura und Stadtspital Triemli) erreichten 2020 einen Gesamtumsatz von 18,3 Mrd. CHF. Das entspricht einem Anteil von rund 70 % des Umsatzes aller Schweizer akutsomatischen Spitäler, wobei akutsomatische Häuser mit sonstigen Leistungen im Nebenangebot gemäss Bundesamt für Statistik BFS (Kategorien A, A/P, A/R und A/P/R) mitberücksichtigt wurden.

Im Weiteren haben wir für diese Studie 13 Psychiatrien aus dem öffentlichen Sektor untersucht.

Im Verlauf der letzten Jahre haben immer mehr Spitäler ihre Jahresrechnung auf Swiss GAAP FER umgestellt. Dadurch haben sich einige Kennzahlen rückblickend verändert. Die grundsätzlichen Erkenntnisse bleiben allerdings gleich. Weil die verfügbaren Informationen unterschiedlich detailliert ausgewiesen sind, kann die Stichprobengrösse je nach ausgewerteter Kennzahl leicht variieren. Ebenfalls können sich einige Kennzahlen aus den Vorjahren aufgrund von rückwirkenden Anpassungen der Jahresabschlüsse oder bisher nicht verfügbaren Detailangaben verändern.

### 45 Akutspitäler als Stichprobe für das Jahr 2020

EOC Ente ospedaliero cantonale	Kantonsspital Uri	Spital Wallis
Felix Platter-Spital	Kantonsspital Winterthur	Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG
GZO Spital Wetzikon	Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG	Spitäler Schaffhausen
Hôpital du Jura	Luzerner Kantonsspital	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden
Hôpital fribourgeois – HFR Fribourg – Hôpital cantonal	Regionalspital Emmental AG	Spitalzentrum Biel AG
Hôpital Neuchâtelois HNE	Regionalspital Surselva AG	SRO AG
Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais	Solothurner Spitäler AG	Zuger Kantonsspital AG
Insel Gruppe AG	Spital Bülach AG	St. Claraspital
Kantonsspital Aarau AG	Spital Limmattal	Stadtspital Triemli
Kantonsspital Baden AG	Spital Linth	Stiftung Ostschweizer Kinderspital
Kantonsspital Baselland	Spital Männedorf AG	Stiftung Spital Muri
Kantonsspital Glarus	Spital Schwyz	Universitäts-Kinderspital beider Basel
Kantonsspital Graubünden	Spital STS AG	Universitäts-Kinderspital Zürich, das Spital der Eleonorenstiftung
Kantonsspital Nidwalden	Spital Thurgau AG Kantonsspitäler Frauenfeld und Münsterlingen	Universitätsspital Basel
Kantonsspital St. Gallen	Spital Uster	Universitätsspital Zürich

Abbildung 27: 45 Akutspitäler als Stichprobe für das Jahr 2020

Für die Berechnung der Kennzahlen haben wir die publizierten Geschäftsberichte der folgenden 13 Psychiatrien für das Jahr 2020 ausgewertet. Die Stichprobe wird jährlich mit den zusätzlichen Finanzberichten ausgeweitet.

### 13 Psychiatrien als Stichprobe im Jahr 2020

CNP Centre Neuchâtelois de Psychiatrie	Psychiatrie St. Gallen Nord	Stiftung für ganzheitliche Medizin
Integrierte Psychiatrie Winterthur IPW	Psychiatrische Dienste Aargau AG	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG
Klinik Barmelweid AG	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Luzerner Psychiatrie	PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG	
Psychiatrie Baselland	Réseau fribourgeois de santé mentale	

Abbildung 28: 13 Psychiatrien als Stichprobe für das Jahr 2020

## Median- und Durchschnittswerte

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

Die Verwendung der Medianwerte hat jedoch auch einige Nachteile. So können unterschiedliche Berechnungsarten zu divergierenden Ergebnissen führen. Der beobachtete Medianwert ist also folglich nicht zwingend identisch mit dem über Medianwerte berechneten Wert. Die Median-EBITDAR-Marge könnte theoretisch bei 10,0 % liegen, während der Median-Personalaufwand bei 70,0 % und der Median-Sachaufwand bei 25,0 % liegen, was eine Median-EBITDAR-Marge von 5,0 % implizieren würde.

## Kennzahlen

Kennzahl	Definition
Eigenkapitalquote	Eigenkapital/Bilanzsumme
EBITDAR-Marge	Betriebsgewinn vor Abschreibungen und Mietaufwendungen/Umsatz
EBITDA-Marge	Betriebsgewinn vor Abschreibungen/Umsatz
EBIT-Marge	Betriebsgewinn/Umsatz
Kapitalumschlag	Umsatz/investiertes Kapital (= Eigenkapital + verzinsliches Fremdkapital – nicht-operative flüssige Mittel)
Netto-Verschuldungsgrad	Verzinsliches Fremdkapital abzüglich der flüssigen Mittel dividiert durch das Eigenkapital
ROIC	EBIT/investiertes Kapital (= Eigenkapital + verzinsliches Fremdkapital – nicht-operative flüssige Mittel)
Rent-Cover-Ratio	EBITDAR/Mietaufwand

## Quellenverzeichnis

Geschäftsberichte der Akutspitäler  
Datenbank des Vereins SpitalBenchmark  
Geschäftsberichte der Psychiatrien  
COVID-19 Whitepaper 4.0  
Solutions tarifaires suisses sa  
Projektsteckbrief Patient Empowerment, PwC 2021

## Endnoten

- 1 «Finanzielle Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Schweizer Spitäler (Whitepaper 4.0)», PwC/SpitalBenchmark, 4. Juni 2021
- 2 Diese Aussage stützt sich auf die im Rahmen des Whitepaper 4.0 durchgeführten Auswertungen; [www.pwc.ch/gesundheitswesen\\_whitepaper4](http://www.pwc.ch/gesundheitswesen_whitepaper4)
- 3 Das Median-ambulante Wachstum muss nicht von derselben Institution stammen wie das Median-stationäre Wachstum.
- 4 Vgl. Whitepaper «4.0: Finanzielle Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Schweizer Spitäler», PwC, 2021
- 5 Die zur Ermittlung der hier ausgewiesenen Kennzahlen verwendete Stichprobe kann aufgrund der Verfügbarkeit einiger Kennzahlen leicht variieren, wodurch kleinere Differenzen zwischen den Auswertungen erklärt werden können. Dies betrifft unter anderem den EBITDAR, der nur bei 41 Unternehmen verlässlich bestimmt werden konnte. Demnach haben wir den EBITDAR-Margenrückgang auch nur im Verhältnis zu deren Umsätzen bestimmt. Sofern vorhanden haben wir jeweils sämtliche verfügbaren Kennzahlen ausgewertet.
- 6 Dazu gehören die Hôpitaux Universitaires Genève (HUG), das Universitätsspital Zürich (USZ), das Regionalspital Emmental (RSE), das Luzerner Kantonsspital (LUKS), das Kantonsspital Winterthur (KSW) und die Spitäler Schaffhausen (SSH).
- 7 Vgl. Whitepaper «4.0: Finanzielle Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Schweizer Spitäler», PwC, 2021
- 8 Quelle: SwissDRG AG
- 9 Quelle: ST Reha 1.0 RCG Katalog der Swiss DRG AG [https://www.swissdr.org/application/files/4216/1598/6342/ST\\_Reha\\_1.0\\_RCG\\_Katalog.pdf](https://www.swissdr.org/application/files/4216/1598/6342/ST_Reha_1.0_RCG_Katalog.pdf)
- 10 Vgl. Whitepaper «4.0: Finanzielle Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Schweizer Spitäler», PwC, 2021
- 11 In einem Health Plan bildet in regional begrenzten Gebieten eine Gruppe aus Versicherern und Leistungserbringern ein geschlossenes System.
- 12 Quelle: FINMA (<https://www.finma.ch/de/news/2020/12/20201217-mm-leistungsabrechnung-krankenzusatzversicherer/>)
- 13 Vgl. «Machbarkeitsstudie Ambulante Pauschalen – Im Auftrag des Verwaltungsrates SwissDRG AG», SwissDRG, 2018
- 14 Vgl. «Redefining Healthcare» von Michael E. Porter und Elizabeth Teisberg, 2006, und die Adaption für das Schweizer Gesundheitswesen «Nutzenorientierter Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen» von Elizabeth Teisberg, 2008.
- 15 Überprüfung der theoretisch geäusserten Idee. Das Proof of Concept umfasst konkret die Prüfung, ob das vorgeschlagene System effektiv dazu führt, dass Qualität verbessert und Kosten gesenkt werden.
- 16 Nicoline van Leersum, Peter Bennemeer, Marcel Otten, Sander Visser, Ab Klink, Jan A.M. Kremer; Cure for increasing health care costs: The Bernhoven case as driver of new standards of appropriate care, Health Policy, Volume 123, Issue 3, 2019.
- 17 Quelle: Fedlex [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328\\_1328\\_1328/de](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de)
- 18 Eindämmung von Überversorgung nur dort, wo diese vorhanden ist und wo eine Eindämmung von Behandlung ohne Einbussen der Behandlungsqualität möglich ist.



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Umsatzwachstum der Akutspitäler von 2016 bis 2020	9
Abbildung 2:	Umsatz- und Aufwandswachstum der Akutspitäler von 2016 bis 2020	10
Abbildung 3:	Aufwand der Akutspitäler in Prozent des Umsatzes von 2016 bis 2020	11
Abbildung 4:	Profitabilitätsmargen der Akutspitäler von 2016 bis 2020	12
Abbildung 5:	Eigenkapitalquote der Akutspitäler von 2016 bis 2020	12
Abbildung 6:	Liquiditätsgrade der Akutspitäler von 2016 bis 2020	13
Abbildung 7:	Absolute Veränderung (in Mio. CHF) der Kennzahlen von 2019 bis 2020	14
Abbildung 8:	EBITDAR-, EBITDA- und Reingewinnmarge der Akutspitäler von 2019 bis 2020	15
Abbildung 9:	Umsatz- und Aufwandswachstum der Psychiatrien von 2016 bis 2020	17
Abbildung 10:	Aufwand in Prozent des Umsatzes der Psychiatrien von 2016 bis 2020	18
Abbildung 11:	Aufteilung des Aufwands der Psychiatrien oberhalb des EBITDAR	18
Abbildung 12:	Gewinnmargen der Psychiatrien von 2016 bis 2020	19
Abbildung 13:	Absolute Veränderung der Kennzahlen von 2019 bis 2020	20
Abbildung 14:	Eigenkapitalquote der Psychiatrien von 2016 bis 2020	21
Abbildung 15:	EBITDAR-, EBITDA- und Reingewinnmarge von 2019 bis 2020	21
Abbildung 16:	EBITDAR- und Reingewinnmargen der Rehabilitationen von 2016 bis 2020	23
Abbildung 17:	Eigenkapitalquote der Rehabilitationen von 2016 bis 2020	23
Abbildung 18:	Schematische Kalkulationsmethodik des ST Reha 1.0	24
Abbildung 19:	Schematische Entschädigung nach ST Reha 1.0	25
Abbildung 20:	Monatliche Ertragsausfälle 2020 im Vergleich zu einem Normaljahr	28
Abbildung 21:	Mehrkosten 2020 durch COVID-19	29
Abbildung 22:	Finanzieller Gesamtschaden 2020 durch COVID-19	29
Abbildung 23a:	Zusammenfassung Entwicklung des ambulanten Tarifwesens	40
Abbildung 23b:	Zusammenfassung Entwicklung des ambulanten Tarifwesens	41
Abbildung 24:	Pauschalen eignen sich primär für die ambulante Spezialversorgung	42
Abbildung 25:	Verschiedene Anspruchsgruppen der Patient Empowerment Initiative	45
Abbildung 26:	Illustrative Darstellung dynamische Baserate	47
Abbildung 27:	45 Akutspitäler als Stichprobe für das Jahr 2020	50
Abbildung 28:	13 Psychiatrien als Stichprobe für das Jahr 2020	51

## Abkürzungen

Abs.	Absatz
AG	Aktiengesellschaft
BFS	Bundesamt für Statistik
CFA	Chartered Financial Analyst
CEO	Chief Executive Officer
CHF	Schweizer Franken
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
COVID-19	Coronavirus disease 2019
CSS	Christlichsoziale Krankenkasse der Schweiz
CT	Computertomographie
Dr. med.	Doktor der Medizin



DRG	Diagnosis-Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppe
EBIT	Earnings before Interest and Taxes, Betriebsergebnis vor Zinsen und Steuern
EBITDA	Earnings before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization, Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen auf Sachanlagen und immaterielle Vermögensgegenstände
EBITDAR	Earnings before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization and Rent, Ergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände und Mieten
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
FMH	Fédération des médecins suisses, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
GDRG	German Diagnosis-Related Groups
KSW	Kantonsspital Winterthur
KVG	Krankenversicherungsgesetz
L-Grad	Liquiditätsgrad
Max.	Maximum
Min.	Minimum
Mio.	Million
Mrd.	Milliarde
MRI	Magnetic Resonance Imaging, Magnetresonanztomographie
OP	Operation
PROMs	Patient Reported Outcome Measures
PwC	PricewaterhouseCoopers AG
RCG	Reha Cost Groups, Reha Kostengruppen
REKOLE	Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung (Handbuch)
ROIC	Return on invested Capital
ST Reha	Tarifstruktur für stationäre Rehabilitation
Swiss GAAP FER	Swiss General Accepted Accounting Principles (GAAP) Fachempfehlungen zur Rechnungslegung (FER)
TARCO TARMED	Consensus
TARDOC	neuer ambulanter Arzttarif
TARMED	Tarif médical, Arzttarif, Tarif für die ambulanten ärztlichen Leistungen in der Schweiz
TARPSY	Tarifsysteem Psychiatrie
USB	Universitätsspital Basel
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
z.B.	Zum Beispiel

## Weitere Informationen

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



# Publikationsübersicht



## Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz

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



## Gesundheitswesen Schweiz – Fokus auf die Kernkompetenzen

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



## Die Führung von Schweizer Spitätern 2017

- Die Geschäftsleitung von Spitätern 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)



## COVID-19 Whitepaper 4.0

- Finanzielle Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Schweizer Spitäler



## 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?



## 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 dessen Akteure – vom Konzept zur Umsetzung



## The digital opportunity in the Swiss healthcare system

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



## Spital übermorgen – Praxishandbuch Spitalstrategie

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



## 10 Jahre Spitalstudie

Die erste Publikation «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2011» von PwC Schweiz erschien 2012. Seitdem haben wir für Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen wesentliche Trends und Schlüsselthemen aufgegriffen, analysiert und mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Branche diskutiert. Im Gesundheitssystem hat sich in all den Jahren vieles verändert. Nur eines ist gleich geblieben: Noch immer regen wir mit unserer Studie zum Diskurs darüber an, was Schweizer Spitäler heute, morgen und übermorgen beschäftigt.



### Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2020

- Finanzielle Gesundheit und Herausforderungen der Akutspitäler, Psychiatrien und Rehabilitationskliniken
- Das Schweizer Gesundheitswesen im Zeichen der Pandemie
- Schlüsselenwicklungen in der Tariflandschaft



### Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2019

- Finanzielle Gesundheit und Herausforderungen der Akutspitäler, Psychiatrien und Rehabilitationskliniken
- Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Schweizer Spitäler – Erfolgsfaktoren für den Aufbruch im Schweizer Spitalwesen



### 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 Pflegeheimmarkt



### 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 geföhrt 2011

- Finanzielle Gesundheit der Akutspitäler

Gerne für Sie da



## Ihr PwC-Leadership-Team im Gesundheitswesen

v. l. n. r.: Gerhard Siegrist, Dr. Rodolfo Gerber (pensioniert), David Roman, Philip Sommer und Patrick Schwendener



## Ihre Hauptansprechpartner



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



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



**David Roman**  
Director  
Digital Health  
+41 58 792 77 90  
david.roman@pwc.ch  
linkedin.com/in/davidromanpwc



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

## Weitere Autorinnen und Autoren dieser Studie



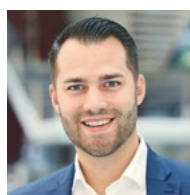
**Paul Sailer**  
Senior Manager  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 78 46  
paul.sailer@pwc.ch  
linkedin.com/in/paul-mathias-sailer



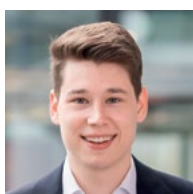
**Stefanie Schneuwly**  
Senior Managerin  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 75 00  
stefanie.schneuwly@pwc.ch



**Frederik Haubitz**  
Manager  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 75 11  
frederik.haubitz@pwc.ch  
linkedin.com/in/frederikhaubitz



**Tobias Bosshart**  
Manager  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 19 49  
tobias.bosshart@pwc.ch  
linkedin.com/in/tobiasbosshart



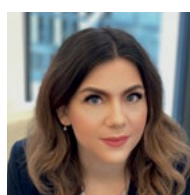
**Nick Eggerschwiler**  
Senior Consultant  
Deals Gesundheitswesen  
+41 58 792 62 10  
nick.e.eggenschwiler@pwc.ch  
linkedin.com/in/nickeggerschwiler



**Dalia Herzog**  
Consultant  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 19 66  
dalia.herzog@pwc.ch  
linkedin.com/in/daliaherzog

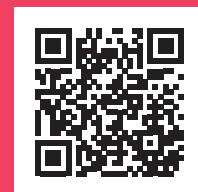


**Severin Schweizer**  
Consultant  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 28 65  
severin.schweizer@pwc.ch  
linkedin.com/in/severinschweizer



**Tania Putze**  
Senior Consultant  
Beratung Gesundheitswesen  
+41 58 792 29 40  
tania.c.putze@pwc.ch  
linkedin.com/in/taniaputze





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

