Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2025

Kennzahlen im Vergleich und Zukunftsmomentum von abgestufter Versorgung, Ambulantisierung und digitaler Transformation



15. Ausgabe, Juni 2026

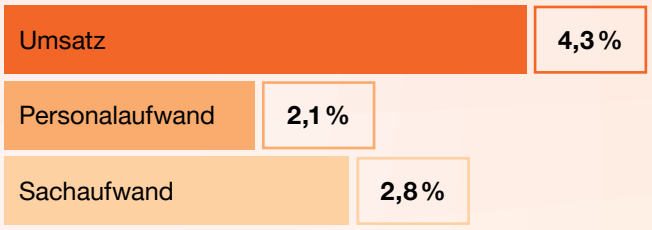
Übersicht der Kennzahlen

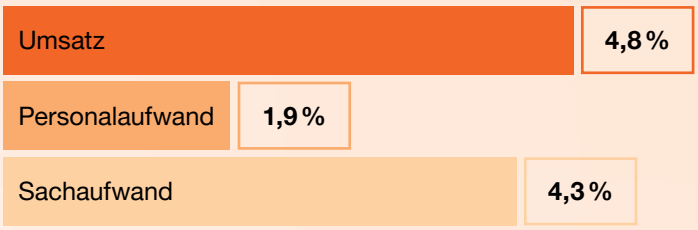
Akutspitäler

2025

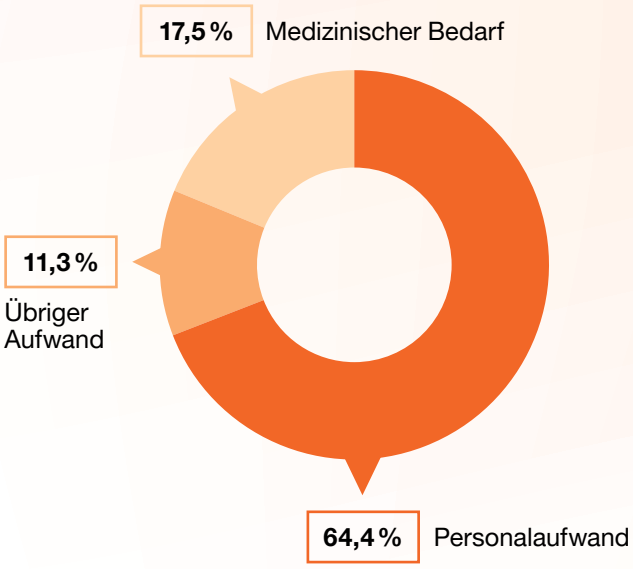
Psychiatrien

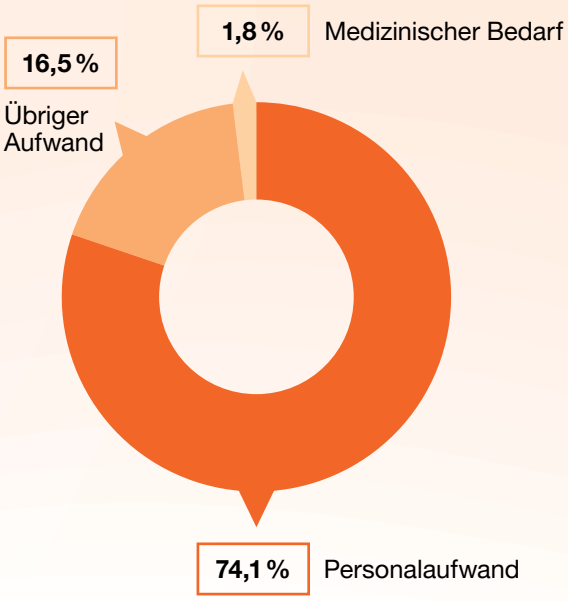
Wachstumsraten



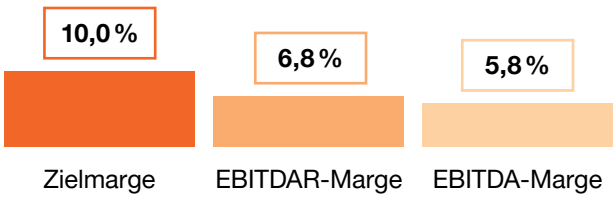


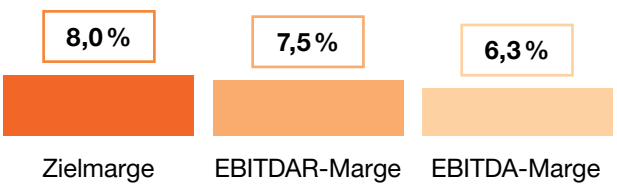
Kostensplit (in % des Umsatzes)





Profitabilitätsmargen







Für eine zukunftsfähige Schweizer Spitallandschaft

Im November 2025 haben wir im Auftrag des Spitalverbands H+ Ihre Spitäler die Studie «Zukunftsperspektiven für die Spitallandschaft Schweiz»[1] durchgeführt. Hier standen Ambulantisierung, digitale Transformation und abgestufte Versorgung im Mittelpunkt. In der vorliegenden Studie legen wir dar, welches Zukunftsmomentum sich aus diesen Handlungsfeldern für die Akutsomatik, die Psychiatrien und die Rehabilitation bis ins Jahr 2045 ergibt (Abbildung unten).

Gesamtpotenzial von Ambulantisierung, digitaler Transformation und abgestufter Versorgung

Zielbild 2045 gegenüber Status quo 2045

Akutsomatik

Angepasste Infrastruktur: Reduktion Bedarf um 5400 stationäre Betten (21,5 %)

Optimierter Einsatz von Fachkräften: 30'000 VZÄ (16,1 %) zur Entschärfung des Fachkräftemangels und für mehr Behandlungen. Arbeitsmodelle erfordern weniger Nachtarbeit und Wochenenddienste.

Tiefere Gesundheitskosten: Reduktion Kostenanstieg um 4,5 Mrd. CHF (10,6 %)

Annahmen: 40 % der Fälle werden in den ambulanten Bereich verlagert bei einer stationären Zielauslastung von 90 %. Die Digitalisierung steigert die produktive Arbeitsleistung um 10 %, die abgestufte Versorgung um 6,0 %.

Psychiatrie

Angepasste Infrastruktur: Reduktion Bedarf um 2700 stationäre Betten (31,1 %)

Optimierter Einsatz von Fachkräften: 4200 VZÄ (20,4 %)

Tiefere Gesundheitskosten: Reduktion Kostenanstieg um 0,7 Mrd. CHF (17,5 %)

Annahmen: 25 % der Pflegetage werden in den ambulanten Bereich verlagert bei einer stationären Zielauslastung von 98 %. Die digitale Transformation steigert die produktive Arbeitsleistung um 15 %, die abgestufte Versorgung um 4,5 %.

Rehabilitation

Angepasste Infrastruktur: Reduktion Bedarf um 1700 stationäre Betten (28,0 %)

Optimierter Einsatz von Fachkräften: 2000 VZÄ (15,3 %)

Tiefere Gesundheitskosten: Reduktion Kostenanstieg um 0,3 Mrd. CHF (11,7 %)

Annahmen: 20 % der Pflegetage werden in den ambulanten Bereich verlagert bei einer stationären Zielauslastung von 100 %. Die digitale Transformation steigert die produktive Arbeitsleistung um 10 %, die abgestufte Versorgung um 1,5 %.

1 Vgl. «Zukunftsperspektiven für die Spitallandschaft», Schweiz H+ Ihre Spitäler und PwC, 27. November 2025

Inhalt

Teil 1: Schweizer Akutspitäler 7

Finanzielle Entwicklung 8
- Umsätze 8
- Aufwand 10
- Margen 12
- Bilanz 14
- **SpitalBenchmark-Daten bestätigen:** Akutspitäler erholen sich, erreichen aber die Zielmarke nicht 16

Zukunftsmomentum im spitalambulanten Geschäft 17
- Seit Jahren im Aufwind 17
- Fördernde und hemmende Elemente der Ambulantisierung 17
- Spitalambulante Leistungen im Fokus 18
- Hohes Ambulantisierungspotenzial 20
- Noch nicht zu spät 21
- Diverse Faktoren erfolgsentscheidend 22
- Mit gutem Beispiel voran 24
- Gezielt incentiviert, bewusst motiviert 24
- Mehr als ein einziges Erfolgsmodell 26
- Konsequenzen für Aus- und Weiterbildung 28
- Zusatzversicherung neu denken 28
- Ambulantisierung auf einen Blick 29

Teil 2: Schweizer Psychiatrien 31

Finanzielle Entwicklung 32
- Umsätze 32
- Aufwand 34
- Margen 36
- Bilanz 37
- **SpitalBenchmark-Daten bestätigen:** Psychiatrien verbessern Ergebnis und Substanz 39

Zukunftsmomentum in der Psychiatrie 40
- Abgestufte Versorgung 42
- Ambulantisierung 44
- Digitale Transformation 47
- Psychiatrie 2045 – kurz und bündig 49

Zahlen haben das Wort 50
- Status quo 2045 ohne strukturelle Anpassungen 51
- Zielbild 2045 bei strukturellen Anpassungen 52

Teil 3: Schweizer Rehabilitation 57

- **SpitalBenchmark-Daten bestätigen:** Rehabilitation bleibt der margenstärkste Bereich 58

Zukunftsmomentum in der Rehabilitation 59
- Abgestufte Versorgung 59
- Ambulantisierung 63
- Digitale Transformation 65
- Rehabilitation 2045 – kurz und bündig 67

Zahlen haben das Wort 68
- Status quo 2045 ohne strukturelle Anpassungen 69
- Zielbild 2045 bei strukturellen Anpassungen 70

Studiendesign und Modellierung 74
- Methodik 74
- Studienteilnehmende 75
- Wesentliche Modellannahmen 76

Verzeichnisse 78

Publikationsübersicht 80

15 Jahre Spitalstudie 81

Gerne für Sie da 82

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser

In kaum einer Branche liegen Gegenwart und Zukunft so nahe beieinander wie im Gesundheitswesen: Die Herausforderungen von heute bestimmen die Chancen von morgen. Gleichzeitig drehen sich die beiden Welten niemals parallel. Denn die Bevölkerung und damit die Versorgungsnachfrage entwickelt sich um ein Vielfaches schneller als die erforderlichen Strukturen, Prozesse, Fachkräfteverfügbarkeiten, Tarife und Anreizsysteme.

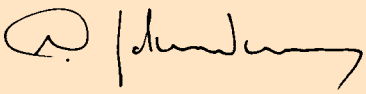
Dieses Zukunftsdilemma thematisieren wir in der vorliegenden Studie zur finanziellen Lage der Spitäler. Wir gehen der Frage nach, wie sich die Segmente finanziell entwickeln und welches Zukunftsmomentum sich ihnen aus der abgestuften Versorgung, Ambulantisierung und Digitaler Transformation bis ins Jahr 2045 in Rehabilitation und Psychiatrie erschliessen. Somit knüpfen wir an unsere Studie Zukunftsperspektiven für die Spitallandschaft Schweiz an, die wir im letzten Jahr zusammen mit H+ Ihre Spitäler erstellen durften. In der Akutsomatik legen wir einen Fokus auf die Ambulantisierung und wie diese betrieblich in den Spitälern verankert werden kann.

Die Schweizer Akutspitäler konnten ihr Umsatzwachstum 2025 weiter steigern. Gleichzeitig erreichte die Personalaufwandsquote den tiefsten Wert seit der Pandemie. Das spricht für höhere Produktivität und eine verbesserte Ertragslage, nicht aber für eine Entspannung des Fachkräftemangels. Inflation und zusätzlicher Personaldruck könnten diesen Trend rasch umkehren. Um langfristig erfolgreich zu bleiben, müssen Spitäler ihre Effizienz weiter steigern und ihre Betriebsmodelle neu ausrichten. Dazu gehören die Weiterentwicklung der Zusatzversicherungen, gezielte Anreize zur Fachkräftegewinnung sowie die Anpassung an unterschiedliche Personalanforderungen in der ambulanten und stationären Versorgung.

Die Schweizer Psychiatrien verzeichneten 2025 erneut ein Wachstum, getrieben durch einen anhaltend hohen Versorgungsbedarf. Gleichzeitig führten die sinkende Personalaufwandsquote und die deutliche Margenerholung zu einer verbesserten wirtschaftlichen Ausgangslage. Das schafft Spielraum für Strukturreformen, löst jedoch nicht die Grundprobleme der Versorgung. Ein enormes Potenzial liegt für dieses Segment in der Sekundärprävention. Ein niederschwelliger Zugang zu psychiatrischen Leistungen, intermediäre Angebote als Brücke zwischen stationären und ambulanten Leistungen sowie digitale Angebote für Frühintervention und Selbstmanagement können Versorgungslücken schliessen, Wartelisten verkürzen und den Behandlungsbedarf langfristig reduzieren.

Die Schweizer Rehabilitation zeigte 2025 eine robuste Ertragslage: Fast alle Einrichtungen übertrafen den PwC-Mindestwert für den EBITDAR, und ausnahmslos alle wiesen positive Reingewinnmargen aus. Das Zukunftsmomentum dieses Segments besteht darin, dass es sich zu einem integrierten Bestandteil eines vernetzten Versorgungskontinuums entwickelt. Dabei gewinnen ambulante und hybride Angebote an Bedeutung, während die digitale Transformation zunehmend die Behandlung und Nachsorge prägt.

Die vorliegende Studie verbindet unsere finanziellen Analysen mit einer strategischen Einordnung und Zukunftsbetrachtung. Wir wünschen Ihnen eine aussichtsreiche Lektüre mit neuen Erkenntnissen und wertvollen Denkanstössen für eine nachhaltig gesunde Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens.



Patrick Schwendener, CFA
Leiter Deals Gesundheitswesen
PwC Schweiz



Philip Sommer
Leiter Beratung Gesundheitswesen
PwC Schweiz



Teil 01



Schweizer Akutspitäler

Finanzielle Entwicklung

Umsätze

Umsätze legen weiter zu

Das Umsatzwachstum der Schweizer Akutspitäler erholte sich 2025 wie bereits im Vorjahr und fiel sogar stärker aus (vgl. Abbildung 1). Die Entwicklung ist nicht auf isolierte Mengen- oder Preiseffekte zurückzuführen, sondern auf ein Zusammenwirken diverser Faktoren wie Nachfrage, Fallmix, Tarife und Nachverrechnung.

Die Akutspitäler verzeichneten 2025 ein Betriebsertragswachstum von 4,3 % (Median). Damit beschleunigte sich die Dynamik zum dritten Jahr in Folge (2022: 2,5 %, 2023: 3,1 %, 2024: 4,2 %) und erreichte den höchsten Wert seit dem Maximum nach der Covid-Pandemie im Jahr 2021 von 6,7 %. Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate über fünf Jahre beträgt 4,1 % – ein bisheriger Spitzenwert der Studienreihe. Aufgrund der demografischen Entwicklung rechnen wir auch in den nächsten Jahren mit einem erhöhten Nachfragewachstum.

Das stationäre Umsatzwachstum lag 2025 bei 3,0 % (2024: 3,7 %). Hier geht die Dynamik gegenüber dem Vorjahr leicht zurück. Einige Akutspitäler berichten von einer höheren Auslastung und veränderten Fallschwere, Tarif- oder Baserate-Anpassungen und vereinzelt von Nachverrechnungen. Deshalb widerspiegelt dieses Resultat eine Kombination aus Mengen-, Fallmix- und Preiseffekten.

Das ambulante Umsatzwachstum betrug 5,2 % und lag erneut über dem stationären Wachstum. Die Spitäler nannten als Gründe eine steigende ambulante Nachfrage, den Ausbau ambulanter Angebote oder Zentren sowie eine stärkere kapazitätsorientierte Steuerung. Tarifumstellungen, Kostendeckung und Prozessreife bleiben ebenfalls zentrale Einflussfaktoren. Trotz des weiterhin hohen ambulanten Wachstums haben sich die Erträge noch nicht im gleichen Mass in den ambulanten Bereich verschoben.

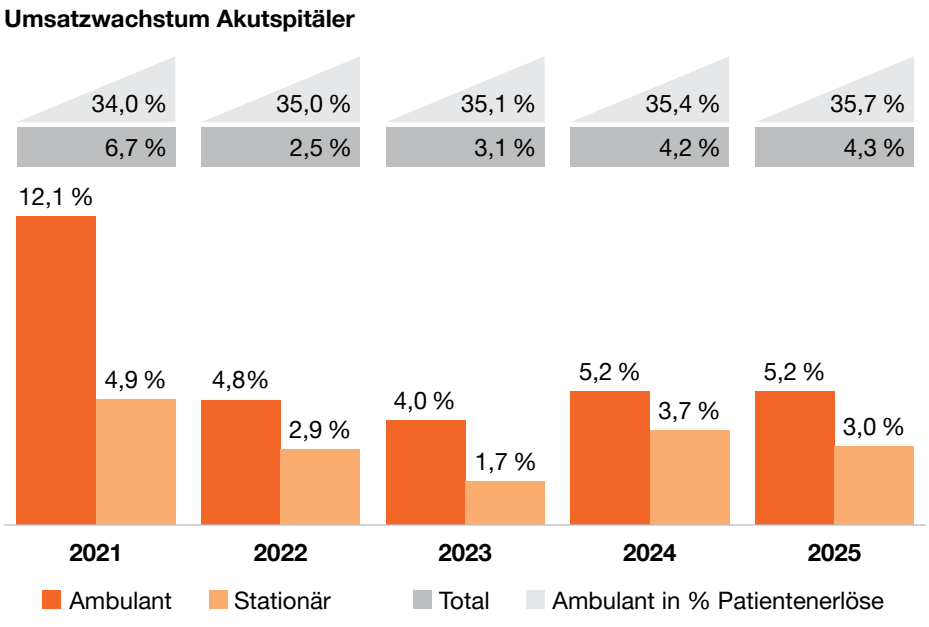
Die Dynamik des Wachstums der stationären Erträge ging im Jahr 2025 leicht zurück auf

3,0 %

Der Anteil ambulanter Erträge an den Patientenerlösen stieg mit 35,7 % (Median) langsamer als in den Vorjahren (2024: 35,4 %). Das ist nachvollziehbar: ambulante Kapazitäten, Prozesse, OP- und Zentrumsstrukturen, Personalverfügbarkeit und Vergütung entwickeln sich nicht gleich schnell wie die Nachfrage. Solange ambulante Leistungen wirtschaftlich anspruchsvoll bleiben, ist der finanzielle Anreiz für eine beschleunigte Ambulantisierung begrenzt. Die Verschiebung in den ambulanten Bereich hängt nicht nur vom politischen und medizinischen Willen ab, sondern auch vom Vergütungsmodell, der Prozessreife, dem Investitionsbedarf und der Personalverfügbarkeit.

Für die kommenden Jahre bleibt entscheidend, ob der Tarif für ambulante ärztliche Leistungen und Dokumentation (TARDOC), ambulante Pauschalen und die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) die Anreizlogik tatsächlich verändern. Einzelne Akutspitäler wiesen bereits auf Umstellungs- und Ertragsrisiken im ambulanten Tarifsystem hin. Wir gehen daher nicht davon aus, dass sich die Margen automatisch verbessern.

Abbildung 1: Umsatzentwicklung der Akutspitäler von 2021 bis 2025



Der Anteil ambulanter Erträge an den Patientenerlösen stieg langsamer als in den Vorjahren auf

35,7 %



Aufwand

Druck auf die Ausgabeseite sinkt

Der Betriebsertrag der Akutspitäler wuchs um 4,3 %, der Personal- und Sachaufwand nur um 1,9 %. Auf jeden Prozentpunkt Aufwandwachstum entfielen also rund 2,2 Prozentpunkte Umsatzwachstum. 2023 war dieses Verhältnis noch klar negativ.

Die nahezu inexistente Teuerung im Jahr 2025 (Landesindex der Konsumentenpreise, LIK: 0,2 %)[2] reduzierte den unmittelbaren Lohn-, Material- und Energiekostendruck nach einer Phase mit deutlich höherer Teuerung. Mengenwachstum und Tarifnachholeffekte stärkten die Ertragsseite. Einige Akutspitäler ergriffen zudem Prozess-, Produktivitäts- und Kapazitätsmassnahmen.

Die Personalaufwandsquote sank 2025 auf 64,4 % (2024: 64,8 %; 2023: 66,0 %) und lag damit auf dem tiefsten Wert seit der Pandemie (vgl. Abbildung 2).

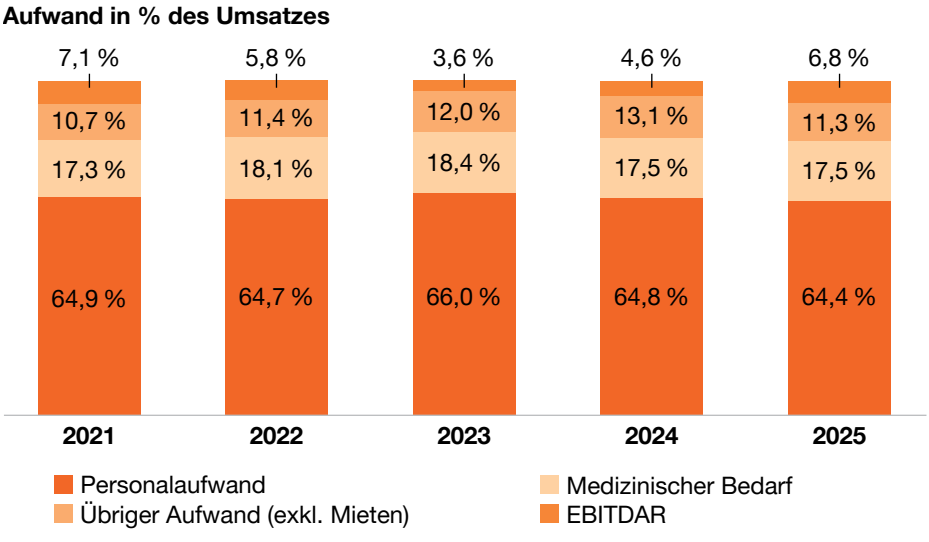
Das widerspiegelt einerseits die positiven Ertragseffekte und deutet andererseits auf eine höhere Produktivität hin. Die Entwicklung ist jedoch nicht Ausdruck einer Entspannung des Personalmarktes, denn noch immer beklagen die Akutspitäler den Fachkräftemangel, den Rekrutierungsdruck, häufige Absenzen und die Notwendigkeit, die Arbeitgeberattraktivität zu stärken.

Der medizinische Bedarf wuchs nahezu doppelt so stark wie der Personalaufwand um

3,9 %

Der medizinische Bedarf wuchs mit 3,9 % nahezu doppelt so stark wie der Personalaufwand (2,2 %). Das weist darauf hin, dass der medizinische Bedarf stärker an den Umsatz gekoppelt ist. Diese Entwicklung ist auf eine höhere Aktivität, eine veränderte Fallschwere und Materialintensität und auf steigende Beschaffungskosten zurückzuführen. Hier haben jüngst insbesondere die globalen Entwicklungen in der Pharmabranche zu Unsicherheiten und Preisaufschlägen geführt.

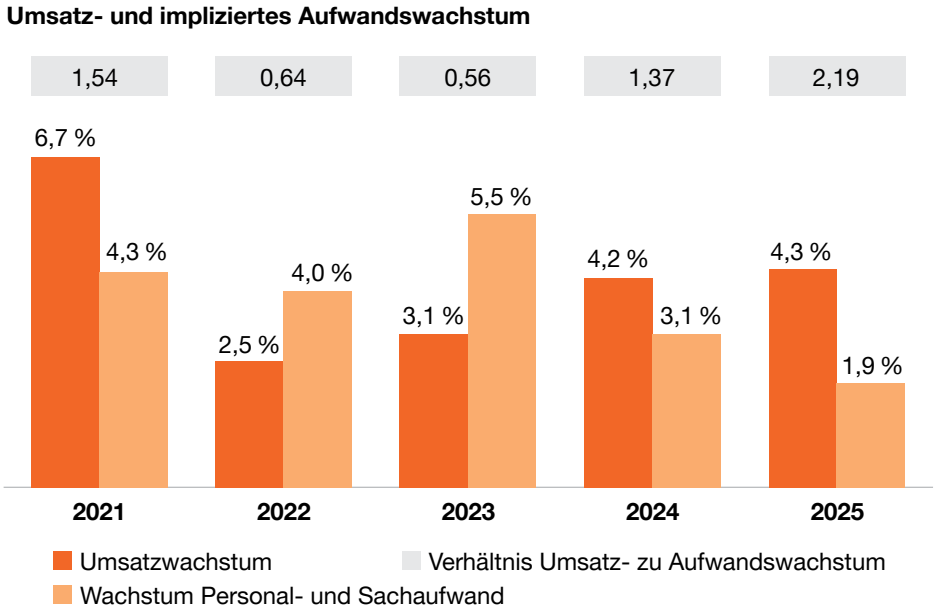
Abbildung 2: Aufwand der Akutspitäler in % des Umsatzes von 2021 bis 2025



2 https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/preise/landesindex-konsumentenpreise.html (Aufgerufen am 05.06.2026)

Noch ist unklar, ob die tiefe Aufwandsdynamik in den nächsten Jahren anhält (vgl. Abbildung 3). Mehr Inflation, Schwierigkeiten in der Beschaffung und Lieferlogistik oder zusätzlicher Fachkräftedruck können den Trend schnell umkehren. Daher müssen die Spitäler ihre Effizienzbestrebungen fortsetzen. Gerade deshalb, weil die Tarife nur sehr schleppend auf Kostenanstiege reagieren.

Abbildung 3: Umsatz- und impliziertes Aufwandswachstum von 2021 bis 2025





Margen

Ertrag-Kosten-Verhältnis entspannt sich

Die Margenentwicklung im Jahr 2025 ging unmittelbar aus der verbesserten Ertrag-Kosten-Relation hervor. Die EBITDAR-Marge stieg gegenüber dem Vorjahr von 4,6 % auf 6,8 % (vgl. Abbildung 4), die EBITDA-Marge von 4,0 % auf 5,8 % (vgl. Abbildung 5). Damit lag letztere erstmals seit Jahren wieder über dem langjährigen Studiendurchschnitt von 5,3 %. Die EBITDAR-Marge erreichte fast das Nach-Covid-Niveau von 2021.

Die Reingewinnmarge verbesserte sich gegenüber den Vorjahren (2023: -1,4 %, 2024 -0,1 %) und stieg auf 0,7 % an. Damit schrieben die Akutspitäler im Median wieder schwarze Zahlen. Ausschlaggebend für die verbesserte Profitabilität sind die Kombination aus Nachfrage- und Mengenwachstum, Tarif- und Nachholeffekten und deutlich geringerem Kostenauftrieb. Sondereffekte, Nachverrechnungen oder höhere Beiträge haben sich vermutlich zusätzlich positiv ausgewirkt. Die Margenverbesserung ist demnach nicht ausschliesslich einem strukturellen Effizienzgewinn geschuldet.

Die meisten Akutspitäler verfehlten weiterhin deutlich die Zielmarge von 10 % EBITDAR. Die EBITDAR-Marge von 6,8 % macht deutlich, dass der Tiefpunkt von 3,6 % im Jahr 2023 überschritten ist. Sie reicht allerdings noch nicht aus, um künftige Investitionen in Infrastruktur, Medizintechnik, Digitalisierung und Transformation langfristig aus eigener Kraft zu tätigen.

Die Reingewinnmarge verbesserte sich gegenüber den Vorjahren und stieg auf

0,7 %

Abbildung 4: EBITDAR- und EBITDA-Margen der Akutspitäler von 2021 bis 2025

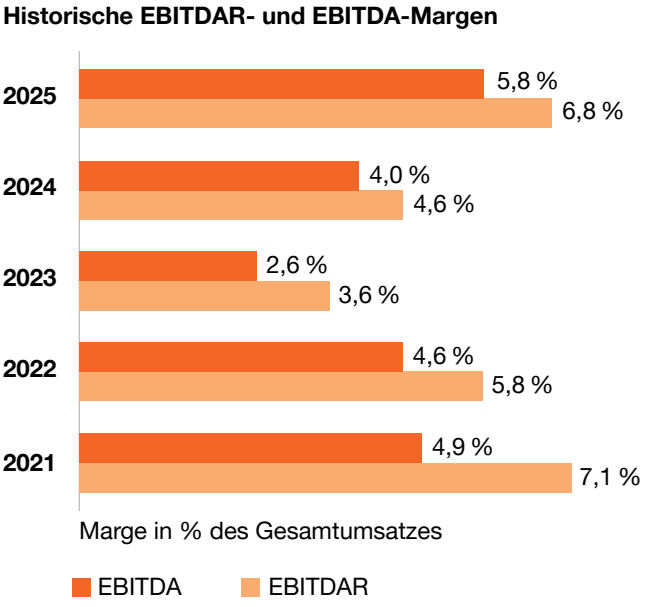
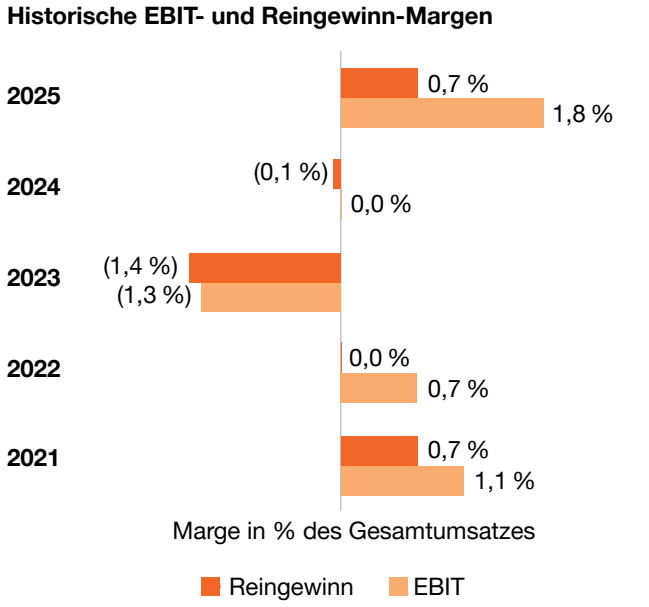


Abbildung 5: EBIT- und Reingewinnmargen der Akutspitäler von 2021 bis 2025



Die Entwicklung der letzten Jahre verdeutlicht eine zeitliche Asymmetrie zwischen Kosten- und Tarifentwicklung: bei steigender Inflation erhöhen sich Löhne und Sachkosten kurzfristig, während Tarife erst verzögert nachziehen. Bei sinkender Inflation kehrt sich dieser Effekt um. Das Margenniveau 2025 ist daher teilweise eine Folge der Kombination aus tiefer Teuerung und Tarifnachholung und kein Ausdruck einer dauerhaft höheren Effizienz.

Von einer nachhaltigen Erholung auf Systemebene dürfen wir erst sprechen, wenn die meisten Spitäler auch bei normaler Teuerung und ohne Sonder- oder Nachholeffekte ausreichende Margen erreichen. Ob sich das Margenniveau langfristig halten oder weiter verbessern lässt, hängt wesentlich davon ab, inwiefern die laufende Transformation der Versorgung gelingt. Dazu zählen insbesondere der Ausbau abgestufter und vernetzter Versorgungsmodelle, die konsequente Ambulantisierung geeigneter Leistungen sowie die Nutzung von Digitalisierung und Prozessstandardisierung zur Steigerung von Produktivität und Versorgungsqualität. Die aktuelle Ergebnisverbesserung ersetzt diesen strukturellen Wandel nicht, sondern schafft vielmehr den finanziellen Spielraum, um ihn voranzutreiben.

Ob sich das Margenniveau langfristig halten oder weiter verbessern lässt, hängt wesentlich davon ab, inwiefern die laufende Transformation der Versorgung gelingt.



Bilanz

Trotz operativer Erholung keine bilanzielle Entwarnung

Die Verbesserung der operativen Leistungsgrössen hat sich bei den Akutspitälern auch in der Bilanz 2025 niedergeschlagen, wird aber teilweise von anderen Effekten wie der Investitionstätigkeit überlagert. Trotz positiver Reingewinnmarge sank die Eigenkapitalquote von 38,7 % auf 36,1 % (vgl. Abbildung 6). Gleichzeitig erhöhte sich der Nettoverschuldungsgrad von 85,5 % auf 92,5 %. Die operative Ergebnisverbesserung reichte somit nicht aus, um die Kapitalstruktur insgesamt zu stärken. Dafür ist hauptsächlich der kapitalintensive Erneuerungszyklus vieler Akutspitäler verantwortlich. Neubauten, Sanierungen, Medizintechnik, IT und digitale Transformation binden Cashflow und erhöhen den Finanzierungsbedarf. Diverse Spitäler wiesen auf aktuelle oder geplante Infrastruktur- und Transformationsprogramme hin.

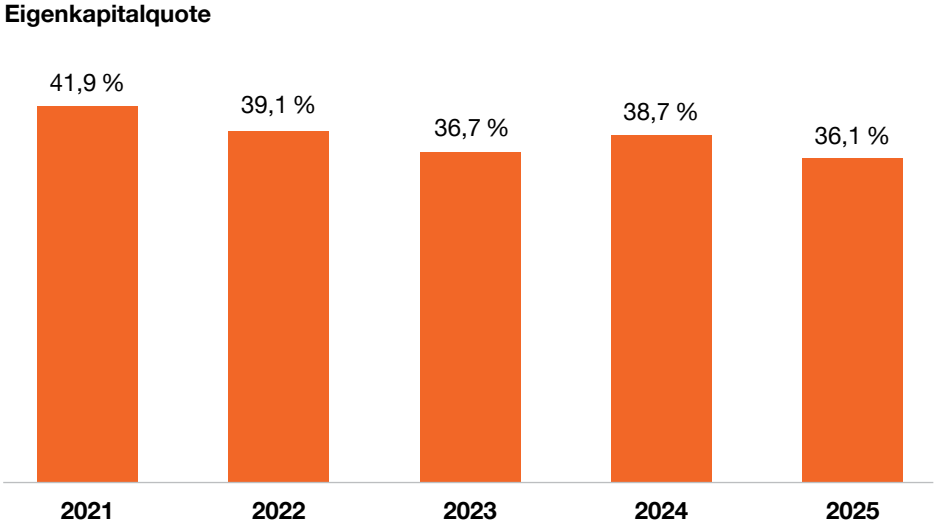
Der Abwärtstrend der Eigenkapitalquote seit 2020 setzte sich auch 2025 fort (2020: 41,9 %; 2025: 36,1 %). Die Erholung 2024 war teilweise von Rekapitalisierungsmassnahmen der Eigner geprägt. Das Jahr 2025 macht deutlich, dass operative Ergebnisverbesserungen allein den strukturellen Kapitalbedarf nicht kompensieren.

Auf die Darstellung der Liquiditätsgrade wird in der vorliegenden Studie verzichtet, da eine stichtagsbezogene Auswertung der Liquiditätssituation nur eine begrenzte Aussagekraft besitzt. Gleichwohl bleibt ein laufendes Monitoring der Liquidität für Spitäler zentral. Die Einführung von TARDOC und ambulanten Pauschalen hat verdeutlicht, dass regulatorische Anpassungen und disruptive Eingriffe in die Finanzierungsmechanik kurzfristig zu erheblichen Verschiebungen der Zahlungsströme führen können. Daraus können temporäre Liquiditätsengpässe entstehen, die trotz grundsätzlich stabiler Ertragslage die finanzielle Handlungsfähigkeit einzelner Spitäler belasten. Diese Entwicklung hat sich im ersten Halbjahr 2026 bei vielen Leistungserbringern akzentuiert. Mittlerweile sehen wir vielerorts eine Normalisierung.

Der Abwärtstrend der Eigenkapitalquote seit 2020 setzte sich auch 2025 fort, erholte sich aber auf einem Wert von

36,1 %

Abbildung 6: Entwicklung der Eigenkapitalquote der Akutspitäler von 2021 bis 2025



Solange die Kapitalrendite die Finanzierungskosten nicht deckt, reicht die operative Leistung nicht aus, um die finanzielle Substanz langfristig zu erhalten.

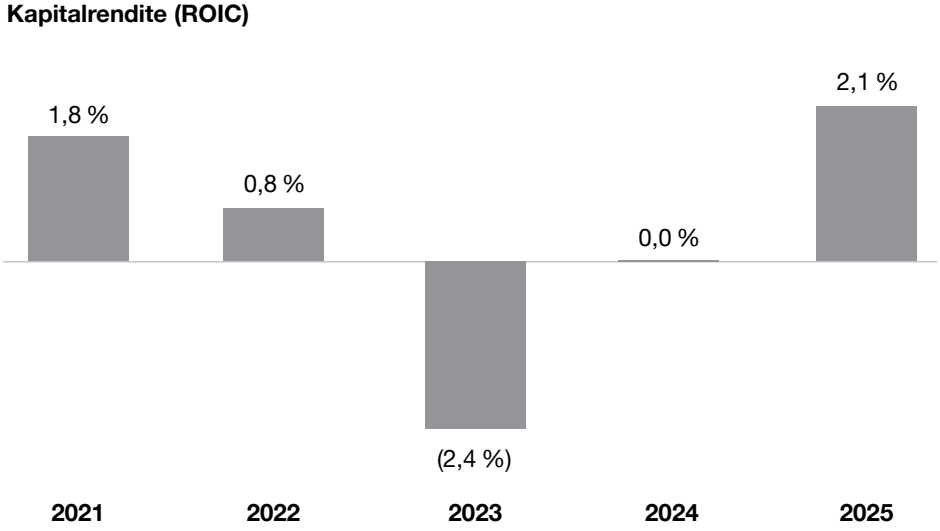
Erstmals weist unsere Studie für das Jahr 2025 die Kapitalrendite (Return on Invested Capital, ROIC) als Kennzahl aus (vgl. Abbildung 7). Der ROIC misst die Rendite, die ein Spital auf sein gesamtes investiertes Kapital – Eigenkapital und verzinsliches Fremdkapital – erwirtschaftet. Während die EBITDA-Marge die operative Profitabilität belegt, zeigt der ROIC, ob die erzielte Rendite die Finanzierungskosten des eingesetzten Kapitals deckt.

Der ROIC stieg im Jahr 2025 auf 2,1 % und bestätigte die operative Verbesserung aus Kapitalgeberperspektive. Dennoch lag er unter den geschätzten minimalen Kapitalkosten der Branche öffentlicher Spitäler von rund 4,5 % bis 5,5 %. Solange die Kapitalrendite die Finanzierungskosten nicht deckt, reicht die operative Leistung nicht aus, um die finanzielle Substanz langfristig zu erhalten. Dies erklärt, warum die Eigenkapitalquote trotz positiver Jahresergebnisse weiter sinkt und der Nettoverschuldungsgrad steigt.

Das Jahr 2025 brachte für die Akutspitäler eine klare operative Erholung, aber noch keine bilanzielle Entwarnung. Der Abstand zur Zielprofitabilität und der anhaltende Investitionsbedarf bleiben die finanzielle Kernherausforderung.

> «Die Spitäler sind im Median zurück in der Gewinnzone und verdienen damit operativ wieder Geld, erwirtschaften aber noch nicht genug, um Infrastruktur, Medizintechnik, digitale Transformation und neue Versorgungsmodelle nachhaltig zu finanzieren. Nur jedes achte Spital des PwC-Sample ist strukturell profitabel genug.»
>
> **Patrick Schwendener,** Managing Director und Leiter Deals Healthcare bei PwC Schweiz

Abbildung 7: Entwicklung der Kapitalrendite der Akutspitäler von 2021 bis 2025

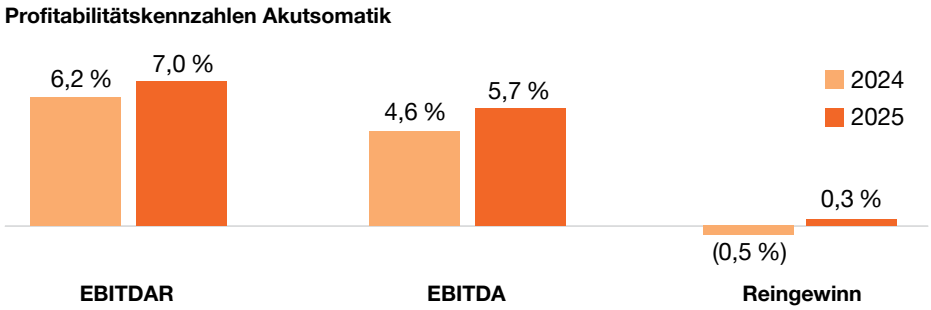


SpitalBenchmark-Daten bestätigen:

Akutspitäler erholen sich, erreichen aber die Zielmarke nicht

Seit 2018 validieren wir die Ergebnisse unserer Spitalstudie mit den Daten des Vereins SpitalBenchmark. Die diesjährige SpitalBenchmark-Stichprobe umfasst 57 Akutspitäler, für die uns die Daten für die Jahre 2024 und 2025 vorliegen. Diese Akutspitäler gehören den Spitaltypen K111, K112, K121, K122 und K123 an. Die Stichprobe umfasst sowohl öffentliche als auch private Einrichtungen verschiedener Kantone. Aufgrund von Veränderungen in der Stichprobe weichen die Werte für das Jahr 2024 von denjenigen in der Vorgängerstudie ab.

Abbildung 8: Die wichtigsten Profitabilitätskennzahlen der Akutsomatik mit SpitalBenchmark-Daten im Vorjahresvergleich



Die SpitalBenchmark-Daten bestätigen die von uns aufgezeigte operative Erholung der Akutspitäler (vgl. Abbildung 8). Die mediane EBITDAR-Marge stieg von 2024 (6,2 %) auf 2025 (7,0 %). Die EBITDA-Marge verbesserte sich von 4,6 % auf 5,7 %. Auch die Reingewinnmarge kletterte von -0,5 % auf 0,3 % ins Positive. Die Werte liegen damit insgesamt nahe bei den Ergebnissen unserer Stichprobe, für die wir für das Jahr 2025 eine EBITDAR-Marge von 6,8 %, eine EBITDA-Marge von 5,8 % und eine Reingewinnmarge 1,0 % ermittelten.

Die grössere Abweichung bei der Reingewinnmarge dürfte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass einzelne Institutionen in der SpitalBenchmark-Stichprobe höhere Abschreibungs- und Steueraufwände auswiesen. Die unterschiedliche Stichprobenzusammensetzung wirkte sich zusätzlich auf das Ergebnis aus.

Die meisten Spitäler verbesserten sich, allerdings nicht alle. 2025 erreichten 16 von 57 Akutspitälern eine EBITDAR-Marge von über 10,0 %; im Vorjahr waren es 11 von 57. Auch die SpitalBenchmark-Auswertung macht deutlich, dass 2025 eine klare Entlastung brachte, jedoch noch keine strukturelle Entwarnung für Investitionen, digitale Transformation und Infrastruktur.



Zukunftsmomentum im spitalambulanten Geschäft

Seit Jahren im Aufwind

Die spitalambulanten Leistungen wachsen stärker als die stationären und stärker als die ambulanten Leistungen der Niedergelassenen. Diese Dynamik geht unter anderem aus dem medizinischen Fortschritt hervor, der neue spitalambulante Leistungen oder eine Ambulantisierung ermöglicht. Unter letzterem verstehen wir eine stationsersetzende spitalambulante Leistungserbringung. Zudem wächst die Notfallversorgung im Spital, was unter anderem auf veränderte Patientenpräferenzen zurückgeht.

Die Bruttoleistungen im spitalambulanten Bereich (inkl. Medikamente) wuchsen von 2014 bis 2024 um jährlich 4,1 %, gegenüber den stationären Spitalleistungen mit durchschnittlich 1,6 % Wachstum.[3] Demnach werden sowohl die Leistungserbringung als auch das Spital selbst immer ambulanter.

Wie das spitalambulante Geschäft als Chance genutzt werden kann, ist Gegenstand dieses Kapitels.

Fördernde und hemmende Elemente der Ambulantisierung

Spitalambulante Behandlungen bieten geringere Kosten, schnellere Genesung und mehr Flexibilität. Medizintechnische Innovationen und Initiativen wie die «Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen» (EFAS) fördern die Ambulantisierung.

3 Vgl. «Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2024», Bundesamt für Gesundheit BAG, 2026

Finanzielle und strukturelle Hürden durch aktuelle Tarifsysteme, kulturelle Faktoren und die Ausrichtung vieler Spitäler auf die stationäre Versorgung wirken sich hemmend auf die Ambulantisierung aus. Auch bei Patient:innen und Fachpersonal besteht besonders bei komplexen Eingriffen Unsicherheit.

Spitalambulante Leistungen im Fokus

Spitalambulante Leistungen umfassen Operationen, Interventionen, Sprechstunden und die Notfallversorgung (vgl. Abbildung 9). Seit 2015 führt das Bundesamt für Statistik die spitalambulante Versorgung als eigene Kategorie und weist deren Kostengruppen separat aus.[4,5] Welches spitalambulante Angebot ein Spital erbringt, hängt vom stationären Geschäft, von der Spezialisierung, vom Einzugsgebiet, von der Konkurrenz und den konkreten Anforderungen an das Spital ab. Dritte Dienstleister können spitalambulante Leistungen erbringen oder ergänzen, etwa in der Pflege (Spitex-Stützpunkt, Akut- und Übergangspflege nach Spitalaufenthalt) oder bei der Beratung.

Abbildung 9: Spitalambulante Leistungen werden in vier Arten eingeteilt

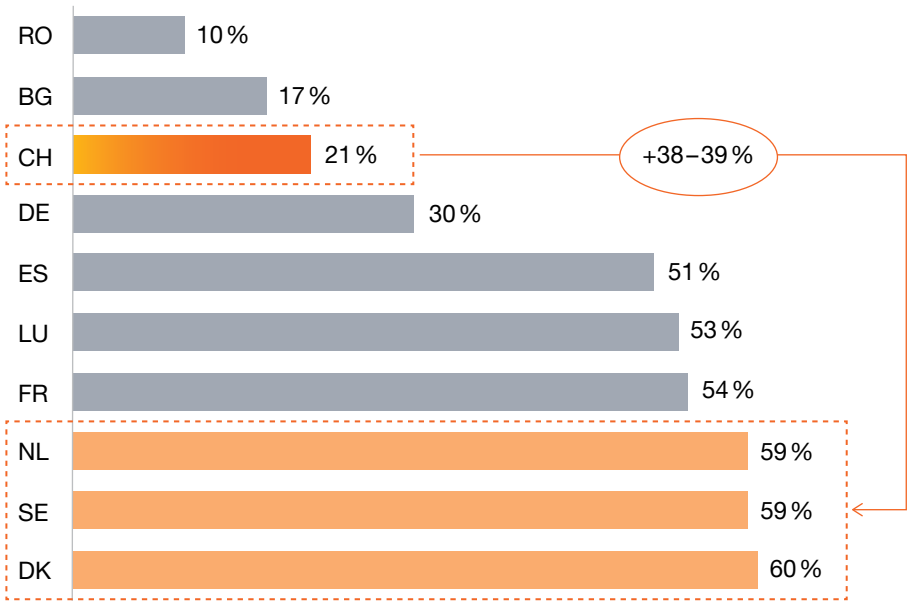
Art der spital-ambulanten Leistung	Merkmale	Infrastruktur	Personal
Operation	Kurze Eingriffe bis rund 4h-Operationen. Beispiele: Arthroskopien, Hernienoperationen, Katarakt Teils inkl. Diagnostik	Ambulante OP-Zentren	Ärzt:innen (OP und Anästhesie) Technische Operations-assistenz, Anästhesiepflege, Lagerungspflege, Logistiker:in, Pflegepersonal im Aufwachraum
Intervention	Endoskopien, Herzkatheter-untersuchungen inkl. Therapien: Dialyse, Chemotherapien, Physio- und Ergotherapien	Interventionsräume	Ärzt:innen, Therapeut:innen, pflegerisches Personal, MTTP (medizintechnisch-therapeutisches Personal)
Sprechstunde	Fokus liegt häufig auf Spezialsprechstunden	Behandlungszimmer	Ärzt:innen, MPA
Notfallversorgung	Mehrheit der Notfallversorgung erfolgt im Schnitt ambulant, Notfallleistungen über Permanence oder haus-ärztlichen Notfall	Interventionskojen	Ärzt:innen, Pflegepersonal

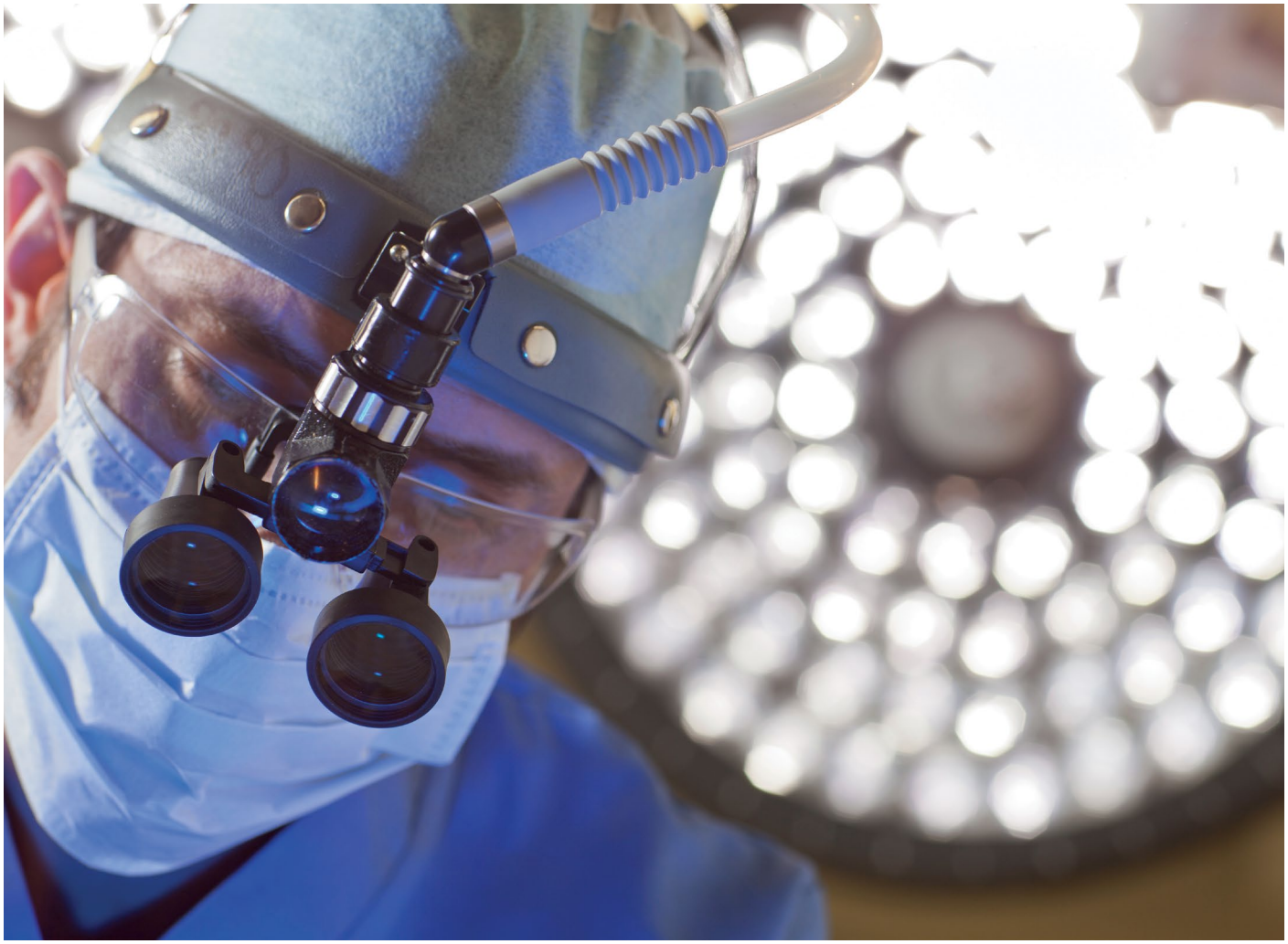
4 Vgl. «Patientendaten Spital ambulant», Bundesamt für Gesundheit BAG, 2026
5 Vgl. «Verteilung der Kostengruppen der OKP 2024», Bundesamt für Gesundheit BAG, 2025

Die Schweiz liegt im letzten Drittel bei

21 %

Abbildung 10: Beim Anteil ambulanter Operationen an allen Operationen liegt die Schweiz im EU-Vergleich (2022) im letzten Drittel[6]





6 Vgl. «Faktenblatt Verlagerung von stationär zu ambulant», Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024

Insgesamt sehen wir ein Verlagerungspotenzial je nach Fachgebiet von

20–40 %

Hohes Ambulantisierungs-potenzial

35,7 % der Patientenerlöse in Akutspitälern sind auf spitalambulante Leistungen zurückzuführen (2025).[7] Im Jahr 2012 waren es noch 27,2 %. Jeder fünfte Eingriff wird ambulant durchgeführt. In anderen Ländern, allen voran den skandinavischen, ist der Anteil dreimal höher. Die Schweiz liegt im EU-Vergleich bei spitalambulanten Operationen am unteren Ende (vgl. Abbildung 11).

Insgesamt sehen wir, je nach Fachgebiet, ein Verlagerungspotenzial für 20 bis 40 % der Fälle von 2025 bis 2045. Diese Einschätzung basiert auf Gesprächen mit Expert:innen.[8]

Wo die Wundheilung als Kriterium für die Patientenentlassung gilt, haben medizinische Disziplinen bereits eine erste Welle der Ambulantisierung erlebt und auf minimalinvasive Eingriffe gewechselt. Hier stellen wir einen vergleichsweise hohen Anteil ambulanter Pauschalen und Eingriffe fest. Fachgebieten, die bisher weniger davon betroffen waren, steht die Ambulantisierung noch bevor (Welle 2). Das Umdenken hat vielerorts bereits begonnen oder zeichnet sich bereits ab.

Abbildung 11: Das spitalambulante Potenzial variiert nach medizinischem Fachgebiet (Quelle: diverse Gespräche mit Expert:innen)

Fachgebiet	Ambulantisierung Welle 1	Ambulantisierung Welle 2	Ambulantes Potenzial 2025–2045
Plastische/rekonstruktive Chirurgie	✓	✓	○ ○ ●
Orthopädie/Traumatologie	✗	✓	○ ○ ●
ORL/HNO	✓	✓	○ ○ ●
Gynäkologie	✓	✓	○ ○ ●
Gastroenterologie	✓	✓	○ ○ ●
Ophthalmologie	✓	✓	○ ● ○
Handchirurgie	✓	✓	○ ● ○
Geburtshilfe	✗	✓	○ ● ○
Gefässchirurgie	✓	✓	○ ● ○
Kardiologie	✓	✓	○ ● ○
Urologie	✓	✓	○ ● ○
Pneumologie	✗	✓	○ ● ○
Onkologie	✗	✓	○ ● ○
Neurologie	✗	✓	● ○ ○
Allgemeine Innere Medizin	✗	✓	● ○ ○
Allgemein-/Viszeralchirurgie	✓	✓	● ○ ○
Kinder- und Jugendmedizin	✗	✓	● ○ ○
Neurochirurgie	✗	✓	● ○ ○
Herz-/Thoraxchirurgie	✗	✗	● ○ ○
Gesamt			**20–40 %**

7 PwC-Analyse
8 «Ambulant vor stationär», Bundesamt für Gesundheit BAG

Noch nicht zu spät

Es ist nach wie vor der richtige Zeitpunkt, in die Ambulantisierung und ins spitalambulante Geschäft zu investieren. Dies aus mehreren Gründen:

- EFAS und weitere tarifpartnerschaftliche Initiativen für eine Verbesserung der spitalambulanten Entschädigung stehen vor der Tür.
- Die spitalambulante Medizin ist die Medizin von morgen.
- Medizintechnologische Innovationen ermöglichen mehr spitalambulante Eingriffe und erweitern den Handlungsspielraum.
- Die spitalambulante Leistungserbringung unterstützt einen verantwortungsvollen Umgang mit personellen, infrastrukturellen und finanziellen Ressourcen.

Wenn eine Einrichtung frühzeitig eine klare Positionierung im spitalambulanten Geschäft aufbaut und festigt, sichert sie sich einen Wettbewerbsvorsprung und etabliert optimal gelegene Standorte.

> «Ambulantisierung ist kein Selbstläufer. Spitäler, die ambulante Leistungen in einer stationären Denkweise erbringen, werden scheitern.
> Es braucht ein eigenständiges Betriebsmodell, klare wirtschaftliche Steuerung und den Mut, Strukturen zu verändern.»
>
> **Philip Sommer,** Partner und Leiter Beratung Gesundheitswesen PwC Schweiz



Diverse Faktoren erfolgsentscheidend

Damit Spitäler das spitalambulante Geschäft sowohl ausbauen als auch qualitativ hochwertig und wirtschaftlich tragfähig betreiben können, braucht es ein Bündel an strategischen, operativen und kulturellen Offensiven (vgl. Abbildung 12):



- **Spitalambulante Strategie festlegen und Auftrag neu denken:** Spitalambulante Leistungen benötigen eine verschriftlichte Strategie mit klaren Schwerpunkten. Der Ansatz «überall ein bisschen ambulant» greift zu kurz. Zudem müssen die Verantwortlichen die Nachteile wie den Wegfall des stationären Ertrags ehrlich analysieren. Viele Spitäler haben heute den Auftrag, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Das bedeutet auch, schonend mit Ressourcen umzugehen. Hier muss ein Umdenken im Management der Leistungserbringer stattfinden.



- **Neues spitalambulantes Betriebsmodell etablieren:** Ein definiertes Ziel-Betriebsmodell macht die Strategie operativ umsetzbar. Es definiert das Zusammenspiel von Organisation, Prozessen, Rollen, Infrastruktur, Daten und Technologien. Zudem verhindert es, dass spitalambulante Behandlungen im stationären Set-up «nebenbei» mitlaufen.



- **Prozesse konsequent trennen und standardisieren:** Die spitalambulante Leistungserbringung verlangt eine eigene Taktung, Termin- und Raumplanung, kurze Wechselzeiten, standardisierte Pfade und eine hohe Disziplin in den Kern- und Supportprozessen. Nur so kann ein Spital die ambulante Leistung rentabel erbringen. Dabei wird die digitale Unterstützung immer wichtiger.



- **Passende Infrastruktur und Standortlogik sicherstellen:** Erfolgreiche Modelle setzen auf räumlich (und teils personell) getrennte spitalambulante Strukturen, um noch effizienter zu werden. Zudem kann eine hochfrequentierte Lage oder eine gute Erreichbarkeit für das spitalambulante Geschäft erfolgsentscheidend sein.



- **Richtiges Personal einbinden und passende (Führungs-)Kompetenzen aufbauen:** Der Ausbau spitalambulanter Leistungen erfordert Fachkräfte, die die Veränderung mittragen und die spitalambulante Logik mitgestalten. Dafür braucht es neue Rollenprofile, einen angepassten Skill- und Grade-Mix und interprofessionelle Teamzuschnitte, die auf kurze Durchlaufzeiten und hohe Prozessdisziplin ausgerichtet sind. Die personelle Führung ist darauf abzustimmen. Das spitalambulante Setting ist für Arbeitnehmende attraktiv, etwa aufgrund planbarerer und familienfreundlicherer Arbeitszeiten. Wichtig: der Patientenmix und die Arbeitsweisen sind im spitalambulanten Bereich anders als im stationären. Das gilt es bei der Rekrutierung von Mitarbeitenden zu berücksichtigen.

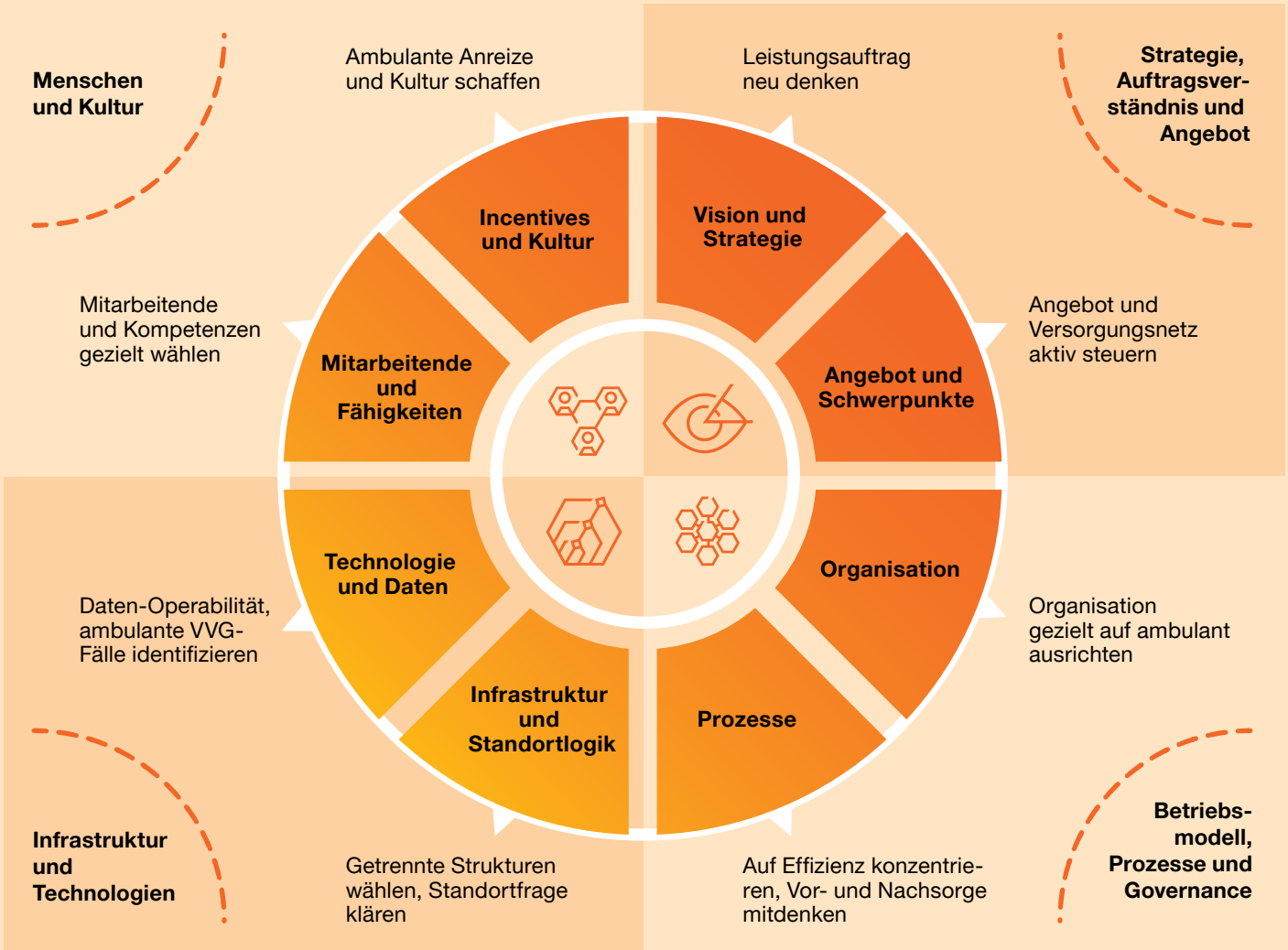


- **Incentives und Anreizsysteme anpassen:** Spitalambulant wird nur dann zum Standard, wenn es sich für alle Beteiligten lohnt – medizinisch, organisatorisch und finanziell. Ziel- und Steuerungssysteme müssen so gestaltet sein, dass Ambulantisierung nicht bestraft, sondern konsequent belohnt wird. Zentral ist eine faire Vergütung der Leistungserbringung: Spitäler müssen für ambulante Leistungen adäquat vergütet werden und in der Folge sollten Ärzt:innen für spitalambulante Eingriffe gleichwertig entschädigt werden wie für stationäre. Das ist gerade im Belegarztsetting heute oft nicht gegeben. Gleichzeitig müssen die Spitäler gemeinsam mit Krankenversicherungen die spitalambulanten Zusatzversicherungsleistungen konsequent weiterentwickeln, damit sie das Ertragsgefälle zwischen spitalambulant und stationär nicht länger ausbremst. Ebenfalls erfolgskritisch sind die Rahmenbedingungen. Dazu gehören ein attraktives Arbeitsumfeld, klare Verantwortlichkeiten und ausreichend verfügbare spitalambulante Slots.

- **Vor-, Nachsorge und Sicherheitslogik mitdenken:** Die spitalambulante Verlagerung setzt ein verlässliches Konzept für postoperative oder medizinische Nachsorge voraus, um die Bedenken der Patient:innen zu adressieren und das Komplikationsmanagement sowie Rückübernahmen sicherzustellen. Gewisse Patient:innen bevorzugen eine stationäre Behandlung aus Unsicherheit oder Angst vor Schmerzen und Komplikationen. Eine eng verzahnte Nachsorge kann diese Bedenken reduzieren, beispielsweise durch Betreuungs- oder Folgelösungen ausserhalb des Spitals oder ein Telefonat oder einen Videoanruf am Abend oder am Folgetag nach dem Eingriff. Auch die Aufklärung und die Vorbereitung, z. B. präoperative Physiotherapie, müssen die Spitäler im ambulanten Setting anders gestalten. Sie können diese teilweise digital bewerkstelligen.

- **Zuweiser- und Versorgungsnetzwerk steuern:** Das spitalambulante Setting verlangt sauber definierte Ein- und Austrittspfade, eine abgestimmte Vor- und Nachsorge (Hausärzt:innen, Spezialist:innen, Spitex, Rehabilitation usw.) und klar geregelte Schnittstellen.

Abbildung 12: Vielfältige Aspekte tragen dazu bei, dass spitalambulante Betriebsmodelle funktionieren



Mit gutem Beispiel voran

Aktuell existieren diverse partnerschaftliche Initiativen, die darauf abzielen, die Anreize so auszugestalten, dass die Ambulantisierung im Schweizer Gesundheitswesen gefördert wird. PwC hat gemeinsam mit diversen Krankenversicherern, Spitälern und zwei Kantonen eine Initiative ins Leben gerufen. Die Anreizgestaltung könnte über eine Erhöhung des Taxpunktwerts der ambulanten Pauschalen erfolgen. Eine Implementierung ist für 2027 geplant.

Gezielt incentiviert, bewusst motiviert

Wie kann ein Spital sein Kaderpersonal für ambulante Leistungen motivieren? Auf welche Anreizoptionen kann es zurückgreifen? Antworten auf Fragen wie diese entscheiden darüber, wie gut ein spitalambulantes Setting akzeptiert wird. Ein solches erfordert Anreize, die nicht nur individuelles Verhalten adressieren, sondern auch Strukturen und Zusammenarbeit von Klinik, Pflege und Administration so ausrichten, dass spitalambulantes Behandeln kulturell attraktiv und zugleich einfach, sicher und wirtschaftlich tragfähig wird.

> «Durch die Stärkung der Ambulantisierung können Teams in Spitälern wachsen, was die Anzahl an Fachärzt:innen steigen lässt und somit auch die Dienstbelastungen im stationären Bereich reduziert. Das ist ein Win-Win für den Mix in einer stationär-ambulanten Arbeitsweise.»
>
> **Dr. Frederik Haubitz,**
> Geschäftsführer MEDIN Biel/Bienne



Nachfolgend haben wir konkrete Anreizoptionen für Kader- und Schlüsselrollen aufgeführt (vgl. Abbildung 13). Dabei gilt es, eine ausgewogenere Vergütung zwischen gleichartigen spitalambulanten oder stationären Eingriffen zu finden.

Abbildung 13: Das Spitalpersonal lässt sich mit diversen Anreizen und Arbeitsbedingungen für die Ambulantisierung gewinnen

Gestaltungsfeld	Optionen	Umsetzungsmechanik
1) **Arbeits-organisation**	• Klare, effiziente Grundstruktur • Verlässliche Supportressourcen (Disposition, Slots, administrative Entlastung) • Standardisierte Indikations- und Pfadlogik sowie klare Sicherheits- und Rückübernahmekonzepte	Hoher Digitalisierungsgrad (z. B. Templates, Sprach-erkennung, zentrale Kodierung/Abrechnung)
2) **Qualifikation und Karrierepfade**	• Etablierung von Karrierepfaden für spitalambulante Führungsrollen • Attraktive Positionierung spitalambulanter Strukturen (z. B. durch Rotationen oder Hospitationen)	Weiterbildungs- und Dienstplanung so gestalten, dass die Weiterentwicklung der Assistenz-ärzte möglich bleibt
3) **Leadership, Governance und Kultur**	• Klare Vision und Ziele, verankert in Strategie und Werten • Transparenz zu Ergebnis- und Qualitätslogik • Gemeinsame Zielsysteme (über Berufsgruppen hinweg) • Positive «Fehler- und Feedbackkultur»	Lernorientiertes Bench-marking und Workshops für kontinuierliche Verbesse-rungsprozesse
4) **Nicht-monetäre Anreize**	• Aufbau autonomer Planungs- und Steuerungs-algorithmen inkl. Eskalationslogik bei Kapazitätskonflikten (Entkopplung von stationärem Bereich) • Attraktive Arbeitsmodelle (Planbarkeit, keine klassischen Schichtdienstkomponenten)	Attraktive, lebensphasen-orientierte Dienstplan-modelle (z. B. für Eltern von Kindern in Betreuung)
5) **Monetäre Anreize**	• Teambezogene Ziel-/Bonusanteile für ambulante Leistungserbringung gemäss definierter Indikationslogik • Gewinnbeteiligung auf Basis nachweisbarer Effizienz-gewinne, hier u. a. für Belegärzte • Flexibilisierte (Investitions-)Budgets mit Möglichkeit für Anpassungen bei Übererfüllung	Bonus bei erfüllten Qualitäts-Gates (Kompli-kationen, Re-Kontakte, Wiederaufnahmen)

> «Spitalambulant ist nicht gleichbedeutend mit kostengünstig. Ein Spital muss die gewohnten Qualitätsstandards aus dem stationären Setting sicherstellen und darf sie in prozessual und infrastrukturell schlankeren Strukturen nicht auf ein Minimum reduzieren.»
>
> **Dr. med. Salome Meyer MBA,** Fachärztin für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Mehr als ein einziges Erfolgsmodell

Im Zug der immer stärker spitalambulanten Leistungserbringung verändern sich das Betriebsmodell und die personellen sowie infrastrukturellen Anforderungen an ein Spital. Bei der Infrastruktur und Standortlogik erkennen wir heute drei Modelle (vgl. Abbildung 14). Selten erfolgt die spitalambulante Leistungserbringung strikt nach einem einzigen Modell.[9] Häufig treten Mischformen auf: Zum Beispiel erfolgen spitalambulante Operationen einzelner Kliniken in einem separaten Zentrum, während die spitalambulanten Eingriffe für andere Fachbereiche im stationären Setting durchgeführt werden. Dies ist zumeist durch kritische Masse und operationelle Effizienzen begründet.

> «Die Ambulantisierung braucht Mut, unternehmerische Risikobereitschaft und die richtigen Fachkräfte mit prozessualem Denken. Durch schlanke Strukturen und eine andere Taktik sind bis zu 20 % Effizienzsteigerung möglich.»
>
> **Dr. Frederik Haubitz,** Geschäftsführer MEDIN Biel/Bienne



9 «Ambulantisierung: das Gesundheitswesen im radikalen Wandel», PwC, 2019

In Zukunft dürften sich Modell 1 und 2 durchsetzen. Nur wenn ein Spital das ambulante Geschäft von den stationären Strukturen trennt, kann es seine Effizienz im ambulanten Bereich steigern. Wir gehen davon aus, dass Effizienzgewinne von bis zu 20 % beim ärztlichen Personal realistisch sind. Insgesamt über alle Berufsgruppen (inkl. Administration) erwarten wir Effizienzsteigerungen von bis zu 40 % in einer optimierten Struktur. Darin nicht berücksichtigt ist der zusätzliche Ressourcenbedarf im vor- und nachgelagerten Bereich. Wichtig für Effizienz und Qualität ist, dass das spitalambulante Zentrum eine kritische Grösse erreicht.

Abbildung 14: Für die spitalambulante Leistungserbringung bieten sich drei Betriebsmodelle an

Ambulante Betriebsmodelle	**Modell 1** **Maximal getrennt**	**Modell 2** **Getrennte Strukturen mit Spitalnähe**	**Modell 3** **Integriertes Modell**
Beschreibung	Spitalambulante Leistungserbringung in eigenständigem Zentrum ausserhalb des Spitalcampus. Eigene Organisation, eigenes Personal, schlanke Infrastruktur.	Grossteil der spitalambulanten Leistungserbringung erfolgt auf dem Campus, jedoch strikt getrennt von stationären Strukturen. Infrastrukturell und personell erfolgt eine Trennung.	Spitalambulante Leistungserbringung in derselben Infrastruktur wie stationärer Bereich. Gemeinsames Personal, keine räumliche Trennung.
Beispiele (Fokus auf Modell des spitalambulanten Operierens), rein illustrative Auswahl auf Basis einer Ausseneinschätzung	MEDIN (SZB), Centre de chirurgie ambulatoire de Genève, Ambulantes Zentrum Meilen (Spital Männedorf, Hirslanden), Europaallee (Stadtspital Zürich), Circle (USZ), ...	Kantonsspital Winterthur, Solothurner Spitäler, Spitäler Schaffhausen, Kantonsspital Baden, Lindenhofgruppe Bern, ...	Spitalverbund Appenzell-Ausserrhoden, Balgrist, Spital Zollikerberg, ...
Nähe zum stationären Angebot	Unterschiedlich, häufig spitalambulantes Zentrum an einem stark frequentierten oder gut erschlossenen Standort. Eingeschränktes Backup bei Komplikationen.	Auf dem Campus, räumlich abgegrenzt; vereinfacht Triage. Kurzstationär einfach umsetzbar; gutes Backup durch stationäre Nähe.	Auf dem Campus, stark integriert, vereinfachte Triage. Spitalambulante Prozesse werden häufig durch stationäre Logik und Ressourcierung dominiert.
Infrastrukturanforderungen für spitalambulant	Eigene zentrale Lage, eigenständige Infrastruktur. OP[1]: OP A und OP B. Tiefe Fixkosten durch schlankere Infrastruktur.	Zentrale Lage oder einfache Anbindung wichtig. OP[1]: OP A bis OP C.	Bestehende Spitalinfrastruktur, teilweise füllen von OP-Lücken und Randzeiten. OP[1]: Keine ambulante/stationäre OP-Trennung. OP C und OP D.
Ärztliche Anforderungen	Hohe Facharztquote Ärzteschaft primär spitalambulant tätig.	Teilweise eigene ambulante Ärzt:innen, teilweise Doppelfunktion spitalambulant/stationär.	Stationär und spitalambulant tätig.
Eignung	Hoch standardisierte, planbare Eingriffe mit tiefem Komplikationsrisiko.	Breites Portfolio inkl. komplexerer Eingriffe. Ideal für Verlagerungen neuer Eingriffe.	Multimorbide oder komplexere Patient:innen, bei denen stationäres Backup zentral ist.

*FMH OP-Klassifikationen nach TARDOC.

Konsequenzen für Aus- und Weiterbildung

Die zunehmende Ambulantisierung hat tiefgreifende und oft unterschätzte Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung des Fachpersonals. Sie betrifft nicht nur die Ärzteschaft, sondern das gesamte Spektrum der medizinischen Berufe.

Die Facharztausbildung ist historisch auf das Spital ausgerichtet: Assistenzärzt:innen lernen an stationären Patient:innen, die Komplexität, Fallzahlen und die Supervision finden primär im stationären Setting statt, die Weiterbildungsordnungen verlangen bestimmte Eingriffszahlen und Fallkataloge.

Wandern nun Fälle in den spitalambulanten Bereich bzw. den OP im stationären Setting ab, entsteht die folgende Kettenreaktion: die Lernmöglichkeiten am Patientenbett sinken, da hier nur noch komplexe Fälle liegen. Hochfrequente Basiseingriffe, die wesentlich für die Ausbildung sind, fehlen. Die spitalambulante Taktung lässt wenig Raum für Lehre und Supervision, viele katalogpflichtige Eingriffe werden dort durchgeführt, wo es keine Weiterbildungsstellen gibt.

Vor diesem Hintergrund braucht es Anpassungen in der ärztlichen Weiterbildung:

- **Weiterbildung ins spitalambulante Setting integrieren:** Es braucht zwingend Rotationen, Tageskliniken, spitalambulante OP-Zentren und andere. Diese ambulanten Weiterbildungsstätten müssen anerkannt werden. Im Weiteren empfiehlt es sich, neue Weiterbildungsverbünde zu schaffen und dabei eine gesicherte finanzielle Abgeltung (z. B. bei sektorenübergreifenden Modellen) bereitzustellen.
- **Spitalambulante Kompetenzen lehren:** Das beginnt damit, dass bereits bei der Triage (spitalambulant vs. stationär durchführbar) eine klare Pfadentscheidung getroffen wird. Im Rahmen derselben ändert sich die Kommunikation mit den Patient:innen. Es braucht mehr Instruktionen zum Selbstmanagement, in gewissen Fällen andere präoperative therapeutische Vorbereitungen wie spezielle Anleitungen und Therapien und Kompetenzen in der Organisation der Nachsorge.

Zusatzversicherung neu denken

Die Spitalzusatzversicherung spielt in der weiteren Stärkung des spitalambulanten Geschäfts eine zentrale Rolle. Aktuell ist sie nach wie vor stationär geprägt, spitalambulante Zusatzversicherungen sind derzeit kaum verbreitet. Viele Spitäler bekunden offensichtlich Mühe, die Behandlung von Zusatzversicherten konsequent am spitalambulanten Setting auszurichten. Gleichzeitig setzt die zunehmende Ambulantisierung den Halbprivat-/Privat-Standard im stationären Geschäft unter Druck: je mehr Leistungen spitalambulant erbracht werden, desto mehr verliert der stationäre Mehrwert an Exklusivität.

Versicherer und Spitäler sollten Zusatzversicherungsprodukte standardisieren und durchgängig an der spitalambulanten Realität ausrichten – mit klar definierten Mehrleistungen, einfachen Identifikations- und Abwicklungsprozessen und einer transparenten Leistungslogik. Hilfreich wäre ein neuer Branchenstandard, der spitalambulante Mehrleistungen eindeutig definiert und sowohl deren Erbringung als auch Verrechnung für Leistungserbringer vereinfacht.

> «Wir glauben an die Attraktivität und Zukunftsfähigkeit von ambulanten Mehrleistungen, die bei den Kund:innen weiter zu platzieren sind.»
>
> **Sanjay Singh,**
> Leiter Leistungen, Produkte & Health Services, CSS Versicherungen AG



Ambulantisierung auf einen Blick

- Um ihre Zukunft langfristig mitzugestalten, müssen die Spitäler ihre ambulanten Betriebsmodelle ganzheitlich und vorausschauend neu denken.
- Die ambulante Leistungserbringung spricht anderes Personal an als im stationären Bereich – neue Rollen und Weiterbildungscurricula sind zentral.
- Ohne entsprechende Anreize wird die Ambulantisierung nicht gelingen. Dazu gehören Tarifierung, Vergütungsstrukturen sowie moderne Arbeits- und Dienstmodelle.
- Die Zukunft gehört dem ambulanten Bereich, auch wenn dieser aktuell finanziell nicht attraktiv ist. In diese Betrachtung gehört eine Neukonzeption der Zusatzversicherungen.



Teil 02



Schweizer Psychiatrien

Finanzielle Entwicklung

Umsätze

Spiegel des anhaltenden Versorgungsdrucks

Die Psychiatrien steigerten im Jahr 2025 ihren Betriebsertrag 2025 um 4,8 % (vgl. Abbildung 15). Damit legte das Wachstum im Vergleich zu 2024 (3,5 %) zu, blieb aber unter den nachfragestarken Wachstumsraten der Vorjahre (2022: 5,2 %, 2023: 5,1 %).

Die ambulanten Erträge wuchsen 2025 um 8,0 %, die stationären um 2,1 %. Der ambulante Anteil an den Patientenerlösen kletterte auf 24,0 % (2024: 23,3 %).

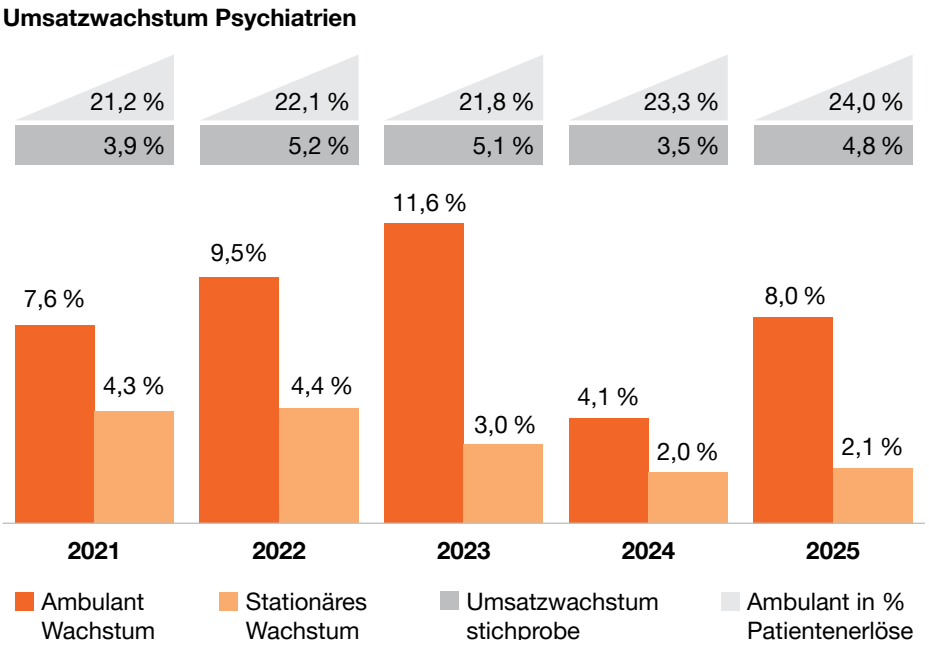
Diese Entwicklung ist vor dem Hintergrund einer anhaltend hohen Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen zu sehen, insbesondere im ambulanten Bereich sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Verschiedene Studien berichten weiterhin von langen Wartezeiten und einer hohen Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote. Gleichzeitig wurden ambulante, tagesklinische und integrierte Versorgungsangebote ausgebaut, was sich in der überdurchschnittlichen Entwicklung der ambulanten Erträge widerspiegelt.

Wie auch bei den Akutspitälern präsentiert sich das Wachstum der Psychiatrien kapazitäts- und personalbegrenzt. Zusätzliche Erlöse entstehen nur, wenn Fachpersonen, Therapiezeiten, Betten, tagesklinische Plätze oder ambulante Kapazitäten verfügbar sind. Die Umsatzentwicklung widerspiegelt deshalb nicht die reine Marktdynamik, sondern die verfügbare Versorgungskapazität.

Das Wachstum legte zu, blieb aber unter den nachfragestarken Raten der Vorjahre mit

4,8 %

Abbildung 15: Umsatzwachstum von Psychiatrien von 2021 bis 2025





Aufwand

Rückläufige Personalquote bringt Kostenentlastung

Das Ertrag-Kosten-Verhältnis entwickelte sich 2025 bei den Psychiatrien wie bei den Akutspitälern positiv (vgl. Abbildungen 16 und 17). Während der Umsatz um 4,8 % wuchs, legte der Personal- und Sachaufwand um nur 2,2 % zu. Auf jeden Prozentpunkt Aufwandwachstum entfielen damit rund 2,2 Prozentpunkte Umsatzwachstum. 2024 war dieses Verhältnis noch negativ, weil die Kosten deutlich schneller stiegen als die Erträge.

Damit verbesserte sich die Ertrags-Kosten-Situation gegenüber den Vorjahren. Gleichzeitig blieben die strukturellen Herausforderungen der psychiatrischen Versorgung bestehen. Die Verfügbarkeit qualifizierter Fachpersonen bleibt ein wesentlicher Faktor für die Kapazitätsentwicklung und begrenzt vielerorts weiterhin die Möglichkeiten, die hohe Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen vollständig zu decken. Die Personalaufwandsquote sank von 76,1 % auf 74,1 % und erreichte den tiefsten Wert seit 2012. Da rund drei Viertel des Umsatzes auf Personal entfallen, wirkt sich bereits eine geringe Veränderung beim Lohn- und Personalaufwand überproportional auf die Marge aus.

Die tiefe Teuerung im Jahr 2025 (LIK: 0,2 %) entlastete die Psychiatrien merklich. Ein Jahr mit geringer Lohn- und Sachkosteninflation verbessert die Kostenquote spürbar. Allerdings löst das den Fachkräftemangel nicht. Der Rückgang der Personalquote spricht daher für eine temporäre Entlastung und Ertragswirkung, nicht aber für einen strukturell entspannten Personalmarkt.

Die Psychiatrien nannten als zentrale Kosten- und Leistungshebel wie in den Vorjahren den Fachkräftemangel, häufige Absenzen, die Arbeitgeberattraktivität, den Weiterbildungsbedarf, die digitale Transformation, Prozessverbesserungen und Kapazitätserweiterungen.

Ob das Aufwandswachstum langfristig tief bleibt, ist offen. Bei härteren Lohnrunden, höheren Absenzen oder zusätzlichem Personalbedarf kann sich der Effekt schneller umkehren als bei Akutspitälern, da die Personalquote in diesem Sektor hoch ist.

Der Umsatz wuchs um

4,8 %

aber der Personal- und Sachaufwand nur um

2,2 %



Abbildung 16: Umsatz- und implizites Aufwandswachstum der Psychiatrien von 2021 bis 2025

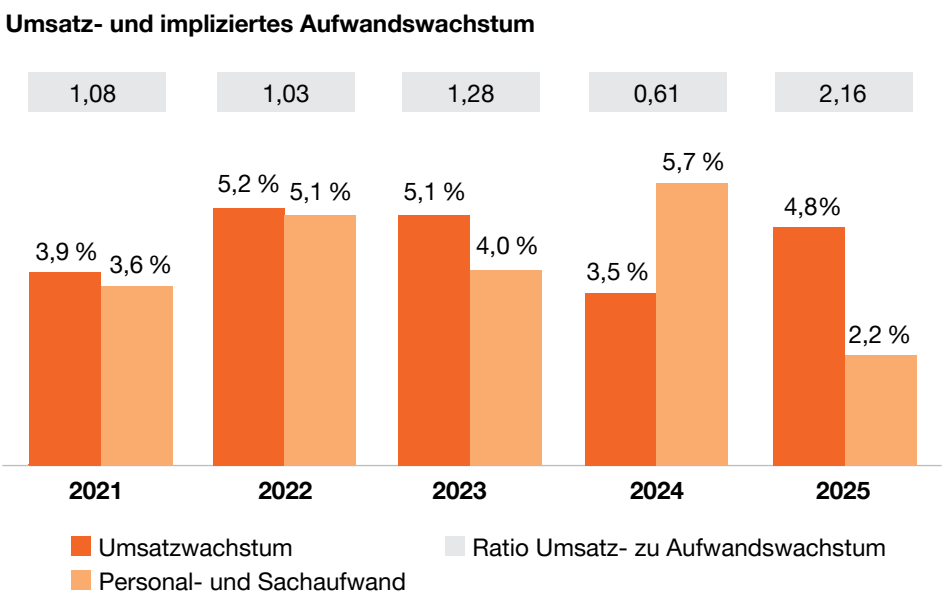
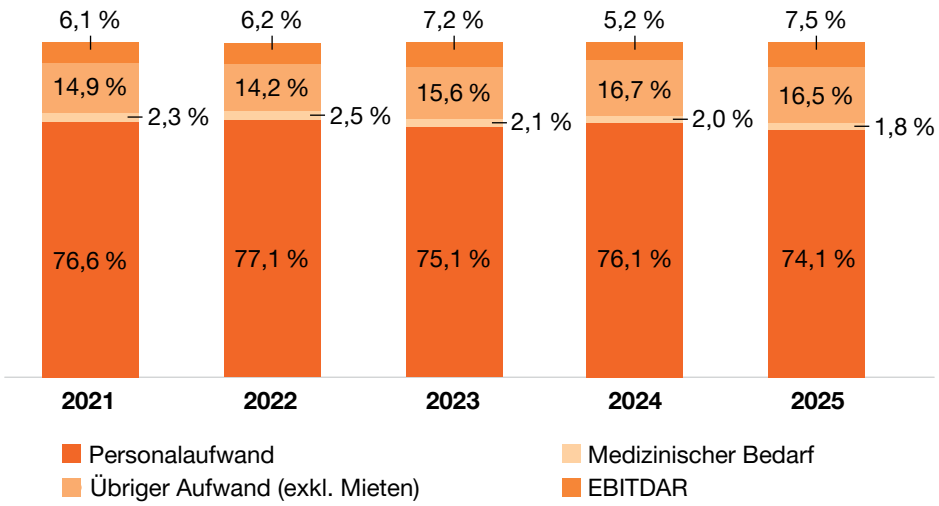


Abbildung 17: Aufwand der Psychiatrien in % des Umsatzes von 2021 bis 2025



Margen

Zurück zur Normalität

Die Margen der Psychiatrien erholten sich 2025 deutlich (vgl. Abbildungen 18 und 19). Die EBITDAR-Marge stieg von 5,2 % auf 7,5 % und somit auf den höchsten Stand der letzten fünf Jahre. Auch EBITDA (6,3 %), EBIT (2,0 %) und Reingewinn (1,5 %) waren positiv, nachdem sie 2024 erstmals in der gesamten Studienreihe negativ waren.

Von 2012 bis 2019 lagen die Margen der Psychiatrien häufig im Bereich von 8 % bis 10 %. Das aktuelle Niveau werten wir als Rückkehr in den früheren Normalbereich, nicht so sehr als neues strukturelles Rekordniveau. Die aktuellen Rahmenbedingungen sind denn auch anspruchsvoller: Tarifstruktur Psychiatrie (TARPSY), Ambulantisierung, Fachkräftemangel, Kapazitätsausbau und Digitalisierung zwingen die Einrichtungen zur Transformation.

Die Margenerholung zeugt von einem doppelten Effekt: Die Erträge wuchsen kräftig, während die Aufwandsdynamik aussergewöhnlich tief blieb. Aufgrund der hohen Personalquote sind die Margen bei Psychiatrien stärker von Lohn- und Personalmarktfaktoren abhängig als bei Akutspitälern.

Die Ergebnisverbesserung im Jahr 2025 spricht für eine bessere Ausgangslage in der Strukturarbeit, nicht aber für das Ende der strukturellen Herausforderungen. Entscheidend bleibt, inwiefern die Einrichtungen das Fachpersonal sichern, ambulante und tagesklinische Angebote gezielt ausbauen sowie die Digitalisierung und Prozessstandardisierung auf die Produktivität wirken.

Die Schweizer Psychiatrien profitierten 2025 mehr von geringen Kostensteigerungen als von kapitalintensiven Sondereffekten. Das macht die Ergebnisse kurzfristig robuster. Zugleich bleiben diese äusserst anfällig gegenüber Lohn- und Personalmarkteffekten.

Die EBITDAR-Marge stieg auf den höchsten Stand der letzten fünf Jahre mit

7,5 %

Abbildung 18: EBITDAR- und EBITDA-Margen der Psychiatrien von 2021 bis 2025

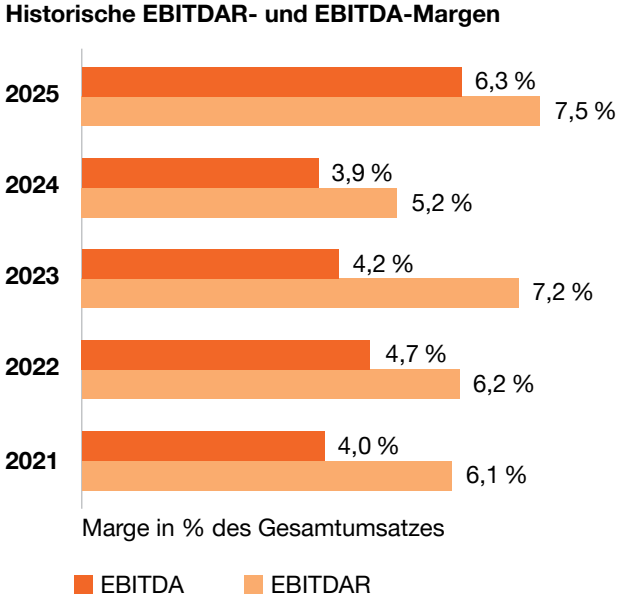
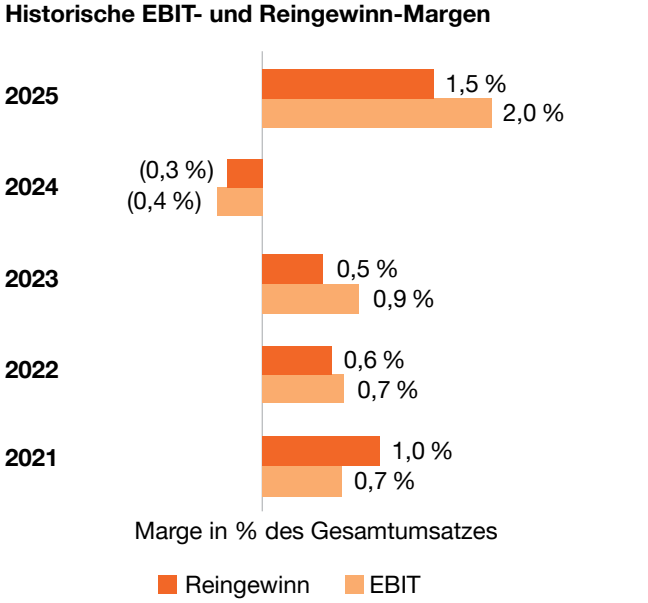


Abbildung 19: EBIT- und Reingewinnmargen der Psychiatrien von 2021 bis 2025



Bilanz

Trendwende beim Ergebnis eingeläutet

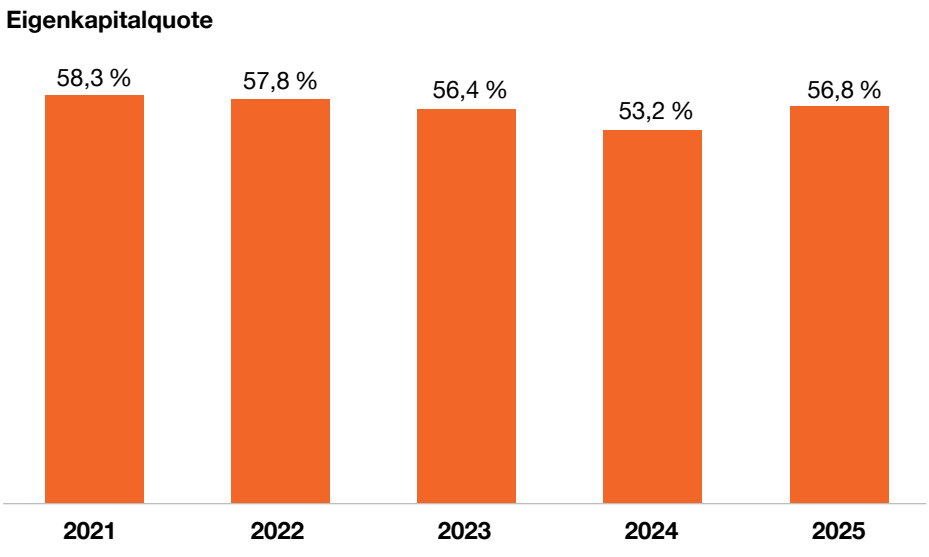
Im Gegensatz zu den Akutspitälern verbesserte sich die Bilanz der Psychiatrien im Jahr 2025 (vgl. Abbildung 20). Die Eigenkapitalquote stieg von 53,2 % auf 56,8 % und stoppte damit den seit 2020 anhaltenden Rückgang (2020: 61,1 %; 2024: 53,2 %).

Der Nettoverschuldungsgrad sank deutlich von 47,3 % auf 24,4 %. Damit blieb die Bilanzstruktur der Psychiatrien im Median solider als jene der Akutspitäler. Die Eigenkapitalquote lag 2025 bei 56,8 % (Akutspitäler: 36,1 %), der Nettoverschuldungsgrad bei 24,4 % (Akutspitäler: 92,5 %).

Der positive Ergebnistrend schlägt sich bei den Psychiatrien stärker in der Bilanz nieder als bei den Akutspitälern. Das ist der Tatsache geschuldet, dass Psychiatrien im Median weniger stark von grossvolumigen akutsomatischen Infrastrukturzyklen geprägt sind als Akutspitäler. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass Akutspitäler ihre Immobilien häufiger im Eigenbesitz halten, während Psychiatrien vermehrt Mietmodelle anwenden. Dennoch besteht auch in der Psychiatrie ein Investitionsbedarf, insbesondere für die Digitalisierung, neue Versorgungsmodelle, den Kapazitätsausbau und die Infrastruktur.

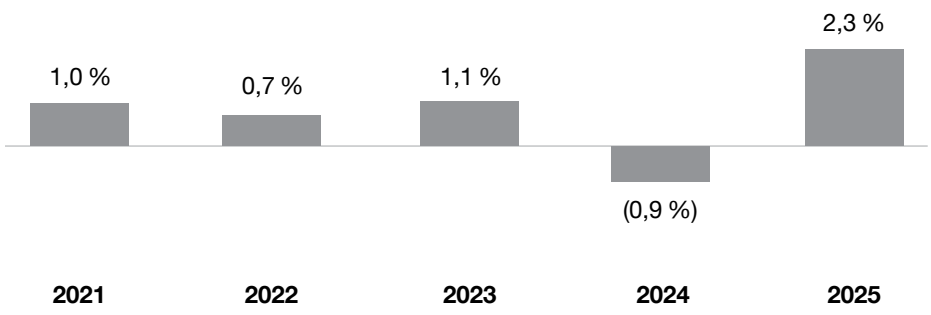
Der positive Ergebnistrend schlägt sich bei den Psychiatrien stärker in der Bilanz nieder als bei den Akutspitälern.

Abbildung 20: Eigenkapitalquote der Psychiatrien von 2021 bis 2025



Der ROIC stieg von -0,9 % auf 2,3 % und erreichte den Höchstwert seit 2019 (vgl. Abbildung 21). Dennoch blieb die Kapitalrendite unter den geschätzten Kapitalkosten von rund 4,5 % bis 5,5 %. Sie reicht nach wie vor nicht aus, um die Finanzierungskosten vollständig und nachhaltig zu decken.

Abbildung 21: Entwicklung der Kapitalrendite der Psychiatrien von 2021 bis 2025



Während bei den Akutspitälern die Eigenkapitalquote 2025 trotz steigenden Gewinns sank, gelang den Psychiatrien eine Margenerholung bei gleichzeitig stärkerer Bilanz. Das lässt darauf schliessen, dass sich die Profitabilitätsverbesserung bei den Psychiatrien derzeit stärker auf die Substanz auswirkt und Gewinne in die Bilanz statt in die Finanzierung von Grossprojekten fliessen. Trotzdem bleibt der Sektor hoch sensitiv gegenüber Personalverfügbarkeit, Lohnentwicklung und dem notwendigen Ausbau der Versorgungsangebote.



SpitalBenchmark-Daten bestätigen:

Psychiatrien verbessern Ergebnis und Substanz

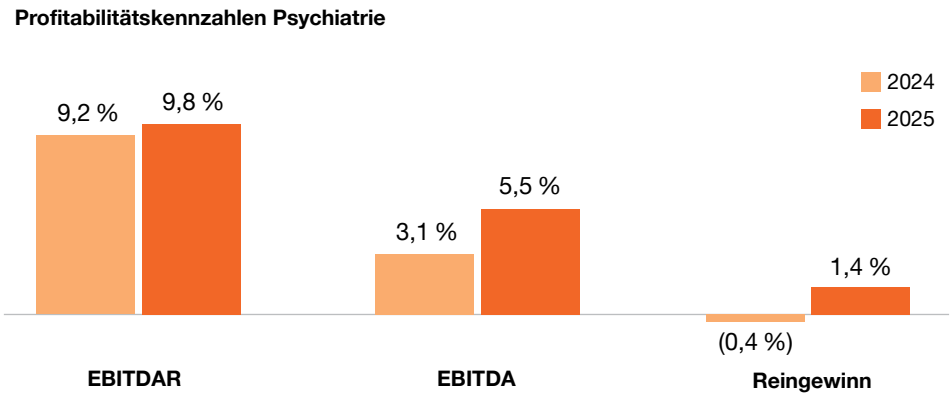
Um unsere Resultate für die Schweizer Psychiatrie zu validieren, haben wir auch für dieses Segment einen Abgleich mit den Daten des Vereins SpitalBenchmark vorgenommen. Der Datensatz umfasst Daten für die Jahre 2024 und 2025 von 21 Psychiatrien mit einer öffentlichen oder privaten Trägerschaft. Gegenüber der Vorjahresstudie hat sich die Zusammensetzung des SpitalBenchmark-Samples leicht verändert. Deshalb können die Werte von 2024 leicht abweichen.

In der Psychiatrie bestätigen die SpitalBenchmark-Daten wie unsere Analyse eine finanzielle Erholung (vgl. Abbildung 22). Bei den 21 untersuchten Psychiatrien stieg die mediane EBITDAR-Marge von 9,2 % auf 9,8 %. Die EBITDA-Marge verbesserte sich von 3,1 % auf 5,5 %. Die Reingewinnmarge lag mit 1,4 % wieder im positiven Bereich. Unsere Stichprobe tendierte in dieselbe Richtung und wies für 2025 eine EBITDAR-Marge von 7,5 %, eine EBITDA-Marge von 6,3 % und eine Reingewinnmarge von 1,5 % aus.

Die höhere EBITDAR-Marge im SpitalBenchmark-Datensatz lässt sich unter anderem dadurch begründen, dass die zusätzlich enthaltenen Einrichtungen oft eine höhere Profitabilität vor Miet- und Leasingaufwand ausweisen. Viele dieser privaten Kliniken mieten ihre Immobilien, wodurch der Abstand zwischen EBITDAR- und EBITDA-Marge beim SpitalBenchmark-Datensatz deutlich höher ausfällt und die EBITDA-Marge trotz höherer EBITDAR-Marge tiefer liegt als in unserer Stichprobe. Die Abweichungen sind zudem auf die limitierten Stichprobengrössen und die unterschiedliche Zusammensetzung der Vergleichsgruppen zurückzuführen.

Im Vergleich zu den Akutspitälern lagen die Psychiatrien 2025 näher an der Zielprofitabilität. 13 von 21 Einrichtungen überschritten 2025 den PwC-Mindestwert von 8,0 %, während es im Vorjahr noch 11 waren. Zugleich schrieben 17 von 21 Psychiatrien einen positiven Reingewinn. Das bessere Ergebnis war substanzieller als im Vorjahr, bleibt aber aufgrund der hohen Personalintensität anfällig gegenüber Lohnentwicklung, Fachkräfteverfügbarkeit und Kapazitätsausbau.

Abbildung 22: Die wichtigsten Profitabilitätskennzahlen der Psychiatrie mit SpitalBenchmark-Daten im Vorjahresvergleich



Zukunftsmomentum in der Psychiatrie

Dieses Kapitel fasst die zu erwartenden Auswirkungen von abgestufter Versorgung, Ambulantisierung und digitaler Transformation auf die Psychiatrie bis 2045 zusammen. Wir stützen uns dabei auf die Ergebnisse der Studie «Zukunftsperspektiven für die Spitallandschaft Schweiz»[10] ab, die wir im Auftrag von H+ Ihre Spitäler für die Akutsomatik erstellt haben.

Die abgestufte Versorgung wird sich künftig stärker akzentuieren. In Zukunft ist sie gleichzeitig in durchlässige Versorgungsregionen entlang überinstitutioneller Behandlungspfade strukturiert: weg von einer stationären Logik, hin zu einem integrierten, sektorenübergreifenden System mit ambulanten, teilstationären, aufsuchenden und digitalen Elementen. Die Ambulantisierung wird getragen von präventiven, niederschwelligen, intermediären Angeboten, die stationäre Langzeitfälle vermeiden und Wartelisten verkürzen. Der Sektor Psychiatrie bietet viel Raum für eine patientennahe Digitalisierung und digitale Transformation. Diese erlaubt datengetriebene Aktivitäten in der Sekundärprävention, eine wirkungsvolle Früherkennung und die indikationsspezifische und kontinuierliche Zustandsbewertung psychischer Erkrankungen in verschiedene Schwere- oder Entwicklungsstadien.

Diese und weitere Entwicklungen vernetzen die Leistungserbringer stärker vertikal und horizontal. Sie machen die Steuerung der psychiatrischen Versorgung nicht weniger komplex, aber – klug orchestriert – effizienter und qualitativ hochwertiger (vgl. Abbildung 23).

10 Vgl. «Zukunftsperspektiven für die Spitallandschaft», H+ Ihre Spitäler und PwC, 27. November 2025



Abbildung 23: Veränderungen in der Orchestrierung der psychiatrischen Versorgung bis 2045

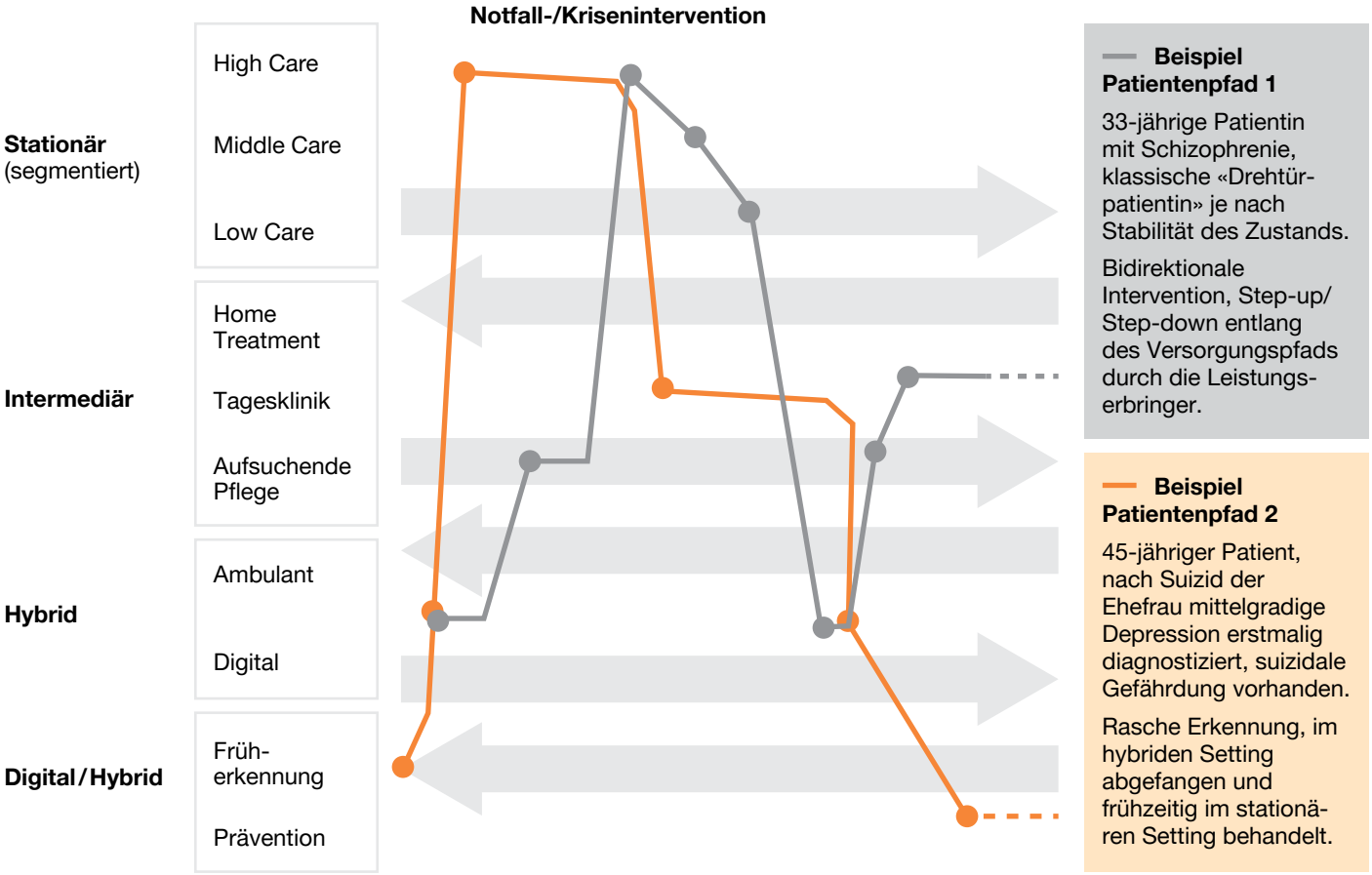


Abgestufte Versorgung

Verlaufgesteuerte Patientenpfade

Die Spezialisierung innerhalb der Versorgungskette von Psychiatrien nimmt zu. Die Behandlungspfade folgen der sogenannten «Stepped Care»-Logik (vgl. Beispiele in Abbildung 24). Demnach wird die Behandlungsintensität evidenzbasiert an den Schweregrad einer Erkrankung angepasst. Damit entwickelt sich die Versorgung weg von der episodischen Behandlung hin zum Kontinuum.

Abbildung 24: Die Psychiatrien können ihre Patient:innen bei abgestufter Versorgung in Zukunft noch rascher richtig versorgen



Im Mittelpunkt der abgestuften psychiatrischen Versorgung steht eine aktive Verlaufssteuerung mit stabilen Übergängen bis zur beruflichen Reintegration. Dadurch lassen sich längere stationäre Aufenthalte ohne Anschlusslösungen vermeiden. Durch eine bessere Sekundärprävention und frühzeitige Erkennung und Behandlung von Erkrankungen sinken die Behandlungsintensität und die Kosten späterer Therapien. Mit spezifischen Angeboten zur beruflichen Reintegration können die Psychiatrien Patient:innen zudem schnell wiedereingliedern, dauerhaft stabilisieren und Rückfällen vorbeugen. Dies kann nur über ein Netzwerk von Akteuren in der psychiatrischen Behandlungskette erfolgen, das sich nicht an Kantonsgrenzen, sondern effektiven Patientenströmungen orientiert.

Angebotsdifferenzierung über Versorgungsstufen

In der stationären Psychiatrie differenziert sich die Versorgung in Zukunft stärker nach Versorgungsstufen – mit spezialisierten High-, Middle- und Low-Care-Angeboten in einer Versorgungsregion. Gleichzeitig werden spezialisierte Tageskliniken gegenüber Standardangeboten wichtiger. Das verbessert die Behandlungsqualität und den Zugang zu passenden Angeboten, macht jedoch gleichzeitig mehr Koordination und eine weitere Professionalisierung des Zuweisungsmanagements nötig. Komplexe Fälle erhalten schneller Zugang zu stationären Angeboten; weniger komplexe Patient:innen werden vermehrt intermediär behandelt.

Die aus der Angebotsdifferenzierung entstehenden Effizienzgewinne werden – anders als in der Akutsomatik – nicht unmittelbar finanziell realisiert werden, sondern die Mittel in mehr digitale oder hybride Prävention und Früherkennung fliessen.

> «Mit psychiatrischen Konsilien in der Akutsomatik können mögliche Problemlagen bei Erwachsenen, aber insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, frühzeitiger erkannt und behandelt werden, um spätere Langzeitfolgen zu verhindern.»
>
> **Claudia Joos,** Geschäftsleiterin Ambulatorium Psychiatrische Universitätsklinik Zürich



Vielfältiger Mehrwert

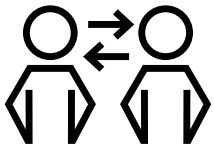
Da sich durch die abgestufte Versorgung Doppelspurigkeiten reduzieren, Funktionen (z. B. über ein gemeinsames Case-Management) bündeln lassen und der Sockelbedarf (z. B. in Administration, Disposition und Koordination) geringer ausfällt, lässt sich entlang unserer Modellannahmen die betriebliche Effizienz von Psychiatrien im Rahmen der abgestuften Versorgung um bis 4,5 % erhöhen.

Bei Notfällen im ambulanten Bereich können evidenzbasierte, digitale und künstlich intelligente Instrumente helfen, den Behandlungsbedarf früher zu erkennen und Patient:innen von der Notwendigkeit einer Hospitalisation in einer Kriseninterventionsstation überzeugen. Zukünftig werden zur therapeutischen Unterstützung und Früherkennung beispielsweise digitale Screening-Tools (zur besseren Interpretation von Risiken bei Angststörungen oder Depressionen), Wearables (zur Erfassung und KI-gestützten Interpretation von physiologischen Daten wie Schlaf-Wachmustern und Herzfrequenzvariabilität) oder auch KI gestützte Chatbots wirksam eingesetzt werden.

Durchlässiges, vernetztes Versorgungssystem

Eine abgestufte Versorgung basiert auf regionalen Netzwerken und integrierten Behandlungspfaden. Sie setzt Partnerschaften und Zusammenarbeit auf allen Ebenen voraus. Auf der Systemebene öffnet sie sich weiter und löst sich zunehmend von der Orientierung an Institutionen und Sektoren.

> «Die verschiedenen Leistungserbringer sind aufeinander angewiesen. Gerade bei multimorbiden Patientinnen und Patienten gewinnt die Psychiatrie zunehmend an Bedeutung und entwickelt sich zu einem zentralen Treiber der Gesundheitsversorgung.»
>
> **Markus Merz,** CEO, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich



Ambulantisierung

Ein Wort zu den Begriffen

Ambulante Psychiatrie definiert sich als psychiatrische oder psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung ohne Übernachtung (z. B. in Ambulatorien). Intermediäre Angebote wie Home Treatment oder Tageskliniken sind Brückenangebote zwischen ambulant und stationär. Bei Krisen und Rückfällen werden die Patient:innen mit einem abgestuften Behandlungsansatz versorgt. Ambulantisierung wird daher als stationsersetzende Verlagerung geeigneter Leistungen und Verläufe aus stationären in ambulante oder intermediäre Versorgungsformen verstanden.

Ambulant psychiatrische Versorgung legt zu

Die Psychiatrie ist potenziell geeigneter für eine Verlagerung in den ambulanten Bereich, da die Flexibilität der Behandlungspfade und technische Unterstützungsmöglichkeiten einen adaptiven und individuellen Zugang in die Versorgungskette erleichtert. Der ambulante Psychiatriebereich wächst seit Jahren am stärksten, während stationäre Fallzahlen nur leicht steigen oder stabil bleiben.

Die Schweiz weist bereits einen signifikanten Anteil ambulanter psychiatrischer Versorgung auf (42 % des Leistungsvolumens nach Angebotsstruktur).[11] Zu den schnell wachsenden Bereichen zählen dabei angstdepressive Störungen, ADHS und Autismus-Spektrum-Störungen. Dieses starke Wachstum seit etwa 2010 lässt sich durch einen echten Anstieg von Störungen, besserem Screening und wachsender Medienaufmerksamkeit erklären, die das öffentliche Bewusstsein erhöhen, aber auch Selbst- und Überdiagnosen fördern können.

Die zukünftige strukturelle Entwicklung in der Psychiatrie – insbesondere der Ausbau des intermediären Angebots mit Tageskliniken, Home Treatment, aufsuchender psychiatrische Pflege und intermediären Spezialprogrammen bei Doppeldiagnosen, Essstörungen, Alterspsychiatrie, Krisenfällen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – übernimmt eine zentrale Brücken- und Koordinationsfunktion und stärkt die Sicherheit, den Zugang und die Kontinuität der psychiatrischen Versorgung. Stationäre Strukturen bleiben insbesondere in der Psychiatrie für akute Hochrisiko- und Intensivphasen notwendig.

Eine konsequente ambulante

24/7

-Krisenversorgung dient als Voraussetzung für die erfolgreiche Ambulantisierung der Psychiatrie

Stationäre Akutkapazitäten entlastet

Der abgestufte Behandlungsansatz kombiniert mit einer konsequenten ambulanten 24/7-Krisenversorgung dient als Voraussetzung für die erfolgreiche Ambulantisierung der Psychiatrie. Ein verlässlicher Notfall- und Triagepfad mit mobilen oder aufsuchenden Teams und klaren Eskalationsstufen fängt Krisen frühzeitig ab und ermöglicht sichere Rückübernahmen. Auf diese Weise entlastet die Ambulantisierung die stationären Akutkapazitäten. Allerdings bedingt das den Aufbau multiprofessioneller ambulanter Zentren, um auch komplexere Behandlungsepisoden zu bedienen. Auf Basis unserer Analysen und der Gespräche mit Fachexpert:innen gehen wir davon aus, dass sich bis zu 25 % der Pflegetage durch die Verlagerung weniger komplexer stationärer Fälle in ambulante, intermediäre oder hybride Strukturen substituieren lassen.

Tarifierung muss stimmen

Eine angemessene Finanzierung und Tarifierung sind zentral für die Ambulantisierung und eine sektorenübergreifende Versorgung. EFAS als Ausgangspunkt für weitere Reformen bietet die Chance, Sektorengrenzen besser zu verzahnen und koordinierte Versorgung gezielter zu vergüten. Dafür müssen Fehlanreize, unzureichende Tarife und nicht vergütete Koordinationsaufwände beseitigt werden.

11 Vgl. «Psychische Gesundheit in der Schweiz: Entwicklung, Förderung, Prävention und Versorgung Nationaler Gesundheitsbericht: Leistungsvolumen nach Angebotsstruktur», S. 366, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2025

Diagnose entscheidet mit

Das Potenzial der Ambulantisierung in der Psychiatrie ist stark von den jeweiligen Störungs- und Diagnosegruppen abhängig. Als Diskussionsgrundlage für die (Weiter-)Entwicklung struktureller Angebote haben wir verschiedene Bereiche der Psychiatrie nach ihrem Ambulantisierungspotenzial bis 2045 beurteilt (vgl. Abbildung 25).

Abbildung 25: Das Ambulantisierungspotenzial bis 2045 variiert je nach Störungs- und Diagnosegruppe

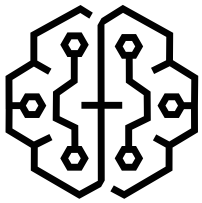
Ambulantes Potenzial nach Bereichen* Störungs-/Diagnosegruppen	Ambulantes Potenzial 2025–2045
Affektive Störungen [F30–F39]	
Persönlichkeitsstörungen [F60;F61]	
Entwicklungs- und Verhaltensstörungen [F80–F98]	
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen [F40–F48; ausser F44]	
Essstörungen [F50]	
Sexuelle Funktionsstörungen & Identität [F52;F64]	
Abhängigkeitserkrankungen [F10–F19]	
Neurokognitive Störungen [F00–F09]	
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen [F20–F29]	
Dissoziative Störungen [F44]	
Gesamt	**bis zu 25 %**

* Cluster durch PwC in Abstimmung mit Expert:innen; nach ICD-Klassifikation

Affektive Störungen, sowie Persönlichkeits-, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen weisen ein hohes Ambulantisierungspotenzial auf. In Zukunft liessen sie sich – ergänzend zur Gesprächstherapie – mit individualisierten Therapie- und Trainingsmethoden überwiegend ambulant behandeln. Gerade in stärker aufkommenden Bereichen wie Autismus-Spektrum-Störung oder ADHS, die einen zusätzlichen Bedarf an Weiterbildung schaffen, werden ambulante Angebote weiter zunehmen.

Wichtige Brücke zu Akutsomatik und Rehabilitation

Psychische Begleiterkrankungen nehmen sowohl in der Akutsomatik als auch in der Rehabilitation zu – besonders bei Patient:innen mit psychosomatischen Episoden, funktionalen Einschränkungen und chronischen Verläufen. Deshalb braucht es klare Standards für Konsiliar- und Liaisondienste, strukturierte Triageprozesse sowie abgestimmte Übergänge zwischen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Entscheidend an der Schnittstelle sind dabei intermediäre Angebote wie spezialisierte psychiatrische Tageskliniken. Sie überbrücken Versorgungslücken und steuern Behandlungen, wenn andere Angebote noch nicht geeignet oder verfügbar sind.



Digitale Transformation

Übergeordnete Perspektive

Die digitale Transformation verändert die Psychiatrie grundlegend – vor allem durch die Einführung der elektronischen Gesundheitsdokumentation (E-GD). Mit einer zentralisierten E-GD und einem konsolidierten KIS-Ökosystem wird der Datenaustausch entlang des psychiatrischen Behandlungspfades deutlich optimiert. Das führt wiederum zu einer stärkeren Vernetzung mit rehabilitativen und somatischen Anbietern. Alle patientenbezogenen Daten werden zentral gespeichert und kontinuierlich aktualisiert, was eine präzisere Diagnosestellung und flexiblere Therapieanpassungen ermöglicht. Ein effizienter digitaler Austausch stellt sicher, dass psychiatrische Fachkräfte jederzeit Zugang zu wichtigen Informationen haben, um dynamisch Behandlungspläne anpassen und individuell betreuen zu können. Dank reibungsloser Kommunikation zwischen psychiatrischen, somatischen und rehabilitativen Einrichtungen entsteht eine integrative Versorgung, die ideal auf psychische Gesundheit ausgerichtet ist.

Wertschöpfende Kopilotierung im Kernprozess

Trotz der Skepsis von Fachpersonen wandelt sich künstliche Intelligenz (KI) im klinischen Kernprozess der Psychiatrien zum Kopiloten und digitale Lotsen übernehmen die Koordinationsfunktion. KI hilft bei der Verwaltung und Entscheidungsfindung und fördert Produktivität, Sicherheit und Qualität. Die menschliche Kontrolle der eingesetzten Technologie, technologische Anpassungen an Situation und Umfeld, die technologische Überwachung und klare Verantwortlichkeiten bleiben dabei erfolgsentscheidend. Gemäss unserem Modell steigert die digitale Transformation durch Standardisierung, Triage, Dokumentationsentlastung und Prozessdisziplin die Produktivität in der Psychiatrie um bis zu 15 %.

Von der Prävention bis zur Behandlungssteuerung

Das Potenzial der Sekundärprävention in der Psychiatrie ist enorm. Dank neuer Versorgungsmodelle und Technologien werden wir Rückfälle künftig frühzeitig erkennen können – bevor Patient:innen viel zu spät erneut eintreten. Digitale Daten und Tools verfeinern Prävention, Frühwarnung, Diagnostik und Behandlung. Mithilfe von digitalen Tools können die Psychiatrien ihre KI-gestützte Präventionsarbeit vorantreiben und die Krankheitsbilder ihrer Patient:innen nach Schweregraden und Entwicklungsstadien gliedern. Eine finanzielle Abgeltung ist dafür hilfreich. Digital erhobene Verlaufsdaten zu Schlaf, Aktivität und Sprache – bestenfalls zukünftig in direkter Einbindung in das E-GD – ergänzen die klinische Perspektive und machen automatisierte Screenings und klinische Validierungen möglich. Zudem lassen sich Verschlechterungen frühzeitig erkennen. Das erlaubt eine individuelle Anpassung der Behandlung. Mit einer kontinuierlichen Bewertung von Zustandsbildern und einem digitalen Not- oder Rückfall-Tracking können die Verantwortlichen Wartelisten überbrücken und Anschlussbehandlungen aufgleisen. KI objektiviert dabei Diagnostik und Therapie, «Artificial Intelligence» wird zu «Augmented Intelligence».

«Die Digitalisierung und ein effizienter Datenaustausch im Stepped-Care-Ansatz über verschiedene Interventionsstufen sind zentral. Sie sparen Zeit, erhöhen Qualität und Effizienz und ermöglichen eine passgenaue Behandlung für Patient:innen.»

Franziska Gamma Van Appelghem,
CEO Les Toises – Centre de psychiatrie et psychothérapie

KI-Agents im Backoffice

Schon heute trägt die digitale Transformation, allen voran durch die Entwicklungen im Bereich der künstlichen Intelligenz, wesentlich zu mehr Effizienz im Backoffice bei. Zum Beispiel unterstützt sie Kostengutsprachen, koordiniert Termine und nimmt Therapieplanungen vor. In Zukunft wird sie wesentliche administrative Tätigkeiten übernehmen. Standardprozesse wie Aufnahme, Terminierung, Kostengutsprachen, Dokumente, Abrechnungsvorbereitung erfolgen zunehmend digital und regelbasiert durch KI-Agents. Der Mensch greift nur noch bei Ausnahmen oder zur Kontrolle ein.

Zudem werden komplexe Tätigkeiten gebündelt: In institutionsübergreifenden Shared Services unterstützen spezialisierte Expert:innenteams Bereiche wie Finanzen, Personal, Einkauf und Recht.

Herausforderungen bleiben abschätz- und überwindbar

Die Datenlandschaften der Leistungserbringer sind aktuell stark fragmentiert, Interoperabilität ist nicht überall gegeben. Innerhalb der und zwischen den Organisationen gehen klinische Informationen aus unterschiedlichen Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT) hervor. Das erschwert die nahtlose Integration und Auswertung für digitale Früherkennung oder Verlaufskontrolle.

Der Umgang mit sensiblen Patientendaten stellt hohe Anforderungen an den Datenschutz und die Sicherheit von ICT. Das verzögert oder hemmt die Einführung neuer digitaler Lösungen. Im Klinikalltag fehlen oft die personellen Ressourcen, um digitale Lösungen umfassend zu implementieren und zu nutzen.

Im Weiteren haben sowohl Fachpersonen als auch Patient:innen aktuell noch teils Vorbehalte gegenüber digitalen Tools, vor allem wenn diese klinische Entscheidungen tangieren. Hier bieten sich gezielte Schulungen und Aufklärung im Rahmen von digitalen Transformationsprojekten an.

> «Digitale Angebote gewinnen besonders in der Triage, Verlaufskontrolle, Psychoedukation, Rückfallprävention und Nachsorge an Bedeutung – als wirksame Ergänzung zur persönlichen Beziehung. Sie ermöglichen frühzeitige, niederschwellige und bedarfsgerechte Unterstützung.»
>
> **Matthias Güdel,** CEO Privatklinik Reichenbach b. Meiringen AG



Psychiatrie 2045 – kurz und bündig

- Die Sekundärprävention bietet den Psychiatrien ein enormes Zukunftspotenzial.
- In diesem Sektor gilt es in erster Linie, den Einstieg niederschwelliger zu gestalten, indem psychiatrische Leistungen in Akutbehandlungen früher eingebunden werden.
- Digitale Frühprävention und Selbstmanagement mit mehr Eigenverantwortung und leicht anzuwendende Tools reduzieren Wartelisten und begleiten Behandlungen.



Zahlen haben das Wort

In diesem Kapitel legen wir das Zukunftsmomentum der abgestuften Versorgung, der Ambulantisierung und der digitalen Transformation auf die Kosten, den Personalbedarf und die Infrastruktur von Psychiatrien detailliert in Zahlen dar. Den folgenden Ausführungen liegt dieselbe Modellierung zugrunde, die wir im Rahmen der Auftragsstudie «Zukunftsperspektiven für die Spitallandschaft Schweiz»[12] angewendet haben. Dabei handelt es sich um ein holistisches Gedankenexperiment für das System der reinen Psychiatriekliniken (Spitaltyp K211 und K212 gemäss Bundesamt für Statistik BFS).

Für ein besseres Verständnis und mehr Transparenz haben wir gewisse Annahmen des Modells vereinfacht und vereinheitlicht. Das betrifft vor allem den Sockel an Vorhalte- und Fixkosten bei klinischen Berufsgruppen sowie die unterstellten Effizienzverbesserungen bei der abgestuften Versorgung und digitalen Transformation.

12 Vgl. «Zukunftsperspektiven für die Spitallandschaft», Schweiz H+ Ihre Spitäler und PwC, 27. November 2025

Status quo 2045 ohne strukturelle Anpassungen

In diesem Szenario gehen wir davon aus, dass die Schweizer Psychiatrieakteure den Ist-Zustand des Jahres 2023 (gemäss Kennzahlen der Schweizer Spitäler vom BFS) beibehalten und keine strukturellen Veränderungen wie eine flächendeckende Ambulantisierung, digitale Transformation oder neue Versorgungsmodelle und -räume umsetzen. Die Tarifierung haben wir für das vorliegende Gedankenexperiment bewusst vereinfacht, indem wir angenommen haben, dass die Schweizer Psychiatrien ihre EBITDAR- oder Jahresergebnis-Margen des Jahres 2023 konstant halten können.

Stationäres und ambulantes Wachstum

Die Nachfrage in der Psychiatrie leiten wir für die Modellierung dieses Szenarios aus der heutigen Beanspruchung (Anzahl Fälle/Kontakte nach Alterskategorie) und der demografischen Entwicklung ab. Daraus ergibt sich ein jährliches Basiswachstum von 0,54 % stationär und 0,42 % ambulant. Um die zunehmende Nachfrage nach psychiatrischen Dienstleistungen aufgrund der Entstigmatisierung im Modell abzubilden, haben wir die jährlichen Basiswachstumsraten um jeweils 0,5 % erhöht.

Pflegetage und Konsultationen

Die Zahl der stationären Pflegetage steigt in diesem Szenario von 2,3 Mio. im Jahr 2023 auf 2,8 Mio. im Jahr 2045. Gleichzeitig steigen die ambulanten Konsultationen auf 2,2 Mio., der Bettenbedarf auf 8,6 Tsd. und der Personalbedarf auf 20’400 FTE.

Infrastruktur und Fachkräfte

Im Status quo 2045 wächst der Kapazitätsbedarf kontinuierlich. Das ist nachvollziehbar: In einem Sektor mit langen Aufenthaltsdauern, hoher Präsenzintensität und strengen Sicherheitsanforderungen treibt trotz Skaleneffekten bereits ein moderater Mengenanstieg die Bettenkapazität, die Pflegetage und den Personalbedarf deutlich nach oben. Darum entsteht bei Fortschreibung des heutigen Ist-Zustandes bis 2045 ein deutlicher Kapazitätsdruck (vgl. Abbildung 28). Dieser ist bereits heute in vielen Psychiatrien spürbar.



Zielbild 2045 bei strukturellen Anpassungen

Annahmen für das Zielbild

Damit sich die Wirkung von abgestufter Versorgung, Ambulantisierung und digitale Transformation quantifizieren lässt, haben wir unsere Modellierung sektorspezifisch kalibriert (vgl. Abbildung 26). Dabei geht es in erster Linie um die selektive Verlagerung geeigneter Fälle – im Sektor Psychiatrie modelltechnisch über die Verlagerung von Pflegetagen berücksichtigt –, die Entlastung von Vorhalte- und Fixkostenblöcken sowie Produktivitätsgewinne durch eine bessere Steuerung, Standardisierung und digitale Transformation.

Abbildung 26: Dem Zielbild liegen bewusst ambitionierte Annahmen zugrunde

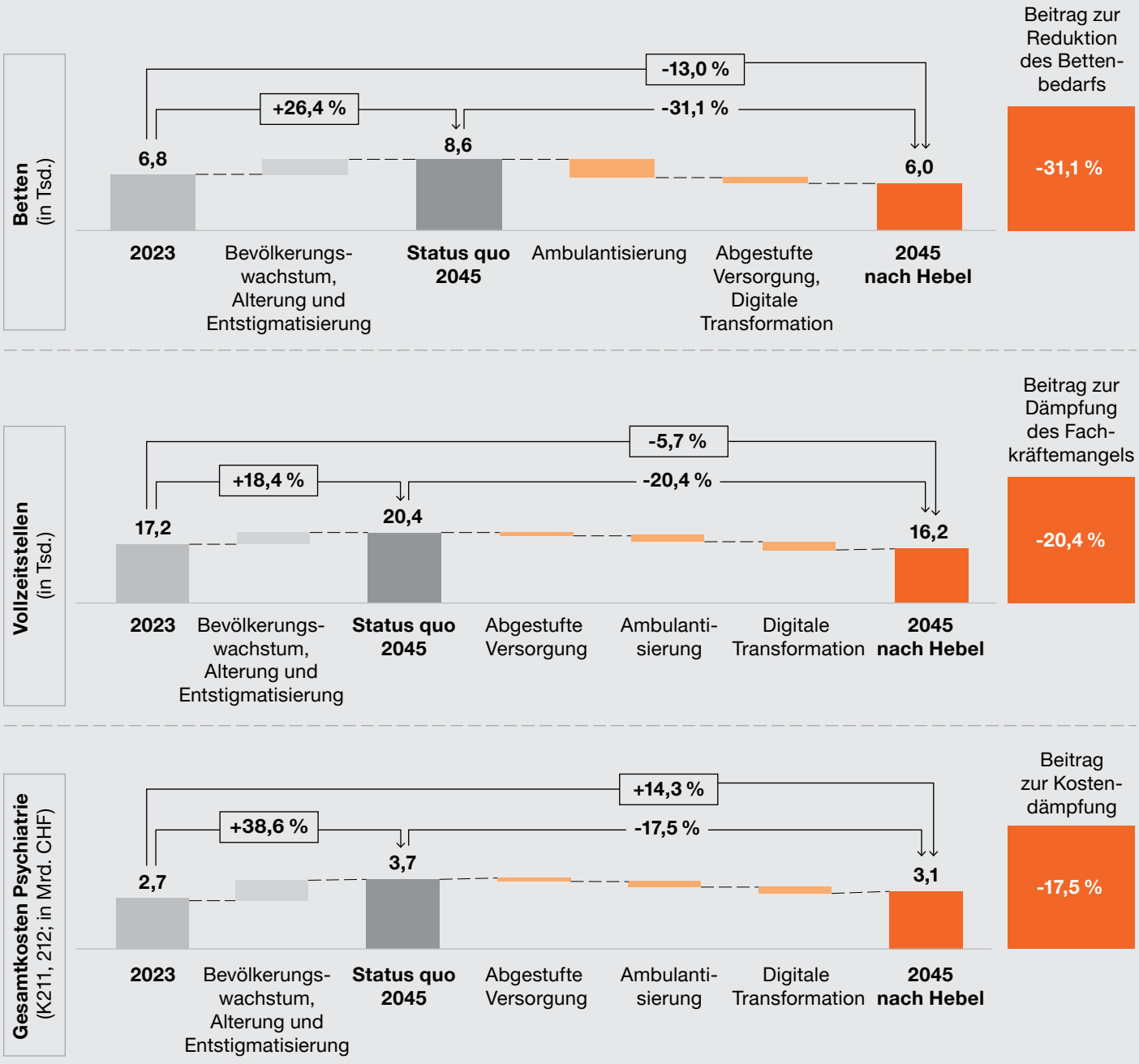
Annahme	Zielbild
Ambulantisierbarer Anteil der Pflegetage	Bis zu 25 %
Zielauslastung stationär	98 %
Effekt digitale Transformation: Standardisierung, Triage, Dokumentationsentlastung, Steuerung und Prozessdisziplin	ca. +15 % produktive Arbeitsleistung
Effekt abgestufte Versorgung: Weniger Doppelspurigkeit, Bündelung von Funktionen und geringerer Sockelbedarf	ca. +4,5 % betriebliche Effizienz



Korrelierende und kumulierende Wirkung

In der Psychiatrie entsteht ein mehrfaches Zukunftsmomentum (vgl. Abbildung 27): Die abgestufte Versorgung und eine erhöhte Koordination reduzieren Doppelspurigkeiten zwischen stationärer Behandlung, Tagesklinik, Ambulatorium und nachgelagerten Angeboten. Die Ambulantisierung führt zu stabileren und weniger intensiven Verläufen. Die digitale Transformation wiederum erhöht die Produktivität vor allem dort, wo Dokumentation, Triage, Koordination und Verlaufssteuerung standardisierbar sind.

Abbildung 27: Die drei Handlungsfelder machen sich in der Psychiatrie bei der Infrastruktur und den Kosten deutlich bemerkbar.



Pflegetage und Konsultationen

Im Zielbild sinkt die Zahl der stationären Pflegetage im Jahr 2045 auf 2,1 Mio. Gleichzeitig steigen die ambulanten Konsultationen auf 3,2 Mio. Gegenüber dem Status quo 2045 entspricht dies einem Rückgang der stationären Pflegetage um 25 % und einem Anstieg der ambulanten Konsultationen um 47,4 %.

Stationäre Infrastruktur

Die Auswirkungen der Handlungsfelder auf die Leistungsmengen widerspiegeln sich auch im Bereich Infrastruktur. Der Bettenbedarf fällt von 8’600 im Status quo 2045 auf 6’000. Damit wird der sonst notwendige Ausbau deutlich gedämpft; das System bewegt sich aufgrund der Verlagerung sowie der angenommenen höheren Auslastung sogar unter das Bettenniveau des Ausgangsjahrs. Das ist Ausdruck einer selektiveren stationären Versorgung: Der stationäre Teil wird zwar etwas kleiner, aber auch komplexer.

Personalbedarf

Das Zielbild reduziert den Personalbedarf gegenüber dem Status quo 2045 um 20,4 %. Mit 16’200 FTE liegt der Bedarf sogar leicht unter dem Basisjahr 2023. Allerdings ist ein erheblicher Teil der psychiatrischen Leistung an therapeutische Beziehung, Beobachtung, Milieu, Sicherheit und Präsenz gebunden. Sie lässt sich selbst bei tiefgreifenden Anpassungen weder vollständig digitalisieren noch in ambulante Routinen übersetzen. Entsprechend braucht es angepasste Rollenbilder.

Finanzen

Finanziell verbessert sich im Zielbild die Struktur (vgl. Abbildung 28). Das allein löst die Tarif- und Finanzierungsfrage jedoch nicht. Die Systemkosten – gemessen am Betriebsertrag – liegen im Zielbild 2045 rund 0,7 Mrd. CHF unter dem Status quo 2045. Darin berücksichtigt ist eine angepasste EBITDAR-Marge, da die Leistungserbringer investieren müssen, um die digitale Transformation voranzutreiben. Im Zielbild gehen wir von Investitionen von 20 % des Betriebsertrags alle acht Jahre aus. Entsprechend haben wir die EBITDAR-Marge um 2,5 % erhöht. Aufgrund dieser Annahme bleibt das Jahresergebnis leicht negativ.

Abbildung 28: Strukturelle Anpassungen wirken sich massgeblich auf die Kennzahlen der Psychiatrie aus

	2023 Ist	2045 Status quo	%Δ zu Ist 2023	2045 Zielbild	%Δ zu Status quo 2045
Bettenkapazität					
Anzahl Betten (Tsd.) (Annahme = 90/94/98 % Auslastung)	6,8	8,6	26,4 %	6,0	(31,1 %)
Stationäre Leistung					
Pflegetage (Mio.)	2,3	2,8	25,7 %	2,1	(25,0 %)
Ambulante Leistung					
Konsultationen (Mio.)	1,8	2,2	22,3 %	3,2	47,4 %
Personelle Ressourcen (FTE in Tsd.)					
Ärztepersonal	2,1	2,5	21,2 %	2,1	(18,1 %)
Pflegepersonal	6,6	8,1	21,4 %	6,0	(25,3 %)
Übriges medizinisches Personal	2,9	3,6	21,1 %	3,0	(16,7 %)
Übriges Personal	5,5	6,2	12,3 %	5,2	(17,1 %)
Total Personal	**17,2**	**20,4**	**18,4 %**	**16,2**	**(20,4 %)**
Finanzielle Auswirkungen (Mrd. CHF)					
Betriebsertrag (Systemkosten)	2,7	3,7	38,6 %	3,1	(17,5 %)
Betriebsaufwand	(2,5)	(3,5)	38,6 %	(2,8)	(19,7 %)
EBITDAR	**0,2**	**0,3**	**38,6 %**	**0,3**	**11,1 %**
EBITDAR-Marge	7,2 %	7,2 %		9,7 %	
Investitionsaufwand	(0,2)	(0,3)	38,6 %	(0,3)	8,9 %
Jahresergebnis	**(0,0)**	**(0,0)**	**38,6 %**	**(0,0)**	**(17,5 %)**

Tragfähiger Rahmen erforderlich



Für die Psychiatrie ergibt sich daraus eine zentrale Erkenntnis: abgestufte Versorgung, Ambulantisierung und digitale Transformation stabilisieren vor allem die Versorgungslogik, den Kapazitätsbedarf und den Ressourceneinsatz. Damit die Psychiatrien nachhaltig stabil wirtschaften können, braucht es zudem tragfähige Tarife, eine bessere Vergütung koordinativer Leistungen und verlässliche Rahmenbedingungen.



Teil 03



Schweizer Rehabilitation

SpitalBenchmark-Daten bestätigen:

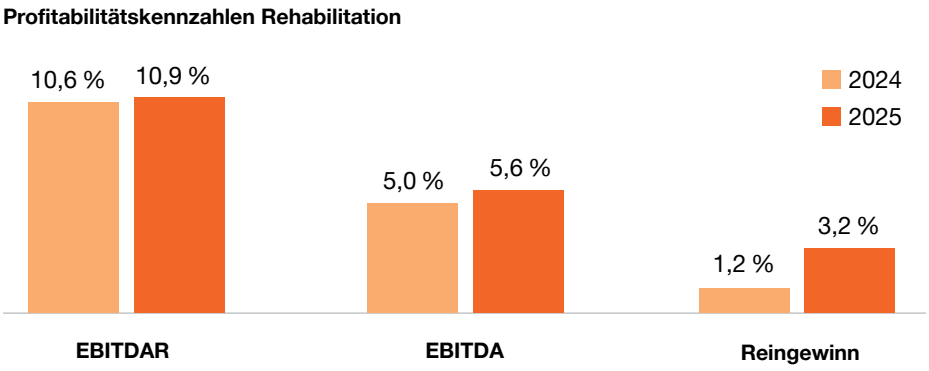
Rehabilitation bleibt der margenstärkste Bereich

Anders als bei Akutspitälern und Psychiatrien analysieren wir für dieses Segment keine eigene PwC-Stichprobe. Unsere Auswertung basiert auf zwölf Rehabilitationseinrichtungen aus der Datengrundlage des Vereins SpitalBenchmark.

Die mediane EBITDAR-Marge wuchs 2025 leicht von 10,6 % auf 10,9 % (vgl. Abbildung 29). Die EBITDA-Marge erhöhte sich von 5,0 % auf 5,6 %, während die Reingewinnmarge von 1,2 % auf 3,2 % zunahm. Die deutliche Kluft zwischen EBITDAR- und EBITDA-Marge spricht dafür, dass Miet- und Leasingaufwendungen für Immobilien bei vielen Rehabilitationseinrichtungen wesentlich ins Gewicht fallen.

Die Rehabilitation blieb im Median klar über dem PwC-Mindestwert für den EBITDAR von 8,0 %. 2025 überschreiten elf von zwölf Einrichtungen diese Schwelle; im Vorjahr waren es noch zehn. Bemerkenswert ist zudem, dass alle zwölf untersuchten Einrichtungen eine positive Reingewinnmarge auswiesen. Die Entwicklung unterstreicht die robuste Ertragslage des Segments. Sie bringt gleichzeitig Unterschiede bei Kapitalstruktur, Auslastung und Ergebnisqualität zum Ausdruck.

Abbildung 29: Die wichtigsten Profitabilitätskennzahlen der Rehabilitation mit SpitalBenchmark-Daten im Vorjahresvergleich



Zukunftsmomentum in der Rehabilitation

Die Rehabilitationseinrichtungen werden sich noch stärker als integrierte Versorger etablieren. Diese Entwicklung wird angetrieben durch die Alterung der Bevölkerung, die Zunahme chronischer Erkrankungen sowie die sinkende Mortalität in der Akutsomatik infolge medizinischer Innovationen. Zudem schreitet die Verlagerung aus der Akutsomatik zur weiteren Optimierung der Verweildauer voran.

Abgestufte Versorgung, Ambulantisierung und digitale Transformation wirken sich vielfältig auf die Rehabilitation in der Schweiz aus: die frühere Verlegung in ein rehabilitatives Setting entlastet die Akutspitäler zusätzlich. Im Rahmen der Ambulantisierung tendiert die zweite Aufenthaltshälfte im stationären Aufenthalt zu hybriden Modellen im Sinne eines Wechselspiels von ambulanten und digitalen Behandlungsansätzen. Flexible Patientenpfade gestalten sich vermehrt als fortlaufende Prozesse, was die integrierte Versorgung ausbaut. Demnach wird Prähabilitation notwendig, also der gezielte Aufbau einer frühen Rehabilitation.

Abgestufte Versorgung

Modulare Netzwerkversorgung

Mit der fortschreitenden Profilierung und der Spezialisierung entlang der Schweregrade entwickelt sich die Rehabilitation bis ins Jahr 2045 weg vom linearen Pfad hin zur modularen Netzwerkversorgung mit digital nahtlosen Übergaben. Oberstes Ziel ist eine abgestufte Reha-Versorgung – abhängig von Funktionsstatus und Bedarf. Aus dieser Entwicklung leiten sich die Leistungsstrategien und Betriebskonzepte der Einrichtungen ab.

Verschiebungen im stationären Bereich weiter aus der Akutsomatik

Patient:innen bewegen sich in Zukunft ganz automatisch durch die Versorgungsstufen, womit längere Wartezeiten und Übergaben entfallen. Für komplexe und frühe Phasen bleibt die stationäre Rehabilitation zentral. In der Folge verkürzt sich die (früh-)rehabilitative Versorgung im Akutspital.

Im stationären Bereich erwarten wir bei den «leichten» Reha-Fällen eine Marktbereinigung. Die durchschnittliche Verweildauer von 22,8 Tagen[13] im Jahr 2023 wird in bestimmten Bereichen deutlich reduziert und in das ambulante Setting verlagert (Vgl. Abbildung 31) – auch angesichts des Drucks der zunehmenden Verlagerung von Fällen aus der Akutversorgung. Das erfordert den Ausbau von Kompetenzen sowie die Stärkung der Pflege.

Neue Hybridphase mit Wohnortnähe

Kombiniert mit ambulanten Reha-Programmen wird die Versorgung zunehmend hybrid und rückt näher in das Wohnumfeld. Tragende Pfeiler sind in Zukunft die ambulante Pflege, die telemedizinische Therapie und Heimtraining. Unterstützt werden diese von mobilen Reha-Teams, die sich eng mit niedergelassenen Therapeut:innen austauschen.



«Tageskliniken brauchen eine einheitliche Definition, infrastrukturelle Anpassungen, zentrale Lagen, gute Transportlösungen und die Spitalnähe für eine allfällige Notfallversorgung. Die ambulante Reha-Kompetenz ist in der Aus-, Weiter- und Fortbildung weiter zu verankern.»

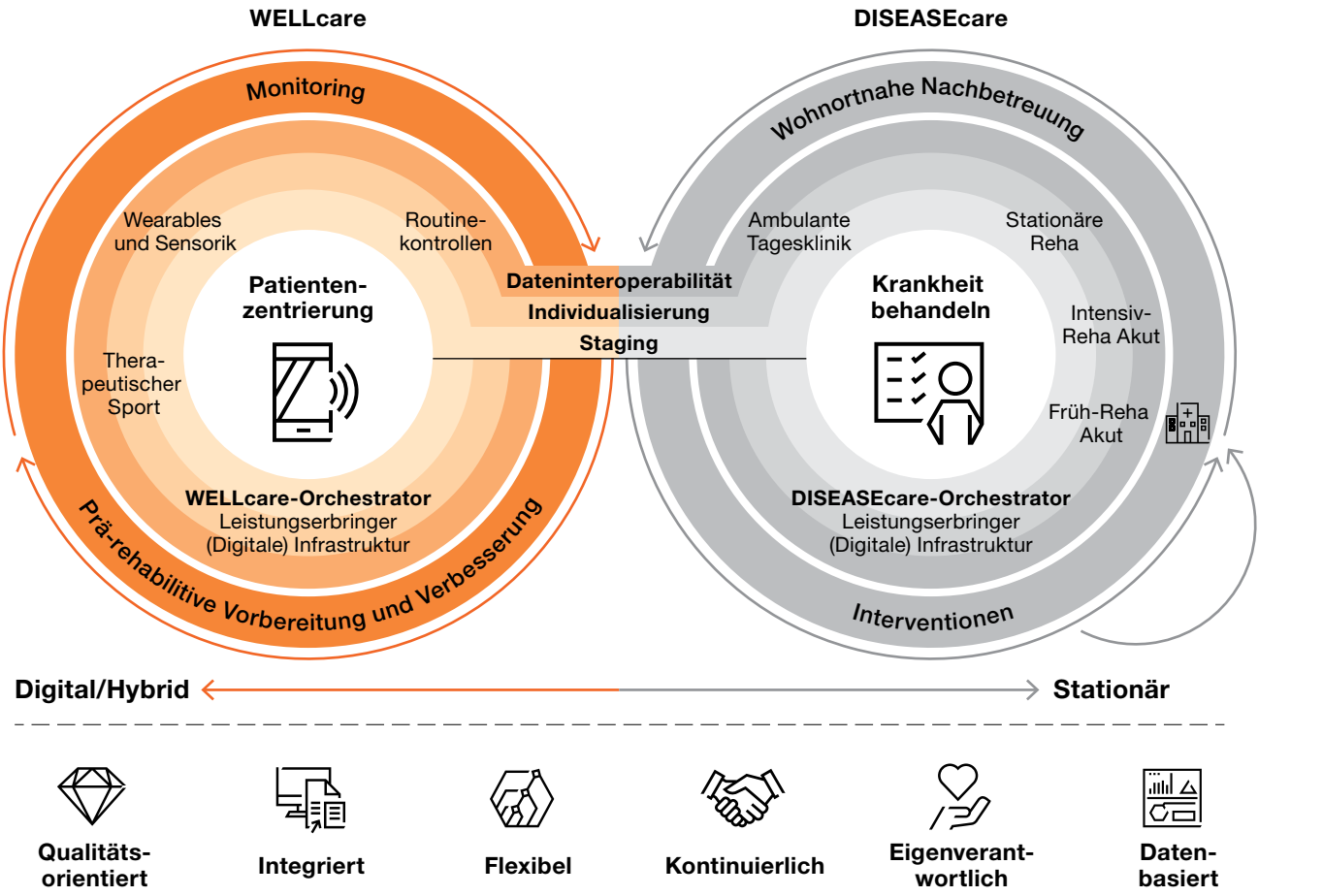
Dr. med. Serge Reichlin, CEO Barmelweid Gruppe AG, Vorstandsmitglied SW!SS REHA

13 Vgl. «Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Spitälern», Bundesamt für Statistik, 2025

Iteratives Versorgungskontinuum

Das Zusammenspiel von Monitoring und gezielten Interventionen transformiert die Langzeitnachsorge weg von der bisher episodischen Versorgung hin zu einer kontinuierlichen Betreuung. Das setzt voraus, dass Reha-Einrichtungen strategisch enger mit anderen Pflegeinstitutionen und Versicherern zusammenarbeiten (vgl. Abbildung 30).

Abbildung 30: Das Zusammenwirken der Versorgungsstufen führt in der Reha zu einem Versorgungskontinuum



Stufenübergreifende, datenbasierte Vernetzung

Eine klare Patientensteuerung, strukturierte Übergaben und durchgängige Informationsflüsse sorgen dafür, dass Ressourcen richtig eingesetzt werden. Die Behandlungspfade sind zunehmend vernetzt und binden niedergelassene Psycholog:innen und Therapeut:innen ein. Diese werden für die Patient:innen im zunehmend hybriden Modell alltagsnah organisiert – etwa zu Hause oder bei der beruflichen Wiedereingliederung am Arbeitsplatz. Integriert-vernetzte Angebote sind für Patient:innen vor allem dann sinnvoll, wenn eine gemeinsame ärztliche weiterführende Behandlung in enger Zusammenarbeit mit dem Akutbereich nötig wird, zum Beispiel in der komplexen Unfallrehabilitation, in der neurologischen Rehabilitation, oder mit Pflegeinstitutionen in der nachgelagerten Versorgung.

> «In der abgestuften Versorgung hat die Verlegung aus der Rehabilitation in ein Pflegeheim auch bei gut vernetzten Partnern noch ein grosses Potenzial, insbesondere im Hinblick auf Steuerung, Kapazitäten und Datenübergaben.»
>
> **Dr. med. Till Hornung,** CEO Klinikgruppe Valens



Ambulantisierung

Früher auf ambulant wechseln

Der Grossteil der Rehabilitationsleistungen entfällt heute auf den stationären Bereich. Die Ambulantisierung in der Rehabilitation besteht in erster Linie in einer früheren Entlassung aus dem stationären Setting und dem Fortführen der Behandlung in einer Tagesklinik. Verglichen mit der Akutsomatik ist das Verlagerungspotenzial hier geringer. Wir schätzen es auf bis zu 20 % bis 2045 und besonders hoch in der Folge von muskuloskelettalen und kardiologischen Akutereignissen (vgl. Abbildung 31).

> «Hybride Versorgungsmodelle werden zunehmen, so können ausgewählte Patienten nach einer dann verkürzten stationären Rehabilitation im zweiten Teil der Behandlung in ein ambulantes Reha-Setting überführt werden.»
>
> **Dr. med. Till Hornung,** CEO Klinikgruppe Valens

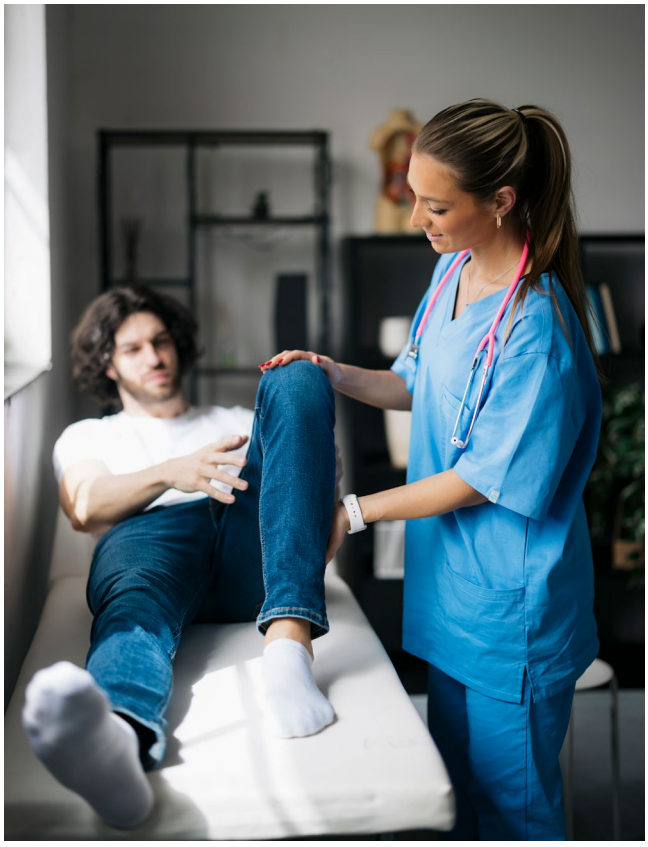


Abbildung 31: Das Ambulantisierungspotenzial der Rehabilitation ist geringer als in der Akutsomatik

Fachgebiet	Potenzial
Arbeitsorientiert	○ ○ ●
Muskuloskelettal	○ ○ ●
Kardiologisch	○ ○ ●
Neurologisch	○ ● ○
Pulmonal	○ ● ○
Internistisch-onkologisch	○ ● ○
Geriatrisch	● ○ ○
Paraplegiologisch	● ○ ○
Psychosomatisch	○ ● ○
Gesamt	**bis zu 20 %**

Niedrig Mittel Hoch

«Das langfristige Ambulantisierungspotenzial schätzen wir auf 20 % bis 25 %, sofern finanzielle und digitale Grundvoraussetzungen gegeben sind.»

Dr. Gianni R. Rossi,
CEO Suva-Kliniken

Primärversorgung in der Schweiz stark ausgeprägt

Die ambulante Rehabilitation bedingt ein strukturiertes, inter- und multiprofessionelles fachärztlich geführtes Behandlungsprogramm. Dabei leben die Patient:innen zu Hause oder, dort wo vorhanden, in Einrichtungen auf dem Klinikareal und suchen die Einrichtung regelmässig auf, um ein individuelles, zielorientiertes Rehabilitationsprogramm zu absolvieren.[14]

Im internationalen Vergleich weist das Schweizer Rehabilitationsmodell einen deutlich höheren Pflegeanteil mit stärker ausgeprägter Primärversorgung auf. So können Patient:innen früh aus der Akutsomatik in die stationäre Rehabilitation wechseln. Die beschriebene Ambulantisierung aus dem stationären Sektor bedingt, dass ambulante Kompetenzen in der Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen in der Rehabilitation gestärkt werden.

Nicht alle Patient:innen eignen sich für die ambulante Rehabilitation. Bei der Auswahl sollten die Verantwortlichen die folgenden Kriterien berücksichtigen:

- Rehabilitationsbedarf-, -fähigkeit- und -potenzial (u. a. nach internationaler Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF)
- Zusammenspiel von Körper, Seele und Umfeld im Rahmen des biopsychosozialen Modells
- Gewährleistung Mindesttherapiezeit und -intensität

Anspruchsvolle Voraussetzungen

Für die ambulante Rehabilitation müssen die Einrichtungen ihre Infrastruktur anpassen. Zum Beispiel müssen sie in enger Zusammenarbeit mit Akutspitälern bei Bedarf die ambulante Notfallversorgung oder die Überführung in ein stationäres rehabilitatives Setting gewährleisten.

Die Anforderungen an die ambulante Rehabilitation sind genauso aufwendig wie im stationären Setting: multidisziplinär, inter- und multiprofessionell, fachübergreifend und komplex. Therapeutisch besteht eine Tendenz zu mehr Gruppentherapien. Im Weiteren stellt sich die Frage, wie eine Einrichtung vormals stationäre Räume nutzen will, die durch die Ambulantisierung frei werden. Ebenfalls entscheidend ist der Aufbau ambulanter Qualitätsdaten, um Behandlungserfolge zu messen und mögliche Revisionen ohne Beanstandungen zu überstehen.

Wiedereingliedern statt verrenten

In der Folge des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» ist die Rehabilitation bis 2045 in den Alltag integriert. Das erlaubt es den Akteuren ausserdem, dem Fachkräftemangel gezielt entgegenzuwirken. Eine ambulante und wohnortnahe Rehabilitation unterstützt die Patient:innen, die noch im Arbeitsleben stehen, früher in ihren Alltag und ihre Arbeit zurückzukehren. Demnach müssen die Patientenselektion und die Koordination gezielt erfolgen.

14 Vgl. «DefReha©: Rehabilitation: Definition und Mindestanforderungen», H+ Ihre Spitäler, 2025

Digitale Transformation

Heute beim Support, morgen in der Kernkompetenz

Die digitale Transformation betrifft heute vorwiegend die Supportprozesse von Rehabilitationseinrichtungen. In Zukunft kommt sie zunehmend bei den Kernprozessen zum Tragen (vgl. Abbildung 32). Damit reduziert sich der Dokumentationsaufwand deutlich. Daten aus vorgelagerten Bereichen werden dank besserer Schnittstellen und höherer Interoperabilität einfacher verfügbar. Dazu braucht es ganzheitliche KI-Governance-Modelle, die einen skalierbaren und verantwortungsvollen Einsatz der Technologien gewährleisten. Für Einzeltherapien unterstützt der digitale Zwilling die Individualisierung der Behandlung.

Abbildung 32: Die Digitalisierung in der Rehabilitation kommt zunehmend in Kernprozessen zum Tragen

Wertschöpfung	Effekt	Beispiele
Supportprozesse		
• Strukturierte Aufbereitung von Patientenakten vorgelagerter Leistungserbringer für eine fokussierte Sekundärdiagnostik • Kapazitätsmanagement, digitalisierte Therapieplanung und Dokumentation, Optimierung des Patientenflusses, datenbasiertes Leistungsmanagement	Hoch: Fokus auf Datenintegrationen und Interoperabilität der Leistungserbringer und Ressourcen	• Interoperabler Datenaustausch • Universale Schnittstelle zu allen Systemen (Exoskelette, Wearables, therapeutische Geräte, Ärzte-Datenbanken, klinische Informationssysteme) • Automatisierte nebenläufige Administration • Interoperabler Datenaustausch zwischen allen Beteiligten
Kernprozesse		
• Teilambulante Tele- oder Videokonsultationen zur Nachsorge • Wearables und Sensorik zur Qualitätsmessung • Echtzeitmonitoring von Vitalwerten • Gamification und Virtual Reality zur Patientenmotivation und besseren Erreichung der Therapieziele • Digitaler Zwilling für individuelle Einzeltherapien • Zulassung digitaler Gesundheitsanwendungen unter Nachweis ihrer Wirksamkeit (wie DiGa in Deutschland)	Mittel: Fokus auf abgestufte Versorgung, Nachsorge und Selbstmanagement	• Echtzeitmessung von Stimmung, Schlaf, Stress • KI-gestützte Risikoklassifizierung und Früherkennung von Behandlungsentwicklungen • Digitale Vorab-Anamnese • Automatisierte Datenübernahme aus Arztbriefen • Digitale Vorbefund-Dashboards • Echtzeit-Therapieplanung • Exoskelette

Von der Therapie zur telemedizinischen Begleitung

Digitale Therapieangebote für Patient:innen ergänzen die Präsenztherapie wirkungsvoll und sind evidenzbasiert. Deshalb dürften sie sich insbesondere in der Nachsorge etablieren. Dort wird kontinuierliches Monitoring aus der Ferne irgendwann zum Standard. Dadurch steigen Reichweite, Therapietreue und Skalierbarkeit der eingesetzten Instrumente. Entsprechend entwickeln sich Reha-Therapeut:innen immer stärker zu telemedizinischen Coaches.

Iteratives digitales Outcome-Tracking

Wearables und Implantate messen Funktionsgewinne, unterstützen die Reintegration und beleuchten biologische psychosoziale Faktoren. Damit bieten Digitalisierung, digitale Transformation und Robotik Chancen für mehr Qualität in der Nachbetreuung. Das digitale Tracking der Ergebnisse macht die Reha-Angebote noch nachhaltiger, womit sich die Therapieresultate weiter verbessern lassen.

Intuitive Unterstützung im Hintergrund

Bis 2045 sind digitale Technologien fester Bestandteil der Rehabilitation. Medizinisch zertifizierte KI unterstützt Therapie, Monitoring und Nachsorge nahtlos entlang des gesamten Reha-Pfads und arbeitet weitgehend im Hintergrund. Einzelne Apps verlieren an Bedeutung. Stattdessen entstehen integrierte Lösungen, die Abläufe automatisch unterstützen. Die Zusammenarbeit zwischen Patient:innen, Reha-Coaches und digitalen Anwendungen gestaltet sich so intuitiv, dass die Beteiligten die Technologien kaum noch bewusst wahrnehmen.

> «Wir müssen digitale Anwendungen heute nicht mehr monofunktional in Silos, sondern integriert denken. Die Digitalisierung des Übergangs in die Rehabilitation wird für die Steuerung und das Outcome der Patient:innen entscheidend sein.»
>
> **Dr. med. Serge Reichlin,** CEO Barmelweid Gruppe AG, Vorstands-Mitglied SW!SS REHA



Rehabilitation 2045 – kurz und bündig

- Die Rehabilitation rückt zunehmend näher zur Akutsomatik, Pflege und Nachsorge.
- In Zukunft geht es um ein durchgängiges Versorgungskontinuum mit abgestuften, vernetzten Pfaden, also weniger um lineare Übergaben.
- Die Versorgung wandelt sich von der episodischen Behandlung zur kontinuierlichen Optimierung.
- Als ergänzender Behandlungsabschnitt werden eine ambulante oder hybride Rehabilitation immer wichtiger. Die digitale Transformation verschiebt sich vom Supportbereich in den Kernprozess.



Zahlen haben das Wort

Analog der Psychiatrie übertragen wir unsere Erkenntnisse aus der Studie «Zukunftsperspektiven für die Spitallandschaft Schweiz» auf die Schweizer Rehabilitation. Auf den folgenden Seiten gehen wir mit unserer Modellierung der Frage nach, wie stark Nachfrage, Kapazitäten und Personal bis 2045 wachsen, wenn die heutige Struktur weitergeführt wird, und wie die Handlungsfelder abgestufte Versorgung, Ambulantisierung und digitale Transformation dieses Wachstum detailliert verändern. Die Betrachtung bezieht sich auf Rehabilitationskliniken der Kategorie K221 nach BFS. Wie im Kapitel Psychiatrie handelt es sich um ein annahmebasiertes Gedankenexperiment für das Gesamtsystem und nicht um eine Prognose für einzelne Häuser.

Status quo 2045 ohne strukturelle Anpassungen

In diesem Basisszenario gehen wir davon aus, dass die Schweizer Rehabilitationslandschaft den Ist-Zustand beibehält und weder neue Versorgungsmodelle einführt noch eine flächendeckende Ambulantisierung oder digitale Transformation umsetzt. Ausgangspunkt für unsere Prognosen bildet das Jahr 2023. Die Tarifierung haben wir bewusst vereinfacht und vorausgesetzt, dass die Schweizer Rehabilitationseinrichtungen ihre EBITDAR- oder Jahresergebnis-Margen konstant halten.

Stationäres und ambulantes Wachstum

Die Rehabilitation wächst in diesem Szenario deutlich stärker als die Psychiatrie. Wir gehen von einem jährlichen Wachstum von 1,35 % stationär und 0,87 % ambulant aus. Auch hier haben wir das zu erwartende Wachstum anhand der aktuellen Beanspruchung je Alterskategorie abgeleitet.

Pflegetage und Konsultationen

Ohne strukturelle Veränderungen steigen die stationären Pflegetage von 1,5 Mio. im Jahr 2023 auf 2,0 Mio. im Jahr 2045. Gleichzeitig klettern die ambulanten Konsultationen auf 0,6 Mio., der Bettenbedarf auf 6,1 Tsd. und der Personalbedarf auf 12,9 Tsd. FTE. Haupttreiber des Wachstums ist die starke Alterung der Bevölkerung. Die Rehabilitation würde bis ins Jahr 2045 noch stärker wachsen, wenn die Aufenthaltsdauer in den Akutspitälern weiter reduziert würde und damit eine frühere Verlagerung aus den Akutspitälern in die Rehabilitation stattfände.



Infrastruktur und Fachkräfte

Die Rehabilitation ist ein stark wachsender Markt. Gerade weil der Sektor betten-, therapie- und personalintensiv ist, führt die Fortschreibung des Status quo zu einem substanziellen Ausbau von Infrastruktur und Fachkräften (vgl. Abbildung 35). Die zentrale strategische Frage lautet deshalb, in welchem Setting dieses Wachstum künftig erbracht werden soll – und kann.

Zielbild 2045 bei strukturellen Anpassungen

Annahmen für das Zielbild

Für die Rehabilitation haben wir die Annahmen so getroffen, dass sie die Logik des Sektors abbilden (vgl. Abbildung 33): komplexe und pflegeintensive Verläufe bleiben stationär, geeignete Therapiebausteine und Verlaufskontrollen werden häufiger in tagesklinische, wohnortnahe Settings oder ambulant verlagert. Die digitale Transformation betrifft vor allem die Therapieplanung, standardisierte Assessments, die Outcome-Messung und reibungsfreiere Schnittstellen.

Abbildung 33: Dem Zielbild liegen bewusst ambitionierte Annahmen zugrunde

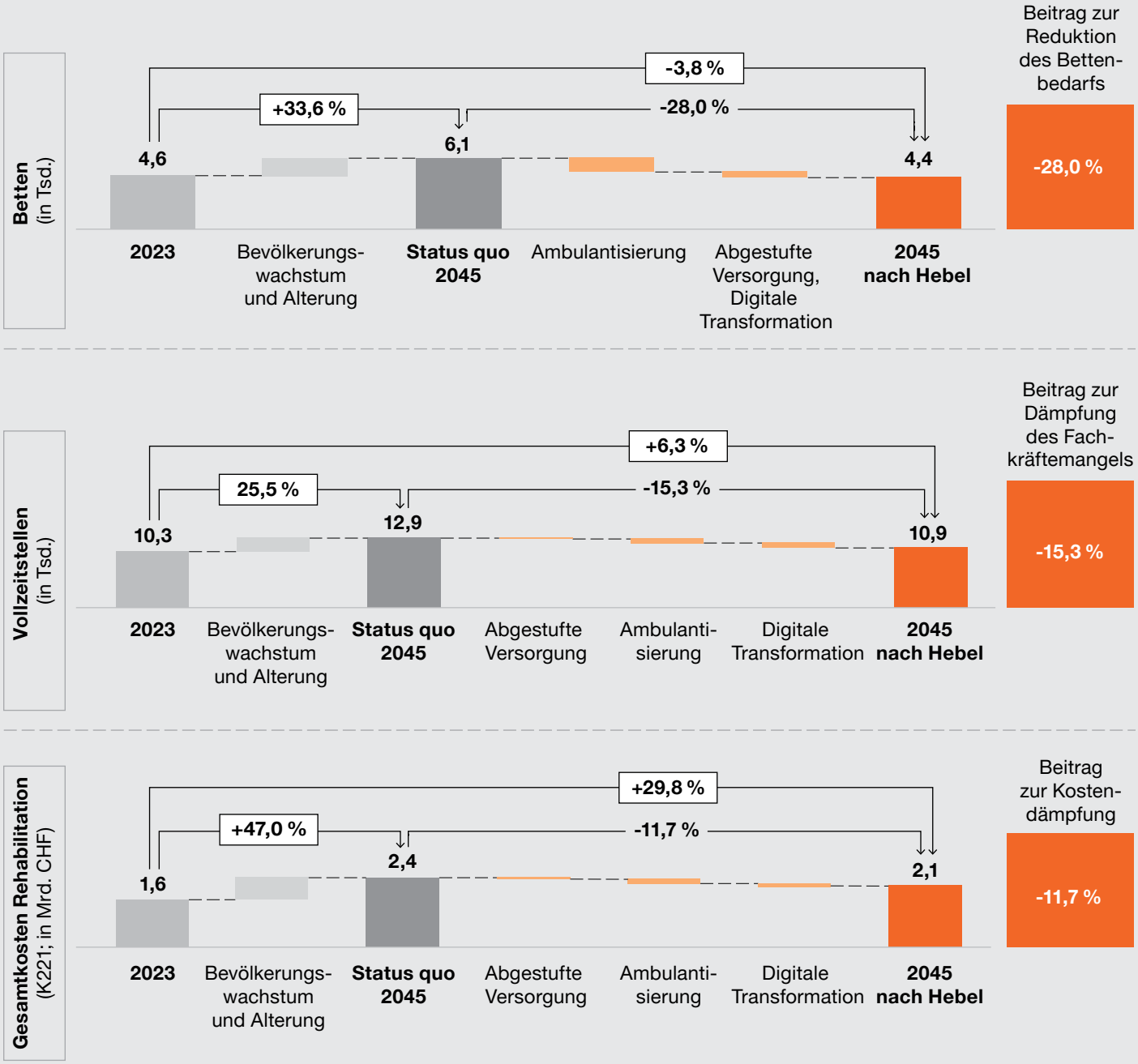
Annahme	Zielbild
Ambulantisierbarer Anteil der Pflegetage	20 %
Zielauslastung stationär	100 %
Effekt digitale Transformation: Standardisierung, Triage, Dokumentationsentlastung, Steuerung und Prozessdisziplin	ca. +10 % produktive Arbeitsleistung
Effekt abgestufte Versorgung: Weniger Doppelspurigkeit, Bündelung von Funktionen und geringerer Sockelbedarf	ca. +1,5 % betriebliche Effizienz



Korrelierende und kumulierende Wirkung

Wie in der Psychiatrie verändern abgestufte Versorgung, Ambulantisierung und digitale Transformation auch die Eingriffsarten und Infrastruktur in der Rehabilitation grundlegend (vgl. Abbildung 34). Die abgestufte Versorgung verbessert die Zusammenarbeit zwischen Akutspital, stationärer und ambulanter Rehabilitation sowie der Nachsorge. Durch die Ambulantisierung werden geeignete Therapien und weniger komplexe Behandlungen vermehrt und früher ambulant erbracht. Gleichzeitig steigert die digitale Transformation die Effizienz und verbessert die Steuerung dieses wachsenden Sektors.

Abbildung 34: Die drei Handlungsfelder machen sich in der Rehabilitation bei der Infrastruktur und den Kosten deutlich bemerkbar



Pflegetage und Konsultationen

Im Zielbild sinkt das stationäre Volumen gegenüber dem Status quo 2045 auf 1,6 Mio. Pflegetage, während die ambulanten Konsultationen auf 1,8 Mio. anwachsen. Das entspricht einem Rückgang der stationären Pflegetage gegenüber dem Status quo um 20 % und einem Anstieg der ambulanten Konsultationen um 185 %.

Stationäre Infrastruktur

Besonders sichtbar wird die Auswirkung auf die stationäre Infrastruktur. Der Bettenbedarf fällt im Zielbild von 6,1 Tsd. im Status quo 2045 auf 4,4 Tsd. Damit lässt sich der ansonsten notwendige Bettenausbau vermeiden. Die Rehabilitation bleibt zwar auch im Zielbild ein stationär dominierter Sektor, wächst aber deutlich weniger bettenintensiv.

Personalbedarf

Der Personalbedarf bleibt im Zielbild über dem Ausgangsniveau, wächst jedoch wesentlich flacher als im Status quo 2045 (vgl. Abbildung 35). Statt 12,9 Tsd. FTE werden 10,9 Tsd. FTE benötigt; das sind 15,3 % weniger als im Basisszenario, aber weiterhin mehr als im Jahr 2023. Darin liegt das stärkste Zukunftsmomentum: Die abgestufte Versorgung, Ambulantisierung und digitale Transformation verhindern nicht das Wachstum der Rehabilitation, sondern lenken dieses in produktivere und besser skalierbare Strukturen. Die Anzahl der stationären Pflegetage sinkt, während die verbleibenden stationären Pflegetage spezialisierter, komplexer und fokussierter werden.

Finanzen

Angenommen die Tarifgestaltung lässt die Effekte der digitalen Transformation auf die Margen bis 2045 zu, so reduzieren die drei Handlungsfelder die Systemkosten gegenüber dem Status quo 2045 um 0,3 Mrd. CHF. Das entspricht einer Einsparung der Systemkosten von 11,7 %. Diese Hochrechnung trägt der Tatsache Rechnung, dass die Leistungserbringer im Zusammenhang mit der digitalen Transformation auf signifikante Investitionen angewiesen sind. Im Zielbild wird von Investitionen in Höhe von 20 % des Betriebsertrags alle acht Jahre ausgegangen. Entsprechend wurde die EBITDAR-Marge indikativ um 2,50 % erhöht.

> «Ein gezielter Einsatz der ambulanten Rehabilitation fördert in den meisten Fällen eine bessere und schnellere Rückkehr des Patienten ins Familien-, Sozial- und Berufsleben.»
>
> **Dr. Gianni R. Rossi,** CEO Suva-Kliniken

Abbildung 35: Strukturelle Anpassungen tangieren die Kennzahlen der Rehabilitation massgeblich

	2023 Ist	2045 Status quo	%Δ zu Ist 2023	2045 Zielbild	%Δ zu Status quo 2045
Bettenkapazität					
Anzahl Betten (Tsd.) (Annahme = 90/95/100 % Auslastung)	4,6	6,1	33,6 %	4,4	(28,0 %)
Stationäre Leistung					
Pflegetage (Mio.)	1,5	2,0	34,4 %	1,6	(20,0 %)
Ambulante Leistung					
Konsultationen (Mio.)	0,5	0,6	20,9 %	1,8	185,2 %
Personelle Ressourcen (FTE in Tsd.)					
Ärztepersonal	0,8	1,0	30,3 %	0,9	(13,5 %)
Pflegepersonal	3,6	4,8	30,6 %	3,8	(20,2 %)
Übriges medizinisches Personal	2,3	2,9	30,0 %	2,6	(12,2 %)
Übriges Personal	3,6	4,2	16,5 %	3,7	(12,4 %)
Total Personal	**10,3**	**12,9**	**25,5 %**	**10,9**	**(15,3 %)**
Finanzielle Auswirkungen (Mrd. CHF)					
Betriebsertrag (Systemkosten)	1,6	2,4	47,0 %	2,1	(11,7 %)
Betriebsaufwand	(1,4)	(2,1)	47,0 %	(1,8)	(14,3 %)
EBITDAR	**0,2**	**0,3**	**47,0 %**	**0,3**	**6,5 %**
EBITDAR-Marge	12,1 %	12,1 %		14,6 %	
Investitionsaufwand	(0,2)	(0,2)	47,0 %	(0,3)	10,4 %
Jahresergebnis	**(0,0)**	**(0,1)**	**47,0 %**	**0,0**	**(11,7 %)**





Studiendesign und Modellierung

Methodik

Mit der vorliegenden Studie haben wir wie bereits in den Vorjahren die operativen und finanziellen Schlüsselkennzahlen und quantitativen Marktentwicklungen des Schweizer Gesundheitswesens analysiert. Wir haben diese Studie in Eigenregie durchgeführt. Basis dafür waren die publizierten Jahresrechnungen 2007 bis 2025 von 43 Akutspitälern unterschiedlicher Grösse aus fast allen Kantonen und 12 Psychiatrien aus dem öffentlichen Sektor. Die Studie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Repräsentativität für das Schweizer Gesundheitswesen.

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 Spitäler ihre Informationen unterschiedlich detailliert ausweisen, kann die Stichprobengrösse je nach Kennzahl leicht variieren. Ebenfalls können sich einige Kennzahlen aus den Vorjahren aufgrund rückwirkender Anpassungen der Jahresabschlüsse (Restatements) oder bisher nicht verfügbarer Details verändern.

Studienteilnehmende

Akutspitäler

Tabelle 1: Akutspitäler als Stichprobe für das Jahr 2025

Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	Kantonsspital Obwalden	Spital Wallis (konsolidiert)
Ente Ospedaliero Cantonale (EOC)	Kantonsspital Uri	Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG
Felix Platter-Spital	Kantonsspital Winterthur	Spitäler Schaffhausen
GZO Spital Wetzikon	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden
Hôpital du Jura	Luzerner Kantonsspital	Spitalzentrum Biel
HOCH Health Ostschweiz	Regionalspital Emmental AG	SRO AG
Hôpital fribourgeois – HFR Fribourg – Hôpital cantonal	Regionalspital Surselva	Stiftung Ostschweizer Kinderspital
Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe)	Solothurner Spitäler AG	Stiftung Spital Muri
Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais	Spital Bülach	Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Inselgruppe AG	Spital Limmattal	Universitäts-Kinderspital Zürich, das Spital der Eleonorenstiftung
Kantonsspital Aarau AG	Spital Männedorf AG	Universitätsspital Basel
Kantonsspital Baden AG	Spital Schwyz	Universitätsspital Zürich
Kantonsspital Baselland	Spital STS AG	Zuger Kantonsspital AG
Kantonsspital Glarus	Spital Thurgau AG Kantonsspitäler Frauenfeld und Münsterlingen	
Kantonsspital Graubünden	Spital Uster	

Psychiatrien

Tabelle 2: Psychiatrien als Stichprobe für das Jahr 2025

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	Psychiatrische Dienste Aargau AG	PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG
Luzerner Psychiatrie AG	Klinik SGM Langenthal (Stiftung für Ganzheitliche Medizin)	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)
Psychiatrie Baselland	Psychiatrie St.Gallen	Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw)
Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM)	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	Psychiatrische Dienste Graubünden

Wesentliche Modellannahmen

Annahmen für die Psychiatrie und die Rehabilitation

Annahme	Zielbild Psychiatrie	Zielbild Rehabilitation	Begründung
VHL/Fixkosten – Ärzteschaft, Pflege, Med.-Tech.	15 %	10 %	24/7-Präsenz auf Station und Notfall (Psychiatrie) und Hintergrunddienste erzeugen einen Sockelbedarf.
VHL/Fixkosten – Übriges Personal	50 %	50 %	Empfang, Disposition, Kodierung und Backoffice sind nur begrenzt mengenabhängig.
Ambulantisierbarer Anteil an Pflegetagen	25 %	20 %	Verlagerung stabilerer und weniger intensiver Verläufe. Frühere Verschiebung.
Ambulantisierung – DMI der verlagerten Fälle (Index)	0,90	0,90	Verlagert werden unterdurchschnittlich komplexe stationäre Fälle ohne Aufsichtsbedarf.
Personalfortbestand bei Ambulantisierung – Ärzteschaft	80 %	80 %	Weniger stationsgebundene Tätigkeiten, aber weiterhin hohe ärztliche Steuerung und direkter Patientenkontakt.
Personalfortbestand bei Ambulantisierung – Pflege	30 %	30 %	Wegfall von Nacht-/Stationsbetrieb sowie deutliche Reduktion der pflegerischen Leistung.
Personalfortbestand bei Ambulantisierung – Med.-Tech.	90 %	90 %	Therapien bleiben Haupttreiber, Nebenaufwand sinkt.
Personalfortbestand bei Ambulantisierung – Übriges Personal	50 %	50 %	Weniger stationsnahe Administration und Logistik. Patientenadministration und -koordination weiterhin notwendig.
Basisentwicklung – Wachstum stationär (p. a.)	1,0 %	1,4 %	Demografie- und beanspruchungsbasiert nach Alterskategorie abgeleitet. Berücksichtigt Mehrwachstum infolge Entstigmatisierung (Psychiatrie).
Basisentwicklung – Wachstum ambulant (p. a.)	0,9 %	0,9 %	Demografie- und beanspruchungsbasiert nach Alterskategorie abgeleitet. Berücksichtigt Mehrwachstum infolge Entstigmatisierung (Psychiatrie).
Kapazitätsannahme – Zielauslastung stationär	98 %	100 %	Höhere Auslastung bei stärkerer Digitalisierung und digitaler Transformation, Profilierung und Koordination.
Effizienzsteigerung durch digitale Transformation	15,0 %	10,0 %	Deutliche Steigerung der produktiven Arbeitszeit aufgrund von Fortschritten bei Dokumentation und sonstigen administrativen Tätigkeiten.
Effizienzsteigerung durch abgestufte Versorgung	4,5 %	1,5 %	Verringerung Sockelbedarf an Personal. Im administrativen Bereich können Funktionen gebündelt werden.



Verzeichnisse

Abbildungen

Abbildung 1	Umsatzentwicklung der Akutspitäler von 2021 bis 2025	Seite 9
Abbildung 2	Aufwand der Akutspitäler in % des Umsatzes von 2021 bis 2025	Seite 10
Abbildung 3	Umsatz- und impliziertes Aufwandswachstum von 2021 bis 2025	Seite 11
Abbildung 4	EBITDAR- und EBITDA-Margen der Akutspitäler von 2021 bis 2025	Seite 12
Abbildung 5	EBIT- und Reingewinnmargen der Akutspitäler von 2021 bis 2025	Seite 12
Abbildung 6	Entwicklung der Eigenkapitalquote der Akutspitäler von 2021 bis 2025	Seite 14
Abbildung 7	Entwicklung der Kapitalrendite der Akutspitäler von 2021 bis 2025	Seite 15
Abbildung 8	Die wichtigsten Profitabilitätskennzahlen der Akutsomatik mit SpitalBenchmark-Daten im Vorjahresvergleich	Seite 16
Abbildung 9	Spitalambulante Leistungen werden in vier Arten eingeteilt	Seite 18
Abbildung 10	Beim Anteil ambulanter Operationen an allen Operationen liegt die Schweiz im EU-Vergleich (2022) im letzten Drittel	Seite 19
Abbildung 11	Das spitalambulante Potenzial variiert nach medizinischem Fachgebiet (Quelle: diverse Gespräche mit Expert:innen)	Seite 20
Abbildung 12	Vielfältige Aspekte tragen dazu bei, dass spitalambulante Betriebsmodelle funktionieren	Seite 23
Abbildung 13	Das Spitalpersonal lässt sich mit diversen Anreizen und Arbeitsbedingungen für die Ambulantisierung gewinnen	Seite 25
Abbildung 14	Für die spitalambulante Leistungserbringung bieten sich drei Betriebsmodelle an	Seite 27
Abbildung 15	Umsatzwachstum von Psychiatrien von 2021 bis 2025	Seite 33
Abbildung 16	Umsatz- und impliziertes Aufwandswachstum der Psychiatrien von 2021 bis 2025	Seite 35
Abbildung 17	Aufwand der Psychiatrien in % des Umsatzes von 2021 bis 2025	Seite 35
Abbildung 18	EBITDAR- und EBITDA-Margen der Psychiatrien von 2021 bis 2025	Seite 36
Abbildung 19	EBIT- und Reingewinnmargen der Psychiatrien von 2021 bis 2025	Seite 36
Abbildung 20	Eigenkapitalquote der Psychiatrien von 2021 bis 2025	Seite 37
Abbildung 21	Entwicklung der Kapitalrendite der Psychiatrien von 2021 bis 2025	Seite 38
Abbildung 22	Die wichtigsten Profitabilitätskennzahlen der Psychiatrie mit SpitalBenchmark- Daten im Vorjahresvergleich	Seite 39
Abbildung 23	Veränderungen in der Orchestrierung der psychiatrischen Versorgung bis 2045	Seite 41
Abbildung 24	Die Psychiatrien können ihre Patient:innen bei abgestufter Versorgung in Zukunft noch rascher richtig versorgen	Seite 42
Abbildung 25	Das Ambulantisierungspotenzial bis 2045 variiert je nach Störungs- und Diagnosegruppe	Seite 46
Abbildung 26	Dem Zielbild liegen bewusst ambitionierte Annahmen zugrunde	Seite 52
Abbildung 27	Die drei Handlungsfelder machen sich in der Psychiatrie in Infrastruktur und Kosten deutlich bemerkbar	Seite 53
Abbildung 28	Strukturelle Anpassungen wirken sich massgeblich auf die Kennzahlen der Psychiatrie aus	Seite 55
Abbildung 29	Die wichtigsten Profitabilitätskennzahlen der Rehabilitation mit SpitalBenchmark-Daten im Vorjahresvergleich	Seite 58
Abbildung 30	Das Zusammenwirken der Versorgungsstufen führt in der Reha zu einem Versorgungskontinuum	Seite 61
Abbildung 31	Das Ambulantisierungspotenzial der Rehabilitation ist geringer als in der Akutsomatik	Seite 63
Abbildung 32	Die Digitalisierung in der Rehabilitation kommt zunehmend in Kernprozessen zum Tragen	Seite 65
Abbildung 33	Dem Zielbild liegen bewusst ambitionierte Annahmen zugrunde	Seite 70
Abbildung 34	Die drei Handlungsfelder machen sich in der Rehabilitation bei der Infrastruktur und den Kosten deutlich bemerkbar	Seite 71
Abbildung 35	Strukturelle Anpassungen tangieren die Kennzahlen der Rehabilitation massgeblich	Seite 73

Tabellen

Tabelle 1	Akutspitäler als Stichprobe für das Jahr 2025	Seite 75
Tabelle 2	Psychiatrien als Stichprobe für das Jahr 2025	Seite 75

Abkürzungen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CHF	Schweizer Franken
CIRS	Critical Incident Reporting System
EBIT	Earnings before interest and taxes
EBITDA	Earnings before interest, taxes, depreciation and amortisation
EBITDAR	Earnings before interest, taxes, deprecia-tion, amortisation and restructuring or rent costs
EFAS	Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen
FTE	Full Time Equivalent; Vollzeitäquivalent
ICT	Informations- und Kommunikationstechnologien
IT	Information Technology
KI	Künstliche Intelligenz
LIK	Landesindex der Konsumentenpreise
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
ROIC	Return on Invested Capital, Kapitalrendite
TARDOC	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen und Dokumentation
TARPSY	Tarifstruktur Psychiatrie
VHL	Vorhalteleistungen

Publikations-übersicht

Blog Gesundheitswesen

Studienübersicht



Zukunftsperspektiven für die Spitallandschaft Schweiz

- Analyse von Szenarien bis 2045 und Handlungsempfehlungen an Spitäler, Politik, Tarifpartner und Bevölkerung
- Darstellung der Auswirkungen einer gezielten Transformation auf Kosten, Personalbedarf und Infrastruktur



Was CFOs von Schweizer Spitälern bewegt

- Fünf Thesen mit Handlungsempfehlungen für die Finanzfunktion im Schweizer Gesundheitswesen
- Entscheidungstragende im Gesundheitswesen müssen die Treiber der Transformation harmonisieren: Mitarbeitende, Prozesse, Daten und Technologien



Herzenssache Gesundheit

- Studie zum Thema Gendermedizin mit dem Schwerpunkt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen



Zielbild für ein nutzungsorientiertes Gesundheitswesen in der Schweiz

- Konzeptionelle Grundlagen, Praxisbeispiele und konkrete Handlungsempfehlungen für Value-based Healthcare (VBHC)
- Ein Modell für ein qualitäts- und patientenzentriertes Gesundheitssystem: unser VBHC Framework für alle Akteure des Schweizer Gesundheitswesens



Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz

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



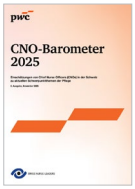
Ambulantisierung: das Gesundheitswesen im radikalen Wandel

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



Spitäler in Schieflage

- Chancen zur besseren Steuerung des ambulanten Bereichs
- Checkliste für eine erfolgreiche Tarifeinführung in Ihrem Spital



CNO-Barometer 2025

- In Zusammenarbeit mit den Swiss Nurse Leaders
- Studie zeigt, wie sich die Herausforderungen der Pflege seit 2023 verschoben haben, weiterhin den Pflegealltag prägen und neue strategische Handlungsfelder eröffnen



Ambulante Pauschalen

- Chancen zur besseren Steuerung des ambulanten Bereichs
- Checkliste für eine erfolgreiche Tarifeinführung in Ihrem Spital



Warum sich Nachhaltigkeit für Schweizer Spitäler lohnt

- Impulspapier mit Handlungsempfehlungen und anschaulichen Praxisbeispielen, die zeigen, wo Sie Nachhaltigkeit gewinnbringend in Ihrem Spital umsetzen können



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

- 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?

Weitere spannende Insights hören Sie in unserem Podcast

Entdecken Sie «The Health Horizon Schweiz» – unser Audioformat, das die Zukunft des Gesundheitswesens beleuchtet. In jeder Episode sprechen wir mit führenden Expert:innen über die drängendsten Herausforderungen und spannendsten Chancen im Gesundheitswesen. Von digitaler Transformation bis hin zu nutzenorientierter Versorgung – wir beleuchten die Themen, die Sie voranbringen.

Neue Episoden erwarten Sie regelmässig auf Ihrer bevorzugten Podcast-Plattform.
pwc.ch/the-health-horizon

15 Jahre Spitalstudie

Die erste Publikation «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2011» von PwC Schweiz erschien im Jahr 2012.

Seitdem haben wir Jahr für Jahr Trends und Schwerpunktthemen aus dem Gesundheitswesen aufgegriffen, analysiert und mit Vertreter:innen aus der Branche diskutiert. Vieles hat sich seit der Erstausgabe verändert. Nur eines ist gleich geblieben: Noch immer fördern wir mit unserer Studie den Dialog darüber, was die Gesundheitsakteure heute, morgen und übermorgen beschäftigt.



Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2024

- Innovation als Schlüssel zur Erholung
- Bewährte Methoden des Innovationsmanagements und Inspiration aus erfolgreichen Beispielen aus dem Spitalumfeld sowie aus anderen Branchen



Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2023

- Schweizer Gesundheitswesen mit Finanzierungsproblemen
- Überblick über Ursachen der aktuellen Spitalkrise sowie Ableitung von Kriterien für Systemrelevanz, konkrete Notfallmassnahmen für Spitäler, Handlungsmöglichkeiten der Kantone zur Rettung und mögliche Schritte bei einer Spitalschliessung



Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2022

- Digitale Transformation als Befreiungsschlag
- Chancen und Investitionsansätze als auch Best Practices einer erfolgreichen digitalen Transformation



Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2021

- Die Zukunft der Arbeit – unsere Fachkräfte von morgen
- Prognose des erwarteten Personalbedarfs für die Jahre 2030 und 2040



Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2020

- Das Schweizer Gesundheitswesen im Zeichen der Pandemie
- Schlüsselentwicklungen in der Tariflandschaft



Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2019

- Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Schweizer Spitäler – Erfolgsfaktoren für den Aufbruch im Schweizer Spitalwesen



Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2018

- Investitionsentwicklung und Finanzfunktion der Zukunft
- Entwicklung und zukünftige Gestaltung des Schweizer Gesundheitswesens



Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2017

- Gedankenreise in die Versorgungslandschaft von übermorgen
- Übersicht Alters- und Pflegeheimmarkt



Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016

- Externe Finanzierung heute und übermorgen
- Die Versorgungslandschaft im Wandel
- Der Behandlungspfad im Jahr 2030



Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2015

- 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

- Kooperationen, Übernahmen und Fusionen
- Bewertung von Spitalbetrieben



Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2012

- Finanzielle Gesundheit der Akutspitäler
- Investitionseffizienz



Schweizer Spitäler: Den Finanzen auf den Puls gefühlt 2011

- Finanzielle Gesundheit der Akutspitäler

Gerne für Sie da

Das Autorenteam freut sich, von Ihnen zu hören.



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



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



Dr. oec. Paul Sailer
Director
Beratung Gesundheitswesen
PwC Schweiz
+41 58 792 78 46
paul.sailer@pwc.ch



Stefanie Schneuwly
Senior Managerin
Beratung Gesundheitswesen
PwC Schweiz
+41 58 792 29 14
stefanie.schneuwly@pwc.ch



Michael Mehner
Senior Manager
Beratung Gesundheitswesen
PwC Schweiz
+41 79 588 26 65
michael.mehner@pwc.ch



Nick Eggerschwiler, CFA
Senior Manager
Deals Gesundheitswesen
PwC Schweiz
+41 79 245 90 06
nick.e.eggerschwiler@pwc.ch



Sarah Näther
Managerin
Beratung Gesundheitswesen
PwC Schweiz
+41 79 875 79 57
sarah.n.naether@pwc.ch



Natalie Rothaug
Consultant
Deals Gesundheitswesen
PwC Schweiz
+41 76 335 78 20
natalie.rothaug@pwc.ch

Unser Dank gilt den Gesprächspartner:innen für ihre wertvollen Beiträge und anregenden Impulse.



Unsere Expert:innen aus den unterschiedlichsten Bereichen wie Beratung, digitale Transformation, Wirtschaftsprüfung, Corporate Finance & Transaktionen und aktuarielle Beratung setzen sich gemeinsam für eine starke Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens ein.



Ihr PwC-Leadership-Team im Gesundheitswesen
V. l. n. r.: Patrick Schwendener, David Roman, Paul Sailer, Philip Sommer, Gerhard Siegrist

pwc

www.pwc.ch/gesundheitswesen

© 2026 PwC. All rights reserved. PwC refers to the PwC network and/or one or more of its member firms, each of which is a separate legal entity. Please see www.pwc.com/structure for further details.