

PwC-Studie zeigt: Finanzielle Situation der Schweizer Spitäler weiter angespannt, neue innovative Betriebsmodelle sind auf dem Vormarsch

Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2015

Die Schweizer Spitäler entwickeln neue Betriebsmodelle, richten die Angebote neu aus und optimieren die Prozesse. Dies sind Indizien, dass die Dynamik im Schweizer Spitalwesen weiter zunimmt. Ein wesentlicher Treiber dahinter sind die Vorgaben zur Spitalfinanzierung, die einen regulierten Wettbewerb anstreben und zunehmend Wirkung zeigen.

Die Studie von PwC zeigt auf, wie gesund die Finanzkennzahlen der Schweizer akutsomatischen Spitäler wie auch Psychiatrien im Jahr 2015 waren. Die neueste Ausgabe der etablierten Studie wird im «clinicum» in einer gekürzten Fassung veröffentlicht, grösstenteils im Originalwortlaut.

Wie in den Vorjahren basiert der quantitative Teil der Studie auf den publizierten Jahresrechnungen der untersuchten Spitäler. Für die diesjährige Ausgabe hat PwC die EBITDAR-Margen konsequent berücksichtigt, um eine bessere Vergleichbarkeit der unterschiedlich kapitalintensiven Betriebsmodelle herzustellen.

Vor dem Hintergrund, dass die notwendigen Profitabilitätszielwerte nach wie vor nicht

erreicht werden und der wirtschaftliche Druck weiter steigt, stellt sich die Frage, wie die operativen Ergebnisse weiter verbessert werden können.

Dazu bietet sich ein systematischer Ansatz an, durch welchen die relevanten Hebel für Ergebnisverbesserungen in einem Spital oder einer Psychiatrie identifiziert werden können.

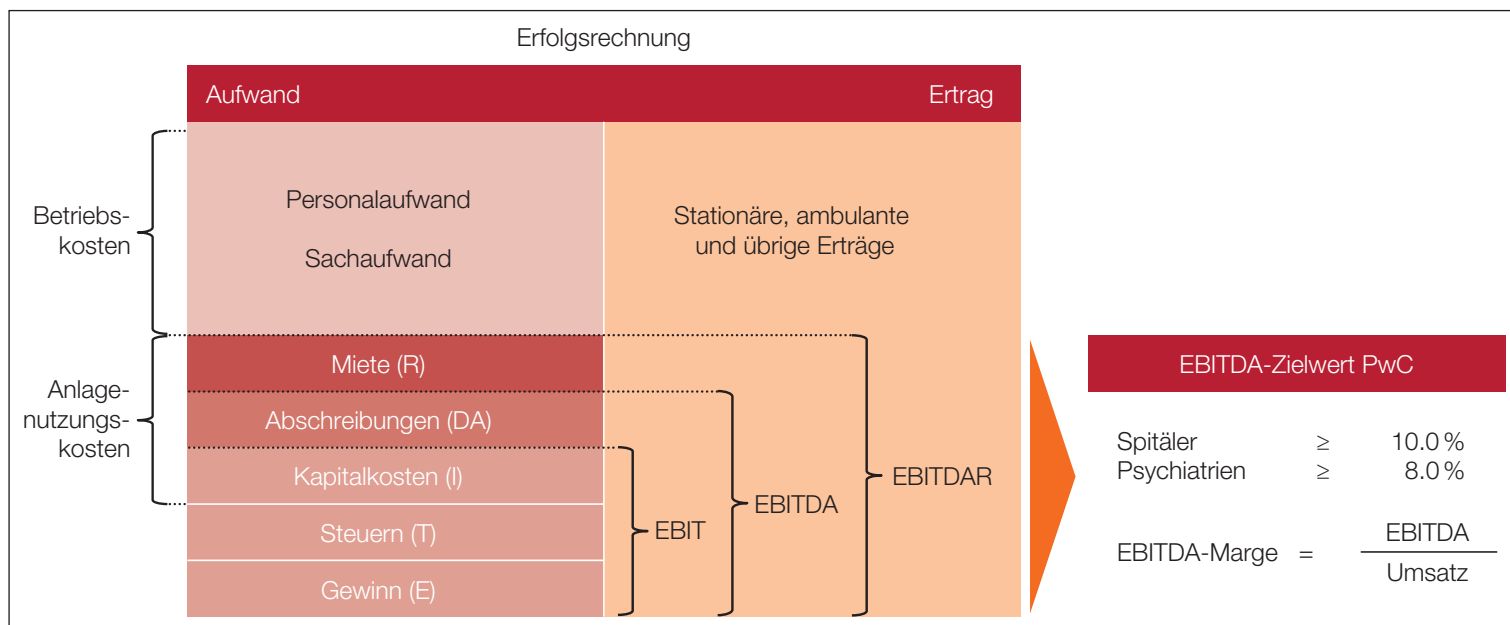
Standortbestimmung – die Krux von EBITDA und EBITDAR

In den bisherigen Studien hat PwC gezeigt, dass sich basierend auf einer risikogerechten Verzinsung des Eigen- und Fremdkapitals (WACC) und einer durchschnittlichen Anlagenutzungsdauer für die Schweiz ein EBITDA-Margenziel ableiten

lässt. Für Akutspitäler liegt dieses bei 10.0% und höher, für Psychiatrien bei 8.0% und mehr.¹ Wenn ein Spital die Liegenschaften zum Beispiel vom Kanton mietet, so fallen dafür keine Abschreibungen und Zinskosten an. Stattdessen zahlt das Spital eine Miete an den Vermieter. Im öffentlichen Gesundheitswesen kommt in der Regel eine Kostenmiete zur Anwendung, weil für solche Liegenschaften kein Markt existiert. Je nach Mietvertrag liegt die Zielgrösse für den EBITDAR, das heisst für den Betriebsgewinn vor Abschreibungen (DA = Depreciation, Amortisation), Zinsen (Interest), Steuern (Tax) und Mieten (Rent) signifikant höher als das EBITDA-Ziel. Ein allgemein-

¹ «Schweizer Spitäler: den Finanzen auf den Puls gefühlt.»; PwC; 2012 und «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2014», PwC; 2015.

Abbildung 1: Schematische Erfolgsrechnung eines Spitals



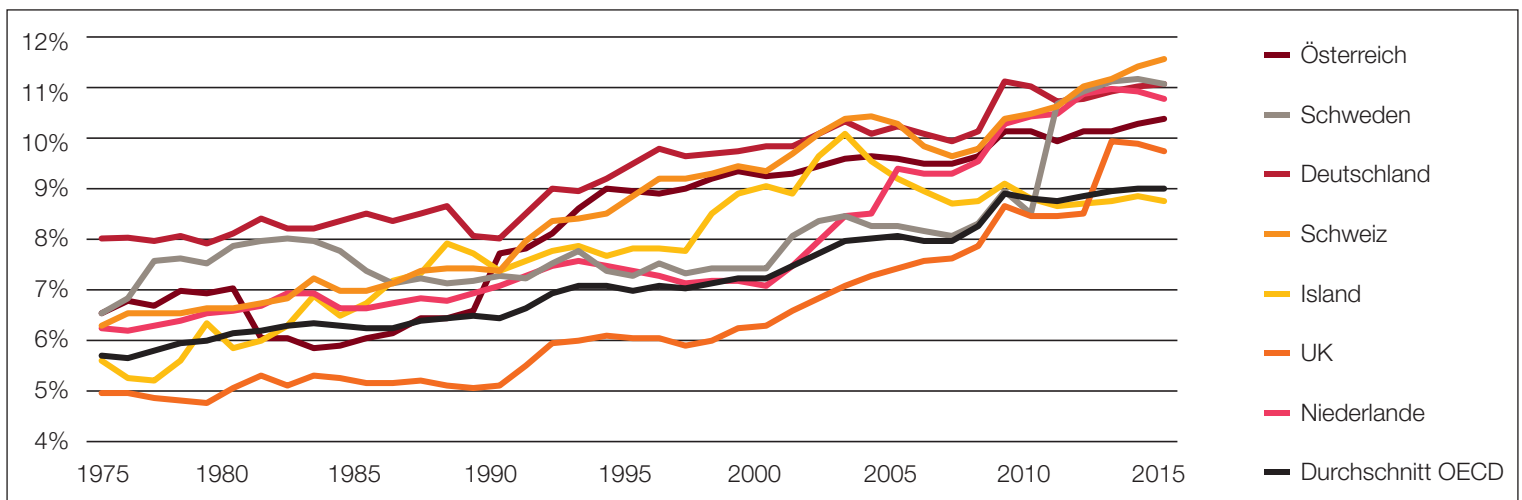


Abbildung 2: Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP 1975 bis 2015 (Quelle: OECD)

gültiger Richtwert lässt sich für diese Kennzahl nicht definieren. Abbildung 1 zeigt schematisch den Aufbau einer Spitalerfolgsrechnung.

Akutspitäler: Umsatzwachstum und stagnierende Profitabilität

Deutlich höheres ambulantes als stationäres Ertragswachstum

Das jährliche Umsatzwachstum der Schweizer Akutspitäler lag in den letzten drei Jahren bei rund 3.5%. Im europäischen Umfeld wurde ein Umsatzwachstum von durchschnittlich 4.7% erreicht.

Der Vergleich zwischen ambulanten und stationären Leistungen zeigt deutlich höhere Wachstumsraten bei den ambulanten Leistungen. Die Mehrheit der Schweizer Spitäler rechnet mit einer signifikanten Ausweitung des ambulanten Bereichs. Die von PwC 2016 veröffentlichte Studie «Ambulant vor stationär: Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen» hat diesen Sachverhalt näher untersucht und liefert konkrete Zahlen und mögliche finanzielle Auswirkungen.²

Ambulante Leistungen wuchsen 2015 andert-halbmal so schnell wie das stationäre Geschäft. Zum Vergleich: In den Jahren 2013 und 2014 lag das ambulante Wachstum noch um den Faktor 3.0 respektive 2.5 über jenem des stationären Wachstums. Obwohl die Wachstumsbasis unterschiedlich ist, wird hier dennoch der zunehmende Grad der Ambulantisierung deutlich. Der medizinische Fortschritt und zukünftige Anpassungen der Tarife werden dafür sorgen, dass

sich dieser Trend fort schreibt. Diese Entwicklung ist zu unterstützen. Denn ambulante Eingriffe erfolgen einerseits oft kostengünstiger als stationäre und sind andererseits für die Patienten meistens angenehmer, zumindest was die Nachsorge in den eigenen vier Wänden betrifft. Ausserdem sind die Infektionsrisiken in der Regel geringer.³ Es braucht Lösungen, mit denen die Leistungserbringer nicht zu einer Mengensteigerung fehlmotiviert werden oder Mengenausweitungen entsprechenden Effizienzgewinnen gegenüberstehen.

Zur Diskussion stehen Ansätze wie etwa die Einführung von ambulanten Behandlungspauschalen für gewisse Eingriffe, von SwissDRG-Pauschalen ohne Übernachtung (Zero-Night DRG) oder eine gezielte Regulierung der Mengen per Gesetz. Nicht zuletzt kommt auch dem Wahlrecht und der unvoreingenommenen Aufklärung der Patienten über alle möglichen Behandlungsalternativen durch medizinische Fachpersonen eine grosse Bedeutung zu.

Gemäss dem Krankenkassenverband santésuisse wiesen die ambulanten Arztkosten 2015 mit 5.7% das grösste Kostenwachstum innerhalb der Gesundheitskosten auf im Vergleich zum Vorjahr. Die Kosten für ambulante Behandlungen im Spital nahmen um 3.2% zu.⁴ Die ambulanten Behandlungskosten tragen vollumfänglich die Krankenkassen.

Daher ist es nicht erstaunlich, weshalb für 2017 mit einem erneuten Anstieg der Krankenkassen

senprämien um bis zu 6.0% zu rechnen ist. Die von den Kantonen mitfinanzierten Kosten im stationären Bereich der Spitäler (ab 2017 gemäss KVG mind. 55.0%) stiegen demgegenüber lediglich um 1.9%. Um Fehlanreize dieser ungleichen Entwicklung möglichst zu verhindern, sind nach Ansicht von PwC einheitliche Finanzierungsregeln für ambulante und stationäre Leistungen zu prüfen. Das durchschnittliche Kostenwachstum der letzten drei Jahre ist hauptsächlich auf ein Mengenwachstum zurückzuführen.

Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandprodukts (BIP) nehmen zu

Das gesamte Kostenwachstum lag in den letzten vier Jahrzehnten nur in zwei von zehn Jahren unterhalb des Wachstums des Bruttoinlandprodukts. Heisst: Der Anteil der Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandprodukts nimmt zu. Abbildung 2 stellt diese Entwicklung für ausgewählte OECD-Länder dar. 2014 betrug die Gesundheitsausgaben in der Schweiz gemäss OECD 11.4% des BIP; für 2015 sind 11.5% prognostiziert.⁵ Seit 1975, als sich die Gesundheitskosten noch auf 6.3% des BIP beliefen, sind die Gesundheitsausgaben sehr viel stärker gestiegen als die gesamte Wirtschaftsleistung. Im Vergleich mit den OECD-Ländern liegt die Schweiz hinter den USA auf Platz zwei.⁶

2 «Ambulant vor stationär: Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen», PwC, 2016.

3 «Zusatzversicherungen von Krankenkassen haben üble Nebenwirkungen», Aargauer Zeitung, 14. Oktober 2016.

4 «Ungebrochenes Kostenwachstum bei den ambulanten Behandlungen», santésuisse, Communiqué vom 16. September 2016.

5 Unter Gesundheitsausgaben versteht die OECD alles, was in einem Land für Waren und Dienstleistungen ausgegeben wird, die mit der Gesundheit seiner Bürger zu tun haben. Investitionen in die Infrastruktur, Aufwendungen für Prävention und Verwaltung sind in der Summe enthalten. Die Daten sind aufgrund unterschiedlicher Berechnungsgrundlagen leicht höher als jene des Bundesamtes für Statistik.

6 Die USA rangieren bei den Gesundheitsausgaben seit jeher auf den Spitzenplätzen.



Patrick Schwendener, CFA, PwC, Director, Head Deals Healthcare

Das Mengenwachstum wird sich künftig fortsetzen

Das Gesundheitswesen wird in Zukunft noch teurer, selbst wenn die Spitäler und andere Gesundheitsdienstleister effizienter werden. Dieses Kostenwachstum liegt nicht primär in der ineffizienten Art der Leistungserbringung begründet, sondern in den gesellschaftlichen Erwartungen an das Gesundheitswesen. Solange sich diese nicht grundsätzlich ändern, werden die Kosten weiter steigen. Die aktuellen Investitions- und Ausbauprojekte in gesamthaft zweistelliger Milliardenhöhe zeigen, dass die meisten Schweizer Spitäler mit wachsenden Fall- und Patientenzahlen rechnen. Eine Schlüsselfrage für die etablierten Gesundheitsdienstleister ist, ob diese Investitionen die aktuellen Trends wie die zunehmende Ambulantisierung,



Philip Sommer, PwC, Director, Head Advisory Healthcare

Digitalisierung etc. genügend berücksichtigen, um auch in Zukunft eine effiziente und effektive Versorgung zu ermöglichen. Ebenfalls unklar ist, welche neuen Dienstleister neben den Spitalern in den Gesundheitsmarkt eintreten und ob diese den etablierten Marktteilnehmern «nur» Patienten und Marktanteile abjagen oder den Markt vergrössern. So bilden sich zum Beispiel seit einigen Jahren vermehrt Gruppenpraxen und mit Migros und Coop haben bereits potente branchenfremde Akteure einen Fuss in die Tür gesetzt.

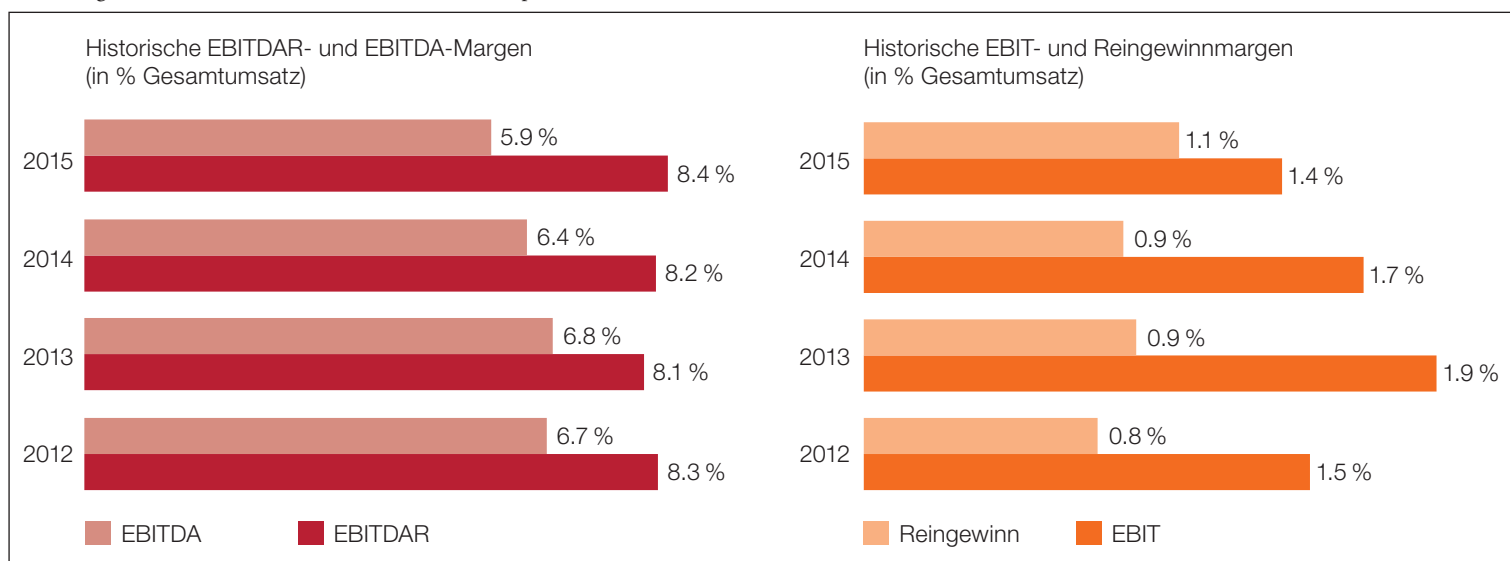
Profitabilitätskennzahlen stagnieren weiter

In der PwC-Studie werden die EBITDAR-Margen erstmals für die untersuchten Spitäler berechnet. Bisher war dies nicht möglich, weil die

notwendigen Informationen nicht von allen Spitalern vorlagen (Mieten sind oft in den Anlagenutzungskosten eingeschlossen, werden aber nicht separat ausgewiesen). Die fehlenden Informationen wurden direkt bei den Studienteilnehmern angefragt. Dabei wurden nur Liegenschaftsmieten (Land und Gebäude) berücksichtigt. Die Profitabilitätskennzahlen lagen 2015 im Median auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr. Während die EBITDA- und EBIT-Margen gegenüber 2014 leicht gesunken sind, erhöhte sich die EBITDAR-Marge um 0.2 Prozentpunkte auf 8.4%. Erfreulicherweise liegen die EBITDAR-Margen seit 2012 um durchschnittlich knapp 2.0 Prozentpunkte über den EBITDA-Margen (vgl. Abbildung 3).

Die Profitabilitätskennzahlen der Schweizer Spitäler haben sich seit 2012 nicht verbessert. Während bei den EBITDAR-Margen eine relativ stabile Seitwärtsbewegung stattgefunden hat, haben sich die EBITDA-Margen um fast einen Prozentpunkt reduziert. Diese divergierende Entwicklung ist zwar statistisch und ökonomisch nicht signifikant, doch ein gutes Beispiel für die Unterschiede zwischen EBITDA und EBITDAR. Lagert ein Akutspital alle Liegenschaften und Gebäude in eine separate Gesellschaft (Immobilien-Gesellschaft) aus, wird als Kompensation für die Gebäudenutzung ein Mietvertrag abgeschlossen. Eine solche Ausgliederung beeinflusst den EBIT kaum, weil die zusätzlichen Mietaufwendungen durch reduzierte Abschreibungen neutralisiert werden. Je nach Ausgestaltung des Mietvertrags können unterschiedliche Liegenschaftsaufwände in der Miete eingeschlossen sein. Dadurch steigen die Mietkosten an, es reduzieren sich bei der Betriebs-Gesellschaft neben den Abschreibungen aber

Abbildung 3: Profitabilitätskennzahlen von Schweizer Spitalern von 2012 bis 2015



zusätzlich weitere Anlagenutzungskosten wie Betriebs-, Unterhalts- oder Verwaltungskosten. Das führt wiederum zu einer teilweisen Kostenneutralisierung. Der EBITDAR ist also ein besseres Indiz für die Profitabilität des Kernbetriebs eines Akutspitals, da die Kennzahl nicht von der Entscheidung Eigentum oder Miete beeinflusst wird. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die verrechneten Mietpreise dem sogenannten «Arms-Length-Prinzip» entsprechen. Dieses besagt, dass für Transaktionen zwischen einander nahestehenden Unternehmen die Verrechnungspreise so festgesetzt werden müssen, wie dies bei einer vergleichbaren Transaktion zwischen unabhängigen Dritten auf einem externen Markt der Fall wäre. Weil es im öffentlichen Gesundheitswesen für Liegenschaften keine Marktpreise gibt, wird in der Praxis bei Mietlösungen oft auf die sogenannte Kostenmiete abgestellt.

Vorsicht ist geboten beim Vergleich von EBITDA-Margen von Spitälern mit eigener Infrastruktur mit EBITDAR-Margen von Spitälern mit angemieteter Infrastruktur. Denn die Vergleichbarkeit ist hier nicht zu 100% gegeben, weil je nach Mietvertrag unterschiedliche Kostenpositionen in die Miete einfließen können. Der Vergleich wäre dann korrekt, wenn die EBITDAR-Marge der EBITANK-Marge – der Marge vor Zinsen, Steuern und jenen Anlagenutzungskosten, die typischerweise über die Miete abgegolten werden – gegenübergestellt würde. Demnach muss die EBITDAR-Marge höher sein als die EBITDA-Marge. Wie viel über 10.0% sie liegen soll, ist im Einzelfall zu klären.

Die erstmalige systematische Auswertung der EBITDAR-Margen führt zu einer erfreulichen Erkenntnis: Diese liegen seit 2012 im Median fast zwei Prozentpunkte über der EBITDA-Marge. Trotzdem braucht es weitere Verbesserungen, damit geplante Erneuerungsprojekte nachhaltig finanzierbar werden. Es mag desillusionierend sein, dass diese gleichen Themen jährlich wiederkehren und der wirtschaftliche Druck ständig steigt. Doch das Gesundheitswesen steht damit nicht alleine da. Zahlreiche andere Branchen befinden sich in einer ähnlichen Situation, obwohl bereits seit Jahren optimiert wird.

Mittelgrosse Spitäler sind am profitabelsten

Die in Schweizer Medien rege diskutierte grossen Investitions- und Bauvorhaben – von einigen als «Bauboom» betitelt – polarisieren. Die vorhandenen Finanz- und Kapazitätsinformationen der berucktigten 28 Akutspitäler

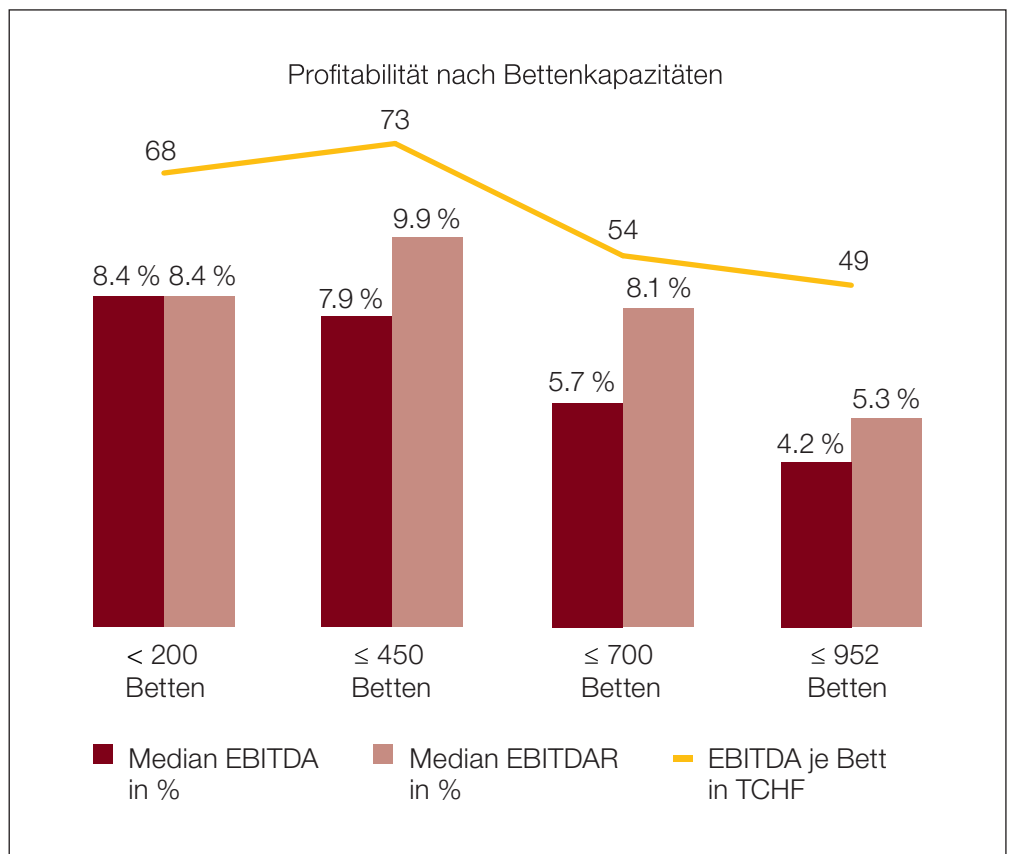


Abbildung 4: Zusammenhang zwischen Spitalgrosse und EBITDAR bzw. EBITDA

erlauben eine genauere Analyse gewisser Zusammenhänge.

In einem ersten Schritt hat PwC alle 28 Akutspitäler nach deren Bettenkapazität sortiert. Danach wurden mit Hilfe eines einfachen Streudiagramms die Bettenkapazität (X-Achse) und die EBITDAR-Marge (Y-Achse) miteinander verglichen. Die Trendlinie zeigt eine einfache Regression der beiden Grössen.⁷ Es fällt auf, dass sowohl die EBITDAR- als auch die EBITDA-Marge rein grafisch einen Negativtrend zeichnen. Das lässt vermuten, dass Spitäler mit einer grösseren Anzahl Betten tendenziell weniger profitabel wirtschaften als solche mit weniger Betten. Das kann unterschiedliche Gründe haben (vgl. Abbildung 5).

Anschliessend hat PwC die Spitäler anhand ihrer Bettenkapazität in vier Gruppen aufgeteilt. Danach wurde für jede Gruppe der Median von EBITDAR und EBITDA berechnet. Diese Analyse bestätigt, dass die grösseren Spitäler im Median tiefere EBITDAR- und EBITDA-Margen aufweisen. Gemessen am EBITDAR sowie EBITDA je Bett

scheint die Kategorie 2 (200 – 450 Betten) am profitabelsten zu sein. Diese Gruppe weist eine Median EBITDAR-Marge von 9.9% sowie einen EBITDA pro Bett von rund 73000 CHF aus (vgl. Abbildung 4).

Dass sehr kleine und sehr grosse Spitäler weniger profitabel wirtschaften, wurde bereits von der BFS-Studie «Analyse der Effizienz und Produktivität in den Schweizer Spitälern» im Jahr 2005 aufgezeigt. Diese Studie kommt zum Schluss, dass «potenzielle Skalenerträge in Spitälern mit weniger als 200 Betten gross sind». Die mit zunehmender Spitalgrosse tiefere Profitabilität lässt auf abnehmende Skalenerträge schliessen, die unter anderem durch die höhere Komplexität verursacht werden. Zudem spielen beispielsweise die Unterdeckung von komplexen Fällen, die von Universitäts- und Zentrums-spitälern erbracht werden, sowie die ungenügende Abgeltung von Lehre und Forschung bei Universitätsspitälern eine Rolle.

Der Vergleich zwischen Profitabilität und Bettenkapazität ist aufgrund der unterschiedlichen Leistungsaufträge natürlich etwas unfair. Beispielsweise haben Universitätsspitäler neben zusätzlichen Ausgaben für Forschung und Lehre auch höhere Kosten für hochkomplexe Appara-

⁷ Diese Regression ist trotz signifikantem p-Wert statistisch nicht repräsentativ, da die Stichprobe zu klein ist. Zudem beinhaltet diese nur öffentliche Spitäler.

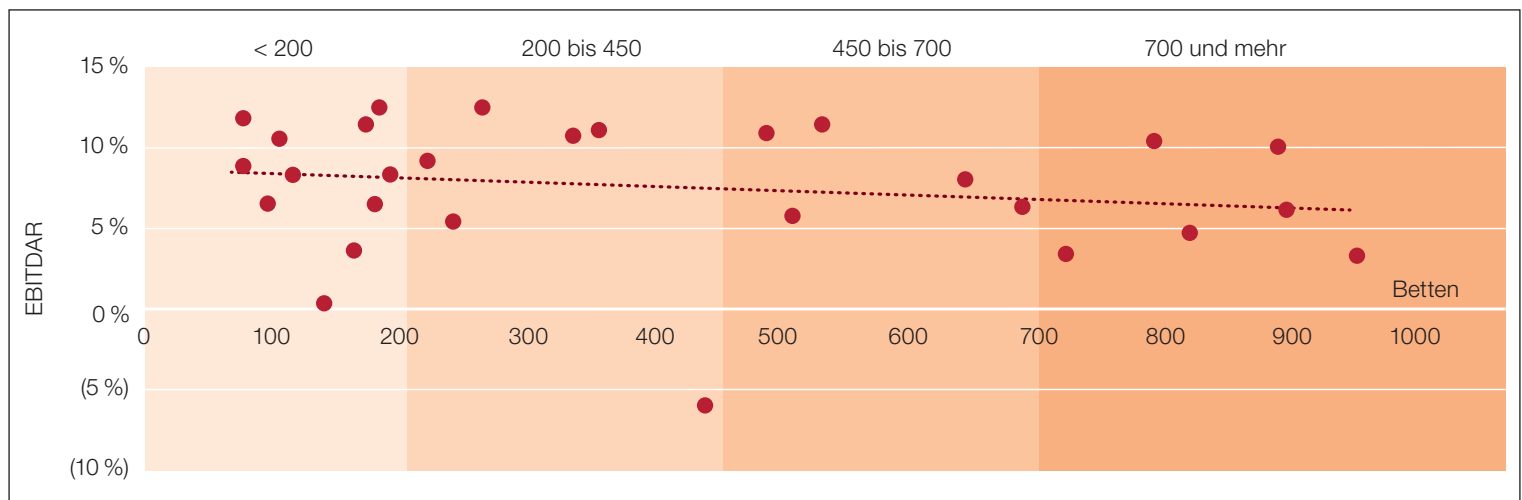


Abbildung 5: Zusammenhang zwischen Bettenzahl und EBITDAR

turen und Einrichtungen. Ausserdem müssen sie eine sehr breite Palette an medizinischen Leistungen anbieten, die aufgrund ihrer Häufigkeit und aktuellen Abgeltung nicht gleich ökonomisch honoriert werden können wie vergleichsweise einfache Eingriffe. Auch kleine Spitäler haben Nachteile, da sie Vorhalteleistungen und Infrastrukturen bereitstellen müssen, die angesichts der tiefen Fallzahlen schwierig zu finanzieren sind.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht scheint eine gewisse Konsolidierung der öffentlichen Spitalindustrie sinnvoll: Die Mittel werden gezielt auf weniger Einrichtungen verteilt. Diese können Kostensynergien aus Effizienzsteigerungen und Skaleneffekten realisieren. Dabei sollte der Trend zur Ambulantisierung mitberücksichtigt werden. Aus einer rein betriebswirtschaftlichen Optik ist zudem eine Reduktion der Hospitalisierungsdauer erstrebenswert. Einerseits zeigt die oben erwähnte BFS-Studie einen klaren Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Hospitalisierungsdauer eines Spitals und der Höhe der Gesamtkosten. Andererseits lassen sich so unnötige Bettenkapazitäten reduzieren und weniger kapitalintensive Spitäler bauen.

Die Analyse von PwC zeigt zudem einen positiven Zusammenhang zwischen Umsatzwachstum und EBITDAR. Dieser hat sich in den Jahren 2014 und 2015 weiter akzentuiert. Er könnte ein Hinweis darauf sein, dass die vorhandenen ökonomischen Optimierungspotenziale vermehrt erkannt und ausgenutzt werden.

EBITDA-Margen im internationalen Vergleich

EBITDA und EBITDAR sind auch im europäischen Vergleich übliche Analysegrössen. Ein Blick auf

die EBITDA-Marge von börsenkotierten europäischen Spitälern zeigt, dass diese im Jahr 2015 im Median bei 10.5% lag. Für die nächsten vier Jahre erwarten die Analysten EBITDA-Margen von rund 14.0%.⁸ Dieser Vergleich greift jedoch zweifelsfrei zu kurz. Börsenkotierte Spitäler können stärker nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten geführt werden, erhalten in der Regel weniger Auflagen und haben weniger Grundleistungen zu erbringen. Spitäler, die auf der Spitalliste eines Kantons sind, haben hingegen bestimmte Vorgaben und Aufgaben zu erfüllen. Zudem wird im Ausland die Infrastruktur zum Teil anders finanziert. Ferner ist zu beachten, dass sich die Schätzungen von Analysten im Nachhinein oft als zu optimistisch herausstellen. Dennoch sind die Kennzahlen aus dem internationalen Vergleich ein klares Indiz dafür, dass im öffentlichen Gesundheitswesen noch Optimierungspotenzial besteht.

Stabile Personal- und Sachkostenquoten

Die Personalkostenquoten sind seit Beginn der Untersuchung im Jahr 2007 relativ konstant geblieben. 2015 belief sich der Personalaufwand auf 62.5% des Umsatzes und hat sich damit leicht reduziert. Der Vergleich mit den Jahren davor ist nur bedingt aussagekräftig, weil sich die Erträge ungleich den Kosten per 2012 einmalig erhöht haben. Angesichts der grossen Herausforderungen im Personalbereich ist es positiv, dass die Personalkosten in den letzten Jahren nicht schneller zugenommen haben als die Sachkosten. Letztere machen rund einen Drittel der Gesamtkosten aus und haben sich in ihrer relativen Bedeutung über die betrachteten

Jahre ebenfalls nur wenig verändert. Der medizinische Aufwand bei den Sachkosten beläuft sich auf etwas mehr als die Hälfte. Hier erwartet PwC eher eine Reduktion, weil die Schweizer Einkaufspreise für medizinischen Bedarf im internationalen Kontext teilweise nach wie vor sehr hoch sind. Ferner hat sich die Abschwächung des Euros gegenüber dem Franken seit Beginn des Jahres 2015 bisher nicht sichtbar in den Zahlen niedergeschlagen. Entscheidend für die Entwicklung der Marge ist die Relation zwischen dem Umsatz- und Kostenwachstum.

Das einmalige Umsatzwachstum 2012, das deutlich über jenem des Personalaufwands und medizinischen Bedarfs lag, hat zu einer deutlichen Margenverbesserung geführt. Die Wachstumsraten zwischen Umsatz und Kosten hingegen sind seither kongruenter, weshalb auch die resultierenden jährlichen Margenunterschiede vergleichsweise gering sind.⁹

Bilanzkennzahlen bleiben weiterhin auf gesundem Niveau

Die Analyse der Bilanzkennzahlen gibt wenig Anlass zur Sorge: Die Eigenkapitalquoten haben wie prognostiziert weiter zugenommen und betragen im Median seit 2014 über 50.0%. Diese Kennzahl ist allerdings aufgrund der grossen Streuung von rund 10.0% bis 90.0% mit Vorsicht zu geniessen. Die Liquiditätsgrade haben sich wenig verändert und bewegen sich nach wie vor weit über den Minimalwerten. Wenn sich die

⁸ Diese Schätzungen sind nur auf Stufe EBITDA und nicht auf EBITDAR verfügbar; Capital-IQ-Datenbank, Oktober 2016.

⁹ Weil es sich sowohl bei den Wachstumsraten als auch den Margenauswertungen um Medianwerte handelt und nicht sämtliche Daten für alle Spitäler vorliegen, ist eine Überführung der in der Studie ausgewiesenen Margenveränderungen über die gezeigten unterschiedlichen Wachstumsraten nur annähernd möglich.

In Prozent vom Umsatz	2012	2013	2014	2015
Personalaufwand	62.6 %	62.3 %	62.9 %	62.5 %
Medizinischer Bedarf	16.6 %	16.5 %	17.4 %	17.3 %
Übriger Aufwand (exkl. Mieten)	12.4 %	13.1 %	11.4 %	11.8 %
Mieten	1.6 %	1.3 %	1.8 %	2.6 %
EBITDAR	8.3 %	8.1 %	8.2 %	8.4 %
EBITDA	6.7 %	6.8 %	6.4 %	5.9 %

In Prozent der Gesamtkosten	2012	2013	2014	2015
Personalaufwand	67.1 %	66.2 %	67.0 %	66.9 %
Medizinischer Bedarf	18.1 %	18.4 %	18.2 %	18.3 %
Übriger Aufwand (inkl. Mieten)	14.8 %	15.4 %	14.8 %	14.8 %

Abbildung 6: Kostenquoten in Prozent vom Umsatz und den Gesamtkosten von 2012 bis 2015

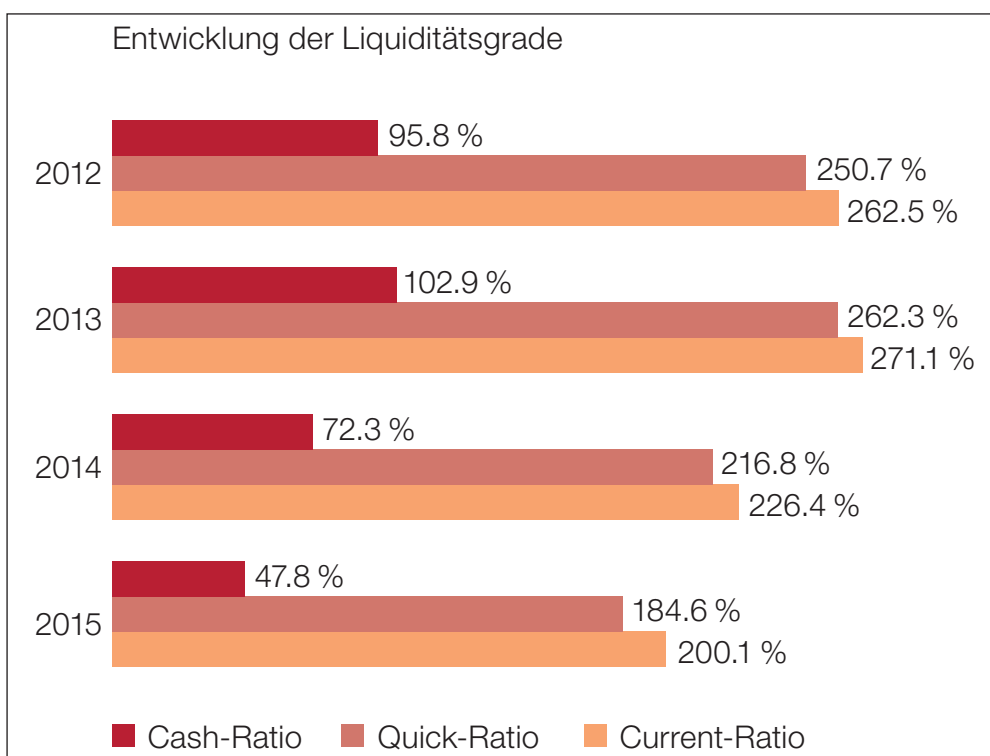


Abbildung 7: Entwicklung der Liquiditätsgrade von 2012 bis 2015

Investitionstätigkeit in den kommenden Jahren intensiviert, werden diese Werte sinken.

Die finanziellen Zielsetzungen bleiben gleich und sind weiterhin schwer zu erreichen

Sicherlich beeinflussen tiefe Zinsen die Finanzierbarkeit von Grossinvestitionen positiv. Die

Frage bleibt, wie das aktuelle und künftige Marktumfeld die Erreichung der finanziellen Zielsetzungen weiter beeinflusst. Dazu hat PwC ein mögliches Zukunftsszenario anhand der wichtigsten Kenngrössen einer Spitalerfolgsrechnung dargestellt (vgl. Abbildung 8):

Erträge: Der Druck auf die Tarife wird hoch bleiben und es ist nicht mit höheren Vergütungen zu

rechnen. Langfristig erscheint eine stabile Entwicklung beziehungsweise ein inflationäres Wachstum wahrscheinlich. Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) zeigen eine negative Entwicklungstendenz. Ein gewisses Potenzial ist bei den übrigen Erträgen möglich, die grössten-teils von den Patienten selbst oder deren Zusatzversicherungen übernommen werden.

Betriebsaufwand: Auf der Aufwandseite schlägt heute vor allem der Personalaufwand zu Buche, was sich auch in den nächsten Jahren nicht ändern wird. Zwar werden neue Infrastrukturen und automatisierte Abläufe Effizienzsteigerungen ermöglichen. Dem stehen allerdings steigende Anforderungen und die generelle Personalknappheit gegenüber.

Hingegen existiert beim Sachaufwand noch ein klares Einsparungspotenzial, das über Einkaufskooperationen und Lageroptimierung stärker genutzt werden kann. Insgesamt bleiben die betrieblichen Herausforderungen und deren finanzielle Folgen für die Spitäler auch in Zukunft gross.

Kapitalkosten: Gleichzeitig stehen Veränderungen der künftigen Infrastruktur an und damit entsprechende Anlagenutzungskosten. Die Kapitalkosten werden sich langfristig wieder erhöhen und nicht abgesichertes Kapital wird sich verteuern. Viele Investitionsprojekte lassen sich heute zu einem Zinssatz von 2.5% oder noch tiefer langfristig finanzieren. Sollten die Zinsen wieder ansteigen, ist bei einer Finanzierung oder Refinanzierung eine entsprechende Margenverbesserung zu realisieren. Nur so ist die finanzielle Tragbarkeit solcher Projekte nach wie vor gegeben.

Anlagenutzungsdauer: Bei der durchschnittlichen Nutzungsdauer der Spitalinfrastruktur wird eine Verkürzung als wahrscheinlich erachtet, weil sich der Anteil der rein baulichen Investitionen zugunsten des Anteils von IT- und Medizintechnik verkleinert. Letztere erhöhen wegen ihrer vergleichsweise kurzen Erneuerungszyklen das Abschreibungssubstrat, was eine höhere EBITDAR-Marge erfordern würde. Diese Entwicklung präsentiert sich in vielen Schweizer und europäischen Spitalern, in denen viel in die IT investiert wird. Ob diese Investitionen die nötige Rendite (ROI) einspielen, wird sich in den nächsten Jahren weisen.

Kapitalumschlag: Ob sich der Kapitalumschlag – das heisst das Verhältnis von Umsatz zu Investitionen – erhöhen lässt, bleibt offen. Sollte das gelingen, würde aus jedem investierten Franken mehr Ertrag generiert werden. In der Folge würde eine etwas geringere EBITDAR-Marge (in

Prozent) ausreichen, um die Anlagenutzungskosten zu decken.

Im aktuellen Wirtschaftskontext haben die Schweizer Spitäler effizient und effektiv zu investieren. Ihre Investitionen sollen nicht nur das heutige Geschäftsmodell, sondern auch das künftige unterstützen. Angesichts der anstehenden Megatrends wie Digitalisierung, demografischer Wandel, medizinischer Fortschritt und andere müssen die Spitäler die neu gebauten Infrastrukturen so flexibel wie möglich halten. Aus finanzieller Sicht sollten sie eine weitgefasste Optimierung der Kernprozesse anstreben. Der starke Fokus auf die Zinsoptimierung ist zwar nötig und ermöglicht grosse Kosteneinsparungen. Doch reicht er bei Weitem nicht aus. Für jene Spitäler, die ihre strategischen und finanziellen Ziele konsequent verfolgen und nicht kurzfristigen Fehlanreizen nachgeben, stellt der aktuelle Wirtschaftskontext eine ausgesprochen gute Zeit dar; eine Zeit, in der sie sich langfristig Wettbewerbsvorteile sichern können. Hinsichtlich der finanziellen Zielsetzungen zur Profitabilität hält PwC an den bisherigen Richtwerten fest.

Finanzielle Gesundheit für die Psychiatrie immer wichtiger

In der Psychiatrie entwickeln sich die Rahmenbedingungen ähnlich wie in der Akutsomatik. Bei der Versorgung wird von einer weiteren Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer ausgegangen. Ferner wird eine stärkere Vernetzung unter den Anbietern sowie mit vor- und nachgelagerten Institutionen im Sinne einer

durchlässigen Behandlungskette gefordert und die Leistungserbringung erfolgt vermehrt ambulant. Der «war for talents» im ärztlichen und pflegerischen Bereich ist in vollem Gang. Gemäss Erich Baumann, GL-Vorsitzender der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Zürich, wird sich der Wettbewerb um Fachkräfte massiv verschärfen. Dadurch haben sich die psychiatrischen Kliniken als attraktive Arbeitgeber zu positionieren, indem sie bedarfsgerechte Aus- und Weiterbildungen, leistungsgerechte Löhne und interessante Karriereplanungen kombiniert mit bedürfnisgerechten Arbeitszeitmodellen anbieten. Bei den Patienten steht der steigenden Erwartungshaltung eine vermehrte Multimorbidität aufgrund des fortschreitenden demografischen Wandels gegenüber.

Die Tatsache, dass der stationäre Teil im Durchschnitt ausreichend abgegolten ist, die Tarife jedoch im spitalambulanten Bereich kaum kostendeckend sind, ist der Akutsomatik und Psychiatrie ebenfalls gleich. Entsprechend fordern auch Vertreter der Psychiatrien neue Finanzierungsmöglichkeiten, da innovative und patientengerechtere Angebote von den Leistungserbringern nur lanciert werden, wenn die Finanzierung langfristig gesichert und auf solche innovativen Ansätze ausgerichtet ist.

Ein besonderer Schwerpunkt in der Psychiatrie liegt bei der integrierten Versorgung. Ein Beispiel ist die Integration der Kinder-/Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie unter einem organisatorisch-hierarchischen Dach.¹⁰ Dieser Ansatz

¹⁰ fmc Impuls – integrierte Versorgung, Ausgabe 2016/4.

nennt sich «Transitionspsychiatrie». Sie hat zum Ziel, die Versorgungsbrüche entlang der verschiedenen Altersstufen zu überwinden. Dazu sind in der Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie bedarfsgerechte Zugangs- und Behandlungswege nötig. Organisatorisch kann diese Integration sichergestellt werden, indem die Disziplinen ihre Leistungen im gleichen Trakt oder in einem gemeinsamen Ambulatorium anbieten.

Zudem sind externe Partner aus dem Erziehungs- und Sozialbereich, die Jugendhilfe und Schulen einzubeziehen. Einige Psychiatrien arbeiten Konzepte für den systematischen Einbezug von Schulen aus. Auf diese Weise wollen sie den erfolgreichen Schulbesuch im Anschluss an eine psychiatrische Behandlung optimal ausgestalten.

Der Trend der Margenverbesserung setzt sich trotz schwachem Wachstum fort

Der erfreuliche Trend zu besseren Margen bei den Schweizer Psychiatrien setzte sich auch im Jahr 2015 fort. Sowohl EBITDAR- als auch EBITDA-Margen sind bei relativ schwachem Umsatzwachstum gestiegen.

Trotz verlangsamtem Wachstum haben die Schweizer Psychiatrien ihre Effizienz weiter gesteigert. Die EBITDAR-Marge der untersuchten Psychiatrien lag im Median bei 9.1%, knapp 0.6 Prozentpunkte höher als im Vorjahr. Der Median der EBITDA-Marge verbesserte sich im gleichen Zeitraum von 5.8% auf 6.4%, was einem Plus von 0.6 Prozentpunkten entspricht.

Abbildung 8: Zukunftsszenario für die Entwicklung der Spitalkenngrössen

		Horizont	Kurz	Mittel	Lang
Betrieb	Stationäre und ambulante Preise		↘	↔	↔
	Übrige Erträge		↗	↗	↗
	Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)		↘	↘	↘
	Personalaufwand		↗	↗	↗
	Sachaufwand		↘	↘	↘
	Kapitalkosten		↔	↔	↗
Infrastruktur	Ø Anlagenutzungsdauer		↔	↘	↘
	Kapitalumschlag (Umsatz/investiertes Kapital)		↔	↔	↔
					?

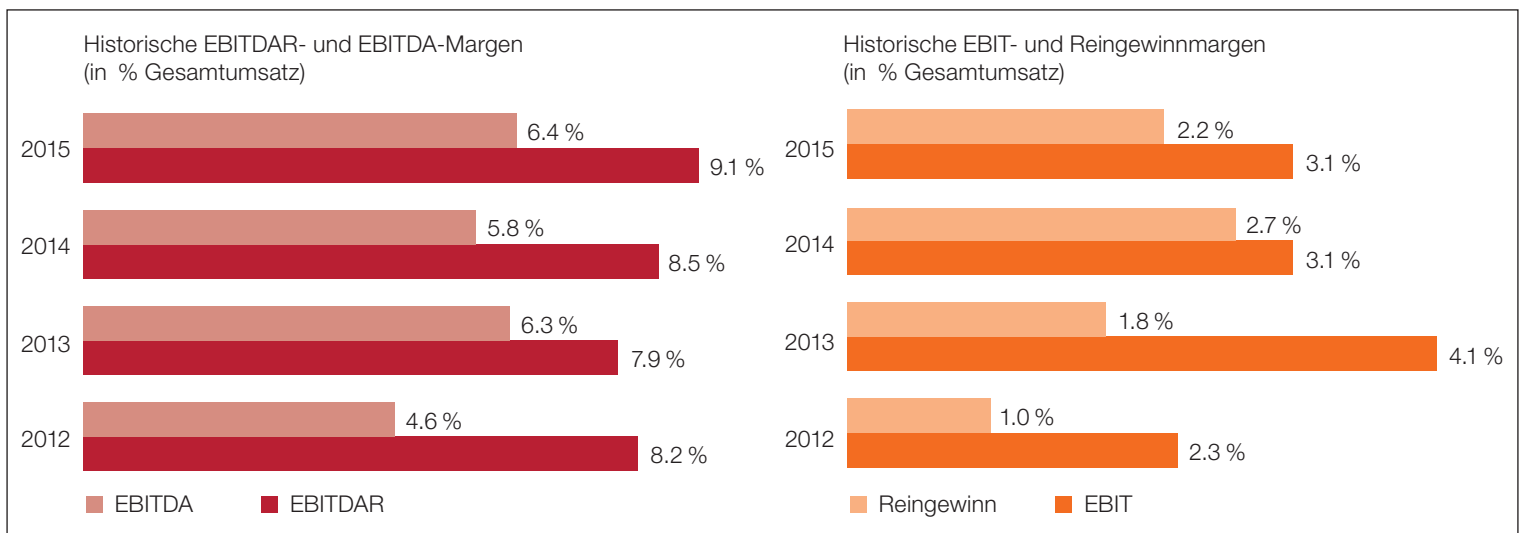


Abbildung 9: Profitabilitätskennzahlen von Schweizer Psychiatrien von 2012 bis 2015

In der letzten Studie hat PwC ein Margenziel für den EBITDA von rund 8.0% formuliert. Dieses Ziel ist noch nicht voll erreicht. Da sich die Margen im Vergleich zum Vorjahr trotz schwächerem Umsatzwachstum verbessert haben, scheint eine weitere Verbesserung durchaus realistisch; offensichtlich besteht Potenzial nach oben.

Aufwandseitig zeigt sich ein stabiles Bild. Im Vergleich zur Akutsumatik macht in der Psychiatrie der Personalaufwand mit rund 74.3% im Jahr 2015 einen deutlich höheren Anteil des Umsatzes aus. Aufgrund des erwähnten Wettbewerbs um qualifizierte Fachkräfte ist nicht damit zu rechnen, dass sich der Personalaufwand in naher Zukunft deutlich reduzieren lässt. Mehrkosten in diesem Bereich können durch tiefer ausfallenden medizinischen Bedarf kompensiert werden.

Ergebnisverbesserungen sind systematisch voranzutreiben

Über die Hälfte der untersuchten Schweizer Spitäler erreichte die empfohlene Ziel-EBITDA-Marge von mindestens 10.0% (zum Teil bei Weitem) nicht. Das und der in den nächsten Jahren zunehmende finanzielle Druck in Form von sinkenden Preisen zeigen, dass viele Spitäler Massnahmen für ein verbessertes Ergebnis ergreifen müssen.

Im Rahmen von Projekten zur Ergebnisverbesserung empfiehlt sich für einen erfolgreichen Abschluss ein systematisches Vorgehen. So lassen sich die Massnahmen sauber abstützen und kommunizieren. Zudem kann ein Spital sicherstellen, dass es die Bereiche mit dem grössten Potenzial identifiziert und keine wichtigen Potenziale vergisst. Dabei bietet sich eine

Treiberbaum-basierte Methodik an. Hier bestehen sowohl auf der Ertrags- wie auf der Kosten- seite Hebel zur Ergebnisverbesserung.

Veränderungen auf der Ertragsseite ergeben sich aufgrund der Multiplikation der erbrachten Leistungsmengen und dem entsprechenden Preis. Daher lässt sich der Ertrag grundsätzlich über die Menge oder den Preis steigern. Bei den Erträgen gibt es drei Kategorien von Hebeln: Stationäre Erträge, ambulante Erträge und Erträge aus Nebenbetrieben. Auch diese Kategorien bieten eine Reihe von Handlungsfeldern. Auf strategischer Ebene stellen das Angebotsportfolio und dessen Leistungsmengen einen Ansatzpunkt dar. Hier kann eine Angebotsdifferenzierung gegenüber der Konkurrenz über eine Angebotsfokussierung erfolgen. Das führt zu einer klareren Positionierung, was sich positiv auf die Leistungsmengen auswirken kann. Ein weiterer Ansatz ist die externe Vernetzung. Mit Hilfe von Kooperationen lässt sich das Einzugsgebiet ausweiten.

Weitere Hebel auf der Ertragsseite liegen im operativen Geschäft. Hier kann das Spital bei der Leistungserfassung, Kodierung und Leistungsverrechnung ansetzen. Konkrete Massnahmen sind beispielsweise die Sensibilisierung des Personals, Weiterbildungen und klare Prozesse.

Auf der Kostenseite liegt das Augenmerk auf dem Personal- und Sachaufwand sowie auf der Finanzierung von Investitionen. Die Höhe des Sachaufwands wird von den Materialkosten beim Einkauf, vom Management des Geräteparks und nicht optimal genutzten Kapazitäten bestimmt. Die Kosten im Personalbereich, der grösste Kostenblock in einem akutsumatischen Spital mit rund 60% bis 70% der Gesamtkosten

(in einer Psychiatrie mit rund 80%) werden von einer Reihe von Faktoren beeinflusst. Der wichtigste Stellhebel zur Reduktion der Personal- und Sachaufwände ist eine effektive und effiziente Ablauforganisation. Dabei zentral sind die Schaffung von Synergien, der Abbau von Schnittstellen, die Reduktion von Doppelspurigkeiten und der Abbau von Vorhalteleistungen.

Konkrete Massnahmen sind zum Beispiel die Standardisierung und Digitalisierung der Prozesse, Optimierung von Planungsprozessen auf Ebene des Personals und der Sachanlagen. Die Ablauforganisation hängt wesentlich von der verfügbaren Infrastruktur ab. Damit das Spital die Prozesse optimal ausgestalten und die Personal- und Sachaufwände niedrig halten kann, muss es seine Infrastruktur soweit wie möglich den Prozessen anpassen («structure follows processes»). Die Anpassung der Aufbauorganisation kann ebenfalls zu einer Kostensenkung führen, etwa durch die Schaffung von klinik- oder unternehmensübergreifenden Shared Services oder die Auslagerung von Nichtkernaufgaben an spezialisierte Dritte.

Im Bereich der Finanzen lässt sich bei den Zinsaufwänden und Abschreibungen ansetzen, die weitgehend durch die Investitionen beeinflusst werden. Um die Abschreibungen zu minimieren, sind möglichst kostengünstige Investitionen zu tätigen, die den künftigen Bedürfnissen Rechnung tragen. Bei der Finanzierung ist zum Beispiel zu klären, ob Zinsabsicherungen langfristig sinnvoll sind und zu Kosteneinsparungen oder mehr Planungssicherheit führen.

Übergeordnet können ein effektives Controlling, der Aufbau eines internen Benchmarkings und eine an kontinuierlichen Verbesserungsprozessen

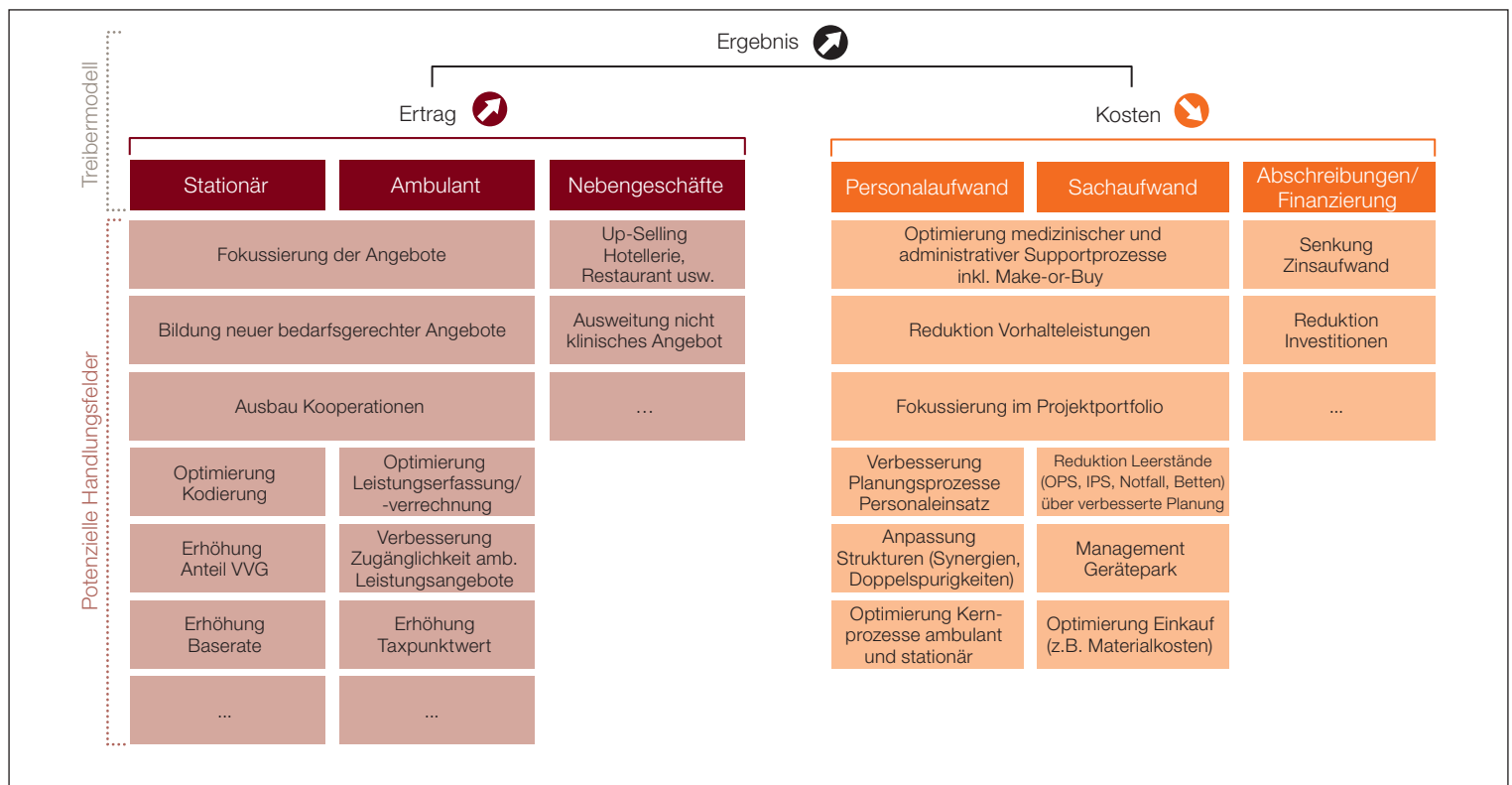


Abbildung 10: Treiberbaum zur Identifikation von Optimierungspotenzialen

orientierte Unternehmenskultur nachhaltig zu einer Ergebnisverbesserung beitragen. In den Projekten zur Ergebnisverbesserung wendet PwC ein Vorgehen in vier Phasen an (vgl. Abbildung 11):

Phase 1: Initiierung des Projekts

In einem ersten Schritt werden die Projektorganisation definiert, der Zeitplan aufgesetzt und die beteiligten Mitarbeiter festgelegt.

Phase 2: Identifikation von Ergebnisverbesserungspotenzialen

In dieser Phase werden die Potenziale entlang des Treiberbaums ausfindig gemacht. Daraus geht eine «Longlist» an möglichen Potenzialen hervor. Diese werden anhand geeigneter Kriterien (wie z. B. Strategiekonformität, finanzielles Potenzial oder Umsetzbarkeit) grob beurteilt und dann zu einer «Shortlist» gefiltert. Ergänzend lässt sich der Reifegrad für jedes Potenzial anhand einer Härtegradlogik beurteilen. Dabei werden der Reifegrad und die Realisierungswahrscheinlichkeit der Potenziale strukturiert festgestellt.

Als Methoden eignen sich Interviews und das Studium von Finanzzahlen, Organigrammen und Prozessen. Damit sich die Analyse nicht nur auf Hypothesen von Mitarbeitern stützt, können die gesammelten Informationen über

ein Benchmarking mit anderen Spitälern oder Psychiatrien verglichen werden. Dabei werden Prozess-, Organisations- und Finanzkennzahlen sowohl intra- wie interorganisational verglichen und Handlungsfelder, z.B. mittels Boxplot-Diagramm, dargestellt. Der Prozess der Identifikation kann sowohl top-down als auch bottom-up geführt werden oder in einer Kombination der beiden Ansätze. Bei einem Top-down-Ansatz werden die Potenziale in einem ersten Schritt von den Mitgliedern der Geschäftsleitung, leitenden Stabsmitarbeitern und gegebenenfalls einer Hierarchiestufe darunter identifiziert und schrittweise heruntergebrochen. Bei einem Bottom-up-Ansatz werden die Potenziale «an der Basis» ausgemacht und anschliessend aggregiert.

Phase 3: Quantifizierung und Detaillierung von Potenzialen

Nun werden alle Potenziale auf der Shortlist im Hinblick auf die erwartete Ertragssteigerung oder Kostenminderung finanziell quantifiziert. Dies geschieht einerseits über konkrete Berechnungen, andererseits können Erfahrungswerte aus vergangenen Projekten oder von anderen Spitälern herangezogen werden. Darauf aufbauend sind die quantifizierten Massnahmen zu selektieren. So wird definiert, welche Massnahmen im Rahmen des Ergebnisverbesserungsprogramms umgesetzt werden sollen. Diese Mass-

nahmen werden mit Verantwortlichkeiten bestückt und ihre Umsetzung auf der Zeitachse geplant. Die Heterogenität kann dabei sehr gross sein; denkbar sind Kündigung oder Nichtverlängerung von Verträgen, Budgetanpassungen für die Folgejahre und natürlich der Start von Projekten. Für das Massnahmenportfolio sind ebenfalls die finanziellen Auswirkungen für die Organisation darzulegen. Diese werden zur Modellierung der künftigen Erfolgsrechnung, Bilanz und Mittelflussrechnung eingesetzt. Im Rahmen dieser finanziellen Modellierung kann man mehrere Szenarien (unterschiedliche Anzahl an Massnahmen) und Sensitivitäten berechnen.

Phase 4: Programmentwicklung

In der letzten Phase wird die Umsetzungsplanung und Programmorganisation für Ergebnisverbesserungen aufgesetzt. Dabei sind die Steuerung des Programms (z. B. Programmausschuss, -leitung und Sounding Board) und die Arbeitsweise festzulegen. Weitere Themen sind die Entscheidungsprozesse und die organisatorische Einbettung des Programms.

Rück- und Ausblick

Würdigung der neuen Spitalfinanzierung

In der Studie wird eine umfassende Würdigung der neuen Spitalfinanzierung vorgenommen.

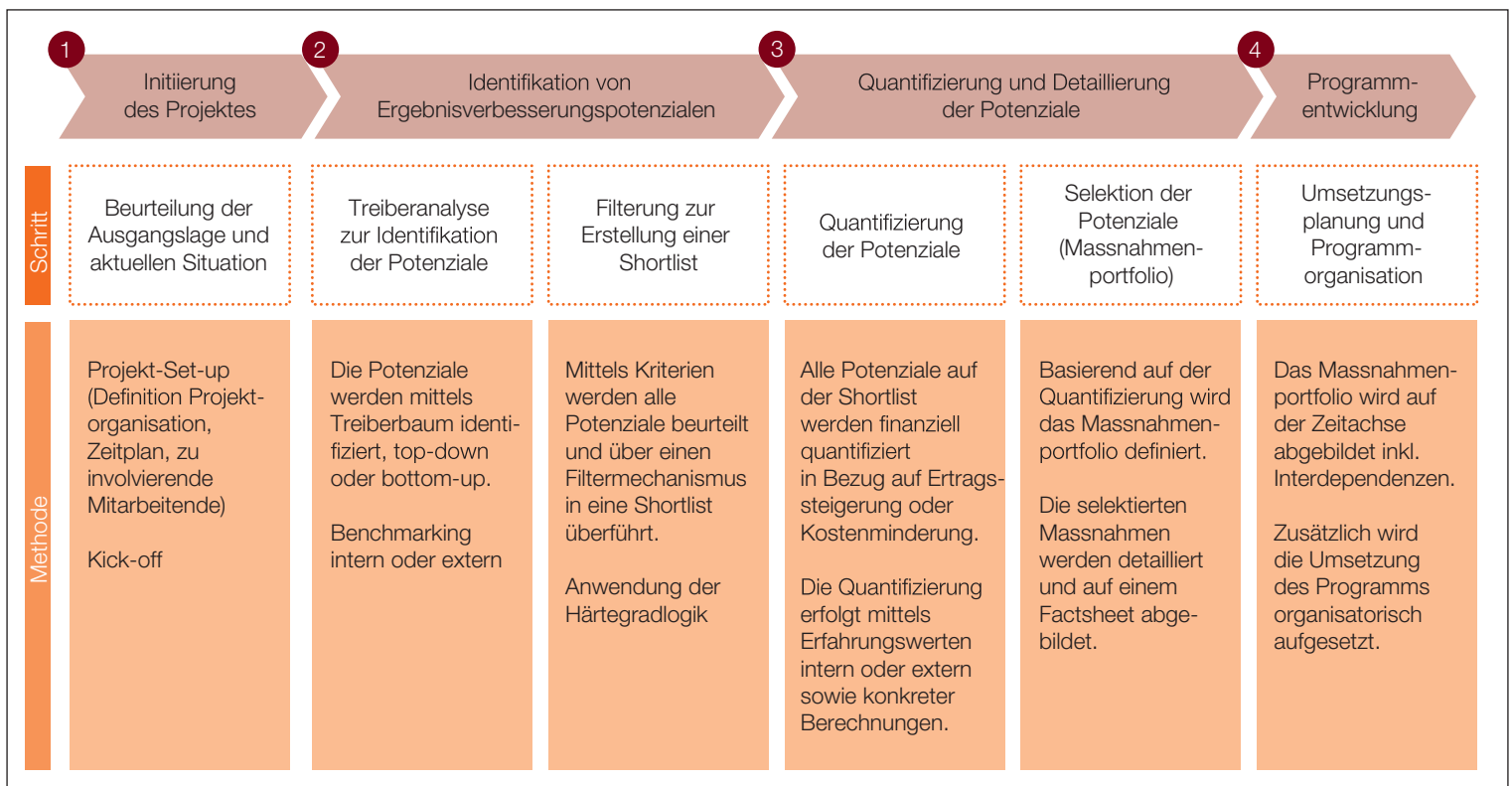


Abbildung 11: Vorgehen in vier Phasen für Ergebnisverbesserungsprojekte

Kurz gesagt: die Ziele Verstärkung des Wettbewerbs und dadurch Erhöhung der Effizienz in der Leistungserbringung sowie Erhöhung der Transparenz in Bezug auf Kosten und Qualität der medizinischen Leistungen wurden zu einem guten Grad erreicht. Die Kostenreduktion oder zumindest Dämpfung des Kostenwachstums ist jedoch ein politisch nach wie vor sehr wichtiges, heute unerreichtes Ziel. PwC stellt mehrere Massnahmen zur Dämpfung des Kostenwachstums vor. Dazu gehören wettbewerbsfreundlichere Regulierungen, eine einheitlichere Handhabung von GWL, die Reformierung des Finanzierungs- und Tarifsystems (vor allem im ambulanten Bereich), die Durchführung der Versorgungsplanung in grösseren Versorgungsregionen. Die Vorschläge bieten grosse Potenziale – die Vor- und Nachteile werden in der politischen Diskussion gewürdigt werden müssen. In der Studie sind die Vorschläge detailliert nachzulesen.

Ambulante Betriebsmodelle

Aufgrund der steigenden Bedeutung ambulanter Leistungen zeigt PwC in der Studie weiter auf, wie sich die Leistungserbringer auf die Entwicklungen im ambulanten Markt ausrichten. So werden vier idealtypische Geschäftsmodelle für die ambulante Leistungserbringung von Spitälern erläutert. Es sind dies:

1. Ambulante Gruppenpraxen / Permanenzen

2. Ambulante und tagesklinische OP-Standorte
3. Ambulante Einheiten auf dem Spitalgelände
4. Mobile und dezentrale Leistungserbringung

Diese Geschäftsmodelle sind weiter auf dem Vormarsch, vor allem falls sich die tarifären Rahmenbedingungen verbessern. In der Studie werden diese auch anhand von Fallstudien vom Universitätsspital Zürich, dem Kantonsspital Baselland, dem Universitätsspital Basel und dem Spital Uster illustriert.

Fazit

Der wirtschaftliche Druck auf die Spitäler in der Schweiz nimmt zu. Gleichzeitig gewinnt die Unternehmensführung mit finanziellen Kennzahlen weiter an Bedeutung. EBITDA-Margen bleiben zentrale Kerngrössen, für die nach wie vor ein minimales Ziel von 10.0% in der Akut-somatik und 8.0% in der Psychiatrie als erstrebenswert gilt. Für die EBITDAR-Marge liegen die Zielwerte höher, wobei die Konditionen des Mietvertrags den Aufschlag definieren. Auch im momentanen Niedrigzinsumfeld bleiben die Margenziele bestehen, da Investitionen langfristig ausfinanziert werden müssen. Die Profitabilitätskennzahlen in der Akut-somatik stagnieren nach wie vor. Während die EBITDA-Marge weiter leicht sinkt und bei 5.9% liegt, hat sich die EBITDAR-Marge leicht positiv entwickelt und liegt bei 8.4% im Mittel.

Offensichtlich sind sehr kleine Spitäler (<200 Betten) sowie grosse und sehr grosse Spitäler (>450 Betten) etwas unrentabler als mittel-grosse. Dies lässt sich teilweise mit effizienteren Prozessen und klarer strategischer Ausrichtung bei geringen Komplexitätskosten erklären. Andererseits ist der Vergleich durch die divergierenden Leistungsaufträge, die den grossen Spitä-lern kostenintensive Leistungen (z. B. universitäre Spitzenmedizin) zuweisen, verzerrt.

Das Umsatzwachstum im Gesundheitswesen und damit das Kostenwachstum aus volkswirtschaftlicher Sicht hält weiterhin an. Dabei wächst der ambulante Bereich deutlich stärker als der stationäre. Auch im internationalen Vergleich lassen sich die Tendenzen aus der Schweiz bestätigen. Mit dem demografischen Wandel und dem anhaltenden technologischen Fortschritt geht PwC für die Zukunft von einem weiteren Umsatzwachstum aus. Dabei kann den Spitä-lern nicht der Vorwurf von Ineffizienz gemacht werden, sofern sich an der bestehenden (fehlenden oder falschen) Anreizstrukturen des KVG resp. den Tarifen nichts ändert.

Auch vier Jahre nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung ist keine Kostendämpfung im Gesundheitssystem eingetreten. Darum hat PwC die KVG-Revision zur Spitalfinanzierung auf ihre Wirksamkeit untersucht. Während beim Thema Qualität weitgehende und bei der Transparenz

teilweise Verbesserungen erreicht wurden, wurde das Ziel der Kostendämpfung nicht erreicht. Die Ursachen liegen im Wesentlichen in den Fehlanreizen, die das Mengenwachstum nicht einschränken, die Ambulantisierung verzögern und zu einer Überversorgung von Zusatzversicherten Patienten führen. Als Ansätze sieht PwC insbesondere Massnahmen zur Reduktion von finanziellen Anreizen in den stationären und ambulanten Tarifsystemen. Falls dies gelingt, rücken einschneidende zusätzliche regulative Massnahmen und Rationierungsmassnahmen in den Hintergrund.

In der Psychiatrie steigt der wirtschaftliche Druck ebenfalls. Allerdings ist die EBITDA-Marge nach dem schwachen letzten Jahr (5.8%) wieder auf das Niveau von 2013 gestiegen und erreichte 6.4% im Jahr 2015. Gerade in der Psychiatrie ist die Zukunft sehr unsicher. So sind die Auswirkungen des Tarifsystems TARPSY, das per 2018 eingeführt werden soll, noch nicht abschätzbar. Es scheint jedoch offensichtlich, dass sich der Markt auch in der Psychiatrie konsolidieren wird, sei es mit Kooperationen oder Zusammenschlüssen. Zudem werden die Ambulantisierung

und verstärkte integrierte Versorgung dafür sorgen, dass der Patient weiter ins Zentrum rückt.

Sowohl in der Psychiatrie wie auch in der Akut-somatik müssen die Kosten aufgrund des steigenden öffentlichen Drucks gesenkt werden. Die wesentlichen Treiber sind in der Studie aufgezeigt, über die sich die Ergebnisse verbessern liessen.

Auch wenn der Trend der Ambulantisierung in den Tarifsystemen momentan noch nicht abgebildet ist, zeigen sich einige Spitäler innovativ. Sie versuchen mit neuartigen Betriebskonzepten die Ambulantisierung voranzutreiben und den Druck auf den Gesetzgeber zu erhöhen. Neben den dargestellten Fallstudien liessen sich zahlreiche weitere Beispiele aufführen, wie Spitäler in den ambulanten Markt eindringen.

Fortsetzung folgt

Auch in den nächsten Jahren steht das Gesundheitswesen vor spannenden Herausforderungen. Neue Tarife im ambulanten Bereich sowie in der Psychiatrie werden weiterhin für Verän-

derungen sorgen. PwC wird diese interessante und fundierte Studienreihe weiter fortführen. Mit dieser Studienserie bietet PwC ein transparentes Instrument für strategische und politische Ent-scheide.

Wir vom «clinicum» sind gespannt auf die nächsten Ausgaben. Download der Studie unter: www.pwc.ch/gesundheitswesen

Autoren: Patrick Schwendener, Philip Sommer

Weitere Informationen

Patrick Schwendener
Director, Head Deals Healthcare
patrick.schwendener@ch.pwc.com

Philip Sommer
Director, Head Advisory Healthcare
philip.sommer@ch.pwc.com

PricewaterhouseCoopers AG
Birchstrasse 160, Postfach, 8050 Zürich
Telefon 058 792 44 00
www.pwc.ch

innovativ & verlässlich Modulare Weiterbildungen

Neue Lehrgänge

- Qualitätsmanager in Spitex und Langzeitpflege
- Pflege mit Schwerpunkt Urologie (NDK Uro-Therapeutin/Uro-Therapeut)
- Modulare Weiterbildung Urologie für medizinische Praxisassistentinnen/-assistenten
- Pflege Update
- Fachfrau/Fachmann Gesundheit im Operationsbereich

Der Einstieg ist mit jedem Modulstart möglich.

Neues Modul

- Case Management in der Altersarbeit

Persönliche Beratung: Tel. +41 (0)62 837 58 39

www.careum-weiterbildung.ch

– Mühlemattstrasse 42
CH-5001 Aarau
Tel. +41 (0)62 837 58 58
info@careum-weiterbildung.ch

13. Juni 2017
1. Careum Pflegesymposium
Wir haben (keine) Zeit. Nutzen wir sie.

careum Weiterbildung