

Neue PwC-Studie «Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz»: Starre Spitalstrukturen ade ...

Innovative Netzwerkstrukturen für das Schweizer Gesundheitswesen

Die jüngste Studie von PwC Schweiz zeigt, dass die Gesundheitsversorgung in der Schweiz mit innovativen Netzwerkstrukturen deutlich effizienter wäre. Durch die Transformation der Spitallandschaft in ein integriertes Gesundheitsnetzwerk, bestehend aus Hubs und Spokes, lassen sich der Fachkräftemangel entschärfen und gleichzeitig alleine in der Akutsomatik jährlich bis zu 730 Mio. CHF operative Effizienzgewinne realisieren sowie 2.6–3.1 Mia. CHF Infrastruktursynergien heben. Vernetzte Versorgungsstrukturen können die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung auch in Ausnahmesituationen ähnlich der COVID-19-Krise sicherstellen.

Versorgungsqualität sicherstellen, Effizienz steigern, Fachkräfte finden – die Akteure des Schweizer Gesundheitswesens sind gefordert, seit COVID-19 mehr denn je. Die jüngste PwC-Studie «Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz» zeigt auf, wie sich die Schweizer Versorgungsstrukturen zukunftsfähig gestalten und eine Brücke zwischen Vollversorgung im Pandemiefall und ressourcengerechtem System im Regelfall schlagen lassen.

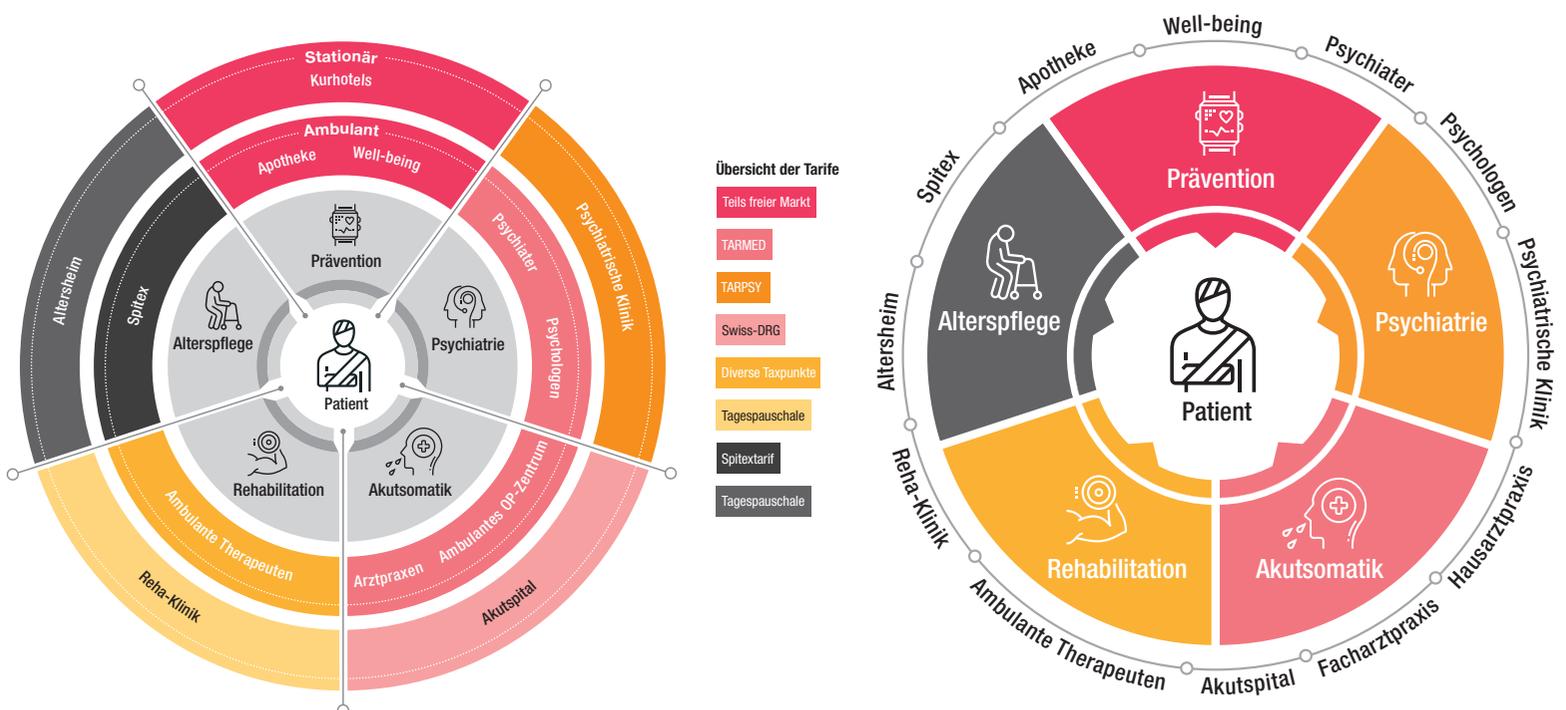
Das Versorgungssystem der Schweiz verändert sich in rasender Geschwindigkeit. Befeuert wird dieser Wandel von Tendenzen wie Ambulantisierung, Spezialisierung, Interdisziplinarität, staatlichen Regulierungen, erhöhter Eigenverantwortung der Bevölkerung, Druck zu Wirtschaftlichkeit und dem Einsatz digitaler Technologien. Diesem anspruchsvollen Kontext werden die aktuellen Versorgungsstrukturen kaum gerecht. Um die Versorgungslandschaft Schweiz am Puls der Zeit

zu halten, sollten die regulierenden Behörden umdenken und den Akteuren ermöglichen, sich noch stärker vernetzt zu organisieren.

Dringend nötig: innovative Netzwerke

Die Studie von PwC Schweiz konkretisiert eine innovative Netzwerkstruktur – das sogenannte Hub-and-Spoke-Modell («Nabe und Speiche») – mit verschiedenen Spoke-Modellen in vier Aus-

Abbildung 1: Von Versorgungssilos zu einem integrierten Versorgungsmodell



prägungen. Netzwerke mit flexibel gestalteten Spokes stellen eine optimale Versorgung sicher und erhalten diese dank Flexibilität auch in aussergewöhnlichen Zeiten aufrecht. Philip Sommer, Partner und Leiter Beratung Gesundheitswesen bei PwC Schweiz, erläutert: «Vor allem dem Fachkräftemangel gilt es strukturelle Antworten entgegenzustellen. Hierzu bilden flexible Netzwerke eine grosse Chance. Entscheider von Leistungserbringern finden in der Studie praktische Massnahmen, mit denen sie ein Hub-and-Spoke-Modell erfolgreich planen und umsetzen.»

Darüber hinaus werden die Auswirkungen auf das gesamte System in der Studie thematisiert und modelliert: «Konkret lassen sich durch die Transformation der Spitallandschaft in ein integriertes Gesundheitsnetzwerk, bestehend aus Hubs und Spokes, alleine in der Akutsomatik jährlich bis zu 730 Mio. CHF Effizienzgewinne realisieren, der Fachkräftemangel wesentlich entschärfen und 2.6–3.1 Mia. CHF Infrastruktursynergien heben», meint Patrick Schwendener, Leiter Deals Gesundheitswesen bei PwC Schweiz.

Sechs Grundprinzipien zur Flexibilisierung

In der Studie werden die folgenden sechs Grundprinzipien zur weiteren Flexibilisierung der Gesundheitsversorgung festgehalten und detailliert erläutert: Qualitätswettbewerb statt Mengenwettbewerb, zweckmässige Regulierung, überregionale Spitalplanung, durchgängige Tarifstrukturen schaffen, finanziellen Spielraum für Innovation sowie fairen Wettbewerb sicherstellen. Abschliessend geht PwC auf Erfolgsfaktoren ein wie ein klares Zielbild zur Angebotsstruktur, Vertrauensaufbau und die Bedürfnisse der Bevölkerung in den Vordergrund rücken. In der Summe begünstigen diese Aspekte den Erfolg eines innovativen Versorgungsnetzwerks. Speziell für Entscheider des Schweizer Gesundheitssystems enthält die Studie zudem Empfehlungen für die Anpassung der aktuellen Rahmenbedingungen und die Optimierung eines qualitativ hochstehenden und effizienten Gesundheitswesens.

Vier Spoke-Modelle

Besonders interessant sind die Ideen und Beurteilungen verschiedener Spoke-Modelle. Wir

zeigen die vier unterschiedliche Spokes im Detail:

Spoke 1: Ambulantes Gesundheitszentrum

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

Rolle im Hub-and-Spoke-Modell

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

An diesem Spoke-Standort sind mehrere interistische Ärzte tätig, ergänzt durch stark frequentierte Spezialisten wie Gynäkologen oder Kardiologen. Zudem übernehmen ein bis zwei Advanced

Abbildung 2: Grundprinzipien zur Flexibilisierung der Gesundheitsversorgung



Abbildung 3: Übersicht über Spitalmodelle im Hub-and-Spoke-Modell



Special 2: Zukunft der Versorgungslandschaft

Ressourcen	
8-10 Ärzte	14-18 Weiteres medizinisches Personal (inkl. ANP)
✓ Basisdiagnostik	5-7 Untersuchungszimmer
✗ Operationssäle (ambulant)	✗ Stationäre Betten
✗ Intermediate Care (IMC)	✗ Intensivstation
Leistungs- und Finanzkennzahlen	
0 Stationäre Fälle in Tausend	6-8 Ertrag in Mio. CHF
12-16 Ambulante Konsultation in Tsd.	12-15 Ziel EBITDAR in %

Abbildung 4: Eckwerte ambulantes Gesundheitszentrum

Nurse Practitioners (ANP) eine Schlüsselfunktion in der Leistungserbringung. Sie können im Sinn des Netzwerks durch den Hub gestellt werden und erhöhen die Durchlässigkeit zwischen Spoke und Hub. Das hausärztliche Angebot wird mit einer ambulanten Rehabilitation kombiniert und deckt ein breites ambulantes Spektrum von Prävention, Diagnose und Therapie an fünf Tagen in der Woche von 7 Uhr bis 20 Uhr ab.

Unter Annahme positiver Voraussetzungen ist ein Betrieb mit einem EBITDAR von 12% bis 15% möglich, sogar mit den aktuellen Tarifen. In Einzelfällen kann dieses Ergebnis sogar übertroffen werden. Grundvoraussetzung für die finanzielle Viabilität des ambulanten Gesundheitszentrums sind deutlich schlankere Strukturen als in herkömmlichen Spitälern. Daher kann es eine Grundversorgung wesentlich effizienter und kostengünstiger sicherstellen. Das Geschäftsmodell orientiert sich vielmehr an Ärztehäusern und verzichtet vor allem auf ein 24/7-Angebot.

Spoke 2: Gesundheits- und Operationszentrum

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

Rolle im Hub-and-Spoke-Modell

Das ambulante Gesundheits- und Operationszentrum ist hauptsächlich in (sub-)urbanen Gebieten angesiedelt, da zum Betrieb ein Einzugsgebiet von mindestens 100 000 Personen benötigt wird. Zudem ist dieser Spoke in der Nähe des Hubs gebaut, sodass der Patient bei Komplikationen in den Hub verlagert werden kann. Um das Einzugsgebiet zu erreichen, werden ambulante Interventionen und Operationen im Netzwerk gebündelt und zentral durchgeführt. Eine Ergänzung des Betriebs mit Belegärzten ist ebenfalls vorstellbar. In den mindestens zwei ambulanten OP-Sälen werden jährlich rund 3000

Ressourcen	
20-30 Ärzte	65-75 Weiteres medizinisches Personal
✓ Erweiterte Diagnostik	8-12 Untersuchungszimmer
2 Operationssäle (ambulant)	0-5 Stationäre Betten
✗ Intermediate Care (IMC)	✗ Intensivstation
Leistungs- und Finanzkennzahlen	
0,1-0,3 Stationäre Fälle in Tausend	18-22 Ertrag in Mio. CHF
18-22 Ambulante Konsultation in Tsd.	9-11 Ziel EBITDAR in %

Abbildung 5: Eckwerte Gesundheits- und Operationszentrum

einfachere ambulante Operationen und Interventionen durchgeführt. Kurzaufenthalte bis zu 24 Stunden sind möglich. Die Option, zu diesem Zweck einzelne stationäre Betten zu betreiben, erlaubt längere Betriebszeiten. So können Patienten am späteren Nachmittag eintreten und am nächsten Morgen wieder entlassen werden. Der Personalbedarf bei stationären Behandlungen wird mit Springern bei entsprechendem Bedarf gedeckt. Neue Tarifmodelle wie Zero-Night-DRG könnten dafür sorgen, dass keine stationären Fälle notwendig werden.

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

Spoke 3: Regionaler Gesundheitscampus

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

Rolle im Hub-and-Spoke-Modell

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

Mit einem Gesamtumsatz von 35–50 Mio. CHF bei rund 2000 stationären Fällen liegt das mini-

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

Abbildung 6: Eckwerte regionaler Gesundheitscampus

male Einzugsgebiet für einen regionalen Gesundheitscampus liegt bei rund 40 000 bis 50 000 Personen, wenn keine direkten Konkurrenten im gleichen Gebiet tätig sind. Durch die Bündelung verschiedener Leistungserbringer an einem Standort werden neben Synergien im Netzwerk auch räumliche Vorteile ausgeschöpft.

Je nach Notfallkonzept in der Region kann der Spoke entweder eine Permanence und einen Hausarztnotfall oder auch eine Notfallversorgung inklusive Basisversorgung intensivmedizinischer Betten (IMC) anbieten. Betreuung intensiver Patienten würden dabei allerdings eher über einen höheren Betreuungsschlüssel abgebildet als über ausgebaute Beatmungskapazitäten oder sonstige Infrastruktur.

Bei entsprechender Spezialisierung ist im regionalen Gesundheitscampus auch eine Geburtshilfe oder eine andere Spezialisierung möglich. Allerdings bedingt dies ein Pooling der Geburten in der Region, sodass eine kritische Grösse von jährlich 500 bis 600 Geburten oder auch sonstige Mindestfallzahlen sichergestellt werden können. Dies wäre eine deutlich andere Ausprägung des Modells. Somit würde ein leicht anderes Infrastrukturlevel entstehen und die Vorhalteleistungen aus regulatorischen oder medizinischen Gründen erweitert werden, da ein Notfall verpflichtend und die Nähe zu intensivmedizinischer Versorgung Grundvoraussetzung für die Geburtshilfe ist.

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

Ressourcen	
150-200 Ärzte	500-600 Weiteres medizinisches Personal
✓ Erweiterte Diagnostik	60-70 Untersuchungszimmer
5 Operationssäle	150-200 Stationäre Betten
✓ Intermediate Care (IMC)	✓ Intensivstation
Leistungs- und Finanzkennzahlen	
8-12 Stationäre Fälle in Tausend	150-200 Ertrag in Mio. CHF
100-300 Ambulante Konsultation in Tsd.	8-10 Ziel EBITDAR in %

Abbildung 7: Eckwerte Integrierter Grundversorger

Spoke 4: Integrierter Grundversorger

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

Rolle im Hub-and-Spoke-Modell

Dieses Modell zeichnet sich durch eine umfassende Grundversorgung aus einer Hand mit integrierter 24/7-Notfallversorgung aus. Auf dem Campus werden weitere Leistungen wie (geriatrische) Rehabilitation und Therapien oder Spitex integriert. Das minimale Einzugsgebiet für diesen Spoke liegt bei 70 000 bis 100 000 Einwohnern und eignet sich damit für agglomerierte und kleinere städtische Gebiete. In dem Spoke 4 werden 8 000–12 000 stationäre Patienten behandelt und ein Umsatz von 150–200 Mio. CHF erwirtschaftet. Hochkomplexe Fälle werden weiterhin an den Hub weiterverwiesen, der mindestens 18 000 stationäre Patienten behandelt. Der Spoke kann Zuweisungen innerhalb des Netzwerks auch nach thematischen Schwerpunkten vornehmen.

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

Einbezug der Datensätze von 158 Spitälern

Für die Berechnungen wurden anhand klarer Kriterien 158 der insgesamt 281 Spitalgesellschaften

ten des Datensatzes «Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2018» des Bundesamts für Statistik im PwC-Modell berücksichtigt. Diese wurden auf Basis der aktuellen stationären Austritte (2018) einer Kategorie im Hub-and-Spoke-Modell zugeordnet. Die Zuteilung ist schematisch und wird in der Realität von vielen Faktoren mitbeeinflusst, etwa dem Einzugsgebiet, der demografischen Entwicklung der Region, der Wettbewerbssituation, der Verfügbarkeit und Attraktivität für Fachkräfte. Zudem gibt es auch eine gewisse Dynamik im Markt, sodass sich die vorgenommene Kategorisierung der Spitäler über die Zeit ändern kann. Dennoch erlaubt die Zuteilung Vergleiche und Interpretationen und Handlungsempfehlungen können abgeleitet werden.

Insgesamt sind die kleinen (Spokes 1 und 2), mittleren (Spokes 3) und grossen Akutspitäler (Spokes 4 und Hubs) jeweils zu rund einem Drittel im Datensatz vertreten. Es fällt auf, dass die kleinen Akutspitäler weniger als 3% der stationären beziehungsweise ambulanten Leistungen erbringen. Dasselbe gilt für die hier angestellten Mitarbeitenden (gemessen in Vollzeitstellen) sowie für die betriebenen Betten, die anteilig an den gesamtschweizerischen Mengen nur marginal höher sind.

Im Gegensatz dazu betreiben von den 45 Leistungserbringern dieser beiden Versorgungstufen 14 einen Notfall. Insgesamt werden 73 Operationssäle unterhalten, was gut 13% beziehungsweise 7% der installierten Kapazitäten entspricht.

Unter die mittleren Akutspitäler (Spokes 3) fallen rund ein Drittel der untersuchten Unter-

nehmen. Während diese 11% bis 16% der Leistungen erbringen, steuern sie 34% der Notfallstationen und 20% der betriebenen Operationssäle bei.

Die grossen Akutspitäler (Spokes 4 und Hubs) behandeln zwischen 82% und 86% der ambulanten und stationären Patienten und beschäftigen rund 85% der Mitarbeitenden. Sie betreiben zusammen jedoch nur 53% der Notfallstationen und 72% der Operationssäle der Schweiz. Diese Spitäler unterscheiden sich also schon heute sehr deutlich vom Rest der akutstationären Versorgungslandschaft.

Als grobe Faustregel sind die Hubs im Durchschnitt rund doppelt so gross wie die als Spoke 4 definierten Häuser. Gemäss dieser Grössen-kategorien können 21 Akutspitäler als Hubs bezeichnet werden – eine sinnvolle Grösse für die Schweiz.

Wie entwickelt sich der Personalaufwand?

Bei der Berechnung des durchschnittlichen Personalaufwands pro Vollzeitstelle zeigt sich ein Anstieg mit zunehmender Spitalgrösse. Dies ist einerseits auf das Leistungsangebot sowie teilweise auch auf geografische Unterschiede (urban/ländlich) zurückzuführen. Letztlich weisen die untersuchten Häuser einen ähnlichen und für Spitäler typischen Skill-Grade-Mix auf. Auffällig ist, dass Leistungserbringer aller Spokes Akutbetten, Notfallstationen, Operationssäle und Intensivstationen betreiben. Die obige Auswertung ist grob und stark generalisiert. Es ist klar, dass Infrastrukturen kleinerer Spitäler

Abbildung 8: Übersicht Akutsomatik – Daten des Jahres 2018 im Ist-Zustand (Quelle: BFS-Statistik)

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

Special 2: Zukunft der Versorgungslandschaft

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

Abbildung 9: Erfolgsrechnung in Mio. CHF – Illustrativ

bezüglich Grösse und Kosten nicht mit jenen der grösseren Häuser vergleichbar sind. Zudem gibt es für einzelne Leistungserbringer berechnete Nischen, die spezielle Infrastrukturen rechtfertigen. Dennoch führen diese in grosser Menge zu signifikanten Vorhalte- und Folgekosten sowie Investitionen, die einerseits im Betrieb und andererseits in der künftigen Erneuerung liegen. Dasselbe gilt auch für den Betrieb von mehreren Standorten.

Während in der Studie die Leistungsvolumen der Spokes 1 bis 3 durchaus als anzustrebende Gröszenordnungen erachtet werden, stellen die Werte für die Spokes 4 und die Hubs reine Durchschnittswerte dar, die eine Hochrechnung auf die Gesamtschweiz erlauben. In dem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass ein Spoke 4 durchaus eine regionale Hub-Funktion einnehmen kann, ohne die definitorischen Grössenkriterien eines Hubs zu erfüllen. Allerdings besteht auch klar die Meinung, dass ein Spoke 4 mindestens 5000 akutsomatische Fälle benötigt, um die entsprechenden Vorhaltungen zu tragen, und vermutlich zur Sicherstellung einer nachhaltigen finanziellen Viabilität eher mehr als 10000 stationäre Fälle betreuen müsste (z. B. durch eine Ergänzung um Rehabilitationsangebote).

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

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

höher. Dies entspricht gemäss langjährigen Überlegungen der PwC der Zielmarke, die einen finanziell nachhaltigen Spitalbetrieb sicherstellt.

Hochrechnung der Effekte

In der Gesamtbetrachtung wird unterstellt, dass die Anzahl der Pflagetage insgesamt rückläufig ist. Aufgrund der geringeren Kapazitäten in den Spokes 1 bis 3 dürften die dort nicht mehr behandelten Fälle zu je 50% an die Hubs und Spokes 4 verschoben werden. Im Simulationsmodell wurde darüber hinaus die Annahme getroffen, dass in den Hubs und Spokes 4 die Verweildauer um 0.5 Tage tiefer liegt als heute.

Das ist nur eine Art der Betrachtung. Alternativ wäre auch denkbar, dass die Auslastung in den grossen Spitälern (Hubs und Spokes 4) aufgrund

optimierter Prozesse die im Modell angenommenen rund 85% deutlich übersteigt und tatsächlich eine höhere Auslastung von knapp über 90% erreicht werden kann. In diesem Szenario könnte die Verweildauerverkürzung auch etwas moderater ausfallen. Insgesamt lässt sich mit der Konzentration stationärer Fälle gemäss PwC-Berechnungsmodell eine kalkulatorische Reduktion der Akutbetten um rund 2560 Betten oder 11% herleiten. Da weder für Spoke 1 noch 2 eine Notfallstation oder Intensivstation nötig sind und auch in Spoke 3 nur bei 50% der Leistungserbringer ein Notfall vorgesehen ist, können erstere um 20 Einheiten (19%) und letztere um 9 Einheiten (13%) reduziert werden.

Demgegenüber werden bestehende Notfall- und Intensivstationsinfrastrukturen in den Hubs ausgebaut. Bei den Operationssälen ergäbe sich ebenfalls eine Reduktion um knapp 90 Einheiten oder 10%, selbst nach Berücksichtigung von 30 Operationssälen, die für die ambulanten Operationszentren in den 15 Spoke-2-Einheiten benötigt werden. Bei den Geburtssälen haben die Experten von PwC nur minimale Anpassungen in Spoke 2 vorgenommen, mit der Einschränkung, dass Spoke 3 beim Betrieb von Geburtsabteilungen einen Fokus auf diese legen müssen und die Vorhalteleistungen sich entsprechend vermehren.

Auf Basis der personellen Ressourcenanforderungen können folgende Hypothesen formuliert werden: Falls die Spokes 4 und Hubs die ihnen zusätzlich zugeteilten stationären Fälle (bei der erläuterten Reduktion der mittleren Verweildauern) mit den bestehenden Personalressourcen

Abbildung 10: Übersicht Gesamteffekt auf die Akutsomatik

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

bewältigen könnten, liessen sich rechnerisch rund 9500 Vollzeitstellen oder 7% der heutigen Belegschaft für andere Tätigkeiten oder in anderen Bereichen im Gesundheitssektor einsetzen. Realistischer ist, dass die Spokes 4 und Hubs ihre Mitarbeiterschaft für die Behandlung der zusätzlichen Fälle um 30% bis 50% des Optimierungspotentials erhöhen müssten. Auch damit bleiben die Zahlen mit 4750 bis 6300 Vollzeitstellen eindrücklich hoch. Angesichts des sich abzeichnenden Leistungsmengenwachstums der kommenden Jahre ist dies neben der konsequenten Ausbildung neuer Fachkräfte zusätzlich dringend nötig. So könnte der vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) ausgewiesene zusätzliche Bedarf für Pflegepersonen 2030 von 65000 zumindest um 7% bis knapp 10% gesenkt werden.

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

Zusatzbausteine zur Ausgestaltung eines Spokes

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

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

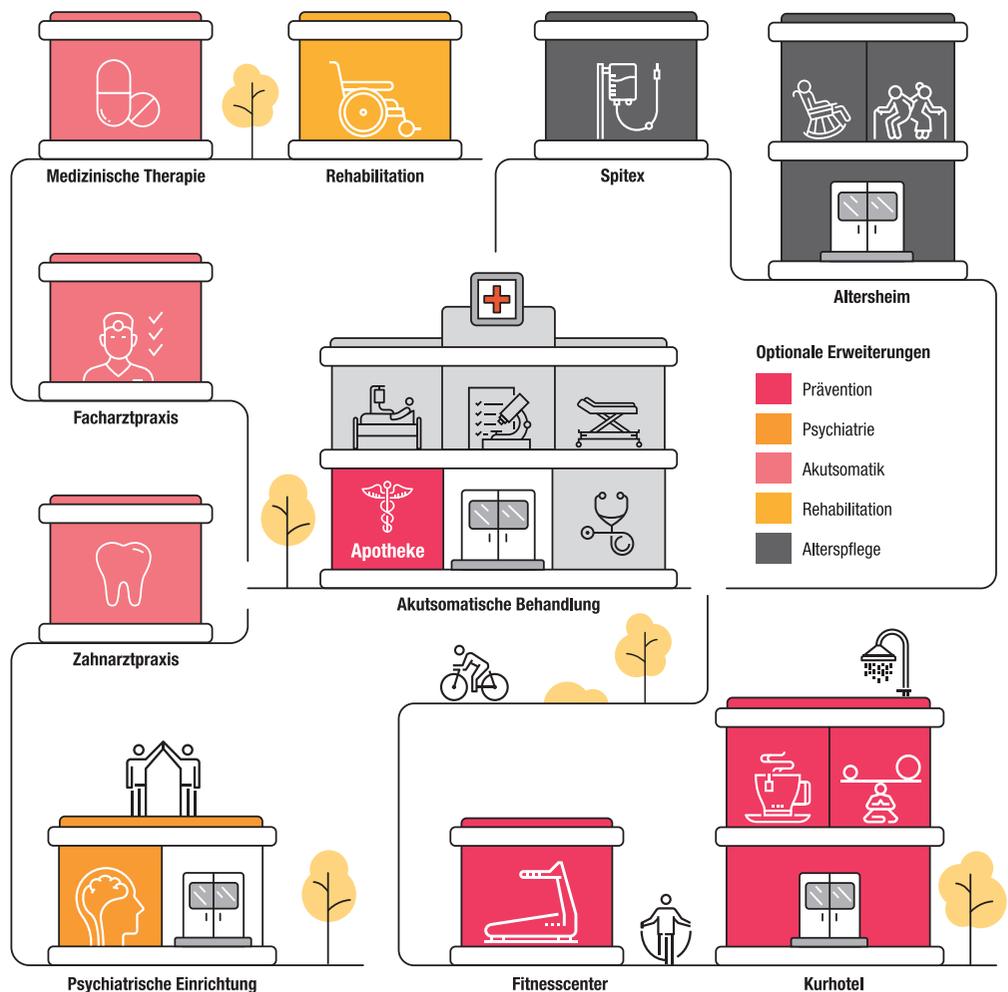


Abbildung 11: Übersicht modularer Ergänzungen für Spokes

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

Welches ist die vorteilhafteste Kooperationsform im Netzwerk?

Für die Organisation und rechtliche Gestaltung der Zusammenarbeit in einem Hub-and-Spoke-Modell unterscheiden die Experten von PwC vier Kooperationsformen:

1. Die loseste Form der Kooperation ist die vertragliche Kooperation. Für diese Form hat sich zum Beispiel das Kantonsspital Graubünden entschieden, da es darin einen beidseitigen Mehrwert sieht.
2. Die Wahl eines Gemeinschaftsunternehmens führt zu einer besseren Ausrichtung der beiden Kooperationspartner, bringt aber im Gegensatz zu einer Kooperation mit Verträgen

einen gewissen Kontrollverlust mit sich. Beispiel eines Gemeinschaftsunternehmens ist Clarunis, die Kooperation des St. Claraspitals mit dem Universitätsspital Basel, als einfache Gesellschaft.

3. Ein Shop-in-Shop-Konzept wird von den Kliniken Valens am Triemlispital geplant. Die Kliniken Valens mieten sich auf dem Areal des Triemlispitals ein und betreiben die Rehabilitationsabteilung. Auch die Reha Clinic verfolgt dieses Modell mit diversen Beispielen (Limmattalspital, See-Spital Kilchberg, Kantonsspital Glarus usw.). Diese Kooperationsform eignet sich besonders für interdisziplinäre Zusammenarbeiten in einem Gesundheitscampus, wobei beide Partner unterschiedliche Profile haben. Zum Beispiel können die Kliniken Valens bei Bedarf den Zugang zur hochspezialisierten Rehabilitation einfacher sicherstellen als das Triemlispital. Gleichzeitig profitieren beide Kooperationspartner und der Patient von der integrierten Versorgung. Diese Kooperationsform setzt ein grosses gegenseitiges Vertrauen voraus, da sie mit hohen Investitionskosten verbunden ist.



Neue, innovative wie effizientere Versorgungsmodelle braucht die Schweiz, wollen wir das hohe Qualitätsniveau der Gesundheitsversorgung angesichts von Kostendruck und Fachkräftemangel aufrecht erhalten.

4. Bei der Wahl einer Konzernstruktur ist eine vollständige Integration auf allen Ebenen möglich, was Synergiepotenzial eröffnet. Die Organisation in einer Konzernstruktur hat den Vorteil von intern klar alignierten Interessen, berücksichtigt dafür die lokalen Interessen aus Konzernperspektive weniger. Typische Beispiele von Konzernstrukturen sind die Inselgruppe, das Kantonsspital Baselland oder das Luzerner Kantonsspital, die früher eigenständige regionale Spitäler in einem Konzern zusammengefasst haben, oder auch die Privatklinikgruppen Hirslanden oder Swiss Medical Network.

Rezepte für die Zukunft

Die Experten von PwC haben Handlungsempfehlungen für Leistungserbringer definiert:

- Zielbild fürs Unternehmen festlegen: Dazu sollten Bedarf, Bedürfnisse und bestehende sowie potenzielle Netzwerkstrukturen berücksichtigt werden
- Definition der künftigen Rolle im abgestuften Versorgungsmodell auf Basis unternehmerischer Entscheidungen, die sich am Nutzen der Patienten und Zuweiser orientieren; konsequentes Verfolgen dieser Rolle

- Anpassen der idealtypischen Modelle auf die Region: Orientierung ausgehend vom aktuellen und prognostizierten Bedarf und unter Berücksichtigung der verstärkten Ambulantisierung und des Fachkräftemangels, Überprüfung von Kooperationsmöglichkeiten und interdisziplinärer Angebote, auch bezüglich Zuzugs von Kompetenz ausserhalb des Kerngeschäfts
- Aufbau von aufs Netzwerk abgestimmter Kompetenzen
- Transformation mutig vorantreiben: Erklären der Gründe für die Transformation gegenüber Mitarbeitenden und Öffentlichkeit
- Initiieren innovativer Angebote, auch wenn die aktuelle Regulierung dafür unvorteilhaft ist, um für die Zukunft gerüstet zu sein.

Philip Sommer, Partner, Leiter Beratung Gesundheitswesen PwC Schweiz



Patrick Schwendener, CFA, Director, Leiter Deals Gesundheitswesen, PwC Schweiz



Weitere Informationen

Patrick Schwendener, CFA
 Director, Leiter Deals Gesundheitswesen
 Telefon 058 792 15 08
patrick.schwendener@ch.pwc.com

Philip Sommer
 Partner, Leiter Beratung Gesundheitswesen
 Telefon 058 792 75 28
philip.sommer@ch.pwc.com