

Zukunftsperspektiven für die Spitallandschaft Schweiz

Studie im Auftrag von H+ Die Spitäler der Schweiz





Das Wichtigste auf einen Blick

Spitallandschaft im Wandel

Die Schweiz besitzt eine qualitativ hochstehende Spitalversorgung. Diese stellt für die Bevölkerung einen schnellen, einfachen Zugang zu qualitativ hochwertigen Spitalleistungen sicher. Das Gesundheitswesen ist stark gewachsen und wird weiter wachsen. Die Spitallandschaft hat sich verändert, unter anderem getrieben von unternehmerischen Entscheiden sowie systemischen und politisch motivierten Faktoren.

Nicht nachhaltig aufgestellt

Angeichts der aktuellen Herausforderungen und Rahmenbedingungen ist die Schweizer Spitallandschaft weder operativ noch finanziell nachhaltig aufgestellt. Die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen steigt, der Fachkräftemangel verstärkt sich, Tarife sind im Status quo nicht kostendeckend und die Regulierung steigt in einer bereits fragmentierten Versorgungslandschaft.

Weiter im Status quo ist keine Option

Ohne substanzielle Transformation reichen die Fachkräfte nicht, um das System stabil aufrecht zu halten. Es drohen Versorgungsengpässe, längere Wartezeiten und eine schlechtere Versorgungsqualität. Zudem steigen die finanziellen Verluste der Spitäler bis 2045 auf insgesamt rund 1,1 Mrd. CHF. Die meisten Spitäler werden auf (weitere) finanzielle Unterstützung durch ihre Eigner und die öffentliche Hand angewiesen sein.

Alle Akteure dringend gefragt

Es besteht dringender Handlungsbedarf, sowohl für die Spitäler als auch für die Politik, Tarifpartner und Gesellschaft. Die Akteure müssen gemeinsam die Transformation der Spitallandschaft weiter vorantreiben und neue unterstützende Rahmenbedingungen bereitstellen.

28 %

Um so viel steigt die Nachfrage nach ambulanten und stationären Spitalleistungen bis 2045 aufgrund von demografischen Entwicklungen wie Bevölkerungszuwachs, Alterung und weiteren Faktoren.

3

Handlungsfelder

Antworten auf die aktuellen Herausforderungen finden sich in drei Handlungsfeldern:

- Abgestufte Versorgung, Koordination und Profilierung
- Konsequente Ambulantisierung
- Beschleunigte digitale Transformation

Diese können nur bei adäquaten Rahmenbedingungen umgesetzt werden.

30'000

Entschärfung des Fachkräftemangels um bis zu 30'000 Vollzeitstellen

Durch die konsequente Umsetzung der drei Handlungsfelder mit den notwendigen Rahmenbedingungen lässt sich bis ins Jahr 2045 der Fachkräftebedarf, gegenüber der antizipierten Entwicklungen ohne Transformation und einem Mehrbedarf von rund 29'000 Vollzeitstellen, um rund 30'000 Vollzeitstellen reduzieren. Dadurch kann der Bedarf an Fachkräften in den Akutspitälern auf dem heutigen Niveau gehalten werden.

7

Rahmenbedingungen

Für eine erfolgreiche Transformation braucht die Schweizer Spitallandschaft Rahmenbedingungen und ausreichend finanzielle Mittel, um die Transformation zu realisieren. Diese umfassen übergreifend:

- Sachgerechte Abgeltung von Spitalleistungen
- Nachhaltige Finanzierung des Systems inklusive substanzieller Investitionen in die Transformation der Spitallandschaft
- Grundlagen für einen effizienten Datenaustausch
- Zukunftsgerichtete Nachwuchsförderung
- Koordinierte Versorgungsplanung abgestimmt auf Bedarf in Versorgungsregionen
- Kulturwandel bei allen Stakeholdern
- Förderung von Innovationen

Dämpfung des Kostenwachstums um

4,5 Mrd. CHF

Die steigende Nachfrage in Kombination mit der Teuerung führt zu einem Anstieg der Gesundheitskosten auf theoretisch 42 Mrd. CHF. Mit den drei Handlungsfeldern lässt sich das Kostenwachstum jährlich um rund 4,5 Mrd. CHF oder 10,6% der im Jahr 2045 erwarteten Systemkosten dämpfen. Somit kann das Kostenwachstum gedämpft werden. Die Kosten pro Kopf liessen sich unter Berücksichtigung von Inflation und Bevölkerungswachstum weitgehend auf dem heutigen Niveau stabilisieren.



Management Summary

3 Handlungsfelder mit grossem Potenzial und 7 begünstigende Rahmenbedingungen

1. Abgestufte Versorgung, Koordination, Profilierung

Die Förderung der Koordination und Kooperation zwischen Spitälern im Sinne einer abgestuften Versorgung und die entsprechende unternehmerische Profilierung einzelner Anbieter ermöglichen eine maximale Bedarfsorientierung in etablierten Netzwerken. Zudem können die Akteure nicht notwendige Redundanzen eliminieren und die Zusammenarbeit entlang von Versorgungspfaden stärken.

2. Ambulantisierung

Die Ambulantisierung entschärft den Fachkräftemangel, erlaubt attraktive und flexible Arbeitsmodelle und senkt die Gesundheitskosten nachhaltig. Zudem entspricht sie dem Bedürfnis der meisten Patient:innen, einen Spitalaufenthalt wenn möglich zu vermeiden.

3. Digitale Transformation

Die Umsetzung der digitalen Transformation steigert die Effizienz der Leistungserbringung, gewährleistet einen effizienten Datenaustausch zwischen den Gesundheitsakteuren, ermöglicht eine konsequente Ambulantisierung und lässt weitere innovative Versorgungsmodelle entstehen (z. B. Hospital@Home).

1. Spitalleistungen sachgerecht abgelten

Spitalleistungen inklusive der Aufwände für Koordination und Prävention müssen sachgerecht und unter Berücksichtigung von Inflation, Lohnentwicklung und technologischem Fortschritt, bzw. regulatorisch ausgelösten Zusatzkosten vergütet werden. Insbesondere im ambulanten Bereich ist eine Tarifierhöhung zwingend.

2. System nachhaltig finanzieren

Eine nachhaltige Finanzierung der Spitallandschaft, hauptsächlich über sachgerechte Tarifierung und nur als Ergänzung über transparent ausgewiesene GWL, muss sichergestellt sein. Die nötigen Investitionen für die erforderliche Transformation setzen eine eigenunabhängige Anschubfinanzierung voraus. Eine zu prüfende Möglichkeit wäre ein Transformationsfonds.

3. Daten effizient austauschen

Ein effizienter Datenaustausch erfordert die Einführung nationaler Daten- und Interoperabilitätsstandards, eine verbindliche Nutzung des elektronischen Gesundheitsdossiers sowie die Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen an technologische Fortschritte wie KI und Robotik.

4. Nachwuchs zukunftsgerichtet fördern

Die zukunftsgerichtete Förderung des Nachwuchses in Gesundheitsberufen erfordert die Anpassung von Bildungsplänen an neue Versorgungsmodelle und digitale Entwicklungen, die Erhöhung der Attraktivität der Berufe und eine neugedachte Kompetenzregelung.

5. Versorgungsplanung koordinieren

Eine abgestimmte Versorgungsplanung ermöglicht die Versorgung von kantonsübergreifenden Versorgungsregionen. Dies erfordert eine entpolitisierte und bedarfsorientierte Vorgehensweise, welche auf interkantonalen Ebene abgestimmt ist und eine Umgebung für unternehmerische Lösungen und Zusammenarbeit schafft. Dazu gehört die Auflösung standortbezogener Leistungsaufträge.

6. Kulturwandel weitsichtig begünstigen

Die Transformation erfordert eine Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, das Vertrauen in neue Versorgungsmodelle und digitale Lösungen sowie mehr Transparenz in Bezug auf Versorgungsqualität und deren Auswirkungen auf Gesundheitskosten.

7. Innovation pragmatisch fördern

Eine pragmatische Förderung von Innovation im Gesundheitswesen setzt auf die Unterstützung neuer Herangehensweisen sowie die Schaffung förderlicher regulatorischer Rahmenbedingungen insbesondere im Datenschutz und Beschaffungsrecht.

Handlungsempfehlungen an Politik, Tarifpartner und Bevölkerung, um die Handlungs- felder zu ermöglichen

		Bund 	Kanton 	Tarifpartner (Spitäler und Krankenversicherer) 	Bevölkerung 
Spitalleistungen sachgerecht abgelden					
1.	Sicherstellung von sachgerechten Tarifen, insbesondere von höheren Tarifen im ambulanten Bereich, sowie der angemessenen Abgeltung von Koordinations- und Präventionsleistungen.				
2.	Einführung dynamischer Tarifmodelle, die zeitnah exogene Faktoren wie Inflation, Lohnentwicklung, medizinischen und technologischen Fortschritt oder regulatorische Forderungen einpreisen (Erhöhung und Senkung)				
3.	Vergütung der Tätigkeiten von neuen Rollen und Berufen wie Pflegeexpert:innen (APNs) über die Tarifsysteme				
4.	Erhöhung Transparenz zu Qualität und Berücksichtigung in Tarifen				
System nachhaltig finanzieren					
5.	Kompensation, falls Beiträge aus einer bestehenden Finanzierungsquelle gestrichen oder reduziert werden				
6.	Eignerunabhängige Anschubfinanzierung, beispielsweise mittels zusätzlicher Finanzierungsgefässe wie Transformationsfonds für die Transformation und zur Realisierung der Nutzenversprechen aus den Handlungsfeldern				
7.	Angemessene Abgeltung von Leistungen der Spitäler über das Tarifwesen sowie Vermeidung von extensiven Vergütungen über gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)				
8.	Planung von GWL in Versorgungsregionen entsprechend dem tatsächlichen Bedarf sowie transparente, eigernerunabhängige Vergabe über Ausschreibungen zur Erhöhung der Transparenz				
9.	Nutzung der Chancen des einheitlichen Finanzierungsmodells für ambulante und stationäre Leistungen (EFAS) zur Integration der ambulanten und stationären Leistungserbringung per 2028 mit sinnvoll aufgesetzten und ständig sich anpassenden Tarifen				
10.	Gemeinsame Weiterentwicklung von Versicherungsprodukten der Zusatzversicherung, um das Finanzierungsgefäss zu sichern				
Daten effizient austauschen					
11.	Einführung von nationalen und verbindlichen Interoperabilitäts- und Datenstandards für IT-Systeme von allen Leistungserbringern				
12.	Konsequente Umsetzung der Pläne zum elektronischen Gesundheitsdossier (E-GD) gemäss der aktuellen Pläne.				
13.	Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen an neue Gegebenheiten und Möglichkeiten der Technologie, z. B. KI, Robotik, etc.				

		 Bund	 Kanton	 Tarifpartner (Spitäler und Krankenversicherer)	 Bevölkerung
Nachwuchs zukunftsgerichtet fördern					
14.	Anpassung und Weiterentwicklung der Aus-, Weiter- und Fortbildungspläne von medizinischen Berufen auf neue Versorgungsmodelle und Rollenbilder, Interprofessionalität, Praxisnähe und die digitale Entwicklung				
15.	Förderung der Attraktivität von Gesundheitsberufen				
16.	Kompetenzübertragung an fähiges Gesundheitspersonal mit entsprechenden Befugnissen				
Versorgungsplanung koordinieren					
17.	Entpolitisierung der Versorgungsplanung, entkoppelt von volkswirtschaftlichen Interessen, Regionalpolitik oder Kapital- und Beteiligungsüberlegungen der öffentlichen Hand als Eigentümerschaft. Vornahme einer interkantonal abgestimmten Versorgungsplanung, die sich am Bedarf orientiert und Zusammenarbeitsformen unterstützt. Sicherstellung von einheitlichen Anforderungen an Zugang, Qualität usw.				
18.	Auflösung von standortbezogenen Leistungsaufträgen				
19.	Ausgestaltung der Regulierung zur Ermöglichung einer abgestimmten Versorgungsplanung. Sinnvolle unternehmerische Lösungen sollen nicht durch Regularien wie das Wettbewerbsrecht, Datenschutz oder ähnliches beschnitten werden.				
20.	Steigerung der Freizügigkeit und Mobilität der Patient:innen innerhalb von und über Versorgungsregionen hinweg, u.a. durch Harmonisierung der Preise				
Kulturwandel weitsichtig begünstigen					
21.	Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in ihrer Rolle als Nachfragende von Gesundheitsdienstleistungen und somit Verursachende von Gesundheitskosten sowie als Akteur, der den Bedarf inkl. Zugangs- und Wartezeiten definiert				
22.	Stärkung des Vertrauens der Gesellschaft und Fachkreise in neue Versorgungsmodelle, Rollenbilder und digitale Lösungen				
23.	Schaffen von mehr Transparenz hinsichtlich Versorgungsqualität und Auswirkungen auf Gesundheitskosten (inkl. Förderung des Umgangs mit Gesundheitsdaten innerhalb der Bevölkerung)				
Innovation pragmatisch fördern					
24.	Förderung von Innovieren und Ausprobieren von neuen Herangehensweisen (z. B. Capitation Modelle, Bundled Payments) sowie der Umsetzung pragmatischer Lösungen durch Spitäler				
25.	Reduktion von bürokratischen Hürden und des administrativen Aufwands von Spitälern. Dazu gehört z. B. die Entbürokratisierung bestehender Vorschriften wie bspw. des Experimentierartikels, die Konzeption von Ansätzen, die belohnen statt sanktionieren, sowie das Schaffen von regulatorischen Rahmenbedingungen, die Innovation begünstigen (z.B. im Datenschutz, Beschaffungsrecht)				

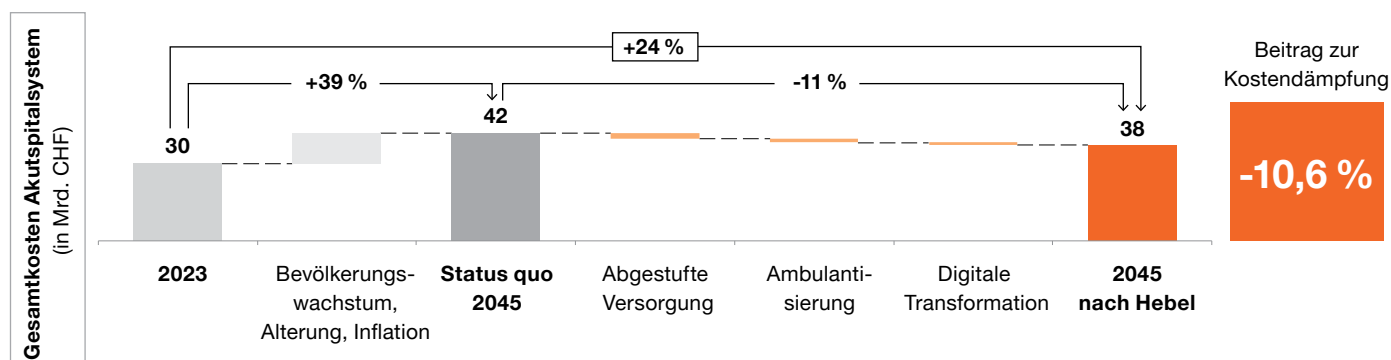
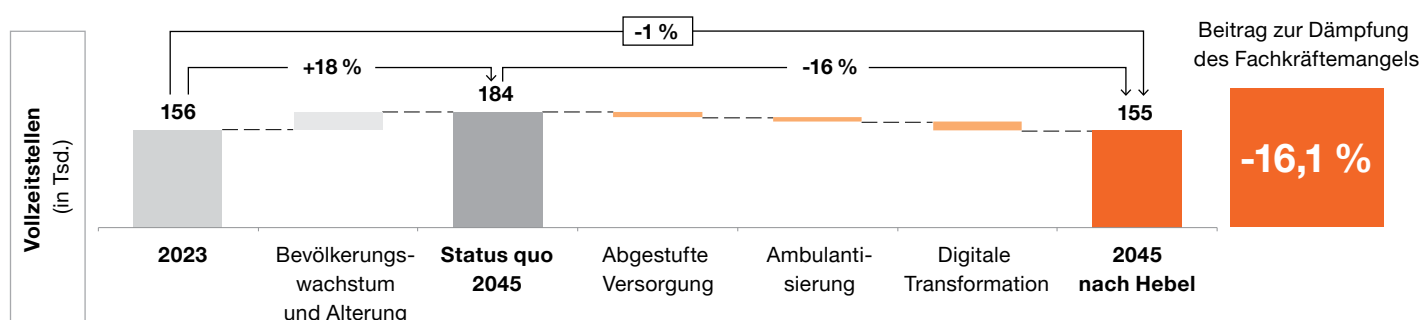
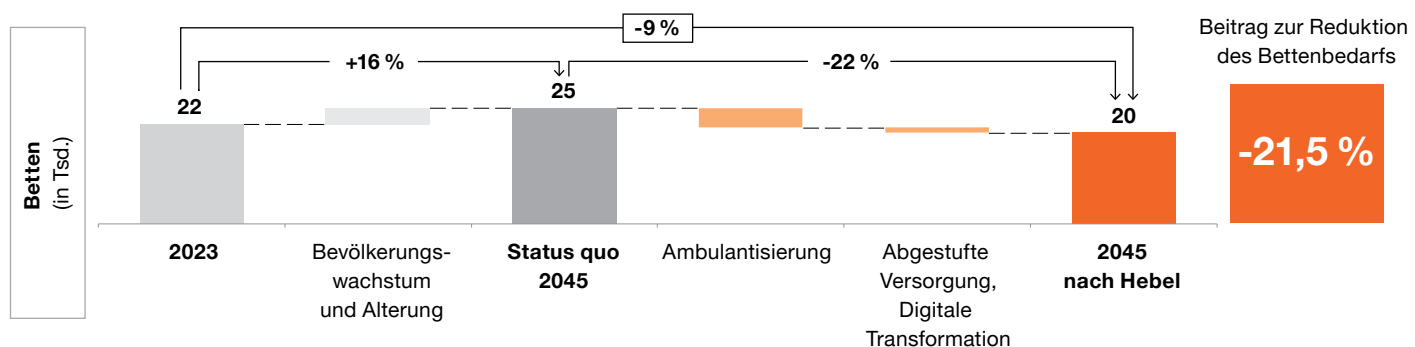
Handlungsempfehlungen an die Spitäler zur Umsetzung der 3 Handlungsfelder



Auswirkungen der 3 Handlungsfelder, wenn die Rahmenbedingungen diese begünstigen

Aufgrund der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen würden ohne Transformation die drei Parameter Bettenbedarf, Bedarf an Vollzeitstellen, sowie die Kosten für Spitalleistungen im Zeitverlauf bis 2045 drastisch ansteigen. Diesem Wachstum können die Spitäler durch die Umsetzung der drei Handlungsfelder entgegenwirken. Die Umsetzung dieser drei Hebel bedingt förderliche Rahmenbedingungen, die die Spitäler bei der Transformation der Spitallandschaft unterstützen sowie erhebliche Transformationsaufwendungen.

Die folgenden Grafiken zeigen jeweils die Entwicklung bis 2045 ohne Transformation sowie die Effekte der Transformation durch die Umsetzung der Handlungsfelder. Der Transparenz halber werden ebenfalls die Entwicklungen 2023-2045 dargestellt.



Zum Auftakt

Liebe Leserin, lieber Leser

Warum eine Studie über die Zukunft der Schweizer Spitallandschaft? Weil diese neue Perspektiven, mutige Ideen und Impulse braucht. Das ist die kurze Antwort. Die lange fällt differenzierter aus.

Der Wandel der Spitallandschaft Schweiz ist systemisch bedingt und politisch gewollt. Gesundheitsakteure, Regulatoren und Politik stehen vor vielschichtigen Herausforderungen: verschärfter Fachkräftemangel, steigende Nachfrage, zunehmend fragmentierte Versorgung und damit erschwerte Koordination der Akteure, wachsende Gesundheitskosten und damit zunehmender finanzieller Druck, laufend neue, teils widersprüchliche Forderungen der Bevölkerung.

Von 2021 bis 2024 hat aufgrund der ausserordentlichen Inflation durch kantonale Rettungsaktionen eine Re-Fiskalisierung der Spitalfinanzierung stattgefunden. Das hat die Politik aber auch die Spitalbranche dazu veranlasst, das geltende System der Spitalfinanzierung zusätzlich infrage zu stellen. Entsprechend befassen sich diverse parlamentarische Vorstösse wie die Motion 25.3017 **«Spitalplanung durch interkantonale Spitallisten stärken»** oder die Motion 24.3081 **«Kollaps verhindern. Die Teuerung ist in allen Tarif- und Entschädigungssystemen des Gesundheitswesens angemessen zu berücksichtigen»** mit der Zukunft der Spitallandschaft. Das alles stellt die Versorgungsakteure vor eine Herkulesaufgabe: eine Spitallandschaft zu schaffen, die auch in Zukunft allen Menschen in der Schweiz zugänglich ist.

In diesem Kontext hat der Spitalverband H+ Die Spitäler der Schweiz PwC mit einer daten- und erfahrungsbasierten Analyse und dem Entwickeln von Zukunftsszenarien beauftragt. Die Publikation richtet sich an Entscheidungstragende aus Politik, der öffentlichen Hand, Gesundheitsinstitutionen und Krankenversicherungen sowie an alle, die die Gesundheitsversorgung in der Schweiz nachhaltig weiterentwickeln möchten. Unsere Ausführungen sollen inspirieren, Orientierung geben und konkrete Handlungsfelder mit Szenarien und deren Auswirkung auf die Branche aufzeigen. Mit der Studie legen wir dar, warum es eine Transformation braucht, in welche Richtung diese gehen soll und wie sie sich mit entsprechenden Rahmenbedingungen stärken und beschleunigen lässt.

In den nachfolgenden Kapiteln konzentrieren wir uns bewusst auf die akutsomatische Spitalversorgung. Andere Leistungserbringer – etwa aus der Rehabilitation oder Psychiatrie – beziehen wir punktuell und mit Blick auf eine integrierte Versorgung ein. Im Zentrum unserer Überlegungen stehen das Gewährleisten einer qualitativ hochstehenden Versorgung für die Schweiz, das Sicherstellen eines schnellen und einfachen Zugangs zu Leistungen und eine hohe Ressourceneffizienz. Ein besonderes Augenmerk richten wir auf Kursanpassungen für die regulatorische Gesamtarchitektur des Schweizer Gesundheitswesens.

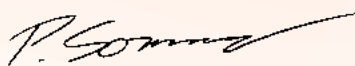
Mit Szenarien zeigen wir auf, was Sie als Marktakteure oder Gesetzgeber tun können – mit den begrenzten Fachkräften, kulturellen Gegebenheiten, knappen Finanzen – und welche verbesserten Rahmenbedingungen für die Transformation nötig sind. Es zeigt sich, dass die Fortschreibung des Status Quo aufgrund der weiter steigenden Nachfrage zu einer unhaltbaren Situation mit starkem Kostenanstieg und einem nicht stillbaren Fachkräftebedarf führen würde. Um dieser Entwicklung entgegen zu wirken, sehen wir ein bezifferbares Zukunftspotenzial in drei Handlungsfeldern:

- Mit mehr Koordination und Kooperation der Spitäler untereinander sowie der Profilierung einzelner Anbieter können sich Netzwerke besser etablieren und am Bedarf orientieren. So liessen sich die künftige Fachkräftenachfrage im Verhältnis zum fortgeschriebenen Status Quo um bis zu 9300 Vollzeitstellen verringern und das Kostenwachstum um bis zu 2,1 Mrd. CHF dämpfen.
- Das Vorantreiben der Ambulantisierung entschärft den künftigen Fachkräftemangel um bis zu 7000 Fachkräfte und trägt um bis zu 1,5 Mrd. CHF zur Dämpfung des Wachstums der Gesundheitskosten bei.
- Die digitale Transformation steigert die Effizienz der Leistungserbringung aufgrund des reduzierten administrativen Aufwands sowie gezielterem Einsatz von Ressourcen und macht digitale Gesundheitsdienstleistungen zugänglicher. Damit würden um bis zu 14'000 weniger Fachkräfte benötigt und das Kostenwachstum um bis zu 0,9 Mrd. CHF reduziert.

Um ein derartiges Potenzial auszuschöpfen, müssen Sie als Verantwortliche unternehmerische Lösungen finden. Gleichzeitig sind passende Rahmenbedingungen auf kantonaler und nationaler Ebene nötig. Nur so können sich die Schweizer Spitäler tragfähig und praxistauglich modernisieren. Welche Rahmenbedingungen das begünstigen, lesen Sie ebenfalls in dieser Publikation.

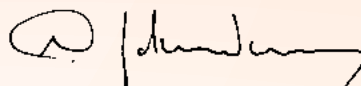
Die Studie wurde durch PwC in redaktioneller Freiheit verfasst und entspricht nicht zwingend der Meinung von H+. Wir danken allen Beteiligten, die unsere Studie mit ihrer Expertise und ihrem Engagement bereichert haben.

Wir wünschen Ihnen eine perspektivische Lektüre.



Philip Sommer

Leiter Beratung Gesundheitswesen
PwC Schweiz



Patrick Schwendener, CFA

Leiter Deals Gesundheitswesen
PwC Schweiz



Paul Sailer

Beratung Gesundheitswesen
PwC Schweiz



Stefanie Schneuwly

Beratung Gesundheitswesen
PwC Schweiz



Inhalt

Zum Auftakt	10
Qualität, Zugang und Effizienz als Zielsetzung	14
Exkurs: EBITDAR-Zielmarge oder weshalb Spitäler Gewinne brauchen	18
Bisherige Entwicklungen geprägt von Nachfragewachstum, Fachkräftemangel und finanziellem Druck	20
Immer mehr Gesundheitsdienstleistungen gefragt	21
Angebot mit hoher Qualität und grossen Aufgaben	27
Status quo – heute und im Jahr 2045	38
Szenarien für eine Spitallandschaft mit Zukunft	42
Handlungsfeld «Abgestufte Versorgung, Koordination und Profilierung»	44
Handlungsfeld «Ambulantisierung»	52
Handlungsfeld «Digitale Transformation»	58
Exkurs: Warum die digitale Transformation die EBITDAR-Zielmarge beeinflusst	65
Gedankenspiel: Revolution statt Evolution	66
7 Rahmenbedingungen	68
Fazit	76
Anhang	78
Danke fürs Mitwirken!	78
Modellierung	79
Abkürzungsverzeichnis	80
Abbildungsverzeichnis und Tabellenverzeichnis	81
Gerne für Sie da	82

Qualität, Zugang und Effizienz als Zielsetzung



Menschen im Mittelpunkt

Die Spitallandschaft der Zukunft muss sich konsequent an den Bedürfnissen und Erwartungen der Bevölkerung orientieren und unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht nur das bestmögliche Resultat erzielen, sondern dieses auch laufend optimieren. Mit Blick auf die Menschen in der Schweiz besteht diese übergeordnete Zielsetzung aus drei Komponenten: Qualität, Zugang, Effizienz (vgl. Abbildung 1).

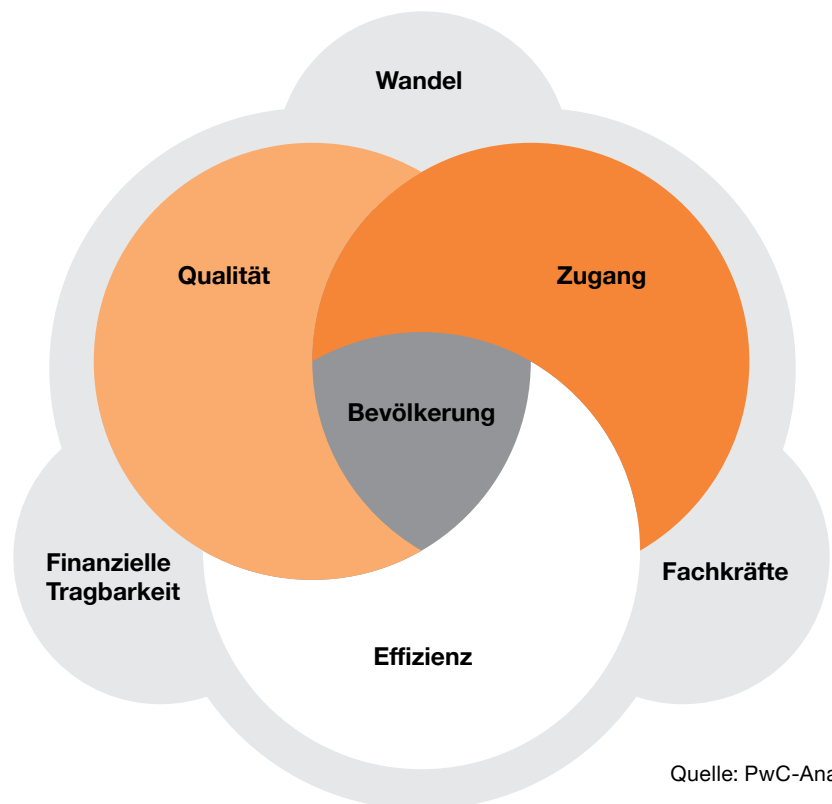
Abbildung 1: 3 Zielsetzungen und 3 Bedingungen.

Die Spitallandschaft von morgen ...

- ... erbringt eine **qualitativ hochstehende Versorgung**.
- ... erlaubt einen **schnellen, einfachen Zugang zu Leistungen**.
- ... zeichnet sich durch eine **hohe Ressourceneffizienz** aus.

Dies erreichen wir ...

- ... mit den zur Verfügung stehenden **Fachkräften**.
- ... unter Berücksichtigung **des kulturellen Wandels**.
- ... mit einem **finanziell tragbaren Spitalwesen**.



Quelle: PwC-Analyse

Bevölkerung

Die Gesundheitsversorgung ist für die Menschen in der Schweiz da, also für die gesamte Einwohnerschaft, insbesondere für Patient:innen. Sämtliche nachfolgenden Erläuterungen zur Zukunft des Schweizer Gesundheits- und Spitalwesens verfolgen eine hohe Patientenzentrierung und rücken die Ausrichtung an den Bedürfnissen der Bevölkerung in den Mittelpunkt.

Qualität

Die Bevölkerung erwartet eine qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung – unabhängig von Wohnort, Alter oder sozioökonomischem Hintergrund. Qualität umfasst sowohl die medizinischen Ergebnisse und Prozesse wie Behandlungserfolge oder Komplikationsraten als auch die Patientenerfahrung. Dazu gehören Kommunikation, Einbezug und Sicherheit. Die Spitallandschaft der Zukunft erbringt eine qualitativ hochstehende Versorgung über Fachbereiche und Leistungserbringer hinweg und entwickelt die gesamthafte Versorgungsqualität kontinuierlich weiter.

Zugang

Jeder Mensch in der Schweiz wünscht sich einen niederschweligen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, jederzeit und ohne wesentliche Wartezeiten. Ein solcher Zugang umfasst das Angebotsspektrum der verfügbaren und finanzierten Leistungen, die Zugangs- und die Wartezeit. Die Zugangszeit definiert die Zeit, bis eine Person die gewünschte Leistung erhält. Die Wartezeit beschreibt die Zeit zwischen Terminvergabe und Eingriff. Ein niederschwelliger Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen hat seinen Preis und kann nur bei entsprechender Verfügbarkeit von Fachkräften gewährt werden. Bereits heute besticht die Schweiz durch einen im Vergleich zum Ausland ausgezeichneten und schnellen Zugang zu umfassenden Gesundheitsdienstleistungen und neuen Therapiemethoden für alle Bevölkerungsschichten. Die Spitallandschaft der Zukunft soll diesen hohen Standard halten.

Effizienz

Angesichts der steigenden Gesundheitskosten und begrenzten Ressourcen werden Effizienz und Effektivität im Spital und in der Versorgung immer wichtiger. Darunter verstehen wir die optimale Allokation der verfügbaren Ressourcen. Die Bevölkerung erwartet, dass die Spitäler ihre Mittel sinnvoll einsetzen, möchte im Gegenzug aber keine Abstriche bei der Qualität oder beim Zugang in Kauf nehmen müssen. Das bedeutet nicht ausschliesslich Kostenkontrolle, wie in der öffentlichen Debatte oft zitiert. Die Spitäler sollten vielmehr Doppelspurigkeiten vermeiden, digitale Technologien sinnvoll nutzen und ihre Kompetenzen unter Einhaltung von Qualität und Zugang bündeln, um ihre Ressourcen effizienter einzusetzen. Die Spitallandschaft der Zukunft zeichnet sich durch eine hohe Ressourceneffizienz und -effektivität in allen Bereichen aus.

Wandel

Die Transformation des Gesundheitswesens erfordert einen tiefgreifenden strukturellen Wandel unter Berücksichtigung der unterschiedlichen kulturellen, sozio-ökonomischen und topografischen Gegebenheiten und der Vielfalt der Schweiz. Die Akteure müssen die Veränderung der Versorgungsmodelle, die Digitalisierung, neue Rollenprofile und die interprofessionelle Zusammenarbeit aktiv gestalten und begleiten. Das setzt eine hohe Veränderungsbereitschaft nicht nur der Branchenakteure, sondern auch der Vertreter:innen von Politik, Regulator, Versicherungen und insbesondere der Bevölkerung voraus.

Die Spitallandschaft der Zukunft zeichnet sich durch eine hohe Ressourceneffizienz und -effektivität in allen Bereichen aus.



Um den Zielkonflikt zwischen Qualitäts- und Effizienzansprüchen zu entschärfen, braucht es Aufklärungsarbeit und Transparenz. Dabei spielt die Politik eine Schlüsselrolle.

Fachkräfte

Der zunehmende Fachkräftemangel und der Umgang mit beschränkten personellen Ressourcen prägen die Spitallandschaft massgeblich und setzen der Gestaltung der Zukunft gewisse Grenzen. Ohne ausreichend qualifiziertes Personal und ohne eine breit optimierte Ressourcenallokation können die Spitäler weder Qualität noch Zugang oder Effizienz gewährleisten.

Finanzielle Tragbarkeit

Die langfristige Sicherung eines qualitativ hochwertigen und zugänglichen Gesundheitswesens ist nur mit einer nachhaltigen Finanzierung des Systems möglich. Gemäss Studien von PwC weisen Spitäler aktuell eine Profitabilitätslücke von über 1 Mrd. CHF auf.¹ Dabei benötigen sie entsprechend der Rahmenbedingungen seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 eine betriebliche Marge (gemessen an den «Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization, and Restructuring or Rent costs», kurz EBITDAR) von mindestens 10 %, um eigenständig und nachhaltig wirtschaften zu können (vgl. Exkurs: EBITDAR-Zielmarge oder weshalb Spitäler Gewinne »Seite 18). Im Kontext der digitalen Transformation und Technologisierung der Medizin erhöht sich zudem die notwendige Mindestmarge, da Investitionszyklen kürzer werden und die Intensität des investierten Kapitals steigt. Diese Marge ist notwendig, um Investitionen in Infrastruktur, digitale Transformation und Innovation zu tätigen, Rücklagen für Krisenzeiten zu bilden und die Arbeitgeberattraktivität zu sichern. Gleichzeitig darf dieses betriebswirtschaftliche Ziel nicht zulasten der Versorgungssicherheit oder eines angemessenen Zugangs gehen.

Herausforderungen der Transformation

Die Spitallandschaft der Zukunft muss demnach seine Ziele für Qualität, Zugang und Effizienz mit den Rahmenbedingungen für Wandel, Fachkräfte und finanzielle Tragbarkeit erreichen. Das ist ein Balanceakt. Wenn beispielsweise Gesundheitsdienstleistungen aus Qualitäts- oder Effizienzgründen an zentralen Standorten zusammengefasst und nicht mehr lokal angeboten werden, trifft das auf deutliche Kritik. Aktuelle Beispiele dafür sind die geplanten und umgesetzten Schliessungen der Geburtenabteilungen in den Spitälern von Muri, Thuisis, Frutigen, Langenthal und im Spital Wolhusen des Luzerner Kantonsspitals. Gleichzeitig steht die Prämielast weit oben auf der Liste des Schweizer Sorgenbarometers.² Das macht die Gesundheitskosten zumindest indirekt zur Sorge der Schweizer Bevölkerung.

Um den Zielkonflikt zwischen Qualitäts- und Effizienzansprüchen zu entschärfen, braucht es Aufklärungsarbeit und Transparenz. Dabei spielt die Politik eine Schlüsselrolle: Sie muss die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen und gesellschaftliche Erwartungen in einen Gesamtkontext setzen, damit die Spitallandschaft Richtung Zukunft gehen kann. Dabei gilt es zu verdeutlichen, welche finanziellen und qualitativen Auswirkungen Anpassungen der Gesundheitsdienstleistungen haben, etwa die schwindende Patientensicherheit und Mehrkosten, die mit der Weiterführung von medizinischen Fachabteilungen, in denen die erforderlichen Mindestfallzahlen pro Jahr nicht erreicht werden, verbunden sind.

¹ Vgl. «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2024», PwC, 2025

² Vgl. «Sorgenbarometer Schweiz», UBS, 2024

Exkurs: EBITDAR-Zielmarge oder weshalb Spitäler Gewinne brauchen

Anlagevermögen eigenwirtschaftlich tragen

Seit der Umstellung der Spitalfinanzierung auf SwissDRG (Diagnosis Related Groups) im Jahr 2012 wird kontrovers diskutiert, weshalb Spitäler Gewinne erwirtschaften müssen und wie hoch diese sein sollen. Aus ökonomischer Sicht gilt: Jedes Unternehmen muss ein positives Ergebnis anstreben, um betriebliche Risiken abzufedern, Reserven aufzubauen und langfristig eigenständig zu investieren. Diesen Grundsatz trägt eine breite Basis mit, unter anderem das Bundesverwaltungsgericht oder der Preisüberwacher. Er trifft gerade auf Spitäler zu, weil diese seit dem Systemwechsel von der Kostendeckung zu diagnosebasierten Fallpauschalen die Finanzierung des Anlagevermögens selbst tragen müssen – insbesondere Immobilien, Grossgeräte und digitale Infrastruktur. Seither entfallen Investitionsbeiträge der öffentlichen Hand grundsätzlich, und die Spitäler müssen die Kosten im Zusammenhang mit Investitionen über die Tarife schultern. Konsequenterweise verzichten die Eigentümer öffentlicher Spitäler wie Kantone und Gemeinden meistens auf Gewinnausschüttungen, etwa in Form von Dividenden (Rechtsform der gemeinnützigen Aktiengesellschaft).

Schlüsselkennzahl EBITDAR-Marge

Zur Steuerung der Profitabilität hat sich die EBITDAR-Marge als zentrale Kennzahl etabliert. Sie ergibt sich aus

den gesamten betrieblichen Erträgen abzüglich Personal- und Sachkosten (ohne Mieten) im Verhältnis zum Gesamtumsatz. Die EBITDAR-Marge zeigt an, ob ein Spital genügend Mittel erwirtschaftet, um Mieten, Abschreibungen, Zinsen und Steuern zu tragen sowie eine risikogerechte Rendite auf das eingesetzte Kapital zu erzielen. Ein Null-Ergebnis beim Reingewinn genügt nicht; dieses erlaubt es den Spitälern weder, Reserven aufzubauen und künftige Verluste abzufangen, noch den zukünftigen Investitionsbedarf zu decken. Dem Risiko angemessene Jahresgewinne sind notwendig, um Rücklagen für den nächsten Erneuerungszyklus zu bilden und temporäre Ergebnisrückgänge ohne systemfremde Zuschüsse (z. B. durch kantonale und kommunale Eigner) zu überstehen.

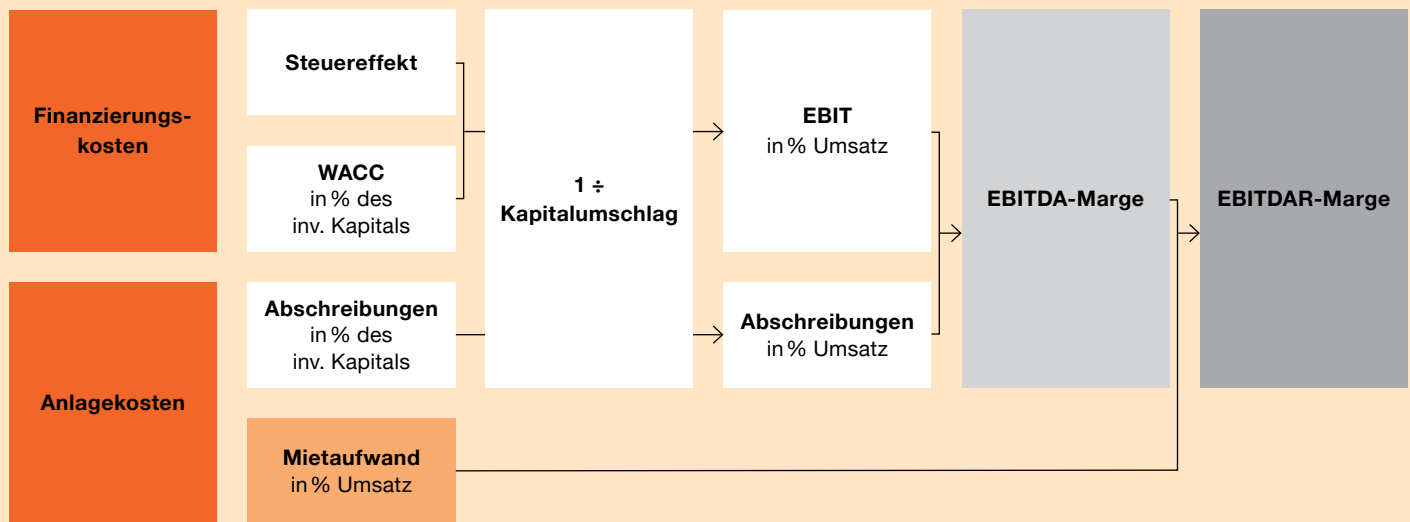
Fremd- und Eigenkapital betroffen

Die Renditeanforderung betrifft sowohl das Fremd- als auch das Eigenkapital. Auch bei einer öffentlichen Trägerschaft müssen die Eigenkapitalrenditen betriebswirtschaftlich begründet sein und sich am Marktrisiko des Spitalbetriebs orientieren, unabhängig davon, welche Renditeerwartung die Eigentümerschaft an das Eigenkapital vorgibt. Werden die Tarife nachhaltig ausgestaltet und effizient aufgesetzte Vorhalteleistungen vollständig vergütet, lassen sich Rettungsaktionen der öffentlichen Eigentümerschaft künftig auf Ausnahmefälle beschränken.

Bottom-up-Herleitung

Die EBITDAR-Marge lässt sich bottom-up über die durchschnittlich erwarteten Anlagenutzungs- und Finanzierungskosten herleiten. Dabei stellt sie eine Funktion der gewichteten durchschnittlichen Kapitalkosten (WACC), des Steuersatzes, des durchschnittlichen Abschreibungssatzes sowie des Kapitalumschlags dar (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Die EBITDAR-Marge wird für Spitäler bottom-up hergeleitet.



$$WACC \approx ROIC = \frac{EBIT}{\text{Investiertes Kapital}}$$

$$\text{Kapitalumschlag} = \frac{\text{Umsatz}}{\text{Investiertes Kapital}}$$

$$\text{Steuereffekt} = \frac{1}{(1 - \text{Steuersatz})}$$

$$EBIT = \text{Steuereffekt} * WACC * \frac{1}{\text{Kapitalumschlag}}$$

$$EBITDA = EBIT + \text{Abschreibungen}$$

$$EBITDAR = EBITDA + \text{Mietaufwand}$$

In der vorliegenden Analyse haben wir die benötigten Input-Parameter mit der Simulation des Anlagevermögens über einen Prognosezeitraum von 100 Jahren definiert. Dafür haben wir öffentlich verfügbare Referenzwerte von Spitälern verwendet, die seit der Einführung von SwissDRG einen Neubau eröffnet haben. Zur Vereinfachung haben wir eine Steuerbefreiung angenommen und die Annahme getroffen, dass sich sämtliche Betriebsinfrastrukturen im Spitalbesitz befinden (keine Miete).

Zielmarge von zirka 10,0 %

Aus unserer Simulation ergibt sich für die EBITDAR-Zielmarge eine Bandbreite von 8,9 % bis 10,8 % (vgl. Tabelle 1). Der Mittelwert liegt in etwa bei 10,0 %. Diese Grösse deckt sich mit dem Zielwert, den wir bereits 2012 mit einem vergleichbaren Ansatz her-

geleitet haben. Der Zielwert hat sich seither als Branchenstandard etabliert; zahlreiche Gesundheitsdirektionen und Spitalleitungen haben ihn in ihre Eigner- und Unternehmensstrategien als Ziel- oder Richtwert aufgenommen. Die aktuelle Entwicklung mit

hohen Investitionen in kürzer nutzbare IT-Lösungen erhöht den Druck auf die Zielmarge. Mit anderen Worten: Sie wird in Zukunft höher ausfallen müssen (vgl. dazu Exkurs «Warum die digitale Transformation die EBITDAR-Zielmarge beeinflusst», Seite 61).

Tabelle 1: Spitäler benötigen im Schnitt eine EBITDAR-Marge von 10,0 %

	Untere Bandbreite	Obere Bandbreite
Durchschnittliche Kapitalkosten (WACC)	5,0 %	6,0 %
Kapitalumschlag	1,35x	1,25x
Notwendige EBIT-Marge	3,7 %	4,8 %
Abschreibungen in % Investiertes Kapital	7,0 %	7,5 %
Kapitalumschlag	1,35x	1,25x
Abschreibungen in % Umsatz	5,2 %	6,0 %
Mietaufwand in % Umsatz	0,0 %	0,0 %
Notwendige EBITDAR-Marge	8,9 %	10,8 %

Bisherige Entwicklungen geprägt von Nachfragewachstum, Fachkräftemangel und finanziellem Druck

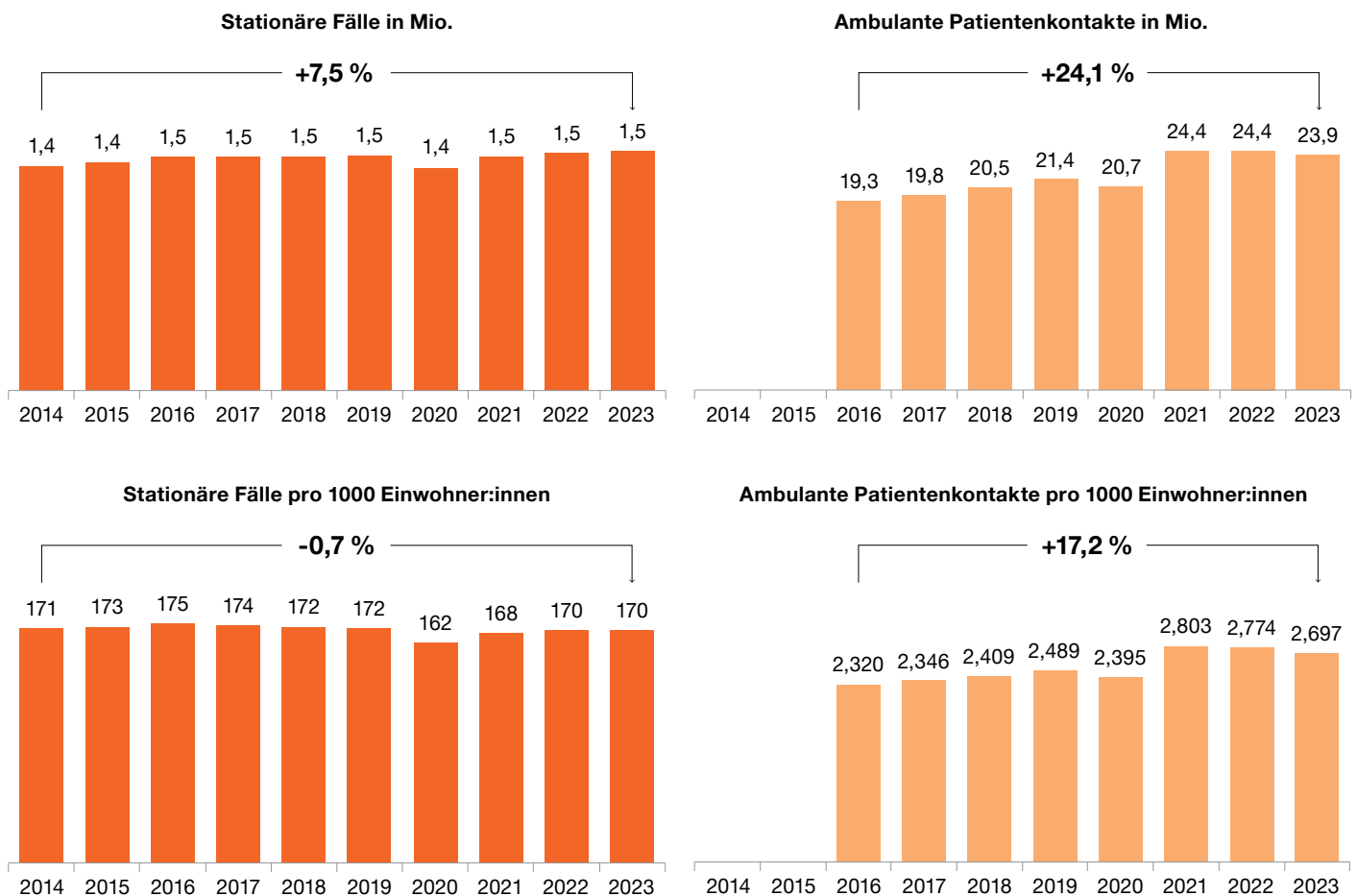


Immer mehr Gesundheitsdienstleistungen gefragt

Steigende Leistungsnachfrage

Die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in der Schweiz steigt kontinuierlich an (vgl. Abbildung 3). Im Jahr 2023 wurden rund 1,5 Mio. stationäre Fälle in Akutsomatik, Reha und Psychiatrie verzeichnet.³ Das entspricht einem Anstieg von rund 7,5 % gegenüber 2014. Noch stärker zeigt sich der Nachfrageanstieg in der Anzahl spitalambulanter Leistungen. Verglichen mit dem Beginn der Datenerhebung im Jahr 2016 stieg die Zahl der ambulanten Patientenkontakte um 24,1 % auf 23,9 Mio. im Jahr 2023. Bei den Taxpunkten zeigt sich ein ähnliches Bild. Im Jahr 2020 wurden 3661,3 Mio. Taxpunkte erbracht, 2024 waren es 4784,0 Mio.⁴ Das entspricht einem Wachstum von 24,5 %. Parallel dazu ist die Zahl der ambulanten Konsultationen von 2020 bis 2024 um 15,0 % gestiegen. Damit hat die Leistung pro Konsultation gleichermassen zugenommen.

Abbildung 3: Die Leistungsnachfrage (Akutsomatik, Reha, Psychiatrie) im Schweizer Gesundheitswesen steigt seit Jahren an.



Quelle: PwC-Analyse, Bundesamt für Statistik, Verein SpitalBenchmark

³ «SpitalBenchmark», Verein SpitalBenchmark, 2025

⁴ Vgl. «Medizinische Statistik der Krankenhäuser», Bundesamt für Statistik, 2025

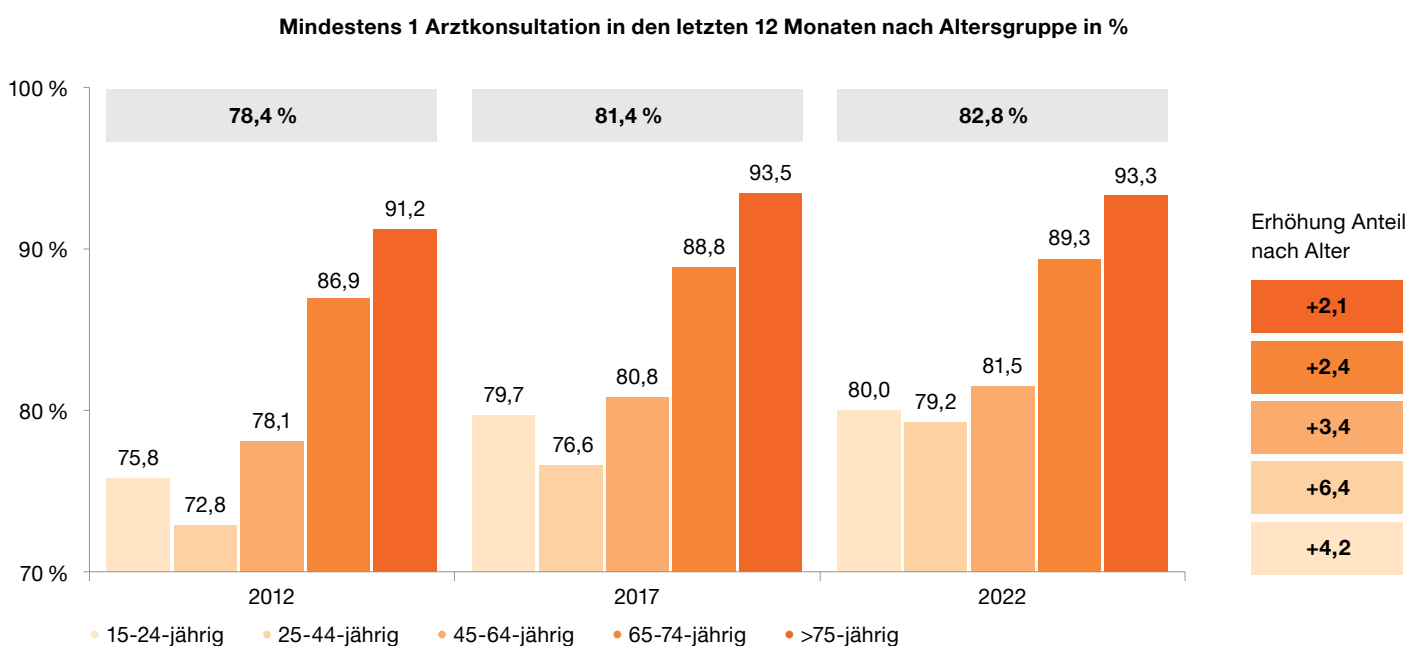
Demografische Einflussfaktoren

Zu den Hauptgründen für die Nachfragesteigerung zählt das Bevölkerungswachstum. Setzt man die Leistungsentwicklung in Relation zum Bevölkerungswachstum, flacht der Trend ab: Stationäre Fälle pro 1000 Einwohner sind um 0,7% gesunken (2014 bis 2023), während ambulante Patientenkontakte um 17,2% gestiegen sind (2016 bis 2023). Derweil ist die ständige Wohnbevölkerung in der Schweiz von 2014 bis 2023 um 8,0% gewachsen; von 2016 bis 2023 waren es 6,0%. Dieser Vergleich verdeutlicht zum einen, dass das Wachstum der stationären Fälle vorwiegend dem Bevölkerungswachstum geschuldet ist. Zum anderen macht er die zunehmende Wichtigkeit der ambulanten Leistungserbringung in der Spitalversorgung deutlich und widerspiegelt die Verlagerung von stationär zu ambulant.³ Die steigende Lebenserwartung, die Alterung der Bevölkerung und die Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität treiben die Nachfragesteigerung nach Spitalleistungen ebenfalls an.

Verändertes Gesundheitsbewusstsein

Über die demografischen Entwicklungen hinaus beobachten wir ein zunehmendes Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung und eine insgesamt ansteigende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen. Zum Beispiel ist der Anteil der Personen in der Schweiz, die mindestens einmal pro Jahr eine medizinische Fachperson aufsuchen, seit 2012 von 78,4% auf 82,8% gestiegen.⁵ Vor allem Vertreter:innen der jungen und mittleren Altersklassen konsultieren vermehrt medizinische Fachpersonen; hier ist der Anstieg am deutlichsten (vgl. Abbildung 4). Auch der medizinisch-technische Fortschritt trägt massgeblich dazu bei, dass mehr Personen behandelt werden, etwa aufgrund neuer Diagnose- und Therapiemöglichkeiten.

Abbildung 4: Die Nachfrage von Arztkonsultationen wächst insgesamt und mit zunehmendem Alter.

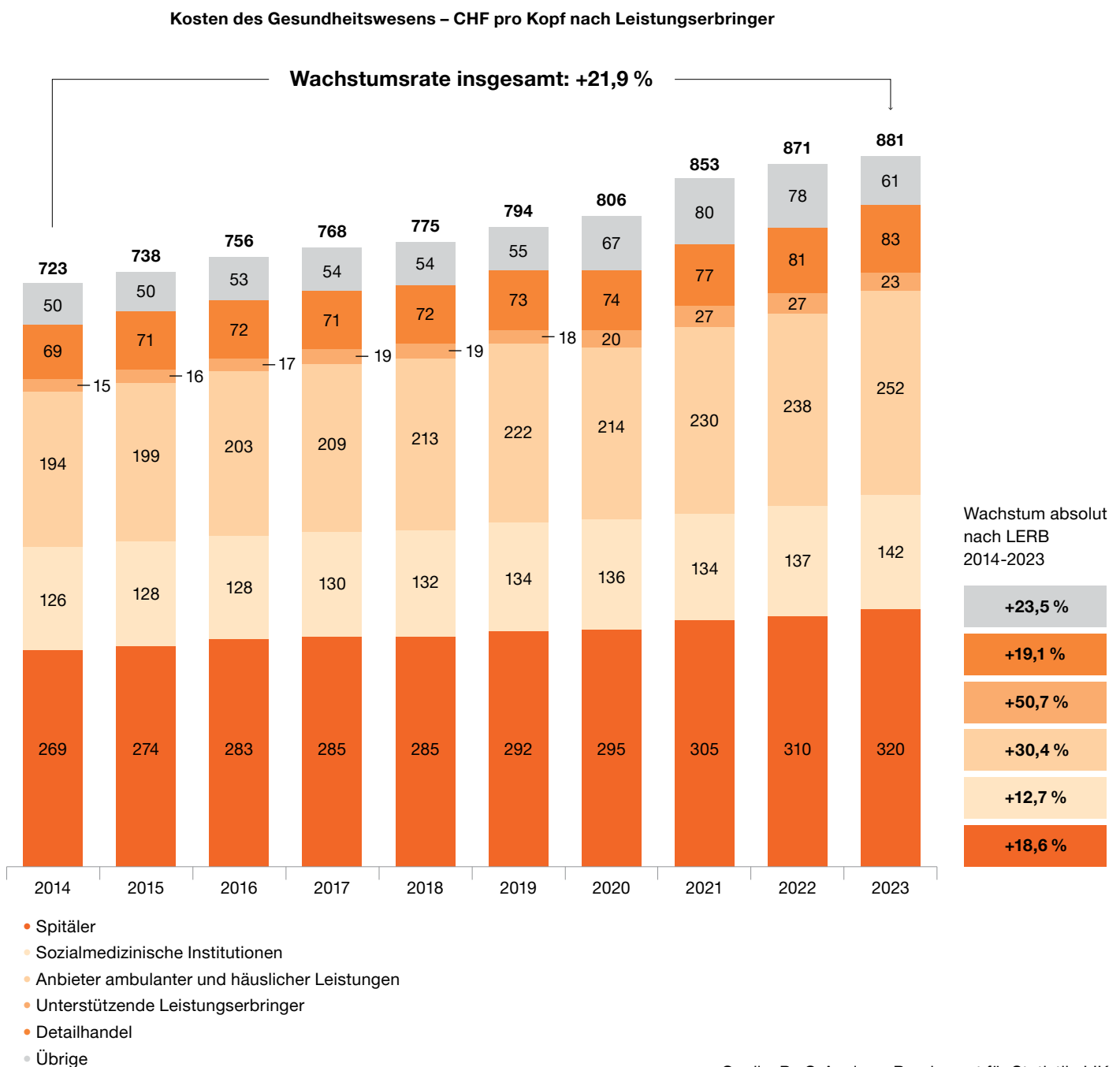


⁵ Vgl. «Schweizerische Gesundheitsbefragung», Bundesamt für Statistik, 2022

Leicht wachsende Pro-Kopf-Ausgaben

Die verstärkte Nachfrage nach Leistungen widerspiegelt sich in den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben (vgl. Abbildung 5). Von 2014 bis 2023 sind diese um 22,0% gewachsen.⁶ Wird eine kumulierte Teuerung⁷ in der Schweiz von 5,1% mitberücksichtigt, dann sind die Kosten real um zirka 16,9% gestiegen. Den grössten Kostenanstieg verzeichnen die ambulanten (+30,4%) und die unterstützenden Leistungserbringer (+50,7%). Die Kosten der Spitäler machen mit rund 36% der Gesamtkosten pro Kopf und Monat den grössten Kostenblock aus.

Abbildung 5: Die Gesundheitskosten pro Kopf wachsen, getrieben von ambulanten und unterstützenden Leistungen.



Quelle: PwC-Analyse, Bundesamt für Statistik, LIK

⁶ Vgl. «Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringer», Bundesamt für Statistik, 2025

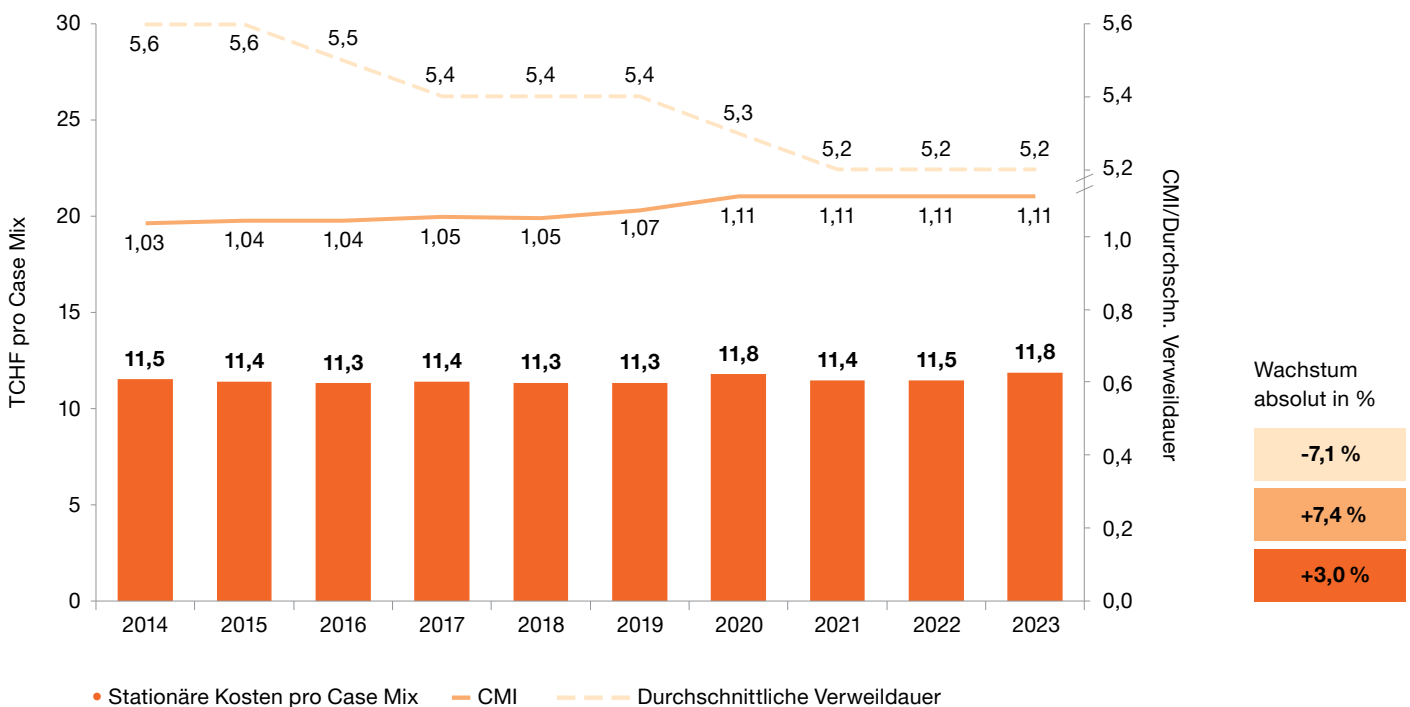
⁷ Vgl. «Landesindex der Konsumentenpreise (LIK); 2014 – 2023», Bundesamt für Statistik

Erhöhter Case Mix Index, verkürzte Verweildauer

Betrachtet man nur die stationären Kosten in der Akutsomatik und setzt diese in Relation zum erbrachten Case Mix, so präsentiert sich ein gegenteiliges Bild (vgl. Abbildung 6): Die Kosten sinken. Zwar sind die Kosten pro Case Mix seit 2014 um 3,0 % gewachsen. Rechnet man hingegen eine kumulierte Teuerung von 5,1 % ein, so sind die Kosten pro Case Mix real um zirka 2,1 % gesunken. In derselben Zeit hat sich der Case Mix Index (CMI) um 7,4 % erhöht, während die Verweildauer um 7,1 % gesunken ist. Das heisst: Die Spitäler behandeln immer komplexere Fälle und deren Spitalaufenthalt verkürzt sich. Das ist ein Indiz dafür, dass in der Spitalversorgung wesentliche Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen greifen.

Abbildung 6: Die stationären Kosten pro Case Mix sinken real, ebenso die durchschnittliche Verweildauer.

Entwicklung der Kosten pro Case Mix, des CMI und der durchschnittlichen Verweildauer



Quelle: PwC-Analyse, Bundesamt für Statistik

Die Spitäler behandeln immer komplexere Fälle und deren Spitalaufenthalt verkürzt sich. Das ist ein Indiz dafür, dass in der Spitalversorgung wesentliche Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen greifen.

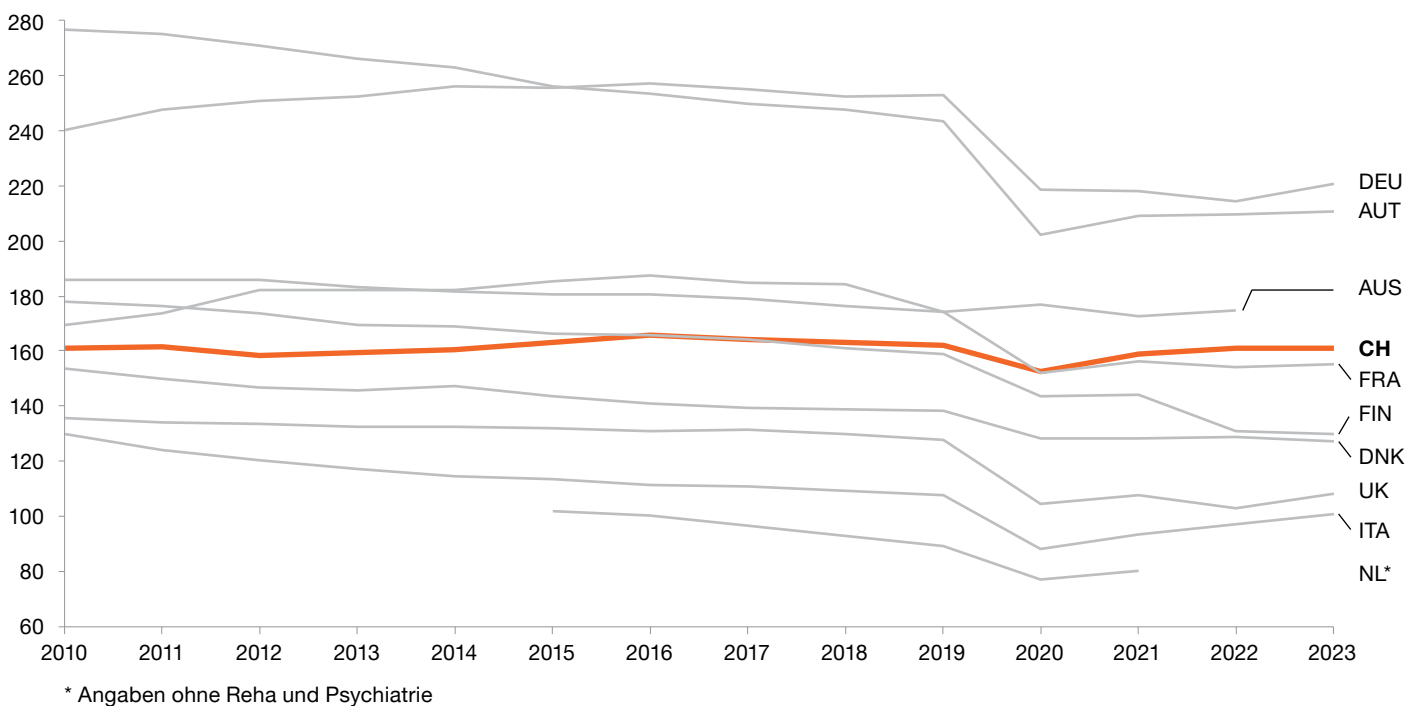
Hohe Hospitalisierungsrate im internationalen Vergleich

Bei der Anzahl stationärer Fälle pro Einwohner liegt die Schweiz mit rund 165 Fällen pro 1000 Einwohnenden über dem Schnitt der 35 ausgewerteten OECD-Länder mit rund 130 Fällen pro 1000 Einwohnenden (vgl. Abbildung 7).⁸ Diese Messgrösse verläuft in der Schweiz über die letzten Jahre weitgehend konstant. Interessanterweise liegt die Hospitalisierungsrate der Länder mit DRG-Vergütungssystemen (Deutschland, Österreich, Australien, Schweiz) höher als in Ländern ohne DRG-System.

Die Hospitalisierungsrate der Länder mit DRG-Vergütungssystemen (Deutschland, Österreich, Australien, Schweiz) liegt höher als in Ländern ohne DRG-System.

Abbildung 7: Bei der Hospitalisierung liegt die Schweiz über dem internationalen Durchschnitt.

Hospitalisierungsrate (pro 1000 Einwohner:innen, inkl. Reha und Psychiatrie)



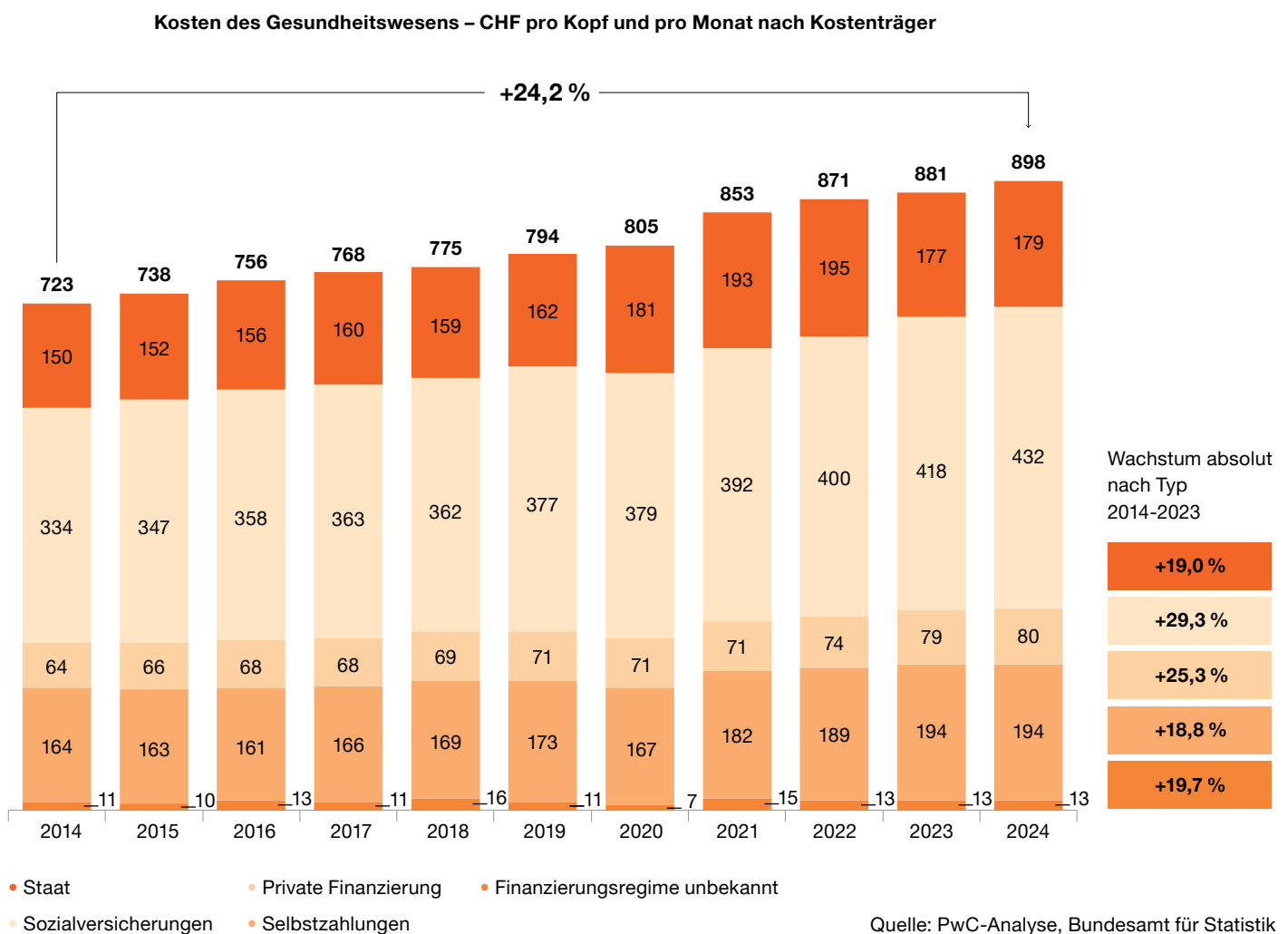
Quelle: PwC-Analyse, OECD

⁸ Vgl. «Health at a Glance 2023», OECD, 2023

Vergütungs- und Anreizsysteme mengenorientiert

Die Prämienlast der Versicherten korreliert mit der steigenden Nachfrage und den steigenden Gesundheitskosten. Der Zeitreihenvergleich macht deutlich, dass immer mehr Gesundheitskosten über die Prämien finanziert werden (vgl. Abbildung 8). Im Jahr 2014 wurden rund 46,0% der Kosten pro Kopf und Monat über Sozialversicherungen finanziert, 2024 belief sich der Anteil auf 48,0%.⁹ Das ist insbesondere auf die Ambulantisierung und das heutige Finanzierungsregime zurückzuführen, in dem die Krankenversicherungen 100,0% der ambulanten Behandlungen finanzieren, während die Kantone einen stationären Beitrag von mindestens 55,0% leisten.

Abbildung 8: Immer mehr Kosten im Gesundheitswesen werden über Versicherungsprämien finanziert.



Die aktuellen Vergütungssysteme setzen zusätzliche Anreize für eine Mengenerweiterung. Das 2012 eingeführte DRG-System setzt fixe Preise für definierte Leistungen fest. Dadurch bleibt aus unternehmerischer Sicht die Anzahl der Leistungen die einzige ökonomisch beeinflussbare Variable. Dies setzt den Anreiz für die Spitäler, ihre Fallzahlen zu erhöhen, um mehr Einnahmen zu generieren und die Unterdeckung der Kosten querfinanzieren zu können.

⁹ Vgl. «Kosten des Gesundheitswesens nach Finanzierungsregime», Bundesamt für Statistik, 2025

Angebot mit hoher Qualität und grossen Aufgaben

Hochwertiges System mit Optimierungspotenzial

Die Schweiz verfügt über ein leistungsfähiges und qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem. In internationalen Rankings liegt sie regelmässig auf den vorderen Rängen. Zum Beispiel belegte die Schweiz im Ranking des Euro Health Consumer Index by Country im Jahr 2025 den ersten Platz.¹⁰ Die Schweizer Bevölkerung schenkt dem hiesigen Gesundheitssystem grosses Vertrauen. In einer internationalen Befragung bewertete sie ihr Gesundheitssystem deutlich positiver als der internationale Durchschnitt.¹¹ Rund 79,0 % der Befragten waren eher überzeugt oder sehr überzeugt, dass die Schweiz eines der besten Gesundheitssysteme der Welt hat.

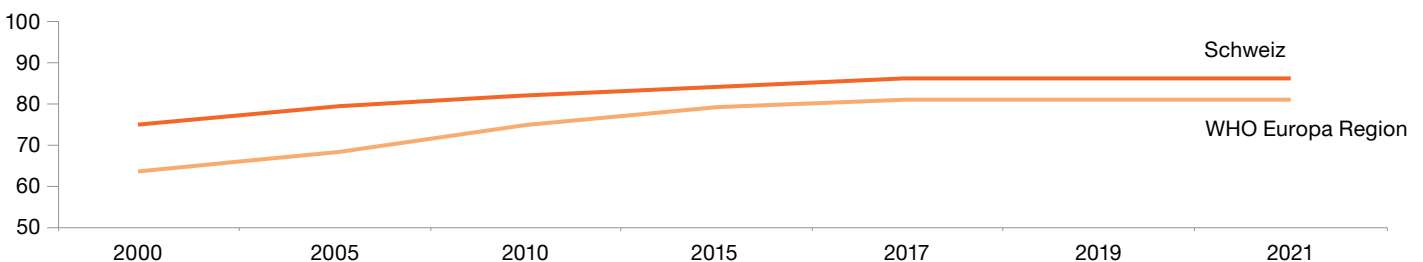
In einem Forschungsbericht der Stiftung Commonwealth Fund (CWF), der im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstellt wurde, bewerten 6 von 10 Befragten die Qualität der medizinischen Versorgung in der Schweiz als «hervorragend» oder «sehr gut».¹² Ähnlich positiv äussern sich die Studienteilnehmenden über ihren Spitalaufenthalt. Nur bei den Wartezeiten auf einen Termin bei einer spezialisierten Fachperson oder auf eine nicht-notfallmässige planbare Operation fallen die Antworten weniger positiv aus. Allerdings hat sich das Bild hier in den letzten Jahren kaum verändert und ist auf Veränderungen im ambulanten Markt zurückzuführen. Im internationalen Vergleich schneidet die Schweiz auch in dieser Frage gut bis sehr gut ab.¹³

Erstklassiger Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen

Beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen sticht die Schweiz im internationalen Vergleich ebenfalls hervor. Im europäischen Benchmark des Zugangs zu essenziellen Gesundheitsdienstleistungen weist die Schweiz mit einer Serviceabdeckung von 86,0 % einen der besten Werte auf und liegt über dem europäischen Durchschnitt von 81,0 % (vgl. Abbildung 9).¹⁴ Diese Zahlen bringen das Engagement der Schweiz für ein umfassendes Gesundheitssystem zum Ausdruck, das den Zugang zu essenziellen Leistungen sicherstellt.

Abbildung 9: Der Zugang zu Schweizer Gesundheitsdienstleistungen liegt über dem europäischen Durchschnitt.

UHC service coverage index (%)



¹⁰ Vgl. «Euro Health Consumer Index by Country 2025», Health Consumer Powerhouse, 2025

¹¹ Vgl. «Global Public Confidence Study 2023», Ipsos B&A, 2023

¹² Vgl. «International Health Policy (IHP) Survey», CWF

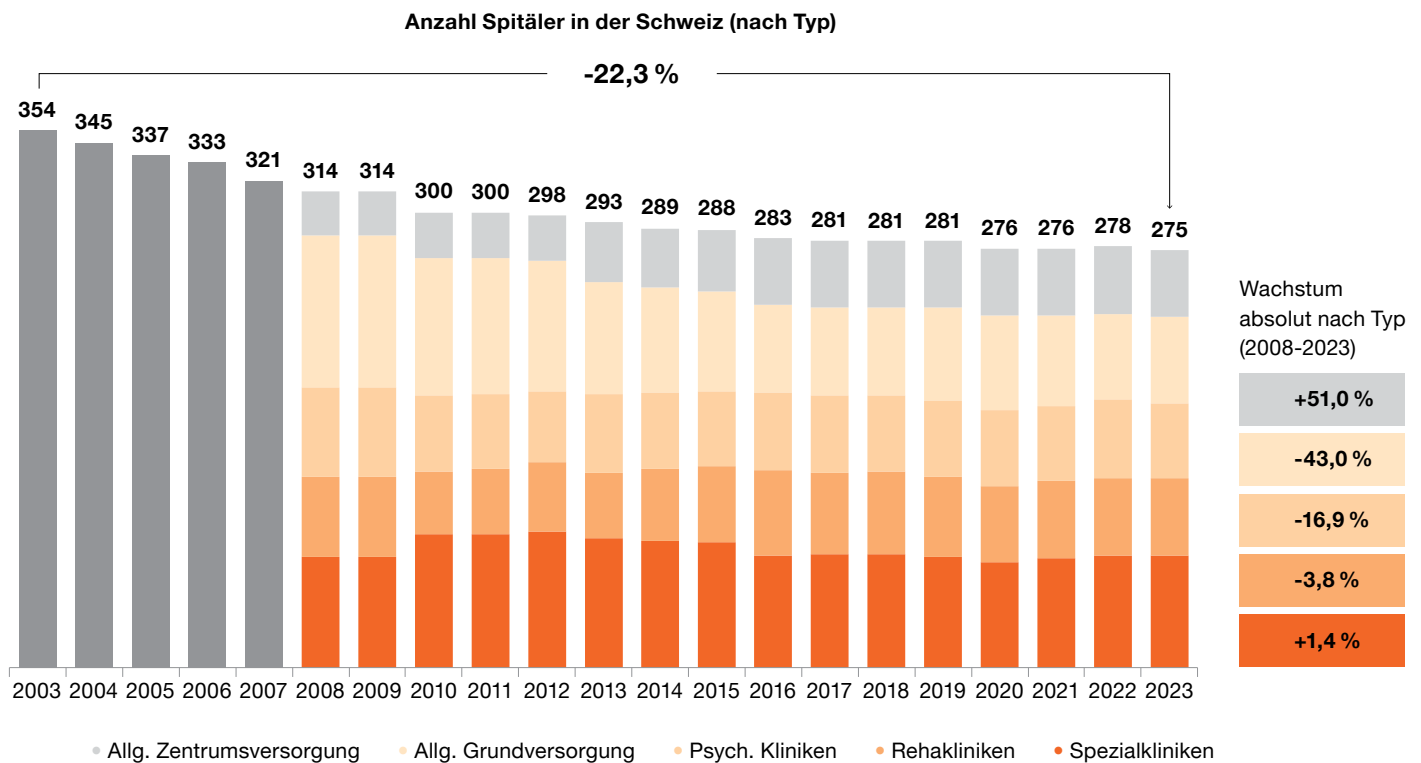
¹³ Vgl. «Nationaler Versorgungsbericht 2023», Obsan, 2023

¹⁴ Vgl. «Universal Health Coverage Service Coverage Index», Weltgesundheitsorganisation (WHO), 2025

Strukturelle Hausaufgaben

Das Schweizer Gesundheitswesen steht angebotsseitig vor anspruchsvollen Herausforderungen. Die Zahl der Spitäler hat sich in der Schweiz in den letzten Jahrzehnten verringert und ist von 300 im Jahr 2010 auf 275 Einrichtungen im Jahr 2023 gesunken (vgl. Abbildung 10). Am stärksten ausgeprägt ist diese Abnahme bei Spitälern der allgemeinen Grundversorgung.¹⁵ Die transformierten Spitäler wurden entweder geschlossen oder haben sich zu Zentrumsspitalen entwickelt. Die Zentrumsversorgung weist im Vergleich zur allgemeinen Grundversorgung ein Wachstum von 51,0% seit 2008 auf. Der Trend ist Ausdruck einer Konsolidierung, die mit der Neuausrichtung der Spitalfinanzierung im Jahr 2012 angestrebt wurde. Das schweizweit einheitliche DRG-Tarifsysteem sollte den Wettbewerb ankurbeln und den Druck auf die Spitäler erhöhen, ihre Prozesse zu optimieren und Effizienzsteigerungen zu realisieren. Nicht wettbewerbsfähige Spitäler wiederum sollten schliessen oder sich neu ausrichten.

Abbildung 10: Ab 2012 hat bei den Spitälern eine politisch gewollte Konsolidierung stattgefunden.



Quelle: PwC-Analyse, Bundesamt für Statistik

Konsolidierungstendenzen werden vor allem durch rechtliche Zusammenschlüsse getrieben. Von 2003 bis 2023 hat ein Rückgang von durchschnittlich 4 Spitälern pro Jahr stattgefunden. Seit 2012 ist die Konsolidierungswelle zwar abgeflacht, aber immer noch sichtbar.

¹⁵ Vgl. «Kennzahlen der Schweizer Spitäler», Bundesamt für Statistik, 2003 - 2023

Die Entwicklung und der Strukturwandel der Versorgungslandschaft ist aber nicht nur an der Reduktion und anhand von Zusammenschlüssen von Spitälern erkennlich, sondern auch durch neue Geschäftsmodelle. So wurden diverse ambulante Zentren, wie z. B. durch das Spitalzentrum Biel oder die Hirslanden Gruppe etabliert und ländliche Spitäler wandelten sich zu internistischen Grundversorgerspitäler, wie z. B. in Langnau, oder zu ambulanten Gesundheitszentren wie in St. Gallen, in Appenzell Innerrhoden oder in Laufen. Auch die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern wurde in verschiedener Vertiefung vorangetrieben, wie die Beispiele der LUKS Gruppe oder der Insel Gruppe, das Joint Venture des ambulanten Operationszentrums der HUG mit der Hirslanden Gruppe in Genf sowie diverse weitere weniger strukturelle Kooperationen zeigen. Ein weiterer Aspekt sind Kooperationen von Spitälern mit Versicherungen wie z. B. das Réseau de l'Arc im Berner Jura zwischen Swiss Medical Network und Visana, dem vom Hôpital du Jura mit der CSS oder dem KSBL mit Assura im Baselbiet. Diese Beispiele sind rein exemplarisch zu verstehen und repräsentieren eine grosse Bewegung im System, die nicht in der Statistik der Anzahl Spitäler abgebildet ist.



Effizienzpotenzial nicht vollständig ausgeschöpft

Die Einführung des SwissDRG-Systems zeigt Wirkung und hat viele Spitäler finanziell unter Druck gesetzt. Die Verweildauern haben abgenommen, die Spitalkonsolidierungen haben wie gewünscht stattgefunden, und auch weitere operative Effizienzmassnahmen machen sich bemerkbar. Aus einer PwC-Untersuchung gehen jährliche Effizienzsteigerungen über die letzten Jahre von etwa 0,5 % hervor.¹⁶ Dass dabei mit einer noch bedarfsgerechteren Versorgung, einem höheren Digitalisierungsgrad und richtigen Anreizen weitere Effizienzpotenziale bestehen, wurde von PwC in diversen Studien aufgezeigt und analysiert und ist ebenso bekannt, wie die Tatsache, dass es für eine Realisierung der Potenziale durch die Spitäler die richtigen Rahmenbedingungen braucht.^{17,18,19,20}

¹⁶ Vgl. «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2020», PwC, 2021

¹⁷ Vgl. «Ambulant vor stationär.», PwC, 2016

¹⁸ Vgl. «Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz», PwC, 2020

¹⁹ Vgl. «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2022», PwC, 2023

²⁰ Vgl. «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2024», PwC, 2025

Mit der bestehenden Tarifierung besteht ein Fehlanreiz im System für die Spitäler, möglichst viele Patient:innen zu hospitalisieren, um ihre Kosten für Vorhalteleistungen zu decken.

Grenzkosteneffekt bei Vorhalteleistungen

Grundsätzlich fehlt eine einheitliche Definition und damit ein konkreter Leistungsumfang des Begriffs «Vorhalteleistungen». Wir verstehen darunter sämtliche medizinischen, pflegerischen, administrativen und infrastrukturellen Kapazitäten, die unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme jederzeit durch ein Spital bereitgestellt werden müssen. Dazu zählen Notfall- und Spezialdienste, Bereitschaft von Fachpersonal, technische Einrichtungen, Bettenkapazitäten und viele weitere mehr.

Vorhalteleistungen beeinflussen die Effizienz des Angebots und den ökonomischen Einsatz der Ressourcen wesentlich. Dabei handelt es sich um Leistungen und Strukturen, die ein Spital unabhängig von der tatsächlichen Nachfrage bereithalten muss, damit es ein Angebot aufrechterhalten kann oder darf. Beispiele dafür sind Notfallpersonal oder -infrastruktur, Intensivstationen, OP-Personal und -Infrastruktur für Notfalloperationen und Kaiserschnitte oder auch spezialisierte Fachkräfte für Nachtdienste. Vorhalteleistungen verursachen Fixkosten, die unabhängig von der Auslastung anfallen. Bei geringer Fallzahl sind diese Kosten pro Fall hoch. Bei steigender Fallzahl können sie auf mehr Fälle verteilt werden, weshalb sie pro Fall sinken. Unter dem DRG-System ergibt sich daraus ein ökonomischer Effekt: Die Grenzkosten für zusätzliche Fälle sind gering, solange die vorhandenen Kapazitäten nicht ausgelastet sind. Erst bei hoher Auslastung steigen die Grenzkosten wieder an, etwa durch zusätzliches Personal oder Infrastruktur. Mit der bestehenden Tarifierung besteht ein Fehlanreiz im System für die Spitäler, möglichst viele Patient:innen zu hospitalisieren, um ihre Kosten für Vorhalteleistungen zu decken. Gerade Spitäler mit einem kleineren Einzugsgebiet haben per se einen Nachteil in der Kostendeckung, da sie überproportional viele Leistungen vorhalten müssen.

Angebotsinduzierte Nachfrage – mit regionalen Unterschieden

In der Schweiz bestehen deutliche regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Diese kommen sowohl in der Dichte der medizinischen Angebote als auch in der Inanspruchnahme von Leistungen zum Ausdruck.^{21,22} Gerade in städtischen Regionen kommt es tendenziell zur Überversorgung, weil dort eine hohe Konzentration von Fachärzt:innen sowie medizinischen Einrichtungen zu einer überdurchschnittlichen Behandlungsfrequenz im internationalen Vergleich führt. Ländliche Gebiete wiederum sind häufig unterversorgt. Hier erschweren lange Anfahrtswege, ein geringeres Angebot an medizinischem Personal und infrastrukturelle Defizite den Zugang zur Versorgung.

Digitale Transformation: Investitionen vs. Möglichkeiten

Die Digitalisierung schreitet zwar auch im Gesundheitswesen voran, und viele Spitäler berücksichtigen die digitale Transformation in ihren Strategien. Doch die finanziellen Belastungen – etwa durch hohe Erstinvestitionen und anschliessende Abschreibungen –, die begrenzten Ressourcen, fehlende Kompetenzen und unklare

²¹ Vgl. «Obsan Bericht 07/2022, Regionale Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung», Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan, 2022

²² Vgl. Schweizer Versorgungsatlas, Obsan, 2025

Die digitale Transformation fördert die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Spitäler, ermöglicht eine ressourcenschonende und effiziente Leistungserbringung und reduziert den Zeitaufwand für administrative Tätigkeiten.

ren Rahmenbedingungen hindern aktuell viele Spitäler daran, sich digital umfassend zu transformieren. Die Ausgaben für Informations- und Kommunikationstechnologien (ICT) der Schweizer Spitäler liegen deutlich unter dem internationalen Durchschnitt²³, was auf einen Investitionsrückstand hindeutet. Zudem adressieren aktuelle Digitalisierungslösungen häufig administrative Anforderungen der Behörden, statt dass sie im medizinischen Kerngeschäft der Patientenbehandlung Effizienzsprünge auslösen.

Im Weiteren ist die IT-Systemlandschaft der Gesundheitsversorgung aktuell stark fragmentiert. Das erschwert den effizienten und institutionsübergreifenden Datenaustausch, selbst wenn einheitliche Schnittstellenstandards wie Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) eingehalten werden. Die flächendeckende Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD) sollte die Koordination zwischen Leistungserbringern erleichtern. Allerdings kommt sie nur schleppend voran. Zudem fehlen einheitliche Standards und Vorgaben auf Systemebene, und eine tiefgreifende digitale Transformation wird kaum aktiv gefördert. Der Bundesrat hat dieses Problem erkannt und im November 2025 eine Neuausrichtung des EPDs als Teil der Totalrevision des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) beschlossen. Das EPD soll durch ein elektronisches Gesundheitsdossier (EGD) abgelöst werden, welches in einer zentralen, nationalen Infrastruktur betrieben wird, verpflichtend ist für sämtliche Akteure, welche über die obligatorische Krankenversicherung abrechnen wollen und für alle in der Schweiz wohnhaften Personen automatisch eröffnet wird. Es wird eine Austrittsmöglichkeit für Bürger:innen geben (Opt-Out). Die Botschaft des Bundesrats wurde an das Parlament überwiesen und der politische Prozess wird damit eröffnet. Geplant ist ein Go-Live in 2030.

Die begrenzten Kapazitäten der Spitäler und die systemischen Herausforderungen bremsen die digitale Transformation – obwohl diese sowohl den Spitälern als auch dem Gesundheitssystem als Ganzes enorme Chancen bietet. Zum grössten Mehrwert gehören das Sammeln, Austauschen und Auswerten von Daten. Die digitale Transformation ermöglicht den übergangslosen Austausch von Daten entlang von Behandlungspfaden. Aus der datengetriebenen Medizin gehen personalisierte Behandlungen hervor, was die Versorgungsqualität insgesamt verbessert.

Das ist noch nicht alles: Die digitale Transformation fördert die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Spitäler, ermöglicht eine ressourcenschonende und effiziente Leistungserbringung und reduziert den Zeitaufwand für administrative Tätigkeiten. Wird sie konsequent umgesetzt, so lassen sich substanzielle Kosten sparen. Über die Hälfte von 57 befragten C-Level-Expert:innen von Schweizer Spitälern gehen von Produktivitätssteigerungen im Rahmen der digitalen Transformation von 4,0 % und mehr des Jahresumsatzes aus.¹⁹ Andere Analysten schätzen das Potenzial sämtlicher Digitalisierungsmöglichkeiten im Schweizer Gesundheitssystem auf rund 12,0 % der Gesundheitsausgaben.²⁴

²³ Vgl. «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2023», PwC, 2024

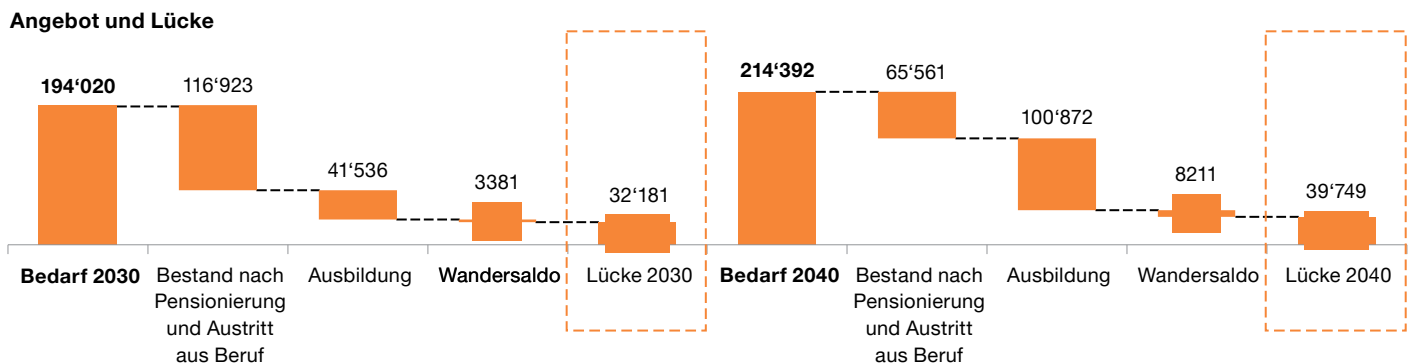
²⁴ Vgl. «Digitalisierung im Gesundheitswesen: Die 8,2-Mrd.-CHF-Chance für die Schweiz», McKinsey, 2021

Beschränkte Personalressourcen

Der Fachkräftemangel belastet das Schweizer Gesundheitswesen stark und wurde durch die COVID-Pandemie verschärft. Rund 40'300 Stellen für Pflegende und Ärzt:innen sind im Jahr 2030 gemäss unseren eigenen Berechnungen nicht besetzt. Diese Personallücke wächst bis 2040 um 8100 Stellen auf 48'400 Stellen an (vgl. Abbildungen 11/12).²⁵ Projekte wie «Med500+» aus dem Kanton Zürich, mit welchem zusätzliche Ärzt:innen ausgebildet werden sollen, würden zur Entlastung des Fachkräftemangels bei Ärzt:innen beitragen.

Bemerkenswert sind auch hier der regionale Unterschied und die Ausprägung des Fachkräftemangels. Während urbane Grenzregionen wie Genf und Basel oder auch andere Stadtregionen wie Zürich durch Wohnortsattraktivität Arbeitskräfte anziehen, kämpfen ländliche Gebiete verstärkt mit Nachwuchsproblemen und der Besetzung offener Stellen.

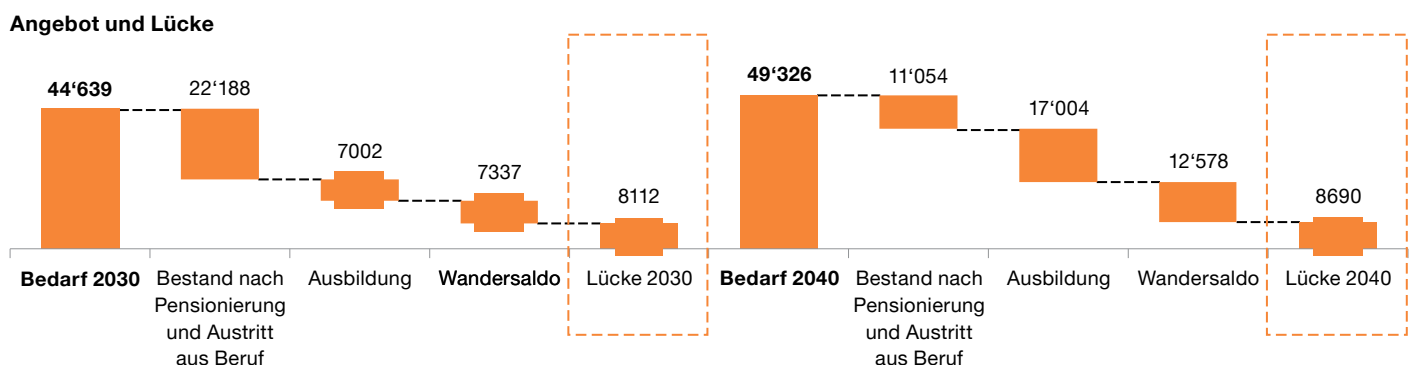
Abbildung 11: Prognostizierter Bedarf und erwarteter Mangel an Pflegefachpersonen.



Die Zahlen sind in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) berechnet.

Quelle: PwC-Analyse, Bundesamt für Statistik

Abbildung 12: Prognostizierter Bedarf und erwarteter Mangel an Ärzt:innen.



Die Zahlen sind in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) berechnet.

Quelle: PwC-Analyse, Bundesamt für Statistik

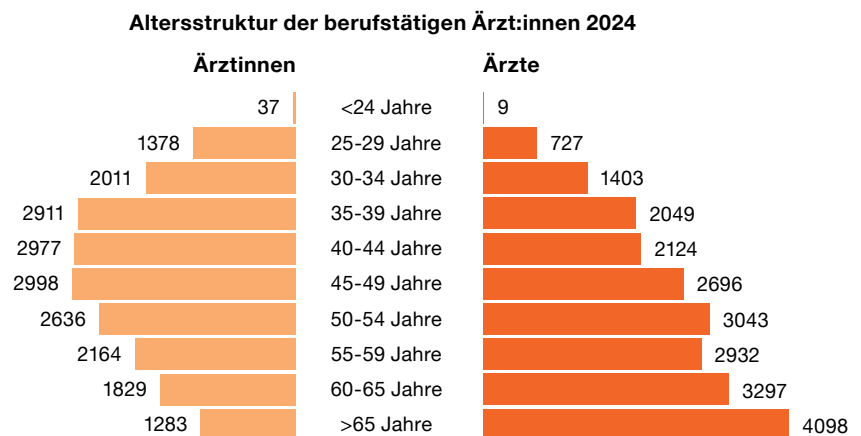
Die demografischen Entwicklungen akzentuieren den Fachkräftemangel. Der Anteil an Personen im Alter von 65 und älter an der Gesamtbevölkerung dürfte von 19,6% im Jahr 2024 auf 23,7% im Jahr 2040 steigen.²⁶ Das führt einerseits zu einem Wegfall von Fachpersonal. Andererseits steigt aufgrund der Altersstruktur die Zahl der Personen, die auf medizinische Pflege und Hilfe angewiesen sind.

²⁵ Vgl. «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2022», PwC, 2023, plus aktualisierende Berechnungen

²⁶ Vgl. «Referenzszenario, Stand 04.2025», Bundesamt für Statistik, 2025

Die demografische Entwicklung im Gesundheitswesen wird durch die Altersstruktur der berufstätigen Ärzt:innen aus dem Praxis-, Spital- und anderen Bereichen im Jahr 2024 verdeutlicht (vgl. Abbildung 13). Von 42'602 berufstätigen Ärzt:innen sind 21'282 über 50 Jahre alt. Das sind ca. 50,0% der berufstätigen Ärzt:innen in der Schweiz.²⁷ In der Altersgruppe 60+ fällt in den kommenden Jahren rund 25,0% der berufstätigen Ärzteschaft weg. Diese Entwicklung akzentuiert sich gerade in der männlichen Berufsgruppe. Sie gefährdet nicht nur die Versorgungsqualität und den Zugang, sondern auch die wirtschaftliche Stabilität der Spitäler.

Abbildung 13: Altersstruktur der berufstätigen Ärzt:innen.



Quelle: PwC-Analyse, FMH

Weitere Faktoren verstärken die Problematik des Fachkräftemangels zusätzlich. Während sie in anderen Nationen, z. B. in Nordamerika, Australien oder Nordeuropa bereits etabliert sind, setzen sich neue Rollenbilder und Berufsverständnisse in Schweizer Spitälern nur zögerlich durch.^{28,29,30} Dies ist auf verschiedene Gründe zurückzuführen wie zum Beispiel die fehlende Abgeltung und fehlende Aus- und Weiterbildungscurricula neuer Berufsmodelle, regulatorische Rahmenbedingungen aber auch kulturelle Faktoren beim Fachpersonal und in der Bevölkerung. Das verhindert eine neue und effiziente Aufgabenverteilung und Ressourcennutzung. Gerade im Pflegebereich fehlen vielen Arbeitnehmenden die Perspektiven, um im Beruf zu bleiben. Ärzt:innen beklagen sich über den hohen administrativen Aufwand und die schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die Ausbildungen im medizinischen und pflegerischen Bereich sind teilweise veraltet und neue Rollen unzureichend abgebildet. Zwar adressiert die Initiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)» diese Herausforderungen. Doch es besteht weiterhin viel Handlungsbedarf, um die Massnahmen aus dem zweiten Paket der Pflegeinitiative zugunsten einer Medizin der Zukunft zu entwickeln.

Die Spitäler fungieren als zentrale Ausbildungsstätte für zukünftiges Fachpersonal. Ausreichend verfügbare und attraktive Ausbildungsplätze sind wichtig, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Dieser Faktor gilt es bei der Gestaltung der zukünftigen Spitallandschaft zu berücksichtigen.

²⁷ Vgl. «FMH-Ärzttestatistik 2024», Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, 2024

²⁸ Vgl. «Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges», OECD, 2024

²⁹ Vgl. «Nichtärztliche Gesundheitsberufe: Ärzte sollen entlastet werden», Deutsches Ärzteblatt, 2017

³⁰ Vgl. «Pharmacy First», NHS

Aufholbedarf bei der Ambulantisierung

Die Schweiz besitzt im Verhältnis zum Ausland eine ausgeprägte stationäre Infrastruktur. Mit einem Anteil der ambulant durchgeführten Operationen von 21,0 % liegt sie im europäischen Vergleich relativ weit hinten.³¹ Nordische Länder wie Dänemark, Schweden oder die Niederlande führen die Tabelle in diesem Bereich an. Im Jahr 2022 wurden dort bereits 50,0 % bis 60,0 % der operativen Eingriffe ambulant durchgeführt.

Eine Verlagerung zu ambulanten Leistungen bietet Vorteile: geringere Gefahr von Spitalinfektionen, geringere Personalintensität, attraktivere Arbeitsbedingungen für Mitarbeitende (kein Nachtschichtbetrieb). Zudem liegen die Kosten für einen vergleichbaren Eingriff im ambulanten Bereich in der Regel deutlich tiefer als im stationären Umfeld. Jede ambulant statt stationär erbrachte Leistung senkt die Gesundheitskosten. Auf dieses Sparvermögen haben wir bereits im Jahr 2016 hingewiesen.³² Basierend auf der Analyse von 13 medizinischen Eingriffen, die wir auf das gesamte Gesundheitswesen extrapoliert haben, erwarten wir ein schweizweites Einsparpotenzial von rund 1 Mrd. CHF pro Jahr. In einer Top-down-Analyse haben wir diese Zahl 2024 erhärtet und Einsparungen von bis zu 1,5 Mrd. CHF hergeleitet.³³

Eine Verlagerung in den ambulanten Bereich ist medizinisch möglich und oft sinnvoll. Die Spitäler unterstützen sie und streben sie an. Die konsequente Umsetzung scheitert derzeit an den finanziellen (Fehl-)Anreizen. Mit einer durchschnittlichen finanziellen Unterdeckung von rund 15,0 % ist die Tarifsituation im ambulanten Bereich speziell angespannt, und die Leistungen sind deutlich defizitärer als im stationären Umfeld. Die konsequente Ambulantisierung lässt sich unter den aktuellen Rahmenbedingungen kaum finanzieren, weshalb sie für viele Spitäler eine finanzielle Herausforderung darstellt.

Die Einführung des im November 2024 vom Schweizer Stimmvolk angenommenen einheitlichen Finanzierungsmodells für ambulante und stationäre Leistungen (EFAS) bildet ein wichtiges Fundament, um die Ambulantisierung voranzutreiben. Doch solange keine Tarifanpassungen erfolgen und keine Umsetzungsstrategien vorliegen, bleibt der Effekt von EFAS begrenzt. Die Obergrenze von 4,0 % für die jährliche Zunahme der effektiven Gesamtkosten der ambulanten ärztlichen Leistungen behindert eine weitreichende Verlagerung und widerspricht den gewünschten Entwicklungen. Die Vorgabe stellt zwar sicher, dass die neuen Tarife nicht zu einem unbeabsichtigten Kostenanstieg führen, schränkt jedoch gleichzeitig die Flexibilität für strukturelle Anpassungen im Sinne einer echten Ambulantisierung ein. Die Herausforderung besteht nun darin, die neuen Tarife so auszugestalten, dass sie sowohl medizinisch sinnvoll als auch wirtschaftlich tragfähig sind – ohne dabei die Zielsetzung von EFAS zu untergraben.

Die Schweiz besitzt im Verhältnis zum Ausland eine ausgeprägte stationäre Infrastruktur. Mit einem Anteil der ambulant durchgeführten Operationen von

21,0 %

liegt sie im europäischen Vergleich relativ weit hinten.

³¹ Vgl. «Faktenblatt: Verlagerung von stationär zu ambulant», Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024

³² Vgl. «Ambulant vor stationär.», PwC, 2016

³³ Vgl. «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2023», PwC, 2024

Die Eigenkapitalquote hat im Median von 2019 bis 2024 von 47,4 % auf

37,0 %

abgenommen, obwohl bereits Kantone und Gemeinden diverse Rettungsaktionen in Form von Rekapitalisierungen lanciert hatten.

Angespannte Spitalfinanzen

Immer häufiger geraten die Finanzen von Schweizer Spitälern in die Schlagzeilen. Die meisten haben seit 2012 kein nachhaltiges Finanzergebnis mehr erreicht. Seit 2019 hat sich die Situation zugespitzt, und nur noch wenige Einrichtungen arbeiten profitabel genug, um Investitionen selbst zu tragen und zukunftsfähig zu bleiben. Im Jahr 2024 haben nur zwei der von uns untersuchten Spitäler eine EBITDAR-Marge von über 10,0 % erreicht, während es im Jahr 2019 noch acht waren.³⁴ Zudem schrieben rund 50,0 % der Spitäler im Berichtsjahr 2024 einen Verlust. Neben mangelnder Profitabilität sehen sich viele Einrichtungen aufgrund negativer Jahresergebnisse mit abnehmenden Eigenkapitalquoten konfrontiert. Die Eigenkapitalquote hat im Median von 2019 bis 2024 von 47,4 % auf 37,0 % abgenommen, obwohl bereits Kantone und Gemeinden diverse Rettungsaktionen in Form von Rekapitalisierungen lanciert hatten. Um eine durchschnittliche Marge von 10,0 % in den aktuellen Versorgungsstrukturen zu erreichen, fehlen im gesamten System heute 1,2 Mrd. CHF.

Die Gründe für die finanzielle Anspannung der Spitäler sind vielfältig. In der Schweiz war die Inflation in den Jahren 2022 und 2023 besonders spürbar. Während der Pandemie kam es infolge von Güterknappheit und gesundheitspolitischen Auflagen zu Preissteigerungen, Mehrausgaben und Ertragsausfällen.³⁴ Im Unterschied zu anderen Branchen haben die Akteure im tarifbasierten Gesundheitswesen ertragsseitig kaum Handlungsspielraum, da sie die Preise nicht frei festsetzen können. Auch sind die Kräfteverhältnisse zwischen Versicherer und Spitäler teilweise unterschiedlich, womit es Spitälern nur schwer gelingt, höhere Tarife zu verhandeln. Eine Kompensation der Teuerung durch die Anpassung der Tarife sorgt nur teilweise und erst verzögert für Entlastung.³⁵ Zwischen 2012 und 2024 lag die Teuerung kumuliert bei 6,0 %; die Tarife hingegen haben sich – wenn überhaupt – nur unterproportional mitentwickelt. Es zeigt sich eine grosse Diskrepanz dieser Werte von 2020 bis 2024: Während die Teuerung um 6,8 % zulegte, reagierten die Tarife lediglich mit einem Anstieg von 2,6 %.³⁶

Weitere Gründe liegen im tiefen Kostendeckungsgrad der ambulanten Leistungserbringung bei gleichzeitig hohem Leistungswachstum, zudem in den ambulanten und stationären Strukturen und in den für beide Bereiche nicht kostendeckenden Tarifen. Hinzu kommt, dass der steigende Fachkräftemangel, die erhöhten Lohnkosten, der bestehende Investitionsstau und die fragmentierte Versorgung eine effiziente und wirtschaftliche Leistungserbringung unterwandern oder sogar verhindern. Es erstaunt daher nicht, dass gerade Spitäler mit wenig zusatzversicherten Patient:innen unter den aktuellen tariflichen Rahmenbedingungen weniger profitabel und stärker von der Krise betroffen sind.

Das Staatssekretariat für Wirtschaft SECO hat für das Jahr 2025 eine Inflation von 0,1 % und für 2026 von 0,5 % prognostiziert. Die Jahresergebnisse einiger Spitäler fallen für 2025 etwas positiver aus als im Vorjahr.³⁶ Dennoch bleibt die finanzielle Situation für viele Einrichtungen angespannt und auf die Dauer nicht tragbar. Vor diesem Hintergrund sind neue Kostenschübe – etwa die Umsetzung der zweiten Etappe der Pflegeinitiative – ohne Gegenfinanzierung kaum zu bewältigen.

³⁴ Vgl. «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2020», PwC, 2021

³⁵ Vgl. «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2022», PwC, 2023

³⁶ Vgl. «Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2024», PwC, 2025

Verzerrter Wettbewerb und Mehrfachrolle der Kantone

In Anbetracht der wirtschaftlichen Herausforderungen der Spitäler zeigen sich zunehmend Unterschiede in der Wahrnehmung der Kantone in ihren Mehrfachrollen als Versorger, Finanzierer und grösstenteils auch Eigentümer. Während einige Kantone Spitäler «retten» (vgl. Abbildung 14) und aktiv Kredite, Kapitalzuschüsse oder Liquiditätsgarantien bereitstellen, verfolgen andere eine eher marktgetriebene Konsolidierungsstrategie. Auch die kantonalen Unterschiede bei den Zahlungen für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) sind signifikant.³⁷ Diese Uneinheitlichkeit führt zu Wettbewerbsverzerrungen in der Branche.

Abbildung 14: Ohne bessere Rahmenbedingungen müssen Eigner weitere Rettungsaktionen vornehmen.

Ohne bessere Rahmenbedingungen werden Eigner weitere Rettungsaktionen* vorgenommen müssen

* In der Romandie werden ähnlich der GWL die «prestations d'intérêt général» (PIG) bzw. «missions d'intérêt général» (MIG) angewendet. Spitäler, die Grundversorgung anbieten und eine wichtige Rolle in der Versorgung ihrer Region spielen, haben Anspruch darauf.



Quelle: PwC Analyse basierend auf öffentlich verfügbaren Daten; Exemplarische Darstellung; Kein Anspruch auf Vollständigkeit, Stand August 2025

Historisch gewachsene Strukturen erschweren die Bildung von Netzwerken und Kooperationen. Die kantonale Spitalplanung, lokale Interessen und eine starke gesellschaftliche Identifikation mit Spitälern verhindern oft ein neues Rollenverständnis der Spitäler in der Versorgung und somit die Ermöglichung von koordinierten, an die Patientenströme angepassten und abgestuften Versorgungsstrukturen. Auch die politisch ausgestrahlte Stabilität verhindert geforderte Entwicklungen der Spitäler. Dabei muss sich die Spitallandschaft der Zukunft stärker an tatsächlichen Versorgungsbedürfnissen orientieren – und weniger an historisch gewachsenen Strukturen oder politischen Grenzen festhalten.

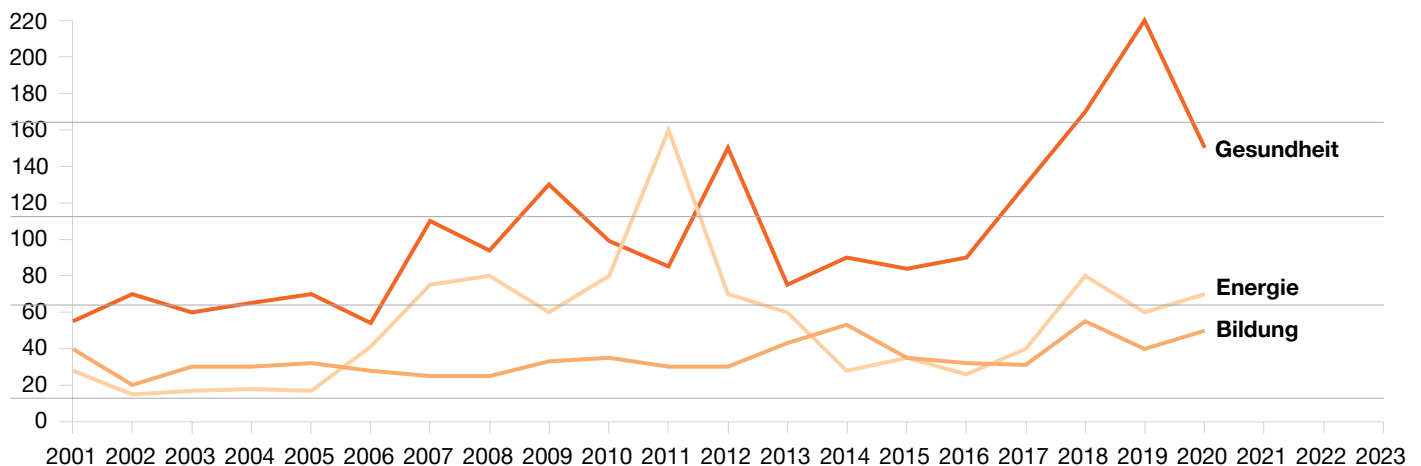
³⁷ Vgl. «Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Anlagenutzungskosten und Defizitdeckungen der Spitäler durch die Kantone», Ecoplan, 2019

Regulierung in Bewegung, Draufsicht fehlt

Hauptziel der Regulierung eines Gesundheitssystems sollte eine qualitativ hochwertige, sichere und zugängliche Versorgung für die Bevölkerung bei effizientem Ressourceneinsatz sein. Das Schweizer Gesundheitssystem wurde über die letzten Jahre zunehmend reguliert. Heute ist es geprägt von ständigen Korrekturversuchen und isolierten Massnahmen. Laufend folgen neue regulatorische Vorschriften, während der Handlungsspielraum von Führungsverantwortlichen kleiner wird. Das erschwert es diesen, ihre Unternehmen im gegebenen finanziellen Rahmen erfolgreich zu betreiben, erhöht den administrativen Aufwand teilweise markant, verursacht zusätzliche Kosten und schränkt die Innovationsfähigkeit ein. Allein die zweite Etappe der Pflegeinitiative, die auf eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen abzielt, führt gemäss Regulierungsfolgenabschätzung jährlich zu Mehrkosten von bis zu 1,4 Mrd. CHF.³⁸ Zudem engt die geplante gesetzliche Regelung der Arbeitszeiten die Spitäler wesentlich ein.

Die zunehmende Regulierung manifestiert sich in der steigenden Zahl der parlamentarischen Geschäfte mit Bezug zur Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV), Verordnung über die Krankenversicherungsverordnung (KVV) oder Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime (VKL). Seit 2000 wurden diese Verordnungstexte um rund 56,0% erweitert, die Seitenzahl des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung sogar um 145,0% (vgl. Abbildung 15).³⁹

Abbildung 15: Geschäfte der Exekutive auf Bundesebene von 2002 bis 2020 (ohne Pandemie, Interpellationen, Anfragen und Fragestunden).



In der Praxis klagen viele Spitäler über eine fragmentierte Regulierung: Einzelmassnahmen werden oft politisch motiviert und kurzfristig implementiert, ein kohärenter Reformrahmen und ein ganzheitliches Zielbild fehlen. Gleichzeitig bleibt die Tatsache bestehen, dass der Preis als Anreiz allein nicht genügt, um wegweisende Entwicklungen anzustossen. Die strukturelle Weiterentwicklung der Spitallandschaft bleibt ein Flickwerk, und nationale Reformen kommen nur langsam voran – obwohl ein koordiniertes Vorgehen dringend erforderlich wäre.

³⁸ Vgl. «Regulierungsfolgenabschätzung», BSS, 2025

³⁹ Vgl. «Geschäftsdatenbank Curia Vista», Schweizer Parlament

Status quo – heute und im Jahr 2045

Angesichts der prekären Finanzsituation, des Fachkräftemangels und der wachsenden und alternden Bevölkerung ist offensichtlich, dass sich die Herausforderungen für Schweizer Spitäler ohne grössere strukturelle Anpassungen der Rahmenbedingungen weiter akzentuieren. In ihrer aktuellen Form ist die Schweizer Spitallandschaft sowohl in Bezug auf die Fachkräfte als auch hinsichtlich Profitabilität und Kapitalisierung nicht zukunftsfit.



Denkexperiment «Was wäre, wenn ...?»

In diesem Unterkapitel stellen wir ein Denkexperiment vor, um die Entwicklung der Schweizer Spitäler als Branche und somit Gesamtes im Status quo zu modellieren und die Dringlichkeit zur Transformation zu illustrieren. Wir zeigen auf, was passiert, wenn sich in Zukunft nichts ändert. Diese Prognosen gehen aus einer Gesamtschau und nicht aus einer Betrachtung einzelner Häuser hervor. Dabei gehen wir davon aus, dass die Schweizer Spitallandschaft den Ist-Zustand beibehält und keine grösseren strukturellen Veränderungen auftreten, etwa eine flächen-deckende Ambulantisierung, neue Versorgungsmodelle und -räume, die digitale Transformation und andere. Zudem setzen wir voraus, dass sich die Situation nicht deutlich verschlechtert.

Ausgangspunkt bildet der Status quo der Schweizer Spitallandschaft im Jahr 2023 (vgl. Tabelle 2) anhand diverser Spitalkennzahlen.⁴⁰ Diese entsprechen den kumulierten Werten aller Akutspitäler, es handelt sich also nicht um Median- oder Mittelwerte (vgl. weiterführende Informationen zur Modellierung im Anhang). Für den Status quo 2045 sind wir von einer Ambulantisierung von 2,0 % der aktuell bestehenden stationären Fälle ausgegangen. Dieser Wert wurde in Anlehnung an die Obsan-Prognose für den Kanton Luzern abgeleitet, der aufgrund der Bevölkerungszusammensetzung als repräsentativ für die gesamte Schweiz unterstellt wird.⁴¹

Tabelle 2: Spitalkennzahlen im Ist-Zustand 2023 und bei unveränderter Weiterführung bis ins Jahr 2045.

	2023 – Ist	2045 – Status quo	Δ absolut	Δ in %
Bettenkapazität				
Anzahl Betten (Tsd.) (Annahme = 85 % Auslastung)	21,8	25,3	3,5	16,0 %
Stationäre Leistung				
Anzahl stationäre Fälle (Mio.)	1,3	1,6	0,3	25,7 %
Pflegetage (Mio.)	6,6	7,9	1,3	19,6 %
Mittlere Aufenthaltsdauer (Tage)	5,1	4,9	(0,2)	(4,9 %)
Ambulante Leistung				
Konsultationen (Mio.)	19,0	24,6	5,5	29,0 %
Personelle Ressourcen (FTE in Tsd.)				
Ärztepersonal	25,1	30,7	5,7	22,6 %
Pflegepersonal	62,6	74,3	11,7	18,7 %
Übriges medizinisches Personal	21,1	25,8	4,8	22,6 %
Übriges Personal	46,9	53,5	6,6	14,0 %
Total Personal	155,6	184,3	28,7	18,4 %
Finanzielle Kennzahlen in Mrd. CHF				
Medizinische Erträge	25,8	36,2	10,4	40,3 %
Übriger Betriebsertrag	2,0	2,9	1,0	49,6 %
Beiträge und Subventionen	2,5	3,0	0,4	16,6 %
Total Betriebsertrag	30,3	42,1	11,8	39,0 %
Personalaufwand	19,0	26,4	7,4	39,0 %
Übriger Betriebsaufwand	9,6	13,4	3,8	39,0 %
EBITDAR	1,7	2,4	0,7	39,0 %
EBITDAR-Marge	5,6 %	5,6 %		
Investitionsaufwand	2,5	3,4	1,0	39,0 %
Jahresergebnis	(0,8)	(1,1)	0,3	39,0 %
JE-Marge	(2,5 %)	(2,5 %)		

⁴⁰ Daten des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Kennzahlen der Schweizer Spitäler, Datenjahr 2023, publiziert 2025, abgerufen am 15. Juli 2025; PwC-Analysen

⁴¹ Vgl. «Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern», Obsan, 2024

Auf Basis der demografischen Prognosen ist bis im Jahr 2045 mit einem Anstieg der nachgefragten stationären und ambulanten Leistungsmenge um

28,3 %

zu rechnen.

Auf Basis der demografischen Prognosen ist bis im Jahr 2045 mit einem Anstieg der nachgefragten stationären und ambulanten Leistungsmenge um 28,3% zu rechnen. Aufgrund der bereits im Status quo unterstellten Ambulantisierung von 2,0% der Fälle unterscheiden sich die in Tabelle 2 dargestellten Wachstumsraten leicht von diesem Basiswachstum. Der wachsende Bedarf an medizinischen Leistungen führt zu einem stark steigenden Ressourceneinsatz – sowohl hinsichtlich des qualifizierten Personals als auch der Infrastruktur. Dadurch nimmt die finanzielle und organisatorische Belastung des Gesundheitssystems erneut wesentlich zu. Werden keine grundlegenden strukturellen oder prozessualen Veränderungen vorgenommen, können die Spitäler kaum substanzielle Effizienz- und Produktivitätssteigerungen realisieren. Solche resultieren hauptsächlich aus der Nutzung von Skaleneffekten. Diese haben wir bei den Prognosen durch ein unterproportionales Aufwandswachstum (Personal, Ausklammerung von Vorhalteleistungen) berücksichtigt, sie sind jedoch in ihrem Umfang stark eingeschränkt. Folglich dürfte sowohl die operative als auch die finanzielle Lage der Spitäler angespannt bleiben.

Die Tarifierung haben wir in den Prognosen bewusst vereinfacht. Dazu haben wir angenommen, dass Schweizer Spitäler ihre EBITDAR- oder Jahresergebnis-Margen im Status quo bis 2045 konstant halten. So entfallen spezifische Annahmen zur zukünftigen Tarifierung. Die erforderlichen Tarife ergeben sich aus der angestrebten Marge in Verbindung mit den prognostizierten Kosten für die Leistungserbringung und Systemerhaltung. Dieses Vorgehen orientiert sich an der aktuellen Praxis der Tariffestsetzung, die auf einer Kostenbasis erfolgt. Die konkrete Ausgestaltung der Tarife liegt nur bedingt im Einflussbereich der Spitäler, gilt aber als Erfolgsfaktor für deren künftige Entwicklung (vgl. «Sieben Rahmenbedingungen», Seite 65). Letztlich bestimmt die tatsächliche Tarifierung im Zusammenspiel mit den Kosten für die Leistungserbringung, welche durchschnittliche Marge die Spitäler in Zukunft erzielen werden.

Auswirkungen ohne Veränderung

Mit der Weiterführung des Status quo bis ins Jahr 2045 verändert sich in der Spitallandschaft einiges, auch wenn keine strukturellen Anpassungen erfolgen.

Leistungserbringung: Die zusätzliche Nachfrage lässt sowohl die stationäre als auch die ambulante Leistungsmenge unter Berücksichtigung einer minimalen Ambulantisierung stark ansteigen. Die stationären Fälle steigen um 25,7%, während die Pflageetage aufgrund der abnehmenden Verweildauer um 19,6% schwächer zunehmen. Bei einer Auslastung von 85,0% führt die Nachfragezunahme zu im Vergleich zu 2023 rund 3500 oder 16,0% zusätzlich benötigten Betten. Im ambulanten Bereich ist mit einer Zunahme der Leistungsnachfrage um 29,0% zu rechnen.

Fachkräftebedarf: Die Ausweitung der Leistungsmenge führt zu einem deutlichen Mehrbedarf an Personal. Die unterstellten Annahmen führen unter Berücksichtigung von Vorhalteleistungen zu einer Zunahme der Ärzteschaft und des übrigen medizinischen Personals von 22,6% (abhängig vom Case Mix und der Anzahl Konsultationen). Das Pflegepersonal dürfte um 18,7% zunehmen (abhängig von der Anzahl Pflageetage und Konsultationen). Absolut betrachtet entsteht ein Mehrbedarf von 5700 Vollzeitäquivalenten (FTE) für die Ärzteschaft, 11'700 FTE für Pflegepersonal und 4800 für übriges medizinisches Personal – dies allein im Spitalsektor, der rund ein Drittel der Schweizer Gesundheitskosten ausmacht.

EBITDAR-Marge: Werden sämtliche EBITDAR der Akutspitäler addiert und ins Verhältnis zu deren Umsatz gesetzt, resultiert eine EBITDAR-Marge für die gesamte Branche von 5,6%⁴² für das Jahr 2024. Diese lässt sich bis 2045 nur aufrechterhalten, wenn die Tarife an die erwartete Inflation angepasst werden. Dazu bräuchte es ungefähre Tarifierhöhungen von rund 6,0% im stationären und 17,0% im ambulanten Bereich. Darin sind die unterschiedlichen Kostendeckungen⁴³ der beiden Bereiche berücksichtigt (95,0% stationär, 86,0% ambulant). Auch diese Werte haben wir kumuliert über alle Schweizer Akutspitäler in einer Gesamtbetrachtung berechnet. Sie können daher wie die EBITDAR-Margen von Median- oder Mittelwerten abweichen. Die offenbar tiefen Werte liegen darin begründet, dass aufgrund der Berücksichtigung der Vorhalteleistungen in der Planung jährliche Effizienzverbesserungen unterstellt werden. Eine EBITDAR-Marge über die ganze Branche gerechnet von 5,6% reicht nicht aus, um den einzelnen Spitälern einen finanziell eigenständigen Spitalbetrieb zu ermöglichen. Viele Einrichtungen würden nach wie vor jährlich Verluste schreiben. Ausnahmejahre wie während der COVID-Pandemie könnten noch deutlich negativer ausfallen.

Eigenkapital: Aufgrund der Verluste nehmen die Eigenkapitalquoten der Schweizer Spitäler kontinuierlich ab. Gleichzeitig generieren die Einrichtungen nicht genügend Mittel, um Erneuerungen eigenständig zu finanzieren. Deshalb nehmen sie vermehrt die Unterstützung ihrer Eigentümerschaft in Anspruch, was bei öffentlichen Spitälern zu einer Erhöhung der Steuerlast führt. Auch am Kredit- und Kapitalmarkt können sich die Spitäler nicht eigenständig finanzieren. Eine Aufnahme von Kapital setzt explizite Garantien durch die Eigentümerschaft voraus. Das ist bereits heute mehrheitlich der Fall und wird sich im Status quo bis 2045 akzentuieren.

Spitalgesundheitskosten: Der starke Leistungsmengenzuwachs führt – ohne die in dieser Studie erläuterten strukturellen Anpassungen – zu einem signifikanten Anstieg der Spitalkosten. Das lässt die Pro-Kopf-Ausgaben sowie die Krankenkassenprämien kontinuierlich ansteigen. Die Prämienlast zählt schon heute zu den Hauptsorgen der Schweizer Bevölkerung.

Die aufgeführten Sachverhalte treffen nur zu, wenn sich die Spitalversorgung aufrechterhalten lässt. Die Ausweitung der Leistungsmenge (+28,3%) führt zu einer deutlichen Zunahme des Bedarfs an Fachkräften (+/-20,0%). Die erwerbstätige Bevölkerung nimmt hingegen weniger stark zu (+/-8,0%). Demnach lassen sich in diesem Szenario nicht alle Leistungen aufrechterhalten, was substantielle Veränderungen erfordert. Ansonsten wären Priorisierungen, längere Wartezeiten für Patient:innen und eine deutliche Verschlechterung der Versorgungsqualität die Folge.

⁴² Daten des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Kennzahlen der Schweizer Spitäler, Datenjahr 2023, publiziert 2025, abgerufen am 15. Juli 2025; PwC-Analysen; Bei den Kennzahlen der Schweizer Spitäler werden sämtliche Investitionskosten, bestehend aus Aufwand für Anlagenutzung sowie Kapitalzinsen und inklusive den «Investitionen (nach KVG)» (Konto 440 des H+ Kontenplans), in einer Position konsolidiert ausgewiesen. Im Rahmen der vorliegenden Studie werden diese unterhalb der EBITDAR erfasst, in den Finanzberichten der Spitäler hingegen teilweise auch oberhalb der EBITDAR. Als Folge davon fallen die in dieser Studie ausgewiesenen EBITDAR-Werte leicht höher aus als in den Jahresberichten.

⁴³ Daten des Vereins SpitalBenchmark, Datenjahr 2023, abgerufen am 15. Juli 2025; Gesamtkostendeckung ambulant und stationär (inkl. VVG, Selbstzahler etc.). Im Sinne einer Gesamtsicht wurden die kumulierten Werte aller Mitgliederspitäler verwendet. Damit unterscheidet sich die Analyse von einer Betrachtung von Median-Werten.

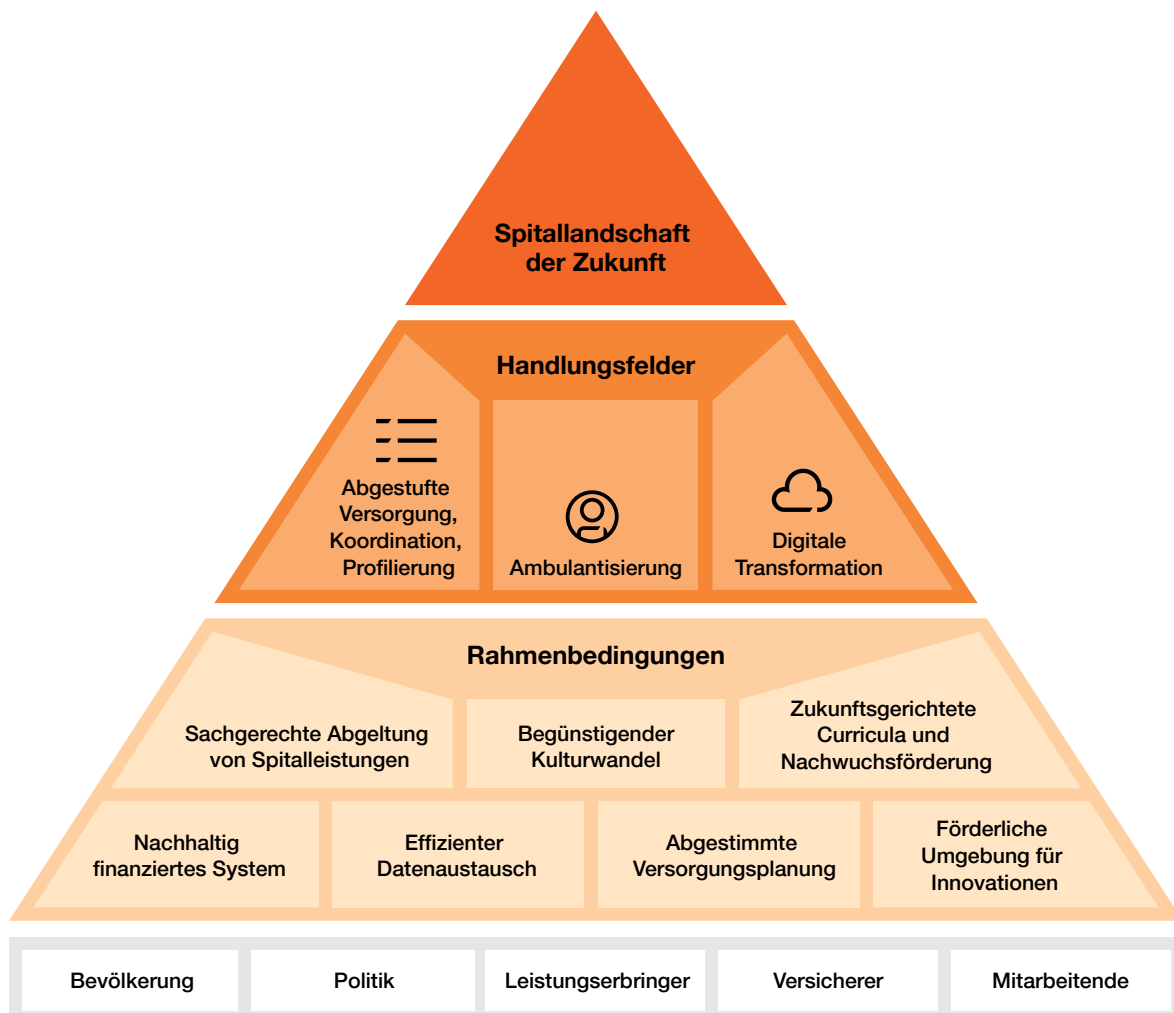
Szenarien für eine Spitallandschaft mit Zukunft

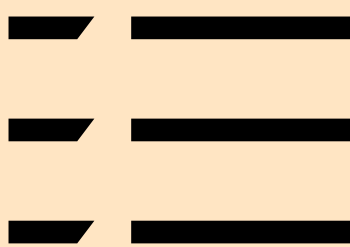


Die Weiterführung des Status quo stellt keine tragfähige Option dar, da die Schweizer Spitallandschaft in ihrer aktuellen Form weder personell-operativ noch finanziell nachhaltig organisiert ist. Es braucht einen grundlegenden Wandel der bestehenden Strukturen, mutige Reformen und innovative Ansätze zur Gestaltung einer langfristig sicheren und qualitativ hochwertigen Versorgung.

Diese Reformarbeit kann in drei übergreifenden Handlungsfeldern stattfinden (vgl. Abbildung 16). Ihr liegen sieben Rahmenbedingungen zugrunde. Damit sich die Spitallandschaft erfolgreich transformieren lässt, braucht es nicht nur institutionelle Veränderungen auf Spitalebene, sondern insbesondere auch Veränderungsbereitschaft sämtlicher Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen. Dazu gehören die Spitäler als Leistungserbringer mit ihrem medizinischen und nichtmedizinischen Personal genauso wie die Bevölkerung, die Politik und Tarifpartner. Diese müssen Rahmenbedingungen setzen, die den Wandel aktiv fördern und für die Versorgung sinnvolle Schritte belohnen. Für alle Akteure gilt es, bestehende Rollenverständnisse zu hinterfragen, aufzulösen und sich auf eine veränderte Spitallandschaft einzustellen. Ebenfalls ist klar, dass eine tiefgreifende Veränderung, wie sie in den Handlungsfeldern diskutiert wird erhebliche Investitionen mit sich bringt, die aktuell nicht gegenfinanziert sind.

Abbildung 16: Die Spitallandschaft der Zukunft baut auf einen grundlegenden Wandel in drei Handlungsfeldern und sieben Rahmenbedingungen.





Handlungsfeld «Abgestufte Versorgung, Koordination und Profilierung»

Das erste Handlungsfeld widmet sich der Notwendigkeit einer übergreifenden und koordinierten Versorgungsstruktur und einer klaren Profilierung der Spitäler innerhalb dieser Strukturen.

Beschreibung des Zielzustands

- Die zukünftige Struktur der Spitalversorgung ist abgestuft und auf Patientenpfade ausgerichtet. Medizinische Leistungen erfolgen dort, wo sie am effizientesten erbracht werden können und den grössten Mehrwert bieten. Spezialisierte Leistungen mit umfassenden Vorhalteleistungen (bei Infrastruktur oder Personal) werden stärker gebündelt, der niederschwellige Zugang geht in die Fläche.
- Aufgrund unternehmerischer Interessen entwickeln die Spitäler ein klares Profil und stimmen dieses innerhalb einer Versorgungsregion aufeinander ab. Dabei gewichten sie die gesamtheitliche Versorgungsperspektive innerhalb der Versorgungsregion mehr als ihre individuellen Kompetenzen. Sie beziehen gesellschaftliche, demografische, epidemiologische Entwicklungen und die zunehmende Bedeutung der Prävention in der Entwicklung ihrer Angebote mit ein. So lassen sich Redundanzen aus dem System eliminieren und ein effizienter und effektiver Einsatz von Fachkräften sicherstellen.
- Spitäler agieren in Netzwerken und Partnerschaften und stellen eine koordinierte Versorgung sicher. Die Aufgaben zwischen der Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung innerhalb bestimmter Versorgungsregionen sind gemeinsam zwischen den Leistungserbringern entwickelt und klar aufgeteilt.
- Ein Netzwerk aus niederschwelligen Gesundheitszentren, Hausarztmedizin, Pflegeexpert:innen (APNs), Apotheken und weiteren Leistungserbringern stärkt die Primärversorgung. Abhängig von der Versorgungssituation bringen sich Spitäler stärker in der Hausarzt- und niederschwelligen Notfallmedizin ein, insbesondere wenn in ländlichen Gebieten das Angebot durch Niedergelassene fehlt. Die Koordination erfolgt so weit als möglich über virtuelle Plattformen. Die Spitäler gestalten die Koordination aktiv mit, um Ressourcen optimal einzusetzen.
- Spitäler intensivieren ihre Kooperation über das Kerngeschäft hinaus, indem sie verstärkt auf Partnerschaften mit anderen Einrichtungen und das Konzept der «Shared Services» setzen. Ziel ist es, Kosteneffizienz zu erreichen, Ressourcen optimal zu nutzen und die Versorgungsqualität zu erhöhen. Diese Kooperationen erstrecken sich über verschiedene Bereiche, von der Organisation gemeinsamer Weiterbildungen und Dienstleistungen wie dem Wäschedienst bis zur Umsetzung neuer regulatorischer Anforderungen.
- Die Spitäler treiben die Standardisierung weiter voran, um Benchmarking und das effektive Messen von Leistungskennzahlen (KPIs) sicherzustellen. Das ermöglicht einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess.
- Neue Rollenbilder (z. B. APNs) und interdisziplinäre Behandlungsteams haben sich in den Spitälern etabliert. Sie ergänzen und entlasten klassische Rollen und übernehmen zentrale Koordinationsaufgaben im Spital für Patient:innen (z. B. Case Manager). Die Spitallandschaft adressiert die zunehmende Spezialisierung der Medizin bei gleichzeitig steigender Multimorbidität mit interdisziplinären Behandlungsteams. Das traditionelle Rollen- und Aufgabenverständnis wird aufgebrochen und das Silodenken zwischen und innerhalb der Institutionen abgeschafft.

Ansatzpunkte für die Umsetzung



Angebot

Klare, auf den regionalen Bedarf, den Gesamtbedarf und auf unternehmerische Interessen ausgerichtete Angebotsstrategie umsetzen. Dazu gehören Verichtsplanung, Netzworlbildung und Entwicklung eines eindeutigen medizinischen Profils mit entsprechender Investitions- und Personalstrategie.



Coopetition

Zusammenarbeit im Netzwerk in bestimmten Bereichen wie der Grundversorgung und Qualitätswettbewerb in anderen Bereichen (z. B. elektive Versorgung) eingehen, um unternehmerischen Antrieb zu stärken.



Innovationsattitüde

Unternehmertum stärken (z. B. durch Partnerschaften mit Start-ups oder Bildungseinrichtungen), eigene Innovationskraft aufbauen, etwa durch die Förderung interner Innovationsprozesse (z. B. mit Innovationsboards, Inkubatoren, Health Innovation Hubs).



Netzwerkfähigkeit

Operative, organisatorische und rechtliche Grundlagen für erfolgreiche Netzwerkstrukturen schaffen und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ausbauen. Dazu beispielsweise die Beteiligungsfähigkeit aller Institutionen sicherstellen, Joint Ventures etablieren, einheitliche Gremien aufsetzen, Kooperationsverträge erarbeiten.



Abstimmung

Spitäler untereinander abstimmen und klare Verantwortlichkeiten und Rollenverteilungen festlegen, zum Beispiel eine Koordinatorenrolle im regionalen Netzwerk gewährleisten.



Kommunikation

Effiziente Kommunikationsschnittstellen zwischen Leistungserbringern etablieren.



Ausprägung beeinflusst die Wirkung

Für unsere Prognosen haben wir die nachfolgenden Annahmen in Bezug auf die Effekte im Handlungsfeld «Abgestufte Versorgung, Koordination und Profilierung» getroffen (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Mit wachsender Abstufung, Koordination und Profilierung entsteht eine ganzheitliche Versorgung mit integrierten Patientenpfaden und optimalem Datenaustausch.

Ausprägung	Beschreibung
Status quo	- Versorgung erfolgt primär entlang von Kantons Grenzen - Patientenpfade entlang einzelner Unternehmen mit Brüchen an Sektorgrenzen - Ungenügender Datenfluss zwischen Spitälern - Geringfügige Profilierung und folglich geringe Transformation
Mittlere Ausprägung	- Stärkere interkantonale Abstimmung, beruhend auf Freiwilligkeit - Teilweise abgestimmte Versorgungsansätze und institutionsübergreifende Behandlungspfade - Datenaustausch bleibt ineffizient - Präventive Leistungen nehmen zu - Spitäler profilieren sich weiter, Leistungsangebote werden verstärkt gebündelt
Starke Ausprägung	- Kantonsübergreifende Versorgungsregionen - Stark abgestimmte Versorgungsstrukturen mit institutionsübergreifenden Behandlungspfaden und optimiertem Ressourceneinsatz innerhalb Versorgungsregionen - Stark integrierte Patientenpfade mit optimalem Datenaustausch - Stark transformierte Spitallandschaft mit maximaler Bedarfsorientierung, profilierten Leistungserbringern und etablierten Netzwerken⁴⁴

Um die Auswirkungen des Handlungsfelds «Abgestufte Versorgung, Koordination und Profilierung» auf die Schweizer Spitallandschaft und den zukünftigen Ressourcenbedarf abzubilden, haben wir die nachfolgenden Annahmen (vgl. Tabelle 4) getroffen. Weiterführende Informationen zur Modellierung befinden sich im Anhang.

Tabelle 4: Zentrale Annahmen zur Abbildung des Ressourcenbedarfs bei mittlerer und starker Ausprägung des Handlungsfelds «Abgestufte Versorgung, Koordination und Profilierung».

Ausprägung	Status quo 2023	Mittlere Ausprägung		Starke Ausprägung	
	Vorhalteleistungen (VHL)	Reduktion in % VHL	Reduktion in % total Personal	Reduktion in % VHL	Reduktion in % total Personal
Ärztepersonal	20 %	15 %	3 %	30 %	6 %
Pflegepersonal	20 %	15 %	3 %	30 %	6 %
Übriges medizinisches Personal	20 %	15 %	3 %	30 %	6 %
Übriges Personal	50 %	6 %	3 %	12 %	6 %

⁴⁴ Vgl. «Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz, Teil II», PwC, 2020

In diesem Handlungsfeld haben wir vorausgesetzt, dass eine stärkere Abstimmung über Kantons Grenzen hinweg stattfindet und die Patientenpfade infolge des effizienteren Datenaustausches stärker integriert sind als im Status quo. Zudem findet eine Profilierung der Leistungserbringer statt und es bilden sich Netzwerke zur Sicherstellung einer abgestuften Versorgung (Bündelung von spezialisierten Leistungen, Konzentration auf weniger Schwerpunktbereiche und niederschwelliger Zugang in der Peripherie). Als Folge davon lassen sich die Vorhalteleistungen reduzieren, da nicht mehr alle Spitäler sämtliche Leistungen anbieten müssen und sich untereinander besser koordinieren. Das Einsparpotenzial in der starken Ausprägung haben wir bei 6,0% des aktuellen Personalbestands respektive bei 30,0% der Vorhalteleistungen – gemessen am Ist-Zustand des Jahres 2023 – angesetzt.³⁷ Beim übrigen Personal liegt das Einsparpotenzial gemessen an den Vorhalteleistungen mit 12,0% leicht tiefer. Es entspricht jedoch insgesamt auch 6,0% des Personalbestands. In der mittleren Ausprägung sind wir von 50,0% der Einsparungen der starken Ausprägung oder 3,0% des Personalbestands ausgegangen.

Auswirkungen bei mehr oder weniger Veränderung



Leistungserbringung

Die Leistungen der Schweizer Spitallandschaft sind konsolidiert, die Spitäler verfügen über ein klar profiliertes Leistungsangebot. Hochspezialisierte Leistungen erfolgen gezielt an bestimmten Standorten. So weisen einige Spitäler eine Spezialisierung auf, während andere ihr Profil auf die ambulante Leistungserbringung ausrichten. Innerhalb der bestehenden Spitalstruktur werden die Leistungsangebote umfassend angepasst, und die Versorgungslandschaft und -logik verändern sich tiefgreifend.



Kapazitäten

In diesem Handlungsfeld bleiben die Anzahl stationärer Fälle und ambulanter Konsultationen, die Pflgetage und mittlere Aufenthaltsdauer unverändert. Aufgrund der erhöhten Koordination und Profilierung der Leistungserbringer sind Kapazitäten besser planbar. Die Spitäler können Vorhalteleistungen wesentlich abbauen und die Betten um bis zu 5,6% reduzieren. Aber: Mit der Reduktion der Vorhalteleistungen entweicht Luft aus dem System, die in Ausnahmesituationen wie einer Pandemie nützlich sein kann. Entsprechend dürfen die Verantwortlichen die Kapazitäten nur mit Vorsicht abbauen.



Fachkräftebedarf

Durch die überregionale Leistungsaufteilung und Rollenteilung zwischen den Spitälern können diese ihre Vorhalteleistungen reduzieren. Damit rechnen wir im Vergleich zum Status quo im Jahr 2045 mit bis zu 5,1% weniger Personal. Das entspricht etwa 6,0% des Personalbestands von 2023. Das bedeutet allerdings keinen Netto-Stellenabbau, sondern einen verlangsamten Stellenaufbau oder eine Reallokation von Ressourcen im Vergleich zu einem Status-quo-Szenario. Gleichzeitig können die Spitäler ihren übrigen Betriebsaufwand senken, da sich die Kosten durch eine bessere Auslastung auf mehr Leistungen verteilen oder bei Fallverlagerungen nur unterproportional steigen; an anderen Standorten entfallen sie ganz.



Systemkosten

Insgesamt führen Abstufung, Koordination und Profilierung zu einer kosteneffizienteren Spitallandschaft im Vergleich zum Status quo im Jahr 2045. Wir haben ein jährliches Kosteneinsparpotenzial von bis zu 2,1 Mrd. CHF (nominal im Jahr 2045) oder bis zu 5,0 % der Systemkosten hergeleitet. Diese Einsparungen entstehen primär durch die geringeren Kosten für Vorhalteleistungen, die sich durch eine koordinierte, bedarfsorientierte Angebotsgestaltung ergeben. In der Modellierung sind wir von einer konstanten durchschnittlichen EBITDAR-Marge von 5,6 % über alle Spitäler hinweg ausgegangen, und davon, dass die Tarifierung so gestaltet wird, dass die Spitäler die EBITDAR-Marge halten können.



Zeitlicher und örtlicher Zugang

Die Profilierung eines Spitals ist keine isolierte Entwicklung im Netzwerk der Spitallandschaft. Sie wirkt sich auf die weiteren Leistungserbringer in der Region oder auf jene mit ähnlicher Profilierung aus. Das kann punktuell den zeitlichen und räumlichen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen tangieren. Speziell in Bezug auf die Erreichbarkeit von elektiven Eingriffen können sich sowohl die Zugangszeit als auch die Wartezeit verlängern, da nicht mehr sämtliche Leistungen überall angeboten werden und die Auslastung in den Versorgungsregionen steigt. Bei der Notfallversorgung bedeutet dies, dass ein Ausbau der mobilen Rettungswagen und -equipe notwendig wird, um Notfallpatient:innen zeitnah zu versorgen.

Diesen Herausforderungen können die Akteure aktiv begegnen: Die verbesserte Koordination zwischen den Leistungserbringern sowie integrierte Patientenzugangspfade mit optimiertem Datenaustausch helfen mit, Versorgungslücken zu schliessen und die Patientensicherheit zu gewährleisten.



Qualität

Der geringere Fachkräftebedarf im Handlungsfeld «Abgestufte Versorgung, Koordination und Profilierung» reduziert das Risiko, dass es aufgrund von Personalmangel zu Versorgungspriorisierungen kommt. Die Patientensicherheit bleibt ein zentrales Anliegen. Durch klar definierte Rollen, spezialisierte Versorgungsstrukturen und eine verbesserte Datenlage können die Spitäler Risiken frühzeitig erkennen und Prozesse standardisieren. Die Transformation hin zu einer stärker koordinierten und profilierten Spitallandschaft schafft nicht nur Effizienzgewinne, sondern auch die Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige, sichere und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung.



Tabelle 5: Spitalkennzahlen im Handlungsfeld «Abgestufte Versorgung, Koordination und Profilierung» (je nach Ausprägung) bis ins Jahr 2045.

	2045 Status quo	2045 Mittlere Ausprägung	2045 Starke Ausprägung	% Δ Mittlere Ausprägung	% Δ Starke Ausprägung
Bettenkapazität					
Anzahl Betten (Tsd.) (Annahme = 85 % 87,5 % 90 % Auslastung)	25,3	24,6	23,9	(2,9 %)	(5,6 %)
Stationäre Leistung					
Anzahl stationäre Fälle (Mio.)	1,6	1,6	1,6	–	–
Pflegetage (Mio.)	7,9	7,9	7,9	–	–
Mittlere Aufenthaltsdauer (Tage)	4,9	4,9	4,9	–	–
Ambulante Leistung					
Konsultationen (Mio.)	24,6	24,6	24,6	–	–
Personelle Ressourcen (FTE in Tsd.)					
Ärztepersonal	30,7	30,0	29,2	(2,4 %)	(4,9 %)
Pflegepersonal	74,3	72,4	70,5	(2,5 %)	(5,1 %)
Übriges medizinisches Personal	25,8	25,2	24,6	(2,4 %)	(4,9 %)
Übriges Personal	53,5	52,0	50,6	(2,6 %)	(5,3 %)
Total Personal	184,3	179,6	175,0	(2,5 %)	(5,1 %)
Finanzielle Auswirkungen					
Einsparpotenzial in Mrd. CHF		1,1	2,1		
Einsparpotenzial in % Systemkosten		2,5 %	5,0 %		





Handlungsfeld «Ambulantisierung»

Dieses Handlungsfeld beschreibt die positiven Effekte und Chancen, die eine Verschiebung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich mit sich bringt.

Beschreibung des Zielzustands

- Die Spitallandschaft der Zukunft weist einen hohen Ambulantisierungsgrad auf. Das System basiert auf einem effizienten und ressourcenschonenden Ansatz. Durch eine stärkere Verschiebung in den ambulanten Bereich werden die Opportunitäten in verschiedenen Problemfeldern genutzt: mehr Versorgungsqualität, entschärfter Fachkräftemangel, nachhaltige Gesundheitskostenentwicklung.
- Die Ambulantisierung wird nicht nur bei ambulanten Operationen, sondern auch im Bereich der Spezialversorgung (z. B. Krebstherapien), bei der Grundversorgung (z. B. Ersteinstellungen auf Insulinregime bei multimorbiden Diabetes-Patient:innen) und der Prävention vorangetrieben. Im Weiteren treibt künstliche Intelligenz (KI) in der Diagnostik die Ambulantisierung stark voran. Zu den verlagerten Fällen gehören neben Operationen auch tagelange diagnostische Verfahren, das Management von chronischen Krankheitsbildern – auch solche, die heute noch nicht als chronische Erkrankungen gelten, wie Krebs oder neurologische Leiden – sowie Eingriffe, die weniger intensive stationäre Pflege erfordern.
- Neue Versorgungsformen wie Telemedizin und Hospital@Home sind etabliert und auf die übrigen Leistungen abgestimmt. Die neuen Versorgungsformen entlasten die stationäre Spitalinfrastruktur zusätzlich.
- Je nach Nachfrage- und Angebotssituation nehmen Spitäler unterschiedliche Rollen ein. Ihre Funktion in der Grundversorgung und Hausarztmedizin wird dort gestärkt, wo Lücken bestehen. Zum Beispiel können Regionalspitäler den Mangel an Hausärzt:innen für die ländliche Versorgung abfangen.



Ansatzpunkte für die Umsetzung



Prozesse

Von Kern- bis Supportprozessen und von der Aufnahme über die Behandlung bis zur Entlassung sämtliche Prozesse und Betriebsmodelle auf die Anforderungen der ambulanten Leistungserbringung ausrichten.



Personalmanagement

Vorhandenes Personal in Bezug auf ambulante Prozesse und patientenzentrierte Betreuung weiterbilden. Neue Anforderungen der Ambulantisierung in der Personalrekrutierung berücksichtigen. Skills-Grade-Mix im stationären Bereich aufgrund der zunehmend komplexen Fälle in diesem Bereich überprüfen.



Infrastruktur

Auswirkungen (z. B. Bettenbedarf, ambulante Fläche) auf die bestehende Infrastruktur und auf Neubauprojekte berücksichtigen. Die bestehende Infrastruktur an die neuen ambulanten Prozesse anpassen. Allenfalls die ambulante Leistungserbringung in neuen, besser geeigneten und wohnortnäheren Räumlichkeiten durchführen. Für potenziell frei gewordene Flächen Konzepte hinsichtlich Umnutzung oder Abstossung prüfen.



Zusammenarbeit

Interprofessionelle und institutionsübergreifende Zusammenarbeit stärken. Dazu vor- und nachgelagerte Stellen stärker koordinieren und so die Vor- und Nachsorge (z. B. hinsichtlich Schmerztherapie) sicherstellen.



Patientenpfad

Patientenpfade oder Übergänge zwischen ambulant und stationär sowie zwischen einzelnen Leistungsbereichen optimieren.

Ausprägung beeinflusst die Wirkung

Die Auswirkungen der Ambulantisierung auf die Schweizer Spitallandschaft und den künftigen Ressourcenbedarf hängen im Wesentlichen von deren Ausprägung ab. Nachfolgend haben wir Szenarien erarbeitet, die unterschiedliche Ausprägungen der Ambulantisierung ausweisen und sich damit unterschiedlich auf die Schweizer Spitallandschaft und das Gesundheitswesen als Ganzes auswirken.

Für die Analysen des Handlungsfelds «Ambulantisierung» sind wir von deutlich höheren Ambulantisierungsquoten als für den Status quo 2045 ausgegangen (vgl. Tabelle 6). In der mittleren Ausprägung haben wir eine Verlagerung von 20,0 % der stationären Fälle, in der starken Ausprägung von 40,0 % unterstellt. Die prozentuale Verlagerung gibt an, wie viele der im Jahr 2023 stationär behandelten Patient:innen bis 2045 ambulant behandelt werden. Den CMI und die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) haben wir ebenfalls berücksichtigt und vorausgesetzt, dass bei fortschreitender Ambulantisierung zunehmend schwerere Fälle mit einer längeren Aufenthaltsdauer verlagert werden. Weiterführende Informationen zur Modellierung befinden sich im Anhang.

Tabelle 6: Mit zunehmender Verlagerung steigt der CMI und die mittlere Aufenthaltsdauer.

Ausprägung	Status quo	Mittlere Ausprägung	Starke Ausprägung
Verlagerung bis 2045 (in % der aktuellen stationären Austritte)	2,0 %	20,0 %	40,0 %
CMI verlagerte Fälle	0,5	0,7	0,8
Verlagerung bis 2045 (in % des aktuellen Case Mix)	0,8 %	12,6 %	28,8 %
MAHD verlagerte Fälle	1,0	1,8	2,2

Aus den Annahmen zur Verlagerung lässt sich vereinfacht ableiten, wie sich die Ambulantisierung auf den Anteil ambulant durchgeführter Behandlungen auswirkt. Wenn wir davon ausgehen, dass aktuell 30,0 % der Behandlungen ambulant erfolgen, resultiert in der mittleren Ausprägung ein Anteil von 44,0 % und in der starken Ausprägung von 58,0 % der Behandlungen, die 2045 ambulant durchgeführt werden.



Auswirkungen bei mehr oder weniger Veränderung

Die Szenarien im Handlungsfeld Ambulantisierung wirken sich auf alle relevanten Kennzahlen eines Spitals (vgl. Tabelle 7) und auf diverse Aspekte des Gesundheitswesens aus, je nachdem, wie stark ausgeprägt die Umsetzung ausfällt.

→ Leistungserbringung

Die stationären Fallzahlen, die Anzahl der Pfl egetage und der Bettenbedarf reduzieren sich gegenüber dem Status quo 2045. Die Komplexität und die Behandlungs- und Pflegeintensität der verbleibenden stationären Fälle erhöhen sich, da gerade medizinisch leichtere Fälle in den ambulanten Bereich verschoben werden und deren Pflege ausserhalb der stationären Infrastrukturen stattfindet. Der CMI erhöht sich, vorausgesetzt, dass keine Anpassungen am Vergütungssystem vorgenommen werden. Die mittlere Aufenthaltsdauer steigt ebenfalls durch die Verlagerung der einfacheren und kürzeren Fälle. In der starken Ausprägung reduzieren sich die stationären Fallzahlen um 38,8 %, während die Pfl egetage um 16,8 % zurückgehen. Die Konsultationen bei ambulanten Fällen nehmen in der starken Ausprägung hingegen um 19,8 % zu.

→ Fachkräftebedarf

Mit der Ambulantisierung ist das Personal stärker gefordert, vor- und nachgelagerte Bereiche zu koordinieren und effiziente Schnittstellen sicherzustellen. Insgesamt reduziert sich der Bedarf an Fachkräften gegenüber dem Status quo, da die ambulante Leistungserbringung weniger personalintensiv ist. So können in der starken Ausprägung beim ärztepersonal bis zu 2,4 % und beim Pflegepersonal bis zu 5,3 % der Vollzeitstellen reduziert werden.

→ Kompetenzen

Die Ambulantisierung bringt zwei wesentliche Entwicklungen in Bezug auf personelle Ressourcen mit sich. Zum einen wird aufgrund der zunehmenden Fallkomplexität im stationären Bereich eine Verschiebung im Skill-Grade-Mix Richtung höher ausgebildetem Personal notwendig. Zum anderen weist ein stärker ambulantisiertes Szenario auch neue Anforderungen an das ambulante Personal auf, da dieses mehr Fälle und komplexere Krankheitsbilder übernehmen muss. Dazu gehören tagelange diagnostische Verfahren, das Management von chronischen Krankheitsbildern – auch solche, die heute noch nicht als chronische Erkrankungen gelten, wie Krebs oder neurologische Leiden – sowie Eingriffe, die weniger intensive stationäre Pflege erfordern.

→ Vernetzung

Ein wesentlicher Hebel für die beschriebenen Verschiebungen sind die sozialen Netze ausserhalb der Spitalinfrastruktur, die eine entsprechende Pflege und medizinische Versorgung leisten können. So braucht es für dieses Handlungsfeld vermehrt Spitex, periphere Gesundheitszentren oder gezielte Hospital@Home-Angebote, die weniger ortsgebunden und nicht auf die Spitalinfrastruktur angewiesen sind. Zwar gilt Hospital@Home nicht als ambulante Leistung, sondern vielmehr als ortsungebundene Spitalleistung. Im Sinne der Verlagerung der Leistungserbringung thematisieren wir diese Entwicklung jedoch im Handlungsfeld Ambulantisierung. Schliesslich geht es nicht darum, den Spitalern Fälle wegzunehmen, sondern diese in die effizientesten Strukturen zu verlagern.

Infrastruktur

Durch die Reduktion der Pflegetage benötigt ein Spital in der starken Ausprägung 16,8% weniger Betten. Dies wirkt sich wesentlich auf die infrastrukturellen Anforderungen aus, braucht es immerhin ein Sechstel der Fläche auf der Bettenstation nicht mehr. Diese freiwerdende Fläche kann das Spital im Gegenzug für den Ausbau ambulanter Leistungen verwenden.

Systemkosten

Vorausgesetzt, dass genügend Fachkräfte und Ressourcen vorhanden sind, kann ein Spital dieselbe Leistungsmenge mit weniger Ressourcen erbringen. So wirken sich Szenarien der Ambulantisierung kostensenkend aus. Das nominale jährliche Kosteneinsparpotenzial für das gesamte Schweizer Spitalsystem beläuft sich in der starken Ausprägung auf bis zu 1,5 Mrd. CHF oder 3,5 % der Systemkosten. Für diese Herleitung haben wir eine konstante durchschnittliche EBITDAR-Marge von 5,6 % über alle Spitäler und eine entsprechende Tarifierung vorausgesetzt.

Zeitlicher und räumlicher Zugang

Die Ambulantisierung dürfte sich positiv sowohl auf die Wartezeit als auch auf die Erreichbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen auswirken. Für die ambulante Leistungserbringung brauchen die Spitäler insgesamt weniger Fachkräfte. Folglich sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass aufgrund des Fachkräftemangels Priorisierungen vorgenommen werden müssen. Dank einer effizienteren und effektiveren Leistungserbringung können die Spitäler mehr Leistungen mit dem gleichen Personal erbringen.

Tabelle 7: Spitalkennzahlen im Handlungsfeld Ambulantisierung (je nach Ausprägung) bis ins Jahr 2045.

	2045 Status quo	2045 Mittlere Ausprägung	2045 Starke Ausprägung	% Δ Mittlere Ausprägung	% Δ Starke Ausprägung
Bettenkapazität					
Anzahl Betten (Tsd.) (Annahme = 85 % Auslastung)	25,3	23,6	21,0	(6,7 %)	(16,8%)
Stationäre Leistung					
Anzahl stationäre Fälle (Mio.)	1,6	1,3	1,0	(18,4 %)	(38,8%)
Pflegetage (Mio.)	7,9	7,3	6,5	(6,7 %)	(16,8%)
Mittlere Aufenthaltsdauer (Tage)	4,9	5,6	6,6	14,3 %	35,8 %
Ambulante Leistung					
Konsultationen (Mio.)	24,6	26,6	29,4	8,4 %	19,8 %
Personelle Ressourcen (FTE in Tsd.)					
Ärztepersonal	30,7	30,4	30,0	(1,0 %)	(2,4 %)
Pflegepersonal	74,3	72,7	70,3	(2,1 %)	(5,3 %)
Übriges medizinisches Personal	25,8	25,8	25,8	–	–
Übriges Personal	53,5	52,5	51,2	(1,8 %)	(4,3 %)
Total Personal	184,3	181,4	177,3	(1,5 %)	(3,8%)
Finanzielle Auswirkungen					
Einsparpotenzial in Mrd. CHF		0,6	1,5		
Einsparpotenzial in % Systemkosten		1,4 %	3,5 %		



Handlungsfeld «Digitale Transformation»

**Das Handlungsfeld der digitalen Transformation zeigt auf, wie die
Spitäler stärker digitalisieren sollen, um noch effizienter zu arbeiten, dem
Fachkräftemangel entgegenzuwirken und sowohl die Versorgungsqualität
als auch das Patientenerlebnis zu steigern.**



Beschreibung des Zielzustands

- Die Spitäler treiben die digitale Transformation voran und lösen den heutigen Investitionsstau auf. Mit anderen Worten: Alle acht Jahre investieren sie rund 10,0% bis 20,0% ihres Umsatzes in die digitale Transformation. Dabei setzen sie die nachfolgenden Schwerpunkte.
- Die Grundlagen im Spital sind geschaffen, mit denen sich die digitale Transformation umfassend vorantreiben lässt. Dazu gehören das Entwickeln und Umsetzen eines klar formulierten Zielbilds, das Ausrichten des Betriebsmodells hinsichtlich Prozesse, Organisation und Infrastruktur auf ein digitalisiertes Spital sowie das Verankern von Transformation in der Unternehmenskultur.
- Der Bereich IT ist mehr als ein interner Dienstleister. Er hilft, das Business weiterzuentwickeln. Eine solide IT-Infrastruktur und eine klar definierte IT-Governance sind vorhanden.
- Die Prozesse im Spital sind, wo immer möglich, standardisiert und automatisiert. So fällt für Fachkräfte weniger administrativer Aufwand an. Virtuelle Mitarbeitende, die dank Automatisierung und KI-Aufgaben übernehmen, ersetzen oder unterstützen menschliche Arbeitskräfte. Zahlreiche Beispiele dazu finden sich unter anderem im Bereich der Logistik im Rahmen von roboterunterstützten Medikamenten-, Laborproben-, oder Materialtransporten. Humanoide Roboter assistieren nicht nur bei Routineaufgaben, sondern interagieren zunehmend empathisch mit den Patient:innen. Verbesserte Diagnosemöglichkeiten mit KI, KI-unterstütztes Monitoring von Medikation und Vitalparametern oder das automatisierte Erstellen von Berichten mit lernfähiger KI sind weitere Chancen, die genutzt werden. Prozesse werden zudem zunehmend in End-to-end-Form gestaltet. Damit sind sie über die Einzelinstitution hinaus abgestimmt, standardisiert und automatisiert.
- Die Spitäler erfassen Daten in strukturierter und standardisierter Form, bestenfalls nach dem Once-Only-Prinzip. Das erlaubt einen effizienten Datenaustausch zwischen Leistungserbringern.
- Die medizinische Leistungserbringung erfolgt datenbasiert. Gesundheitsdaten und künstliche Intelligenz werden genutzt, um Diagnostik zu beschleunigen und zielgerichtet auszuwählen, Therapie- und Behandlungsentscheide gemeinsam mit Patient:innen zu treffen. Die Gesundheitserhaltung wird durch das Nutzen von Daten gestärkt und personalisiert.
- Digitale Tools und digitale FTEs sind weitreichend umgesetzt und werden aktiv genutzt. Sie erhöhen die Versorgungsqualität, so etwa digitale Medikamentenliste, Remote Monitoring & Care, Fern-OPs, roboter- und KI-unterstützte Operationen und Diagnoseverfahren und weitere mehr. Zudem steigern sie das Patientenerlebnis (z. B. Patientenportal). Sie erleichtern die Koordination und Abstimmung und ermöglichen den Patient:innen einen gewissen Grad an Selbstmanagement.



- Digitale Rollen sind in Spitälern etabliert, zum Beispiel klinische KI-Spezialist:innen oder digitale Health Coaches. Das Personal verfügt über Kompetenzen, die für den Umgang mit digitalen Tools notwendig sind. Das lässt sich über einen digitalen Gesundheitslotsen oder KI-geschulte Mitarbeitende erreichen. Digitale Rollen unterstützen Patient:innen im Umgang mit digitalen Gesundheitsanwendungen und stellen die Brücke zu einer zunehmend digitalisierten Spitallandschaft sicher.
- Die Spitäler setzen verstärkt auf Kooperation und versuchen nicht, die digitale Transformation im Alleingang zu bewältigen. Sie evaluieren und nutzen strategische Partnerschaften, um gemeinsam möglichst ressourcenschonend Digitalisierungsvorhaben umzusetzen – etwa bei der Entwicklung von KI-Lösungen und Plattformen zur Umsetzung innovativer Versorgungsmodelle wie Telemedizin, Hospital@Home, oder im Rahmen grösserer Beschaffungen wie z. B. eines Klinikinformationssystems (KIS) – und die nötige Skalierung zu erreichen
- Spitäler orientieren sich, falls vorhanden, an nationalen Standards, welche als Teil der E-GD Einführung vorgesehen sind.

Ansatzpunkte für die Umsetzung



Datenmanagement

Datenmanagement durch Datenstrategie, Data-Governance Frameworks und Data Quality Monitoring professionalisieren.



Upskilling

Digitale Kompetenzen in Führungsgremien und bei Mitarbeitenden (in den Bereichen Datenanalyse, KI, Robotik, Gesundheitsinformatik) durch geeignete Fortbildungsprogramme und die Schaffung neuer Rollen (z. B. Digital Officer, Cybersecurity Officer) stärken.



Innovationskultur

Pilotprojekte und Innovationsräume fördern, Innovationskultur im Unternehmen stärken, etwas durch das Etablieren interner «Digital Champions» als Hauptansprechpersonen und treibende Kräfte der hauseigenen Transformation.



Zusammenarbeit

Partnerschaften mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens, mit Technologieunternehmen, Start-ups, Hochschulen und Universitäten eingehen.



Ausprägung beeinflusst die Wirkung

Für unsere Prognosen haben wir die nachfolgenden Annahmen in Bezug auf die Effekte der digitalen Transformation getroffen (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Mit zunehmenden Investitionen in die digitale Transformation steigt die Produktivität.

Ausprägung	Beschreibung
Status quo	Digitale Transformation geht langsam und relativ unkoordiniert weiter. Das Spital erzielt keine wesentlichen Effizienzgewinne.
Mittlere Ausprägung	- Das Spital tätigt alle acht Jahre Investitionen von 10,0 % des Betriebsertrags in die digitale Transformation. - Es erreicht eine Produktivitätssteigerung von ca. 5,0 % beim Personal
Starke Ausprägung	- Das Spital tätigt alle acht Jahre Investitionen von 20,0 % des Betriebsertrags in die digitale Transformation. - Es erreicht eine Produktivitätssteigerung von ca. 10,0 % beim Personal

In der Digitalisierung hinkt die Schweizer Spitallandschaft anderen Branchen und Ländern hinterher. Um diesen Rückstand aufzuholen, sind in den nächsten Jahren signifikante Investitionen in die digitale Transformation notwendig. In der mittleren Ausprägung sind wir von Investitionen von 10,0 % und in der starken Ausprägung von 20,0 % des Betriebsertrags alle 8 Jahre (Abschreibungsdauer der Anlagekategorie F3 gemäss Kosten- und Leistungsrechnung REKOLE®) ausgegangen. Zudem gehen wir davon aus, dass diese Investitionen sämtliche im Zusammenhang mit der digitalen Transformation zusätzlich anfallenden Kosten decken.

Die Spitäler erwarten, dass sie durch die Digitalisierung betriebliche Effizienzgewinne realisieren können. Diese haben wir bei unseren Prognosen in der Leistungsmenge je Vollzeitstelle unter Ausklammerung der Vorhalteleistungen von 20,0 % berücksichtigt. Die Vorhalteleistungen haben wir bewusst fast vollständig ausgeklammert, da ein Spital gerade hier aufgrund von Vorgaben (z. B. 24/7-Anwesenheitspflicht bei Betrieb einer Geburtsabteilung) keine Ressourcen einsparen und folglich keine direkten Effizienzgewinne realisieren kann. In der mittleren Ausprägung haben wir Effizienzverbesserungen von 5,0 % und in der starken Ausprägung von 10,0 % unterstellt. Unter Berücksichtigung der Vorhalteleistungen resultieren daraus Effizienzverbesserungen von 4,0 % in der mittleren und 8,0 % in der starken Ausprägung gegenüber dem Ist-Zustand von 2023. Weiterführende Informationen zur Modellierung befinden sich im Anhang.



Auswirkungen bei mehr oder weniger Veränderung

Die digitale Transformation wird die Spitallandschaft in den kommenden Jahren grundlegend verändern. Je nach Ausprägung ergeben sich bis ins Jahr 2045 unterschiedliche Auswirkungen auf Leistungserbringung, Fachkräfte, Infrastruktur, Finanzen (vgl. Tabelle 9, Seite 64) und auf das Schweizer Gesundheitswesen als Ganzes:

→ Leistungserbringung

Die digitale Transformation führt in der Modellierung zu keinen grösseren Veränderungen der Leistungsparameter gegenüber dem Status quo, da wir in diesem Handlungsfeld keine substanzielle Anpassung der Art der Leistungserbringung erwarten. Die Anzahl stationärer Fälle und ambulanter Konsultationen sowie die Pflgetage und die mittlere Aufenthaltsdauer bleiben unverändert. Revolutionäre Szenarien könnten eine grundsätzliche Veränderung der Leistungserbringung mit sich bringen. Aufgrund der erhöhten Planungsfähigkeit mit digitalen Tools – etwa zur Weiterentwicklung des Kapazitätsmanagements – können die Spitäler die vorhandenen Kapazitäten besser auslasten und die Anzahl Betten um bis zu 5,6% reduzieren.

→ Prozesse

Während im Status quo die Prozesse weitgehend manuell bleiben und der Fachkräftemangel anhält, eröffnet eine mittlere Ausprägung der digitalen Transformation erste Effizienzgewinne durch Automatisierung, digitale Tools und neue Rollenprofile. Mit einem stark digital transformierten Szenario hingegen verbessert ein Spital die Patientenversorgung durch KI-gestützte Diagnostik und Therapieentscheidungen deutlich. Hier sind Prozesse weitgehend automatisiert und die Leistungsfähigkeit und Produktivität steigen signifikant. Dadurch kann das Spital die medizinische Qualität mit weniger Personal aufrechterhalten.

→ Fachkräfte

Der Bedarf an Fachkräften reduziert sich im Handlungsfeld der digitalen Transformation gegenüber dem Status quo. Wir gehen davon aus, dass sich der administrative Aufwand durch die Digitalisierung reduziert und sich die Personal- und Fachkräfte vermehrt auf ihre nutzenstiftende Kerntätigkeit konzentrieren können. Wir erwarten Personaleinsparungen gegenüber dem Status quo von bis zu 7,6% über alle Personalkategorien hinweg. Wie bei der Ambulantisierung bedeutet das eine Entlastung der Fachkräfte, nicht jedoch einen Netto-Stellenabbau. Vielmehr kann durch die Produktivitätssteigerung die zukünftige Nachfrage besser bedient werden.

→ Kompetenzen

Die Rolle der Fachkräfte verändert sich durch die digitale Transformation ebenfalls. Neue Berufsbilder wie Chief Digital Officer oder KI-Coach entstehen und stärken die digitale Kompetenz des Spitals. Die medizinischen Berufe verändern sich durch den Einsatz von neuen Technologien substanziell. Die menschliche Interaktion mit Patient:innen und anderen Leistungserbringern rückt in den Mittelpunkt, da sowohl Administration wegfällt als auch die Diagnostik mithilfe von KI stärker automatisiert wird.



→ Infrastruktur

Die digitale Transformation führt zu einer neuen Denkweise in der Spitalarchitektur: weg von starren Strukturen hin zu flexiblen, vernetzten und intelligenten Gebäuden. Bereits in der frühen Planungsphase müssen die Verantwortlichen digitale Technologien einbeziehen und baulich integrieren. Dazu zählen Sensoren zur Überwachung von Raumklima, Hygiene oder Patientenbewegungen, die eine intelligente Steuerung und ein effizientes Gebäudemanagement ermöglichen. Leistungsfähige Netzwerke, Serverräume und sichere Datenverarbeitungseinheiten müssen räumlich und technisch eingeplant werden.

→ Logistik

Die digitale Transformation verändert die Logistik innerhalb des Spitals. Automatisierte Transportsysteme für Medikamente und Materialien sowie digitale Lagerhaltungssysteme erfordern spezifische bauliche Vorkehrungen wie separate Transportwege oder Andockstationen. Die Spitäler können ihre Empfangsbereiche mit Self-Service-Terminals ausstatten, was die Check-in-Zonen offener und flexibler gestaltet. Durch digitale Terminplanung und Patientensteuerung lassen sich physische Wartebereiche reduzieren oder anders nutzen.

→ Finanzen

Mit der digitalen Transformation kann ein Spital bei gleichbleibender Leistungsmenge durch den gezielten Einsatz digitaler Technologien seinen Ressourceneinsatz reduzieren. Daraus ergibt sich ein jährliches Kosteneinsparpotenzial von bis zu 0,9 Mrd. CHF (nominal für das Jahr 2045) oder 2,1 % der Systemkosten. Für diesen Wert haben wir eine durchschnittliche EBITDAR-Marge von 8,5 % über alle Spitäler hinweg angenommen. Zudem muss die Tarifierung so gestaltet werden, dass sich die um den Investitionsaufwand erhöhte EBITDAR-Marge erreichen lässt (vgl. «Exkurs: Warum die digitale Transformation die EBITDAR-Zielmarge beeinflusst», Seite 65).

→ Zeitlicher und örtlicher Zugang

Der Zugang zum Gesundheitssystem verändert sich durch die digitale Transformation und digitale Kontakte grundsätzlich. Die digitale Transformation macht Gesundheitsdienstleistungen niederschwelliger zugänglich, vor allem hinsichtlich der räumlicher Erreichbarkeit. Auch wenn die digitale Transformation an sich keinen wesentlichen Einfluss auf die Wartezeiten oder die Erreichbarkeit hat, kann sie tendenziell zu kürzeren Wartezeiten beitragen, denn für die Leistungserbringung sind weniger Fachkräfte erforderlich und Priorisierungen aufgrund von Personalmangel seltener notwendig.

Durch den effizienten, gezielten Einsatz von Ressourcen und durch die Entlastung der bestehenden Kapazitäten kann ein Spital seine Auslastung erhöhen. Das kann die Wartezeit für bestimmte Eingriffe punktuell verlängern. Diese Entwicklung ist angesichts des anhaltenden Fachkräftemangels sinnvoller als eine Rationierung der Leistungen.

**Leistungserbringung**

Die digitale Transformation führt zu einer stärkeren Vernetzung über die Grenzen einzelner Institutionen hinaus und verändert die Art und Weise, wie Versorgung organisiert, koordiniert und erlebt wird. Die zunehmende Digitalisierung reduziert Schnittstellen zwischen Spitälern, niedergelassenen Ärzt:innen, Pflegeeinrichtungen, Apotheken und weiteren Akteuren. Der Datenaustausch wird effizienter, strukturierter und sicherer.

**Prozesse**

Insgesamt führt die digitale Transformation zu einem vernetzten, datengetriebenen und patientenzentrierten Gesundheitswesen, das effizienter arbeitet, Ressourcen gezielter einsetzt und neue Formen der Zusammenarbeit ermöglicht. In diesem Sinn ist sie nicht nur eine technologische Veränderung, sondern eine strukturelle Neuordnung des gesamten Systems.

Tabelle 9: Spitalkennzahlen im Handlungsfeld der digitalen Transformation (je nach Ausprägung) bis ins Jahr 2045.

	2045 Status quo	2045 Mittlere Ausprägung	2045 Starke Ausprägung	% Δ Mittlere Ausprägung	% Δ Starke Ausprägung
Bettenkapazität					
Anzahl Betten (Tsd.) (Annahme = 85 % 87,5 % 90 % Auslastung)	25,3	24,6	23,9	(2,9 %)	(5,6 %)
Stationäre Leistung					
Anzahl stationäre Fälle (Mio.)	1,6	1,6	1,6	–	–
Pflegetage (Mio.)	7,9	7,9	7,9	–	–
Mittlere Aufenthaltsdauer (Tage)	4,9	4,9	4,9	–	–
Ambulante Leistung					
Konsultationen (Mio.)	24,6	24,6	24,6	–	–
Personelle Ressourcen (FTE in Tsd.)					
Ärztepersonal	30,7	29,5	28,4	(4,0 %)	(7,6 %)
Pflegepersonal	74,3	71,3	68,7	(4,0 %)	(7,6 %)
Übriges medizinisches Personal	25,8	24,8	23,9	(4,0 %)	(7,6 %)
Übriges Personal	53,5	51,3	49,3	(4,0 %)	(7,7 %)
Total Personal	184,3	177,0	170,2	(4,0 %)	(7,6 %)
Finanzielle Auswirkungen					
Einsparpotenzial in Mrd. CHF		0,5	0,9		
Einsparpotenzial in % Systemkosten		1,1 %	2,1 %		



Exkurs: Warum die digitale Transformation die EBITDAR-Zielmarge beeinflusst

Mit der Umsetzung eines Szenarios aus dem Handlungsfeld der digitalen Transformation dürfte die erforderliche EBITDAR-Marge in Zukunft steigen. Denn ein Spital braucht zusätzliche Investitionen, die das investierte Kapital im Durchschnitt erhöhen. Der Anstieg beim investierten Kapital bei gleichzeitig konstanten Umsätzen führt zu einer Abnahme des Kapitalumschlags. Dieser fällt tiefer aus als im Status quo. Weiter sind die Investitionen in die digitale Transformation mit kürzeren Abschreibungsdauern verbunden (Annahme Kategorie F3; Abschreibungsdauer von acht Jahren), weshalb sich die Abschreibungsquote erhöht. Der tiefere Kapitalumschlag tangiert sowohl die notwendige EBIT-Marge als auch die Abschreibungen in Prozent des Umsatzes. Die kürzere Abschreibungsdauer wiederum treibt die Abschreibungsquote in die Höhe.

Tabellen 10 und 11 zeigen die Bandbreiten für die minimal benötigte EBITDAR-Marge in den Varianten «mittlere Ausprägung» und «starke Ausprägung» der digitalen Transformation. Für unsere Simulation haben wir einen Zeitraum von 100 Jahren gewählt. In der mittleren Ausprägung sind wir von Investitionen (alle acht Jahre) in die digitale Transformation von 10,0% des Betriebsertrags ausgegangen, in der starken Ausprägung von 20,0%.

Tabelle 10: Herleitung der EBITDAR-Zielmarge in der mittleren Ausprägung der digitalen Transformation.

	Untere Bandbreite	Obere Bandbreite
Durchschnittliche Kapitalkosten (WACC)	5,0 %	6,0 %
Kapitalumschlag	1,27x	1,17x
Notwendige EBIT-Marge	3,9 %	5,1 %
Abschreibungen in % Investiertes Kapital	8,0 %	8,5 %
Kapitalumschlag	1,27x	1,17x
Abschreibungen in % Umsatz	6,3 %	7,3 %
Mietaufwand in % Umsatz	0,0 %	0,0 %
Notwendige EBITDAR-Marge	10,2 %	12,4 %

Tabelle 11: Herleitung der EBITDAR-Zielmarge in der starken Ausprägung der digitalen Transformation.

	Untere Bandbreite	Obere Bandbreite
Durchschnittliche Kapitalkosten (WACC)	5,0 %	6,0 %
Kapitalumschlag	1,21x	1,11x
Notwendige EBIT-Marge	4,1 %	5,4 %
Abschreibungen in % Investiertes Kapital	9,0 %	9,5 %
Kapitalumschlag	1,21x	1,11x
Abschreibungen in % Umsatz	7,4 %	8,5 %
Mietaufwand in % Umsatz	0,0 %	0,0 %
Notwendige EBITDAR-Marge	11,6 %	14,0 %

Sowohl in der mittleren als auch in der starken Ausprägung der digitalen Transformation resultiert gegenüber dem Status quo eine deutlich höhere EBITDAR-Zielmarge. Diese ermöglicht zwar eine betriebliche Verbesserung, doch müssen die Spitäler sie konsequent umsetzen, um die Vorteile der digitalen Transformation vollumfänglich zu nutzen.



Gedankenspiel: Revolution statt Evolution

Die in dieser Publikation vorgenommenen Modellierungen und Überlegungen folgen grundsätzlich einem evolutionären Ansatz und betrachten unterschiedliche Ausprägungen in bestehenden Strukturen und mit dem prognostizierten medizinischen Fortschritt. Doch auch ein revolutionärer Ansatz ist denkbar. Gerade die digitale Transformation hat das Potenzial, die Medizin an sich und die damit verbundenen Strukturen grundlegend neu zu ordnen. Dabei verwandelt sich die digitale Transformation der letzten Jahrzehnte in eine digitale Revolution, befeuert durch künstliche Intelligenz. Hier nutzen die Akteure nicht nur einzelne Tools oder schöpfen einzelnes Produktivitätspotenzial aus, sondern das Gesundheitssystem als Ganzes stellt sich neu auf.

Digitale Lösungen wie KI in der Labor- und Bildanalyse, KI in der Diagnostik, Robotik oder in vernetzten Plattformen verschieben den Fokus der Medizin von der reaktiven Behandlung hin zur proaktiven Prävention – ganz nach dem Motto «Gesundheit pflegen statt Krankheit behandeln». Wie ein Gesundheitsökosystem aussehen könnte, das einen solchen disruptiven Ansatz verfolgt, zeigt eine Studie von Strategy&.⁴⁵ In diesem revolutionären Szenario werden Spitäler zu Gesundheitszentren. Ihr Fokus verschiebt sich von der «Reparaturmedizin» zur «Präventionsmedizin». Diese sieht einen dreistufigen Prozess vor:



1.

**Vorhersage
auf Basis von
genetischen und
epigenetischen
Parametern**

2.

**Prävention
durch gezielte
Steuerung von
Verhaltensweisen
oder medizinische
Interventionen
in hormonellen
Systemen**

3.

**Molekulare
Interventionen
durch
Manipulation
der Genetik**

Mit prädiktiven Analysen können Expert:innen Gesundheitsrisiken frühzeitig erkennen und individuell adressieren. Prävention auf Basis von Vorhersagen wird zur neuen Leitlinie: datengetrieben, personalisiert und kontinuierlich lernend.

Ein derart präventive, datenbasierte Lösung hat weitreichende Auswirkungen auf die Spitallandschaft: Zum einen sinkt die Zahl der stationären Behandlungen, wenn Krankheiten früh erkannt oder ganz verhindert werden. Das entlastet nicht nur die Spitäler, sondern verändert auch deren Rolle: Statt eines Ortes der akuten Versorgung werden sie ein Zentrum für Gesundheitsmanagement. Sie werden zu digitalen Zentren, vernetzt mit Hausärzt:innen, Pflegeeinrichtungen sowie Patient:innen. Die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verschwimmen. Nach wie vor ermöglichen digitale Monitoringsysteme eine kontinuierliche Betreuung im Alltag und eine Generation von neuen Daten und Wissen.

⁴⁵ Vgl. «Future of Health Study», Strategy&, 2025



Spitäler in einem solchen Setting sind auf die Behandlung schwerstkranker Patient:innen und auf mehrfach chronisch erkrankte Personen in akuten Gefährdungssituationen ausgelegt. Ein Grossteil der aktuell stationären Versorgung lässt sich vermeiden oder wird durch entsprechende Systeme fernbetreut. Die Diagnostik erfolgt stärker automatisiert und KI-gestützt. Spitalaufenthalte aufgrund langwieriger diagnostischer Sequenzen werden durch gezielte Diagnostik und Auswertung mit KI verordnet. Dass die Bedeutung und Nutzung von KI im Gesundheitsbereich massiv steigt, zeigt eine weitere Studie von Strategy&. ⁴⁶ Im Spitalumfeld ist das ungenutzte Potenzial von KI im Verhältnis zu anderen Bereichen des Gesundheitssystems besonders hoch.

Die digitale Transformation prägt nicht nur die Prävention. Auch in interventionellen Bereichen wie der Chirurgie etablieren sich neue Möglichkeiten und Arbeitsweisen. Spital, Technologiezentrum und globales Netzwerk verschmelzen zunehmend. Dabei definiert die digitale Transformation neu, was die Medizin leisten kann und wo sie stattfindet. Gleiches gilt für die Unterstützungsfunktionen. Diese übernehmen digitale Mitarbeitende – sogenannte Agents –, die auf Basis von generativer KI repetitive Routinearbeiten selbstständig erledigen. Humanoide Roboter stellen intelligente Logistik innerhalb der Spitäler und darüber hinaus sicher.

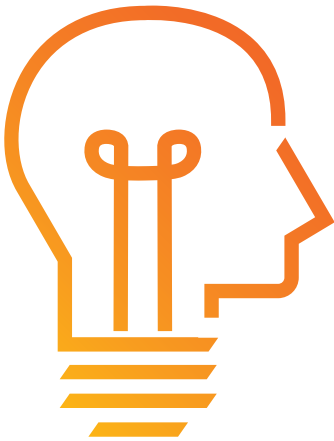
Ein revolutionäres Modell bedingt nicht nur einen Paradigmenwechsel bei Leistungserbringern und Patient:innen. Das gesamte Gesundheitssystem mit Finanzierungsströmen, Anreizen, Ausbildungen und Denkweisen ist aktuell nicht auf einen Umbruch dieses Ausmasses vorbereitet. Entscheidungstragende aus dem Gesundheitswesen sind deshalb gut beraten, sich mit den Ausprägungen und Auswirkungen der vorgängig beschriebenen Handlungsfelder und Szenarien bis 2045 auseinanderzusetzen und ihre Einrichtungen strategisch entsprechend auszurichten.



⁴⁶ Vgl. «AI's US\$ 868 billion healthcare revolution», Strategy&, 2025

7 Rahmenbedingungen





Zu den grössten Aufgaben der Spitäler gehört es, die Interessen der Organisation und des Gesamtsystems auszubalancieren und gleichzeitig eine bedarfsgerechte und koordinierte Versorgung anzustreben. Damit dieser Brückenschlag gelingt, brauchen die Spitäler geeignete Rahmenbedingungen und Grundlagen, mit denen sie den richtigen Transformationskurs einschlagen und beschleunigen können.

Hier kommen weitere Akteure des Gesundheitswesens ins Spiel, allen voran die kantonale und nationale Politik. Diese verfügt über die notwendigen Instrumente, um entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen und die Weichen für die Zukunft zu stellen. In diesem Kapitel beschreiben wir sieben zentrale Rahmenbedingungen, die für eine gelungene Transformation der Spitäler und der Spitallandschaft entscheidend sind (vgl. Abbildung 17).

Abbildung 17: Sieben Faktoren eröffnen langfristige Perspektiven für die Spitallandschaft Schweiz.



Insbesondere im ambulanten Bereich sind höhere Tarife zentral, damit die Spitäler den Mehrwert der Ambulantisierung nutzen und eine angemessene Kostendeckung erzielen können.

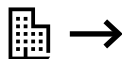


Spitalleistungen sachgerecht abgelten

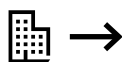
Die Akteure müssen sachgerechte Tarife im ambulanten und stationären Bereich sowie für Koordinations- und Präventionsleistungen sicherstellen. Nur so kann die Versorgung auf den Bedarf des Marktes und die Patientenbedürfnisse abgestimmt werden und mit geringen Fehlanreizen erfolgen. Zum Beispiel sollen Anreize nicht die Hospitalisierung ankurbeln, sondern das Erbringen von präventiven Leistungen fördern, was die Krankheitslast reduziert.



Insbesondere im ambulanten Bereich sind höhere Tarife zentral, damit die Spitäler den Mehrwert der Ambulantisierung nutzen und eine angemessene Kostendeckung erzielen können. Die dynamische Kostenneutralität im Rahmen der Einführung des Tarifs für ambulante ärztliche Einzelleistungen (TARDOC) und der ambulanten Pauschalen widerspricht diesem Grundsatz und sollte eine gewünschte Verschiebung in den ambulanten Bereich berücksichtigen. Es braucht einen anderen Mechanismus zur Vermeidung eines ungewünschten Kostenanstiegs.



Das Gesundheitswesen braucht dynamische Tarifmodelle, die zeitnah exogene Faktoren wie Inflation, Lohnentwicklung oder den medizinischen und technologischen Fortschritt berücksichtigen (sowohl als Erhöhung als auch als Senkung). Tariffhöhe und -struktur müssen sich an der Versorgungslandschaft und deren Entwicklungen orientieren und zeitlich flexibler angepasst werden.



Die Tarifsysteme müssen Tätigkeiten von neuen Rollen und Berufen wie APNs vergüten, die ärztliches Personal entlasten und eine bessere Ressourcenallokation erlauben. Der Anspruch entspricht zudem der aktuellen Diskussion rund um das Medizinalberufegesetz in der Schweiz.



Das im Krankenversicherungsgesetz (KVG) verankerte Qualitätsminimum im Sinne der Kriterien «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit» (WZW) sollte durch erhöhte Transparenz und Berücksichtigung in den Tarifen gestärkt werden.



System nachhaltig finanzieren

Auch in Zukunft werden die Kosten des Gesundheitswesens mit der wachsenden Nachfrage steigen. Angenommen, dass die Akteure sämtliches Effizienzpotenzial der drei Handlungsfelder in der starken Ausprägung realisieren und dass sich die Inflation in den Tarifen niederschlägt, lassen sich die realen Pro-Kopf-Ausgaben bis 2045 stabilisieren und plus-minus auf dem Niveau von 2023 halten. Nominal und gesamthaft werden sie ansteigen, angetrieben von Inflation und Bevölkerungsentwicklung. Können die Spitäler die Handlungsfelder umsetzen, so erzielen sie ausreichende Margen, um nachhaltig eigenständig zu bestehen. Das heisst, dass die realen Pro-Kopf-Mittel, die heute im System sind, proportional für eine nachhaltige und hoch qualitative Versorgung ausreichen. Werden Beiträge aus den bestehenden Finanzierungsquellen wie der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG), dem Unfallversicherungsgesetz (UVG) oder Staatsbeiträge für Tarife oder Finanzierung für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) gestrichen oder reduziert, so ist dies anderweitig zu kompensieren.



Die Transformation der Spitallandschaft zur Realisierung der Nutzenversprechen aus den Handlungsfeldern kostet Geld, das nicht über die Tarife verfügbar gemacht wird. Um die Transformation schnell voranzutreiben und die historisch schwachen finanziellen Jahre der Branche zu kompensieren, könnten zusätzlich entsprechende Finanzierungsgefässe diskutiert werden. In diesem Kontext regen wir eine eigernerunabhängige Anschubfinanzierung an, etwa in Form eines Transformationsfonds, wie er in Deutschland eingeführt wurde.⁴⁷ In Analogie zu Deutschland würde das einen Fonds von 10 Mrd. CHF erfordern. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei dem administrativen Mehraufwand. Zudem muss sichergestellt sein, dass die Begünstigten die Fördergelder effektiv einsetzen und der Strukturwandel nicht verhindert, sondern gefördert wird.



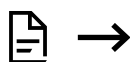
Die Verantwortlichen müssen die Leistungen der Spitäler über das Tarifwesen angemessen abgelden und extensive Vergütungen über GWL vermeiden. So lassen sich Anreize im System bewahren und der Wettbewerb stärken.



GWL sollen innerhalb von Versorgungsregionen entsprechend dem tatsächlichen Bedarf geplant und durch die Kantone sachgerecht finanziert werden. Die Vergabe von GWL erfolgt idealerweise eigernerunabhängig; die Transparenz der Ausschreibung über Inhalt, Umfang und Budget der Leistungen wird mit der Auftragsverteilung erhöht. Denkbar ist das Ausschreiben von GWL mit entsprechenden Vorgaben.



Die Chancen der EFAS zur Integration der ambulanten und stationären Leistungserbringung sind ab 2028 und in den Folgejahren mit sinnvoll aufgesetzten Tarifen zu nutzen. Die ambulanten Tarife müssen wie die stationären laufend gepflegt und weiterentwickelt werden (z. B. medizintechnischer Fortschritt). Wo möglich müssen die Schnittstellen im Übergang von ambulant zu stationär dynamisiert werden, um die integrierte Versorgung voranzutreiben.



Die Krankenversicherer und Spitäler sollten gemeinsam Versicherungsprodukte der Zusatzversicherung weiterentwickeln und den genannten Entwicklungen angleichen, insbesondere im ambulanten Bereich. So lassen sich die Mittel aus der Zusatzversicherung in der Spitalversorgung halten.

⁴⁷ Vgl. «Der Krankenhauszukunfts fonds», deutsches Bundesamt für Soziale Sicherung



Daten effizient austauschen

Der Gesetzgeber muss nationale und verbindliche Interoperabilitäts- und Datenstandards für IT-Systeme von allen Leistungserbringern (für Spitäler insbesondere auch für KIS) einführen. Mit solchen Standards kann der Datenaustausch institutionsübergreifend und effizient erfolgen, denn die Daten lassen sich einfach weiterverwenden in den Bereichen Medizin, Forschung und Betrieb sowie für die Abrechnung gegenüber Sozialversicherungen. Gleichzeitig stellt der Regulator hohe national angeglichebene Datenschutzstandards sicher. Eine mögliche Lösung wäre ein Programm wie DigiSanté, das sich nicht auf die Schnittstellen in und mit der Verwaltung, sondern auf die Leistungserbringer bezieht. Dazu könnten Grundlagen und Services für Spitäler gehören, etwa der Aufbau und Betrieb von Infrastruktur wie einem Master Patient Index, auf den die Spitäler zugreifen und verbindlich in die Spitalprozesse integrieren müssen. Die im November 2025 vom Bundesrat überwiesene Neuausrichtung des EPDGs mit der geplanten Einführung eines elektronischen Gesundheitsdossiers (E-GD) adressiert viele dieser Forderungen. Mit der darin vorgesehenen Einführung nationaler Standards und der Anbindung des E-GDs an den geplanten Datenraum Swiss Health Data Space (SwissHDS), welcher als Teil von DigiSanté entwickelt wird, würde eine wichtige Grundlage für einen effizienten Datenaustausch gelegt. Diese gilt es weiterzuverfolgen und zu konkretisieren.



Die politischen Akteure müssen das E-GD konsequent und entsprechend der aufgelegten Änderungsvorschläge weiterentwickeln. Dazu gehören insbesondere die Abschaffung der doppelten Freiwilligkeit, die verbindliche Anbindung aller Gesundheitsakteure und der Bevölkerung, die verbindliche Einhaltung der Strukturvorgaben für Daten und die verbindliche Nutzung der im E-GD strukturierten Daten entlang des Behandlungspfades. Ein zeitnahe Go-Live ist entscheidend zur Erschliessung der aufgezeigten Effizienzpotenziale. Konzessionen im Rahmen des politischen Prozesses sind zu vermeiden, um den Erfolg des E-GD zu ermöglichen.



Die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen stossen, was den Einsatz von neuen Technologien und besonders von generativer KI angeht, zunehmend an ihre Grenzen. Die gesetzgebenden Instanzen müssen diese überdenken, um digitale Prozesse, KI-Anwendungen, Cloudlösungen und eine automatisierte Entscheidungsunterstützung rechtssicher und ethisch vertretbar zu gestalten. Dafür dürfen die regulatorischen Rahmenbedingungen kein Hindernis darstellen. Mit klaren, einheitlichen Vorgaben sollte der Bund die digitale Transformation ermöglichen.

Nachwuchs zukunftsgerichtet fördern



Die Aus-, Weiter- und Fortbildungspläne von medizinischen Berufen gilt es anzupassen und weiterzuentwickeln. Im Idealfall sind die Curricula auf neue Versorgungsmodelle (z. B. mit starker Ambulantisierung, Hospital@Home), neue Rollenbilder, Interprofessionalität, Praxisnähe und die digitale Entwicklung ausgerichtet.



Alle Akteure müssen die Attraktivität der Gesundheitsberufe fördern, etwa indem sie neue Arbeitsmodelle einführen (Feminisierung des Arztberufs und Einfluss des Generationenwechsels berücksichtigen).



Die Verantwortlichen sollen Kompetenzen an fähiges Gesundheitspersonal mit entsprechenden Befugnissen übertragen (z. B. Diagnosemöglichkeit durch Apotheker:innen, APN oder digitale Unterstützungen) und sich von hemmenden Strukturelementen lösen, die historisch gewachsen sind.

Das Schweizer Gesundheitswesen braucht gemäss KVG eine interkantonal abgestimmte Versorgungsplanung, die sich am Bedarf orientiert und Zusammenarbeitsformen zwischen Leistungserbringern unterstützt.



Versorgungsplanung koordinieren

Das Schweizer Gesundheitswesen braucht gemäss KVG eine interkantonal abgestimmte Versorgungsplanung, die sich am Bedarf orientiert und Zusammenarbeitsformen zwischen Leistungserbringern unterstützt. Dazu müssen die Verantwortlichen sicherstellen, dass einheitliche Anforderungen an Qualität, Zugänglichkeit und andere Schlüsselkriterien definiert und über alle Versorgungsregionen hinweg erfüllt sind, wie dies die Empfehlungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) zur Spitalplanung heute schon tun. Die Versorgungsplanung sollte dabei sicherstellen, dass keine Versorgungslücken entstehen und die Versorgungsstrukturen krisenresilient und flexibel sind. Leistungsaufträge und ihre Anforderungen sind entsprechend konkreter und verbindlicher anzugleichen.



Standortbezogene Leistungsaufträge sollen aufgelöst werden, um unternehmerische Lösungen für eine koordinierte Versorgung zu ermöglichen. Die Empfehlung zur Spitalplanung ist dahingehend anzupassen.



Die Regulierung der Spitallandschaft muss so ausgestaltet sein, dass sie eine abgestimmte Versorgungsplanung begünstigt, anstatt eine solche zu verhindern. Demnach sollten sinnvolle unternehmerische Lösungen nicht durch Regularien wie das Wettbewerbsrecht (Fokus auf elektiven und Zusatzversicherungsmarkt), Datenschutz oder Ähnliches beschnitten werden.



Die Politik muss die Versorgungsplanung entpolitisieren und nicht länger an volkswirtschaftliche Interessen, Regionalpolitik oder Kapital- und Beteiligungsüberlegungen der öffentlichen Hand als Eigentümerschaft knüpfen. Die Ausgestaltung von Spitallisten orientiert sich in Zukunft an der Versorgungssicherheit, also an einem Mindestmass an Planung.



Die Freizügigkeit und Mobilität der Patient:innen innerhalb und über Versorgungsregionen hinweg sollte weiter gesteigert werden. Dazu gehören regionale Preisunterschiede, die heute teilweise der gewünschten Versorgungslogik widersprechen. Eine Harmonisierung der Preise (Baserates, Taxpunktwerte, GWL) und der Referenztarife könnte die Mobilität weiter stärken.

Die Politik und die Tarifpartner sollen die Spitäler beim Innovieren und Ausprobieren von neuen Herangehensweisen und bei der Umsetzung pragmatischer Lösungen fördern.



Kulturwandel weitsichtig begünstigen

Die Akteure müssen die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in ihrer Rolle als Nachfragende von Gesundheitsdienstleistungen und somit Verursachende von Gesundheitskosten sowie als Akteur, der den Bedarf inkl. Zugangs- und Wartezeiten definiert, stärken. Das reduziert die Krankheitslast und sichert eine effiziente Inanspruchnahme von Leistungen.



Die Entscheidungstragenden sollen das Vertrauen der Gesellschaft und der Fachkreise in neue Versorgungsmodelle, Rollenbilder und digitale Lösungen stärken.

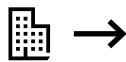


Insgesamt braucht es mehr Transparenz hinsichtlich Versorgungsqualität und Auswirkungen auf Gesundheitskosten. Die Verantwortlichen müssen einen entsprechenden Umgang mit solchen Daten in der Bevölkerung fördern.



Innovation pragmatisch fördern

Die Politik und die Tarifpartner sollen die Spitäler beim Innovieren und Ausprobieren von neuen Herangehensweisen und bei der Umsetzung pragmatischer Lösungen fördern. Sie müssen das Umfeld so gestalten, dass die Spitäler neue Ansätze etwa für alternative Finanzierungsmodelle (z. B. Capitation-Modelle, Bundled Payments) oder für eine qualitätsorientierte Vergütung einfach testen und umsetzen können.



Bestehende Vorschriften wie z. B. der Experimentierartikel sollen entbürokratisiert und mutig für gute Lösungen geöffnet werden.



Die Anreize sind so zu konzipieren, dass sie belohnen statt sanktionieren. Das führt zu mehr Innovationen bei den Spitälern.



Der Gesetzgeber muss die regulatorischen Rahmenbedingungen, insbesondere in den Bereichen Datenschutz und Beschaffungsrecht so setzen, dass sie Innovation und Qualitätsentwicklung begünstigen und die bürokratischen Hürden sowie den administrativen Aufwand für Spitäler reduzieren.



Fazit



Damit die Schweizer Spitallandschaft in Zukunft qualitativ hochstehende Leistungen für die Bevölkerung in der Schweiz erbringen und langfristig bestehen kann, braucht es Mut, Veränderung auf allen Ebenen und einen regen Diskurs über die Bedürfnisse und die Bereitschaft der Menschen. Aktuell sind einige vielversprechende Kurskorrekturen im Gang, etwa die Einführung von EFAS und damit die Bereinigung eines langjährigen Systemfehlers. Doch das ist nicht genug. Die Schweizer Spitallandschaft braucht eine neue Gesamtarchitektur, auf die sie hinarbeiten kann. Dieses System muss frei von Fehlanreizen, Partikularinteressen, Kompetenzrangeleien und Veränderungsresistenz ausgestaltet werden. Wenn die Rahmenbedingungen dem entsprechen, kann eine tiefgreifende Transformation gelingen.

Wir sehen drei Handlungsfelder, in denen die Spitäler als Branche ihre Zukunft weiter aktiv mitgestalten können:

- 1. Stärkere Koordination zwischen Spitälern und deren Profilierung**
- 2. Förderung der Ambulantisierung**
- 3. Vorantreiben der digitalen Transformation**

Durch die gezielte Kombination und Umsetzung von Szenarien in diesen Handlungsfeldern und entsprechenden Rahmenbedingungen lässt sich die Wirkung für das Gesamtsystem maximieren. Würden alle Szenarien in der maximale Ausprägung umgesetzt, so liessen sich jährlich bis zu 4,5 Mrd. CHF oder 10,6% der Systemkosten einsparen, bzw. als Beitrag zur Kostendämpfung realisieren. Der Bedarf an stationären Betten könnte stabilisiert und um bis zu 5400 (-21,5%) im Vergleich zum errechneten Bedarf im Jahr 2045 ohne Transformation reduziert werden (vgl. Tabelle 18). Gleichzeitig wirkten die Spitäler dem Fachkräftemangel entgegen, da bis im Jahr 2045 bis zu 4500 FTE (-14,7%) weniger in der Ärzteschaft und bis zu 13'000 FTE (-17,5%) weniger in der Pflege benötigt würden und der Bedarf auf dem heutigen Niveau gehalten werden könnte.

Die Spitäler können das Potenzial der drei Handlungsfelder nur dann vollständig ausschöpfen, wenn die Rahmenbedingungen sowie die Voraussetzungen und Möglichkeiten zur Anschubfinanzierung stimmen. So muss vor allem die Politik gewisse Rahmenbedingungen sicherstellen, die den Wandel ermöglichen oder gar beschleunigen.

Tabelle 12: Spitalkennzahlen bei vollständiger Ausschöpfung des Optimierungspotenzials bis ins Jahr 2045.

	Ist	Status quo	Starke Ausprägung Ambulanti-sierung	Starke Ausprägung Digitale Transformation	Starke Ausprägung Abstimmung, Koordination, Profilierung	Starke Ausprägung – Kombination der drei Handlungsfelder
Bettenkapazität						
Anzahl Betten (Tsd.)	21,8	25,3	21,0	23,9	23,9	19,9
Stationäre Leistung						
Anzahl stationäre Fälle (Mio.)	1,3	1,6	1,0	1,6	1,6	1,0
Pflegetage (Mio.)	6,6	7,9	6,5	7,9	7,9	6,5
Mittlere Aufenthaltsdauer (Tage)	5,1	4,9	6,6	4,9	4,9	6,6
Ambulante Leistung						
Konsultationen (Mio.)	19,0	24,6	29,4	24,6	24,6	29,4
Personelle Ressourcen (FTE in Tsd.)						
Ärztepersonal	25,1	30,7	30,0	28,4	29,2	26,2
Pflegepersonal	62,6	74,3	70,3	68,7	70,5	61,3
Übriges medizinisches Personal	21,1	25,8	25,8	23,9	24,6	22,6
Übriges Personal	46,9	53,5	51,2	49,3	50,6	44,4
Total FTE	155,6	184,3	177,3	170,2	175,0	154,5
Finanzielle Auswirkungen						
Einsparpotenzial in Mrd. CHF			1,5	0,9	2,1	4,5
Einsparpotenzial in % Systemkosten			3,5 %	2,1 %	5,0 %	10,6 %

Die Spitäler können das Potenzial der drei Handlungsfelder nur dann vollständig ausschöpfen, wenn die Rahmenbedingungen sowie die Voraussetzungen und Möglichkeiten zur Anschubfinanzierung stimmen. So muss vor allem die Politik gewisse Rahmenbedingungen sicherstellen, die den Wandel ermöglichen oder gar beschleunigen. Dazu gehören eine sachgerechte Abgeltung von Spitalleistungen, ein nachhaltig finanziertes System mit einem effizienten Datenaustausch, eine gezielte Nachwuchsförderung mit zukunftsgerichteten Curriculae, eine innovationsfreundliche Umgebung sowie eine abgestimmte Versorgungsplanung. Darüber hinaus müssen sämtliche Anspruchsgruppen einen Kulturwandel vollziehen. Schliesslich muss auch die Bevölkerung verstehen, dass sie das Schweizer Gesundheitswesen und dessen Kosten mit ihren Erwartungen und ihrem Verhalten direkt beeinflusst.

Als Dachverband setzt H+ sich für eine zukunftsfähige Spitallandschaft Schweiz und auf eine solche ausgerichtete Rahmenbedingungen ein. Das erfordert, dass sich alle Spitäler aktiver und agiler einbringen und die Regulatoren auf die Bedürfnisse der Branche eingehen. Die Branche, die Politik und die Gesellschaft müssen mit gebündelten Kräften die Transformation und damit die Spitallandschaft von morgen gestalten. Nur so lassen sich gemeinsam sinnvolle und zielführende Lösungen finden – und umsetzen.

Anhang

Danke fürs Mitwirken!

Die Inhalte dieser Studie wurden in einem Sounding Board mit Vertreter:innen diverser Anspruchsgruppen aus dem Gesundheitswesen gespiegelt und diskutiert. Die Inhalte wurden zudem anhand einer verbandsweiten Umfrage durch die H+ Mitglieder validiert und ergänzt und dem Vorstand von H+ in mehreren Sitzungen zur Diskussion vorgelegt. Im Rahmen der Studie wurden verschiedene Gespräche mit Persönlichkeiten aus dem Gesundheitswesen und mit Vertreter:innen der Gesundheitspolitik geführt. Die Gesprächsteilnehmenden haben ihre Überlegungen reflektiert und mit wertvollen Impulsen und Denkanstössen angereichert, was wesentlich zur inhaltlichen Qualität der vorliegenden Arbeit beigetragen hat.

Wir danken allen Beteiligten für ihre Zeit, ihre Offenheit und ihr engagiertes Mitwirken. Namentlich danken wir:

Sounding Board

- **Dr. Daniel Heller**, Verwaltungsratspräsident Kantonsspital Baden KSB und Klinik Barmelweid
- **Prof. Dr. med. Karl-Olof Lövblad**, Präsident Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
- **Kathrin Huber**, Generalsekretärin Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK
- **Dr. Lukas Engelberger**, Präsident Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK
- **Marco Romano**, Stellvertretender Direktor prio.swiss
- **Patrick Mettler**, Leiter Sekretariat Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
- **Philip Sommer**, PwC
- **Dr. Regine Sauter**, Präsidentin H+
- **Ronald Alder**, Leiter Public Affairs Verband Zürcher Krankenhäuser VZK
- **Roland Wespi**, Geschäftsleiter Verband Zürcher Krankenhäuser VZK
- **Saskia Schenker**, Direktorin prio.swiss
- **Susanne Gedamke**, Geschäftsführerin Schweizerische Patientenorganisation SPO
- **Dr. Thomas Eichenberger**, Geschäftsleiter Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS

Experteninterviews

- **Prof. Dr. Alexander Geissler**, HSG
- **Prof. Dr. Alfred Angerer**, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW
- **Barbara Gysi**, Nationalrätin, SP
- **Dr. Bartholomäus Wissmath**, w hoch 2 GmbH
- **Dr. David Weibel**, w hoch 2 GmbH
- **Hugo Keune**, CEO Kantonsspital Graubünden KSGR
- **Prof. Dr. Jacqueline Martin**, CEO Careum Hochschule Gesundheit

Experteninterviews

- **Josef Dittli**, Ständerat, FDP.Die Liberalen
- **Laurent Kurth**, Ehem. Regierungsrat Kanton Neuenburg, SP
- **Matthias Maurer**, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW
- **Mauro Welte**, Leiter Digitalisierung H+
- **Dr. med. Philippe Luchsinger**, Vorstandsmitglied mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz
- **Ruth Humbel**, Ehemalige Nationalrätin, Die Mitte
- **Dr. Severin Baerlocher**, Präsident Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO
- **Dr. Severin Pöchtrager**, Präsident Swiss Hospital at Home Society SHAHS

Vorstand H+

- **Alessandro Bressan**, Direktor Ente Ospedaliero Cantonale EOC Bellinzona
- **David Bosshard**, CEO Clenia-Gruppe
- **Dino Cauzza**, CEO Swiss Medical Network SMN
- **Dr. Gianni Rossi**, CEO Suva-Kliniken
- **Guido Speck**, CEO Kantonsspital Winterthur KSW
- **Kristian Schneider**, CEO Spitalzentrum Biel
- **Markus Merz**, CEO Psychiatrische Universitätsklinik Zürich PUK
- **Monika Jänicke**, CEO Universitätsspital Zürich USZ
- **Dr. Regine Sauter**, Präsidentin H+
- **Rodolphe Rouillon**, Direktor Hôpital intercantonal de la Broye HIB
- **Susanne Rodewald**, Geschäftsführerin Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler VNS

Geschäftsstelle H+

- **Anne-Geneviève Bütikofer**, Direktorin
- **Dorit Djelid**, Leiterin Geschäftsbereich Kommunikation
- **Pascal Besson**, Leiter Geschäftsbereich Betriebswirtschaft und Qualität
- **Sandra Rickenbacher-Läuchli**, Leiterin Geschäftsbereich Politik
- **Simon Stahel**, Leiter Geschäftsbereich Tarife



Modellierung

Eigens für diese Publikation haben wir ein durchdachtes Prognosemodell entwickelt. Damit zeigen wir auf, wie sich die drei Handlungsfelder auf diverse qualitative und quantitative Kennzahlen der Schweizer Spitäler auswirken. Details zu Datengrundlage, Informationsquellen, Systemdefinition, Vorgehen und Annahmen für die diversen Ausprägungen der Handlungsfelder finden sich in diesem separaten Dokument.

Abkürzungsverzeichnis

APN	Advanced Practice Nurse; Pflegefachperson
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CHF	Schweizer Franken
CMI	Case Mix Index
DRG	Diagnosis Related Groups
EBIT	Earnings Before Interest and Taxes
EBITDA	Earnings Before Interest, Taxes, and Amortization
EBITDAR	Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization, and Restructuring or Rent costs
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen im Bereich der Akutversorgung
E-GD	Elektronisches Gesundheitsdossier
EPD	elektronischen Patientendossier
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
FHIR	Fast Healthcare Interoperability Resources
FMH	Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FTE	Full Time Equivalent; Vollzeitstellenäquivalent
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
GWL	Gemeinwirtschaftlichen Leistungen
ICT	Informations- und Kommunikationstechnologien
IT	Informationstechnologien
KI	Künstliche Intelligenz
KIS	Klinikinformationssystem
KLV	Krankenpflegeleistungsverordnung
KPI	Key Performance Indicator; Leistungskennzahl
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVV	Krankenversicherungsverordnung
LIK	Landesindex der Konsumentenpreise
MAHD	mittlere Aufenthaltsdauer
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development; Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
TARDOC	Tarif für ambulante ärztliche Einzelleistungen
TARMED	Tarif médical; geltendes Schweizer Tarifwerk
UVG	Unfallversicherungsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetzes
WACC	Weighted Average Cost of Capital; gewichteten durchschnittlichen Kapitalkosten
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit
ZHAW	Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	3 Zielsetzungen und 3 Bedingungen.	15
Abbildung 2	Die EBITDAR-Marge wird für Spitäler bottom-up hergeleitet.	19
Abbildung 3	Die Leistungsnachfrage im Schweizer Gesundheitswesen steigt seit Jahren an.	21
Abbildung 4	Die Nachfrage von Arztkonsultationen wächst insgesamt und mit zunehmendem Alter.	22
Abbildung 5	Die Kosten nach Leistungserbringer wachsen, getrieben von ambulanten und unterstützenden Leistungen.	23
Abbildung 6	Die stationären Kosten pro Case Mix sinken real, ebenso die durchschnittliche Verweildauer.	24
Abbildung 7	Bei der Hospitalisierung liegt die Schweiz über dem internationalen Durchschnitt.	25
Abbildung 8	Immer mehr Kosten im Gesundheitswesen werden über Versicherungsprämien finanziert.	26
Abbildung 9	Der Zugang zu Schweizer Gesundheitsdienstleistungen liegt über dem europäischen Durchschnitt.	27
Abbildung 10	Ab 2012 hat bei den Spitälern eine politisch gewollte Konsolidierung stattgefunden.	28
Abbildung 11	Bedarf und erwarteter Mangel an Pflegefachpersonen.	32
Abbildung 12	Abbildung 12: Bedarf und erwarteter Mangel an Ärzt:innen.	32
Abbildung 13	Altersstruktur der berufstätigen Ärzt:innen.	33
Abbildung 14	Ohne bessere Rahmenbedingungen müssen Eigner weitere Rettungsaktionen vornehmen.	36
Abbildung 15	Geschäfte der Exekutive auf Bundesebene von 2002 bis 2020 (ohne Pandemie, Interpellationen, Anfragen und Fragestunden).	37
Abbildung 16	Die Spitallandschaft der Zukunft baut auf einen grundlegenden Wandel in drei Handlungsfeldern und sieben Rahmenbedingungen.	43

Tabellenverzeichnis

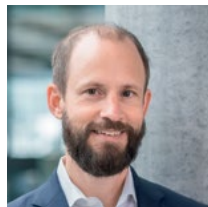
Tabelle 1	Spitäler benötigen im Schnitt eine EBITDAR-Marge von 10,0 %	19
Tabelle 2	Spitalkennzahlen im Ist-Zustand 2023 und bei unveränderter Weiterführung bis ins Jahr 2045.	39
Tabelle 3	Mit wachsender Abstufung, Koordination und Profilierung entsteht eine ganzheitliche Versorgung mit integrierten Patientenpfaden und optimalem Datenaustausch.	47
Tabelle 4	Zentrale Annahmen zur Abbildung des Ressourcenbedarfs bei mittlerer und starker Ausprägung des Handlungsfelds «Abgestufte Versorgung, Koordination und Profilierung».	47
Tabelle 5	Spitalkennzahlen im Handlungsfeld «Abgestufte Versorgung, Koordination und Profilierung» (je nach Ausprägung) bis ins Jahr 2045.	50
Tabelle 6	Mit zunehmender Verlagerung steigt der CMI und die mittlere Aufenthaltsdauer.	55
Tabelle 7	Spitalkennzahlen im Handlungsfeld Ambulantisierung (je nach Ausprägung) bis ins Jahr 2045.	57
Tabelle 8	Mit zunehmenden Investitionen in die digitale Transformation steigt die Produktivität.	61
Tabelle 9	Spitalkennzahlen im Handlungsfeld der digitalen Transformation (je nach Ausprägung) bis ins Jahr 2045.	64
Tabelle 10	Herleitung der EBITDAR-Zielmarge in der mittleren Ausprägung der digitalen Transformation.	65
Tabelle 11	Herleitung der EBITDAR-Zielmarge in der starken Ausprägung der digitalen Transformation.	65
Tabelle 12	Spitalkennzahlen bei vollständiger Ausschöpfung des Optimierungspotenzials bis ins Jahr 2045.	77

Gerne für Sie da

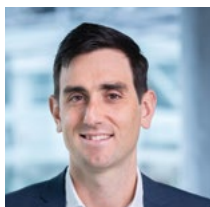
Das Autorenteam freut sich auf Ihre Kontaktaufnahme.



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



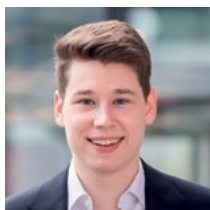
Patrick Schwendener, CFA
Managing Director
Leiter Deals Gesundheitswesen
PwC Schweiz
+41 58 792 15 08
patrick.schwendener@pwc.ch



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



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



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



Dominic Bachmann
Manager
Beratung Gesundheitswesen
PwC Schweiz
+41 79 210 73 68
dominic.bachmann@pwc.ch

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





**[www.pwc.ch/
gesundheitswesen](https://www.pwc.ch/gesundheitswesen)**

