



**School of
Management and Law**

**Das Schweizer Spitalwesen
Eine Managementperspektive**

Edition 2016 – 2017

Ein Branchenreport des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie

Alfred Angerer, Eva Hollenstein, Florian Liberatore



IMPRESSUM

Herausgeber

ZHAW School of Management and Law
Stadthausstrasse 14
Postfach
8401 Winterthur
Schweiz

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG)
www.zhaw.ch/wig

Projektleitung, Kontakt

Prof. Alfred Angerer
alfred.angerer@zhaw.ch

November 2016

ISBN 978-3-03870-007-4

Copyright © 2016 ZHAW School of Management and Law

Management Summary

Die Spitallandschaft der Schweiz ist geprägt von einer Vielzahl von Akteuren, einer starken Fragmentierung und einem hohen Komplexitätsgrad. Zudem unterliegt sie einem stetigen Wandel: der demografischen Entwicklung, der Zunahme chronischer Krankheiten, mangelnder Steuerbarkeit und Transparenz, steigendem Kostendruck und neuen Versorgungs- und Finanzierungsformen. Kurz: Die Schweizer Spitäler stehen vor grossen Herausforderungen. Es stellt sich daher die Frage, welches die zentralen Entwicklungen dieser Branche sind und wie sie sich aus einer Managementperspektive darstellen.

Ziel des Reports

Der Branchenreport setzt sich zum Ziel, eine Auswahl wichtiger Entwicklungen der Schweizer Spitalbranche anhand folgender Themenschwerpunkte zu beleuchten:

- Lage der Branche: Kennzahlen der Schweizer Spitallandschaft
- Fokusthemen: Wichtige Ereignisse der Branche des Jahres 2015
- Best Practices: Innovationen aus der Praxis
- Zukunftsperspektiven: Identifikation und Beschreibung zentraler Trends

Die Kennzahlen der Schweizer Spitallandschaft

Die heterogene, föderalistisch geprägte Struktur der Branche fördert Systemlösungen, was Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen zur Folge haben kann. Dies hat wiederum Einfluss auf Behandlungsqualität und -sicherheit sowie die Kosten der Leistungserbringung. Dem ohnehin bestehenden massiven Kostendruck stehen gleichzeitig hohe Ansprüche an Effizienz, Qualität der Leistung und Sicherheit der Patienten gegenüber. Die Kennzahlen der Spitäler verdeutlichen, dass sich das schweizerische Gesundheitswesen durch eine grosse Dynamik und eine rasch wachsende wirtschaftliche Bedeutung auszeichnet.

Wichtige Ereignisse des Jahres 2015

Die starke Dynamik der Branche spiegelt sich auch in der medialen Berichterstattung wider: Im Bereich Mergers und Acquisitions war die Berner Spitalfusion ein zentrales The-

ma. Dies deutet darauf hin, dass die Konsolidierung des Gesundheitsmarktes weiter an Bedeutung gewinnen wird. Die Berichterstattung im Bereich Innovation und Technologie zeigte, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranschreitet. Hauptthema in diesem Gebiet war 2015 die Verabschiedung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier, was nicht nur zu Diskussionen rund um den Schutz sensibler Patientendaten führte; auch Chancen und Herausforderungen in der praktischen Umsetzung wurden intensiv thematisiert. Einigkeit besteht darüber, dass gewisse Grundvoraussetzungen zur erfolgreichen Umsetzung des elektronischen Patientendossiers geschaffen werden müssen. Im Bereich Personelles und Human Resources wurde unter anderem über eine hohe Fluktuationsrate, insbesondere im Pflegeberuf, berichtet. Gleichzeitig herrscht im Gesundheitswesen ein Mangel an qualifizierten Arbeitskräften, der sich von Jahr zu Jahr verschärft. Hier kann Employer Branding als vielversprechende Entwicklung eingestuft werden.

Innovationen aus der Praxis

Die vorgestellten Best Practices zeigen auf, wie Innovation in der Praxis funktioniert: Sei es in der Verbesserung interprofessioneller Kommunikation durch Simulationstrainings zur Erhöhung der Patientensicherheit, im Einschlagen neuer Wege im Rahmen einer vereinfachten Zusammenarbeit zwischen Spital und Versicherer oder in der Entwicklung IT-gestützter Systeme zur Erhöhung des Behandlungserfolgs.

Zentrale Trends

Welche Trends haben aktuell Handlungsbedarf? Welche Trends haben die Schweiz (noch) nicht erreicht? Diese Fragen versucht die WIG-Trendmatrix zu beantworten. Die gemeinsame Betrachtung aller Trends ergibt ein insgesamt optimistisches Bild. Fünf der neun Trends ermöglichen gemäss Experteneinschätzung eine Verbesserung der Qualität zu geringeren Kosten. Die Ausprägung dieser Trends wird für die nächsten drei bis fünf Jahre als eher schwach bis mittelmässig eingeschätzt. Hier gilt es, wirksame Massnahmen zu treffen, um die (Weiter-)Entwicklung der Trends zu fördern.



Vorwort der Autoren zum Branchenreport

In den vergangenen Jahren haben im schweizerischen Gesundheitssystem bedeutende Entwicklungen stattgefunden. Zahlreiche Herausforderungen und Chancen, wie bspw. die Alterung der Bevölkerung, die Zunahme chronischer Krankheiten oder die Digitalisierung, zwingen Leistungserbringer im Gesundheitswesen, sich mit den aktuellen Entwicklungen zu befassen und rechtzeitig darauf zu reagieren. Dies gilt insbesondere für die Schweizer Spitäler, die als hochkomplexe Organisationen einen der bedeutendsten Leistungserbringer des Systems darstellen. Aus diesem Grund wurde der Branchenreport «Das Schweizer Spitalwesen – eine Managementperspektive» ins Leben gerufen. Bisher fehlte eine Publikation auf dem Markt, die in kompakter Form vergangene und zukünftige Einflussfaktoren der Spitalwelt praxisnah darstellt.

Der vorliegende Report verhilft zum Verständnis wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Entwicklungen im Spitalsektor, indem er eine Auswahl wichtiger Kennzahlen sowie einige wichtige Ereignisse des Schweizer Spitalsektors vorstellt. Best Practices zeigen auf, wie Spitäler dank innovativer Projekte schon heute die Herausforderungen der Praxis meistern. Eine Trendanalyse der Presselandschaft der letzten Jahre sowie eine Expertenbefragung stellen relevante Entwicklungen dar. Auf Basis dieser Grundlagen werden Impulse für zukünftige Handlungsfelder für die verschiedenen Akteure des Schweizer Spitalsektors geschaffen.

Dieser Branchereport entstand im Rahmen der 2015 geschaffenen strategischen Brancheninitiative «Gesundheitswesen» der School of Management and Law (SML) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). Die Autoren des Branchenreports sind am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) tätig. Das WIG ist ein Kompetenzzentrum für volks- und betriebswirtschaftliche Fragen im Gesundheitswesen.

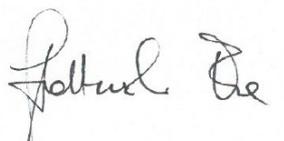
Besonders bedanken möchten wir uns bei der SML der ZHAW, die diese Publikation ermöglicht hat. Des Weiteren möchten wir den Mitgliedern des Netzwerks Gesundheitsökonomie Winterthur (NGW) für ihre wertvollen Einschätzungen in Bezug auf die Trends der Branche danken.

Wir hoffen, dass der Branchenreport einen anregenden Einblick in die Spitallandschaft der Schweiz gewährt. Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre und freuen uns, wenn Sie aus dieser Publikation Ideen und Impulse für Ihre Arbeit mitnehmen.

Winterthur, November 2016



Prof. Dr. Alfred Angerer
Leitung Fachstelle
Management im Gesundheitswesen



Eva Hollenstein
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Fachstelle Management im Gesundheitswesen



PD Dr. Florian Liberatore
Stv. Leiter Fachstelle
Management im Gesundheitswesen

Inhalt

Management Summary	1
Vorwort	3
Inhalt	4
1. Einführung	6
1.1 Fokus und Zielsetzung	6
1.2 Aufbau und Methodik	6
2. Die Schweizer Spitallandschaft im Überblick	8
2.1 Das Schweizer Gesundheitswesen im Wandel	8
2.2 Kennzahlen der Schweizer Spitäler	10
3. Die Ereignisse des Jahres	14
3.1 Mergers and Acquisitions	14
3.1.1 Hintergrund	14
3.1.2 Reaktionen der Öffentlichkeit	14
3.1.3 Einschätzung	15
3.2 Innovation und Technologie	15
3.2.1 Hintergrund	15
3.2.2 Kritische Stimmen	16
3.2.3 Einschätzung	17
3.3 Personelles und Human Resources	18
4. Best Practices – Innovative Projekte aus der Praxis	22
4.1 Entwickeln: Simulationstrainings zur Verbesserung kommunikativer und klinischer Kompetenzen interprofessioneller Teams in der Akutmedizin	23
4.1.1 Ausgangslage	23
4.1.2 Projektbeschreibung	23
4.1.3 Outcome	25
4.1.4 Lessons Learned	26
4.2 Leisten: Kooperation statt Konfrontation – Das Potential einer neuen Form der Zusammenarbeit zwischen Spital und Krankenversicherung	27
4.2.1 Ausgangslage	27
4.2.2 Projektbeschreibung	27
4.2.3 Outcome	29
4.2.4 Lessons Learned	29

4.3 Steuern: Motivierendes Feedback für Patienten	30
4.3.1 Ausgangslage	30
4.3.2 Projektbeschreibung	30
4.3.3 Outcome	30
4.3.4 Lessons Learned	31
5. Zukunftsperspektiven des Schweizer Spitalwesens	32
5.1 Technologische Trends: Die Digitale Transformation durch E-Health	33
5.1.1 Kernaussage	33
5.1.2 Analyse der Berichterstattung	33
5.2 Personelles und HR: Der Fachkräftemangel spitzt sich zu	34
5.2.1 Kernaussage	34
5.2.2 Analyse der Berichterstattung	34
5.3 Spitalfinanzierung und Wettbewerb: Sinkende Fallpreise zwingen zu höheren Fallzahlen	35
5.3.1 Kernaussage	35
5.3.2 Analyse der Berichterstattung	35
5.4 Gesellschaftliche Entwicklung: Im Spital der Zukunft dreht sich alles um den anspruchsvollen Patienten	36
5.4.1 Kernaussage	36
5.4.2 Analyse der Berichterstattung	36
5.5 Das Spital der Zukunft: Trends der nächsten Jahre	37
5.5.1 Methodik	37
5.5.2 Ergebnisse	38
6. Fazit und Ausblick	44
Literaturverzeichnis	46
Abkürzungsverzeichnis	49
Tabellenverzeichnis	50
Abbildungsverzeichnis	51
Autoren	52
Anhang	54

1. Einführung

1.1 Fokus und Zielsetzung

Die Gesundheitsbranche ist geprägt von einer Vielzahl von Akteuren, einer starken Fragmentierung und einem hohen Komplexitätsgrad. Dieser Branchenreport setzt sich zum Ziel, eine Auswahl wichtiger Daten zur Entwicklung der Spitalbranche zu bündeln und aufzubereiten. Dabei sollen einige Kernthemen der Schweizer Spitalbranche beleuchtet und diskutiert werden.

Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen spielen eine zentrale Rolle. Darunter werden Organisationen gezählt, welche Sach- oder Dienstpflegeleistungen für Patienten erbringen. Sie setzen sich laut dem Bundesamt für Statistik (BFS) zusammen aus den Spitälern, der spitalexternen Versorgung (Spitex), den ambulanten Diensten, dem Detailhandel, dem Bund, den Versicherern sowie den Organisationen ohne Erwerbscharakter (z.B. Gesundheitsligen) (BFS, 2015b). Dieser Branchenreport legt den Fokus auf denjenigen Leistungserbringer, dem sowohl aus Nachfrage- wie auch aus Kostensicht das grösste Gewicht zukommt: dem Spital. Dazu gehören Allgemeinspitäler, psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken sowie andere Spezialkliniken.

Neben der starken Fragmentierung zeichnet sich die Gesundheitsbranche zudem durch eine ausgeprägte Dynamik aus. Dies gilt im Spitalsektor besonders seit der 2012 eingeführten Spitalfinanzierung mittels SwissDRG. Aus diesem Grund werden insbesondere aktuelle **Kennzahlen** sowie ihre Entwicklung in den letzten Jahren vorgestellt. Die **Ereignisse des Jahres** geben Aufschluss über wichtige Geschehnisse des Jahres 2015. Dabei werden die drei Bereiche Mergers und Acquisitions, Innovation und Technologie sowie Human Resources (HR) betrachtet. Eine kleine Auswahl bestehender **Best Practices** der Spitalbranche und ihrer beteiligten Akteure wird im Rahmen kurzer Fallstudien vorgestellt.

Der Report richtet sich an Fachpersonen aus dem Spitalbereich, branchennahe Experten (Ärzte, Gesundheitspolitiker, Spitalführungskräfte, etc.) und Interessierte aus betriebswirtschaftlichen Disziplinen. Der Branchenreport

wird zukünftig periodisch erscheinen und jeweils einen Zweig der Gesundheitsbranche beleuchten.

1.2 Aufbau und Methodik

Der Report bündelt qualitative und quantitative Daten aus einer Vielzahl wissenschaftlicher Veröffentlichungen und umfasst vier Hauptkapitel (Abbildung 1): Nach einer thematischen Einführung in **Kapitel 1** verschafft **Kapitel 2** einen Überblick über zentrale Kennzahlen und liefert die wichtigsten Basisdaten der Branche. Hierzu wurde primär auf folgende Quellen zugegriffen: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bundesamt für Statistik (BFS), Dachverband der öffentlichen und privaten Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (H+), die Datenbank Statista und Berichte zu Spitalkennzahlen. Somit greift das zweite Kapitel Sekundärdaten aus bestehenden Publikationen auf.

Die Ereignisse des Jahres zeigen, was die Schweizer Spitallandschaft 2015 bewegt hat (**Kapitel 3**). Dazu wurde eine strukturierte Medienanalyse mittels Factiva (Datenbank für Presse-, Unternehmens- und Wirtschaftsinformationen) vorgenommen. Aus über 900 Pressemeldungen wurden die relevantesten Themen identifiziert und verdichtet beschrieben.

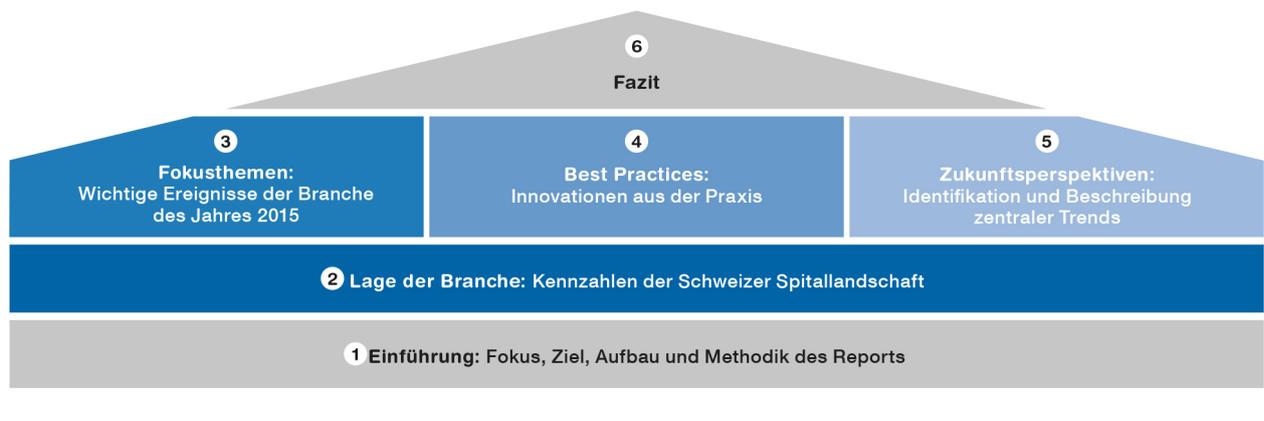
Die ZHAW als Herausgeberin des Reports interessiert sich speziell für die Erarbeitung praxisorientierter Themen. Daher werden in Kapitel 4 ausgewählte innovative Praxisprojekte vorgestellt, die Einblicke in aktuelle Vorzeigeprojekte des Spitalsektors geben. Die Auswahl der Best Practices im Schweizer Spitalwesen in **Kapitel 4** geschah auf Basis der drei Dimensionen des ELS-Modells (**Entwickeln**, **Leisten** und **Steuern**). Im Bereich «Entwickeln» stehen strategische Handlungsfelder für das Spital im Fokus. Im Bereich «Leisten» wird aufgezeigt, wie Prozess-Management zur Effizienzsteigerung beitragen kann. Im Zentrum der Dimension «Steuern» stehen Organisations-, Führungs- und Controlling-Themen. Die vorgestellten Fallstudien liefern Einblick in die Praxis und zeigen auf, welche Erfahrungen im Rahmen der Projekte gesammelt werden konnten. Wie sieht das Spital der

Zukunft aus? Mit dieser Frage befassen sich die in **Kapitel 5** vorgestellten Trends. Sie bilden Chancen und Herausforderungen der nächsten drei bis fünf Jahre ab und sollen die Diskussion rund um wichtige Entwicklungen der Branche anregen. Zunächst wurden wichtige Trends aus wissenschaftlichen und journalistischen Publikationen abgeleitet. Dabei wurden einerseits eher bekannte, langfristige «Megatrends» identifiziert, andererseits auch neue Strömungen aufgegriffen, die sich in der Spitalbran-

che vor allem in letzter Zeit als zukunftsweisend erwiesen haben. Diese Trendliste wurde anschliessend von den Experten des Netzwerks Gesundheitsökonomie Winterthur (NGW) bewertet. Die daraus kreierte WIG-Trendmatrix visualisiert und quantifiziert diese Entwicklungen des Schweizer Spitalwesens der nahen Zukunft. Im **Fazit** am Ende des Reports werden die zentralen Inhalte reflektiert und abschliessende Überlegungen zur Schweizer Spitalbranche getätigt.

Abb. 1

AUFBAU DES BRANCHENREPORTS



2. Die Schweizer Spitallandschaft im Überblick

Wo steht das Schweizer Gesundheitswesen im internationalen Vergleich? Ist die «Kostenexplosion» im Gesundheitswesen auch für Schweizer Spitäler ein Thema? Diese und weitere Fragen werden im folgenden Kapitel aufgegriffen. Zudem werden die zentralen Entwicklungen der Schweizer Spitäler anhand wichtiger Kennzahlen präsentiert.

2.1 Das Schweizer Gesundheitswesen im Wandel

Das Schweizer Gesundheitswesen gilt im internationalen Vergleich als qualitativ hochwertig. Dies zeigt sich nicht nur bei den traditionellen Indikatoren für den Gesundheitszustand der Bevölkerung, wie zum Beispiel der Lebenserwartung bei der Geburt, sondern auch in der Qualitätzufriedenheit der Schweizer Bevölkerung: Fast flächendeckend sind sich die Schweizer einig, dass die Qualität des Schweizer Gesundheitswesens gut oder sogar sehr gut ist. Dasselbe gilt für das Spitalwesen: Wie schon 2014 beurteilen 94 Prozent aller Befragten die Qualität als eher gut oder sehr gut (Schweizerische Gesellschaft für praktische Sozialforschung [gfs.bern], 2015b).

Zugleich gehört das Schweizer Gesundheitswesen zu den teuersten weltweit. 2013 betragen die Kosten für das Gesundheitswesen in der Schweiz 11,1 Prozent des Bruttoinlandprodukts (BIP) (BFS, 2016). Im internationalen Vergleich unter den OECD-Mitgliedsstaaten liegt die Schweiz mit den Niederlanden damit auf dem zweiten Platz hinter den USA (OECD, 2014).

Eine Vielzahl an Faktoren beeinflusst das Kostenwachstum im Gesundheitswesen. Einige der wichtigsten werden im Folgenden erklärt:

- Alterung der Bevölkerung

- Mangelnde Koordination, Föderalismus
- Medizinisch-technischer Fortschritt
- Medizinischer Überkonsum, unnötige Leistungen (overuse)

Ein zentraler Kostentreiber liegt in der demografischen Entwicklung bzw. der Alterung der Bevölkerung: Immer mehr multimorbide und ältere Personen lassen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigen (BAG, 2015a; Sigrist, 2006). Nach Sax (2008) sind auch die historisch gewachsenen strukturellen Rahmenbedingungen des schweizerischen Gesundheitssystems für das Kostenwachstum mitverantwortlich. Die Kompetenzen sind zersplittert und auf vielen unterschiedlichen Ebenen angesiedelt. So ist die Regelung der Gesundheitsversorgung

prinzipiell Sache der Kantone, welche auch den Löwenanteil der öffentlichen Hand tragen. Dem steht das Krankenversicherungsgesetz (KVG) gegenüber, in dem gesundheitspolitische Fragen auf nationaler Ebene und weite Bereiche des Schweizer Gesundheits-

More Value for Money – im Spannungsfeld zwischen Markt- und Versorgungsauftrag

wesens geregelt werden. Die überkantonale Gesundheitsplanung sowie die effiziente Versorgung werden insbesondere durch föderalistisch geprägte Strukturen erschwert. Diese hohe Regulierungsdichte und undurchsichtige Verflechtung von Kompetenzen zwischen Bund, Kantonen und Privaten erschwert Reformen, Qualitätsförderung und eine effektive Kontrolle des Kostenwachstums und lässt Raum für Ineffizienzen und widersprüchliche Anreize. Der medizinisch-technische Fortschritt wird ebenfalls als ein Haupttreiber für das Wachsen der Gesundheitskosten angesehen. Darüber hinaus treiben gestiegene Ansprüche und Erwartungen der Bevölkerung sowie wachsender Wohlstand die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nach oben. Demgegenüber führen eine hohe Ärzte- und Spitaldichte und ein entsprechend hohes Angebot teilweise zu einem Überkonsum

und einer Mengenausweitung durch Leistungserbringer, wobei auch unnötige Leistungen ohne Nutzen entstehen (Kocher, 2011).

Diese und weitere Faktoren führen zu der viel zitierten «Kostenexplosion im Schweizer Gesundheitswesen». Doch ist diese tatsächlich so stark ausgeprägt? Verschiedene Studien (Bürgstein, 2015; Erbe, 2012; Reiners, 2011) zeigen, dass diese Aussagen zu relativieren sind. Der Anstieg der Gesundheitskosten liegt nur leicht über der Entwicklung des BIPs. Daten aus der Vergangenheit zeigen, dass die Entwicklungen nicht auf einen explosionsartigen Anstieg der Gesundheitskosten hindeuten. Vielmehr ist der seit 30 Jahren stetig wachsende Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ein allen Volkswirtschaften immanenter Trend, der auch damit zusammenhängt, dass Dienstleistungen ein tendenziell geringeres Rationalisierungspotenzial als die industrielle Produktion aufweisen. Aus dieser Perspektive ist das Gesundheitswesen kein Kostenfaktor, sondern eine zukunftssträchtige Wachstumsbranche (Reiners, 2011). Nichtsdestotrotz sind sich Experten einig, dass das Schweizer Gesundheitswesen grosse Effizienzpotentiale aufweist. Vor diesem Hintergrund sollte weiterhin nach Möglichkeiten gesucht werden, das heutige Leistungsniveau und die

Versorgungsqualität beizubehalten, die Kosten jedoch gleichzeitig zu dämpfen.

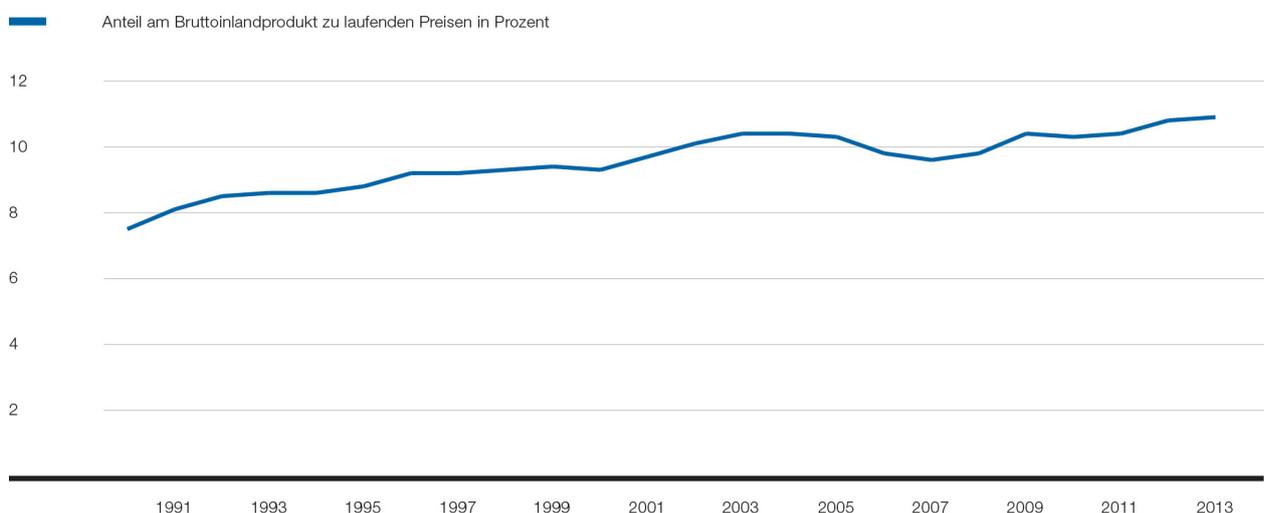
Knappe Ressourcen und zunehmender Wettbewerbsdruck lassen Forderungen nach Effizienzsteigerung an Bedeutung gewinnen. Dadurch beschäftigt sich das Spitalmanagement zunehmend mit der Frage, wie mit den gegebenen Ressourcen eine gleichbleibend hohe Qualität angeboten werden kann und welche Anpassungen in den Bereichen Strategie, Führung und Organisation der Leistungsprozesse nötig sind. Diese Herausforderungen fördern die Orientierung an effizienten Spitalprozessen. Der Bericht des Bundesrats «Gesundheit 2020» geht davon beispielsweise davon aus, dass 20 Prozent der Kosten durch ein effizienteres Gesundheitssystem eingespart werden könnten (BAG, 2013). So machen einzelne Ineffizienzen wie die mangelnde Koordination der Versorgung, die Überversorgung mit nicht notwendigen Leistungen oder die überhöhte Nachfrage auf Seiten der Versicherten bereits rund 10 Prozent der gesamten jährlichen Gesundheitsausgaben aus (Trageser, Vettori, Fliedner & Iten, 2014).

Der Wandel in den Schweizer Spitälern wird auch insbesondere durch die 2012 schweizweit eingeführte

Abb. 2

KOSTEN DES GESUNDHEITSWESENS SCHWEIZ IN DEN JAHREN 1990 BIS 2013

Datenquelle: BFS, 2015a



leistungsorientierte Abgeltung von Spitalleistungen mit Fallpauschalen nach dem DRG-Tarifsysteem vorangetrieben. Diese Neuerung fordert vom Spitalmanagement Anpassungen auf mehreren Ebenen. Vernetzungen, Best Practice, Effizienzsteigerung, verbesserte Zusammenarbeit mit Anspruchsgruppen (wie bspw. Krankenversicherungen) und Anpassungen der Infrastruktur sind hier als Beispiele zu nennen (Girardin, 2015).

2.2 Kennzahlen der Schweizer Spitäler

Das Gesundheitswesen gehört mit über 70 Mrd. CHF Gesamtausgaben zu den grössten Wirtschaftssektoren der Schweiz (BFS, 2016). Spitäler machen dabei die grösste Kostengruppe innerhalb des Gesundheitswesens aus. 25 Mrd. CHF oder rund 36 Prozent der gesamten Schweizer Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen entfielen 2013 auf die Spitäler (BFS, 2015).

Die Ausgaben für Spitalleistungen sind von 1995 bis 2011 um 3,9 Prozent pro Jahr gewachsen. Neben den Allgemeinspitälern werden vor allem die Dienstleistungen von psychiatrischen Kliniken, Rehabilitationskliniken und diversen Spezialkliniken nachgefragt. Ein Grossteil der Nachfrage entfällt dabei auf die stationäre Versorgung. Obwohl dieser Anteil seit Jahren sinkt, machte er 2011 immer noch 70 Prozent der Kosten aller Allgemeinspitäler aus (Credit Suisse, 2013).

Der medizinisch-technische Fortschritt führt unter anderem dazu, dass die Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen – mit Ausnahme der Periode 2005 bis 2007 – im Verhältnis zum BIP stärker steigen (Abbildung 2). Dementsprechend hat sich der Anteil dieser Ausgaben am BIP von 7,5 Prozent (1990) auf 10,9 Prozent erhöht (2013) (BFS, 2015a). Dies entspricht einer jährlichen Wachstumsrate von rund 1,6 Prozent.

2.2.1 Wirtschaftliche Bedeutung

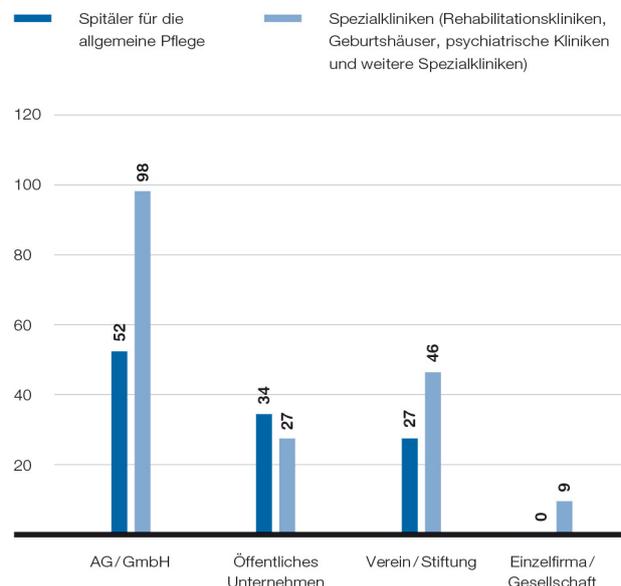
Die Spitäler in der Schweiz sind nicht nur für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zuständig, ihnen kommt zudem eine wichtige volkswirtschaftliche Bedeutung zu. Die Schweizer Spitäler und Kliniken generieren

jährlich eine Wertschöpfung von rund 20 Mrd. CHF und erbringen Leistungen in der Höhe von rund 3'000 CHF pro Einwohner und Jahr (Engler, Falk, Berger & Praplan, 2012). Im Jahr 2014 wurden in Schweizer Spitalern 152'433 Vollzeitäquivalente gezählt. Dies entspricht einem Zuwachs von 27 Prozent im Vergleich zum Jahr 2002 (BFS, 2015). Mit einem durchschnittlichen jährlichen Wertschöpfungswachstum⁴ von 2,9 Prozent präsentiert sich das Spitalwesen im Vergleich zu den anderen Branchen der Schweizer Wirtschaft im oberen Mittelfeld (Grass & Kuhn, 2011).

Abb. 3

ANZAHL DER SPITÄLER IN DER SCHWEIZ NACH TYP UND RECHTSFORM IM JAHR 2013

Datenquelle: BFS, 2015b



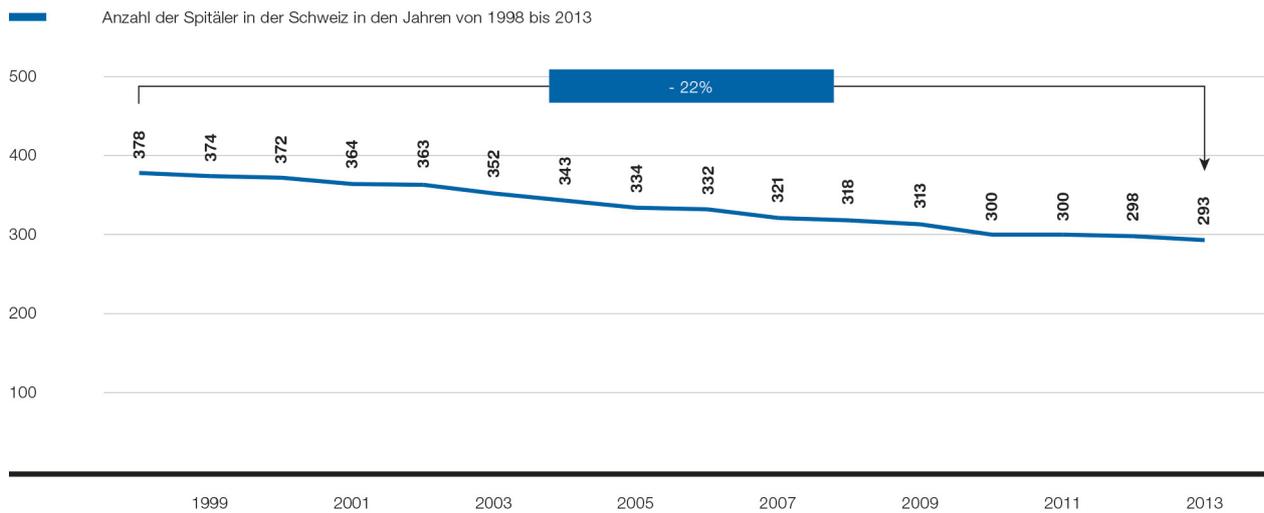
Die Schweizer Spitallandschaft zählt insgesamt 293 Spitäler (Stand: 2013): 113 Spitäler für die allgemeine Pflege und 180 Spezialkliniken. Die Spitäler für die allgemeine Pflege umfassen dabei die Zentrumsversorgung und die Grundversorgung. Zu den Spezialkliniken gehören Rehabilitationskliniken, Geburtshäuser, psychiatrische

⁴ Durchschnittliches jährliches Wachstum der direkten nominalen Wertschöpfung.

Abb. 4

ANZAHL DER SPITÄLER IN DER SCHWEIZ IN DEN JAHREN 1998 BIS 2013

Datenquelle: BFS, 2015



Kliniken und andere Spezialkliniken. Von den insgesamt 293 Spitälern in der Schweiz wird rund die Hälfte als AG oder GmbH geführt, ungefähr ein Viertel sind Vereine oder Stiftungen und etwa ein Fünftel wird als öffentliche Unternehmen geführt. Die Anzahl der Schweizer Spitäler nimmt seit 1998 stetig ab, im Schnitt jährlich um rund 1,7 Prozent (Abbildung 4) (BFS, 2015).

Im Jahr 2013 belief sich der Gesamtertrag der Schweizer Spitäler auf rund 26'427 Mrd. CHF, der Gesamtaufwand auf rund 26.5 Mrd. CHF (BFS, 2015b). Diese hohen Zahlen verdeutlichen die Relevanz der Spitalbranche für die Schweizer Volkswirtschaft (Abbildung 5).

Eine immer bedeutender werdende betriebswirtschaftliche Kennzahl für die finanzielle Gesundheit von Spitälern ist die EBITDA-Marge (earnings before interest, taxes, depreciation and amortization). Die EBITDA-Marge ergibt sich aus der Differenz zwischen den gesamten Erträgen und den Personal- beziehungsweise Sachkosten im Verhältnis zum Umsatz. Sie gibt an, ob der Aufwand für Abschreibungen und Zinsen über das operative Geschäft gedeckt werden kann. Daher ist diese Kennzahl zum einen für Investoren, zum eines Spitals relevant. In

einer Studie (PricewaterhouseCoopers [PwC], 2015a) untersucht das Beratungsunternehmen PwC unter anderem auch die EBITDA-Marge von Schweizer Spitälern.

Abb. 5

GESAMTERTRAG UND -AUFWAND IN SCHWEIZER SPITÄLER NACH GROSSREGION IM JAHR 2013 (IN MRD. CHF)

Datenquelle: BFS, 2015b

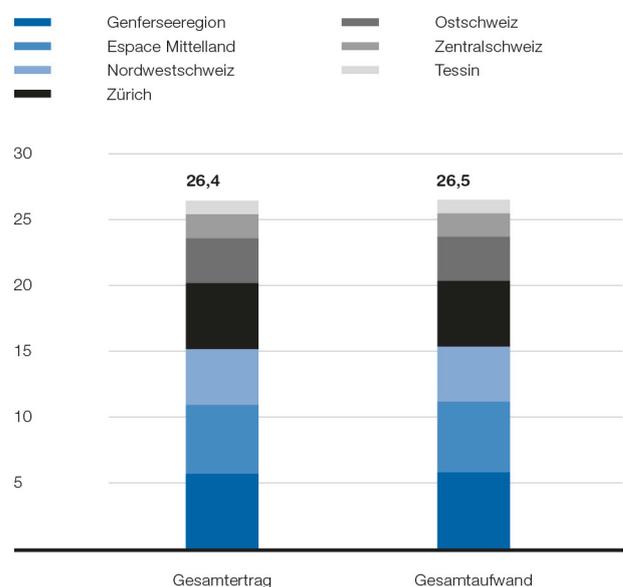


Abb. 6

ENTWICKLUNG DER EBITDA-MARGE VON 28 UNTERSUCHTEN SPITÄLERN IN DEN JAHREN 2007 BIS 2013

Datenquelle: Schwendener & Sommer, 2016

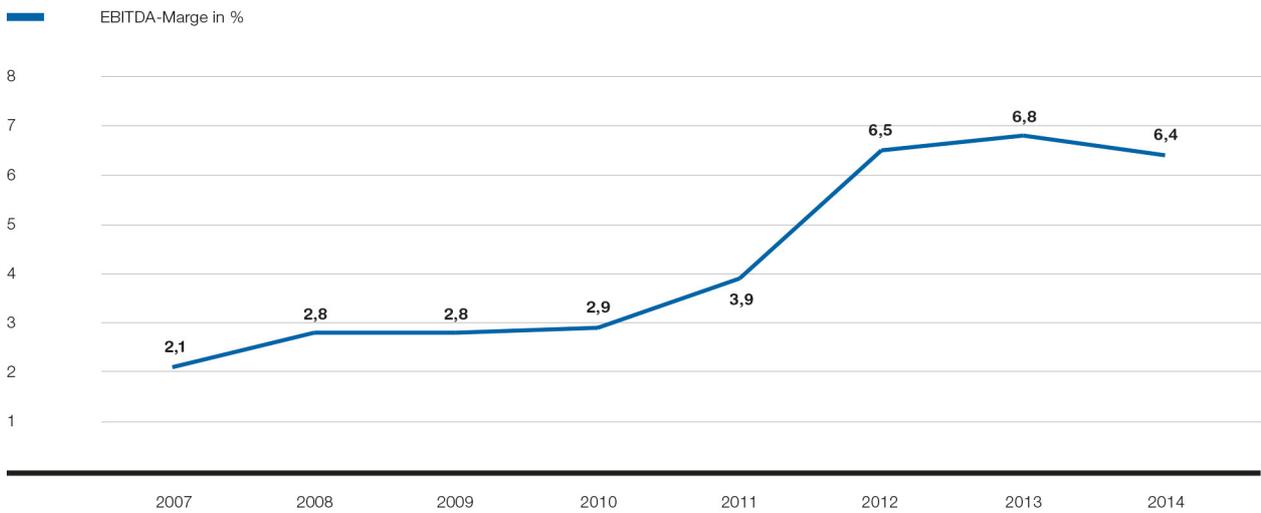


Abb. 7

ANZAHL DER SPITÄLER IN DEN SCHWEIZER KANTONEN PRO 100 000 EINWOHNER IM JAHR 2013

Datenquelle: BFS, 2015b



Für 28 ausgewählte Spitäler ergab die Untersuchung einen Medianwert der EBITDA-Marge von 6,4 Prozent für das Jahr 2014 (Abbildung 6). Dies bedeutet eine Abnahme von 0,4 Prozentpunkten im Vergleich zum Vorjahr und ergibt damit eine deutliche Unterschreitung des minimalen Zielwerts von 10,0 Prozent (Sautter-Kirch, 2015). In der Untersuchung lag der höchste Wert bei 12,5 Prozent und der niedrigste bei minus 0,7 Prozent (Schwendener & Sommer, 2016).

2.2.2 Rehabilitationskliniken

In der Schweiz gibt es insgesamt 43 Rehabilitationskliniken, wovon rund zwei Drittel in der Rechtsform einer AG oder GmbH geführt werden (Abbildung 8).

Etwa ein Viertel der Rehabilitationskliniken in der Schweiz sind Vereine oder Stiftungen. Es gibt auch einige wenige öffentliche Rehabilitationskliniken. Neben den 43 Rehabilitationskliniken gibt es zusätzlich rund 40 Rehabilitationsabteilungen in verschiedenen Schweizer Akutspitälern (BAG, 2015; H+, 2013).

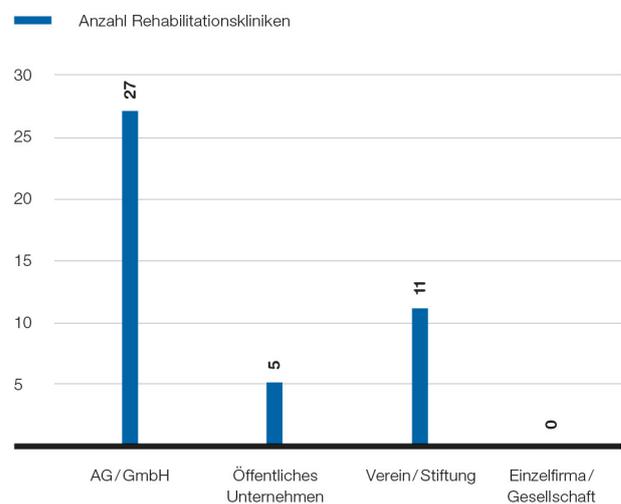
Die Schweizer Rehas machen somit nur einen kleinen Teil der Schweizer Spitallandschaft aus. Dies zeigt auch ein Blick auf die Finanzkennzahlen der Rehabilitationskliniken. Der Gesamterlös für Rehabilitation/Geriatrie belief sich im Jahr 2013 auf 1.78 Mrd. CHF, wobei die Gesamtkosten 1.78 Mrd. CHF betragen (BAG, 2015).

Trotz des im Vergleich zum Spitalsektor geringeren Gesamterlöses sind auch die Schweizer Rehabilitationskliniken für die Schweizer Volkswirtschaft von grosser

Abb. 8

ANZAHL DER 43 REHABILITATIONSKLINIKEN IN DER SCHWEIZ NACH RECHTSFORM IM JAHR 2013

Datenquelle: BAG, 2015



Bedeutung. Sie generieren einen volkswirtschaftlichen Nutzen, indem sie im Zusammenspiel mit Akutspitälern zu einer möglichst raschen und nachhaltigen Wiedereingliederung verunfallter oder erkrankter Arbeitnehmender beitragen.

3. Die Ereignisse des Jahres

Dieses Kapitel widmet sich bedeutenden Neuigkeiten aus der Spitalbranche im Jahr 2015. Es beleuchtet einerseits zentrale Ereignisse aus dem Bereich Mergers und Acquisitions (Fusionen, Unternehmenskäufe oder -kooperationen), wichtige Vorstösse und Entwicklungen im Bereich Innovation und Technologie sowie viel diskutierte Themenbereiche und aktuelle Fragestellungen des Personalwesens.

Folgende Themengebiete wurden aus dem grossen Pool an Medienbeiträgen ausgewählt:

1. **Mergers und Acquisitions:** Zusammenschluss des Inselspitals und der Spital Netz Bern AG
2. **Innovation und Technologie:** Verabschiedung des Gesetzes über das elektronische Patientendossier
3. **Personelles und Human Resources:** Auswahl bedeutender Meldungen des Schweizer Spitalsektors

3.1 Mergers and Acquisitions

3.1.1 Hintergrund

Mit dem Zusammenschluss des universitären Inselspitals und der Spital Netz Bern AG mit sechs Standorten in und um Bern entsteht 2016 die grösste Spitalgruppe der Schweiz. Sie wird rund 10'500 Mitarbeitende beschäftigen, 1.5 Mrd. CHF Umsatz machen und jährlich 80'000 Patienten stationär behandeln. Für sie gilt ab 1. Januar 2016 ein neuer Gesamtarbeitsvertrag (GAV), den die Personalverbände mit mehreren öffentlichen Spitälern im Kanton Bern abgeschlossen haben. Zum Vergleich: Das Universitätsspital Zürich (USZ) beschäftigt rund 6'800 Mitarbeitende (Stand: 2014) und betreut jährlich rund 38'000 stationäre Patienten (USZ, 2015). Bei diesem Grosspro-

jekt fusioniert erstmals ein Universitätsspital mit Grundversorgungsspitälern.

Durch den Zusammenschluss soll von Routinebehandlungen bis zu hochkomplexen Eingriffen alles aus einer Hand angeboten werden. Die Insel-Gruppe will wie bisher auf das Prinzip der abgestuften Versorgung setzen: Einfache Fälle sollen in den Regionalspitälern behandelt werden, schwierigere Eingriffe übernimmt das Stadtspital Tiefenau mit seiner erweiterten Grundversorgung. Erst hochkomplexe Fälle gelangen schliesslich ins Inselspital. So sollen Kosten gespart und die Wege für die Patienten vereinfacht werden. Die Verantwortlichen erwarten, dass durch das neue Versorgungskonzept der Medizinalstandort Bern inklusive Forschung und Ausbildung langfristig gestärkt werden soll. Leistungen können demnach schneller, wirtschaftlicher und jederzeit am richtigen Ort angeboten werden, da die öffentlichen Spitäler des Raumes Bern nicht mehr in Konkurrenz zueinander stehen.

3.1.2 Reaktionen der Öffentlichkeit

Der Zusammenschluss führte in der medialen Berichterstattung auch zu skeptischen Reaktionen. Unter anderem werden von Branchenkennern Vertrauensprobleme als zukünftige Herausforderungen genannt. Zuweisende

Ärzte stehen nun vermehrt vor der Frage, ob ihre Loyalität bei der Institution liegt oder bei den einzelnen Fachkräften, die durch die Fusion zum Teil in andere Standorte abgewandert sind. Diese Frage müsse zukünftig jeder Arzt gemeinsam mit den Patienten beantworten.

Das neue Schwergewicht auf dem Spitalmarkt: Ab 2016 ist die Insel-Gruppe das grösste Spital der Schweiz

Als grosse Herausforderung gilt auch das Zusammentreffen unterschiedlicher Unternehmenskulturen der Insel und des Spitalnetzes Bern. Die neuen Strukturen führen dazu, dass unterschiedliche Wertvorstellungen, Schwerpunkte und Einflussbereiche

aufeinandertreffen. Hierbei gibt es wohl Gewinner und Verlierer: Die Konkurrenz der Privatspitäler verfolgt einen klaren Expansionskurs, aber auch andere öffentliche Häuser nützen die Situation und werben hochqualifizierte Ärzteteams und sonstiges Personal ab.

Die wirtschaftliche Konkurrenzfähigkeit sowie die Attraktivität als Arbeitgeber wird sich die neue Insel-Gruppe AG Medienberichten des Schweizer Radios und Fernsehens (SRF) zufolge erst erkämpfen müssen (SRF, 2015). Darüber hinaus wurde die Frage gestellt, ob die Kombination von Universitätsspital-Medizin mit der Grundversorgung überhaupt Sinn ergibt. Hier könne die Gefahr bestehen, dass in der Grundversorgung unnötigerweise die sehr hohen Standards der Universitäts-Medizin gelten. Unmittelbar nach der Bekanntmachung des Zusammenschlusses kam es auch zu vielen Abgängen von Kaderärzten und anderen leitenden Positionen. So kündigten bspw. 90 Prozent der Kaderärzte des Tiefenau- und Ziegler-Spitals – in den Medien war von einem «Massenexodus» innerhalb der Stadtspitäler die Rede (Berner Zeitung, 2015).

3.1.3 Einschätzung

Gemäss einer Einschätzung der NZZ (2015) ist die Berner Spitalfusion auch schweizweit von Interesse, da die Spitalstrukturen im ganzen Land unter Druck geraten: In Zürich wird die Zusammenarbeit zwischen Uni-, Triemli- und Waidspital immer wieder diskutiert und in der Nordwestschweiz müssen das Universitätsspital Basel-Stadt und das Kantonsspital Baselland zusammenrücken. Die Ausgangslage in Bern lässt sich zwar rein rechtlich nicht mit jener in Basel oder Zürich vergleichen – doch die Richtung, in die die diversen Vorstösse weisen, ist sehr ähnlich.

3.2 Innovation und Technologie

3.2.1 Hintergrund

Mit der Verabschiedung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) im Juni 2015 durch das Parlament liegt die gesetzliche Grundlage für die Einführung der elektronischen Patientenakte vor. Bis

Anfang 2017 will der Bund die rechtlichen Grundlagen zum Aufbau des Patientendossiers schaffen.

Spätestens in zehn Jahren soll die Digitalisierung im Schweizer Gesundheitswesen Fuss gefasst haben. Obwohl diese in nahezu allen Lebensbereichen zügig voranschreitet, hinkt das Gesundheitswesen diesbezüglich noch hinterher. Dies gilt gemäss Urs Stoffel, Mitglied des Zentralvorstands der FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte), insbesondere für Schweizer Arztpraxen: Nur ca. 35 Prozent der Ärzte nutzen den eigenen PC für die elektronische und strukturierte Dokumentation von Patienteninformationen und der Krankengeschichte (eHealth Schweiz, 2015). Zu einem ähnlichen Schluss kommt auch Adrian Schmid, Leiter der Geschäftsstelle e-Health Suisse: Er geht davon aus, dass die Kommunikation zwischen Arztpraxen immer noch zu 41 Prozent per Fax und zu 26 Prozent per Post erfolgt (Clinicum, 2015).

Welche Situation findet sich in Schweizer Spitälern vor? Hier kommt die elektronische Informationsverarbeitung und Dokumentation zwar weitestgehend flächendeckend zum Einsatz, jedoch wird oft die schlechte Benutzerfreundlichkeit der Software bemängelt (eHealth Schweiz, 2015). Auch die reibungslose Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Patienten sowie unter den Leistungserbringern selbst weist grosses Optimierungspotential auf. Die Verbesserung der medizinischen Behandlungsprozesse an sich kann als prioritäres Ziel des EPDG bezeichnet werden. Zudem sollen die Patientensicherheit erhöht und effiziente Abläufe gestärkt werden. Durch die Möglichkeit, Daten selbst zu verwalten, soll zudem die Gesundheitskompetenz der Patienten gestärkt werden (BAG, 2016).

Das Dossier stellt ein Handlungsfeld der 2007 vom Bundesrat beschlossenen «e-Health-Strategie Schweiz» dar. Es handelt sich um ein virtuelles Dossier, über welches dezentral abgelegte behandlungsrelevante Daten eines Patienten beteiligten Gesundheitsfachpersonen zugänglich gemacht werden können. Diese behandlungsre-

levanten Daten umfassen bspw. Labordaten, Rezepte oder radiologische Berichte. Der Patient hat dabei die Möglichkeit, eigene Daten in das elektronische Patientendossier hochzuladen und diese den behandelnden Gesundheitsfachpersonen zugänglich zu machen (wie z. B. Informationen über Allergien oder Kontaktdaten von im Notfall zu benachrichtigenden Personen).

Die Entscheidung, ob ein e-Patientendossier angelegt werden soll, liegt in den Händen der Patienten. Nachdem sie über die Funktionsweise des Dossiers informiert wurden, kann die Einwilligung über die Eröffnung jederzeit ohne Angabe von Gründen revidiert werden. Der Patient hat jederzeit Zugriff auf seine Daten und Dokumente. Gesundheitsfachpersonen haben dann Zugriff, wenn sie sich einer zertifizierten Stammgemeinschaft angeschlossen haben und vom Patienten mit den entsprechenden Rechten ausgestattet wurden. Jeder Zugriff auf das Dossier wird dabei dokumentiert.

Das EPDG soll sich insbesondere auf die Koordination, Behandlungsqualität, Patientensicherheit und Effizienz im Gesundheitswesen positiv auswirken. Der grösste Nutzen liegt laut einer Studie der Europäischen Kommission in der Austauschbarkeit der Daten, also in der Interoperabilität (European Commission, 2009). Mit der Festlegung einheitlicher Standards will der Bund verhindern, dass beim flächendeckenden Umsetzen des EPDG viel Geld in Systeme investiert wird, die untereinander nicht kompatibel sind. Für die schweizweite Realisierung auf Basis dezentraler Affinity Domains stellt der Bund den Kantonen oder Dritten daher rund 30 Millionen CHF zur Verfügung. Diese Finanzhilfen dienen vor allem dem Aufbau und der Zertifizierung von Gemeinschaften und Stammgemeinschaften. Die Finanzhilfen werden nur ge-

währt, wenn sich die Kantone oder Dritte in mindestens gleicher Höhe beteiligen (BAG, 2016)⁴.

3.2.2. Kritische Stimmen

Neben dem Nutzen wird immer wieder Kritik in Zusammenhang mit dem EPDG laut (Der Bund, 2014a). Neben dem Dauerthema Datenschutz wurden in der jüngeren Vergangenheit weitere Bedenken genannt, welche den Beschluss zur Einführung des elektronischen Patientendossiers in seiner aktuellen Fassung in Frage stellen könnten. Diese beziehen sich in erster Linie auf Fragen des Datenschutzes, der spitalübergreifenden Koordination des e-Dossiers sowie der Heterogenität der bereitgestellten Konzepte.

Das e-Patientendossier wird vom Parlament verabschiedet

Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes beziehen sich laut einer Umfrage des Tagesanzeigers (2016) unter anderem auf die Weitergabe der Daten: Viele Ärzte würden demnach

weiterhin unverschlüsselte E-Mails mit Patientendaten versenden. Lediglich eine flächendeckende Einführung würde eine sichere Kommunikation gewährleisten. Dazu müsste sich das Dossier jedoch stärker an den Bedürfnissen der Ärztesgesellschaft ausrichten, so Beat Gafner, Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (Der Bund, 2014a).

Das Hauptproblem ist laut Kritikern jedoch ein anderes. Die grösste Herausforderung läge in der Koordination

⁴ Der Aufbau des e-Patientendossiers in der Schweiz basiert auf dezentralen Umsetzungsprojekten (sogenannten «Gemeinschaften» oder «Stammgemeinschaften») unter dem Dach des EPDG. Gemäss dem Bundesgesetzentwurf ist eine Gemeinschaft eine «organisatorische Einheit von Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen» (z.B. Ärzte, Apotheker, Spitäler, Pflegeheime einer bestimmten Region, Laboratorien, Radiologieinstitute, etc.) (Quelle: Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier EPDG).

der elektronischen Systeme über die einzelnen Spitäler hinweg. Auch sei die oftmals sehr komplexe Spitallandschaft für die Umsetzung nicht förderlich (Der Bund, 2014a).

In diesem Zusammenhang wird auch seitens der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) Kanton Bern kritisiert, dass der Bund den Kantonen kein fertiges Umsetzungskonzept zur Seite stellt, sondern vielmehr kantonale Lösungen mit schweizweit gültigen Standards anstrebt. Somit soll zwar einerseits die Handlungsfreiheit aufrechterhalten bleiben, andererseits könnte die Heterogenität der Konzepte jedoch zu Problemen bei der bundesweiten Koordination führen (Berner Zeitung, 2015b). So stütze sich die Vorlage des Bundes zu stark auf einen Konsens zwischen Bund und Kantonen, ohne dass der Bund eine klare Führungsrolle einnehme, welche gemäss Adrien Bron, Direktor der Genfer Gesundheitsdirektion, für eine erfolgreiche Umsetzung notwendig wäre (NZZ, 2014a).

3.2.3. Einschätzung

An einer erfolgreichen Umsetzung dieses Grossvorhabens ist eine Vielzahl an Faktoren beteiligt. Folgende Vor-

raussetzungen sollten auf jeden Fall geschaffen werden, um den Weg für die Umsetzung zu ebnet:

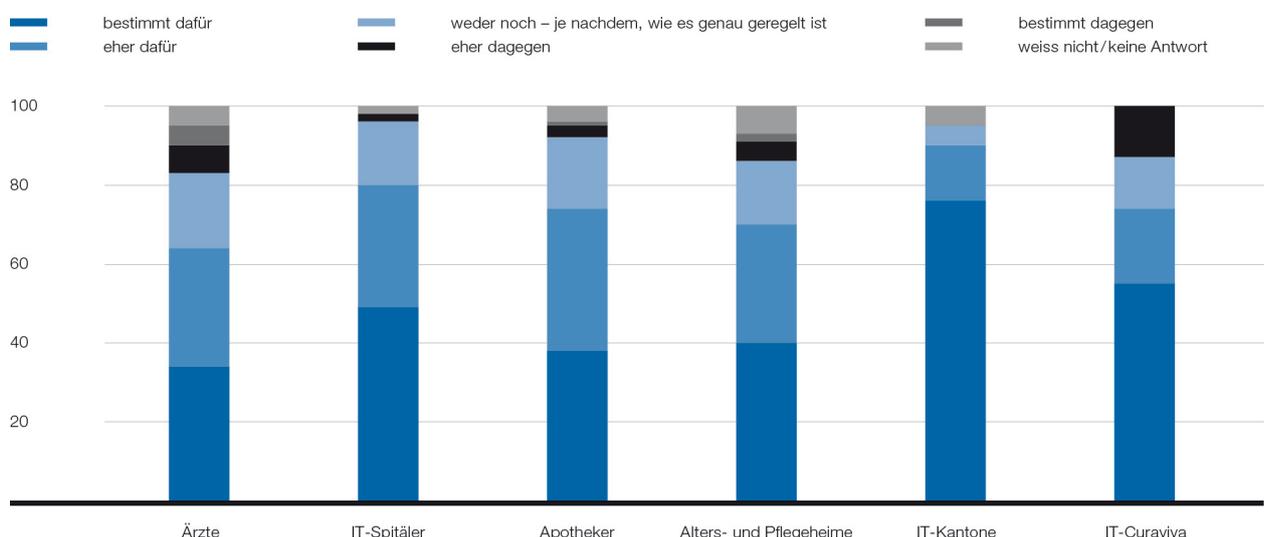
- **Akzeptanzschaffung** unter den Beteiligten,
- Klärung von Fragen bezüglich des **Datenschutzes**,
- Überführung und Integration in bestehende **tägliche Prozesse**.

Wie bei jedem Strukturwandel ist die Bereitschaft der beteiligten Akteure zentral. Wie gestaltet sich also die Einstellung der verschiedenen Gesundheitsakteure in Bezug auf die Einführung des e-Patientendossiers? Diese Frage wurde unter anderem im Rahmen des e-Health-Barometers (Golder et al., 2013) untersucht. Trotz der zuweilen von Negativschlagzeilen dominierten Berichterstattung zeigen die Umfrageergebnisse, dass die Zustimmung für die Einführung des elektronischen Patientendossiers grundsätzlich hoch ist (Abbildung 9) und keine breite Kontroverse zur Thematik erkennbar ist. Die Mehrheit der Gesundheitsakteure zeigt eine hohe Zustimmung zur Einführung des Dossiers (gfs.bern, 2014). Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in den Ergebnissen des e-Health-Barometers 2014 (gfs.bern, 2015a) wider. Auch hier befürworteten die befragten Gruppen mehrheitlich die Einführung des Dossiers. Unter den Stimmberechtigten zeigt sich

Abb. 9

VERGLEICH DER EINSTELLUNGEN ZUM EPDG

Datenquelle: gfs.bern, 2015a



ebenfalls, dass die Einstellung zur Einführung des elektronischen Patientendossiers durchwegs hoch ist: Mehr als die Hälfte der Befragten gibt über die Jahre 2013 bis 2016 an, eher oder bestimmt für die Einführung des Dossiers zu sein (gfs.bern, 2016).

Ein weiterer erwähnenswerter Aspekt sind Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes. Hier hat das Vertrauen leicht abgenommen, insbesondere bei den Spitalverantwortlichen. Ein weiteres mit Skepsis betrachtetes Thema sind die Kompetenzen für die Datenfreigabe. Es geht um die Frage, wer gemäss den Patienten die Qualifikation aufweist, über die Datenfreigabe zu entscheiden. Hinsichtlich der Frage, ob der Datenschutz im Rahmen des elektronischen Patientendossiers gewährleistet ist, zeigen verschiedene Befragungen widersprüchliche Resultate: So geben in der Befragung «Öffentliche Meinung e-Health 2015» 70 Prozent der Teilnehmenden an, Vertrauen in die Einhaltung des Datenschutzes zu haben (Golder u.a., 2013), während beim «Gesundheitsmonitor 2014» lediglich 41 Prozent darauf Datenschutzes vertrauen (gfs.bern, 2014).

Diese Resultate zeigen, dass die grundlegenden Prinzipien beim Aufbau des elektronischen Patientendossiers sowie der Datenschutz des EPDG weiterhin kommunikativ bearbeitet werden müssen. Ziel ist es, ein grösseres Verständnis zu schaffen und in weiterer Folge das Vertrauen in den Datenschutz zu erhöhen. Eine der grössten Herausforderungen wird sein, eine Balance zwischen kontrolliertem Datenzugriff und der gleichzeitigen Verfügbarkeit der Daten für die Behandelnden zu finden.

Die Etablierung von neuen Arbeitsweisen ist besonders in komplexen Systemen wie dem Gesundheitswesen eine ebenso komplexe Angelegenheit. Auch die Tatsache, dass viele kleine Einheiten (wie bspw. Arztpraxen und Apotheker) mit umfangreichen Änderungen konfrontiert sind, führt dazu, dass sich der Prozess als langwierig herausstellt. Generell muss beachtet werden, dass die Informationstechnik – isoliert betrachtet – wenig Nutzen stiftet. Das elektronische Patientendossier

ist daher nicht lediglich als technisches Hilfsmittel zu betrachten. Vielmehr ist es Ausdruck eines übergreifenden Kulturwandels im Rahmen der Digitalisierung des Gesundheitswesens, welcher Fachpersonen und Patienten gleichermaßen betrifft (Berner Zeitung, 2015a).

Die Änderung der Arbeitsweise braucht insbesondere bei den Behandelnden viel Zeit und wird nur akzeptiert, wenn der Nutzen offensichtlich ist. Dieser Nutzen fällt aber zeitlich hinter umfangreiche Investitionen, da die Kosten für den Aufbau unmittelbar anfallen. Hier gilt es, die mittel- und langfristige Realisierung des Nutzens zu vermitteln. In diesem Punkt ist auch eine gewisse staatliche Führung unabdingbar: Die grössten Erfolgspotentiale liegen in neuen Formen der Zusammenarbeit (wie bspw. Austausch von Dokumenten, Einsicht in Befunde anderer Spitäler, Übermittlung ärztlicher Verordnungen in die Apotheke, etc.). Da der Hauptnutzen im Bereich der Patientensicherheit und Versorgungsqualität erwartet wird (und weniger in finanziellen Einsparungen) braucht es staatliche Führung und (Mit-)Finanzierung.

Erfolgreiche Umsetzungsprojekte, der Wille zur Zusammenarbeit und eine breit abgestützte Meinungsbildung sind deshalb wichtige Erfolgsfaktoren. Ein weiterer kritischer Erfolgsfaktor, der zukünftig an Bedeutung gewinnen wird, ist die Förderung und Forderung einer Kultur der Zusammenarbeit bei den Behandelnden. Aktuelle Abgeltungssysteme (z.B. Einzelleistungstarife) berücksichtigen dies laut der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) bis dato zu wenig (GDK, 2013).

3.3 Personelles und Human Resources

Die Schweizer Spitäler haben ein turbulentes Jahr hinter sich. Medienwirksame Spitalzusammenschlüsse, Kündigungswellen und Wechsel in prestigeträchtigen Positionen sind nur einige Beispiele der Ereignisse des vergangenen Jahres. In diesem Abschnitt werden einige der wichtigsten Ereignisse der Branche in den Bereichen Personelles und Human Resources vorgestellt. Zudem gibt die Tabelle am Ende des Kapitels einen Überblick über die beliebtesten Arbeitgeber im Schweizer Gesundheitswesen.

Im September 2015 waren im Schweizer Gesundheitswesen 5'725 Arbeitslose registriert. Das sind 21 mehr als im Vormonat und 322 mehr als im Vorjahresmonat. Diese Daten gab das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO, 2015) bekannt. Die Arbeitslosigkeit in der Branche hat damit im 10-Jahres-Vergleich einen Höchststand erreicht. Die Kurve weist seit 2011 stetig nach oben. Im Gesundheits- und Sozialwesen lag die Zahl der Arbeitslosen im September

Erneut mehr Arbeitslose in der Gesundheits- branche

2015 bei 11'221 Personen. Auch hier ist ein klarer Anstieg zu erkennen. Die Arbeitslosenquote in der Branche liegt bei 3 Prozent und damit leicht unter der Schweizer Gesamtquote von 3,2 Prozent (SECO, 2015). Wie das Amt für Wirtschaft und Arbeit (AWA, 2015) mitteilt, ist vor allem im Kanton Zürich die Arbeitslosigkeit in den letzten Monaten in den Gesundheitsberufen, vorwiegend den Pflegeberufen, stark gestiegen. So waren im September 2015 im Kanton Zürich 976 Arbeitslose aus dem Gesundheitswesen gemeldet (gegenüber 881 im September 2014). Im Gesundheits- und Sozialwesen zusammen wurden im Kanton 1'919 Arbeitslose gezählt, gut 7 Prozent mehr als im Vorjahresmonat (AWA, 2015).

Diese Entwicklung überrascht, da in der Schweiz unterdessen über einen Fachkräftemangel im Pflegebereich geklagt wird (siehe Kapitel 5.2).

Wie lässt sich die Koexistenz dieser beiden Phänomene erklären? Nach Ansicht von Irene Tschopp, Mediensprecherin des AWA, ist ein Grund in der hohen Zahl von Quereinsteigern in diesem Berufsfeld zu suchen. Die strukturellen Rahmenbedingungen wie der Schichtbetrieb und die schwierige Vereinbarung mit dem Familienleben führen dazu, dass diese Personen den Pflegeberuf bald wie-

der aufgeben, was zu einer hohen Fluktuationsrate führt. Roland Brunner vom Verband des Personals öffentlicher Dienste (VPOD) nennt die harten Arbeitsbedingungen des Pflegeberufs bei einem vergleichsweise bescheidenen Lohn als eine Erklärung für diese Tatsache.

Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen – insbesondere der Arbeitszeiten und des Salärs – seinen deshalb erste Massnahmen, um diese Entwicklung einzudämmen (SRF, 2016).

Über dieses Thema berichtete der Tages-Anzeiger im Kommentar der kantonsrätlichen Aufsichtskommission zum Jahresbericht 2014.

Die Zahlen des Geschäftsberichts des USZ (2015) zeigen ein angespanntes Bild: Die Nettofluktuationsrate unter den Pflegekräften lag für das Jahr 2014 bei 17,1 Prozent. Das bedeutet, dass in diesem Jahr knapp jede sechste Pflegekraft ihre Stelle am USZ gekündigt hat. Im Vergleich zu 2013 ist die Rate damit nochmals um 2,6 Prozent gestiegen. Die durchschnittliche Betriebszugehörigkeit in dieser Berufsgruppe ist allerdings gestiegen

Universitätsspital Zürich: Sehr hohe Fluktuation in der Pflege

und liegt bei 7,5 Jahren. Dies lässt darauf schliessen, dass die erhöhte Fluktuation in den ersten Berufsjahren stattfindet.

Die Aufsichtskommission Bildung und Gesundheit (ABG, 2015) sieht folgende Gründe für die hohe Fluktuationsrate: die Marktsituation, die Anstellungsbedingungen sowie häufig stattfindende Projekte am USZ. Die Marktsituation ist besonders im Bereich spezialisierter Fachkräfte wie dem Intensiv- und Operationspersonal angespannt,

da auch dieser Bereich von einem Personalmangel betroffen ist.

Zudem werben Temporärfirmen Pflegepersonal ab, indem sie mit der Möglichkeit locken, die Arbeitszeiten individueller zu gestalten.

Diese Firmen «vermieten» das Pflegepersonal an die Spitäler, was das USZ teuer zu stehen kommt. Aufgrund des Defizits an qualifiziertem Fachpersonal ist diese Option zwar teurer, aus Mangel an Alternativen häufig aber die einzige Option.

Ein weiterer Grund wird

in den Anstellungsbedingungen des Universitätsspitals gesehen. Diese sind, was Lohn, Ferien, etc. anbelangt, im Vergleich zu anderen Gesundheitseinrichtungen im Kanton verbesserungswürdig. In diesem Zusammenhang wurden bereits einige Massnahmen getroffen bzw. geplant. Eine Vorkehrung betrifft die Änderung des Personalreglements des Universitätsspitals. Dadurch erhofft

sich das USZ mehr Spielraum bei den Anstellungsbedingungen zu erhalten. Konkret soll dadurch bspw. die Möglichkeit entstehen, den Angestellten fünf statt vier Wochen Ferien zu ermöglichen. Als ein dritter Grund für die hohen Fluktuationszahlen wird auch die Vielzahl von Projekten

angegeben, die im USZ durchgeführt werden: So sind die Pflegenden häufig mit Prozessanpassungen konfrontiert.

Die Umsetzung des Skill-Grade-Mix nahm in der jüngsten Vergangenheit eine wichtige Rolle ein. Diese Umstellung führt dazu, dass gewohnte Tätigkeiten und Arbeitsweisen aufgegeben werden mussten.

Die Bereitschaft, sich zu ändern, ist nicht bei allen Beteiligten gleich stark ausgeprägt, was zum Wechsel dieser Personen führen kann.

Eine Umfrage des auf Employer Branding spezialisierten Beratungsunternehmens Universum (2016) untersuchte

Welche Arbeitgeber sind im Schweizer Gesundheitswesen am beliebtesten?

Tabelle 1: Arbeitgeber-Ranking

UNTER STUDIERENDEN: DAS SIND DIE ATTRAKTIVSTEN ARBEITGEBER IM SCHWEIZER GESUNDHEITSWESEN

Rang	Arbeitgeber-Ranking 2016	Vergleich zum Ranking 2015
1	Universitätsspital Zürich	unverändert
2	Inselspital, Universitätsspital Bern	unverändert
3	Hirslanden Kliniken	unverändert
4	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	unverändert
5	Kinderspital Zürich	(+2)
6	Universitätsspital Basel	(-1)
7	Internationales Komitee vom Roten Kreuz (IKRK)	(+1)
8	Novartis	(+2)
9	Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	(-3)
10	Roche	(neu)

die Attraktivität der Schweizer Arbeitgeber für Studierende (Tabelle 1). Für die Befragung wurden die Angaben von 14'500 Studierenden und Hochschulabsolventen aus 139 verschiedenen Studienrichtungen und 57 Universitäten ausgewertet: Den Teilnehmenden wurde die Frage gestellt, welches Unternehmen für sie der ideale Arbeitgeber wäre. Dabei zeigt der Platz eins im Vergleich zum Vorjahr ein unverändertes Bild: Das USZ geht erneut als Spitzenreiter hervor. Unverändert liegen das Inselspital Bern, die Hirslanden-Kliniken sowie das Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) auf den Plätzen Zwei bis Vier.

Die aktuelle Situation im Schweizer Gesundheitswesen zeigt, dass dessen Akteure um das verbliebene und zukünftige Personal buhlen. In der Branche ist allerdings die Erkenntnis, dass dies eine strategische Verankerung benötigt, erst seit wenigen Jahren vorhanden. Sollte sich der Fachkräftemangel weiter verschärfen, werden sich Spitäler gemäss Biernoth (2016) zukünftig intensiver mit dieser Problematik auseinandersetzen müssen. In diesem Zusammenhang gewinnt die Arbeitgebermarkenpositionierung (Employer Branding) an Bedeutung (Fréchette, Bourhis, & Stachura, 2013; Heilmann, 2010;

Mitchell, 2008). Dies ermöglicht vor allem eine raschere Besetzung vakanter Stellen, die Erhöhung der Mitarbeiterbindung, geringere Krankenstände sowie eine Verbesserung des Images des Spitals. Eine langfristige Personalplanung sowie die Nutzung von Personal als strategische Ressource und damit als Wettbewerbsfaktor können der Unterversorgung von Fachpersonal entgegenwirken (Biernoth, 2016).

4. Best Practices – Innovative Projekte aus der Praxis

Die in diesem Kapitel vorgestellten Best Practices geben einen Einblick in besonders innovative Fälle der Schweizer Spitalpraxis. Die Auswahl der Best Practices im Schweizer Spitalwesen gründet auf den drei Dimensionen des ELS-Modells (Angerer & Liberatore, i.E.). Das Modell vereint die zahlreichen Disziplinen aus der Betriebswirtschaft in den drei Hauptdimensionen Entwickeln, Leisten und Steuern (Abbildung 10).

Entwickeln – Unternehmen können auf einem freien Markt langfristig nur existieren, weil es Kunden gibt, die bereit sind, für ihre Produkte und Dienstleistungen zu bezahlen. Manager haben also die Aufgabe, grundsätzlich zu entscheiden, auf welchem Markt sie mit welchen Produkten und Dienstleistungen tätig sein wollen. Damit erfasst die Dimension Entwickeln klassische Fragestellungen aus dem Bereich Strategie, Marketing, Vertrieb sowie Forschung und Entwicklung.

Leisten – Diese Dimension umfasst alle Aspekte, die notwendig sind, um die Produkte und Dienstleistungen zu erstellen. Dazu werden Gebiete wie der Einkauf, die Produktion und das Prozessmanagement gezählt.

Steuern – Sobald eine Unternehmung aus mehr als einer Person besteht, ist es notwendig, über Organisationsform und Führungsaspekte nachzudenken. Die Hauptfragen hierbei sind, wie die verschiedenen Mitarbeitenden in der Unternehmung miteinander in Beziehung stehen, welche Aufgaben sie übernehmen, wie ihre Leistungserbringung gesteuert werden

den kann. Insofern erfasst die Dimension Steuern Aspekte aus dem Bereich Führung, Controlling und Organisationslehre.

Im Folgenden zeigen drei Best Practice-Beispiele aus den drei Bereichen Entwickeln, Leisten und Steuern, wie die Umsetzung dieser Dimensionen in der Praxis erfolgreich gelingen kann (Tabelle 2).

Abb. 10

DIE DIMENSIONEN DES ELS-MODELLS

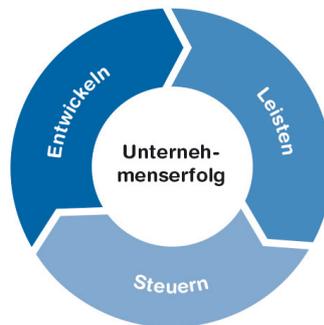


Tabelle 2: Fallstudien-Übersicht

DAS ELS-MODELL IM SPITALKONTEXT

	Forschungsfrage	Fallstudie
Entwickeln – Das Ziel der Reise bestimmen Strategie, Marketing	Wie können Simulationstrainings in der Akutmedizin die Patientensicherheit erhöhen?	Simulationstrainings zur Kompetenz-Verbesserung interprofessioneller Teams
Leisten – Die Dienstleistungen und Produkte herstellen Operations Management, Prozess Management	Wie kann die Zusammenarbeit zwischen Spital und Krankenversicherer optimiert werden?	Kooperation statt Konfrontation – Das Potential einer neuen Form der Zusammenarbeit zwischen Spital und Krankenversicherung
Steuern – Das Unternehmen führen und überprüfen Organisation, Führung, Controlling	Welche Vorteile und Einsatzmöglichkeiten hat der IT-unterstützte Einsatz von Assessments und Scores in der Medizin?	Motivierendes Feedback für Patienten

4.1 Entwickeln: Simulationstrainings zur Verbesserung kommunikativer und klinischer Kompetenzen interprofessioneller Teams in der Akutmedizin

Bastian Grande, Michaela Kolbe, Mona Weiss

4.1.1 Ausgangslage

Die Forschung zur Patientensicherheit hat in den vergangenen Jahrzehnten eindrucksvoll gezeigt, welche grosse Rolle die Zusammenarbeit im Team sowohl für die Sicherheit der Patienten als auch für die Zufriedenheit des medizinischen und pflegerischen Personals spielt (Salas, Rosen & King, 2007). Besonders in der Akutmedizin sind die Herausforderungen für Teams besonders hoch: Die Patienten sind schwerkrank, das Arbeitsumfeld ist risikoreich und die Teams haben häufig keine Zeit, sich überhaupt als Team zu formen, sondern werden ad hoc zusammengestellt (Manser, 2009).

Eine Möglichkeit, diese Teams zu unterstützen, bieten Simulationstrainings, in denen – in Analogie zur Aviatik – das Lernen nicht am echten, sondern am simulierten Patienten stattfindet und das Management von kritischen Situationen geschult werden kann (Eppich, Howard, Vozenilek & Curran, 2011).

Das Hauptziel bestand darin, ein Simulationstraining zu entwickeln und zu implementieren, das weder ein nur «so tun als ob» ist, noch ein rein technisches Skills-Training oder ein vom klinischen Fall losgelöstes Kommunikationstraining beinhaltet. Die Absicht war, ein nachhaltiges und integratives Trainingskonzept umzusetzen, welches klinische Fertigkeiten (z.B. das Durchführen einer Narkose bei einem Patienten mit unerwartet schwierigem Atemweg) mit behavioralen Kompetenzen (z.B. effektive Zusammenarbeit im Team während der Narkose) kombiniert und den Teilnehmenden eine anregende Lernumgebung bietet.

Damit geht die Entwicklung weit über die blosser Anschaffung eines Full-Scale-Patientensimulators hinaus.

Basierend auf aktueller Literatur zu Simulationstrainings (Brett-Fleegler et al., 2012; Rudolph, Simon, Rivard, Dufresne & Raemer, 2007) wurden drei nachhaltige Prozesse identifiziert, die im Rahmen von Simulationstrainings umgesetzt wurden: erstens ein fundiertes und praktisches Design der Simulationsszenarien, zweitens strukturierte Debriefings (Nachbesprechungen) der Szenarien mit innovativen Methoden und drittens die formative Evaluation der Trainings und speziell der Debriefings, um die Qualität nachhaltig zu verbessern.

4.1.2 Projektbeschreibung

Das Projekt wurde in einer interprofessionellen Projektgruppe (Anästhesisten und Psychologen) entwickelt, in Zusammenarbeit mit dem Simulationszentrum des Universitätsspitals Zürich durchgeführt und vom Schweizerischen Nationalfonds gefördert (SNF, Grant Nummer 100014_138545/1). Das Simulationszentrum verfügt über einen Full-Scale-Patientensimulator (SimMan3G, Laerdal®). Am Patientenmodell wird in der nachgebildeten Arbeitsrealität des Operationssaales, des Aufwachraumes, der Intensivstation oder des Patientenzimmers die Koordination eines medizinischen Teams während eines Notfalls (z.B. Herzstillstand, starke Blutung) geübt.

Entwicklung einer Methode zum fundierten und praktikablen Design der Simulationsszenarien

Für die nachhaltige Erstellung der Szenarien wurden PARTS (Phase Augmented Research and Training Scenarios) entwickelt. 6 PARTS basieren auf hierarchischer Aufgabenanalyse und erlauben die systematische Aufarbeitung von kritischen Vorfällen und Berichten aus dem CIRS Meldesystem (CIRS = Critical Incident Reporting System) bzw. deren Umsetzung in standardisierte Lernziele. Dadurch kann jedes Szenario in Phasen eingeteilt werden, denen klare Lernziele zugeordnet werden. Die Messung der Erreichung dieser Lernziele ist sowohl für das Debriefing als auch für die Evaluation wesentlich.

In den Szenarien trainieren realistisch zusammengestellte Teams (bestehend aus Oberarzt, Assistenzarzt und Fachpflegeperson).

Es wurden sequentiell vier Szenarien an einem Tag durchgeführt. Jedes Szenario dauerte 15 bis 30 Minuten und wurde von erfahrenen und in Simulation speziell ausgebildeten Instruktoren erstellt und eingespielt. Die Simulation wurde auf Video aufgezeichnet und im Anschluss fand ein durch Instruktoren geleitetes Debriefing statt.

Entwicklung eines strukturierten Debriefing-Tools mit innovativen Methoden

Während des Debriefings wird der Zusammenhang des klinischen und behavioralen Verhaltens im Szenario im Blick auf die Lernziele diskutiert. Die im Szenario erlebten Lernziele sollen reflektiert und von den Teilnehmenden in den klinischen Alltag integriert werden können. Dafür wurden Team-GAINS entwickelt, indem Methoden der systemischen Familientherapie (Schlippe & Schweitzer, 2007) in bestehende Debriefing-Methoden (Rudolph et al., 2007; Smith-Jentsch, Cannon-Bowers, Tannenbaum

& Salas, 2008) zu einem innovativen Debriefingtool integriert wurden (GAINS=Guided team self-correction, Advocacy-Inquiry, Systemic-constructivist) (Abbildung 11). Die Debriefings führten ein ärztlicher Instruktor und eine Psychologin durch.

Formative Evaluation der Trainings und speziell der Debriefings

Zu Beginn der Trainings, nach jedem Debriefing und am Ende des Trainings füllten die Teilnehmenden und die Instruktoren validierte Fragebögen via iPad aus, die der Qualitätskontrolle der Trainings dienten. Speziell für die Evaluation des Debriefings wurde die deutsche Version des DASHs (Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare) verwendet, welches in intensivem Austausch am Center for Medical Simulation in Boston entwickelt wurde.

Abb. 11: TeamGAINS

TEAMGAINS – DEBRIEFING GUIDELINE

Kolbe, Weiss, Grote, Knauth, Dambach, Spahn & Grande, 2013



4.1.3 Outcome

Die Entwicklung und Umsetzung von PARTS und TeamGAINS sowie die kontinuierliche Evaluation führten zu drei Hauptergebnissen: Erstens erlaubt PARTS ein systematisches Übertragen von CIRS-Fällen in Simulationsszenarien. Dadurch sind die Szenarien sehr realitätsnah. Durch die phasenweise Aufteilung der Szenarios konnten sowohl die Messung als auch das Rating der Szenarios spezifiziert, während des laufenden Szenarios live durchgeführt und für die anschließenden Debriefings verwendet werden. PARTS ermöglichte auch die Vergleichbarkeit von Teams, schliesst somit eine Lücke in der Performance-Auswertung komplexer Szenarien und stellt eine innovative Methode des Szenariodesigns dar (Schick, Weiss & Kolbe, i. E.).

Zweitens stellt das neu entwickelte Debriefingtool TeamGAINS (Abbildung 11) einen integrativen Leitfaden

zum Debriefing von Simulationstrainings dar. Es bietet Simulationsinstruktoren eine konkrete Anleitung in Hinblick darauf, a) was trainiert werden soll, b) wie positives und negatives Feedback in einer nicht verletzenden, aber ehrlichen Form zur Sprache kommen kann und c) wie das Gespräch geführt werden kann, um die Lücke zwischen klinischer Performance und Teamverhalten zu schliessen (Kolbe et al., 2013). TeamGAINS erfreut sich regen Interesses in der internationalen Simulationswelt.

Drittens ermöglicht die kontinuierliche Evaluation des Debriefings anhand des DASHs, die Debriefings fortlaufend auf ihre Effektivität hin zu überprüfen. Auch die nach TeamGAINS geführten Debriefings werden sehr positiv bewertet (Abbildung 12).

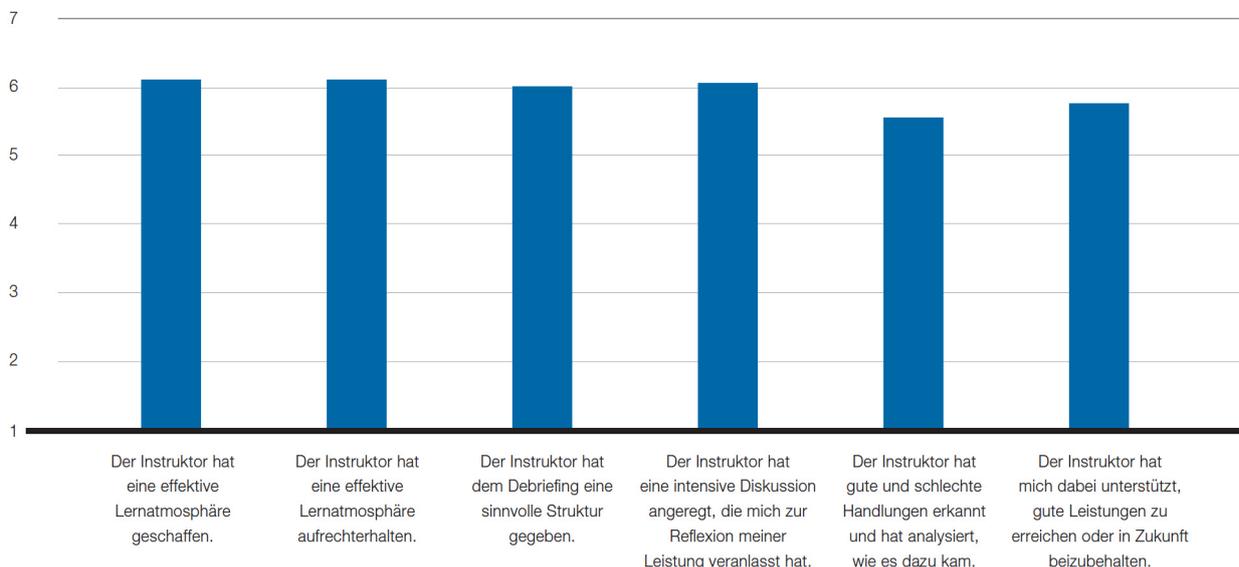
Massgebend für den Erfolg des Projektes war auch ein fortlaufendes Debriefing der Projektmitarbeitenden

Abb. 12

EVALUATION DER DEBRIEFINGS WÄHREND EINES TRAININGS IM MÄRZ 2013

anhand des DASHs N=48

Skala von 1 (extrem ineffektiv/schädlich) bis 7 (aussergewöhnlich effektiv/hervorragend)



untereinander, in welchem die Debriefings kritisch diskutiert wurden.

Durch die Kombination der beiden neu entwickelten Methoden PARTS und TeamGAINS mit dem DASH konnten die Simulationstrainings am UniversitätsSpital Zürich erfolgreich strukturiert werden. Die Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Simulationen kann nun gewahrt werden, die Trainings sind messbar geworden und die Debriefings nach TeamGAINS sind eine durch DASH messbare Verbesserung gegenüber unstrukturierten Debriefings oder reinen Feedback-Runden.

Durch diese Trainingsstruktur konnte die Ausbildung von Pflegenden, Assistenzärzten und Kaderärzten am UniversitätsSpital Zürich entscheidend verbessert und die Qualität der Simulation erhöht werden. Der Einsatz der entwickelten Methoden ist nicht auf das UniversitätsSpital Zürich beschränkt, diese stehen kostenfrei zum Einsatz zur Verfügung.

4.1.4 Lessons Learned

Die Simulationstrainings sind mittlerweile für jede Klinik des Universitätsspitals Zürich verpflichtend, die Methoden des PARTS, TeamGAINS und der DASH werden in diese Trainings integriert. So wird nicht nur die Qualität der Simulationstrainings messbar und erhöht, sondern auch die Feedbackkultur im klinischen Alltag verbessert: Sämtliche Mitarbeiter des Universitätsspitals werden in den Debriefings geschult, effektives Feedback zu geben.

In diesem Sinne wird ab Mitte 2016 ein ebenfalls vom SNF gefördertes Projekt beginnen: Die Simulationsteilnehmer werden geschult, Debriefings nach TeamGAINS selbst durchzuführen. Diese Debriefings werden dann in Form von sogenannten «After Action Reviews» nach kritischen Situationen in der Klinik in gleicher Form eingesetzt. Damit wird es selbst Teams in der Akutmedizin möglich sein, das zugrundeliegende Problem, den sprichwörtlichen «Elefanten im Raum», anzusprechen und dadurch mehr Sicherheit im Arbeiten zu erreichen.

4.2 Leisten: Kooperation statt Konfrontation – Das Potential einer neuen Form der Zusammenarbeit zwischen Spital und Krankenversicherung

Robin Schmidt

4.2.1 Ausgangslage

Die Schnittstelle zwischen Spital und Krankenversicherung verursacht auf beiden Seiten hohen administrativen Aufwand. So benötigen alleine die Ärzte in einem Akutspital 6,3 Prozent ihrer Arbeitszeit für die Schnittstelle mit den Krankenversicherern (Golder et al., 2014).

In den zahlreichen administrativen Abteilungen des Spitals, wie beispielsweise der Patientenadministration oder der Abrechnung, gehört der Informationsaustausch mit den Versicherungen sogar zum Kerngeschäft. Und auch auf der Seite der Krankenversicherer fallen enorm hohe Aufwände an. Alleine die seriöse Überprüfung der Rechnung eines Privatpatienten, welcher stationär im Spital war, dauert durchschnittlich 15 bis 20 Minuten. Durch die Einführung der Fallpauschalen hat der administrative Aufwand sogar noch zugenommen (Meyer, Golder & Longchamp, 2014).

Aus diesen Gründen beschlossen ein Kantonsspital und eine Krankenversicherung gemeinsam neue Wege in der Zusammenarbeit zu beschreiten. Unter der wissenschaftlichen Begleitung des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG) wurde das Projekt «Neue For-

men der Zusammenarbeit» gestartet. Ziel des Projektes war es, die unnötige Bürokratie zu eliminieren und auf der Basis von gegenseitigem Vertrauen und einem übergeordneten Controlling die Zusammenarbeit an der Schnittstelle zu revolutionieren.

4.2.2 Projektbeschreibung

Das Projekt lief in vier Phasen ab (Abbildung 13). Eine Ist-Analyse erfasste sämtliche Schnittstellen systematisch. Zahlreiche Interviews wurden geführt und Kennzahlen erhoben. Auf dieser Basis erfolgten eine Analyse der Prozesse und eine Festlegung der Priorisierung. Im Rahmen der Konzeption wurden in mehreren Workshops mit den Prozessinvolverten die neuen Soll-Prozesse definiert und anschliessend als Pilot umgesetzt.

Der Aufbau eines Controlling-Systems, welches die Auswirkungen der optimierten Prozesse misst, half sowohl dabei den Nutzen zu quantifizieren als auch bei der Identifikation allfälliger unerwünschter Auswirkungen. Ein Jahr nach dem Start der neuen Prozesse ist eine umfassende Evaluation geplant, in welcher die Effizienz- und die Qualitätsgewinne erhoben werden.

Als Basis für die Optimierung dient das aus der Industrie stammende EVA-Prinzip. EVA steht für Eliminieren, Vereinfachen, Automatisieren.

Nach dieser Logik erfolgte die Analyse eines jeden Prozesses. In erster Linie wurde geprüft, was passiert, wenn man den Prozess ersatzlos eliminiert. Zeigte sich, dass

Abb. 13

PROJEKTPHASEN DES PROJEKTS «NEUE FORMEN DER ZUSAMMENARBEIT»



dies nicht möglich ist, weil der Prozess für den Patienten einen Nutzen generiert oder für andere Prozesse zwingend nötig ist, wurde versucht, den Prozess so weit als möglich zu vereinfachen. Wenn eine Vereinfachung ohne technische Hilfsmittel ebenfalls nicht realisierbar war, wurde als letzte Option eine Automatisierung geprüft, um den Prozessaufwand zu minimieren.

Die Analyse ergab neun Hauptprozesse im Rahmen der operativen Schnittstellen Kostensicherung, Rechnungsprüfung und Zahlungsabwicklung (Abbildung 14). Diese Prozesse wiesen starken Optimierungsbedarf auf und verursachten genug Aufwand, damit sich eine umfassende Optimierung lohnte.

Abb. 14

ÜBERGREIFENDE PROZESSE BEI SPITÄLERN UND KRANKENVERSICHERERN



Die Optimierung der Prozesse ergab folgendes:

Eliminieren: Nebst einigen doppelspurigen Prozessen konnten auch Teilprozesse identifiziert werden, welche keinen Mehrwert generierten. Ein exemplarisches Bei-

spiel dafür ist das Mahnwesen, wo man den Versand von ersten Mahnungen ersatzlos streichen konnte, ohne dass dadurch eine Verschlechterung der Zahlungsdauer entstand. Es handelt sich dabei um eine simple Optimierung, welche jährlich mehrere tausend Briefe einspart, die vorher generiert, gedruckt, versendet, geöffnet und gelesen werden mussten.

Vereinfachen: Der Aufwand für die Prüfung der Rechnungen an die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) von stationär aufgenommenen Patienten der Krankenversicherung am Kantonsspital verursachte für die beiden Organisationen einen monatlichen Aufwand von rund 75 Stunden.

Durch die Substituierung der laufenden Rechnungsprüfung durch regelmässige Prüfbesuche, bei welchen die Fachspezialisten der Krankenversicherung vor Ort ausgewählte Fälle überprüfen, konnte der Aufwand um ganze 90 Prozent reduziert werden.

Automatisieren: Für stationäre Rehabilitationen sind komplexe Kostengutsprachen-Gesuche nötig, welche durch den Vertrauensarzt beurteilt werden. Weiter bestehen auch gesetzliche Vorschriften, welche die Bewilligung solcher Kostengutsprachen regeln. In diesem Fall waren weder eine Eliminierung noch eine Vereinfachung des Prozesses zielführend. Im Rahmen eines Pilotprojektes entwickelte das WIG zusammen mit dem Vertrauensarzt ein Excel-basiertes Tool. Dieses kann aufgrund von vom Vertrauensarzt festgelegten Kriterien den Rehabilitationsbedarf bei ausgewählten Eingriffen automatisch beurteilen.

Das Tool wird vom Sozialdienst des Spitals bedient und verkürzt die Durchlaufzeit von teilweise mehreren Tagen auf wenige Minuten. Dadurch können Rehabilitationen ra-

scher in die Wege geleitet werden, was insbesondere für den Patienten einen grossen Nutzen stiftet.

4.2.3 Outcome

Durch das Projekt konnten zahlreiche quantitative und qualitative Erfolge erzielt werden. Durch die Optimierung der Schnittstelle wurde der Aufwand der überarbeiteten Prozesse stark reduziert.

Eine provisorische Evaluation ergab auf Seiten des Spitals eine Zeiteinsparung von rund 80 Prozent, während auf Seiten der Krankenversicherung gut 70 Prozent des Aufwandes eingespart werden konnte. Diese Einsparungen betreffen nicht nur die Administration, sondern auch die Ärzte, deren Aufwand für Kostengutsprachen, Verlängerungsgesuche und Rückfragen teilweise vollständig eliminiert oder zumindest stark reduziert wurde. Die Einsparungen erlauben es den Organisationen, die freigewordenen Ressourcen für wertschöpfende Tätigkeiten einzusetzen. Durch die Kooperation konnte zudem das gute Verhältnis der beiden Organisationen ver-

tieft werden. Der organisationsübergreifende Austausch zwischen den Mitarbeitenden während des Projektes half auch, das mangelhafte gegenseitige Prozessverständnis zu verbessern.

4.2.4 Lessons Learned

Das Aufbrechen von alten Paradigmen ist eine grosse Herausforderung, welche nur durch einen starken Einbezug der Mitarbeitenden auf sämtlichen Ebenen gelingen kann. Eine weitere Herausforderung besteht in der Umstellung auf einen separaten Prozess für einen einzelnen Krankenversicherer respektive ein einzelnes Spital. Selbst ein besserer Prozess kann im Endeffekt aufwändiger sein, wenn er nur auf einen kleinen Anteil der Fälle angewendet werden kann. Aus dieser Perspektive ist es für beide Organisationen interessant, die optimierten Prozesse auch mit anderen Partnern umzusetzen. Zu diesem Zweck wird in der bevorstehenden Evaluation auch geprüft werden, ob eine Ausweitung dieser neuen Form der Zusammenarbeit auf weitere Partner möglich und sinnvoll ist.

4.3 Steuern: Motivierendes Feedback für Patienten

Alexandre de Spindler

4.3.1 Ausgangslage

Das Erfassen und Auswerten von Informationen über den Körper spielt bei der medizinischen Prävention, Intervention und Rehabilitation eine wichtige Rolle. Zum Beispiel können mithilfe von tragbaren Sensoren Veränderungen in der Gangart frühzeitig erkannt und weniger invasive Therapien vorbeugend eingesetzt werden.

Verschiedene kommerziell erhältliche Produkte ermöglichen die Beobachtung und Auswertung von sportlichen Aktivitäten, was deren Besitzer zu effizienterem Training motivieren kann. Eine umfangreiche Sammlung von Beurteilungskriterien (Assessments) und Bewertungsmethoden (Scores) dienen z.B. in der Ergo- und Physiotherapie der Auswahl von Therapien, dem Beobachten des Rehabilitationsverlaufs und dem Vergleich der Effektivität unterschiedlicher Interventionen und Therapien.

Ein aktuelles Beispiel aus der Physiotherapie-Forschung betrifft die Einschätzung der Wettkampftauglichkeit bei Spitzensportlern: Mit eigens dafür entwickelten Assessments und Scores soll quantitativ untersucht werden, ob der Entscheid über einen Wiedereintritt in den Wettkampf basierend auf der Erfüllung messbarer Kriterien eine höhere Validität geniesst, als wenn dies nur aufgrund der seit der Intervention verstrichenen Zeit entschieden wird.

4.3.2 Projektbeschreibung

Mit einer kontinuierlichen Reihe von Studentenprojekten (BSc- und MSc-Arbeiten) und in Zusammenarbeit mit Forschungsabteilungen verschiedener Spitäler werden die Möglichkeiten der IT-Unterstützung beim Einsatz von Assessments und Scores sowie bei deren Nutzung erkundet. Bei den bisherigen Arbeiten standen folgende zwei Fragestellungen im Zentrum.

1) Wie kann die Vergleichbarkeit der erfassten Daten bei gleichzeitiger Individualisierung des Informationssystems sichergestellt werden?

Trotz der Vielfalt existierender Assessment-Werkzeuge gibt es keines, welches in allen Fällen alle Bedürfnisse deckt. Ein Assessment wird in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren wie z.B. der behandelten Beschwerde, der eingesetzten Therapie und der zu unterstützenden Entscheidung ausgewählt. Gleichzeitig soll die Vergleichbarkeit innerhalb der gesammelten Daten gefördert werden, damit Heilungsverläufe verglichen, Normwerte gewonnen und Studien zur Effektivität und Effizienz von Interventionen und Therapien durchgeführt werden können. Folglich stellt sich die Frage, ob ein Informationssystem einerseits die Vielfalt der Erfassung und andererseits die Homogenisierung der erfassten Daten unterstützen kann.

2) Können die im Assessment erfassten Daten auch im Rahmen der Therapy Compliance genutzt werden?

Obwohl die Ärzte und Therapeuten mittels individualisierter Assessments und Scores Interventionen und Therapien auswählen, deren Verlauf beobachten und deren Effektivität untersuchen können, bedarf es für eine partielle oder vollständige Genesung in vielen Fällen auch einer Teilnahme des Patienten. Dabei geht es vor allem darum, dass die Patienten die Therapien befolgen und allenfalls beeinträchtigendes Verhalten vermeiden (Therapy Compliance). Hier stellt sich somit die Frage, ob die im Rahmen von Assessments erfassten Daten dafür eingesetzt werden können, die Patienten dazu zu motivieren, die Therapie zu befolgen.

4.3.3 Outcome

Als Antwort auf die erste Frage wurde ein System entwickelt, mit dem beliebige Assessments definiert werden können. Ein Arzt oder Therapeut kann für einen Patienten und eine eingesetzte Therapie ein Assessment-Werkzeug gestalten und erhält im Gegenzug eine patienten- und therapiespezifische Erfassungsmaske, welche vom System dynamisch generiert wird. Die mit dieser Maske erfassten

Daten werden unabhängig vom Assessment abgelegt und können folglich mit allen in diesem System abgelegten Daten verglichen werden. Für die Auswertung können beliebige Scores definiert werden, welche die erfassten Daten transformieren, aggregieren und deren zeitlichen Verlauf quantifizieren. Des Weiteren können beliebige Gruppen von Patienten gebildet werden, innerhalb derer solche Scores verglichen werden können (Abbildung 15).

Die Antwort auf die zweite Frage ist eine Erweiterung des oben beschriebenen Informationssystems, womit unterschiedliche Modelle der Verhaltenssteuerung für die Erhöhung der Therapy Compliance ausgewählt, konfiguriert und eingesetzt werden können. Allen gemeinsam ist die Grundlage, dass unterschiedliche Patiententypen auf unterschiedliche Anreizformen ansprechen. Ein Arzt oder Therapeut kann mit dem System einen Patienten einem Patiententyp zuweisen, und das System generiert ein auf diesen Typ zugeschnittenes, motivierendes Feedback in Form von Quantifizierungen, Visualisierungen und Vergleichen. Weil

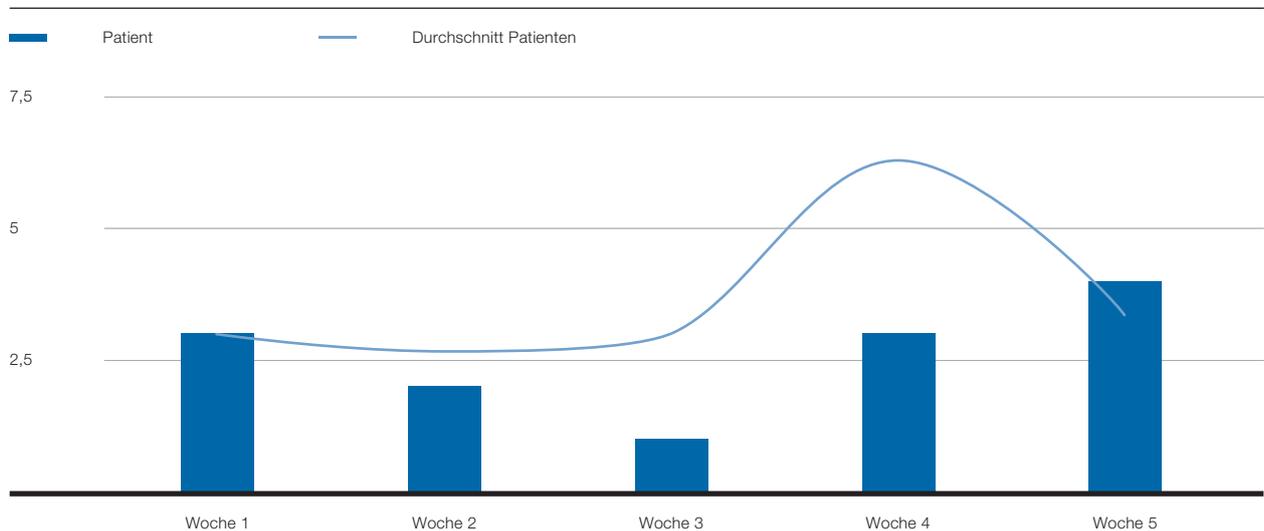
dieser Ansatz auf den zuvor beschriebenen, individualisierten Assessments und Scores aufbaut, können mit diesem System patienten- und therapiespezifische Erfassungen und Auswertungen vorgenommen und für die Gestaltung von individualisierten Anreizsystemen eingesetzt werden.

4.3.4 Lessons Learned

Im Rahmen von mehreren BSc- und MSc-Arbeiten konnten neue Lösungen zur Unterstützung und Nutzung von Assessments und Scores in Zusammenarbeit mit Forschungsabteilungen von Spitälern konzipiert und untersucht werden. Dies zeigt auf, dass mit Studierendenprojekten relevante Fragestellungen bearbeitet sowie Lösungsideen entwickelt und deren Nutzen untersucht werden können. Weil die klinischen Forschungsabteilungen sich typischerweise den medizinischen Fragestellungen widmen, kann mit solchen Projekten der sinnvolle Einsatz der Informatik günstig, aber effektiv erkundet werden. Die Studierenden und Betreuungspersonen freuen sich über sinnvolle Anwendungsmöglichkeiten der Informatik.

Abb. 15

VISUALISIERUNG VON SCORES (PATIENT) UND DEREN VERGLEICH INNERHALB EINER PATIENTENGRUPPE (DURCHSCHNITT PATIENTEN)



5. Zukunftsperspektiven des Schweizer Spitalwesens

Die Veränderungen im Gesundheitssektor sind allgegenwärtig und massiv – dies trifft insbesondere auch auf den Spitalsektor zu. Die vorherrschende Dynamik im Spitalmarkt birgt neben einem zunehmenden Anpassungsdruck aber auch Chancen und Potenziale. Um langfristig erfolgreich bestehen zu können, gilt es, diese Dynamiken aktiv zu beobachten und frühzeitig zu erkennen, um rechtzeitig innovative und zukunftsfähige Geschäftsmodelle sowie Versorgungsformen zu entwickeln bzw. zu adaptieren.

Aufgrund der Vielschichtigkeit des Spitalsektors wirken entsprechend viele Trends und Strömungen auf die zukünftigen Entwicklungen ein. Wie das Spital von morgen aussieht, lässt sich anhand von Trends prognostizieren. Dadurch können Aussagen darüber getroffen werden, welche Entwicklungen die zukünftigen Spitalstrukturen massgeblich beeinflussen. Die Entwicklungen des

Schweizer Spitalwesens wurden in den letzten Jahren in zahlreichen Studien (Wunsch, Buchmann und Wedel, 2014; BAG, 2013; NZZ, 2015) eingehend analysiert. Im folgenden Kapitel werden die zentralen Erkenntnisse vorgestellt. Tabelle 3 zeigt einen Überblick über diejenigen Trends, die in den untersuchten Studien häufig Gegenstand der Analyse waren. Aus den einzelnen Kategorien wurde jeweils ein zentraler Trend ausgewählt und vorgestellt. Diese Trends repräsentieren wichtige Felder mit aktuellem Handlungsbedarf im Spitalsektor.

Mittels einer strukturierten Mediensuche im Medienpool der Datenbank Factiva (Details zur Methodik: siehe Anhang) wurden die aus der Literatur abgeleiteten Trends dahingehend untersucht, wie sich die Berichterstattung zu den unterschiedlichen Themen im Verlauf der Jahre 2013 bis 2015 entwickelte. Dadurch konnte quantifiziert werden, inwiefern sich das öffentliche Interesse und die mediale Berichterstattung im Verlauf der Zeit veränderten.

Tabelle 3: Trendübersicht

DIE ZENTRALEN TRENDS IM ÜBERBLICK

Technologische Trends

Beziehen sich auf die Nutzung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien wie bspw. das elektronische Patientendossier im Bereich e-Health

Die digitale Transformation durch e-Health schreitet voran

Personelles und Human Resources (HR)

Umfassen die wichtigsten Neuerungen in Bereich personeller Strukturen (bspw. Ausbau des Skill-Grade-Mix)

Der Fachkräftemangel spitzt sich zu

Spitalleistungen und Wettbewerb

Umfassen Themen wie Leistungsabgeltung, Optimierung der finanziellen Führung, vermehrte Zusammenarbeit (integrierte Versorgung), Investitionsbedarf und Bauboom in der Gesundheitsbranche

Sinkende Fallpreise zwingen zu höheren Fallzahlen

Gesellschaftliche Entwicklungen

Demografische Veränderung, Änderungen des Patientenverhaltens, Individualisierung, Gesundheitskompetenz, gestiegene Komfort- und Serviceansprüche

Im Spital der Zukunft dreht sich alles um den anspruchsvollen Patienten

5.1 Technologische Trends: Die Digitale Transformation durch E-Health

5.1.1 Kernaussage

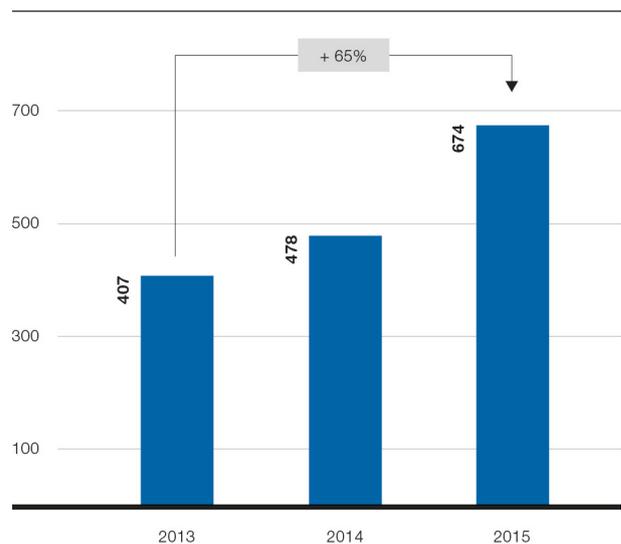
Der Trend zur Digitalisierung in der Leistungserbringung bietet eine grosse Chance in Bezug auf eine Optimierung der Prozesse und den Abbau von nicht wertschöpfenden Doppelspurigkeiten. Durch die Digitalisierung von Gesundheitsdienstleistungen sollen Gesundheitsinformationen zur richtigen Zeit am richtigen Ort zur Verfügung stehen. Davon profitieren Patienten und Leistungserbringer. Vor allem auf bürokratischer Ebene können Prozesse durch eine einheitliche Digitalisierung im Gesundheitssystem verbessert und Doppelspurigkeiten vermieden werden. Das aufwändige Ausfüllen von Formularen bei einem Krankenkassen-, Arzt- oder Kantonswechsel beispielsweise entfällt durch eine einheitliche Digitalisierung. Der Patient erhält zusätzlich selbst Einsicht in seine medizinischen Daten. Dadurch wird nicht zuletzt auch die Transparenz für den Patienten erhöht. Die digitale Transformation bringt insbesondere auch dann Vorteile, wenn schnell gehandelt werden muss. In Notfällen ermöglicht e-Health eine effiziente Versorgung. Unter dem Begriff e-Health werden alle elektronischen Gesundheitsdienste zusammengefasst.

«Mit einer Kombination der elektronischen Datenverarbeitung und dem digitalen Austausch dieser Informationen werden die Abläufe im Gesundheitswesen verbessert und die Beteiligten vernetzt: Patienten, Ärzte, Therapeuten, Versicherte, Versicherungen, Labors, Apotheken, Spitäler und Pflegende», so Schmid (2010, S. 49). Auch der Trend hin zu Smartphone-, Tablet- und Smartwatch-Applikationen im Bereich der Gesundheitsfürsorge gewinnt immer mehr an Bedeutung. So bietet m-Health⁴ als Untergebiet des e-Health Patienten verschiedene Anwendungsmöglichkeiten: Mit Hilfe die-

ser Technologie können vom Patienten selbst relevante Werte wie Blutdruck oder Körpertemperatur anhand von mobilen Geräten erfasst und überprüft werden. M-Health-Applikationen können aber auch als Erinnerung zur Medikamenteneinnahme dienen und so dem Patienten den Umgang mit einer Krankheit erleichtern. Obwohl eine einheitliche Digitalisierung der Gesundheitsdienstleistungen Anfangsinvestitionen erfordert, kann davon ausgegangen werden, dass die Gesundheitskosten mit dem Umstieg – langfristig gesehen – sinken werden. Prozesse können effizienter gestaltet, die Zahl der Fehler redu-

Abb. 16

VERGLEICH DER MEDIALEN BERICHT- ERSTATTUNG (ANZAHL MEDIENBEITRÄGE) ZUM THEMA «DIGITALE TRANSFORMATION» IN DEN JAHREN 2013–2015



ziert und Doppelspurigkeiten vermieden werden (Savini, 2011).

5.1.2 Analyse der Berichterstattung

Dass uns der Trend der digitalen Transformation durch e-Health nicht nur bereits erreicht hat, sondern auch in Zukunft noch intensiv beschäftigen wird, spiegelt sich auch in der Berichterstattung wider. Die Zahl der Medienbeiträge hat sich in den vergangenen drei Jahren von 407 auf 674 erhöht. Die bereits ausführliche Berichterstattung

4 M-Health ist ein Teilbereich des e-Health. Darunter versteht man «sämtliche medizinische Verfahren und Praktiken der Gesundheitsfürsorge, die durch Mobilgeräte wie Mobiltelefone, Patientenüberwachungsgeräte, persönliche digitale Assistenten (PDA) und andere drahtlos angebundene Geräte unterstützt werden» (Peters & Klenke, 2016, S. 110).

im Jahr 2013 hat demnach bis ins Jahr 2015 noch einmal erheblich zugenommen. Dieses Ergebnis verdeutlicht zum einen, welche grosse Bedeutung der Digitalisierung im Gesundheitssystem zugesprochen wird, und zum anderen, dass die Digitalisierung damit unweigerlich auch ein wichtiges Thema für die Schweizer Gesundheitsbranche darstellt.

5.2 Personelles und HR: Der Fachkräftemangel spitzt sich zu

5.2.1 Kernaussage

Vom zunehmenden Problem, vakante Stellen mit geeigneten Fachkräften zu besetzen, ist in der Schweiz über alle Branchen hinweg der Gesundheitssektor am stärksten betroffen. Kombiniert mit den sinkenden Geburtenzahlen leidet die Gesundheitsbranche also doppelt unter der demografischen Entwicklung. Dieses Problem wurde nicht zuletzt durch das Ja zur Initiative gegen Masseneinwanderung 2014 verschärft. Die bisher verbreitete Methode, Personal im Ausland zu rekrutieren, dürfte nach der Annahme der Masseinwanderungsinitiative weniger Erfolg bringen. Viele Leistungserbringer und Krankenversicherer beschäftigen Ausländer, weil sie auf dem Schweizer Arbeitsmarkt kein qualifiziertes Personal finden können. Folgendes Beispiel aus dem Universitätsspital Basel spricht für sich: Von den 6'300 Personen, die im Universitätsspital Basel arbeiten, sind insgesamt 45 Prozent Ausländer. Von den 950 Ärzten und den rund 2'000 Pflegekräften stammen jeweils fast 50 Prozent aus dem Ausland. Eine wichtige Gruppe unter den Arbeitnehmern stellen die Grenzgänger dar; sie nehmen bei den 6'300 Angestellten einen Anteil von 19 Prozent ein (NZZ, 2014). Verschiedene Hochrechnungen und Prognosen zeigen, dass sich der Fachkräftemangel in den nächsten Jahren weiter zuspitzen wird. So gehen die Experten einer Tagung der Organisation der Arbeitswelt (OdA) Gesundheit beider Basel im Jahr 2014 davon aus, dass in Spitälern, Pflegeheimen und bei der Spitex bis zum Jahr 2030 etwa 120'000 bis 190'000 Personen rekrutiert werden müssen (Der Bund, 2014). Von einem Zusatzbedarf von 25'000 Fachkräften bis 2020 in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen, Spitex-Diensten sowie im privaten ambulanten Sek-

tor wird in einer Bestandsaufnahme der Beschäftigungssituation von Wunsch et al. (2014) ausgegangen⁴. Hinzu kommt ein Ersatzbedarf von ca. 60'000 Fachkräften infolge bis dahin eintretender Pensionierungen. Geht man von einem unveränderten Pflegebedarf aus, ergibt sich ein Zusatzbedarf von 48'000 Fachkräften. Gemäss dieser Einschätzung müssten bis 2020 etwa 85'000 bis 108'000 neue Fachkräfte im Schweizer Gesundheitsbereich eingestellt werden. Eine weiterführende Analyse der Autoren ergibt einen gesamten Bedarf an neuen Fachkräften bis 2030 von 120'000 bis 190'000 Personen. Die in der Einleitung besprochene demografische Entwicklung wirkt sich insbesondere auf den Bedarf an qualifizierten Pflegekräften und Medizinerinnen aus. Der Arbeitskräftebedarf steigt demgemäss insbesondere mit der Anzahl älterer Personen in der Bevölkerung, da diese in der Regel mehr Gesundheitsdienstleistungen benötigen als jüngere (Biernoth, 2016; Wunsch et al., 2014).

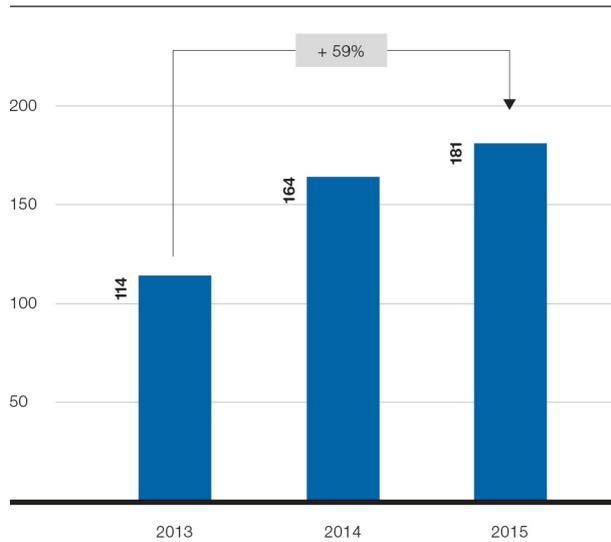
5.2.2 Analyse der Berichterstattung

Die Analyse der Berichterstattung zeigt ein eindeutiges Ergebnis (Abbildung 17). Der Mangel an qualifizierten Fachkräften beschäftigt die Schweiz im zunehmenden Masse. Während 2013 noch 114 Berichte zum Thema publiziert wurden, stieg die Anzahl der Veröffentlichungen innerhalb zweier Jahre um knapp 60 Prozent an (181 Treffer für das Jahr 2015). Während Publikationen aus dem Jahr 2013 häufig noch als problembeschreibend klassifiziert werden können (Beschreibung des Status quo, Hochrechnungen über zukünftigen Bedarf), legen aktuelle Berichte den Fokus vermehrt auf die gezielte und strukturierte Auseinandersetzung mit der Fragestellung auf Ebene der HR-Verantwortung im Spital.

⁴ Die Aussagen der Studie werden unter Berücksichtigung der Annahme der Alterung der Bevölkerung getroffen (Verkürzung der Hospitalisationsdauer und Verschiebung der Inanspruchnahme von Langzeitpflege in höheren Alterskategorien).

Abb. 17

**VERGLEICH DER MEDIALEN BERICHT-
ERSTATTUNG (ANZAHL MEDIENBEITRÄGE)
ZUM THEMA «FACHKRÄFTEMANGEL»
IN DEN JAHREN 2013–2015**



5.3. Spitalfinanzierung und Wettbewerb: Sinkende Fallpreise zwingen zu höheren Fallzahlen

5.3.1 Kernaussage

In einer Umfrage von PwC (PwC, 2015) wurden CEOs der Schweizer Spitäler und Kliniken zu den zentralen Erwartungen an die Zukunft der Branche befragt. Eine Fragestellung beschäftigt sich mit der Einschätzung zur Ent-

wicklung der ambulanten und stationären Fallzahlen und -preise (Abbildung 18).

Ein Grossteil der Befragten (90 bzw. 76 Prozent) gibt an, dass die Fallzahlen in der ambulanten sowie der stationären Versorgung steigen werden. Diese Aussage wurde sowohl über den Spitalmarkt Schweiz im Allgemeinen wie auch über das jeweils eigene Spital getätigt.

Ein weniger deutliches Bild liefert die Frage nach der Entwicklung der Preise für ambulante und stationäre Leistungen: Ca. jeweils ein Drittel der Befragten geht hier davon aus, dass es zu einer Preissteigerung im ambulanten sowie im stationären Bereich kommt. Die Mehrheit (52 Prozent) nimmt an, dass die Preise für ambulante Leistungen sinken werden. Knapp ein Fünftel rechnet mit einer Zunahme der ambulanten Preise.

5.3.2 Analyse der Berichterstattung

Die Auswertung (Abbildung 19) zeigt, dass das Thema nicht an Bedeutsamkeit verliert. Nach einer geringen Abnahme medialer Beiträge im Jahr 2013 wurden 2015 208 Beiträge zum Thema «sinkende Fallpreise» und «höhere Fallzahlen» veröffentlicht. Das heisst, dass im Verlauf der letzten zwei Jahre rund 40 Prozent mehr Beiträge veröffentlicht wurden. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass das öffentliche Interesse an dieser Thematik gross ist. Die Ergebnisse lassen zudem darauf schliessen, dass sich die Situation weiter verschärft, sodass sich Spitäler intensiv mit dieser Problematik werden auseinandersetzen müssen.

Abb. 18

**ERWARTETE ENTWICKLUNG FALLZAHLEN UND PREISE
IN DEN NÄCHSTEN 3–5 JAHREN**

Datenquelle: PwC, 2015

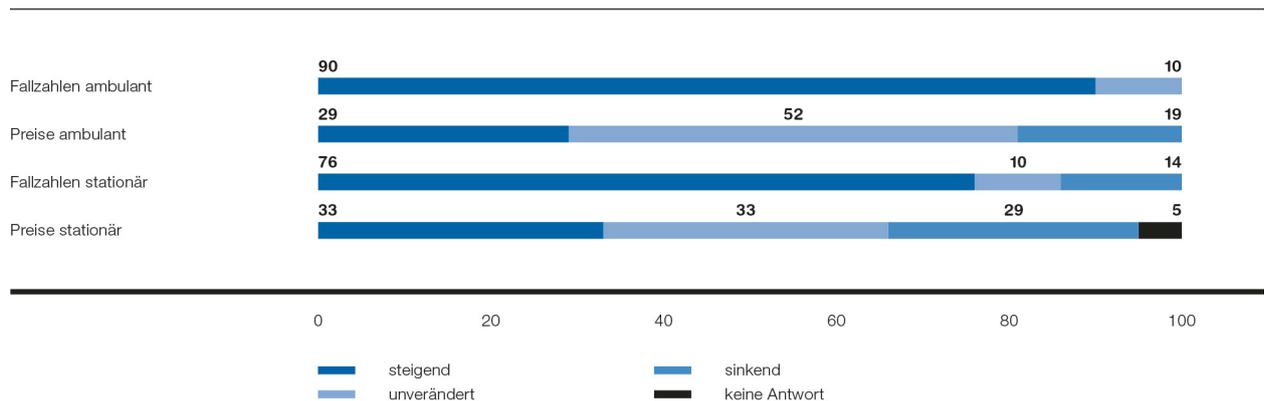
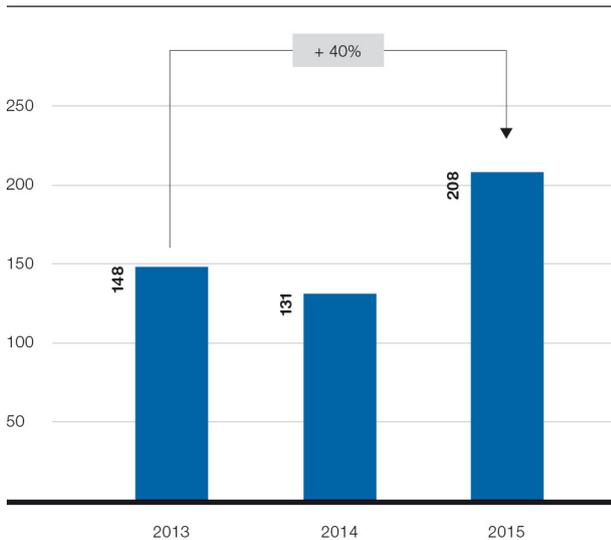


Abb. 19

VERGLEICH DER MEDIALEN BERICHT- ERSTATTUNG (ANZAHL MEDIENBEITRÄGE) ZUM THEMA «SINKENDE FALLPREISE» UND «HÖHERE FALLZAHLEN» IN DEN JAHREN 2013–2015



5.4 Gesellschaftliche Entwicklung: Im Spital der Zukunft dreht sich alles um den anspruchsvollen Patienten

5.4.1 Kernaussage

Ganzheitliche Management-Philosophien wie Lean Hospital oder Patient Centric Design, die den Patienten in den Mittelpunkt aller Aktivitäten setzen, gewinnen immer mehr an Bedeutung. Führende Spitäler haben dies längst in ihre Leitprinzipien aufgenommen. Ein Ziel dabei ist, das – besonders im Gesundheitswesen stark verbreitete – Silodenken abzubauen und nicht-wertschöpfende Prozesse zu reduzieren. Hier soll nicht der Patient seine Wege und Bedürfnisse um das System herum organisieren, sondern umgekehrt: Das System organisiert sich um den Patienten und dieser rückt damit ins Zentrum aller Aktivitäten. Dem zukünftigen Spitalpatienten wird demnach eine Kundenrolle im Spital zugesprochen, die auf allen Ebenen sowie in allen Prozessen und Strukturen konsequent berücksichtigt wird. Durch die Wahrnehmung des Patienten als Kunden stehen die Patientenerlebnisse, seine Erwartungen und Sicherheit im Vordergrund (Liberatore & Vetterli, 2016). Nach einer Einschätzung der Future-Hospital-Commissi-

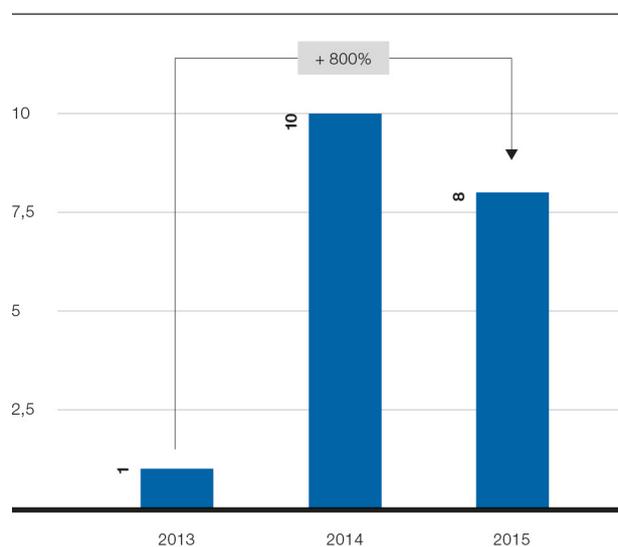
on von Grossbritannien weist das Patientenerlebnis sogar denselben Stellenwert auf wie die Qualität der medizinischen Versorgung. Auch hier zeigt die Befragung der PwC (2015), dass die Spitaldirektoren von einer starken Veränderung im Spitalmarkt ausgehen, bei welcher der Patient und die Effizienz im Vordergrund stehen. Das Motto für die Zukunft lautet demnach «Patient First» – nicht nur in den Leitprinzipien, sondern auch im gelebten Klinikalltag.

5.4.2 Analyse der Berichterstattung

Die Auswertung zeigt, dass die Thematik «der Patient im Zentrum» noch wenig Beachtung findet (Abbildung 20). So wurde 2013 nur ein Artikel gefunden, der den vordefinierten Suchkriterien entsprach. Die Beiträge stiegen zwar bis zum Jahr 2015 um das Achtfache an, jedoch liegt die Relevanz des Themas mit acht Veröffentlichungen im Jahr 2015 noch in einer sehr überschaubaren Gröszenordnung. Dies überrascht vor allem dahingehend, als dass viele Spitäler in ihren Leitlinien klar von einem «patientenzentrierten Spital» oder vom «Patienten im Mittelpunkt» sprechen. Diese Tatsache legt die Vermutung nahe, dass dieses Phänomen noch häufig mehr in der

Abb. 20

VERGLEICH DER MEDIALEN BERICHT- ERSTATTUNG (ANZAHL MEDIENBEITRÄGE) ZUM THEMA «DER PATIENT IM ZENTRUM» IN DEN JAHREN 2013–2015



Theorie als in der Praxis besteht, wie bspw. eine Studie von Angerer, Liberatore & Brand (2016) zeigt: Von 86 untersuchten Studien zum Thema «Lean Transformation» befassen sich acht Prozent mit direkten Patienten-Outcomes. Lediglich 13 Prozent der Studien beziehen indirekte Effekte auf die Qualität der Patientenversorgung mit ein. In diesem Zusammenhang sollte vor allem die wissenschaftlich fundierte Forschung vorangetrieben werden, welche diese Ansätze mit (quantifizierten) Untersuchungen belegt.

5.5 Das Spital der Zukunft: Trends der nächsten Jahre

In diesem Kapitel soll die Frage angegangen werden, wie das Spital der Zukunft aussehen könnte bzw. von welchen Entwicklungen es massgeblich beeinflusst wird. Dazu wurde von den Autoren im ersten Schritt eine Literaturanalyse vorgenommen. Im folgenden Kapitel wird eine Auswahl einiger aus der Literaturanalyse gewonnenen Trends näher beschrieben. Bei diesen Trends kann davon ausgegangen werden, dass sie die Entwicklungen des Schweizer Spitalwesens beeinflussen werden (Tabelle 4). Im nächsten Schritt wurden diese Trends von Experten der Spitalpraxis beurteilt (siehe Kapitel 5.5.2).

5.5.1 Methodik

Um eine möglichst praxisnahe Einschätzung dieser aus der Literaturanalyse gewonnenen Trends und Innovationen zu gewährleisten, wurden die Experten des Netzwerk Gesundheitsökonomie Winterthur befragt (NGW) (Mitgliederliste: siehe Anhang).

Die Trends wurden von den Mitgliedern des NGW in einer schriftlichen Befragung hinsichtlich zweier Fragen eingeschätzt:

1. Handelt es sich hierbei tatsächlich um einen massgeblichen Trend, der auch für Schweizer Spitäler von Bedeutung ist?
2. Welche Auswirkungen hat dieser Trend/ diese Innovation auf die Kosteneffizienz und die Qualität im Spital?

Durch die Quantifizierung der Ergebnisse schafft das Instrument einen Überblick über wichtige Entwicklungen im Schweizer Spitalwesen und gibt die grobe Richtung der verschiedenen strategischen Handlungsbereiche wieder. Aus den identifizierten Trends lassen sich Handlungsempfehlungen ableiten, welche im folgenden Kapitel aufgeführt werden.

Tabelle 4: Zentrale Trends im Spital

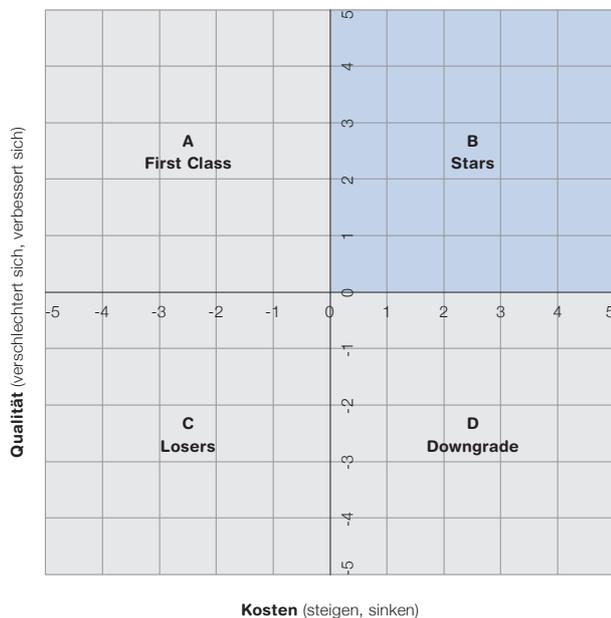
TRENDS DES SPITALSEKTORS DER NÄCHSTEN DREI BIS FÜNF JAHRE

Innovation und Technologie	Trend 1: M-Health breitet sich weiter aus Trend 2: Verstärkung des digital divide durch e-Health-Abstinenz
Personelles und HR	Trend 3: Ärztliche Aufgaben werden vermehrt an andere Berufsgruppen und Funktionen delegiertrend Trend 4: Der Umgang mit Fachkräftemangel fordert neue Massnahmen
Prozesse und Strukturen	Trend 5: Lean Management auf dem Vormarsch Trend 6: Die im Alleingang arbeitende Klinik wird zum Auslaufmodell Trend 7: Patientenhotels gewinnen an Bedeutung
Patientenbedürfnisse	Trend 8: Der Medizin-Tourismus nimmt zu, da sich Patienten auch für ausländische Leistungserbringer interessieren Trend 9: Die Spitalwahl der Patienten wird zukünftig stark von Qualitäts-Ranglisten beeinflusst

5.5.2 Ergebnisse

Abb. 21

DIE QUADRANTEN DER WIG-TRENDMATRIX UND IHRE IMPLIKATIONEN



A: First Class

Die Auswirkungen dieses Trends führen dazu, dass sich die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert. Dies allerdings zu höheren Kosten.

B: Stars

«Stars» sind die erstrebenswertesten Trends: Sie haben das Potential, sowohl die Qualität als auch die Kosteneffizienz der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

C: Losers

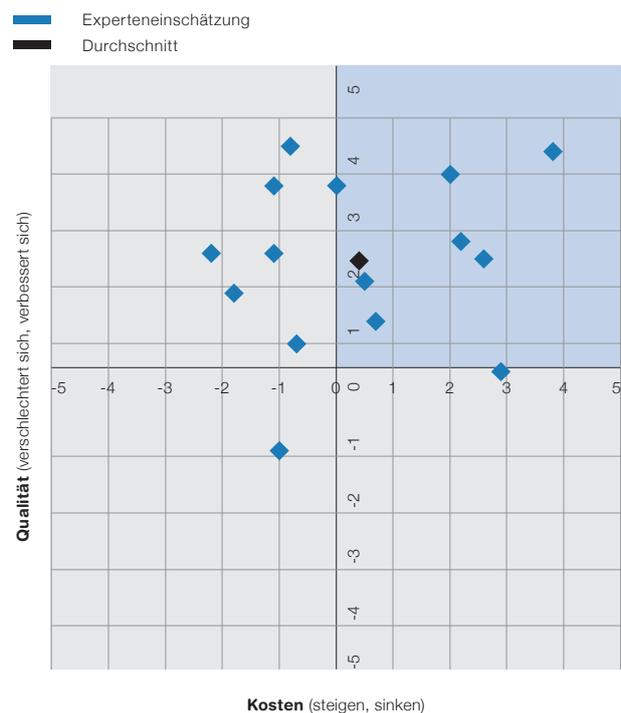
Wird davon ausgegangen, dass sowohl die Qualität als auch die Kosteneffizienz unter diesem Trend abnimmt, landet der Trend im Quadranten «C».

D: Downgrade

Führt ein Trend zu niedrigeren Kosten bei geringerer Qualität wird von einem «Downgrade» gesprochen.

Abb. 22

TREND 1 – M-HEALTH BREITET SICH WEITER AUS

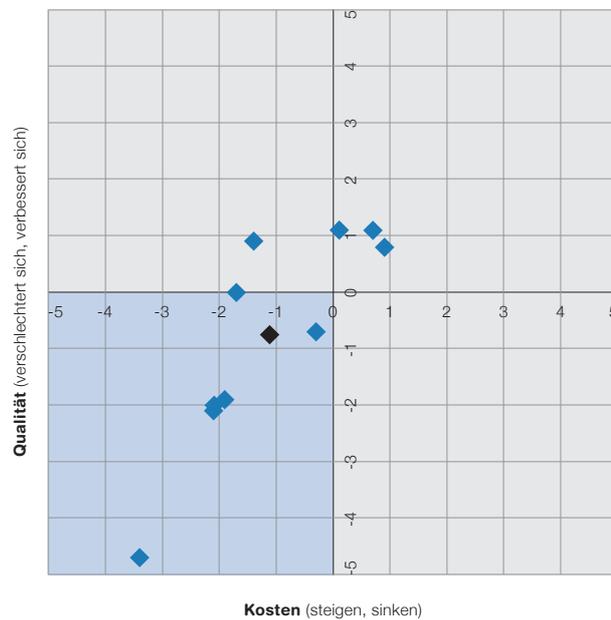


Die Trendanalyse lässt erwarten, dass Überwachungs-, Beobachtungs- und Betreuungs-Geräte beziehungsweise -Apps auch in der Schweiz vermehrt eingesetzt werden. Diese Geräte und Apps gewinnen vor allem in der Betreuung chronischer Krankheiten an Bedeutung (z.B. schicken Ärzte ihre Patienten mit EKG-Überwachungs-Tools oder Blutzucker-Trackern nach Hause). Die Auswertung (Abbildung 22) zeigt, dass sich die Mehrheit der Befragten einig ist, dass diese Entwicklung zu einer Erhöhung der Kosteneffizienz sowie einer Qualitätssteigerung führt. Die Stärke des Trends ist jedoch nur moderat ausgeprägt und liegt bei der Qualitätssteigerung im unteren Drittel sowie im Bereich der Kosteneffizienz im Mittelfeld.

Abb. 23

TREND 2 – VERSTÄRKUNG DES DIGITAL DIVIDE DURCH E-HEALTH-ABSTINENZ

■ Experteneinschätzung
 ■ Durchschnitt

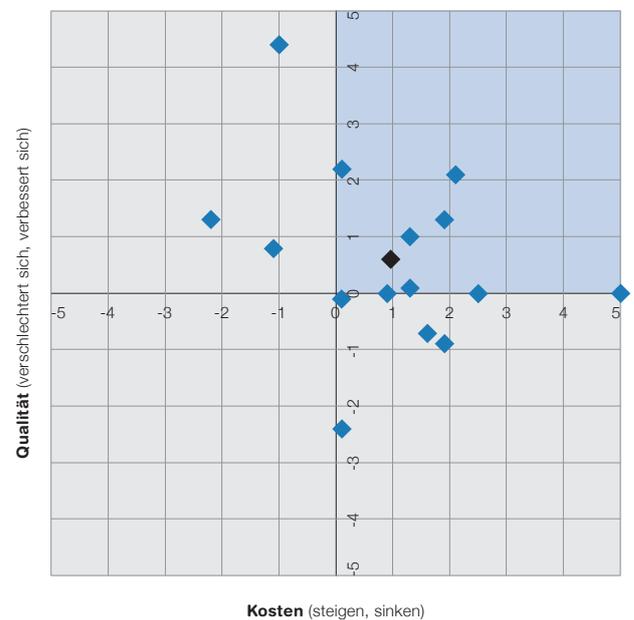


Dieser Entwicklung liegt die Annahme zugrunde, dass Patienten oder Gesundheitsfachpersonen keinen Zugang zu elektronischen Angeboten haben können oder wollen. Diese e-Health-Abstinz führt zu einer langfristigen Koexistenz von papierbasierten und e-Health-basierten Dokumenten und Abläufen, was zu einem Rückgang der Patientensicherheit und zu Ineffizienzen führt. Die Befragten sind mehrheitlich der Meinung, dass dieser Trend zu hohen Qualitätseinbussen führen kann. Einige sind jedoch der Meinung, dass diese Abstinzhaltung sogar zu einer Verbesserung der Kostensituation sowie zur Qualitätsverbesserung beitragen könnte (Abbildung 23).

Abb. 24

TREND 3 – ÄRZTLICHE AUFGABEN WERDEN VERMEHRT AN ANDERE BERUFSGRUPPEN UND FUNKTIONEN DELEGIERT

■ Experteneinschätzung
 ■ Durchschnitt



Beispielhaft für diesen Trend sind das Anbieten von Impfungen direkt in der Apotheke oder die vermehrte Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Clinical Nurses oder Physician Assistants. Hier gehen die Befragten davon aus, dass die vermehrte Delegation ärztlicher Aufgaben zu einer Steigerung der Kosteneffizienz führt (Abbildung 24). Gleichzeitig wird angenommen, dass diese Entwicklung zu einer Qualitätssteigerung in der medizinischen Versorgung führen könnte.

Abb. 25

TREND 4 – UMGANG MIT FACHKRÄFTEMANGEL (LOSER)

■ Experteneinschätzung
■ Durchschnitt

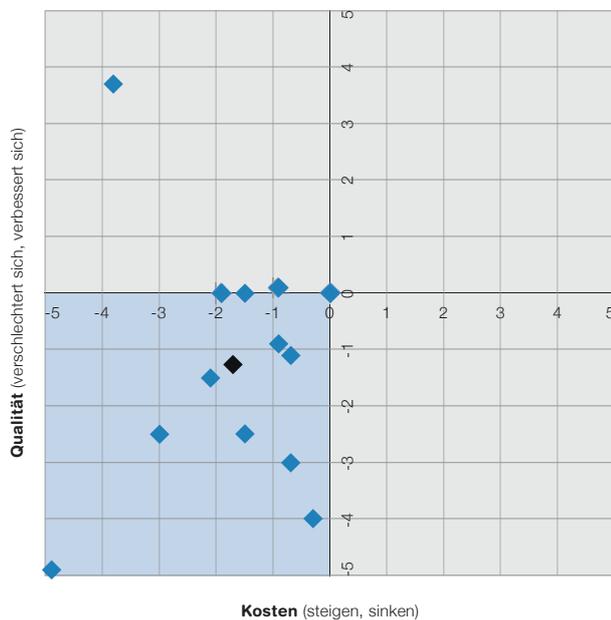
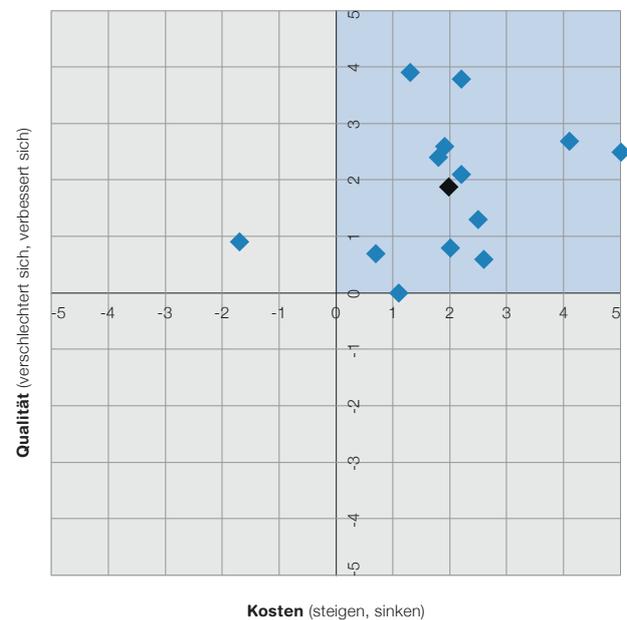


Abb. 26

TREND 5 – LEAN MANAGEMENT AUF DEM VORMARSCH (STAR)

■ Experteneinschätzung
■ Durchschnitt



In einigen aktuellen Studien wird angenommen, dass besonders für ausländische Arbeitskräfte ein Massnahmenpaket geschnürt werden sollte. Dies, um vakante Stellen im Pflegebereich langfristig kompensieren zu können.

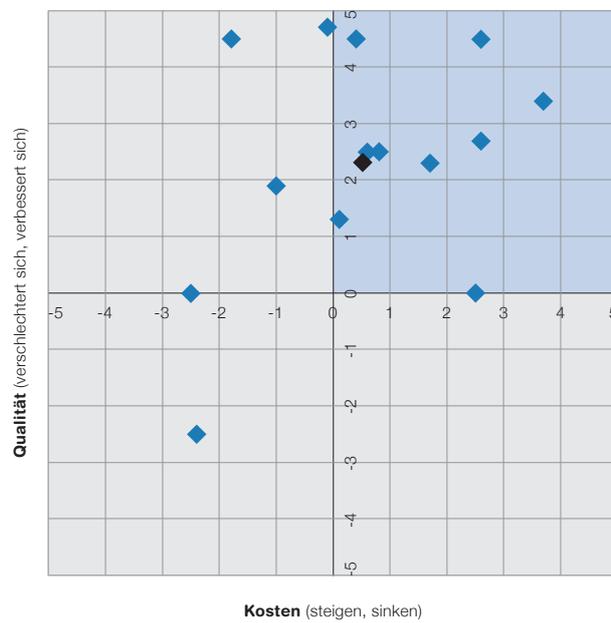
Hier geht ein Teil der Umfrageteilnehmenden davon aus, dass dieser Trend in der Schweiz (noch) nicht von grosser Bedeutung ist (Abbildung 25). Sollte dieser Trend in Zukunft bestehen, könnte dies zu einer gleichbleibenden bzw. geringeren Qualität bei gleichzeitig höheren Kosten führen, so die Meinung der Experten.

International verbreitet sich der Trend zum Lean Hospital. Auch in der Schweiz wird sich der Trend in den nächsten Jahren weiter verstärken. Zu diesem Thema herrscht unter den Experten eine mehrheitlich homogene Meinung: Es wird davon ausgegangen, dass das Managementsystem weiter Einzug in die Schweizer Spitäler halten wird (Abbildung 26). Der Grossteil der Befragten geht davon aus, dass dies sowohl zu einer Verbesserung der Kosteneffizienz als auch zu einer Qualitätsverbesserung führen wird.

Abb. 27

TREND 6 – DIE IM ALLEINGANG ARBEITENDE KLINIK WIRD ZUM AUSLAUFMODELL (STAR)

■ Experteneinschätzung
■ Durchschnitt

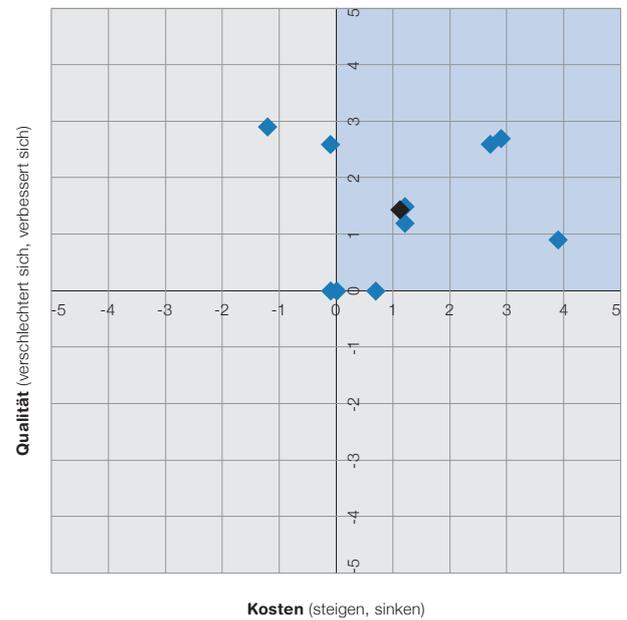


Vertikale und horizontale Integration sind zum Teil heute schon gang und gäbe. Für die nächsten drei bis fünf Jahre wird erwartet, dass die Zusammenarbeit z.B. in Form von Spitalnetzen weiter fortschreiten wird (Abbildung 27). Ein Grossteil der Befragten geht davon aus, dass dieser Trend weiterhin an Bedeutung gewinnt und Verbesserungen sowohl auf Kosten- als auch auf Qualitätsebene bringen wird.

Abb. 28

TREND 7 – PATIENTENHOTEL (STAR)

■ Experteneinschätzung
■ Durchschnitt

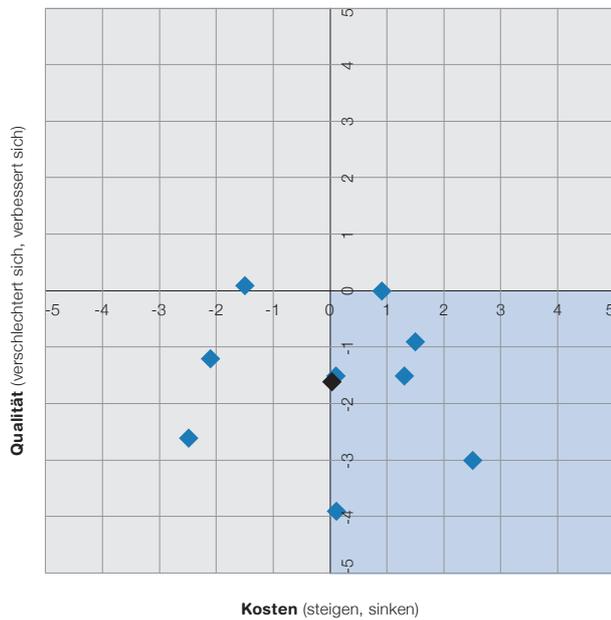


Die Kapazitäten der Spitäler, sich um die einfache Pflege von Patienten zu kümmern, nehmen ab. Patientenhotels könnten an dieser Stelle die Spitäler stark entlasten. Das Patientenhotel ist für Personen bestimmt, welche nach einem Eingriff im Spital noch nicht nach Hause dürfen, jedoch auch nicht mehr auf aufwändige Pflege im Spital angewiesen sind. Einige der Befragten sehen diesen Trend in der Schweiz als noch nicht ausgereift an (Abbildung 28). Sollte sich diese Entwicklung in den nächsten Jahren verstärken, könnte das zu Qualitäts- und Effizienzsteigerungen führen, so die Meinung der Experten.

Abb. 29

TREND 8 – MEDIZIN-TOURISMUS (DOWNGRADE)

■ Experteneinschätzung
 ■ Durchschnitt

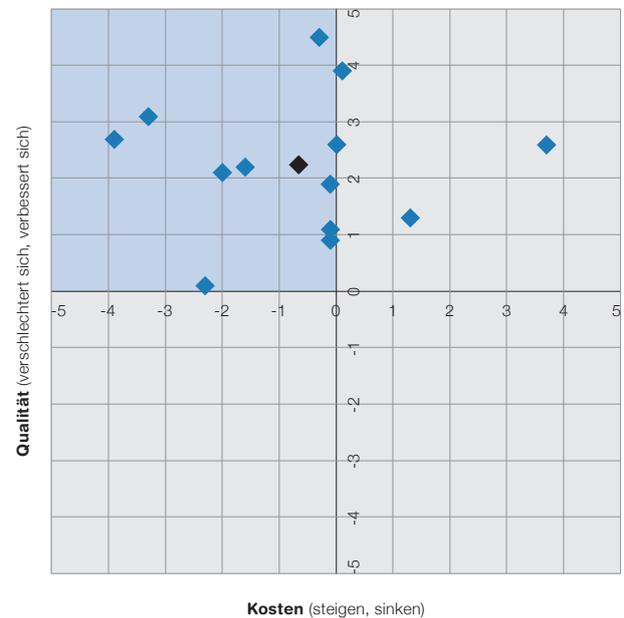


In diesem Zusammenhang wird davon ausgegangen, dass für Patienten zunehmend auch im Ausland angesiedelte Leistungserbringer interessant werden. Aufgrund kostengünstigerer Behandlungen würden sich demnach Schweizer vermehrt auch im Ausland behandeln lassen. Diesen Trend schätzen die Befragten als qualitätsgefährdend ein (Abbildung 29). Die Meinungen spalten sich im Rahmen der Kosteneffizienz: Hier werden beide Richtungen – eine Verschlechterung oder eine Verbesserung der Kosten – als mögliche Auswirkungen angegeben.

Abb. 30

TREND 9 – DIE SPITALWAHL DER PATIENTEN WIRD ZUKÜNFTIG STARK VON QUALITÄTS-RANGLISTEN BEEINFLUSST (FIRST CLASS)

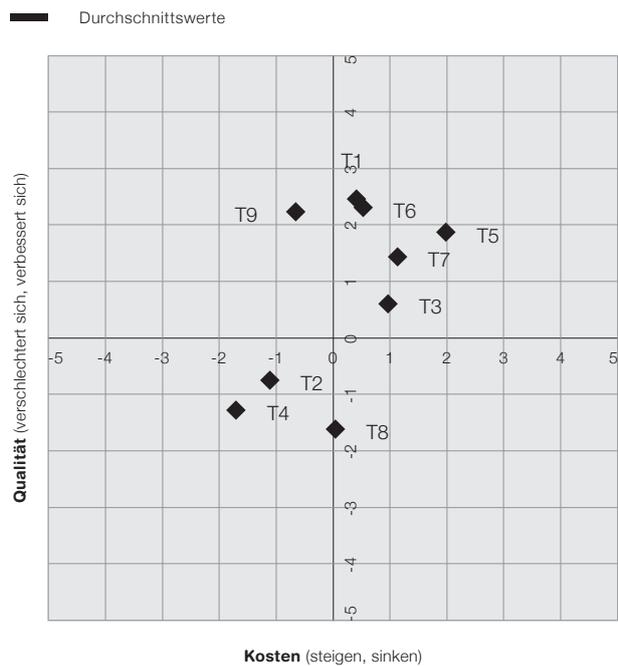
■ Experteneinschätzung
 ■ Durchschnitt



Es kann davon ausgegangen werden, dass von Seiten der Patienten zukünftig eine umfassendere Transparenz gefordert wird (bspw. im Rahmen von Preistransparenz, klaren Prozessen und zugänglichen Qualitätsmessresultaten). In diesem Kontext wird vor allem die Relevanz von Online-Ratingplattformen zunehmen. Ein Grossteil der Befragten geht hier davon aus, dass dieser Trend keine spürbaren Auswirkungen auf die Kosteneffizienz im Spital haben wird (Abbildung 30). Was die Entwicklung der Qualität betrifft, gehen die Meinungen auseinander. Jedoch geht ein Grossteil der Befragten davon aus, dass diese Entwicklung eher zu Qualitätsverbesserungen führen wird.

Abb. 31

SYNTHESE: ALLE TRENDS AUF EINEN BLICK



Die gemeinsame Betrachtung aller Trends ergibt insgesamt ein eher optimistisches Bild (Abbildung 31).

Fünf der neun Trends werden als «Stars» eingeschätzt, das heisst, sie ermöglichen eine Verbesserung der Qualität zu geringeren Kosten. Allerdings wird die Stärke der Trends für die nächsten drei bis fünf Jahre eher als schwach bis mittelmässig beurteilt. Hier gilt es, wirksame Massnahmen zu treffen, um die (Weiter-)Entwicklung dieser Trends zu fördern.

Lediglich zwei Trends werden als «Losers» eingeschätzt, d.h. als teure Trends, die gleich zeitig eine Verschlechterung der Qualität bewirken. Die Ausprägung dieser negativen Entwicklungen wird als schwach eingeschätzt. Aufgrund des als gering bewerteten Handlungsbedarfs werden für die nächsten drei bis fünf Jahre entsprechend schwache Gegensteuerungsmassnahmen erwartet.

Tabelle 5 fasst zusammen, welche der untersuchten Trends als «First Class»-Entwicklungen eingeschätzt werden, welche Trends zu geringeren Kosten bei parallel höherer Qualität in die Kategorie der «Stars» fallen, und welche Trends entweder aus Kosten- und Qualitätssicht («Losers») oder aus Qualitätssicht («Downgrade») negative Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung haben werden.

Tabelle 5: Trend-Überblick nach Quadrant

TRENDS DES SPITALSEKTORS DER NÄCHSTEN DREI BIS FÜNF JAHRE: GESAMTERGEBNIS NACH QUADRANT

First Class	Trend 9: Die Spitalwahl der Patienten wird zukünftig stark von Qualitäts-Ranglisten beeinflusst
Stars	Trend 1: M-Health breitet sich weiter aus Trend 3: Ärztliche Aufgaben werden vermehrt an andere Berufsgruppen und Funktionen delegiert Trend 5: Lean Management ist auf dem Vormarsch Trend 6: Die im Alleingang arbeitende Klinik wird zum Auslaufmodell Trend 7: Patientenhotels gewinnen an Bedeutung
Losers	Trend 2: Verstärkung des digital divide durch e-Health-Abstinenz Trend 4: Umgang mit Fachkräftemangel
Downgrade	Trend 8: Der Medizin-Tourismus nimmt zu, da sich Patienten auch für ausländische Leistungserbringer interessieren

6. Fazit und Ausblick

Der Branchenreport hat sich zum Ziel gesetzt, die Schweizer Spitalbranche anhand folgender Themenschwerpunkte zu beleuchten:

- **Wichtige Kennzahlen zur Entwicklung der Spitalbranche zu analysieren**
- **Wesentliche Ereignisse der Branche des Jahres 2015 zu identifizieren, zu beschreiben und einzuschätzen**
- **Einblicke in die Best Practices zu geben, indem innovative Projekte vorgestellt werden**
- **Eine Auswahl zentraler Trends zu beschreiben und ihre Ausprägung zu quantifizieren**

Die Analyse der aktuellen Entwicklungen zeigt, dass das Gesundheitswesen der Schweiz vor grossen Herausforderungen steht. Die heterogene, föderalistisch geprägte Struktur der Branche führt zu Insellösungen, was Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen in den Prozessabläufen zur Folge haben kann, da bspw. Skalenerträge weniger gut genutzt werden. Das hat wiederum Einfluss auf Behandlungsqualität und -sicherheit sowie die Kosten der Leistungserbringung. Dem ohnehin bestehenden massiven Kostendruck stehen gleichzeitig hohe Ansprüche an Effizienz, Qualität der Leistung und Sicherheit der Patienten gegenüber.

Die Kennzahlen der Spitäler verdeutlichen, dass sich das schweizerische Gesundheitswesen durch eine grosse Dynamik und eine rasch wachsende wirtschaftliche Bedeutung auszeichnet. Die volkswirtschaftliche Bedeutung und der damit einhergehende Nutzen wird bei der Diskussion um die vermeintliche Kostenexplosion häufig vernachlässigt. Der Nutzen ergibt sich durch individuelle Gesundheit und Lebensqualität bis ins hohe Alter. Auch die Wertschöpfung des Gesundheitssektors ist für die gesamte Bevölkerung von grosser Bedeutung.

Die starke Dynamik der Branche spiegelt sich auch in der medialen Berichterstattung wider: Im Bereich Mergers und Acquisitions war die Berner Spitalfusion zentrales

Thema. Das deutet darauf hin, dass die Konsolidierung des Marktes weiter an Bedeutung gewinnen wird. Die Berichterstattung im Bereich Innovation und Technologie zeigte, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranschreitet. Hauptthema auf diesem Gebiet war im Jahr 2015 die Verabschiedung des EPDG. Das brachte nicht nur Diskussionen rund um den Schutz sensibler Patientendaten ins Rollen, auch Chancen und Herausforderungen in der praktischen Umsetzung wurden intensiv thematisiert. Einigkeit herrscht darüber, dass gewisse Grundvoraussetzungen zur erfolgreichen Umsetzung des elektronischen Patientendossiers geschaffen werden müssen: Die Sicherstellung der Akzeptanzschaffung unter den Beteiligten, die Klärung von Fragen bezüglich des Datenschutzes sowie die Überführung und Integration des Dossiers in bestehende tägliche Prozesse sind drei dieser Voraussetzungen. Im Bereich Personelles und Human Resources wurde unter anderem über eine hohe Fluktuationsrate vor allem im Pflegeberuf berichtet.

Gleichzeitig herrscht im Gesundheitswesen ein Mangel an qualifizierten Arbeitskräften, der sich von Jahr zu Jahr verschärft. Hier kann Employer Branding als vielversprechende Entwicklung eingestuft werden. Wird die Thematik strategisch verankert, kann sich folgender Nutzen daraus ergeben: eine raschere Besetzung vakanter Stellen, die Erhöhung der Mitarbeiterbindung, geringere Krankenstände sowie eine Verbesserung des Images des Spitals. Eine langfristige Personalplanung sowie die Nutzung von Personal als strategische Ressource kann der Unterversorgung von Fachpersonal entgegenwirken.

Die vorgestellten Best Practices zeigten exemplarisch auf, wie Innovation in der Praxis funktioniert: Sei es in der Verbesserung interprofessioneller Kommunikation durch Simulationstrainings zur Erhöhung der Patientensicherheit, im Einschlagen neuer Wege im Rahmen einer vereinfachten Zusammenarbeit zwischen Spital und Versicherer oder in der Entwicklung IT-gestützter Systeme zur Erhöhung des Behandlungserfolgs einer Therapie.

Die Trendanalyse lässt darauf schliessen, dass unter anderen folgende Entwicklungen das Schweizer Spital kurz- bis mittelfristig beeinflussen werden:

- Die digitale Transformation durch e-Health schreitet voran
- Der Fachkräftemangels verschärft sich zunehmend
- Sinkende Fallpreise zwingen zu höheren Fallzahlen
- Der anspruchsvolle Patient steht im Mittelpunkt

Die WIG-Trendmatrix versucht, zwei übergreifende Fragen zu beantworten: Erstens, bei welchen der vorgestellten Trends die Experten Handlungsbedarf sehen und zweitens, welche Trends die Schweiz (noch) nicht erreicht haben. Die gemeinsame Betrachtung aller Trends ergibt ein insgesamt optimistisches Bild. Fünf der neun Trends ermöglichen gemäss der Experteneinschätzung eine Verbesserung der Qualität zu geringeren Kosten. Konkret handelt es sich hierbei um:

- Den vermehrten Einsatz von Überwachungs-, Beobachtungs- und Betreuungs-Geräte und -Apps

vor allem in der Betreuung chronischer Krankheiten (Trend 1)

- Die zunehmende Delegation gewisser ärztlicher Aufgaben an andere Berufsgruppen und Funktionen (Trend 3)
- Lean Hospital als vielversprechende Management-Philosophie für Schweizer Spitäler (Trend 5)
- Das Fortschreiten der vertikalen und horizontalen Integration, z.B. durch Fusionen oder Kooperationen (Trend 6)
- Die Entlastung der Spitäler durch die vermehrte Nutzung von Patientenhotels, in denen Patienten mit einfachen Pflegebedürfnissen behandelt werden (Trend 7)

Die Stärke dieser Trends wird für die nächsten drei bis fünf Jahre eher als schwach bis mittelmässig eingeschätzt. Hier gilt es wirksame Massnahmen zu treffen, um die (Weiter-)Entwicklung der Trends zu fördern.

Literaturverzeichnis

- ABG. (2015). Beschluss des Kantonsrates über die Genehmigung des Jahresberichtes des Universitätsspitals Zürich für das Jahr 2014. Zürich: ABG.
- Angerer, A., & Liberatore, F. (i. E.). Management im Gesundheitswesen – Die Schweizer Perspektive. Berlin: MWV.
- AWA (2015). Arbeitslosigkeit steigt leicht an. Zürich. Abgerufen von http://www.awa.zh.ch/internet/volkswirtschaftsdirektion/awa/de/aktuell.newsextern.-internet-de-aktuell-news-medienmitteilungen-2015-awa_09.html
- BAG (2013). Gesundheit 2020 - Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bern: BAG.
- BAG (2015). Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2013 (Statistiken zur Krankenversicherung). Bern: BAG.
- BAG (2015a). Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital». Situationsanalyse und Handlungsbedarf. BAG: Bern.
- BAG (2016). Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier. Abgerufen von <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=de>
- Berner Zeitung (2015). «Wir hätten alle Spezialgebiete an die Insel abgeben müssen». Abgerufen von <http://www.bernerzeitung.ch/region/bern/Wir-haetten-alle-Spezialgebiete-an-die-Insel-abgeben-muessen/story/1594578>
- Berner Zeitung (2015a). Das E-Patientendossier macht auch Ärzte gläsern. Abgerufen von <http://www.bernerzeitung.ch/wissen/medizin-und-psychologie/Das-EPatientendossier-macht-auch-Aerzte-glaesern/story/11644909>
- Berner Zeitung (2015b). Kanton Bern lanciert Projekt für elektronische Patientendossiers. Abgerufen von <http://www.bernerzeitung.ch/region/kanton-bern/Kanton-Bern-lanciert-Projekt-fuer-elektronische-Patientendossiers/story/13310010>
- BFS (2015). Gesundheit - Taschenstatistik 2015. Neuchâtel: BFS.
- BFS (2015a). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2014. Neuchâtel: BFS.
- BFS (2015b). Krankenhausstatistik 2013 - Standardtabellen. Neuchâtel: BFS.
- BFS (2016). Kosten des Gesundheitswesens 2014. Neuchâtel: BFS.
- Biernoth, M. (2016). Fachkräftemangel. In M. Biernoth (Hrsg.): Employer- und Behavioral Branding im Gesundheitswesen: Konzepte zur Bewältigung des Fachkräftemangels. S. 4–23. Wiesbaden: Springer Fach-medien Wiesbaden.
- Brett-Fleegler, M., Rudolph, J., Eppich, W., Monuteaux, M., Fleegler, E., Cheng, A., & Simon, R. (2012). Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare: Development and Psychometric Properties. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 7(5), S. 288–294.
- Bürgstein, W. E. (2015). Eigenverantwortung im Schweizer Gesundheitswesen: eine sozioethische Auseinandersetzung im Kontext steigender Gesundheitskosten. Norderstedt: Books on Demand.
- Clinicum (2015). Digitalkurs an der Limmat. Olten: Clincium.
- Credit Suisse (2013). Gesundheitswesen Schweiz 2013 - Der Spitalmarkt im Wandel. Zürich: Credit Suisse.
- Der Bund (2014). «Fachkräftemangel ist hausgemacht». Abgerufen von <http://www.derbund.ch/bern/kanton/Fachkraeftemangel-ist-hausgemacht/story/16879069>
- Der Bund (2014a). Bern wartet auf das digitale Patientendossier. Abgerufen von <http://www.derbund.ch/bern/kanton/Bern-wartet-auf-das-digitale-Patientendossier-----/story/15980294>
- EDI (2015). Die Lage auf dem Arbeitsmarkt. Abgerufen von <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/41176.pdf>
- eHealth Schweiz (2015). Noch regiert das Papier. Abgerufen von <http://www.ehealth-schweiz.ch/digitale-vernetzung/noch-regiert-das-papier>
- Engler, C., Falk, S., Berger, S., & Praplan, I. (2012). H+ Spital- und Klinik-Monitor. Bern: H+ Die Spitäler der Schweiz.
- Eppich, W., Howard, V., Vozenilek, J., & Curran, I. (2011). Simulation-Based Team Training in Healthcare: Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare, 6, S. 14-19.

- Erbe, S. (2012). Gesundheitsausgaben: Kostenexplosion und Alterslasten? *Wirtschaftsdienst*, 92(6), S. 420–422.
- European Commission (2009). The socio-economic impact of interoperable electronic health record (EHR) and ePrescribing systems in Europe and beyond. Abgerufen von http://www.ehr-impact.eu/downloads/documents/EHRI_final_report_2009.pdf
- Fréchette, J., Bourhis, A., & Stachura, M. (2013). The Organizational Attraction of Nursing Graduates: Using Re-search to Guide Employer Branding. *The Health Care Manager*, 32(4), S. 303–313.
- GDK (2013). Ziele und Stand von „eHealth“. Bern: GDK.
- gfs.bern (2014). Hohe Zufriedenheit und Hoffnung auf Stabilisierung der Gesundheitskosten. Abgerufen von <http://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/hohe-zufriedenheit-und-hoffnung-auf-stabilisierung-der-gesundheitskosten>
- gfs.bern (2015). H+ Spital- und Klinikmonitor - Kostensensibilität und Konsumentensouveränität. Bern: gfs.bern.
- gfs.bern (2015a). Swiss eHealth Barometer. Bern: gfs.bern.
- gfs.bern (2016). Glaubwürdiger Datenschutz als Schlüssel für den Erfolg von eHealth. Abgerufen von http://www.infosocietydays.ch/images/content/dokumente/barometer/163101_Bevlkerung_SB_FINAL_1457614752.pdf
- Girardin, O. (2015). Les directions face aux changements technologiques et sociétaux. *Competence*, 12, S. 10–11.
- Golder, L., Beer, C., Tschöpe, S., Rochat, P., Deller, S., & Kaspar, M. (2013). Elektronische Krankengeschichte mit Folgen für Alltag – Kontroverse Sichtweisen auf Datenfreigabe. Abgerufen von <http://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/begleitstudie-anlaesslich-der-einfuehrung-von-swissdr>
- Golder, L., Longchamp, C., Beer, C., Tschöpfe, S., Rochat, P., Müller, M., ... Schwab, J. (2014). Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG im Auftrag der FMH, 3. Befragung 2013. Abgerufen von <http://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/begleitstudie-anlaesslich-der-einfuehrung-von-swissdr>
- Grass, M., & Kuhn, C. (2011). Volkswirtschaftliche Bedeutung des Spitalwesens in der Schweiz. Basel: BAKBA-SEL Economics.
- H+ Die Spitäler der Schweiz (2013). H+ Spital- und Klinikmonitor – Leistungen, Strukturen, Entwicklungen und Trends der Branche. Bern: H+ Die Spitäler der Schweiz.
- Heilmann, P. A. K. (2010). Employer brand image in a health care organization. *Management Research Review*, 33(2), S. 134–144.
- Kocher, G. (2011). Die Gründe der «Kostenexplosion» im Gesundheitswesen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 92(38), S. 1466–1469.
- Kolbe, M., Weiss, M., Grote, G., Knauth, A., Dambach, M., Spahn, D. R., & Grande, B. (2013). TeamGAINS: a tool for structured debriefings for simulation-based team trainings. *BMJ Quality & Safety*, 22(7), S. 541–553.
- Liberatore, F., & Vetterli, C. (2016). Patientenorientierung. In A. Angerer (Hrsg.), *LHT-BOK – Lean Healthcare Transformation Body of Knowledge* (Version 1.0). Winterthur: Create Space.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature: Teamwork and patient safety. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), S. 143–151.
- Meyer, B., Golder, L., & Longchamp, C. (2014). Hohe Berufsidentifikation trotz steigender Bürokratie. *Schweizerische Ärztezeitung*, 95, S. 7–8.
- Mitchell, S. G. (2008). Your employment brand: is it working for or against you? *Nursing Economic*, 26(2), S. 128–129.
- NZZ (2014). Wirtschaft fordert grosszügige Umsetzung der Initiative. Abgerufen von <http://www.nzz.ch/wirtschaft/wirtschaft-fordert-grosszuegige-umsetzung-der-initiative-1.18240525>
- NZZ (2014a). In Genf leben die Patienten der Zukunft. Abgerufen von <http://www.nzz.ch/schweiz/in-genf-leben-die-patienten-der-zukunft-1.18319223>
- NZZ (2015). Das grösste Spitalsystem der Schweiz. Abgerufen von http://webpaper.nzz.ch/2015/06/19/schweiz/MLBIE/das-groesste-spitalsystem-der-schweiz?guest_pass=27a6669bcb%3AMLBIE%3Aeeae3bed1b4643647515dfb17bccf13ddf239268
- OECD (2014). OECD Health Statistics 2014 - How does Switzerland compare? Abgerufen von <http://www.oecd.org/switzerland/Briefing-Note-SWITZERLAND-2014.pdf>

- PwC (2015). CEO Survey Schweizer Spitäler 2015. Zürich: PwC.
- PwC (2015a). Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2013. Zürich: PwC.
- Reiners, H. (2011). Mythen der Gesundheitspolitik. 2. Auflage. Bern: Huber.
- Rudolph, J. W., Simon, R., Rivard, P., Dufresne, R. L., & Raemer, D. B. (2007). Debriefing with good judgment: combining rigorous feedback with genuine inquiry. *Anesthesiology Clinics*, 25(2), S. 361-376.
- Salas, E., Rosen, M. A., & King, H. (2007). Managing teams managing crises: principles of teamwork to improve patient safety in the Emergency Room and beyond. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 8(5), S. 381-394.
- Sautter-Kirch, K. (2015). Wie profitabel muss ein Spital sein? Die EBITDA-Marge als Kenngrösse zur langfristigen Finanzierung von Betrieb und Investitionen in öffentlichen und privaten Spitälern. Bern: SGGP.
- Savini, M. (2011). Ein Framework für den Einsatz mobiler Dienste im Gesundheitswesen. Abgerufen von <https://doc.rero.ch/record/27155/files/SaviniM.pdf>
- Sax, A. (2008). Struktur und Aufbau des Gesundheitssystems Schweiz. In W. Oggier, A. Walter, S. Reichlin, & M. Egli (Hrsg.): *Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch: Handbuch eHealthcare*. S. 1-10. Sursee: Trend Care AG - eHealthCare.ch.
- Schick, C., Weiss, M., & Kolbe, M. (i. E.). Simulation with PARTS (Phase Augmented Research and Training Scenarios): a structure facilitating research and assessment for crisis resource management simulation.
- Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2007). *Lehrbuch der systematischen Therapie und Beratung*. 10. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Under revision.
- Schmid, A. (2010). eHealth. In G. Kocher & W. Oggier (Hrsg.): *Gesundheitswesen Schweiz: 2010-2012 – Eine aktuelle Übersicht*. 4. Auflage. S. 49–57. Bern: Huber.
- Schwenderer, P. & Sommer, P. (2016). Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2014. Zürich: PwC.
- Sigrist, S. (2006). Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarktes – Kostenfaktor und Wachstumschance. Abgerufen von https://www.collegium.ethz.ch/fileadmin/user_upload/ch_pdfs/06_edi_sigrist.pdf
- Smith-Jentsch, K. A., Cannon-Bowers, J. A., Tannenbaum, S. I., & Salas, E. (2008). Guided Team Self-Correction: Impacts on Team Mental Models, Processes, and Effectiveness. *Small Group Research*, 39(3), S. 303-327.
- SRF (2015). Berner Grossspital startet 2016 unter dem Namen «Insel Gruppe». Abgerufen von <http://www.srf.ch/news/regional/bern-freiburg-wallis/berner-grossspital-startet-2016-unter-dem-namen-insel-gruppe>
- SRF (2016). Mehr arbeitslose Pflegerinnen und Pfleger. Abgerufen von <http://www.srf.ch/news/regional/zuerich-schaffhausen/mehr-arbeitslose-pflegerinnen-und-pfleger>
- Tages Anzeiger (2016). Schutzlose Patienten. Abgerufen von <http://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/schutzlose-patienten/story/26030901>
- Trageser, J., Vettori, A., Fliedner, J., & Iten, R. (2014). Mehr Effizienz im Gesundheitswesen – ausgewählte Lösungsansätze. Zürich: Infrac.
- Universum (2016). Attractive Employers – Health/Medicine professional 2015. Abgerufen von <http://universumglobal.com/rankings/switzerland/professional/2015/health-medicine/>
- USZ (2015). Geschäftsbericht 2014. Abgerufen von http://www.usz.ch/ueber-uns/Documents/geschaeftsbericht_2014.pdf
- Wunsch, C., Buchmann, M., & Wedel, S. (2014). *Arbeits- und Fachkräftebedarf der Schweiz bis 2060*. Basel: Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät Universität Basel.

Abkürzungsverzeichnis

AWA	Amt für Wirtschaft und Arbeit
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIRS	Critical Incident Reporting System
DASH	Debriefing assessment for Simulation in Healthcare
EBITDA	earnings before interest, taxes, depreciation and amortization
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GAINS	Guided team self-correction, Advocacy-Inquiry, Systemic-constructivist
GAV	Gesamtarbeitsvertrag
GEF	Gesundheits- und Fürsorgedirektion
HR	Human Resources
KVG	Krankenversicherungsgesetz
NGW	Netzwerk Gesundheitsökonomie Winterthur
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OKP	Obligatorische Krankenversicherung
PARTS	Phase Augmented Research and Training Scenarios
PwC	PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SML	School of Management and Law
SNF	Schweizerischer Nationalfonds
SRF	Schweizer Radio und Fernsehen
SwissDRG	SwissDiagnosis Related Groups
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Arbeitgeber-Ranking	20
Tabelle 2:	Fallstudien-Übersicht	22
Tabelle 3:	Trendübersicht	32
Tabelle 4:	Zentrale Trends im Spital	37
Tabelle 5:	Trend-Überblick nach Quadrant	43
Tabelle 6:	Suchbegriffe und -algorithmen Factiva	54

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Aufbau des Branchenreports	7
Abbildung 2:	Kosten des Gesundheitswesens Schweiz in den Jahren 1990 bis 2013	9
Abbildung 3:	Anzahl der Spitäler in der Schweiz nach Typ und Rechtsform im Jahr 2013	10
Abbildung 4:	Anzahl der Spitäler in der Schweiz in den Jahren 1998 bis 2013	11
Abbildung 5:	Gesamtertrag und -aufwand in Schweizer Spitäler nach Grossregion im Jahr 2013	11
Abbildung 6:	Entwicklung der EBITDA-Marge von 28 untersuchten Spitälern in den Jahren 2007 bis 2014	12
Abbildung 7:	Anzahl der Spitäler in den Schweizer Kantonen pro 100'000 Einwohner im Jahr 2013	12
Abbildung 8:	Anzahl der 43 Rehabilitationskliniken in der Schweiz nach Rechtsform im Jahr 2013	13
Abbildung 9:	Vergleich der Einstellungen zum EPDG	17
Abbildung 10:	Die Dimensionen des ELS-Modells	22
Abbildung 11:	TeamGAINS	24
Abbildung 12:	Evaluation der Debriefings während eines Trainings im März 2013 anhand des DASHs	25
Abbildung 13:	Projektphasen des Projekts «Neue Formen der Zusammenarbeit»	27
Abbildung 14:	Übergreifende Prozesse bei Spitälern und Krankenversicherern	28
Abbildung 15:	Visualisierung von Scores (Patient) und deren Vergleich innerhalb einer Patientengruppe	31
Abbildung 16:	Vergleich der medialen Berichterstattung (Anzahl Medienbeiträge) zum Thema «digitale Transformation» in den Jahren 2013–2015	33
Abbildung 17:	Vergleich der medialen Berichterstattung (Anzahl Medienbeiträge) zum Thema «Fachkräftemangel» in den Jahren 2013–2015	35
Abbildung 18:	Erwartete Entwicklung Fallzahlen und Preise in den nächsten 3–5 Jahren	35
Abbildung 19:	Vergleich der medialen Berichterstattung (Anzahl Medienbeiträge) zum Thema «sinkende Fallpreise» und «höhere Fallzahlen» in den Jahren 2013–2015	36
Abbildung 20:	Vergleich der medialen Berichterstattung (Anzahl Medienbeiträge) zum Thema «Der Patient im Zentrum» in den Jahren 2013–2015	36
Abbildung 21:	Die Quadranten der WIG-Trendmatrix und ihre Implikationen	38
Abbildung 22:	Trend 1 – M-Health breitet sich weiter aus	38
Abbildung 23:	Trend 2 – Verstärkung des digital divide durch e-Health-Abstinenz	39
Abbildung 24:	Trend 3 – Ärztliche Aufgaben werden vermehrt an andere Berufsgruppen & Funktionen delegiert	39
Abbildung 25:	Trend 4 – Umgang mit Fachkräftemangel	40
Abbildung 26:	Trend 5 – Lean Management auf dem Vormarsch	40
Abbildung 27:	Trend 6 – Die im Alleingang arbeitende Klinik wird zum Auslaufmodell	41
Abbildung 28:	Trend 7 – Patientenhotel	41
Abbildung 29:	Trend 8 – Medizin-Tourismus	42
Abbildung 30:	Trend 9 – Die Spitalwahl der Patienten wird zukünftig stark von Qualitätsranglisten beeinflusst	42
Abbildung 31:	Synthese aller neun Trends	43

Autoren

Hauptautoren



Prof. Dr. oec. Alfred Angerer

Alfred Angerer studierte Wirtschaftsingenieurwesen an der Universität Karlsruhe (2001) und erlangte anschliessend den Doktor in Betriebswirtschaftslehre an der Universität St. Gallen (2005). Berufliche Erfahrungen sammelte er als Supply-Chain-Manager bei der Firma Nestlé AG und als Unternehmensberater bei McKinsey & Company. Seit 2009 ist er Dozent an der ZHAW School of Management and Law und leitet dort den Fachbereich «Management im Gesundheitswesen» des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie. Er lehrt in der grundständigen Lehre sowie in der Weiterbildung und führt betriebswirtschaftliche Projekte für Leistungserbringer durch. Seine Expertisen liegen im Bereich Prozessoptimierung und Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen (Lean Health Care).



Eva Hollenstein

Eva Hollenstein legte ihr Diplomstudium in Gesundheitswissenschaften an der UMIT in Wien ab (2015) und studierte BA Public and Non-Profit Management im Master an der ZHAW-School of Management and Law (2016). Seit 2015 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich «Management im Gesundheitswesen» des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie tätig, lehrt in der grundständigen Lehre sowie in der Weiterbildung und führt betriebswirtschaftliche Projekte für Leistungserbringer durch. Ihre Expertisen liegen im Bereich Prozessoptimierung im Gesundheitswesen, insbesondere Lean-Management.



PD Dr. Florian Liberatore

Florian Liberatore studierte Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Göttingen und Freiburg i. Brsg. (D). Anschliessend promovierte und habilitierte er im Bereich BWL am Lehrstuhl für Marketing und Gesundheitsmanagement an der Universität Freiburg i. Brsg (D). Berufliche Erfahrungen sammelte er als selbstständiger Berater im Bereich Turnaround-Management und Marketing. Seit 2014 ist er Dozent an der ZHAW School of Management and Law und ist stellv. Leiter der Fachstelle «Management im Gesundheitswesen» des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie. Er lehrt in der grundständigen Lehre sowie in der Weiterbildung und führt betriebswirtschaftliche Projekte für Leistungserbringer durch. Seine Expertisen liegen im Bereich Marktanalysen, Schnittstellenoptimierung und Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen.

Weitere Autoren



Patrik Brändle

Wissenschaftlicher Hilfsassistent an der Fachstelle Management im Gesundheitswesen am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (ZHAW)



Robin Schmidt

Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fachstelle Management im Gesundheitswesen am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (ZHAW)



Prof. Dr. Alexandre De Spindler

Leitung der Fachstelle für Informationssysteme am Institut für Wirtschaftsinformatik (ZHAW)

Zitierhinweis:

Bitte zitieren Sie diese Publikation wie folgt:

Angerer, A., Hollenstein, E., & Liberatore, F. (2016). Das Schweizer Spitalwesen – Eine Managementperspektive. Winterthur: ZHAW School of Management and Law.

Anhang

Anhang 1: Methodik Berichterstattung

Das fünfte Kapitel des Reports untersucht unter anderem, wie sich die Berichterstattung über ausgewählte Trends in den Jahren von 2013 bis 2015 verändert hat. Zur Analyse wurde die Pressedatenbank Factiva herangezogen. Der Medienpool von Factiva umfasst rund 35'000 Nachrichtenquellen aus 200 Ländern in 26 Sprachen, darunter Zeitungen, Zeitschriften, Bilder und mehr als 400 Nachrichtenagenturen, wie bspw. das Wall Street Journal sowie die Nachrichtenagenturen von Dow Jones und Reuters. Factiva liefert darüber hinaus auch Unter-

nehmensprofile, Finanz- und Fonds-Daten, historische Marktdaten sowie Web- und Bloginhalte. Mithilfe von vordefinierten Suchschemata wurde nach Pressebeiträgen zu den ausgewählten Trends gesucht. Dadurch konnte eine Zu- oder Abnahme der Anzahl von Pressebeiträgen zu den Trends in den Jahren von 2013 bis 2015 festgestellt werden. Bei der Suche nach Pressebeiträgen wurden relevante Begriffe miteinander verknüpft. Folgendes Suchschemata wurde bei der Factiva-Recherche angewandt:

Tabelle 6: Suchbegriffe und -algorithmen Factiva

SUCHBEGRIFFE UND -ALGORITHMEN FACTIVA

Suchbegriff	Suchalgorithmus
e-Health	"e-health" or "eHealth" or "Online Health" or "Cybermedizin" or "Consumer Health Informatics" or "Telemedizin" or "Patientendossier" or "elektronische Gesundheitsakte" or "Clinic Decision Support Systems" or "Big Data Diagnostik" or "Big-Data-Diagnostik" or "Assited Living" or "Activity-Tracker" or "mHealth-Apps" or "mHealth Apps" or "mHealth" or "Online Apotheken"
Fachkräftemangel	(Fachkräftemangel or Ärztemangel or Pflegefachkraftmangel or «Qualifizierte* Arbeitskr?ft*») and (Spit?!* or Krankenh?us* or Gesundheitswesen)
Fallzahlen und Fallpreise	(Fallzahl* or Fallpreis* or "H?h* Fallzahl*» or "Gestiegene Fallzahl*» or "H?h* Fallpreis*» or "Gestiegene* Fallpreis*» or "Sinkende* Fallzahl*» or "Tiefe* Fallzahl*» or "Sinkende* Fallpreis*» or "Tiefe* Fallpreis*» or "Niedrig* Fallzahl*» or "Niedrig* Fallpreis*») and (Spit?!* or Krankenh?us* or Gesundheitswesen or "ambulant* Behandlung*» or "ambulant* Versorgung*» or "ambulant* Bereich*» or "ambulant* Leistungserbringung*» or "stationär* Behandlung*» or "stationär* Versorgung*» or "stationär* Bereich*» or "stationär*"
Patientenorientierung	"mündig* Patient*» or "informiert* Patient*» or "anspruchsvoll* Patient*» or "Patient* im Zentrum» or "Patient* im Mittelpunkt» or "Patient* als Kunde»

Anhang 2: Befragung Netzwerk Gesundheitsökonomie Winterthur

Welchen Beitrag werden folgende Trends bzw. Innovationen in den nächsten drei Jahren für Schweizer Spitäler leisten?

Innovation und Technologie

Trend 1: Mobile Health breitet sich weiter aus

Überwachungs-, Beobachtungs- und Betreuungs-Geräte beziehungsweise -Apps werden vermehrt eingesetzt. Diese gewinnen vor allem in der Betreuung chronischer Krankheiten an Bedeutung (z.B. schicken Ärzte ihre Patienten mit EKG-Überwachungs-Tools oder Blutzucker-Trackern nach Hause)

Trend 2: Verstärkung des digital divide durch e-Health-Abstinenz

Patienten oder Gesundheitsfachpersonen können oder wollen keinen Zugang zu elektronischen Angeboten haben. E-Health-Abstinenz führt zu einer langfristigen Koexistenz von papierbasierten und e-Health-basierten Dokumenten und Abläufen, was zu einem Rückgang der Patientensicherheit und Ineffizienzen führt.

Personelles und HR

Trend 3: Ärztliche Aufgaben werden vermehrt an andere Berufsgruppen bzw. Funktionen delegiert.

Beispielhaft für diesen Trend sind das Anbieten von Impfungen direkt in der Apotheke oder die vermehrte Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Clinical Nurses oder Physician Assistants.

Trend 4: Umgang mit Fachkräftemangel

Um vakante Stellen langfristig kompensieren zu können, muss ein Massnahmenpaket zur Attraktivitätssteigerung besonders für ausländische Arbeitskräfte geschnürt werden.

Prozesse und Strukturen

Trend 5: Lean Management auf dem Vormarsch

International verbreitet sich der Trend zum Lean Hospital. Auch in der Schweiz wird sich der Trend in den nächsten Jahren weiter verstärken.

Trend 6: Die im Alleingang arbeitende Klinik wird zum Auslaufmodell.

Vertikale und horizontale Integration sind zum Teil heute schon gang und gäbe. Für die nächsten drei Jahre wird erwartet, dass die Zusammenarbeit z.B. in Form von Spitalnetzen weiter fortschreiten wird.

Trend 7: Patientenhotel

Die Kapazitäten der Spitäler, sich um die einfache Pflege von Patienten zu kümmern, nehmen ab. Patientenhotels werden an dieser Stelle die Spitäler stark entlasten. Das Patientenhotel ist für Personen bestimmt, welche nach einem Eingriff im Spital noch nicht nach Hause dürfen, jedoch auch nicht mehr auf aufwändige Pflege im Spital angewiesen sind.

Patientenbedürfnisse

Trend 8: Medizin-Tourismus

Für den Patienten werden zunehmend auch im Ausland angesiedelte Leistungserbringer interessant. Aufgrund kos-

tengünstigerer Behandlungen lassen sich Schweizer vermehrt auch im Ausland behandeln.

Trend 9: Die Spitalwahl der Patienten wird zukünftig stark von Qualitäts-Ranglisten beeinflusst.

Von Seiten der Patienten wird eine umfassende Transparenz gefordert (bspw. im Rahmen von Preistransparenz, klaren Prozessen und zugänglichen Qualitätsmessresultaten). In diesem Kontext wird vor allem die Relevanz von Online-Ratingplattformen zunehmen.

Joker

Trend 10: Notieren Sie Ihre Idee hier:

Mitgliederliste NGW (Stand: Juni 2016)

- Ärztesgesellschaft der Bezirke Winterthur/Andelfingen AWA (Luzi Dubs)
- Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich (Roger Wanner)
- AXA-Winterthur (Alfred Egg)
- Celgene GmbH (Jurian Zürcher)
- Eulachklinik (Claudia Brenn)
- Groupe Mutuel (Jürg Stahl)
- hawadoc AG (Alfred Rösli)
- Integrierte Psychiatrie Winterthur (Hanspeter Conrad)
- Janssen-Cilag AG (Frank Weber)
- Kantonsspital Winterthur (Rolf Zehnder)
- Pfizer AG (Sven Seitz)
- Privatklinik Lindberg (Marco Gugolz)
- Rheinburg-Klinik AG (Beat Voegeli)
- Sanitas (Sanjay Singh)
- Schweizerischer Versicherungsverband (Bruno Soltermann)
- Spital Thurgau (Marc Kohler)
- Stadt Winterthur (Nicolas Galladé)
- Standortförderung Region Winterthur (Michael Domeisen)
- SUVA Winterthur (Daniel Vogel)
- SWICA Krankenversicherung AG (Adrian Obrist/ Daniel Rochat)
- Topwell-Apotheke AG (Enrico Giovanoli)
- VAMED Management und Service Schweiz AG (Andreas Roos)
- ZAG Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen (Hanni Wipf)
- Zimmer Biomet GmbH (Beat Egli)
- ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Andreas Bergmann und Markus Melloh)

...the ...

Zürcher Hochschule
für angewandte Wissenschaften

School of Management and Law

St.-Georgen-Platz 2
P.O. Box
8401 Winterthur
Switzerland

www.zhaw.ch/sml

