EFAS als Führungsaufgabe

Wie Spitalleitungen, Verwaltungsräte und Kantone die einheitliche Finanzierung bis 2032 strategisch, finanziell und organisatorisch meistern

Urs Baumberger, www.baumbergerconsulting.ch

Stand der Rechts- und Umsetzungslage: 11. April 2026

Adressaten: Verwaltungsräte, CEO, CFO, medizinische und pflegerische Direktionen, kantonale Gesundheits- und Finanzverantwortliche, Verbände und weitere Entscheidungsträger im Schweizer Gesundheitswesen

Thema: Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) und ihre Konsequenzen für Strategie, Governance, kantonale Steuerung und finanzielle Führung

Relevante Termine: Volksentscheid 24.11.2024; Vernehmlassung Verordnungen 01.04.2026-08.07.2026; Inkrafttreten ambulant/stationär 01.01.2028; Pflege 01.01.2032

1. Warum EFAS ein Führungsthema ist

EFAS ist keine technische Korrektur im Krankenversicherungsrecht, sondern ein Eingriff in die Steuerungslogik des Schweizer Gesundheitswesens. Die Reform verändert nicht bloss Zahlungsflüsse zwischen Kantonen und Versicherern, sondern die Anreizstrukturen, Verantwortlichkeiten und damit die betriebswirtschaftliche Plausibilität ganzer Versorgungsmodelle. Für Verwaltungsräte und Spitalleitungen ist genau das der entscheidende Punkt. EFAS betrifft nicht nur die Finanzabteilung oder das politische Monitoring, sondern die Tragfähigkeit des gesamten Geschäftsmodelles. Zugleich ist EFAS auch für die Kantone ein Führungsthema, weil ihre Finanzierungsverantwortung, ihre Vollzugsaufgaben und ihre Rolle als Garanten der Versorgungssicherheit neu justiert werden.

Finanzielle Führung bedeutet in diesem Zusammenhang mehr als Budgetdisziplin oder die Beobachtung von EBITDA und Liquidität. Sie bedeutet, die institutionelle Handlungsfähigkeit in einem regulierten, politisch geprägten und personell angespannten Umfeld zu sichern. Im Spital ist finanzielle Führung immer mit medizinischer Qualität, Versorgungspflicht, Personalverfügbarkeit, Tarifen, Infrastruktur und regionaler Rolle verbunden. Gute finanzielle Führung beschreibt deshalb nicht nur Vergangenheitszahlen, sondern gestaltet die künftige Ertrags-, Kosten- und Risikostruktur aktiv mit. Genau hier setzt EFAS an. Ein Haus, das heute wegen hoher stationärer Auslastung und traditionell starkem Leistungsvolumen wirtschaftlich solide erscheint, kann unter EFAS strategisch schlechter positioniert sein als eine kleinere, klar profilierte Institution mit starken ambulanten Strukturen und funktionierenden Netzwerken. Umgekehrt kann ein Haus, das früh in Behandlungspfade, Austrittsmanagement, ambulante Zentren, Prä-Assessment, digitale Nachbetreuung und Kooperation investiert hat, deutlich robuster werden.

2. EFAS in Kürze: Herkunft, Zielsetzung und aktueller Stand

Die politische Entstehung von EFAS reicht weit zurück. Ausgangspunkt war die parlamentarische Initiative zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Der Grundgedanke war von Anfang an klar: Solange ambulante und stationäre Leistungen unterschiedlich finanziert werden, beeinflusst nicht nur die Medizin die Wahl des Settings, sondern auch die Finanzierungsarchitektur. Nach mehr als fünfzehn Jahren politischer Bearbeitung wurde die KVG-Änderung Ende 2023 vom Parlament verabschiedet und am 24. November 2024 vom Volk angenommen.

Die Umsetzung erfolgt in zwei Etappen. Ab dem 1. Januar 2028 gilt die einheitliche Finanzierung für ambulante und stationäre Leistungen, ab dem 1. Januar 2032 auch für Pflegeleistungen zu Hause und im Pflegeheim. Im Frühjahr 2026 läuft die Vernehmlassung zu den Verordnungen für die erste Etappe. Damit ist EFAS nicht mehr ein fernes Reformprojekt, sondern ein konkret bevorstehender Systemwechsel. Für Spitäler bedeutet das, dass die Phase der strategischen Vorbereitung längst begonnen hat. Für die Kantone gilt dasselbe, allerdings unter deutlich komplexeren föderalen und finanzpolitischen Rahmenbedingungen.

3. Die Schwächen des heutigen Systems

Die heutige Finanzierungsordnung ist aus Sicht der Systemlogik widersprüchlich. Stationäre Leistungen werden gemeinsam von Kantonen und Versicherern finanziert, ambulante Leistungen dagegen vollständig über Prämien. Daraus entstehen Fehlanreize. Medizinisch sinnvolle und gesamtwirtschaftlich häufig

günstigere ambulante Lösungen werden nicht überall gleich stark gefördert, weil die Kosten und die Nutzen von Verlagerung und Koordination nicht bei denselben Akteuren anfallen.
Ein zweites Problem ist die Lastenverschiebung zwischen Steuer- und Prämienfinanzierung. Mit zunehmender Ambulantisierung ist der steuerfinanzierte Anteil an den Gesundheitskosten gesunken, während der prämienfinanzierte Anteil gestiegen ist. Für Haushalte ist das besonders spürbar, weil Prämien direkter wirken als Steuern. Ein drittes Problem ist die sektorale Logik des Systems. Wer ambulant, stationär, rehabilitativ, pflegerisch und hausarztzentriert in getrennten Finanzierungswelten denkt, plant und führt Versorgung entlang institutioneller Grenzen statt entlang des Patientenwegs. Daraus folgen Medienbrüche, ineffiziente Übergänge, Doppeluntersuchungen und unklare Ergebnisverantwortung.
EFAS setzt genau dort an. Die Reform will die strukturelle Trennung nicht bloss administrativ überbrücken, sondern ihre Fehlanreize reduzieren. Deshalb ist EFAS nicht nur eine Finanzierungsreform, sondern auch eine Governance-Reform. Wer die Logik der Finanzierung verändert, verändert auch die Logik der Verantwortung.

4. Was EFAS erreichen will - und was schwierig bleibt
Die Zielsetzung von EFAS lässt sich auf drei Kerne verdichten. Erstens sollen Fehlanreize abgebaut werden, damit die Entscheidung zwischen ambulant und stationär stärker medizinisch und prozessual begründet ist. Zweitens soll die koordinierte Versorgung gestärkt werden, weil Kosten und Nutzen von Koordination entlang der Behandlungskette künftig stärker bei denselben Finanzierungsträgern ankommen. Drittens soll die Verteilung zwischen Steuer- und Prämienfinanzierung stabilisiert werden.
Damit schafft EFAS bessere Voraussetzungen für effizientere Versorgung. Die Reform beseitigt aber nicht die grossen Grundprobleme des Systems. Weder der demografische Druck noch der Fachkräftemangel noch die Investitionslast verschwinden dadurch. Auch Tarife bleiben ein kritischer Punkt. Wenn ambulante Leistungen im OKP-Bereich weiterhin nicht kostendeckend sind, wird die politisch gewollte Ambulantisierung trotz EFAS wirtschaftlich gebremst. Wenn im ambulanten Bereich zudem keine tragfähigen Versicherungsmodelle im VVG-Bereich entstehen, bleibt ein zusätzlicher Entwicklungspfad blockiert. Ebenso bleiben Mengenanreize teilweise bestehen, solange Vergütungssysteme stark leistungsbezogen funktionieren. EFAS ist deshalb keine vollständige Lösung, sondern eine Voraussetzung für bessere Lösungen.
Wichtig ist auch: EFAS verändert nicht automatisch die Realität in den Institutionen. Es schafft neue Anreize, aber keine neue Infrastruktur, kein zusätzliches Personal und keine neuen Netzwerke. Ob aus besseren Rahmenbedingungen bessere Versorgung wird, hängt davon ab, wie konsequent die Akteure handeln.

5. Warum EFAS reale Effekte auslöst
Viele Führungsgremien fragen, weshalb EFAS so viel verändern soll, wenn ambulante Versorgung doch schon heute möglich ist. Die Antwort liegt in der Ökonomie der Anreize. Ein System verändert sich erst dann breit und dauerhaft, wenn medizinische Sinnhaftigkeit, organisatorische Machbarkeit und finanzielle Verantwortlichkeit in dieselbe Richtung zeigen. Genau das war bisher oft nicht der Fall. Wenn Koordination im ambulanten Bereich Kosten auslöst, die Einsparung aber vor allem stationär oder in der Pflege entsteht, ist die Investition für den einzelnen Träger weniger attraktiv als für das Gesamtsystem. EFAS reduziert dieses Auseinanderfallen.
Dasselbe gilt für Spitalstrukturen. Solange stationäre und ambulante Leistungen unterschiedlich finanziert werden, ist es schwieriger, Infrastruktur, Prozesse und Kapazitäten konsequent umzubauen. EFAS allein schafft noch keinen neuen OP-Prozess und kein neues Ambulatorium, aber die Reform verändert die finanzielle Plausibilität solcher Umbauten. Genau deshalb werden strategische Fragen, die bisher lange aufgeschoben wurden, unter EFAS dringlicher. Auch die zunehmende Bedeutung von Kooperationen folgt direkt aus dieser Logik. Wenn nicht mehr die einzelne stationäre Episode, sondern die ganze Behandlungskette wichtiger wird, werden Brüche an Schnittstellen teurer und sichtbarer. Kooperation ist unter EFAS daher keine Modeerscheinung, sondern eine betriebliche Antwort auf eine neue Finanzierungsrealität.

6. Die Übergangsphase 2028 bis 2031: ein politisch sensibler Effekt
Ein besonders wichtiger Punkt liegt in der etappierten Umsetzung. Ab 2028 müssen die Kantone deutliche Mehrkosten pro Jahr finanzieren, weil sie neu auch im ambulanten Bereich einen substanziellen Anteil übernehmen. Zwar sinken gleichzeitig ihre Aufwendungen im stationären Bereich, doch die Entlastung dort dürfte geringer ausfallen als die zusätzliche Belastung ambulant. In der Summe steigen die Kosten für die Kantone in dieser Übergangsphase.

Gleichzeitig werden die Krankenversicherer durch diesen Effekt finanziell entlastet. Systemlogisch müsste dies in den Jahren 2028 bis 2031 zumindest zu einer gedämpften Prämienentwicklung führen. Ob diese Wechselwirkung in der politischen und öffentlichen Wahrnehmung jedoch in gleicher Weise verstanden und umgesetzt wird, ist offen. Falls die Versicherer in dieser Phase weiterhin unverändert Prämienerhöhungen durchsetzen, während die Kantone höhere Kosten tragen, droht EFAS erheblich an Goodwill zu verlieren. Genau hier liegt eine politische Schlüsselstelle der Reform. Der Übergangseffekt betrifft nicht nur die Kantone, sondern auch die Prämienzahler. Wird EFAS als Mehrbelastung der öffentlichen Hand bei gleichzeitig ausbleibender Entlastung der Bevölkerung wahrgenommen, könnte die Bereitschaft zur konsequenten Umsetzung spürbar sinken.

7. Auswirkungen auf die Spitäler

Auf Spitalebene wird EFAS vor allem an der Leistungsstruktur sichtbar. Der wichtigste Effekt ist die weitere Verschiebung zugunsten ambulanter Leistungen. Diese Entwicklung hat bereits vor EFAS begonnen, erhält mit der Reform aber neue ökonomische Konsistenz. Ambulante Versorgung verliert einen Teil ihres bisherigen Systemnachteils.

Für Spitäler bedeutet das eine doppelte Bewegung. Einerseits gewinnen ambulante Strukturen an Bedeutung: Ambulatorien, Tageskliniken, Kurzaufenthaltsmodelle, Diagnostikzentren, digitale Sprechstunden sowie strukturierte Behandlungs- und Nachsorgepfade. Andererseits wird der stationäre Bereich stärker auf komplexe, multimorbide, akute, notfallnahe und hochspezialisierte Fälle fokussiert. Stationäre Betten für medizinisch grenzwertige Übernachtungen werden zunehmend schwerer zu rechtfertigen sein, wenn dieselbe Versorgung qualitativ sicher ambulant oder kurzstationär organisiert werden kann.

Diese Entwicklung verändert auch die Logik des Leistungsangebots. Häuser mit breitem, historisch gewachsenem Vollversorgungsanspruch werden sich stärker fragen müssen, welche Leistungen strategisch tragfähig sind. Das führt zu Profilbildung und Spezialisierung. Nicht jedes Spital muss jede Leistung selbst erbringen. Die Zukunft gehört eher abgestuften Versorgungsmodellen, in denen gewisse Leistungen regional, andere überregional und wieder andere hochspezialisiert angeboten werden.

Die Einschätzung, dass Spitäler ihre Angebotsstrategien, ihre Positionierung und die integrierte Versorgung aktiv weiterentwickeln sowie die dafür nötigen Kooperationen aufbauen müssen, lässt sich klar bestätigen. Gewisse Akteure haben diese Herausforderungen bereits erkannt, andere halten noch zu stark an den bisherigen Strukturen fest. Diese Bemühungen sind allerdings nicht nur wegen EFAS zentral, sondern generell, um marktfähig zu bleiben. Hinzu kommt, dass solche Kooperationsüberlegungen nicht an Kantonsgrenzen Halt machen dürfen. Je nach Versorgungsraum werden punktuell auch überkantonale Lösungen nötig sein.

8. Tarifverhandlungen, Finanzflüsse und Liquidität

Eine oft unterschätzte Frage betrifft die operative Mechanik der Finanzierung. Im stationären Bereich werden Spitäler weiterhin ihre Tarifverhandlungen mit den heutigen Tarifpartnern führen müssen. Danach verändert sich der Kostenteiler zwischen Krankenversicherern und Kantonen. Die Rechnung geht künftig primär an die Krankenversicherungen, welche die Erstprüfung vornehmen. Erst danach bezahlt der Kanton seinen Anteil von rund 26 Prozent.

Gerade in dieser Erstprüfung liegen erhebliche Herausforderungen. Zu den Prüfkriterien gehört unter anderem die Wohnortskontrolle, damit Kantone nicht Rechnungen für Patientinnen und Patienten bezahlen, die nicht aus ihrem Kanton stammen. Daneben gibt es in der Rechnungsprüfung weitere offene Fragen, die bislang nicht abschliessend gelöst sind. Diese Herausforderungen betreffen tendenziell stärker die Kantone, werden jedoch auch die Spitäler tangieren, falls Rechnungen dadurch verzögert oder vorübergehend nicht bezahlt werden. Damit wird die Liquiditätsfrage zu einem realen operativen Risiko.

Im ambulanten Bereich wird sich die Situation in ähnlicher Weise darstellen. Auch hier müssen die Spitäler die Tarife mit den Tarifpartnern verhandeln. Ob dies direkt durch die einzelnen Institutionen oder allenfalls über Verbände geschieht, bleibt abzuwarten. Sicher ist jedoch, dass neue Tarifverhandlungsstrategien und das dafür nötige Wissen im ambulanten Bereich vielerorts erst noch aufgebaut werden müssen.

9. Finanzielle Führung unter EFAS

Die klassischen Finanzkennzahlen bleiben unter EFAS zentral. EBITDA, EBIT, Liquidität, Cashflow, Verschuldung, Investitionsquote und Kapitaldienstfähigkeit bilden weiterhin die Basis jeder Spitalführung. Ein Haus, das seine Zahlungsverpflichtungen nicht erfüllen oder Investitionen nicht tragen kann, wird auch mit guter Strategie scheitern. Verändert wird jedoch die Aussagekraft dieser Kennzahlen. Hohe stationäre Bettenauslastung ist nicht mehr automatisch ein Zeichen wirtschaftlicher Stärke. Sie kann ebenso

Ausdruck eines verspäteten Umbaus sein. Sinkende stationäre Fallzahlen sind umgekehrt nicht zwingend negativ, wenn ambulante Leistungen, geringere Verweildauern und bessere Prozesslogik den Gesamtdeckungsbeitrag verbessern.
Deshalb müssen Kennzahlensysteme erweitert werden. Wichtiger werden pfadbezogene Deckungsbeiträge, ambulante Produktivität, Prä-Assessment-Raten, Same-Day-Discharge-Quoten (Anteil der Patientinnen und Patienten, die am selben Tag wieder aus dem Spital, der Klinik oder einer ambulanten Einrichtung entlassen werden, an dem sie aufgenommen oder behandelt wurden), Wiederaufnahmeraten, Austrittsqualität, No-show-Quoten, Verweildauer nach Diagnosegruppen und Durchlaufzeiten entlang klinischer Kernprozesse. Qualität rückt damit näher an die finanzielle Führung, weil schlechte Koordination, vermeidbare Wiedereintritte und unnötige stationäre Tage wirtschaftlich sichtbarer werden.
Aus Sicht der Spitäler sind diese Überlegungen plausibel. Eine praktische Herausforderung wird allerdings darin liegen, dass die dafür nötigen Prozesskennzahlen entlang der Patientenpfade in relativ kurzer Zeit aufgebaut und verlässlich nutzbar gemacht werden müssen. Aus Sicht der Kantone verschiebt sich die finanzielle Steuerungslogik parallel dazu in Richtung Rechnungskontrolle, Prüfkriterien, Zahlungsflüsse und nachgelagerte Aufsicht. Die Steuerung erfolgt damit nicht nur über klassische Budgetmechaniken, sondern zunehmend über Vollzugs- und Prüfprozesse, welche in erster Instanz durch die Versicherer und in zweiter Instanz durch die Kantone geprägt werden.

10. Strategische Implikationen: Ambulantisierung, Spezialisierung, Kooperation

Die sichtbarsten strategischen Antworten auf EFAS lassen sich auf drei Bewegungen verdichten: Ambulantisierung, Spezialisierung und Kooperation. Diese drei Begriffe sind keine Schlagworte, sondern unterschiedliche Antworten auf dieselbe Frage: Wie bleibt ein Spital in einem Umfeld erfolgreich, in dem nicht mehr jede Leistung an jedem Ort und in jedem Setting gleich sinnvoll ist?
Ambulantisierung ist der stärkste Hebel. Sie bedeutet weit mehr als die Verlagerung stationärer Fälle. Sie verlangt ein anderes Betriebsmodell mit anderen Prozesslogiken, anderen Öffnungszeiten, höherer Taktung, mehr Vorabklärung, mehr digitaler Kommunikation und robusterem Schnittstellenmanagement. Erfolgreiche Ambulantisierung ist Organisationsentwicklung. Spezialisierung ist die zweite Antwort. Viele Häuser werden mit einem unscharfen Vollversorgungsspektrum künftig weder qualitativ noch wirtschaftlich überzeugen können. Kritische Grösse, Routine, klare Profile und verlässliche Zuweisungsbeziehungen gewinnen an Bedeutung. Spezialisierung heisst dabei nicht zwingend Maximalmedizin, sondern kann auch bedeuten, sich regional auf wenige, stark nachgefragte und effizient organisierte Leistungen zu konzentrieren.
Kooperationen und, wo nötig, Fusionen sind die dritte Antwort. Sie sind nicht immer Selbstzweck, aber oft der vernünftigste Weg, um Versorgungssicherheit, Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verbinden. Kooperation kann gemeinsame Infrastruktur, abgestimmte Leistungsaufträge, geteilte Dienste, medizinische Zentren, digitale Plattformen oder gemeinsam definierte Behandlungspfade bedeuten. EFAS begünstigt solche Modelle indirekt, weil abgestufte Versorgung und Koordination an Bedeutung gewinnen.

11. Chancen, Risiken und Verteilungseffekte

Von EFAS profitieren vor allem jene Akteure, deren Wertschöpfung auf Koordination, sinnvoller Ambulantisierung und verlässlicher Vernetzung beruht. Dazu gehören Patientinnen und Patienten, wenn Behandlungspfade sauber organisiert sind und unnötige Hospitalisationen vermieden werden. Dazu gehören spezialisierte und gut integrierte Spitäler, die ambulante Leistungen ausbauen, Prozesse beherrschen und in regionalen Netzwerken eine definierte Rolle spielen. Auch Kantone und Versicherer können profitieren, sofern die neue Logik tatsächlich zu besserer Koordination und weniger vermeidbaren stationären Leistungen führt.
Allerdings sind die Verteilungseffekte politisch sensibel. Wenn es den Krankenversicherern gelingt, in den Jahren 2028 bis 2031 trotz ihrer finanziellen Entlastung weiterhin unverändert Prämienerhöhungen durchzusetzen, wird dieser Stakeholder stark von EFAS profitieren. Wenn gleichzeitig die Ausgaben für Prämienverbilligungen weiter steigen, werden die Kantone nebst den Mehrkosten ab 2028 auch noch mit zusätzlichen Belastungen in diesem Bereich konfrontiert sein. Das erhöht das Risiko wachsender Überschuldung und damit die Wahrscheinlichkeit von Sparpaketen - und dies nicht nur im Gesundheitssektor.
Ein weiteres Risiko liegt darin, dass die beschriebenen Wechselwirkungen zu wenig verstanden werden und EFAS deshalb an Goodwill verliert. Die Kritik würde sich in einem solchen Fall rasch in Richtung Politik richten. Gerade deshalb ist eine präzise Kommunikation über Ziele, Übergangseffekte und die zeitliche Logik der Reform entscheidend.

12. Umsetzung, Unsicherheiten und Versorgungssicherheit

So klar die Zielrichtung von EFAS ist, so real sind die Unsicherheiten der Umsetzung. Ein erstes Risiko liegt in der Detailarchitektur. Verordnungen, Datenregeln, Tarifanwendungen und Vollzugspraxis entscheiden über die tatsächliche Wirkung. Wer diese Ebene unterschätzt, wird später mit Steuerungsdefiziten konfrontiert sein. Ein zweites Risiko ist die Unterfinanzierung ambulanter Leistungen. Wenn das System Verlagerung will, die effektiven Tarife die realen Kosten aber nicht decken, entsteht ein neues Spannungsfeld. Ambulantisierung bleibt dann politisch gewünscht, wirtschaftlich aber schwierig.

Ein drittes Risiko betrifft die Versorgungssicherheit. Wenn stationäre Kapazitäten zu schnell oder ohne regionales Gesamtkonzept reduziert werden, entstehen Lücken, besonders in peripheren Regionen, in der Notfallversorgung, in der Geburtshilfe, in der Psychiatrie und in Bereichen mit fragiler Personalbasis. Ein weiteres Risiko liegt beim Personal. Ambulantisierung ist nicht personalneutral. Sie verlagert Arbeit, verändert Taktungen, erhöht Koordinationsbedarf und verlangt neue Qualifikationen. Wer stationäre Betten abbaut, ohne gleichzeitig in ambulante Teams, Fallführung, digitale Unterstützung und Weiterbildung zu investieren, unterschätzt die operative Realität.

Hinzu kommen relevante Umsetzungslücken. Für die zweite Etappe ab 2032 müssen nationale, einheitliche Systeme zur Erfassung der Pflegetätigkeit aufgebaut werden. Damit verbunden ist die Entwicklung einer Tarifstruktur und mutmasslich auch einer zusätzlichen Tariforganisation. Es ist davon auszugehen, dass weder die bestehenden Strukturen von OAAT noch SwissDRG diese neue Pflegefinanzierung allein konzeptionell werden abbilden können. Parallel dazu müssen alle Kantone ihre eigenen gesetzlichen Grundlagen und Verordnungen anpassen. Diese Prozesse müssen zeitgleich angestossen werden, obwohl gewisse nationale Ergebnisse eigentlich zuerst bekannt sein müssten. Das macht die kantonale Umsetzung besonders anspruchsvoll.

Erschwerend kommt hinzu, dass nicht alle Kantone gleich direkt an den relevanten Informationsflüssen beteiligt sind. Ein Teil ist enger in den Austausch mit der GDK eingebunden, andere Kantone erhalten ihr Wissen eher indirekt über Regionalgruppen. Der Informationsfluss über so viele Gremien ist anspruchsvoll. Damit steigt das Risiko, dass nicht alle Kantone zeitgerecht dieselben Informationen erhalten, richtig einordnen und in geeignete Massnahmen übersetzen.

13. Die zweite Etappe 2032: Pflege als eigentliche Bewährungsprobe

Die zweite Etappe von EFAS mit dem Einbezug der Pflege dürfte komplexer werden als die erste. Die Herausforderung ist nicht bloss tariftechnisch, sondern auch institutionell und föderal. Pflegeleistungen zu Hause und im Heim betreffen Spitex, Langzeitpflege, Gemeinden, Kantone, Verbände und neue Formen der Datenerhebung in einem bis heute stark fragmentierten Feld.

Besonders anspruchsvoll ist, dass in gewissen Kantonen die Pflegerestkosten vollständig vom Kanton getragen werden, in anderen dagegen teilweise durch den Kanton und teilweise durch die Gemeinden. Diese Kantone werden zusätzlich gefordert sein, ihre Zahlungsabläufe zu überprüfen und allenfalls bis 2032 neu zu regeln. Im Themenfeld Pflege müssen deshalb auf nationaler wie kantonaler Ebene bereits ab 2026 zahlreiche Massnahmen lanciert und bearbeitet werden. Wer diese Phase unterschätzt, riskiert eine Verzögerung der zweiten Etappe. Ein reales Risiko besteht denn auch darin, dass die Umsetzung 2032 nicht zeitgerecht gelingt, weil bis dahin auf nationaler Ebene noch zahlreiche Vereinheitlichungen und neue institutionelle Lösungen geschaffen werden müssen.

14. Die Aufgaben der Akteure

Die Umsetzung von EFAS ist eine Mehrakteursaufgabe. Der Bund muss die Verordnungen rechtssicher und praktikabel ausgestalten, die Finanzflüsse definieren, Datenanforderungen klären und die beiden Etappen 2028 und 2032 koordinieren. Seine Aufgabe besteht darin, Vollzugsfähigkeit über alle Sektoren hinweg zu ermöglichen.

Die Kantone tragen eine doppelte Verantwortung. Einerseits finanzieren sie neu auch im ambulanten Bereich mit und müssen Budgetierung, Aufsicht, Rechnungskontrolle und gesetzliche Grundlagen anpassen. Andererseits bleiben sie für Versorgungssicherheit, Spitalplanung, Zulassung und zunehmend auch für systematische Koordination verantwortlich. Das heisst konkret: Spitalplanung muss stärker regional und sektorenübergreifend gedacht werden.

H+ und weitere Verbände haben nicht nur eine politische, sondern auch eine übersetzende Aufgabe. Sie müssen ihre Mitglieder mit Benchmarks, Best Practices, Interpretationen der Verordnungen und praktischen Instrumenten befähigen. Die FMH, Fachgesellschaften sowie Haus- und Fachärzteverbände müssen medizinische Fachlichkeit und Systemsteuerung zusammenführen. Versicherer und ihre

Verbände wiederum sind für praktikable Finanzflüsse, Datenprozesse und funktionierende Steuerungsmodelle mitverantwortlich. Reha, Spitex, Langzeitpflege, Psychiatrie, Apotheken, Rettungsdienste und Gemeinden sind keine Randakteure, sondern systemische Partner. Gerade mit Blick auf 2032 müssen sie früh eingebunden werden.

15. Die Handlungsagenda für Verwaltungsrat, Geschäftsleitung und Kantone

Für Verwaltungsräte beginnt die EFAS-Vorbereitung mit einer Grundsatzfrage: Welches Spital wollen wir im Jahr 2030 sein? Solange diese Frage offen bleibt, bleiben auch die Massnahmen fragmentiert. Der Verwaltungsrat muss definieren, welche Leistungen zum Kernauftrag gehören, wo strategische Differenzierung angestrebt wird, welche Kooperationen gewollt sind, wie hoch die Risikobereitschaft ist und welche Investitionen das Haus tragen kann.

Die Geschäftsleitung muss darauf aufbauend ein verbindliches EFAS-Programm aufsetzen. Dazu gehören Leistungsportfolio, ambulante Wachstumsfelder, stationäre Kapazitätsplanung, Reporting, Kooperationsstrategie, Personal- und Skill-Mix, Infrastruktur, IT, Finanzplanung und Regulierungsmonitoring. Besonders wichtig ist die Portfolioarbeit. Jede wesentliche Leistung sollte daraufhin geprüft werden, ob sie medizinisch relevant, strategisch sinnvoll, qualitativ führbar und wirtschaftlich tragfähig ist oder ob sie kooperiert, spezialisiert, transformiert oder geordnet zurückgebaut werden muss. Parallel dazu muss die finanzielle Führung umgebaut werden. Ein gutes EFAS-Reporting zeigt nicht nur, was eine Klinik verdient, sondern wo im Behandlungspfad Wert verloren oder geschaffen wird.

Für Kantone ist die Handlungsagenda ebenso anspruchsvoll. Sie müssen die Finanzwirkungen der Jahre 2028 bis 2031 früh simulieren, ihre gesetzlichen Anpassungen rechtzeitig anstossen, Prozesse der Rechnungskontrolle aufbauen, die Pflegeintegration ab 2032 vorbereiten und ihre Kommunikation gegenüber Politik und Öffentlichkeit aktiv führen. Gerade weil EFAS in der Übergangsphase missverstanden werden kann, ist politische Übersetzungsarbeit ein wesentlicher Teil der Umsetzung.

16. Der Zeitplan bis 2032

Die erste entscheidende Phase läuft bereits. Zwischen April und Juli 2026 liegt die Verordnungsumsetzung in der Vernehmlassung. In dieser Phase müssen Bund, Kantone, H+, FMH, Versicherer, Verbände und grosse Leistungserbringer ihre Stellungnahmen präzise einbringen. Spitäler sollten diese Zeit nutzen, um ihre Umsetzungsbedarfe sichtbar zu machen und ein internes EFAS-Impact-Assessment zu erstellen.

Bis Ende 2026 sollten Verwaltungsräte ein Zielbild 2030 verabschieden. Parallel dazu müssen CEO und CFO eine Programmorganisation etablieren. Medizinische Direktion, Pflege und Operations sollten bis dahin jene Behandlungspfade identifiziert haben, bei denen Ambulantisierung, Standardisierung oder bessere Übergänge den grössten Hebel versprechen. 2027 ist das Jahr des Umbaus. Infrastrukturentscheide, ambulante Ausbauten, Überprüfung stationärer Kapazitäten, Kooperationsverträge, Governance-Fragen, Reporting-Systeme sowie Anpassungen bei HR, IT und Controlling müssen konkret umgesetzt werden.

Mit dem 1. Januar 2028 startet die erste EFAS-Etappe. Ab dann muss der neue Finanzmix aktiv gemonitort werden. In den ersten zwölf bis achtzehn Monaten ist mit erheblichem Anpassungsbedarf zu rechnen. Die Jahre 2028 bis 2030 bilden die Konsolidierungsphase. Dann zeigt sich, welche ambulanten Modelle tragfähig sind, welche Kooperationen funktionieren und wo weitere Strukturentscheide nötig werden. Gleichzeitig muss die Vorbereitung auf 2032 beginnen. Spätestens ab 2030 sollten Spitäler gemeinsam mit Spitex, Pflegeheimen, Gemeinden und Hausärzteschaft verbindliche Modelle für Übergänge und gemeinsame Verantwortung aufbauen. Wer erst 2032 beginnt, die Versorgungskette bis in die Pflege zu denken, ist zu spät.

17. Fazit

Bis 2030 wird die Schweizer Spitallandschaft ambulanter, fokussierter, vernetzter und datenabhängiger sein. Breite Vollversorgung ohne klares Profil wird in vielen Regionen schwerer finanzierbar und steuerbar. Versorgungserfolg entsteht stärker an Schnittstellen, und Führung ohne pfadbezogene Transparenz wird unzureichend sein.

Für Verwaltungsräte und Spitalleitungen bedeutet das, dass die kommenden Jahre nicht administrativ, sondern strategisch zu lesen sind. Für die Kantone gilt dasselbe. EFAS ist nicht nur eine neue Finanzierungslogik für Leistungserbringer, sondern auch eine Bewährungsprobe für föderale Koordination, politische Kommunikation und öffentliche Finanzsteuerung. Die Reform stellt nicht nur die Frage, wie Leistungen finanziert werden, sondern auch, ob die zentralen Akteure bereit sind, das Gesundheitswesen als integrierten Versorgungsraum neu zu denken.

Häuser, die ihre Rolle im Versorgungssystem klären, Portfolioentscheide mutig treffen, Ambulantisierung organisatorisch ernst nehmen, regionale und überregionale Kooperationen systematisch entwickeln und finanzielle Führung als Steuerung des ganzen Behandlungspfads verstehen, werden gestärkt aus dieser Phase hervorgehen. Kantone, die die Übergangseffekte, die Gesetzesanpassungen und die Pflegeintegration frühzeitig antizipieren, werden die Reform tragfähiger und glaubwürdiger umsetzen können.

Häuser und staatliche Akteure hingegen, die EFAS als blossen Finanzierungsmechanismus behandeln, werden sich mit Symptomen beschäftigen, während sich ihr Umfeld bereits strukturell verändert. Der entscheidende Unterschied wird nicht im Gesetzestext liegen, sondern in der Führungsqualität der Institutionen und in der Fähigkeit, die neue Logik rechtzeitig in Strategie, Organisation und Vollzug zu übersetzen. EFAS ist deshalb letztlich eine Führungsreform - für Spitäler, für Kantone und für das Gesundheitswesen insgesamt.