

## 11. DRG-Forum Schweiz-Deutschland von MediCongress – Pauschalen-Systeme krisenfester machen: Geht das?

# Sicher navigieren, viele Facetten: Haben Swiss DRGs Zukunft?

Um es vorweg zu nehmen: Dass das 11. DRG-Forum von MediCongress Pandemie-bedingt virtuell stattfand, tat dem Anlass keinerlei Abbruch, im Gegenteil: Die Referierenden waren hervorragend motiviert und brillierten durch ihre hohe Kompetenz und kreativen Diskussionsbeiträge. Wer das Forum am Laptop mitverfolgte, kam daher nie in Versuchung, zwischendurch den Knopf der Kaffeemaschine zu drücken und wartete die Pausen ab. Jeder irrt, der meint, Tarife unter die Lupe zu nehmen, sei eine trockene Materie. So zahlte es sich aus, allem aufmerksam zuzuhören, um die Quintessenz exakt mitzubekommen – wie bei Agatha Christie, wo der Mörder auch erst am Schluss entlarvt wird.

Zwei Jahre Pandemie und 11 Jahre DRG-Forum Schweiz-Deutschland, um das ging es: Auf der einen Seite steigt der Ruf nach zusätzlichen Entschädigungen ausserhalb des DRG-Systems (wie wenn es diese in der Schweiz nicht vorher schon gegeben hätte), auf der anderen werden Pauschalen-Systeme zunehmend auch für den ambulanten und teilstationären Bereich diskutiert.

Wie – wenn überhaupt – geht dies zusammen? Wird das System dadurch optimiert und krisenfester? Oder sind diese Bewegungen erneut ein Stehenbleiben auf halbem Weg, statt direkt den

Einstieg in populationsbasierte Entschädigungssysteme zu wagen? – Wenn in solche Systeme eingestiegen werden soll: Was können wir vom Ausland lernen? Sind die schweizerischen, vor allem Grundversorger-getriebenen Modelle dazu überhaupt brauchbar? Oder zeigte gerade die Pandemie, dass Verlass vor allem auf die Spitäler war und diesen der Lead in der Entwicklung Capitation-finanzierter Systeme gehört? Diesen und weiteren Fragen wurde im Programm – verantwortlich zusammengestellt von Dr. oec. HSG Willy Oggier als wissenschaftlichem Leiter – gründlich nachgegangen.

### Rückläufige stationäre Fallzahlen

Corona bedeutet(e) zweifellos eine Bewährungsprobe für die Fallpauschalen-Finanzierung, dies insbesondere wegen starker Rückgänge der Fallzahlen im Spital. «Das wird nicht temporär sein», zitierte Dr. Willy Oggier Prof. Dr. Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin, der im deutschen «Ärzteblatt» ausführte, dass bei wichtigen Indikationen Minuswerte von 4 bis 12% zu verzeichnen waren. Zu einer Übersterblichkeit habe das aber nicht generell geführt. Andererseits hat das

Engagierte Diskussionen sorgen für eine wertvolle Vertiefung der Forums-Themen, hier (v.l.n.r.) mit Gesundheitsökonom Dr. Willy Oggier, Regierungsrat Pierre Alain Schnegg, Dr.med. Jana Siroka, Zentralvorstand FMH, Verena Nold, Direktorin santésuisse, und Dr. Werner Kübler, Direktor Universitätsspital Basel.



Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) für die erste Pandemiewelle eine signifikante Steigerung der Sterblichkeit bei Schlafanfällen innerhalb der ersten 30 Tage festgestellt. Auch die absolute Zahl der Todesfälle sei hier im Vergleich zum Vorjahr angestiegen, obwohl es deutlich weniger Fälle gab.

Prof. Busse: «Der Rückgang der Fallzahlen verteilt sich nicht über alle Diagnosen gleich. Der Effekt ist stärker bei den Diagnosen, bei denen es Zweifel gibt, ob sie überhaupt im Krankenhaus behandelt werden sollten, zum Beispiel COPD, Diabetes und Herzinsuffizienz.» Ein Grossteil des Rückgangs sei auch patientengetrieben: Die Patienten entscheiden sich dafür, nicht ins Krankenhaus zu gehen.

Das wiederum bereitet der AOK Sorge, die verlauten liess: «Anlass geben die Rückgänge bei Notfällen wie Herzinfarkten und Schlaganfällen, aber auch bei Krebs-Operationen, bei denen die Fallzahlen in der zweiten Pandemiewelle wieder stark eingebrochen sind.» Auffallend war gemäss Krankenhausreport 2021 zudem, dass etwa die Hälfte der Spitäler 86% der Covid-Fälle versorgte – ein klarer Zentralisierungseffekt, der allerdings aus Qualitätssicht sinnvoll sei.

### Es geht um die Existenz der Spitäler

«Es geht um die Existenz der Kliniken», folgerte daraus Thomas Lemke, CEO, Sana-Kliniken: «Nicht alle Sektoren der Volkswirtschaft hatten zwar das Glück, mit einem komfortablen Rettungsschirm ausgestattet zu sein. Aber in einer solchen Situation kann es auch nicht darum gehen, das Ergebnis zu maximieren, sondern es

geht um die Existenzsicherung. Eines ist aber klar: Zwischen der Abgabe von Garantien durch Politiker und der verbindlichen Umsetzung liegen Welten.»

Corona sorgt noch für mehr Gesprächsstoff: So warf der ehemalige deutsche Gesundheits-Sachverständige Matthias Schrappe den Spitalern vor, in der Pandemie Patienten ohne Not auf die Intensivstation verlegt zu haben. Zusammen mit anderen Experten kritisiert er zudem Unstimmigkeiten bei den Zahlen der Intensivbetten.

Noch schlimmer: «Das Vergütungssystem schafft keine Anreize, Patienten schnell von einer Beatmung zu entwöhnen», meinte Dr. Franziska Trudzinski, Pneumologin, Intensivmedizinerin und stv. Leiterin der allgemeinen Ambulanz an der Thoraxklinik Heidelberg, im «Ärzteblatt». «Generell schafft unser Vergütungssystem keine Anreize, Patienten auf Intensivstationen möglichst schnell von der Beatmung zu entwöhnen. Fehlanreize bestehen aber auch im ambulanten Bereich. Die ausserklinische Intensivpflege ist ein ressourcen- und kostenintensiver Bereich, der sich in den letzten Jahren unkontrolliert entwickelt hat.»

### Die Stunde der Lobbyisten

Zur Diskussion stehen klar Fehlanreize, die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Verteilung und die Frage, wie weit Vorhalteleistungen finanziert werden sollen. Oggier verwies auf Ausführungen der deutschen Unikliniken: «Das DRG-System muss um einen Finanzierungsansatz ergänzt werden, der die bedarfsnotwendige Grundversorgung und hochspezialisierte Vor-

haltungen der Universitätsklinik (z.B. Zentren, Notfallversorgung) absichert sowie besondere Belastungen wie Extremkostenfälle ausgleicht.»

Darüber, wie diese Frage beantwortet werden soll, gehen die Meinungen jedoch auseinander. Oggier erwähnte zum Einen Georg Baum, den Vorsitzenden des Aufsichtsrats der DRK Kliniken Berlin. Er fordert zur Erlös- und Liquiditätssicherung die Rückkehr zu Freihaltepauschalen. Zur Sicherung der medizinischen Leistungsfähigkeit müsse auch die wirtschaftliche Sicherung der Kliniken von der Politik gewährleistet werden. Das sei mit den bestehenden Instrumenten nicht der Fall. Ohne defizitdeckende Ausgleichs der Pandemielasten würden insbesondere freigemeinnützige Krankenhäuser in existentielle Schwierigkeiten geraten.

Zum Anderen nannte der Gesundheitsökonom den Leiter Stationäre Versorgung, AOK Rheinland/Hamburg, Dr. Simon Loeser. Dieser betonte, es sei deutlich geworden, wo die Grenzen eines vollkostenbasierten Fallpauschalen-Systems liegen. Es sei erstaunlich, dass die Krankenhausgesellschaften noch im Juni 2018 durch wissenschaftliche Gutachten belegten, dass ihre Kosten zu 71.4% variabel seien. Nur drei Jahre später seien die Kosten angeblich weitgehend fix (DKG Position zu Corona Jahresausgleichen), was erstaune.

### Deutliche Forderungen nach Reformen

Weniger erstaunt, dass Rufe nach Systemänderungen laut werden. Deutschland sollte die Klinik-Finanzierung auf den Prüfstand stellen. Das empfiehlt das ZEW Leibniz Zentrum für Europäische

Sie setzten interessante Akzente mit kompetenten Voten (v.l.n.r.): Prof. Dr. Franz Benstetter, TU Rosenheim, Guido Speck, CEO Lindenhofgruppe, und Dr.med. Martin Schmid, Leitender Arzt Spital STS AG.



Wirtschaftsforschung in Mannheim in einem Thesenpapier zur künftigen Wirtschaftspolitik.

Aktuell werden deutsche Spitäler über zwei Wege finanziert: Die Bundesländer tragen die Investitionen, während die Krankenversicherer für die Betriebskosten aufkommen. Diese Finanzierungspraxis habe allerdings deutliche Nachteile, so die Wirtschaftsforscher: «Dass nur belegte Betten im Fallpauschalensystem vergütet werden, wird der Anforderung, dass Reservekapazitäten vorgehalten und schnell aktiviert werden können, nicht gerecht». Diese Reservekapazitäten sollten künftige Finanzierungsmodelle berücksichtigen.

Schleswig Holsteins Gesundheitsminister Heiner Garg (FDP) doppelte nach: «Das System der Fallpauschalen muss zwingend um eine Basisfinanzierung ergänzt werden.» Das sei notwendig, damit die Kliniken Angebote wie Geburtshilfe vorhalten könnten. Das System der Fallpauschalen hat laut Garg dazu geführt, dass zu viele Eingriffe vorgenommen werden.

### DRG-System weiterentwickeln

Selbstbewusster gibt sich der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. in seinen Positionen für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags (18. Mai 2021): «Das DRG-System wird zu Unrecht als Ursache für die Probleme gesehen. Es ist nicht für den ökonomischen Druck verantwortlich. Hierfür ist die fehlende vollständige Refinanzierung der Personalkosten und der Investitionskosten ursächlich. Richtig ist, dass das DRG-System die Preise für eine Krankenhausbehandlung nach ihrem medizinischen Aufwand bemisst. Dabei lässt das DRG-System die Verantwortung für die Leistungserbringung in der Zuständigkeit des einzelnen Krankenhauses. Kosteneffizienz, Wirtschaftlichkeit und Transparenz sind die positiven Folgen. Die häufig geforderte Selbstkostendeckung hat sich weder für Patienten noch für die Krankenhäuser oder Krankenkassen als überlegenes Vergütungssystem gezeigt. Das DRG-System sollte deshalb nicht abgeschafft, sondern weiterentwickelt werden.»

Die Privatkliniken fordern daher eine Fokussierung auf Elemente der Value based medicine. Die Vergütung müsse sich an der Lebensqualität der Patienten orientieren, nicht an der Komplexität von Prozeduren. Vorhaltekosten (z.B. Notfallambulanz, Notaufnahme und medizinische Infrastruktur) sollen künftig pauschal und nicht fallbezogen erstattet werden. Es brauche eine Verpflichtung der Selbstverwaltung aus Krankenkassen, Spitalern und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und



Information (DIMDI), gemeinsam bürokratiearme Abrechnungsregeln zu definieren. Schliesslich gelte es, Kliniken ambulant zu öffnen und neue Vergütungssysteme in Modellregionen zu erproben («Regionale Gesundheitsbudgets»).

Gelten diese Überlegungen auch für die Schweiz? – Dr. Willy Oggier relativierte: «Im Gegensatz zur Schweiz gibt es in Deutschland (fast) keine gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL). Investitionen werden auch nicht über DRGs mitfinanziert. Und Schweizer Spitäler können bereits breit ambulant tätig sein. Was für Deutschland ein Diskussionspunkt sein mag, ist es deshalb in der Schweiz nicht.»

### Wie sind Vorhalteleistungen zu sichern und zu finanzieren?

Philippe Widmer und Peter Zweifel forderten in «Competence», Nr. 7/8/ 2021, S. 20/21, es gelte in der Spitalfinanzierung, einen Anreiz zur Vorhaltung von versorgungsrelevanten Reservekapazitäten zu schaffen, um bei künftigen Ausnahmeereignissen nicht mehr die gesamte Volkswirtschaft zum Schutze des Gesundheitswesens lahmlegen zu müssen. «Entgegen der heutigen Politik, welche zu weniger und grösseren Spitalern drängt, geschieht dies vorzugsweise, indem dabei möglichst viele mittelgrosse Spitäler berücksichtigt werden. Die Begründung liegt in der Tatsache, dass bei jedem Spital das Kostenminimum leicht unterhalb der Kapazitätsgrenze liegt.» Viele Spitäler zu berücksichtigen, würde zu einem ausgleichenden Verbundeffekt führen.

«Diese Überlegungen sind rein kosten- und reserveorientiert», wertete Oggier. «Qualität fehlt. In einer Pandemie spielt aber das Erfahrungen sammeln (Lernkurven-Effekt) angesichts der vielen Unbekannten eine grosse Rolle. Dies dauert bei dezentraler Struktur länger und provoziert damit zusätzliche, auch volkswirtschaftliche Kosten.» Aber er mahnte auch: «In der Schweiz haben diverse Universitäts- und Zentrumsspitäler von ihren Kantonen bevorzugt (und z.T. exklusiv) Leistungsaufträge erhalten mit der Begründung, sie hätten die Endversorgungsfunktion. Die gleichen Spitäler haben in der Regel auch höhere Baserates erhalten, weil die leistungsorientierte Finanzie-

rung genau solche Fälle ungenügend oder verspätet abbildet. Wenn auf ein anderes System gewechselt werden soll, dann müssen diese Elemente beseitigt werden.»

Generell geht es um die Frage: Wo hört eine Notfall-Vorhalteleistung als OKP-Aktivität auf und wann beginnt die Notfall-Vorhalteleistung als GWL? – «Vorhalteleistungen sind in der OKP keine eigene Leistung, sie sind bei den Pflichtleistungen implizit enthalten (z.B. beim Notfall) und damit auch nicht gesondert zu entschädigen», meinte Oggier. «Ein Spital muss seine Leistungen 24 Stunden gemäss Leistungsauftrag erbringen. Anders könnte die Situation in den Zusatzversicherungen beurteilt werden, wo es um die Sicherstellung der Vorhalteleistungen durch persönlich gewählte Ärzte geht. Die GWL-Aufzählung in Art. 49 Abs. 3 KVG ist nicht abschliessend. Vor allem öffentliche Universitäts- und Zentrumsspitäler haben in Spitallisten Vorzugsrechte für Endversorger-Rollen erhalten. Daher ist die Sicherstellung der Vorhaltung bereits darin enthalten. Wenn also jene, die Vorhalte- und Endversorger-Leistungen schon vorfinanziert bekommen haben, noch einmal Geld erhalten, handelt es sich um Doppelzahlungen.»

Der Gesundheitsökonom rät zu andern Prioritäten: «Prüfen wir doch, was mit den bereits gewährten (Geld-)Vorteilen gemacht wurde und schreiben wir GWL öffentlich aus. Mittelfristig führt wohl auch kein Weg an einer klareren Definition der GWL vorbei. Zu prüfen ist dabei die Einführung des Preis- statt des Kostenprinzips.» Vor allem gelte: Die Ambulantisierung durch neue Geschäftsmodelle – und zwar nicht in den (zu) kostenintensiven Spitalstrukturen – sei zu fördern. Dann würden auch mehr Betten frei werden. Zu fördern seien zudem digitale Gesundheits-Anwendungen.

### Gesundheitspolitik wird niemals langweilig

Aufgrund langjähriger Erfahrung wies auch Franz Knieps, Vorstand BKK (Betriebskrankenkassen)-Dachverband, Berlin, auf Fehlanreize und Qualitätsprobleme hin: «Vorhaltekosten von Krankenhäusern werden nicht ausreichend berücksichtigt (Regionalität, Leistungsangebot

usw.); es bestehen Fehlanreize wegen eines selektiven Leistungsangebots und fehlender Spezialisierung, ausserdem ein Auseinanderdriften von Spitalplanung und Versorgungsrealität. Die fallbezogene Abrechnung berge die Gefahr einer Mengenausweitung und Qualitätsprobleme entstünden durch zu geringe Spezialisierung und ungenügende Angebots-Konzentration.

Knieps: «Das bisherige System muss um eine Finanzierungskomponente ergänzt werden, die bedarfsnotwendige Vorhaltungen sicherstellt. Dabei müssen die Grund- und Regelversorgung in der Fläche garantiert, aber auch hochspezialisierte Versorgungsangebote insbesondere in der Notfallversorgung und in den medizinischen Zentren gewährleistet werden, wie sie in erster Linie Maximalversorger und Universitätsklinika vorhalten. Dabei müssen sowohl Aufwendungen als auch Effizienzverbesserungen durch zusätzliche Digitalisierung und Vernetzung berücksichtigt werden.»

Zu diesem Zweck besteht ein Bund-Länder-Pakt für nötige Reformen für eine bedarfsgerechte Versorgung, die zum Einsetzen einer Regierungskommission geführt hat. Sie soll Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vorlegen, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt. Knieps ist allerdings skeptisch, dass entschieden genug gehandelt werde, denn wer Versorgungsstrukturen ändern wolle, werde meist nicht mehr gewählt. Ausserdem würden sich gerade regionale Anbieter in nächster Nähe immer noch bis aufs Blut bekämpfen. «Es ist nicht so sehr eine Erlös-

vielmehr eine Umsetzungs-Problematik. Immerhin: Gesundheitspolitik wird niemals langweilig.»

### Fehlanreize killen Innovationen

Mehr ambulante Eingriffe sind ein Gebot der Stunde. Wie das umgesetzt wird, schilderte Dr. med. Martin Schmid, Leitender Arzt Spital STS AG, Thun, eindrücklich. Er zählte die aktuellen Herausforderungen auf: alte, komplexe Patienten mit einer optimalen Vorbereitung und Nachsorge überhaupt für ambulante Operationen zu gewinnen. Dazu gehörten auch Hospital@Home, Telemedizin und abgestimmte Infrastrukturen vor- und nachgelagert. Um künftig selbst komplexere Eingriffe ambulant vornehmen zu können, brauche es speziell dafür geeignetes Personal, wodurch ein «war for talents» entstehe. Wegzukommen von einem immer noch sehr grossen Anteil stationärer Leistungen, sei vordringlich – im britischen NHS seien das nur noch gerade 15% –, aber dafür müsse erst einmal die Spital-Infrastruktur neu aufgestellt werden. Die ungenügende Abgeltung sei hingegen sehr hinderlich und könnte sogar zur Mengenausweitung verleiten. Zu beachten seien schliesslich ökologische Fehlanreize, weil eingesetztes OP-Material bei ambulanten Eingriffen nur dann verrechnet werden könne, wenn Einweg-Produkte verwendet würden. «So killen Fehlanreize Innovationen», brachte es Schmid auf den Punkt.

### Sicht der Ärzteschaft vermehrt ernst nehmen

Die schlechten Tarife für ambulante Eingriffe bleiben ein entscheidendes Problem. Prof. Dr. med.

Michele Genoni, Präsident FMCH, hielt fest: «Der Tarmed als Einzelleistungstarif hat eine Verzerrung erfahren. Tarifsenkungen wurden teilweise durch Mengenausweitung kompensiert. Hingegen wurde das Ziel der Kostendämpfung verfehlt. Es besteht ein hoher administrativer Aufwand für Leistungserbringer wie Versicherer: Tarmed ist komplex, was Kosten für Prämienzahler verursacht. Schliesslich bestehen Lücken in Tarifwesen, weil die medizinische Realität nicht mehr abgebildet wird (z.B. fehlen Eingriffe) und die Qualitätssicherung ist bis heute nicht verankert. Was seit Jahren im Fokus von Politik und Medien steht, muss jetzt angegangen werden.»

Dafür soll solutions tarifaires suisse SA, eine Initiative der FMCH mit H+ und santésuisse, sorgen. Genoni: «Wir wollen das Tarifsystem vereinfachen, einheitlicher und zukunftsgerichtet gestalten. Es braucht im ambulanten Bereich sowohl Einzelleistungstarife als auch Pauschalen! – Pauschalen dort, wo sie Sinn machen, standardisiert für gleiche Prozeduren. Die Pauschalen sollen effektive Kosten abbilden, damit für ärztliche Leistungen eine nachweisbare und angemessene Vergütung erfolgen kann, die sowohl spital- als auch praxisambulant anwendbar ist. Die Sicht der Ärzteschaft, die bisher zu wenig berücksichtigt wurde, ist vermehrt mit einzubeziehen. Wir sind bereit für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit.»

«Es besteht eine markante Unterfinanzierung im spitalambulantem Bereich», doppelte Christoph Schöni, Leiter Geschäftsbereich Tarife bei H+, nach: «Wir haben Verzerrungen im Tarmed und eine fehlende Abbildung der medizinischen und betriebswirtschaftlichen Entwicklung. Daraus

Sowohl die Weiterentwicklung des Fallpauschalen-Systems wie eine gezielte Markenpolitik sind wichtig, betonten Prof. Dr. med. Michele Genoni, Präsident FMCH, René Holler, Global Marketing Manager Siemens Healthineers, und Dr. med. Till Hornung, CEO Kliniken Valens.



entstehen falsche Anreize im Einzelleistungstarif. Wegen stagnierender Tarife im stationären Bereich entsteht Druck auf die Preise der Mehrleistungen zugunsten zusatzversicherter Patienten. Aktuell bestehen auf der anderen Seite kostentreibende Rahmenbedingungen.»

Schönis Rezept für die Zukunft beinhaltet 6 Punkte:

1. Trennung von Preis und Struktur
2. gleiche Bewertung der Leistungen und Durchlässigkeit
3. selbstlernendes System nach dem Vorbild von SwissDRG mit jährlich aktualisierten Datengrundlagen
4. Transparenz in den Kosten- und Leistungsdaten
5. Abbildung der medizinischen und ökonomischen Realität und Aktualität
6. Vereinfachung von Nomenklatur und administrativen Prozessen

### Ertragssicherung durch starke Markenbildung

Neue Tarifstrukturen sind das Eine, eine starke Markenbildung das Andere, um sich erfolgreich zu positionieren. Das illustrierte Dr.med. Till Hornung, CEO der Kliniken Valens. Die «Valenser» präsentieren sich als klar wahrnehmbare Marke mit Sub-Marken, d.h. grosse, starke Rehasentren, kleinere Zentren – Bijous an speziellen Standorten –, ambulante Zentren und vernetzte Leistungserbringer wie spitalnahe Reha mit regionalem Fokus für eher komplexe Pflegesituationen mit dem Schwerpunkt integrierte Medizin.

Hornung: «Gruppen- und Markenbildungen sind nicht nur «Segen», sie müssen auch gut organisiert sein. Wenn es konsequent gemacht wird, überwiegen die Vorteile klar. Im Reha-Bereich wird eine Konsolidierung und damit ein verstärkter Markenprozess voranschreiten. Die Kliniken Valens werden auch weiterhin mit starken und interessanten Partnern und Kliniken Kooperationen suchen.»

Eine eindeutige Marktpositionierung ist auch für Hersteller bildgebender Verfahren ein Erfolgsfaktor. Das sieht René Holler, Global Marketing Manager für Value Partnership von Siemens Healthineers, folgendermassen: «Wir streben eine Reduktion von Angst, Unruhe und Stress durch ein optimiertes Layout-Design unter Berücksichtigung der Erfahrung von Patienten und Pflegeteams an.» Dazu gehören die Stichworte Sicherheit/Datenschutz, Wärme und Vertrauen sowie Beruhigung und Ablenkung. «Bieten Sie einen ganzheitlichen Ansatz für die



diagnostische Erfahrung mit einem multisensorischen Ansatz», so Holler. «Wir sind denn auch bestrebt, eine starke gemeinsame Kultur zu entwickeln, die unsere 66000 Healthineers vereint und neue Ambitionen ermöglicht.»

Der Erfolg gibt der Strategie recht: Seit dem Börsengang ist der Markenwert um 229% gestiegen und liegt jetzt bei 12 Mrd. Euro. Holler: «Ein Healthineer zu sein, ist eine Ehre. Unsere Führungskräfte sehen sich in der Verantwortung für die Marke. Alle Healthineers sind für die Gewährleistung verantwortlich bezüglich Konsistenz und Disziplin bei allen Markenwendungen.»

### Ambulante Operationszentren: Organisation ist Gold wert

Ein weiteres sehr wichtiges Element, erfolgreich ambulant zu operieren, besteht in vermehrter Eigenverantwortung solcher Bereiche. Guido Speck, CEO Lindenhofgruppe, Bern, berichtete über die Erfahrungen seines eigenständigen Zentrums AOZL. Der Grundsatz der Lindenhofgruppe lautet: keine ambulanten Eingriffe mehr im stationären Setting (Trennung ambulante/stationäre Prozesse und keine Beschränkung auf Fachgebiete). Das Umfeld muss für Operateure wie Patienten gleichermaßen attraktiv und wirtschaftlich eigenständig finanzierbar sein.

Bezüglich juristischer Ausgestaltung bestehen mit einem selbstständigen Zentrum geringere behördliche Auflagen, was allerdings kantonal unterschiedlich ausgeprägt sein könne. Positiv sei die Fokussierung auf das ambulante Geschäft (eindeutiges Mind Set) mit adaptierten Lohn- und Anstellungsbedingungen. Das Geschäftsmodell in Bern sieht vor, dass nur Mitarbeitende mit Patientenkontakt im AOZL tätig sind und auch komplexere ambulante Chirurgie praktiziert wird. Die strategische Führung erfolgt einfachheitshalber in Personalaunion mit der Eigentümerin Lindenhofgruppe.

Auf langjährige Erfahrungen mit ambulanten OP-Zentren kann auch die Hirslanden Gruppe

zurückblicken, in der heute vier Zentren im Betrieb und weitere drei geplant sind. Dr.med. Daniela Centazzo, Direktorin Ambulantes Operieren, nannte als Erfolgsfaktoren: hohes Volumen, Konzentration und Standardisierung von Eingriffen; räumliche Synergien, adaptierte Ausstattung – flexibel, modular, erweiterbar –; getrennte Patientenwege, schlanke bedarfsgerechte Prozesse mit kurzen Durchlauf- und Wechselzeiten sowie den «Faktor Mensch», der aus prozessorientierten, flexiblen Mitarbeitenden und fürs spezielle ambulante Operieren geeigneten Ärzten bestehen müsse.

Massgebend für die Zukunft, so Centazzo, bleiben das fundierte Erheben spezifischer Performancedaten, umsatzorientierter Kennzahlen (statt budget-orientierter), bedarfsgerechte und insbesondere einheitliche Tarife für chirurgische Leistungen (stationär und ambulant).

### DRGs, Vorhaltepauschalen oder Capitation-Modelle?

Wie soll es nun nach gesammelten Pandemie-Erfahrungen mit der Spitalfinanzierung weiter gehen? – Am zweiten Forumstag bildeten Auslandsbeispiele die Ouverture. Prof.Dr. Franz Bentschetter, Ordinarius für Sozialversicherungen und Gesundheitsökonomie an der Technischen Hochschule Rosenheim, fasste die Ausgangslage zusammen: finanzieller Druck, Diskussion um Rationierung, Fallzahlenfokussierung, regionale Kostenunterschiede, unterschiedliche Vorhaltekosten, Disparitäten im Zugang zur Versorgung, rigide Sektorengrenzen sowie hohe Regulierungsdichte und grosser Kontrollaufwand. Dazu kommt Corona als Katalysator, verbunden mit Fachkräftemangel und Rückgang der Fallzahlen.

Abhilfe versprechend stehen immer wieder Capitation-Modelle im Fokus. Sie basieren auf einer stark pauschalierten Form der Vergütung, die nicht am Behandlungsfall, sondern am Versicherten ansetzt und erstrecken sich (im Idealfall) auf alle Versicherten einer Region. Sie übertragen einen Teil der finanziellen Risiken vom Versiche-



Pause vor digitalen Netzwerken: Doris Brandenberger, CEO MediCongress, und Florian Deumeland.

rer auf den Leistungserbringer und können über eine vorab vereinbarte Vergütung pauschal abgegolten oder im Abgleich mit einem Benchmark ermittelt werden. Das alles geht mit einer Änderung der Versorgungsstruktur einher, die sich am Patient Journey orientiert; die Leistungen sind eng an die Qualitätssicherung gekoppelt.

Als Chancen genannt werden hierbei Anreize zur Optimierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, eine am Bedarf und nicht an Sektorengrenzen orientierte Organisation der Leistungserbringung, die Belohnung von Prävention und Koordination sowie mehr Gestaltungsfreiheit.

### Positive Erfahrungen in Spanien

Grossflächig wird das in Spanien umgesetzt. Seit 2002 erfolgte in der Region Valencia ein vollständiger Transfer der finanziellen und administrativen Verantwortung. Es war eine Implementierung von 5 Konzessionsmodellen auf der Basis von «Public-Private-Integrated-Partnership-Modellen» auf Capitation-Basis. Anpassungen erfolgen anhand medizinischer Inflation im staatlichen System sowie Änderung der Einwohnerzahl, wobei langfristige Versorgungsverträge, i.d.R. für 15 Jahre, bestehen. Die Erfolge lassen sich sehen: Angesetzte Effizienzabschläge konnten durch signifikante Einsparungen der medizinischen und operativen Kosten erreicht werden. Es wurde eine höhere Patientenzufriedenheit in den Konzessionsmodellen relativ zu den öffentlichen Vergleichsregionen gemessen.

Benstetters Fazit ist deutlich: «Prospektive regionale Gesundheitsbudgets sind vielversprechende Ansätze für eine effektive, evidenzbasierte und sektorenübergreifende Versorgung. Internationale Erfahrungen zeigen geringere stationäre Leistungen und reduzierte Wartezeiten, optimierte medizinische Outcomes und erhöhte Patientenzufriedenheit. Daraus lassen sich wichtige Erkenntnisse für die strategische und operative Projektplanung und -implementierung regionaler Gesundheitsbudgets ableiten.»

### Noch lange nicht normal

«Normal ist noch lange nicht in Sicht», ergänzte Thomas Bublitz, Geschäftsführer Bundesverband Deutscher Privatkliniken, Benstetters Betrachtungen. «Krankenhäuser, auch Private machen es gut!» Aber: Es gibt weiterhin Kritik am DRG-System, Ökonomisierungsdruck und enorme Arbeitsbelastung von Ärzten wie Pflegekräften. Die Krankenkassen beklagen zusätzliche Ausgaben zur Bewältigung der Pandemie bei Beitragsausfällen (Extrazuschuss 2022: 14 Mrd. Euro).

Auffallend sei in Deutschland überdies, dass bereits in den letzten Legislaturperioden immer mehr Eingriffe ins DRG-System vorgenommen wurden: Ausgliederung der Pflege in neues Pflegebudget, Bestimmung von Pflegepersonaluntergrenzen und eines Pflegepersonalquotienten, Absenkung/Abstufung von DRGs sowie aktuell die Diskussion über Vorhaltepauschalen nach Versorgungsstufen und die neue Pflegepersonalbemessung (PPR 2.0).

Bublitz sieht allerdings nicht das DRG-System als überholt an, sondern mahnt zur Weiterentwicklung. Er fordert eine Debatte über das Krankenhaus der Zukunft: Welche Aufgaben soll es erfüllen? Was ist gute Pflege und wie kann man sie messen? Wie viel Zentralisierung, wie viel Wohnortnähe sind richtig? Wie erfolgt die flächendeckende Notfallversorgung? – «Wir brauchen eine Perspektive: Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung, Versorgungsqualität mehrdimensional messen, vergleichen und verbessern – eine gemeinsame Zielvorstellung und ein Zielbild, erst dann Rahmenbedingungen.» Bublitz bedauerte gleichzeitig die ungenügende Initiative: «Wir wagen nicht, wir klagen nur!»

### Innovative Versorgungsformen konkret umsetzen

Aktiv unterwegs sind Experten wie die der OptiMedis AG. Deren Vorstandsvorsitzender, Dr.h.c. Helmut Hildebrandt, sprach von einem gesund-

heitswissenschaftlich ausgerichteten Unternehmen für Management, Analytik und Forschung im Gesundheitswesen und Spezialisten im Aufbau innovativer Versorgungsformen.

Hildebrandt verwies auf die Intentionen der Ampel-Koalition zum Schaffen einer sektorübergreifenden Vergütung durch «Hybrid-DRGs» und zur Förderung der Ambulantisierung bisher unnötig stationär erbrachter Leistungen. Damit verbunden sein sollen spezifische Vergütungsstrukturen für multiprofessionelle, integrierte Gesundheits- und Notfallzentren, die eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicherstellen sollen, verbunden mit einer Erhöhung der Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) und der Stärkung innovativer Versorgungsformen.

Mehr Patientennutzen und eine höhere marktwirtschaftliche Effizienz gehören gemäss Hildebrandt zusammen. Das Stichwort heisst «Business Process Reengineering»: ein Begriff, der ein «fundamentales Umdenken und radikales Neugestalten von Geschäftsprozessen bewirkt, um dramatische Verbesserungen bei bedeutenden Kennzahlen wie Kosten, Qualität, Service und Durchlaufzeit zu erreichen. Das heisst: weg von einer punktuellen «Umgestaltung» (vorwiegend innerhalb der einzelnen Einrichtungen mit dem Ziel der eigenen wirtschaftlichen Optimierung) hin zu einem grundlegenden Wechsel! Es bedeutet auch, dass die Neugestaltung auf Systemebene stattfinden muss, denn nur dann kann die Versorgung über alle Sektoren hinweg effizienter und im Sinne der Patienten gemanagt werden, insbesondere bei chronisch Kranken.»

Die wichtigsten Punkte seines Fazits lauteten: «Die medizinisch unsinnige Trennung zwischen extra- und intramural kann im Sinne eines durchlaufenden Informationsflusses aufgehoben werden. Medizinische Qualität ist heute nicht mehr ausschliesslich innerhalb des jeweiligen eigenen Sektors zu erbringen, sondern erfordert eine System-übergreifende Qualität, d.h. Outcomebasiert und Präventionsbasiert im Sinne einer «Value-based Healthcare» über den Lebenszyklus der Patienten.»

### Sollen wir nun in der Schweiz die DRGs beerdigen?

Spannend verlief erneut das Schlusspodium des Forums. Pierre Alain Schnegg, Regierungsrat Kanton Bern und Verwaltungsrats-Präsident der SwissDRG AG, wertete es als positiv, dass die DRGs einen teilweisen Wettbewerb ermöglichen, allerdings sei es störend, wenn ein Spital Kosten

spare und dann in der nächsten Tarifrunde eine geringere Baserate befürchten müsse. Schwierig sei es auch, nicht planbare Leistungen richtig abzugelten. «Diese Problematik hat uns die Pandemie deutlich gezeigt, zudem, dass es gar nicht einfach ist, Personal zwischen Spitälern zu verschieben. Wertvoll ist daher eine Ausbildungs-offensive. Für die Zukunft muss der Fokus vermehrt auf die Gesunden gerichtet werden. Wir brauchen innovative Versicherungsmodelle; Capitation könnte in bestimmten Regionen Anwendung finden. Ich kann mir vorstellen, dass unser Kanton das prüft.»

Dr.med. Jana Siroka, Mitglied des Zentralvorstands der FMH, unterstrich: «Corona hat gezeigt: Wer flexibel ist, kann eine Krise besser meistern. Und aus Sicht der SwissDRG AG kann man auch sagen, dass wir die Wellen mitgehen konnten. Es gab zwar Ertragsausfälle in den Spitälern, aber das war nicht DRG-bedingt, das Tarifsystem hat sich bewährt. Beim Diskutieren neuer Finanzierungsmodelle habe ich Sorge, dass – nicht zuletzt angesichts der CVP-Kostenbegrenzungs-Initiative – Globalbudgets wieder hervorgeholt werden. Auch beim bundesrätlichen Gegenvorschlag wird durch Administration

Auf erstklassige Technik konnten sich die Referierenden verlassen, hier Dr. Jana Siroka, FMH.



und Politik etwas geplant, was die Ärzteschaft in ihrer Tätigkeit einzwängt. Das gefährdet das Schweizer Gesundheitssystem!»

Sie spricht sich deutlich gegen engmaschige Regulierungen aus: «Das schränkt die Patientenversorgung ein und beschert uns nur Kosten. Besser sind innovative Modelle wie Capitation oder weitere Formen der Zusammenarbeit von Ärzten mit Kantonen und Versicherern. Zu prüfen ist insbesondere Hospital@home.»

Auch Verena Nold, Direktorin santésuisse, erteilt den DRGs die Note «gut». Es hätte rasch auf Covid reagiert werden können und «die Spitälern konnten reibungslos fakturieren. Besser können wir es aber dennoch machen. Wir haben viele vertragliche Freiheiten, namentlich alternative Versicherungsmodelle. Die integrierte Versorgung würde ja gerade bei den Hausärzten beginnen. Diese sind zu stärken. Ich bin allerdings erstaunt, wie wenig diese bereits vorhandenen Modelle mit echter Capitation genutzt werden, bloss zu 25%. Da ist ein riesiges Feld für Innovationen vorhanden. Eine ganz hohe Hürde, die wir überspringen müssen, ist schliesslich die unterschiedliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen. Wir brauchen die einheitliche Finanzierung ambulant-stationär (EFAS) – gerade wenn Capitation über Sektoren hinweg angewandt werden soll!»

Dr. Werner Kübler, Direktor Universitätsspital Basel, freut sich, dass es immer gelungen sei, sich zu adaptieren. «Jetzt müssen wir uns vor Augen halten, dass zwar neue Pandemien wieder auftreten können, sie aber höchst wahrscheinlich unterschiedlich zu Corona sein dürften. Wir müssen also immer wieder rasch neue Finanzierungs-Lösungen finden. Wenn wir Capitation-Modelle einführen möchten, muss die Leistungserfassung und -zuweisung einheitlich erfolgen; eine Rückkehr zu Tagespauschalen ist keine Lösung, sehr wohl aber die Weiterentwicklung der DRGs. Das Schweizer System ist gut ausgebaut, flexibel, aber es fehlt der Preiseffekt und immer mehr Kantone versuchen, gegen die Menge zu regulieren. Vorteilhafter und übersichtlicher wären abteilungsweise DRGs, Vorhaltepauschalen sind unnötig. Was wir für die DRG-Weiterentwicklung dringend brauchen, ist eine bessere digitale Datengrundlage. Wertvoll wäre eine gemeinsame Initiative von Krankenkassen und Spitälern.»

### Und der ewige Zankapfel Kontrahierungswang?

«In den Kantonen nehmen wir die Forderung nach Abschaffung des Kontrahierungswangs

immer mehr wahr», meinte Pierre Alain Schnegg, «aber die Kantone sind eben auch Inhaber von Leistungserbringern – das altbekannte Spannungsfeld der vielen Hüte. Mir ist daher aktuell ein zünftiger Digitalisierungsschub wichtiger.»

«Wir haben zwar im Standard-OKP-Modell den Kontrahierungszwang», argumentierte Verena Nold, «aber immer mehr Versicherte profitieren ja von alternativen Modellen, da verliert der Kontrahierungswang indirekt an Bedeutung. Weiter wäre die Managed Care-Vorlage gegangen, die aber an der Urne abgelehnt wurde.»

«Wir müssen sehen, was die Patienten wünschen», forderte Dr. Jana Siroka, «da ist Dynamik drin. Jüngere gehen eher in Gruppenpraxen, mögen HMO, Telemedizin und Gesundheits-Apps. Die FMH erkennt die Zeichen der Zeit, und wenn wir weiterhin eine hochstehende Medizin erbringen, geht uns die Arbeit nicht aus.»

Regierungsrat Schnegg wies auf die Bedeutung neuer Kooperationsformen hin: «Ich bin davon überzeugt, dass wir mehr Zusammenarbeit zwischen Privaten und der öffentlichen Hand brauchen und dies fördern müssen. Das ist gerade für die regionale Versorgung wichtig. Bei allen berechtigten Forderungen nach Konzentration von Leistungsangeboten bleibt aber die Demografie als Bremse. Wir können nicht betagte Patienten bis 250km weit verschieben. Daher brauchen wir hier im Speziellen eine erstklassige regionale Vernetzung, damit alle Patienten eine ideale Orientierung für die beste Versorgung vorfinden.»

Kurz und bündig fielen die abschliessenden Statements bezüglich der Krisenfestigkeit der SwissDRGs auf: Pierre Alain Schnegg und Dr. Werner Kübler setzen auf mehr digitale Daten zur besseren Entscheidungsfindung, Dr. Jana Siroka verlangt eine Abkehr von Partikularinteressen in Richtung globale Betrachtung und Verena Nold wünscht sich dringend die Einführung der EFAS: «Das sollten wir als Tarifpartner doch auf die Reihe kriegen!»

Dem ist eigentlich nichts mehr hinzuzufügen, ausser der Feststellung, dass Analysen und Diskussionen über die Spitalfinanzierung – wenn sie dermassen professionell dargeboten werden – eben mindestens so spannend sind wie ein guter Krimi.

Fotos: Peter Brandenberger [www.im-licht.ch](http://www.im-licht.ch)

### Weitere Informationen

[www.medicongress.ch](http://www.medicongress.ch)