

Das 12. DRG Forum Schweiz-Deutschland von MediCongress: Inventar, Analyse und Perspektiven für die Zukunft

# Ambulante Pauschalen und TARDOC versus Personalmangel: Welches sind die besten Rezepte?

«Ambulante Leistungen sind insbesondere in Spitalstrukturen nicht selten defizitär. Gleichzeitig verknappt (und verteuert) sich das Personal. Können wir trotzdem ‚weiterwursteln‘ wie bisher?» lautete die Forums-Einladung. Braucht es einfach höhere Tarife oder einen Paradigmenwechsel? Sind Hybrid DRGs und neue Geschäftsmodelle die Antwort? Im Zentrum Paul Klee in Bern wurden erneut Pros und Kontras, national und international, intensiv beleuchtet.

Einen informativen Einstieg bot Prof. Dr. iur. Ueli Kieser. Er ging der Frage nach, welche neuen Tarifarten es in Zukunft brauche, insbesondere Pauschaltarife. Als Basis dafür hat das Parlament am 21. Juni 2021 eine neue Fassung von Art. 43 KVG beschlossen, welche sich zentral auf Pauschalen bezieht: «Einzelleistungstarife sowie ambulante Patientenpauschaltarife müssen je auf einer einheitlichen gesamtschweizerisch vereinbarten Tarifstruktur beruhen. Gibt es in einem Bereich eine vom Bundesrat genehmigte oder festgelegte Tarifstruktur für ambulante Patientenpauschaltarife, so muss diese von allen Leistungserbringern für die entsprechenden Behandlungen angewandt werden. Die Tarifpartner können für bestimmte ambulante Behandlungen regional geltende Patientenpauschaltarife vereinbaren, die nicht auf einer

gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur beruhen, sofern dies regionale Gegebenheiten erfordern. Gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen gehen vor.»

## Es braucht eine einheitliche Tarifstruktur

«Beim Pauschaltarif hängt die Höhe der Entschädigung nicht von den im Einzelfall erbrachten Leistungen ab, sondern es gilt eine Pauschale», führte Kieser aus. «Dabei wird zwischen einer Patientenpauschale und einer Versichertenpauschale unterschieden. Eine Variante der Patientenpauschale ist die Fallpauschale, mit der die Gesamtheit der Leistungen, die zur Behandlung einer Krankheit mit einer bestimmten Diagnose notwendig sind, abgegolten wird. Voraussetzung

für Einzelleistungstarife wie Pauschalen ist eine einheitliche Tarifstruktur. Beim Genehmigungsverfahren sind die Kriterien der Vertragsfreiheit sowie der Sachgerechtigkeit zentral. Mit einem mittleren Gewicht treten die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, der Billigkeit sowie der wirtschaftlichen Tragbarkeit hinzu. Ein eher kleines Gewicht haben die geschätzten Auswirkungen auf Leistungsvolumen und Kosten. Die Tarifstruktur für die ambulanten Pauschalen bedarf einer weiteren Konkretisierung sowie der Erstellung eines statischen und dynamischen Kostenneutralitäts-Konzepts, was bislang fehlt.»

Der bald anwendbare TARDOC könnte fürs Erarbeiten einer Tarifstruktur für ambulante Pauschalen förderlich sein. Aufgrund dessen könnten Gewähr dafür bestehen, dass die notwendi-

Ein voller Saal im Zentrum Paul Klee verfolgt aufmerksam die Ausführungen und den Blick über die Grenze von Dr. oec. HSG Willy Oggier.



## Special 3: DRG Forum CH-D

gen Leistungen nicht nur basierend auf einer medizinisch aktuellen Tarifstruktur, sondern auch kosteneffizient erbracht werden. Die Genehmigung der Patientenpauschaltarife müsste nach denselben Kriterien erfolgen, wie sie auch für Einzelleistungstarife gilt.

Mit einem heiklen Punkt schloss Kieser seinen wie immer virtuosen Vortrag, es geht um die Wirtschaftlichkeitsprüfung: «Hier werden allenfalls erhebliche Auswirkungen eintreten. Bei einer künftigen mengenmässig relevanten Koexistenz von Einzelleistungs- und Pauschaltarif muss die Wirtschaftlichkeitsprüfung angepasst werden. Bei Fallpauschalen können nicht die Kosten das primäre Kriterium sein, sondern eher wie im Tarifcontrolling die Häufigkeit der Anwendung der einzelnen Pauschalen.»

### Wichtiger Blick über den Tellerrand

Und wie sieht die Tarifgestaltung in Deutschland aus? – Dr. oec. HSG Willy Oggier, wissenschaftlicher Programmverantwortlicher, stellte einige Gedanken über die Grenzen hinweg an zu «Leistungsorientierten stationären und ambulanten Pauschalen und Einzelleistungen». – Höchst interessante Zahlen würden in Deutschland sichtbar. Seit über DRGs abgerechnet wird, sind die Fallzahlen um 20% gestiegen und es erfolgte kein stärkerer Rückgang der Verweildauer. Nirgends machen die DRGs einen so hohen Anteil an den gesamten Betriebsmitteln der Spitäler aus wie in Deutschland. Die Fallzahlen werden incentiviert, nicht die Qualität. Es wäre daher gut, Anreize für mehr Ambulantisierung über sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs) zu bieten und auch die Kostenstrukturen der Spitäler zu berücksichtigen: höhere Vergütung für Maximalversorger und für kleine, bedarfsnotwendige Krankenhäuser bei gleichzeitigem

Umbau vieler kleiner Kliniken in regionale Gesundheitszentren. Im stationären Bereich gebe es keine bedarfsgerechten Strukturen, sondern in manchen Ballungsräumen eine Überversorgung und in ländlichen Regionen eine Unterversorgung. Speziell in der Pädiatrie und Gynäkologie bestünden zu wenig Betten bei steigenden Fallzahlen.

Das führte zu folgenden Vorschlägen: Erlössumme anheben (Modell A), betreibbare Betten als Bemessungsgrösse für einen bundeseinheitlich definierten Betrag (Modell B) oder für jede Abteilung die Grösse der fachspezifisch zu versorgenden Bevölkerung festlegen (Indexbevölkerung), d.h. für jeden versorgten Kopf ein Euro-Betrag als Basis pro Jahr, der durch abteilungs-spezifische Anpassungsfaktoren erhöht/gesenkt werden kann (Modell C). Schliesslich wurde als Modell D eine Mischung aus Vorhaltefinanzierung (B) und populationsbezogener Finanzierung (C) diskutiert.

### Mögliche Lösungsansätze

Aufgrund der problematischen Ausgangslage formulierten deutsche Experten konkrete Lösungsansätze: Einführung eines festen Budgets, das unabhängig vom Leistungsvolumen gezahlt wird, finanzielle Anreize schaffen zur Versorgung in weniger teuren Behandlungssettings als im Spital, episodienbasierte Vergütung (gemeinsames Geld für den gesamten Handlungspfad, z.B. für Krankenhaus und niedergelassenen Leistungserbringer) und gesonderte Finanzierung für ländliche Krankenhäuser. Die Fachleute legten Wert darauf, dass statt einen langen Katalog ambulanter Leistungen verbindlich vorzugeben, es besser den Vertragspartnern offenstehen sollte, für sie geeignete Vereinbarungen zu treffen.

Auch ein vermehrtes Einbinden der Patienten wurde schon erörtert. Immer dann, wenn einzelne Spitäler durch den gegebenen Basisfallwert ihre Kosten nicht abdecken können und die Krankenkassen nicht bereit sind, diesen zu erhöhen, dürfen die Kassen den Basisfallwert so weit anheben, dass Kostendeckung entsteht. Letztlich führt das zu einer Kostenbeteiligung der Patienten, wenn die Kassen nur einen niedrigeren, nicht kostendeckenden Basisfallwert akzeptieren. Es ist dann an den Patienten, zu bewerten, ob sie eine Zuzahlung für «ihr Krankenhaus» akzeptieren oder lieber auf ein anderes zuzahlungsfreies Spital ausweichen.

### Lauterbachs Bombe

Mitten in diese Überlegungen platzte Ende September 2022 eine regelrechte «Bombe» von Gesundheitsminister Lauterbach – Tagespauschalen. Für die nicht anfallenden Übernachtungskosten soll das Relativgewicht (Bewertungsrelation) der DRG pauschal um 0.04 pro entfallende Nacht gemindert werden. Das entspräche etwa einer Hotelübernachtung von circa 140 Euro. Bei mehrtägigen Tagesbehandlungen addieren sich die Abzugsbeiträge. Vergütet werden nur jene Tage, an denen ein Patient mindestens sechs Stunden im Spital verweilt. Die Höhe des Abzugs wird auf maximal 30% der DRG gedeckelt. Um eine Umwidmung von Notaufnahme-Behandlungen zu vermeiden, sind dabei eintägige Tagesbehandlungen von notfallmässig aufgenommenen Patienten nicht möglich.

In der Krankenhausreform sollen Spitäler in drei Versorgungsstufen unterteilt werden: Level 1 – Grundversorgung, Level 2 – Regel- und Schwerpunktversorgung, Level 3 – Maximalversorgung. Vorgesehen sind 128 Leistungsgruppen, die den Spitätern zugeteilt werden sollen. Die Finanzierung der Betriebskosten soll künftig aus einer nach Leistungsgruppe variierenden Vorhaltepauschale von 40% und den leistungsabhängigen Fallpauschalen erfolgen. Weil in ländlichen Regionen viele Spitäler nicht mehr wirtschaftlich sind, schlägt der Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) vor, dass niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Spitäler in Form intersektoraler Versorgungszentren oder Ambulanzen organisiert werden müssten.

### Die Schweiz ist einen guten Schritt weiter

Oggier lobte die Entwicklung in der Schweiz: «Die methodischen Ansätze für eine leistungsorientierte Spitalplanung sind nicht nur entwickelt, sondern praktiziert worden. Das Problem ist eher die unterschiedliche kantonale Auslegung.

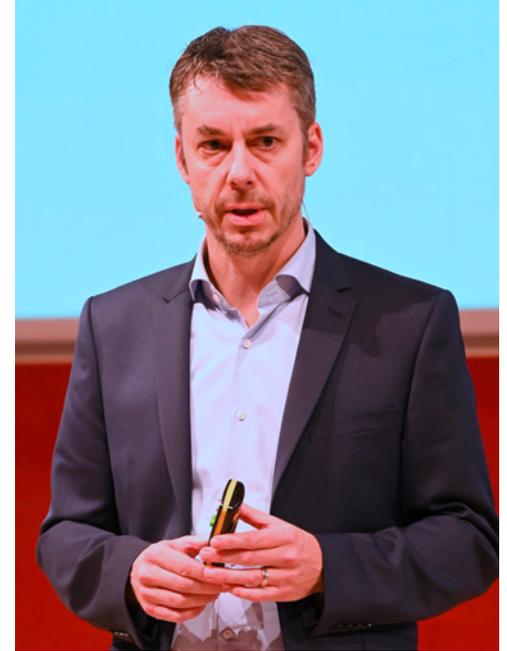




Wie immer heikle Details haargenau analysierend: Beatrix Meyer, Abteilungsleiterin Stationäre Versorgung und Tarife bei der FMH.



Nicht nur neue Tarife, auch Innovationen sind wichtig: Ricky Probst, Kliniken Valens, präsentiert RecaCasa, digitale persönliche Betreuung zuhause.



Darauf ist die ganze Schweiz gespannt: Dino Cauzza, CEO Swiss Medical Network, spricht über das 2024 startende Projekt Réseau de l'Arc.

In der Schweiz gibt es kaum einen Investitionsstau, sondern eher einen Investitionsüberhang nach der DRG-Einführung (Infrastruktur als Wettbewerbsfaktor). Diesen Wettbewerb sollten wir jetzt spielen lassen: Wer zu viel investiert hat, soll – auch als öffentliches Haus – Konkurs anmelden dürfen, wenn es nicht versorgungsnotwendig ist.

Schweizer Spitäler können bereits breit ambulant tätig sein. Ihr Problem ist eher die nicht kostendeckende spitalambulante Infrastruktur, die wiederum für viele ambulante Leistungen nicht nötig ist. Denn diese können ausserhalb von Spitalstrukturen kosteneffizienter erbracht werden.»

Soweit des Gesundheitsökonomen erste Denkprovokation. In seiner zweiten ging er mit den Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) ins Gericht: «In Deutschland gibt es (fast) keine GWL, bei uns besteht zu wenig Transparenz darüber, da deren Vergaben nicht öffentlich ausgeschrieben werden. 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. Ein Spital muss 24 Stunden die Leistungen gemäss Leistungsauftrag erbringen können. Anders könnte die Situation in den Zusatzversicherungen beurteilt werden, wo es um die Sicherstellung der Vorhalteleistungen durch persönlich gewählte Ärzte geht.

Zu beachten gilt es, dass öffentliche Universitäts- und Zentrumsspitäler im Spitalisten-Prozess bereits Vorzugsrechte für Endversorger-Rollen (und oft auch höhere Baserates) erhalten haben. Endversorger zu sein, enthält also bereits die Sicherstellung der Vorhaltung.»

Lobend wie provokativ ging's weiter: «Auch bei integrierten Versorgungsmodellen dürfte

die Schweiz mehr Erfahrung aufweisen als Deutschland. Erste Ansätze für spitalgetriebene Regionalbudgets liessen sich zwar in Deutschland in der Psychiatrie früher feststellen als in der Schweiz, in der Akutsomatik dürfte es hingegen gerade umgekehrt sein. Wenn Grund- und Zusatzversicherungs-Quellen für die Zukunft knapper sprudeln sollten, sind nicht nur sämtliche Wirtschaftlichkeits-Potenziale zu heben, sondern auch Selbstzahlungs-Elemente verstärkt zu prüfen. Dies dürfte in der Schweiz einfacher sein als in Deutschland.»

### Achtung Kostenneutralität – Ineffizienzen vermeiden!

Bei Veränderungen wird meist auf Kostenneutralität gepocht. Hierbei gelte es darauf zu achten, dass es nicht zu Verzerrungen komme, die zu Kosteneffizienzen verleiten. «Dies», so Oggier, «wäre dann anzunehmen, wenn durch sektorale Kostenneutralitäts-Vorschriften die kostenintensiveren Strukturen geschützt würden.

Sollte der Gesetzgeber trotzdem bei einer sektoralen Betrachtungsweise bleiben wollen, so wäre in der Konsequenz die sektorenbezogene Sichtweise entsprechend auf die Spitäler als Leistungserbringer anzuwenden.» Kostenneutralität würde dann nicht mit den anderen ambulanten Leistungserbringern, welche nach TARDOC abrechnen, erfolgen, sondern zwischen den ambulant erbrachten, unter die ambulanten Pauschalen fallenden Leistungen und den DRGs für die stationären Kurzliegeraufenthalte zwischen ein und drei Tagen. Damit könnte ein Anreiz für vermehrte ambulante Leistungen erfolgen.

Zusammenfassend zitierte Oggier Thomas Lemke, den Vorstandsvorsitzenden der Sana Kliniken AG: Es gehe darum, welche Medizin für die Patienten sinnvoll sei. «Wir werden künftig viel vernetzter denken müssen – nicht ambulant hier und stationär dort.»

«Die Ambulantisierung und Digitalisierung sind vor allem durch neue Geschäftsmodelle, und





Die packenden Referate lösten auch Fragen aus: Felix Schneuwly, Gesundheitsexperte bei comparis.ch, will ein Detail ganz genau wissen.

zwar nicht in den (zu) kostenintensiven Spitalstrukturen, zu fördern», schloss Oggier, «dann werden auch mehr Betten frei. Zu prüfen sind intelligente Zu- bzw. vor allem Selbstzahlungskonzepte. Dann können neue Finanzierungsquellen entstehen.»

### **Kleine Kliniken in Not: das Bergell macht mobil**

Kleine Spitäler erfüllen in ländlichen Regionen einen unverzichtbaren Versorgungsauftrag, kämpfen aber naturgemäss mit finanziellen Problemen, weil sie Vorhalteleistungen erbringen müssen und ihre Fixkosten bloss auf eine relativ kleine Anzahl Fälle verteilen können.

Den Kopf nicht in den Sand gesteckt hat eine sehr periphere Region, das italienisch sprechende bündnerische Bergell. In neun Kleinstgemeinden wohnen 1552 Menschen, dazu kommen Feriengäste mit 98 000 Übernachtungen pro Jahr und 317 Zweitwohnungen mit 3 Betten im Schnitt. Schliesslich pendeln 2500 Grenzgängerinnen täglich von Italien durchs Tal ins benachbarte Engadin zur Arbeit.

Im grossflächigen Kanton Graubünden wurden 12 Versorgungsregionen definiert, in denen medizinische und therapeutische Angebote gebündelt angeboten werden, um Synergien zu kreieren, Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verbinden. Zum Centro Sanitario Bregaglia (CSB) gehören so das kleinste Akutspital Europas mit vier Betten, ein Alters- und Pflegeheim inkl. Demenzabteilung, die Spitex sowie eine Arztpraxis, in der Hausarztmedizin, Innere Medizin, Kardiologie und Traditionelle Chinesische Medizin angeboten werden.

Im Spital arbeiten Konsiliarärzte in Gynäkologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Kardiologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Zahnmedizin. Weitere CSB-Leistungen sind Logopädie, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Physiotherapie und der Rettungsdienst.

### **Wertvolle persönliche Note**

«Moderne Infrastruktur und motivierte Mitarbeitende sind unsere Vorteile», führte Maurizio Michael, VR-Präsident des CSB, aus. Der Kanton unterstützt die Institution mit 90%-Beiträgen an die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen und den Notfalldienst sowie zu 100% für die universitäre Ausbildung. Dem Centro ist es gelungen, seine Wirtschaftlichkeit durch eigene Initiative laufend zu verbessern. So wurde 2021 bei einem Umsatz von 10.1 Mio. Franken ein Reingewinn von 1.1 Mio. Franken erzielt, wichtig für weitere Investitionen und das Meistern aktueller Herausforderungen wie Personalknappheit und steigende Betriebskosten. Das motiviert. Und der VR-Präsident betont: «Unsere Integrierte Gesundheitsversorgung bewährt sich. Wir bieten nahtlose Interaktionen und eine gute Vernetzung mit Kooperationen mit Fachärzten, Gesundheitszentren, regionalen Spitälern und dem Churer Zentrumsspital. Durchgängige digitale Technologien, befähigte Mitarbeitende, innovative Dienstleistungen, ein ausgesprochenes Performance Management mit engmaschigem strategischem und operativem Controlling sowie fundierte und rasche Entscheidungsfindung dank flacher Hierarchien bleiben auch in Zukunft unsere Trümpfe.»

### **Handlungsbedarf bei Swiss DRGs?**

Sicherlich sind neue, ergänzende Tarifsysteme nötig, um die ambulante Versorgung und das sektorübergreifende Zusammenarbeiten zu fördern, aber besteht auch für die nunmehr zehnjährigen DRGs Handlungsbedarf. Darüber sprachen Dr. Constanze Hergeth, Leiterin Geschäftsbereich Akutsonatik und Stv. Geschäftsführerin SwissDRG AG, Dr. Renato Laffranchi, Leiter Leistungseinkauf tarifsuisse ag, und Beatrix Meyer, Abteilungsleiterin Stationäre Versorgung und Tarife FMH.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es um die Stichworte Preisfindung und -differenzie-

rung geht. Basis dafür ist ein Benchmarking, für das die Tarifpartner angehalten sind, wollen sie eine Festlegung relevanter Kriterien durch das Bundesverwaltungsgericht vermeiden. Noch fehlen allerdings flächendeckende Betriebskostenvergleiche wie eindeutige Vorgaben fürs Benchmarking. Das veranlasste den Bundesrat, letzten November eine zweite Vernehmlassung für die Tariffestlegung und Spitalplanung in die Wege zu leiten.

«Angesichts des Wettrüstens der Spitäler könnten die Kosten steigen und eine Effizienzsteigerung ausbleiben», argumentierte Dr. Renato Laffranchi. «Das Niveau des Benchmark-Werts wird allenfalls angehoben. Daher sind alternative Methoden zur Effizienzbestimmung zu finden. Weiter berücksichtigen die heutigen Benchmarkings und Preisdifferenzierungsansätze keine Patientenmerkmale oder nur in einem kleinen Ausmass; meist basieren sie nur auf monetären Überlegungen (Hochdefizitfälle).»

Laffranchis Fazit lautete: «Nach wie vor haben wir eine unklare Situation auf Bundesebene im Bereich der Tarifierungsgrundsätze. Es besteht ein grosser Ermessensspielraum. Notwendige Preisdifferenzierungen sind deshalb aufgrund der den Versicherern zur Verfügung stehenden Daten schwierig. Es braucht mehr Transparenz und Zusammenarbeit.»

### **Hochteure Behandlungen ausreichend entgelten**

Beatrix Meyer möchte bald das Problem ungenügender Entgelte für hochteure Behandlungen gelöst sehen. Darunter sind diagnostische oder therapeutische Leistungen zu verstehen, welche für eine erfolgversprechende Therapie einer schweren, invalidisierenden oder lebensbedrohlichen Krankheit angewendet werden, gegen die keine oder nur unbefriedigende Behandlungsmöglichkeiten existieren, und für welche ein hoher therapeutischer Nutzen erwartet wird. Meyer erachtet Zusatzentgelte in der Regel auf Produktebene oder maximal auf Indikationsebene als geeignet. Der FMH ist es wichtig, dass das für alle Leistungen gilt, welche eine entsprechende Definition erfüllen (z.B. auch Arzneimittel, Medizinprodukte). Die Problematik sei grundsätzlich zu lösen, weil derartige Therapien z.T. schon ab 50 000 bis 100 000 Franken Defizit pro Jahr und Spital nicht mehr angeboten werden können.

Insgesamt stellen SwissDRGs für Meyer eine «reife Tarifstruktur dar. Wichtig ist im Weiteren eine stetige Weiterentwicklung z.B. bezüglich Multimorbidität. Entwicklungen gilt es zu antizipieren. Negative Trends im Gesundheitswesen

und Regulierungsvorhaben könnten auf die SwissDRG AG zurückfallen. Daher sind die Expertise der SwissDRG AG und Synergien zu nutzen, die sich aus der OAAT (Organisation ambulante Arzttarife, in der alle Tarifpartner vertreten sind) ergeben können.»

### Hybrid-DRGs und Komplexpauschalen

Eine exzellente Auslegeordnung zu Hybrid-DRGs und Komplexpauschalen bot Dr. Urs Stoffel, Mitglied des FMH-Zentralvorstands und verantwortlich für Ambulante Versorgung und Tarife. Mit Hybrid-DRGs sollen vergleichbare Leistungen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (ambulant oder stationär) abgegolten werden, und zwar – das ist entscheidend – zum gleichen Preis. Komplexpauschalen sind eine Vergütungsform für die integrierte Versorgung, bei der von den Versicherern mehrere Behandlungsabschnitte pauschal vergütet werden. «Neue Vergütungsformen sind nötig», meinte Stoffel, «denn die heute geltenden unterschiedlichen Abgeltungen (OKP, VVG) für die gleiche Kernleistung im stationären und im ambulanten Bereich setzen falsche Anreize.»

Dieses Problem bleibe trotz «ambulant vor stationär» und EFAS bestehen. Und weil im Gegensatz zu Deutschland Spitäler in der Schweiz auch ambulante Leistungen nach dem Einzelleistungstarif (bald TARDOC) abrechnen können, falle die Abgrenzung zu Hybrid-DRGs schwieriger aus.

Wie soll es daher weitergehen? – Dr. Urs Stoffel: «Es braucht eine Abgrenzung und Kombination von Hybrid-DRGs und Komplexpauschalen zum Einzelleistungstarif. Zentrale Bestandteile von Hybrid-DRGs müssen nicht nur identische Ver-



gütungshöhen, sondern vor allem auch identische Qualitätsparameter inklusive gleichartiger Dokumentation sein. Hybrid-DRGs müssen sachgerecht sein und dürfen Institutionen ohne «low-care-Übernachtung» nicht bevorteilen, damit kein Anreiz zu einer Risikoselektion entsteht. Ist eine «low-care-Übernachtung» notwendig, insbesondere für multimorbide Patientinnen, muss diese eindeutig definiert werden und durch eine «Hotelkomponente» finanziert werden.»

Fürs Anwenden von Komplexpauschalen müssten fünf Bedingungen erfüllt sein:

1. Sie beinhalten die Vergütung aller notwendigen Leistungen für die Behandlung einer Erkrankung,
2. knüpfen die Vergütungshöhe an die Ergebnisqualität,
3. machen die Vergütungshöhe vom Schweregrad der Erkrankung und dem Zustand des Patienten abhängig,
4. bieten den effizientesten Leistungserbringern eine vernünftige Gewinnmarge und
5. machen die Leistungserbringer nicht verantwortlich für extreme Hochkostenfälle

und Behandlungskosten ohne direkten Zusammenhang mit der vorliegenden Erkrankung.

### Massgeschneiderte Kombinationen

Bei ambulanten DRGs handelt sich nicht um eigentliche Fallpauschalen, sondern um Kontaktpauschalen die maximal auf einen Tag und einen Leistungserbringertyp beschränkt sein sollen, was eine grosse Herausforderung zur Abgrenzung vom Einzelleistungstarif TARDOC darstelle. Stoffel: «Doppelverrechnungen müssen ausgeschlossen werden. Als Datengrundlage sind ausschliesslich spitalambulante Daten (Rekole) zu verwenden.» Zu prüfen wäre auch ein Wiedereinführen des 2009 abgeschafften Begriffs «teilstationär», denn häufig benötigten Eingriffe mehr als nur ein paar Stunden Nachbetreuung zur adäquaten postoperativen Schmerztherapie und Pflege. Nach einer Nacht können die Patienten dann aber problemlos mit adäquater, peroraler Schmerztherapie nach Hause entlassen werden. Vorstellbar wären daher drei Kombinationen mit Hybrid-DRGs:

# Der Medienspiegel der Schweizer Gesundheitsbranche - jetzt 30 Tage kostenlos testen

medviu - Medienbeobachtung für Profis im Gesundheitswesen

Probeabo machen unter [medviu.ch](https://www.medviu.ch)

medviu

- rein ambulant
- teilstationär mit «low care»-Übernachtung und
- teilstationär mit «low-care»-Übernachtung und VVG-Zusatzleistungen

Eine Alternativen könnte in bestimmten Indikationsgebieten (etwa Behandlungen des Bewegungsapparats) der «Snap-In» Tarifansatz darstellen. Hier würden Grundleistungen – gewissermassen als «Stückliste» aus dem TARDOC – mit einer Pauschale für alles andere ergänzt.

Was bei sämtlichen neuen Modellen unverzichtbar bleibe, so Stoffel, seien innovative und zukunftsorientierte Abgeltungsmodelle, die flexibel sind und Schnittstellen zu Nahtstellen machen.

### Pikante Details in der Rehabilitation

Wie neue Tarifmodelle in der Rehabilitation eingesetzt werden könnten, erläuterte Ricky Probst, Leiter Tarife und Kooperationen Kliniken Valens: «Fallpauschalen mit mittlerer Aufenthaltsdauer in der DRG-Abgeltung verleiten Akutspitäler dazu, die Aufenthaltsdauer zu verkürzen. Die Patienten kommen früher in die Rehakliniken. Bezüglich neuer Versorgungsmodelle bekunden die Versicherer kaum Interesse, wenn der kantonale Kostenteiler nicht übernommen wird.

Hinderlich ist bei der VVG-Finanzierung, dass die Produkte heute nur auf stationäre Behandlungen ausgerichtet sind und nicht auf ambulante, hybride oder sektorübergreifende Strukturen.»

Unbefriedigend seien nach wie vor auch administrative Fehlanreize. Sie gipfeln in bürokratischen Kostengutsprachen. Probst: «Das trifft für den Übergang Akut zur stationären Reha zu, ebenso von Akut oder Reha zur ambulanten Reha/Tagesklinik resp. zu paramedizinischen Einzelleistungsbehandlungen. Ins gleiche Kapital gehören die aufwändigen Verlaufsberichte. Bei neuen Modellen müssen wir daher prioritär an unsere Patienten denken. Sie wollen freie Spitalwahl, teilweise freie Arztwahl und die Möglichkeit zu einer Zweitmeinung. Einschränkungen der Leistungen sind gesellschaftlich kaum durchsetzbar. Zwar besteht Sorge über hohe Krankenkassenprämien, aber verlangt wird eine sofortige maximale Versorgung, Managed Care ist als Sparmodell wohl als «billig» akzeptiert, aber nicht bezüglich einer optimalen Behandlungsqualität.»

Hart ins Gericht ging Probst bezüglich des Einflusses neuer Modelle auf eine zunehmende Ambulantisierung: «Komplexbehandlungen haben aktuell im Schweizer Gesundheitswesen, trotz Anwendung in der Akutsomatik, Psychiatrie oder Rehabilitation, keinen Einfluss auf die Ambulantisierung. Hybrid DRGs wurden, durch die Ver-

pflichtung, gewisse Eingriffe auf gesetzlicher Grundlage ambulant durchzuführen, obsolet. Das Wiedereinführen «teilstationärer» Versorgungsformen in der Psychiatrie mit finanzieller Beteiligung der Kantone haben allerdings einen grossen Einfluss zugunsten der Ambulantisierung. Ob man es nun aber möchte oder nicht: Die Struktur und Ausgestaltung eines jeden Gesundheitssystem somit der ambulanten Versorgung erfolgt entlang der jeweiligen Finanzierung.»

Chancen für die Rehabilitation könnten jedoch Tagesklinik-Aufenthalte bedeuten, die als Prähabilitation vor dem Eintritt in die Akutklinik für eine optimale Vorbereitung dienen und die anschließende Reha-Verweildauer reduzieren würden. In die gleiche Richtung würde auch eine Tagesklinik vor dem Reha-Aufenthalt wirken oder vermehrte ambulante Angebote – teilweise gepaart mit der Tagesklinik – wie paramedizinische Therapien oder supervidierte Rehabilitation zu Hause.

### Ambulantisierung nicht partout via Komplexbehandlungen oder Hybrid-DRGs

Probst: «Immer muss es um die Sicherung des langfristigen Rehabilitationserfolgs, das wirksamste Weiterführen der rehabilitativen Therapie und die Förderung der Integration «zurück ins Leben» gehen. Für Veränderungen braucht es





Eine klare Meinung vertraten die Podiums-TeilnehmerInnen: Neue Tariflösungen müssen praktikabel und partnerschaftlich erarbeitet sein, v.l.n.r. Dr. Werner Kübler, Verena Nold, Dr. Willy Oggier, Dr. Yvonne Gilli und Guido Speck.

den Mut aller Beteiligten. Unsere Innovation heisst RehaCasa, die ambulante Versorgung unter digitaler, aber persönlicher Betreuung im häuslichen Umfeld. Nötig sind im Weiteren neue VVG-Produkte und ambulante Pauschalen in der Rehabilitation. Dabei sollen die Patienten die Angebote verstehen und nutzen können. Eine weitere Ambulantisierung ist in der Schweiz auch ohne Komplexbehandlungen oder Hybrid DRGs zu erreichen, denn finanziellen Anreize sind ein Haupttreiber, aber nicht nur...»

Die grundsätzlichen Vorbehalte Probsts teilte auch PD Dr. Michael Weber, Präsident leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte e.V., aus deutscher Sicht. Er ging namentlich auf Fälle ein, die sich für Hybrid-DRGs eignen würden: «Das sind Fälle ohne äusserst schwere Komplikationen oder Komorbiditäten. In der Regel handelt es sich um Kurzlieger mit hohem Leistungsvolumen, die sektorengleiche Leistungsgruppen bilden und dementsprechend auch nach sektorengleichen Pauschalen (Basis inEK) vergütet werden, bereinigt um rein stationäre Kosten (0.04 Bewertungsrelationen). So hätten die Kosten für Aufnahme, Vorbereitung, Durchführung, Nachbeobachtung und Nachbehandlung einen gemeinsamen Preis.»

Webers Beurteilung lautete: «Entscheidend ist eine sektorengleiche Vergütung unabhängig, ob ambulante oder stationäre Leistung. Sie muss differenziert nach Schweregraden erfolgen. Mehr als die Form der Vergütung zählt für die Akzeptanz die Datenbasis der Kalkulation und damit die Transparenz der Erlöse. Unser Vorschlag lautet daher Hybrid-DRGs (klinisch-ambulant) allein oder kombiniert mit EBM (Einzelleistungsvergütung, nicht budgetiert). Die Vergütungshöhe bestimmt den Umfang der Ambulantisierung. Investitionen und eine Übergangsphase zur Anpassung sind nötig. Allein die Schaffung einer Abrechnungsmöglichkeit genügt nicht.»

### Chancen durch neue Geschäftsmodelle

Neue Modelle, aber auch neue Versorgungsformen braucht das Land. Eindrücklich präsentierte das Dr. Silke Schmitt Oggier, Medizinische Leitung santé24/SWICA, anhand von Home Tele Care. Hier werden telemedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte von santé24 von mobilen Spitex-Fachpersonen vor Ort unterstützt. Bei den Fachpersonen handelt es sich um Pflegeexpertinnen APN (Advanced Practice Nurse) mit Studienabschluss MSc (Master of Science) in Pflege, die Patientinnen zu Hause besuchen und dort diagnostische, pflegerische und bei Bedarf therapeutische Leistungen im Auftrag von santé24 erbringen. Diese Zusammenarbeit ermöglicht es santé24, in noch mehr Fällen eine Diagnose zu stellen und Therapien vor Ort einzuleiten.

Home Tele Care bietet Vorteile für Versicherte und Gesundheitswesen. SWICA-versicherte Patienten erfahren eine qualitativ hochwertige und zeitnahe Behandlung bequem bei sich zu Hause. Im Idealfall lässt sich ein unnötiger Gang zum Arzt oder sogar in die Notaufnahme vermeiden. Die telemedizinische Erstbeurteilung und Begleitung durch santé24 ermöglichen dank des Einbezugs der vor Ort erhobenen Untersuchungsbefunde eine rasche Triage und situationgerechte Zuweisung medizinischer Leistungen. Hausärzte und Notfalldienste werden von Konsultationen entlastet, bei denen die Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes vor Ort nicht zwingend notwendig ist. Während der Pilotphase kommt Home Tele Care in der Stadt Zürich zum Einsatz. Vom Angebot profitieren können SWICA-Versicherte ab 16 Jahren.

### Innovativ und kooperativ

Kreativ und betriebswirtschaftlich klar fokussiert arbeiten auch die fünf ambulanten Operationszentren der Hirslanden Gruppe. «Unser Ziel ist

es, eine hochqualitative, rentable ambulante Chirurgie mit Innovationscharakter zu erbringen», betonte Dr. Daniela Centazzo, Zentrums-Direktorin. Es erfolgt ein breites Spektrum chirurgisch ambulanter leichter bis mittelschwerer Eingriffe, 11000 im Jahr. Zielgruppe sind Patienten aller Altersklassen mit und ohne Komorbiditäten. Sie erhalten sichere und effiziente Eingriffe durch erfahrene Akteure und profitieren von einem schonenden Fast-Track-Verfahren für ein optimales Outcome. Für eine nachhaltige Patientenerfahrung sorgt eine persönliche Betreuung von der Aufnahme über den Eingriff bis hin zur Entlassung.

Hirslanden geht auch gezielte Kooperationen ein und sieht die Entwicklung der ambulanten Chirurgie als Bestandteil der Reduzierung von Spitalbetten, was dank verbesserter Anästhesie- und Operationstechniken, immer weniger invasiv, möglich ist. Dabei, so Centazzo, habe die Schweiz im Vergleich zu anderen Industrieländern einen Rückstand aufzuholen. Das geschieht aktuell mittels einer Public-Private-Partnership mit den Hôpitaux Universitaires Genève (HUG). Dank des örtlichen Zusammenlegens aller ambulanten Operationen im Centre de la chirurgie ambulatoire HUG-Hirslanden (CCA) entsteht in Genf das grösste ambulante Zentrum der Schweiz. «Es ist ein sehr gutes Experimentierfeld zur Entwicklung der ambulanten Chirurgie», hob Centazzo hervor. «Für Hirslanden bedeuten alle Zentren ein vertikales und horizontales Wachstumspotenzial des Continuum of Care pro Hirslanden Versorgungsregion.»

### Mutige Wege in Biel, Thun und Winterthur

Drei öffentliche Spitäler packen die Tarifproblematik ebenfalls tüchtig an. So trennte das Spitalzentrum Biel stationäre und ambulante Prozesse so weit wie möglich voneinander. Finanzchef



Sie hatten nach dem erfolgreichen Forum allen Grund zum Strahlen – das MediCongress-Team (v.l.n.r.): Karin Zanghellini, Ilse Schawald, Sina Neuenschwander, Kismet Özdemir, Doris, Joël und Peter Brandenberger.

Philippe Plodeck: «Im August 2022 haben wir unser ambulantes OP-Zentrum am Bahnhof Biel eröffnet, was uns ermöglicht, ambulante Eingriffe in modernster Infrastruktur effizient und kostengünstig durchzuführen. In einem nächsten Schritt möchten wir am SZB weiter ambulantisieren. Das SZB als Zentrumsspital der Region braucht stationären Kapazitäten für komplexe Fälle. Das aktuelle Tarifsystem ist allerdings komplex und setzt Fehlanreize, Eingriffe stationär durchzuführen. Wir suchen einen Weg, um diese Fehlanreize zu beheben.»

Das Potenzial für ambulante Eingriffe wäre gross. 80% der Patienten bleiben maximal zwei Nächte stationär. Plodeck: «Unsere Operateure schätzen, dass zwei Drittel aller Fälle ambulant operiert werden könnten ohne jegliche Qualitätseinbusse.» Indes, die aktuelle Tarifierung würde erhebliche Mindereinnahmen bescheren. Eine gründliche Analyse zeigte allerdings, dass bei gegenwärtigen Umsätzen von 740 Mio. Franken 155 Mio. Franken gespart werden könnten. Nötig wären kostendeckende Abrechnungen; weil die aktuelle ambulante Tarifierung bloss 495 Mio. Franken ergeben würde, wäre eine Finanzierung der Unterdeckung von 90 Mio. Franken nötig.

Das SZB ergreift die Initiative, obwohl, so Plodeck, «zeitgemässe Medizin teilweise von unserem Finanzierungssystem aufgehalten wird. Mit Pilotprojekten, Vorzeigemodellen und Raum für Experimente kommen wir einen Schritt weiter voran. Und wenn alle am gleichen Strick ziehen würden, wäre vieles möglich und bereits umgesetzt.»

Dem pflichtete Dr. Martin Schmid, Institut für Anästhesiologie Spital STS Thun AG, bei. Angesichts hoher Gesamtkosten und teilweise länger gewordener Wartezeiten für Spezialleistungen

seien Gegenmassnahmen gefragt. Dazu könnten Verhandlungen für Preissenkungen bei Medikamenten, die Förderung der Telemedizin und insbesondere das Umsetzen der EFAS dienen. Die Politik, die hier mitwirken sollte, erweise sich aber oft als grosse Hürde.

### Dringend nötig: ambulante Zusatzversicherungsprodukte

Auch am Kantonsspital Winterthur (KSW) besteht eine Unterdeckung bei ambulanten Leistungen. Durch die Eröffnung eines ambulanten Operationszentrums im August 2022 sollen aufgrund einer spezifischen auf diese Zielgruppe ausgerichteten Infrastruktur dank eines hohen Durchlaufs Kosten gesenkt werden. Es sind drei OP-Säle vorhanden, 20 Tagesklinik-Betten direkt nebenan. Täglich können so 40 Patienten versorgt werden. Die attraktiven Arbeitsplätze werden von den Mitarbeitenden sehr geschätzt. «Wertvoll wären jetzt zusätzlich ambulante Zusatzversicherungsprodukte, welche die Erträge erhöhen würden», forderte Daniel Imhof, CFO am KSW, «als Grundlage dafür haben wir einen ambulanten Mehrleistungskatalog entwickelt.»

### Capitation als Instrument für die Ambulantisierung

Schwungvoll aufgegleist ist das Projekt Réseau de l'Arc. «Es bedeutet, mit Full Capitation zu einem nachhaltigen Gesundheitswesen zu gelangen», freute sich Initiant Dino Cauzza, CEO Swiss Medical Network. «Unsere Vision ist es, Schweizer Vorreiter in der integrierten Versorgung zu sein und vollständig aufeinander abgestimmte Anreize und ein hervorragendes Patientenerlebnis zu bieten.»

Im Rahmen eines finanziellen Engagements durch die Beteiligungsgesellschaft des Krankenversicherers Visana, des Kantons Bern und des Swiss Medical Network wurde die Hôpital du Jura bernois SA zur Réseau de l'Arc SA. Sie wandelt sich zu einer voll integrierten Versorgungsorganisation für die Region des Jurabogens und wird ab 1. Januar 2024 ein alternatives Grundversicherungsprodukt auf den Markt bringen, welches auf einer pauschalen Vergütung pro Mitglied beruht. Das Réseau de l'Arc wird das Gesundheitskapital ihrer Mitglieder, die sich anstelle ihrer traditionellen Grundversicherung für dieses alternative Produkt entscheiden, verwalten. Im Zentrum steht die Gesunderhaltung. Die Pauschalfinanzierung pro Mitglied (full capitation) ermöglicht eine Abkehr von heutigen Anreizen zu teuren Behandlungen und führt divergierende Interessen von Leistungserbringern und Kostenträgern zusammen.

Swiss Medical Network, Visana und der Kanton Bern entwickeln dabei ein vollständig integriertes Gesundheitssystem, das mit den beiden Spitalstandorten Moutier und Saint-Imier, den verschiedenen Medicentres und dem Pôle Santé Mentale den Bewohnerinnen im Jurabogen erstmalig für die Schweiz alle medizinischen Leistungen (Prävention, Grundversorgung, Spitalleistungen und Alterspflege) aus einer Hand mit einem entsprechenden Versicherungsprodukt anbietet. Das Geschäftsmodell beruht auf einem Ansatz, der von Kaiser Permanente, der Pionierin für integrierte Versorgung an der Westküste der USA, geprägt ist. Um alle Akteure, einschliesslich der Versicherten, zu verantwortungsvollem Handeln zu motivieren, wird das System der Einzelleistungsvergütung durch eine Finanzierung pro Mitglied ersetzt. Die Gesundheitsorganisation und ihre verschiedenen Akteure haben somit einen direkten Anreiz, die Menschen gesund zu halten und für die Mitglieder bei Bedarf die wirksamsten Leistungen zu erbringen.

Ist nun Capitation ein wirksames Instrument zur Steigerung der Ambulantisierung? – Eine träge Antwort darauf lieferte Christoph Engel, Leiter Leistungen Visana, der sich viel vom Projekt Réseau de l'Arc verspricht: «Der Verzerrungseffekt muss beseitigt werden. Dazu gibt es generell zwei Möglichkeiten: erstens die Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Behandlungen (EFAS), wobei das Geschäft im Parlament «hängt» und eine Einführung nicht absehbar ist. So bleibt als zweites Mittel, dass sich Kantone an den ambulanten Eingriffen beteiligen. Mit dem Réseau de l'Arc erzielen wir eine bessere Customer Journey über Sektorengrenzen hinweg. Erstmals arbeiten hier Leis-

tungserbringer und Kostenträger zusammen, um Fehlanreize zu beseitigen.»

### Capitation ist auch ein Thema im rein ambulanten Setting

Tradition hat Kostenmitverantwortung seit der Gründung einer HMO-Praxis 1983 in Zürich-Wiedikon, die als erste nach diesem Grundsatz geführt wurde. Daraus entstand 1996 mit Wintimed das erste Ärztenetzwerk unabhängiger Ärzte, seit 1998 die mediX-Gruppenpraxen. Full Capitation bestand bis 2004 – seither Qualitäts- und Kostenziele (shared savings). Im Fokus stehen die Skalierbarkeit medizinischer Leistungen, deren dauernde Qualitätsförderung, intensive Fortbildung und hohe Digitalisierung. Dr. Leander Muheim, Stv. Medizinischer Leiter mediX: «Mit einer persönlichen Beziehung zum Patienten erreichen wir Kontinuität. Mit einer ausgeprägten Koordination im Gesundheitswesen würde eine breitere evidenzbasierte und ressourcenschonende Kultur, «Accountability» entstehen.

Diese Philosophie (Accountable Care) ins Spital zu projizieren, ist laut Muheim jedoch kaum ein Erfolgsrezept: «Dagegen sprechen hohe Infrastrukturkosten – viel zu teures Setting für die Mehrheit leichter Gesundheitsstörungen – und die Erfahrung, dass zum Sparen nicht einmal starke Anreize genügen. Hinderlich ist zudem die fehlende Kontinuität: Sollen Spitalärzte die Fallverantwortung übernehmen oder gilt geteilte Gesamtkostenmitverantwortung mit Praxen? Schliesslich bestehen auch zu tiefe Fallzahlen.

Ein Spital wird in der Schweiz wohl immer mit «anderen Versicherten» geteilt werden müssen, für welche sich Kosteneffizienz nicht lohnt.»

Als Quintessenz ergibt sich eine klare Perspektive für mediX: «Wir wollen die Dauer der therapeutischen Beziehung zwischen Hausarzt und Patient signifikant mit geringerer Inanspruchnahme ambulanter Leistungen, weniger akuten Spitaleinweisungen und einer niedrigeren Sterblichkeit verbinden.» Und aus dem Erfahrungsschatz von 30 Jahren shared saving- resp. HMO-Erfahrung folge: «Viele alternative Versicherungsmodelle beinhalten heute keine Qualitäts- und Kostenmitverantwortung (Trittbrettfahrermodelle). Eine erfolgreiche Integration von Spitälern in Modelle mit Kostenmitverantwortung ist zu anspruchsvoll. Zuerst sollte die Funktionsweise der alternativen Versicherungsmodelle verbessert werden, erst dann macht eine engere Verkopplung zwischen ambulant und stationär Sinn ... und es braucht vor allem keine überflüssigen Regulierungen.»

### Anleihen aus deutschen Vergütungsvorschlägen

Grosse Veränderungen zeichnen sich in Deutschland ab. Seit 2003 das DRG-System eingeführt wurde, sind die Investitionskosten der Bundesländer deutlich gesunken, rund 16 Mrd. Euro wurden deshalb durch die Kliniken mobilisiert. Es ergab sich wohl eine Reduktion der Verweildauer, aber auch ein Personalaufbau. Seit 2017 sind fallende stationäre Fallzahlen feststell-

bar und Corona wirkte zusätzlich als Zäsur für die Leistungserbringung. Fazit: Die Differenz zwischen den tatsächlichen Kosten und den DRG-Vergütungen hat stetig zugenommen und muss durch die Kliniken kompensiert werden. Die Finanzlage ist vielerorts miserabel.

Thomas Lemke, Vorstandsvorsitzender Sana Kliniken AG, stellte Reformvorschläge aus der Praxis für eine bedarfsgerechte Vergütung vor. Sie bestehen aus Anreizen zur Ambulantisierung, denn heute werden in Deutschland noch 80% der Operationen stationär ausgeführt. Lemke sieht in Hybrid-DRGs, deren Entgelt etwas geringer sind als die gewohnten stationären Vergütungen, Potenzial als Katalysator zur Verschiebung von stationären zu ambulanten Fällen zu fungieren. Statt der bisherigen leistungsabhängigen Vergütung gemäss DRG-Leistungsgruppen und der Grundlastfinanzierung der Träger soll neu eine kostendeckende Investitions-DRG neue Versorgungsanreize schaffen. Ergänzend sieht der Referent neu eine Abklärungspauschale für unklare Diagnosen innerhalb von 24 Stunden, die eine umfassende Diagnostik bei angemessener Vergütung ermöglicht. Schliesslich steht die Idee, Spitäler für den Abbau oder die Schliessung nicht bedarfsnotwendiger Strukturen finanziell zu belohnen.

### Erkannter Reformbedarf, hinderlicher Föderalismus

Handlungsbedarf ist auch für Anke Walendzik, wissenschaftliche Mitarbeiterin Universität Duis-





burg-Essen, Lehrstuhl für Medizinmanagement, gegeben: «Heute besteht in Deutschland ein sektorspezifisch organisiertes Gesundheitssystem mit Vergütung, Qualitätssicherung und Kapazitätsplanung. Der medizinische Fortschritt erhöht das Ambulantisierungspotenzial, wobei sektorspezifische Regelungen die Anreize konkurrenzorientiert, ambulante Leistungen effizient und patientenorientiert zu erbringen.» Auf Gesetzesebene besteht aber seit Kurzem immerhin die Verpflichtung zu einem Gutachtenauftrag zur Neuerfassung des AOP-Katalogs bezüglich ambulanter Eingriffe.

Eine weitere Etappe bedeutet ein Gutachten einer Regierungskommission für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, die in drei Versorgungslevel eingeteilt werden soll, Level 3 mit einer integrierten ambulanten/stationären Versorgung mit Schwerpunkt Pflege. Die Vergütung ist durch degressive Tagespauschalen angedacht, beteiligte niedergelassene Ärzte per Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM), die übrigen Level finanziert durch Vorhaltpauschalen – leistungsgruppenabhängig 40 oder 60% inkl. Pflegebudget und schliesslich der Rest über DRGs.

Die Expertin betonte, dass bei der Neuorientierung eine «trennscharfe Abgrenzung von ambulanten zu stationären Leistungen» nötig sei. Weitere unverzichtbare Elemente seien eine klare Kalkulationsgrundlage, die Definition der heute sehr heterogenen Regelungskompetenzen und ausreichend Zeit für eine Übergangsregelung. Ein langfristig stabiles Modell, in dem auch sektorübergreifende Versorgungsformen enthalten sind, dürfte 2026 stehen.

Anke Walendzik: «Sinnvoll sind getrennte Planungssysteme: einerseits für die ambulante Bedarfsplanung mit der Zahl Ärzte, Versorgungsebenen, Arztgruppen und regionalen Planungsregionen, andererseits die Krankenhausplanung mit den Elementen Standort, Bettenzahl, Fachabteilungen, Leistungsschwerpunkten und Fahrtzeit zum Krankenhaus. In der Krankenhausplanung besteht jedoch eine hohe Diversität durch die Länderhoheit. Erste Ansätze, in einzelnen Bundesländern die Ambulantisierung von Leistungen als Planungsparameter zu nutzen, sind allerdings vorhanden. Wertvoll könnte auch ein gemeinsames Kapazitätsplanungssystem sein. Allerdings behindern das verschiedene verfassungsgestützte Planungskompetenzen.»

Zusammenfassend hielt Anke Walendzik fest: «Es sind positive Ansätze für einen sektorenübergreifenden ambulanten Versorgungs- und Vergütungsbereich vorhanden. Hinderlich sind konkurrierende Reformansätze unterschiedlichen Zuschnitts. Unbestritten ist aber der hohe Bedarf, sich des Regulierungsrahmens anzunehmen, insbesondere der Kapazitätsplanung.»

### Schweizer Lösungen – auf alle Fälle pragmatisch

Einen echten Forums-Höhepunkt bedeutet jeweils das Schlusspodium, wo sich auch dieses Jahr Routiniers mit Visionen um Diskussionsleiter Dr. Willy Oggier scharten. Eines kam sofort unisono zum Ausdruck: Nachbarlands Perfektion in Ehren, wenn aber die deutsche Volksseele so richtig aufgeht und sich dabei in einer Vielzahl regulatorischer Details entfaltet, entspricht das nicht unserem einheimischen Geschmack, eben-

so wenig etatistische Ideen wie Globalbudgets unter dem Vorwand der Kostenbegrenzung.

«Globalbudgets sind verfassungswidrig», stellte FMH-Präsidentin Dr. Yvonne Gilli unmissverständlich fest. «Wir wollen ein privatwirtschaftlich organisiertes Tarifwesen; politische Regulatoren sollten nur subsidiär aktiv werden. Wo Blockaden bestehen, müssen wir Tarifpartner diese selber lösen. So wird EFAS vorankommen und so sind wir bereits soweit, dass TARDOC genehmigungsfähig ist.» Zu bedenken gab sie: «Kopfschmerzen bereiten allerdings staatliche Mikro-Regulierungen. Das ist ein guter Grund, dass die OAAT funktionsfähig werden muss und wir gegenseitig anerkennen, dass wir systemübergreifend denken müssen und gut daran tun, stationäre wie ambulante Tarife kohärent zu pflegen.»

Fürs Pragmatisch-Bewährte trat auch Verena Nold, Direktorin santésuisse, ein: «Unsere Position ist gar nicht so unterschiedlich zu derjenigen der Ärzteschaft. Ich bin froh, dass wir es schaffen, mit viel weniger Regeln als in Deutschland auszukommen. Was wir brauchen, sind tarifarische Anreize, nicht Reglemente. Dabei ist es wichtig, dass gleiche Leistungen, ob ambulant oder stationär erbracht, auch gleich finanziert werden. Nach zehn Jahren DRG verfügen wir nun über eine datengestützte Basis, die uns erlaubt, Tarife partnerschaftlich innerhalb eines lernenden Systems zu verhandeln. Genau das braucht es auch im ambulanten Bereich. Und wenn wir schliesslich zu gleichen Tarifen gelangen, können wir auch auf AVOR-Listen verzichten.»

Vorbehalte setzte Dr. Werner Kübler, Direktor Universitätsspital Basel. Er sieht zwei Elemente:

die funktionierende Tarifpartnerschaft, aber auch dass vorhandene Chancen zur Verbesserung der Gesamtversorgung zu wenig genutzt worden sind: «So besteht kein Konsens im DRG-System, wie wir mit Übertarifierungen umgehen sollten und bei möglichen ambulanten Eingriffen wäre es gut, wenn die Losung vermehrt lauten würde «Was ist gute Medizin?» statt die Variante mit dem höheren Tarif zu bevorzugen.»

### Aufeinander zugehen, Bürokratiemonster vermeiden

Kübler: «Wir müssen jetzt handeln und uns einigen, denn die angestrebte Kostenneutralität beim Harmonisieren der Tarife wird schwierig zu erreichen sein. Sie muss aber erreicht werden, sonst erweist sich künftig das Erarbeiten der Spitallisten als noch komplizierter. Angesagt sind starke Netzwerkstrukturen statt Überregulieren. Wenn wir das nicht selber fertigbringen, droht uns ein Bürokratiemonster. Die betriebliche Flexibilität muss gewahrt werden. Angesichts unseres grössten Problems, des Fachkräftemangels, müssen sich alle

Beteiligten zusammenraufen und nach Lösungen suchen.»

Anreize richtig setzen, lautet auch das Credo von Guido Speck, CEO der Lindenhof Gruppe: «Das ist schlichtweg entscheidend. Dafür schafft die OAAT gute Voraussetzungen. Aber es muss jetzt vorwärts gehen. Wir müssen klare Verhältnisse schaffen, was mit ambulanten Pauschalen und was via TARDOC zu entgelten ist. Wichtig ist für mich eine sektoriell übergreifende Zusammenarbeit. Dafür sind Deregulierungen nötig. Es ist sinnvoll, wenn die Tarifpartner geschlossen gegenüber dem Gesetzgeber auftreten. Regulatorische Kräfte haben immer das Gefühl, dass sie handeln müssten. Das birgt jedoch die latente Gefahr in sich, dass neue Fehlanreize entstehen.»

Bezüglich des weiteren Ausarbeitens von Tarifsystemen unterstrich Dr. Yvonne Gilli, dass keineswegs nun alles in ambulante DRGs überführt werden sollte: «Wir wollen keinen durchgehenden Amtstarif, sondern möglichst viel im Einzelleistungstarif TARDOC abbilden. Dafür setzen wir uns ein und leisten unseren Beitrag, dass hohe

Qualität auch künftig zu einem zahlbaren Preis erbracht wird.»

Zu Kompromissbereitschaft riet Guido Speck: «Das sektorübergreifende Arbeiten ist unsere Knacknuss. Da müssen wir zusammen ansetzen.» Das findet auch Verena Nold: «Wo es ratsam ist, datenbasiert ambulante DRGs zu nutzen, sollten wir es tun, sonst finde ich ebenfalls, dass der TARCOC in Ergänzung zu den ambulanten Pauschalen eingesetzt werden soll. Bei den ambulanten DRGs meine ich, dass spitalindividuelle Baserates wie im stationären Bereich richtig wären.» – Es gibt viel zu tun und im Sinne des Ganzen aufeinander zuzugehen. Dr. Werner Kübler blickte aufs nächste DRG Forum: «Bis 2024 sollten wir es schaffen, die eigenen Mitglieder und namentlich die medizinischen Fachgesellschaften für pragmatische Lösungen zu gewinnen. Und auch hier ist die Bereitschaft für Kompromisse ein ganz wichtige Prämisse.»

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

### Weitere Informationen

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



shp   
Intelligente  
Vorsorgekonzepte

## Wir bringen Leben in Ihre Vorsorge

Als Spezialist für die Vorsorgebedürfnisse des schweizerischen Gesundheitswesens bietet die SHP für jedes in diesem Bereich tätige Unternehmen, von Einzelfirmen bis zu Institutionen mit einigen hundert Versicherten, intelligente und preisgünstige Vorsorgekonzepte.

### Sie möchten Ihre berufliche Vorsorge optimieren?

Dann kontaktieren Sie unsere Experten für ein kostenloses und unverbindliches Beratungsgespräch.