

Forum «DRG and more» von MediCongress – Bedrohliches und Chancen liegen nah beieinander

Gibt es Rezepte gegen schwindende Erträge und wachsende Bürokratie?

Die Ertragslage der Schweizer Spitäler hat sich in kurzer Zeit dramatisch verschlechtert. Gegensteuer ist dringend nötig. Sind dafür primär unbefriedigende Tarife, vorab im ambulanten Bereich, oder eher teilweise ineffiziente Prozesse und ungünstige Versorgungsstrukturen schuld? Braucht es eine Reform der Vergütungssysteme oder müssten die Vertragspartner einfach mehr zusammen sprechen und kreative(re) Lösungen erarbeiten? – Einfach ist es wohl keineswegs, denn gleich zu Beginn des Forums war eines klar: Es geht um weit mehr als nur Tarife – eben um «DRG and more».

Schwungvoll packte Gesundheitsökonom Dr. oec. HSG Willy Oggier, wissenschaftlicher Programmverantwortlicher, das breit gefächerte Thema an: Wie sieht die ambulante und stationäre Finanzierung morgen aus? Welches sind mögliche Perspektiven für die Schweiz? – Sein Referat begann mit einem Paukenschlag: «Die Politik hat die gestalterische Kraft verloren, Wettbewerb als entscheidendes Instrument wird kaum zugelassen. Wir haben eine Zunahme statt einer Abnahme der Mehrfachrollen der Kantone und zudem eine Torpedierung der Preis-Leistungs-Philoso-

phie der neuen Spitalfinanzierung durch «Subventionen» der Kantone an eigene Spitäler. Die einheitliche Finanzierung ambulant-stationär drückt auf die stationären Erträge und weiteren Druck übt die Finma bei den Zusatzversicherern aus.»

Das ist Gift für kreative neue Finanzierungs- und Versorgungsmodelle. Da vermag selbst ein Blick nach Deutschland nicht zu trösten. Dort erlitt 2022 die Hälfte der Spitäler Verluste. Angesichts der allgemeinen Preissteigerungen und insbesondere der ungedeckten steigenden Personal-

kosten wird sich dieser Trend weiter verstärken, denn im stark regulierten deutschen Gesundheitssystem können die Spitäler höhere Kosten nicht durch höhere Preise auffangen. Für die Krankenträger hat dies unterschiedliche Folgen: Unikliniken sind als Landesbetriebe nicht insolvenzfähig. Bei kommunalen Häusern wird die Politik vor Ort nicht zulassen, dass sie schliessen. Bei kirchlichen Spitälern ist es aber nicht möglich, dass die benötigten Finanzmittel bereitgestellt werden. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die freigemeinnützigen Häuser

Effektiv «more» in vielerlei Hinsicht im Zentrum Paul Klee in Bern: ein volles Auditorium und sehr viele interessante Themen rings um «DRG and more» – Hochspannung pur.



Special 2: DRG and more: MediCongress

versuchen, sich gegen diese ungleichen Wettbewerbsbedingungen zu wehren.

Ein kalter Strukturwandel mit vielen Verlierern (?)

Die Ampelkoalition will nun für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sog. Hybrid-DRGs umsetzen, unabhängig ob eine ambulante oder stationäre Behandlung erfolgt. Mit der Hybrid-DRG sollen sämtliche Leistungen und Aufwände abgegolten sein. Das Pflegebudget bleibt dabei unverändert. Noch müssten aber Fehlanreize eliminiert werden, denn das deutsche Gesundheitswesen ist von einer starken Sektorentrennung gekennzeichnet. «Derzeit besteht kein Anreiz, Patienten ambulant zu behandeln, auch wenn ihr medizinischer Zustand dies erlauben würde. Stattdessen ist die stationäre Einweisung deutlich lukrativer. Nötig wäre die Bündelung von ambulanten und stationären Leistungserbringern entlang des Behandlungspfades, das Zusammenfassen der Sektoren und ein gemeinsames Verständnis der Leistungserbringung», so Oggier. Er zitierte Thomas Lemke, den Vorstandsvorsitzenden der privaten Sana-Gruppe: Wir werden als Branche Kapazitäten neu ausrichten müssen: Ambulante und hybride Formen werden zunehmen, die stationäre Versorgung wird sich ändern und tendenziell abnehmen, insgesamt muss es patientenorientierter zugehen. Über eine Konvergenzphase müssen

sich die Häuser anpassen können. Zu befürchten ist allerdings ein kalter Strukturwandel, der viele Verlierer hervorbringen dürfte. Dieser trifft insbesondere Krankenhäuser ohne öffentlichen Träger oder strukturschwache Regionen, in denen die öffentlichen Kassen leer sind.

Wie stärker digitalisieren, wenn die Mittel fehlen?

Und was geschieht in der Schweiz? – Der Gesundheitsökonom wies auf die drohenden hohen Investitionen in die Digitalisierung als Haupttreiber effizienterer Prozesse hin. Problematisch werde es, wenn die Prozesse nicht effizienter werden, weil beispielsweise nicht klar sei, was man wolle. Hinzu komme, dass auch die Frage erlaubt sein müsse, warum Spitäler, die notabene eigene Daten sammeln, danach für deren Verwendung auch noch einmal zahlen müssen. Er lobte diesbezüglich die Ausschreibung des Universitätsspitals Basel.

Oggier geht mit Roland Falb einig, der neulich im Magazin «Das österreichische Gesundheitswesen-ÖKZ» fünf Trends des Wandels nannte:

- Serviceorientierung: Nicht nur medizinisch bestens organisiert, sondern auch organisatorisch muss optimiert werden.
- Zunehmende Ambulantisierung: Aufgabenteilung zwischen ambulant und stationär überdenken

- Plattformkonzepte: Mehr Durchlässigkeit – von der Prävention bis zur Rehabilitation als Lösung für die Brüche in der Versorgung
- Fachzentrenbildung: Spezialisierung wird positiv gewertet, wenn dort auch Notfallversorgung gewährleistet ist.
- Prozessoptimierung und Qualitätssteigerung: Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Berechtigten zur besseren Interaktion zwischen Experten

Denkprovokationen – neue Perspektiven wagen

Wie geht es weiter? – Oggier machte Inventar: «Wesentliche Umfeldveränderungen sind aufgegleist. So ist der morbiditätsorientierte Risikoausgleich eingeführt und die einheitliche Finanzierung ambulant-stationär ist beschlossen. Zögerlich erfolgen indessen trotz Finma-Druck die Anpassungen von Mehrleistungs-Konzepten bei den Zusatzversicherungen. Aber es stellt sich die Frage: Wann wird jetzt endlich real umgesetzt bei den Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern, welche ambulante Leistungen werden bessergestellt (und stationäre, die substituierbar sind, konsequenterweise schlechter) und was geschieht bei den Verträgen zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherern? Warum ist die Suva hier eigentlich kein Treiber? Vielleicht weil sie ein Monopolist ist? Und schliesslich: Weshalb geht

Dr. Willy Oggier zeigt zahlreiche «Baustellen» in der Vergütung ambulanter wie stationärer Leistungen auf, es gibt viel zu tun. Bernadette Rümmelin, Geschäftsführerin des Verbands katholischer Krankenhäuser, verweist auf die Gefahr für kleine und gemeinnützige deutsche Spitäler hin. Sind sie Lauterbachs Bauernopfer?



es nicht vorwärts mit den Verträgen zwischen Leistungserbringern und Zusatzversicherern für ambulante Mehrleistungen? Warum schaffen dies einige, andere aber nicht?

«Wir dürfen im ambulanten Bereich nicht analoge Fehler machen wie im stationären Bereich», unterstrich Oggier. «Gefördert werden sollten nicht die kostenintensiven Institutionen, welche in 80% der Fälle nicht nötig sind, sondern eine möglichst gute Triage und dahinter eine kosteneffiziente Versorgungsstruktur. Zu fragen ist daher: Welche stationären Strukturen sind anzupassen? Die überteuerten Überkapazitäten in den Ballungsgebieten oder die unterausgelasteten kleineren in den Randregionen? Auf alle Fälle ist aufzuhören mit Eigenkapital-Erhöhungen und anderen verdeckten Zuschüssen an öffentliche Spitäler durch ihre Eigner. Schlechte Beispiele sind u.a. das Kantonsspital Aarau und die St. Galler Spitalverbunde. Das lindert den Anpassungsdruck dort, wo wir den grössten Anpassungsbedarf haben dürften.»

Einmal mehr regte der Experte an, den Begriff «teilstationär» wieder anzudenken: «Es gibt neben ambulanten und stationären, vor allem in der Psychiatrie und Rehabilitation teilstationäre Strukturen, auch wenn der Begriff aus dem ursprünglichen KVG gestrichen worden ist. Psychiatrische und Rehabilitations-Kliniken sind auch Spitäler nach KVG. Sie gehören mitgedacht, weil



ihre Bedeutung für die Gesundheitsversorgung in der Zukunft überproportional wachsen dürfte.» Und gleich ganz provokativ: «Produktivität ist zu erhöhen, indem man Patientinnen und Patienten bestimmte Dinge selbst machen lässt. Darin liegt das Erfolgsrezept der Ambulantisierung.»

Dominieren die Angsthasen?

Leider würden zu viele Angsthasen die Szene dominieren und den nötigen (Struktur)Wandel erschweren. Bewegung sei allerdings unverzichtbar, so Oggier, der auf die «Zehn Gebote der Kliniksanierung» nach Christoph Rasche/Erika Raab, in: Management & Krankenhaus, Nr. 4/2023 verwies:

1. Schliessungen sollten die Ultima Ratio darstellen, vorab sind Sanierungen gründlich zu prüfen
2. Sanierungen müssen mit dem Governance- und Kulturrahmen einer Klinik kompatibel sein! Andernfalls drohen erhebliche Widerstände.
3. Der Grenznutzen der Sanierung soll höher ausfallen als die damit verbundenen Grenzkosten. Diese beinhalten auch alle moralischen und nicht-monetären Kostenpositionen in Formen irreversibel zerstörten Sozialkapitals.
4. Eine austarierte Sanierung soll mit Augemass stattfinden. Wer durch EID (Entrepreneurship, Innovation, Digitalisierung) expan-

In einem erstklassigen Workshop, bei dem es ums Abschätzen von Vor- und Nachteilen einer zentralisierten oder dezentralen Versorgung geht, argumentieren (v.l.n.r.) Bruno Guggisberg, CEO Spitäler STS, Hugo Keune, CEO Kantonsspital Graubünden, und Dr. Werner Kübler, CEO Universitätsspital Basel.



Special 2: DRG and more: MediCongress

dieren will, der muss zunächst über eine RRP-Doktrin (Rationalisierung, Rationierung, Priorisierung) Ballast abwerfen.

5. Für den Fall der Schliessung ist sicherzustellen, dass die bisher erbrachte Leistungsmenge anderweitig (stationär oder ambulant) mindestens gleich gut kompensiert wird.
6. Die Qualitätsmessung bedarf einer differenzierten Betrachtung mit Blick auf einen selektiven Qualitätswettbewerb.
7. Die schiere Grösse einer Abteilung oder Organisation kann selbst zum Problem werden, wenn mit dem Erreichen einer Abbruchkante Diseconomies of Scale erzeugt werden. Trägheitsmomente, Bürokratie und Hierarchie gehen oft zulasten der Agilität.
8. Perspektivisch agile und resiliente Klinikstrukturen und -prozesse müssen implementiert werden, um die Wandlungsfähigkeit zu erhöhen.
9. Die Kliniken sollen sich den Best Practices der Leading Industries nicht verschliessen.
10. Marode Maximalversorger und Uni-Kliniken dürfen sich nicht in der trügerischen Sicherheit der Systemrelevanz wännen. Auch hier werden die Instrumente eines robusten Härtegradregimes zum Einsatz kommen.

Frontalangriff auf die Schwächsten

Während in der Schweiz ungenügende Erträge schrittweise zu einem Strukturwandel führen,

Universitätsspitäler haben grosse Sorgen, weil ihre Leistungen ungenügend abgebildet und abgegolten werden. Das unterstreichen Dr. Uwe E. Jocham, CEO Insel Gruppe, und Clemens Platzkötter, kaufmännischer Direktor Universitätsklinikum Bonn, eindrücklich.



zeigt sich in Deutschland bereits eine deutliche Abwärtsspirale. Deren volle Härte trifft insbesondere die gemeinnützigen Institutionen wie etwa die 267 katholischen Krankenhäuser mit 340 Standorten, 84 500 Betten und 210 000 Mitarbeitenden. Bernadette Rümmelin, Geschäftsführerin des Verbands der katholischen Krankenhäuser, zeigte die beängstigende Entwicklung auf. Rund 13% Kostensteigerungen während der letzten beiden Jahre stehen nach Corona fehlende Patienten und fehlendes Geld zur Finanzierung der Strukturkosten gegenüber. Die Landesbasisfallwerte wurden bundesweit nicht angepasst. Ein Investitionstau ist die Folge. Die Aufgabe der Bundesländer wäre es, einen jährlichen Bedarf von 8 Mrd. EUR zu decken, in Tat und Wahrheit stellen sie aber bloss 3 Mrd. EUR zur Verfügung; die Reserven der Spitäler sind deshalb aufgebraucht, es erfolgen keine Investitionen in die Zukunft – erst recht nicht für die gemeinnützigen Einrichtungen, die sich ganz alleine finanzieren müssen. Insgesamt erwarten 71% aller deutschen Kliniken im laufenden Jahr ein Defizit, nur 4% einen Überschuss.

Bundesgesundheitsminister Lauterbach verspricht zwar über das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), das 2025 in Kraft treten und vom Transparenzgesetz flankiert werden soll, eine Verbesserung. Das Gesetz wird jedoch derzeit durch die Bundesländer blockiert, wobei Bernadette Rümmelin klar festhielt: «Lau-



terbachs 6 bis 8 Mrd. EUR, die dann kommen würden, wenn die Bundesländer dem Transparenzgesetz zustimmen, sind ein fauler Kompromiss, weil das bereits bestehende Ansprüche der Krankenhäuser sind. In der Zwischenzeit gibt es keine Planungssicherheit, keine Investitionsentscheidungen und keine vernünftige Personalentwicklung. Stattdessen werden Versorgungsangebote reduziert und es findet ein Abbau von Strukturen statt.»

Diese Entwicklung ist streng zentralistisch gesteuert. Bei einer Reduktion von Krankenhäusern und Betten können andere Kliniken mehr Behandlungsfälle generieren, wobei das auch eine stärkere Spezialisierung bedeutet. Gesteuert werden soll das auf Bundesebene mittels Einführung von Versorgungsstufen und Krankenhaus-Levels mit 128 Leistungsgruppen. Für die Referentin steht das allerdings im Widerspruch zur Planungshoheit, die in förderaler Zuständigkeit bleibt. Auf Länderebene sei daher zu befürchten, dass es zu Aberkennungen von Leistungsgruppen in einzelnen Standorten komme: «De facto verlieren diese ihre Planungshoheit, da bundeseinheitliche Regelungen dominieren. Flexibilität geht verloren, obwohl die Länder ihre Regionen und den Bedarf der Menschen am besten kennen.»

Verswindet bald jede fünfte Klinik?

Dies könnte schnell geschehen, denn künftig soll 60% des Budgets festgeschrieben sein, was



führender.» Wohl könnten in Deutschland wesentlich mehr Fälle ambulant behandelt werden, allerdings stehen diesem Ansinnen 41% der niedergelassenen Ärzte gegenüber, die über 60 Jahre alt sind; die ambulanten Kapazitäten sind schlichtweg ungenügend. Wo allerdings ambulante Eingriffe sinnvoll sind, wären auch gut definierte Hybrid-DRGs zu begrüßen. Das alleine reiche jedoch kaum aus, und so würden Prognosen realistisch, die einen Abbau von rund 20% aller Krankenhäuser erwarten.

Mehr Zentralisierung – bessere Versorgung?

Value Based Healthcare (VBHC) ist zukunfts-trächtig. Bedeutet das gleichzeitig mehr Zentralisierung? Bruno Guggisberg, CEO Spitäler STS, stellte zwei Ergänzungsfragen: Können wir uns diese Diskussion noch leisten? Wieviel Patientenzentrierung ist möglich, wenn die Versorgungssicherheit in Bedrängnis gerät? – Er beschrieb die Grosswetterlage wie folgt: Unge-nügende Tarife führen zu schlechten Erträgen und geringeren Investitionen. Das könnte zu Qualitätseinbussen und Versorgungsengpässen führen. Der steigenden Nachfrage bezüglich Quantität und Qualität stünden beschränkte Ressourcen gegenüber.

Gerade deshalb sei über VBHC zu diskutieren, folgerte Guggisberg. Es gelte die richtigen Ange-

bote am richtigen Ort für die richtigen Personen sicherzustellen. Die Kräfte müssten jedoch gebündelt werden. Im Kanton Bern beispielsweise stehen 3000 Spitalbetten, die allerdings aufgrund des Fachkräftemangels bloss zu 80% belegt werden können, im Notfall gar nur zu 70%. Neben der Förderung ambulanter teilstationärer Zentren mit Notfallversorgung sei daher eine sinnvolle Konzentration nötig – ein starkes Universitätsspital für hochspezialisierte Medizin im Zentrum, starke regionale Spitalzentren für die spezialisierte Medizin in der Peripherie, eine starke flächendeckende Grund- und Notfallversorgung sowie starke integrierte Netzwerke. Das wäre Ausdruck von VBCH mit einer vernünftigen Zentralisierung und Dezentralisierung.

Den Patientennutzen ernst nehmen

Auch Hugo Keune, CEO Kantonsspital Graubünden, ging der Frage auf den Grund: Wird der Patientennutzen eher durch eine stärkere Zentralisierung von Leistungen gefördert oder durch eine Dezentralisierung? –Wo der Nutzen für die Patienten im Zentrum stehe, müsse differenziert werden: Ausschlaggebend seien das medizinische Outcome, die erreichte Lebensqualität, das Erlebnis im Spital, im Notfall die Erreichbarkeit eines Spitals und ebenso wichtig die vertraute Umgebung für die Patienten und ihre Nähe zu den Angehörigen, auch wenn die geforderten Mindestfallmengen knapp nicht

keinen Anreiz mehr darstelle, mehr Patienten als die zugewiesene Mindest-Fallmenge zu behandeln. Weniger Entschädigung via DRG füh-re zudem zu geringerer Variabilität und damit zu geringeren Steuerungsmöglichkeiten der Erlöse. «Wenn die Vorhaltefinanzierung nicht kosten-deckend fortgeschrieben wird, dann dreht sich das Hamsterrad aufgrund der geringeren Vari-abilität in den DRGs schneller. Dadurch drohen zukünftig Wartelisten wie in Grossbritannien oder den Niederlanden, im Extremfall ist sogar mit Abweisungen von Patienten zu rechnen.»

Statt die von der Ampel versprochene bessere Versorgung würde das Gegenteil eintreten: Es werde einen erbitterten Kampf um Leistungs-gruppen und Fachkräfte geben. Alte Netzwerk-strukturen könnten durch die Zuordnung der Leistungsgruppen zerstört werden. Auch das Reformziel der Entbürokratisierung würde verfehlt. Mehr Regelungen bedeuten mehr Büro-kratie. Und komplexe Regelungen müssten vor Ort administriert werden, was eine unvermeid-liche Erhöhung des Personals zur Umsetzung und Dokumentation der Strukturvorgaben zur Folge habe.

Bernadette Rümmelin: «Statt wahnwitziger Struktur-reformen wäre eine Vergütungsreform notwendig gewesen, weil die Kosten schon lan-ge nicht mehr adäquat im DRG-System abgebil-det werden und Grund- und Regelversorgung unterfinanziert sind. Eine Vorhaltekostenfinan-zierung anhand realer Kostendaten wäre ziel-

Beatrix Meyer, Tarifexpertin FMH, spricht sich für eine Optimierung der Abgeltung von Vorhalte-leistungen aus, während Dr. Constanze Hergeth, Swiss DRG AG, die Tarifstruktur insgesamt als ausgewogen bezeichnet.





Dr. Till Hornung, CEO Kliniken Valens, führt eine intensive Diskussionsrunde mit (v.l.n.r.) Dr. Ute Buschmann, Direktorin Spital Limmattal, Ricky Probst, Tarifexperte Kliniken Valens, Markus Merz, CEO Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, und Wolfram Strüwe, Leiter Gesundheitspolitik Helsana.

erfüllt werden. Zu diesem Thema meinte er pointiert: «Es könnte manchmal auch gescheiter sein, 2 Zürcher nach Chur zu schicken als 8 Bündner nach Zürich.»

Gerade in einem flächenmässig grossen Kanton wie Graubünden mit langen Wegen sei es wichtig, bestimmte Strukturen wie z.B. die Behandlung von Frühgeburten beizubehalten. Keunes Argumente sind: «Es handelt sich nicht um seltene oder hochkomplexe Eingriffe. Die Qualität im KSGR ist nachweislich hoch, die Kosten tief. Kapazitäten und Fachkräfte sind schweizweit rar. Der Standort Chur ist relevant für die regionale Versorgung. Die Distanz ist kritisch für den Gesundheitszustand der Frühgeburten und deren Familien. Bei einem Wegfall des Angebots wäre auch die Kinderintensivstation und damit die gesamte pädiatrische Versorgung gefährdet.»

Zentralisierung dürfe kein Selbstzweck sein. Regulatorische Eingriffe seien daher nur bei Marktversagen oder Unterversorgung angezeigt. Die Zentralisierung von Leistungen führe zu einer Ausdünnung des Angebots, was in mittlerer Frist grössere Defizite schaffe. Dabei würde die Anzahl Spitäler reduziert. Keune plädierte für ein massgeschneidertes Angebot wie es das KSGR neu in Walenstadt biete, für eine Konzentration aufs Wesentliche und eine gleichzeitige Integration in einen Spitalverbund mit Nutzung dessen zentraler Funktionen. Würden andererseits zu viele Spitäler ohne betriebliche Integration betrieben, würden suboptimale Auslastungen, eine schwächere Versorgung und eine Verzettlung von Ressourcen erfolgen – Konkurrenz statt Kooperation. Vielmehr sei deshalb die regionale Versorgung unabhängig von Kantonsgrenzen durch Zentrumsleistungen (inkl. Supportleistungen wie Pathologie, Radiologie, Rettung usw.) in definierten Landesteilen sicherzustellen und zu bündeln. Damit werde

auch die integrierte Versorgung in diesen Gebieten gestärkt.

Radikale Wiederbelebung von DRG

Korrekturen müssten auch beim DRG-System selbst ansetzen, meinte Gilles Hirt, CFO Bethesda Spital Basel. Komplexe Fälle oder seltene Fragestellungen würden heute ungenügend oder gar nicht abgebildet, was zu einer Untervergütung geführt habe, währenddem einfachere Fälle übervergütet würden. Im Durchschnitt gehe die Rechnung wohl auf, wobei zwei Anreize zu beachten seien: im Kosten-

Dr. Daniel Liedtke, CEO Hirslanden Gruppe, ist nicht einverstanden, dass öffentliche Spitäler über GWL übermässig subventioniert werden und Prof. Andreas Beivers, Fresenius Hochschule München, präsentiert, wie unerhört kompliziert das geplante neue Abgeltungssystem in Deutschland aussehen könnte.



druck sich auf einfachere Fälle zu konzentrieren oder andernfalls die Kosten zu senken und die Effizienz zu steigern. Hirts Fazit lautet: «Das System wird zu teuer. Wir müssen es radikal wiederbeleben.»

Vorstellen kann er sich neu einen Wegfall der CHOP-Kodes für komplexe Fälle durch Ermitteln von Fallgewichten auf Basis von Diagnosen und eine Vereinfachung der CHOP-Kodes für Standardeingriffe. Das würde dazu führen, dass für komplexe Fälle Zeittarife eingeführt werden müssten. Weiter regte er einfachere Verhandlungen an.

Es sei anstelle einer Preisdiskussion (Wie teuer dürfen Eingriffe sein? Sind fixe Baserates richtig?) eine Kostendiskussion zu führen: Die effektiv entstandenen Kosten sollten vergütet werden, wenn gewisse Qualitätskriterien erfüllt sind. Schliesslich folgte die Anregung, Kodierung, Rechnungsprüfung und Rückweisungsprozesse wegfällen zu lassen und Rechnungen auf Basis der Diagnosen zu erstellen. Die Spitalbedürftigkeit würde sich dabei aus der medizinischen Dokumentation ableiten. Hirt: «Können wir uns das aktuelle System in 10 Jahren noch leisten? Können wir mit dem Fachkräftemangel die hohen administrativen Aufwände weiterhin aufbringen? Besser ist zu überlegen, wie wir das System deutlich verschlanken. Die System-





TARDOC, ambulante Pauschalen, Hybrid DRGs und zufriedene Patienten bilden die Elemente, die von Kristian Schneider, Direktor Spitalzentrum Biel, Dr. Urs Stoffel, Zentralvorstandsmitglied FMH, und Pius Zängerle, Direktor curafutura, gründlich und kompetent beleuchtet werden.

partner können mit ihrem Fachwissen einen signifikanten Beitrag dazu leisten.»

Vorhalteleistungen klarer definieren

Tarifverbesserungen sieht auch Beatrix Meyer, Tarifexpertin der FMH. Es gehe darum, die Multimorbidität leistungsgerecht abzubilden, den Prozess für eine rasche Vergütung hochteurer innovativer Leistungen zu finalisieren, Mindererlöse bei Mehrleistungen zu vermeiden und Vorhalteleistungen sachgerecht zu vergüten.

Beim letztgenannten Element brauche es für die Schweiz einen eigenen Lösungsvorschlag. Das deutsche Pendant sei ungeeignet: «Hier sind die SwissDRG AG und ihre Partner gefordert. Voraussetzung ist eine einheitliche Definition der Vorhalteleistungen. Wo hört eine Vorhalteleistung als OKP-Leistung auf und wo beginnt sie als GWL. Wieviel Vorhaltung ist überhaupt erwünscht? Wichtig ist die Sicherstellung von Kapazitäten in Spitälern und anderen öffentlichen oder privaten Institutionen des Gesundheitswesens.» Zur Stärkung einer gefährdeten Versorgung finanzieren

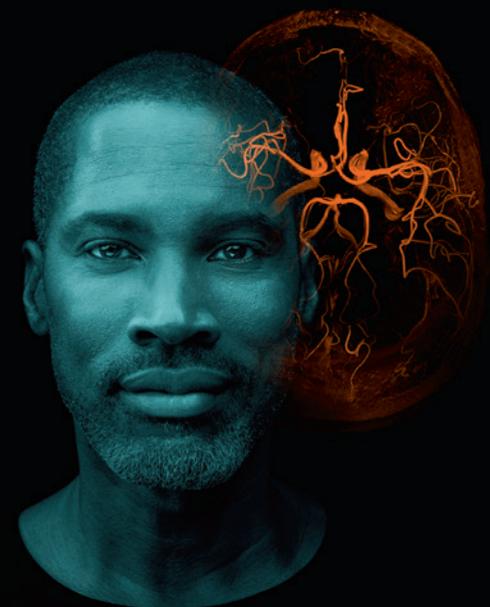
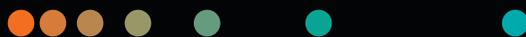
dabei die Kantone die zur Abdeckung von Auslastungsspitzen nötigen Vorhalteleistungen. Hier fordert Beatrix Meyer auch interkantonale Ausgleichszahlungen bei Patientenverlegungen und einen Kapazitätsausgleich.

Dr. med. Constanze Hergeth, stellvertretende CEO der SwissDRG AG, wies darauf hin, dass grundsätzlich die Auswirkungen auf die Gesamtsystemgüte entscheidend für weitere Anpassungen seien. Die SwissDRG-Tarifstruktur sei bereits sehr ausgewogen. Die Betrachtung eines

QR70004546

We pioneer breakthroughs in healthcare.

For everyone. Everywhere. Sustainably.



Bei Siemens Healthineers leisten wir Pionierarbeit im Gesundheitswesen. Für jeden Menschen. Überall. Nachhaltig. Als eines der führenden Medizintechnikunternehmen setzen wir uns ein für eine Welt, in der

bahnbrechende Entwicklungen im Gesundheitswesen neue Möglichkeiten schaffen – mit den geringstmöglichen Auswirkungen auf unseren Planeten. Indem wir kontinuierlich Neuerungen auf den Markt bringen,

unterstützen wir medizinisches Fachpersonal mit Innovationen für eine personalisierte Versorgung, Konzepten zur Steigerung von Qualität und Produktivität und bei der Neugestaltung der Gesundheitsversorgung.

[siemens-healthineers.ch](https://www.siemens-healthineers.ch)

Special 2: DRG and more: MediCongress

Einzelfalls in einem pauschalierenden System mit Fallgruppe ist demnach nicht sehr sinnvoll. Vielmehr gelte es auf die vollständige Kodierung gemäss Kodierrichtlinien zu achten.

Universitätsspitäler fair entgelten

Selbstverständlich braucht es auch leistungsstarke Universitätsspitäler. Dr. Uwe E. Jocham, CEO der Insel Gruppe, sprach über «Hochkostenfälle und Swiss DRG: Wo sind die Systemgrenzen?» Er bemängelte am aktuellen DRG-System, dass darin komplexe und seltene Eingriffe nicht korrekt abgebildet seien und daher Hochdefizitfälle auslösten: «Deshalb braucht es weiterhin höhere respektive differenzierte Baserates für Universitätsspitäler», welche insgesamt jährlich für 210000 stationäre Patienten und 3.5 Mio. ambulante Konsultationen bereit stehen, 24% der totalen Fachkräfte beschäftigen und in rund 700 Forschungsprojekten engagiert sind. Schliesslich sind die Universitätsspitäler vielfach qualitativ erstklassige Leistungserbringer am Ende der Versorgungskette. «Patienten in der gleichen DRG sind in den Universitätsspitalern tendenziell kränker, haben mehr Begleiterkrankungen oder sind beispielsweise nach einer erfolglosen Behandlung von einem Grundversorgungsspital überwiesen worden. Es besteht praktisch keine Wahl bei der Aufnahme und eine Weiterverlegung ist nicht möglich.»

Jocham plädierte zudem für differenzierte Baserates, weil das Pauschalssystem Swiss DRG die Unterschiede zwischen Universitätsspitalern und anderen Spitalern nicht abbilde. Aus diesem

Grund «versuchen die Universitätsspitäler, seit DRG-Einführung zusammen mit verschiedenen Experten differenzierte Baserates zu berechnen. Die Nachvollziehbarkeit im Rahmen der heutigen Tarifverhandlungen ist aufgrund der hohen Komplexität nicht gewährleistet. Die Universitätsspitäler fordern deshalb, dass Betriebsvergleiche zur Ermittlung von Spitaltarifen nach Art 49 Abs. 1 KVG zwischen Spitalern durchgeführt werden, die hinreichend vergleichbare Leistungen erbringen. Diese Forderung wird auch politisch nachvollzogen. In ihrer Beratung zur KVV-Revision vom Januar 2021 hält die Kommission für Gesundheit und Soziales des Nationalrats u.a. fest: «Die Kommission legt Wert auf den Grundsatz «Gleiches mit Gleichem vergleichen» und empfiehlt insbesondere, dass die Universitätsspitäler für die Ermittlung der Benchmarks separat betrachtet werden.»

Teilweise gefährdete Versorgung in Deutschland

Während in der Schweiz Ansatzpunkte zur tariflichen Verbesserung vorhanden sind, präsentiert sich die Vergleichssituation in Deutschland düster, wie Clemens Platzköster, kaufmännischer Direktor und stv. Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Bonn, erläuterte. Negative Einflüsse sind die fehlende bedarfsgerechte Strukturierung der Krankenhauslandschaft, undurchlässige Sektoren der Gesundheitsversorgung ambulant-stationär-Reha, die ungenügende Digitalisierung und insbesondere die unzureichende Investitionsfinanzierung im dualen System, denn in Deutschland enthalten die DRGs keinen Investitionsanteil und seit 2020



Regierungsrat Dr. Lukas Engelberger, Präsident GDK, betont, dass die korrekte Abgeltung von Spitalleistungen weiterhin ein sehr wichtiges Ziel bleibt.

wird auch die Pflege separat gemäss ausgewiesenen Selbstkosten entgolten. Darin sieht der Referent das Grundproblem: Während die Betriebskosten aller deutschen Spitäler, ausgehend vom Index 100 (1991) heute bei 250.0 angelangt sind, sanken die Investitions- und Instandhaltungszuschüsse der Bundesländer auf den Wert von 83.6.

Die Spitäler sind daher genötigt, Überschüsse aus DRG-Erlösen, wenn vorhanden, für Investitionen einzusetzen – «ein wesentlicher Fehlanreiz des Systems», so Platzköster. «Das G-DRG System hat die stationäre Krankenhausversorgung hochgradig ökonomisiert. Der Leitsatz «Geld folgt der Leistung» könnte modifiziert werden: Geld folgt den Leistungen, die wenigstens kostendeckend erbracht werden können. Viele Fehlanreize haben zu «Reparaturversuchen im laufenden Betrieb» geführt: Wir haben heute eine Qualitätssicherungsbürokratie mit zahlreichen Strukturprüfungen und Versuche zur Differenzierung des Systems (wie Zusatzentgelte, hausindividuelle Zusatzentgelte, neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden), mehr tagesstationäre Behandlungen und Hybrid-DRGs.» Zwar gebe es im System wenige Gewinner, aber viele Verlierer, denn 14% der Kliniken haben seit Einführung der G-DRGs bereits ganz aufgegeben, wirtschaftlich schwierige Leistungen werden teilweise nicht mehr



erbracht, z.B. Geburtshilfe, Pädiatrie, und es stelle sich die Frage, ob die Folgen des Strukturwandels noch versorgungsgerecht seien.

Wenn der Amtsschimmel wiehert, wird es nur noch schlimmer

Erwartet bereits Clemens Platzköster keine Besserung durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, so malte Prof. Andreas Beivers, Ordinarius an der Fresenius Hochschule München, ein geradezu abschreckendes Bild des grassierenden Staatseinflusses. Beim aktuellen DRG-System sei es aus ökonomischer Sicht nachvollziehbar, dass Krankenhäuser bei budgetierter bzw. fixierter Vergütungshöhe die Zahl der Abrechnungseinheiten zu erhöhen versuchen, um ihre Erlöse zu steigern. Dies treffe vor allem auf jene DRGs zu, bei denen der Fixkostenanteil relativ hoch ist. Die Frage stelle sich nun, wie einer Mengenausweitung begegnet werden solle.

Eine Deckung von Vorhaltekosten soll gemäss der Lauterbach-Reform Gegensteuer geben. Dazu Beivers: «Hier müssen wir zwischen Vorhaltekosten (VHK) und Fixkosten (FK) unterscheiden. Sie hängen eng zusammen und sind dennoch verschiedene Arten von Kosten. FK sind Kosten, die unabhängig von der Produktionsmenge oder dem Verkaufsvolumen anfallen. Sie bleiben konstant, egal ob das Unternehmen viel oder wenig produziert (z.B. Mieten oder Perso-

nal). VHK hingegen sind Kosten, die mit der Lagerung von Waren oder Produkten verbunden sind. FK und VHK können unterschiedliche Auswirkungen auf die Rentabilität haben. FK sind unabhängig von der Produktionsmenge und können daher einen grösseren Einfluss auf die Rentabilität haben, wenn das Unternehmen nicht genügend Umsatz erzielt, um diese Kosten zu decken. VHK hingegen können durch eine effiziente Lagerverwaltung minimiert werden, um die Rentabilität zu verbessern. Das heisst: Hier ergeben sich, je nach Ausgestaltung, neue Fehlanreize für die Versorgung, wenn die Vorhaltungen nicht klar definiert werden.»

Es solle zwar kein Lauterbach-Bashing sein, so Beivers, aber genau die in der Gesetzesrevision auf der Basis von drei Krankenhaus-Levels und diversen entsprechend zugeteilten Leistungsgruppen erfolgte Definition sei in höchstem Masse kompliziert, bürokratisch und notabene weder mit einer Modellsimulation noch mit Künstlicher Intelligenz ausgetestet worden. Das hätten die skandinavischen Länder weitaus besser gelöst. Sie pflegen eine Kombination aus Sicherstellungszuschlägen, Zuschlägen für die Bereithaltung von Notfallstrukturen und Zentrenbildung. Ein Teil der Vergütung könnte, so Beivers, auch in Deutschland als Grundbetrag auf Basis der historischen Inanspruchnahme und der Vorhaltung bedarfsnotwendiger Strukturen geleistet werden. Das entspräche der



Preisüberwacher Stefan Meierhans sieht das Heil in der kollektiven Versorgung von Versichertengruppen.

Gewährung einer Grundfinanzierung, unabhängig von der Fallzahl, und sollte mit der Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien verknüpft sein. Und wenn künftig eine mengenmässige Ver-

Kontrovers und wohltuend anregend für künftige Diskussionen verlief die von Dr. Willy Oggier moderierte Schlussrunde mit Dr. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH, Katharina Huber, Generalsekretärin GDK, und Dr. Axel Paeger, CEO AMEOS Gruppe.



Special 2: DRG and more: MediCongress

gütung mit Vorhaltekosten verbunden werde, seien regionale, wettbewerbsorientierte Gesamtbudgets eine sinnvolle Ergänzung.

GWL – Giesskanne für öffentliche Spitäler?

Dermaßen kompliziert wie in Deutschland präsentiert sich das DRG-System hierzulande nicht. Hier sind es – neben teilweise verbesserungswürdigen Abgeltungen – namentlich Wettbewerbsverzerrungen, die stören. Mit ihnen ging Dr. Daniel Liedtke, CEO der Hirslanden Gruppe, hart ins Gericht. Völlig unzutreffend sei folgende Aussage von SP-Ständerat Pierre-Yves Maillard am H+ Kongress vom letzten November: «Die öffentlichen Spitäler profitieren von gemeinschaftlichen Leistungen (GWL) und die privaten Kliniken haben eben ihre Einnahmen aus den Spitalzusatzversicherungen.»

Tatsache sei, dass der VVG-Bereich aufgrund der bekannten Finma-Interventionen massiv unter Druck geraten sei: «Die Versicherer müssen sicherstellen, dass Leistungserbringer transparente Abrechnungen erstellen und dürfen nur noch für gerechtfertigte Mehr-Leistungen aufkommen, Richtschnur ist das Framework des Schweizerischen Versicherungsverbands. Krankenversicherer nutzen nun die Finma-Steilvorlage für die Tarifverhandlungen. In der Konsequenz fehlen den Spitälern verstärkt auch die Einnahmen aus der Zusatzversicherung. Das VVG bleibt aber als «Rundumwohlfühlpaket

wichtig, weil Versicherte frei zwischen Arzt, Spital und weiteren Mehrwerten (ärztlich, klinisch und Hotellerie-bezogen) wählen können.»

Neben sinkenden VVG-Einnahmen sei auch das Handhaben der GWL unfair, weil sie – obwohl gesetzlich verboten – Quersubventionierungen darstellen, die insbesondere die Kantone an ihre öffentlichen Spitäler ausrichten. Die GWL gingen eben deutlich über das Nötige hinaus. Das wären Beiträge an Spezialaufgaben (geschützte OP-Säle, Rettungsdienst oder Sanitätsnotrufzentralen), Forschung und universitäre Lehre sowie Struktur-erhaltung durch Finanzierung von Vorhalteleistungen für Notfall, Geburtshilfe oder Leistungen, für die keine kostendeckenden Tarife (z.B. TARMED) bestehen. Die Sünden gruppiert Prof. Stefan Felder von der Universität Basel in drei Formen: Abgeltungen für GWL, überhöhte Basisfallwerte und Abgeltung von Investitionskosten. Im Jahre 2021 wurden im akutstationären Bereich CHF 2.19 Mrd. GWL abgegolten, CHF 1752 pro Fall, im Kanton Waadt gar CHF 5262 pro Fall. Der grösste Anteil an GWL (69.8%) ging an öffentliche Spitäler. Die GWL nahmen insgesamt innert 9 Jahren um beinahe 50% zu. Dazu kommen noch Finanzspritzen an einige öffentliche Spitäler.

Mehrfachrolle der Kantone hinterfragen – GWL ausschreiben

Auslöser ist die Mehrfachrolle der Kantone: Mit der Eigentümerschaft besteht das politische Interesse, das Überleben der eigenen



Philomena Colatrella, Konzernleiterin CSS, verlangt mehr Phantasie im VVG-Bereich und in der integrierten Versorgung.

Spitäler zu sichern, wofür die Kantone neben den Subventionen auch die Spitalliste als wesentliches Instrument einsetzen, mit dem sie als Besteller von Leistungen die regionale Versorgungsplanung garantieren und dafür sorgen, dass die eigenen Spitäler die wesentlichen Leistungsgruppen anbieten können. Liedtke zog folgendes Fazit: «Es existiert kein Wettbewerb um die Erbringung von GWL wie z.B. Spezialaufgaben; die Kantone schreiben Leistungen nicht aus, sondern vergeben diese oft direkt an die eigenen Spitäler. Private Leistungserbringer haben nur sehr beschränkt Zugang zu diesen Märkten – zum Nachteil der kantonalen Steuerzahler.» Liedtke fordert gleich lange Spiesse zwischen öffentlichen und privaten Anbietern stationärer Leistungen, wie es das KVG verlangt, was es heute trotz neuer Spitalfinanzierung nicht gibt.

Der Hirslanden-CEO schlägt daher vor: «Wo möglich sind GWL-Aufgaben auszuschreiben. Wo nicht möglich dürfen kantonale Subventionen in GWL und Infrastruktur nur noch pro Fall ausbezahlt werden, unbesehen davon, ob der Leistungserbringer öffentlich oder privat ist. Kantonales Recht ist jeweils so anzupassen, dass Leistungsaufträge generell zu submissionieren sind. Steuerzahler und Krankenversicherer würden von besserer Qualität bei günstigeren Kosten profitieren und die Kantone könnten die





Effizienz der Privatkliniken nutzen, um die Kosten der eigenen Spitäler zu kontrollieren.»

Ambulante Pauschalen und TARDOC: ein Beitrag zu mehr Qualität oder Kostendruck?

Dieser provokative Titel bildete das Referat von Kristian Schneider, Direktor Spitalzentrum Biel SZB. Er betonte, dass Sparpotenzial bestehe, aber ein Anreiz bestehen müsse für mehr ambulante Behandlungen, sofern deren ungenügende Tarife aufgebessert würden.

Einen entscheidenden Anteil bietet auch der aktive Einbezug der Patienten. Ein gutes Beispiel dafür ist das EndoDiaCentre am Bahnhof Biel, an dem das SZB beteiligt ist. Hier arbeiten Fachärztinnen für Endokrinologie-Diabetologie, Fachpersonal der Ernährungstherapie, der Diabetesfachberatung, der medizinischen Podologie und der Bewegungstherapie zusammen. Gemeinsam mit den Leistungen der Patientenorganisation «Diabetes Biel-Bienne», die in der Entwicklung des Angebotes für Betroffene und ihrer Familien aktiv beteiligt ist, stellt das Centre bedarfsgerechte Leistungen zusammen und koordiniert diese. Behandlungen werden interdisziplinär geplant unter Einbezug neuester Behandlungsformen und technologischer Innovationen. Im Fokus steht die Förderung der Selbstständigkeit der Patienten.

Eine weitere bemerkenswerte Bieler Initiative besteht in der Orthopädie. Aktuell ist die Vergütung für eine stationär durchgeführte Schulterarthroskopie mehr als doppelt so hoch wie ambulant. Stationär ist der Eingriff schon mit CHF 1096 pro Fall defizitär; an einem ambulanten Eingriff verliert das SZB sogar CHF 1786. Wenn

es nun aber gelingt, für den stationären und ambulanten Fall einen Einheitspreis zu bestimmen, der die ambulant durchgeführte Operation zu einem gewinnbringenden Fall und die stationäre Behandlung defizitär belässt, so könnten durch den Anreiz für das um 40% kostengünstigere ambulante Operieren schliesslich die Gesamtkosten für alle Schulterarthroskopiebehandlungen am SZB um CHF 155'000 gesenkt werden. Hochgerechnet auf die ganze Schweiz wären das CHF 15.5 Mio. allein für diese Indika-

tion. Summa summarum sieht Schneider – ungeachtet des Tarifsystems – am meisten betriebliche Einsparungen bei ärztlichen Visiten, Pflege, OP und Anästhesie.

Dringend nötiger TARDOC

Dr. Urs Stoffel, Mitglied des Zentralvorstands der FMH, wünscht sich eine schnelle Einführung des TARDOC. Dieser biete entscheidende Vorteile: Die neue Tarifstruktur solle für eine Abbildung

Für Joël Brandenberger und Magdalena Krol von MediCongress ist das prima gelungene Forum «DRG and more» die beste Motivation für neue Taten.



Special 2: DRG and more: MediCongress

der realen Kosten und des gesamten medizinischen Leistungsspektrums im ambulanten Bereich. Es bestünden Prozesse, Tools und Konzepte zur kontinuierlichen Tarifpflege und Revision. Und für die Aktualisierung und Weiterentwicklung Sorge die OAAAT AG, eine professionelle, partnerschaftliche und gesetzlich verankerte Tariforganisation. Der TARDOC erfülle generell die Anforderungen für eine auf Einzelleistungen basierende, lückenlose Leistungserfassung in der Arztpraxis, weiteren ambulanten Einrichtungen sowie Spitälern und Kliniken. Der TARDOC erlaube eine laufende und möglichst einfache Bewirtschaftung und Pflege und diene der Qualitätssicherung. Die Version 1.3.2 des TARDOC wurde am 1. Dezember 2023 beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht.

Wichtig sei ein harmonisches Nebeneinander des Einzelleistungstarifs mit den neu geschaffenen ambulanten Pauschalen. Stoffel: «Bei der sachgerechten Tarifierung sind die Anreizwirkung und Folgen für die Versorgung zu beachten (insbesondere Überversorgung, Risikoselektion bzw. Nichtbehandlung komplexer Patienten). «Auch bei den ambulanten Pauschalen muss Transparenz gewährleistet sein. Mehrkosten gilt es zu verhindern. Die Mitarbeit bezüglich ambulanter Pauschalen hat die FMH mit der Gründung der OAAAT zugesichert. Hier wurden übergeordnete Tarifierungsgrundsätze geschaffen, die das Zusammenspiel von TARDOC und ambulanten Pauschalen grundsätzlich regeln.» – Zu beachten gelte es jedoch, dass aufgrund der EFAS bald eine dritte Partei mitreden wird: Ein Entscheid des Bundesrates zu den beiden Genehmigungsgesuchen TARDOC und ambulante Pauschalen wird im zweiten Quartal 2024 erwartet. Bei der

EFAS-Umsetzung werden auch die Kantone stimmberechtigtes Mitglied der OAAAT.

Lehren aus 30 Jahren Tarifrevision

Gemeinsam geht's besser. Davon ist Pius Zängler, Direktor curafutura, überzeugt. Er bedauert das Referendum des VPOD zur EFAS und hofft auf ein möglichst baldiges Inkrafttreten. Gleichzeitig zog er Lehren aus den zahlreichen, oft hart umkämpften Tarifrevisionen der Vergangenheit: «Die Tarifierung ist das stärkste Anreiz- und auch das stärkste Fehlanreizinstrument. Sie kann sowohl zu einer Unter- wie auch Überversorgung führen. Ein Tarif ist aus Daten konstruiert und ebenso aus normativen Elementen und Festlegungen. Die Risiken einer rein datengestützten Tarifierung bestehen stationär aus einer Reduktion der Inneren Medizin zugunsten einer Expansion von elektiven/operativen Disziplinen (z.B. Urologie) und können zu einer Reduktion an notwendiger Grundversorgung führen. Andererseits sind die Risiken einer rein normativen Tarifierung (wie TARMED) die Differenzierung ärztlicher Fachrichtungen mit quantitativen Dignitäten, was eine Besitzstandswahrung begünstigt.»

Datengestützte wie normative Tarifierung könnten sich jedoch gut ergänzen, wenn folgende Prinzipien Berücksichtigung fänden: Versorgungswirkung, effektive Leistungskosten und Einbezug der Tarifierung paramedizinischer Leistungen (Chronic Care Management). Sei dieses solide Fundament gegeben, so würden niederschwellige Angebote in der Hausarztpraxis gefördert, eine Tarifierung technischer Geräte in einer Hausarztpraxis trotz tiefer Auslastung ermög-

licht, ein echter Beitrag zur hausarztgestützten Grundversorgung geleistet und unnötige Computer-gestützte Operationen vermieden. Zängler: «Rein statistische und datengestützte Herleitungen gelangen an ihre Grenzen (Machbarkeit, Repräsentativität, Kosten-/Nutzenverhältnis); bei überbordenden normativen Festlegungen fehlt die tarifpartnerschaftliche Akzeptanz. Aus der Kombination von transparent ausgewiesenem Expertenwissen, normativen Festlegungen sowie datengestützten Herleitungen resultieren hingegen Lösungen mit hoher Akzeptanz.»

Positive Gesamtbilanz, auf der sich aufbauen lässt

Den Reigen des zweiten Kongresstags eröffnete Regierungsrat Dr. Lukas Engelberger, Präsident der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK): «SwissDRG gilt in der Akutomatic seit 1.1.2012, TARPSY seit 1.1.2018 (seit 1.1.2019 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) und ST Reha seit 1.1.2022. Alle drei Tarifstrukturen schaffen Transparenz, ermöglichen Betriebsvergleiche und eine gerechte Vergütung der Leistungen. Fortlaufende Weiterentwicklungen der Tarifstrukturen sind erfolgt. Das Ziel besteht in einer möglichst korrekten Abgeltung der Leistungen der Spitäler bei einem effektiven und effizienten Ressourceneinsatz sowie hoher Qualität der Leistungserbringung.»

Aufhorchen lassen jeweils die Stellungnahmen der Kantone zu den Zulassungsbeschränkungen, denn die Kantone müssen seit 1.7.2023 in mindestens einem Fachgebiet oder in einer Region die Zulassung beschränken. Bis spätestens am 1.7.2025 müssen die Höchstzahlen nach der neuen Methode gemäss Vorgabe der Höchstzahlenverordnung des Bundesrates festgelegt sein. Engelberger: «Die GDK hat die Zulassungsvorlage unterstützt. Die Patienten bemerken im Idealfall nichts von der Steuerung, da mit den Höchstzahlen einzig die Überversorgung angegangen werden soll. Wenn es gelingt, durch einen Zulassungsstopp in einigen Regionen und Fachgebieten die Versorgung anderswo zu verbessern, profitieren die Patienten von der Zulassungssteuerung. Gleichzeitig gilt es, die integrierte Versorgung weiter zu fördern.»

Des Preisüberwachers 4-Punkte-Programm

Stefan Meierhans, Eidgenössischer Preisüberwacher, beklagte steigende Kosten: Seit 1996 ist das Bruttoinlandprodukt um 86 % gestiegen, die Nettolöhne um 29 %, hingegen die OKP-Kosten um 208 %. Stark auseinander klaffen die Kostenentwicklung im Spital: ambulant + 615 %, statio-



när + 98 %. Und das seien die Fehler: «In der OKP dominieren falsche Anreize. Je mehr behandelt wird, desto höher der Verdienst. Der TARMED als kostenmässig bedeutsamster Tarif entschädigt selbst kleinste Einzelleistungen. DRG-Tarife sind kaum besser – es wird codiert, was das Zeug hält.»

Als richtige Anreize bezeichnete er: Gesunderhaltung und Heilung bezahlen anstatt Behandlungs- und Untersuchungsschritte, finanzielle Belohnung nur bei Verbesserung des Gesundheitszustands von Patientenkollektiven. Sein 4-Punkte-Programm sieht daher wie folgt aus: Anzahl der Pauschalen rasch vergrössern, verbindliche Zielgrössen für das Kostenwachstum setzen, falsche tarifarische Anreize beseitigen sowie Umbau des Systems mit dem Fokus «Heilung statt Behandlung und Untersuchung». Das Ziel müsse darin bestehen, eine hochqualitative Versorgung zu tragbaren Preisen und Gesamtkosten zu bieten.

VVG-Bereich: Kreativität ist gefragt

CSS-Konzernleiterin Philomena Colatrella ging auf die Gesundheitsversorgung als Megatrend ein, der zu einer stärkeren Digitalisierung und



höheren Ansprüchen führe, weshalb neue Versorgungs- und Versicherungsmodelle nötig seien. Einfach gestalte sich das mit traditionellen Mustern nicht. In der Grundversicherung sei die Rabattierung noch immer ein Knackpunkt, die Umsetzung des Experimentierartikels sei enttäuschend und es herrsche eine Sammlermentalität. Das VWG sei dominiert von langen Vertragslaufzeiten, schwierigen Produktpassungen, einem Korsett für Prämienhöhungen und Gewinnbeschränkungen.

Die integrierte Versorgung habe es ebenfalls schwer. Managed Care wurde an der Urne

abgelehnt, aber immerhin habe über eine Million Versicherter alternative Versicherungsmodelle gewählt. Es gelte nun, eine Vision für eine integrierte Versorgung zu kreieren. Diese müsse mehrere Versorgungsstufen, einen gemeinsamen Datenzugriff, eine gründliche Qualitätssicherung, ein verbindliches Netzwerk und eine ganzheitliche Finanzierung umfassen. Die CSS unterstützt Derartiges mit ihrer elektronischen Plattform Well. Diese bietet Folgendes: Generika-Finder, Buchung von Grippeimpfung, Allergieverzeichnis, Medikamentenbestellung, Arzt- und Apothekensuche, Vorsorgeempfehlung, Telemedizin, Terminbu-

«Value Based Healthcare» ist zukunftssträchtig. Wir sind bereit dafür!

ENZLERh-tec
Angewandte
Hygienetechnologie



Kompetenz und Erfahrung macht einen Unterschied

Profitieren Sie von unserem fundierten Know-how, das auf langjähriger und spezifischer Praxiserfahrung im Gesundheitswesen, der Pharmaindustrie und in anderen Branchen mit Labor- oder Reinrauminfrastruktur basiert. Unsere Expertise unterstützt Sie bei der Erreichung und konsequenten Einhaltung ihrer Hygienestandards und der Nachhaltigkeit ihrer Qualitätsziele.



www.enzlerh-tec.com



chung und Dokumentenaustausch, Symptom-Checker sowie die spezielle Kidslinie. Die CSS hat überdies in der Region Morges ein Pilotprojekt einer integrierten Versorgung gestartet, in dem zahlreiche Praxen und Spitex-Organisationen mitmachen. Philomena Colatrella bedauert, dass im Zusatzversicherungsbereich die Spielräume geringer werden. Als Gründe dafür nannte sie die Preissensivität der Kunden, veränderte Spitalprodukte, den Finma-Druck und neue Branchenlösungen. – Von der Einführung der EFAS erwartet sie, dass die Attraktivität verbindlicher Modelle der koordinierten Versorgung steige. Die integrierte Versorgung bleibe der Königsweg und sei – bottom-up – innovativ zu beschreiten. Das VVG wiederum sei durch neue Produkte zu beleben.

Mehr Fakten – weniger Polemik

Einen zünftigen Schlussakkord setzt jeweils die abschliessende Podiumsdiskussion. Dabei begrüsste FMH-Präsidentin Dr. Yvonne Gilli die hoffentlich baldige EFAS-Einführung und wünscht sich eine rasche Revision bei den ambulanten Tarifen. Danach gelte es innezuhalten: Weniger sei mehr, was besonders für alle regulatorischen Massnahmen zutrefte. Sie fordert weniger Mikroregulation und einen geringeren administrativen Wasserkopf. Bei allen künftigen Diskussionen tritt sie für mehr differenzierte Fakten statt der oft vorherrschenden Polemik ein. Ein wichtiges Anliegen ist ihr, die demografische Entwicklung im Auge zu behalten, damit keine Versorgungslücken entstehen: «Hierauf sind wir zu wenig vorbereitet, es ist aber 5 vor 12!»

Kathrin Huber, Generalsekretärin der GDK, unterstrich die Wichtigkeit stabiler wie agiler Tarifordnungen. Swiss DRG lobte sie als gut funktionierendes lernendes System. Probleme bestünden allerdings in der Tarifiermittlung, weil selbst effizient arbeitende Spitäler häufig keine Kostendeckung erreichen. Mit der Kombination TARDOC und ambulante Pauschalen bestehe bald die Chance für transparentere Tarife mit der Möglichkeit, auch den medizinischen Fortschritt abzubilden.

VBHC – auch nicht das Gelbe vom Ei

Dr. Axel Paeger, CEO der AMEOS Gruppe, blickte auf den Vater der Value Based Healthcare, Michael Porter, zurück, der bereits kurz vor Veröffentlichung seiner Thesen in San Francisco gesagt hätte, er zweifle selber ob der Praktikabilität seiner Theorie. Paeger führte aus, dass es für VBHC eine umfassende Qualitätsbeurteilung für alle Diagnosen bräuchte, was aber bloss in Teilbereichen möglich sei, nicht zuletzt aufgrund zu geringer Fallzahlen. Als Fehlanreiz zur stationären Mengenausweitung bezeichnete er die Tatsache, dass heute unbeschränkt jeder Fall vergütet werde; besser wären seiner Meinung nach degressive DRGs mit gleichzeitiger Finanzierung von Vorhalteleistungen. Er räumte allerdings ein, dass es mitunter schwierig sein dürfte, die optimale Fallzahl als solide Berechnungsbasis zu finden. «Was aber wichtig ist, ist die Effizienz als Indikator und Anreiz zur besten Nutzung begrenzter Ressourcen. Und was VBHC angeht – für mich bleibt das erst mal sehr akademisch.»

Moderator Dr. Willy Oggier stellte schliesslich die Frage, ob bei doch recht vielen offenen Punkten bezüglich Tarifen und Regulierungen nicht gleich eine Totalrevision des KVG sinnvoll wäre. – Dr. Yvonne Gilli wies das weit von sich: «Damit würden wir die Büchse der Pandora öffnen. Verbessern wir stattdessen lieber die schlechte Zulassungsregulierung, damit schon frühzeitig bei einer drohenden regionalen Unterversorgung reagiert werden kann. Eine Totalrevision wäre ineffizient, stecken wir doch gescheiter unsere Ressourcen in die Betreuung unserer Patienten.» Sie hält auch nichts von degressiven Tarifen: «Das wäre ein Albtraum. Wenn wir morgen keine Leistungserbringer mehr haben wollen, dann nur zu ...!»

Dr. Axel Paeger hielt dem entgegen, dass es schon sinnvoll sein könnte, bei gewissen Eingriffen degressiv zu vergüten, denn bei einer bestimmten Fallzahl steigen die Vorhalte- und Fixkosten klinikbezogen kaum mehr, so dass schon ein Anreiz bestehen könne, statt beispielsweise jährlich 50 Knie-Operationen deren 120 durchzuführen und ab einer erhöhten Fallzahl eine dreifache Marge zu kassieren.

Diese Diskussion ist auf alle Fälle kräftig ange-regt. Ausgleichend äusserte sich Kathrin Huber – ihr Rezept: degressive Tarife in der Hinterhand behalten und jetzt stark bei der Indikations-Qua-lität ansetzen. Generell sollen weder Misstrauen gegenüber den Leistungserbringern herrschen noch das Abrechnungsprozedere verkompliziert werden. Letzterem erwuchs verständlicher-weise keine Opposition.

Bilder: Peter Brandenberger – www.im-licht.ch

Weitere Informationen

www.medicongress.ch

Beachten Sie die Beilage im aktuellen «clinicum»

Das MediCongress-Jahresprogramm mit Inspiratio

MediCongress bietet 2024 ein umfangreiches Programm - speziell machen wir auf Inspiratio aufmerksam mit herausragenden, weltweit bekannten Referierenden. Diese Experten und Expertinnen bieten fundierte Einblicke und inspirierende Ideen, die begeistern. Ihre Know-how erstreckt sich über eine Vielzahl von Gebieten, von Finanzen bis hin zu Gesundheit und Medizin. Erleben Sie die unvergleichlichen Vorträge!