

DRG & more von MediCongress: Ambulant, stationär und integriert – aktuelle Herausforderungen für Spitäler in der Schweiz

Es geht um Fairness, Weitsicht und schlicht oft ums reine Überleben

Spitäler klagen über höhere Kosten für Fachpersonale, Medizinprodukte und Bauten, Krankenversicherer über die geforderten Tarifierhöhungen und die Bevölkerung über regelmässige Prämiensteigerungen. Wo liegen die Lösungen? Wie geht es mit der Ambulantisierung weiter? Weisen neue Versorgungsmodelle neue Wege? Wie gross soll von Staatsseite interveniert werden? – Es war ein reiches Füllhorn an Themen, grad richtig für DRG und noch viel mehr.

Gesundheitsökonom und Programmverantwortlicher Dr. oec. HSG Willy Oggier eröffnete den Reigen mit einer Auslegeordnung. Er stellte fest: «In der Schweiz besteht eine starke Relevanz der Spitalambulatorien (anders als z.B. in Deutschland), von Einzel- gehe es zu Gruppenpraxen und weg von Ärztehäusern zu Gesundheitszentren. Weitere Themen sind ärztliche Delegation vs. ärztliche Substitution und die Abgrenzung ambulant vs. Tagesklinik/teilstationär/intermediär. Bisher war ambulant weniger flexibel als stationär. Wird sich das unter ambulanten Pauschalen ändern? Stationär kann in Zukunft auch anders aussehen, nämlich medizinisch fernüberwacht zu Hause. Was bedeutet das für die Entschädigung?»

Wichtig sei zudem, den Begriff «integriert» näher zu betrachten. Bisher punkteten hier vor allem die freipraktizierenden Ärzte aus der Grundversorgung als Treiber, künftig dürften es vermehrt Spitäler sein. Oggier erwähnte erfolgreiche spitalgetriebene spanische Modelle unter engem Einbezug von Hausärzten. Hier würden riesige selbstständige ambulante Zentren integriert mit gleicher IT wie sie das Spital betreibt, also hohe prozessuale Integration und Investitionssicherheit für alle.

Wer soll nun den Patientenfluss am besten steuern? – «Wer steuert, hat das Sagen», so Oggier, «beim Beispiel Niederlande kommen Patienten (fast) nur über den Hausarzt zum Spezialisten. Dieser ist im Spital angestellt. Die Folge: lange Wartezeiten auf elektive Eingriffe. Auch ambulante Globalbudgets sind nicht ideal wie Deutschland zeigt: Wer ein garantiertes Budget hat, lässt andere nicht in den Markt. Spitalambulanzen entwickeln sich deshalb kaum, hoch spezialisierte Medizin kommt verspätet in die

Praxis und wird stationär erbracht. Überall, auch in der Schweiz, droht die Gefahr, dass in ländlichen Gebieten die Grundversorger aussterben, gewisse Spitäler auch. Es braucht somit andere erste Anlaufstellen, z.B. Rehabilitationskliniken, die (noch) vor Ort und Experten der beruflichen und sozialen Integration sind, sowie Telemedizin.» Vorsicht sei bezüglich Capitation in Managed Care-Modellen angezeigt, insbesondere wenn der Risikoausgleich unter den Krankenversicherern mangelhaft sei: «Wer dies betreibt, macht möglichst viel selbst und damit vor allem Risikoselektion. Damit wird dem System Geld über Prämienrabatte entzogen, ohne dass die Qualität der Versorgung, geschweige denn die Kostensituation nachhaltig verändert wird.»

Erfolgsfaktoren und Rollenkonflikte

Positive Erfahrungen stellten sich bei Ressourcen-Knappheit vor allem bei spitalgetriebenen Versorgungs-Modellen ein, die über ein ideales Versorgungsgebiet verfügen. Solche Angebote fielen durch eine hohe Dienstleistungs-Qualität und erstklassige Prävention auf, die insbesondere Chronifizierungen und Entgleisungen rechtzeitig vermeiden helfe.

Über allen Modellen und Bestrebungen stehe nun EFAS. Oggier: «Nach der Einführung des morbiditätsorientierten Risikoausgleichs stellt das die zweite fundamentale Änderung des KVG dar. Und die nächste ordnungspolitische Weichenstellung



Special 2: DRG and more – darum geht's in Zukunft



Dr. Werner Kübler: «Nur wenn alle Partner eng zusammenarbeiten, gelingt die Ambulantisierung.»



Sanjay Singh und die CSS trumpfen mit neuen kreativen Versorgungs- und Versicherungsmodellen.



Dr. Willy Oggier führte eloquent durch den Anlass und stellte präzise Fragen zur Diskussion.

steht ante portas: Vertragsfreiheit oder Einheitskasse?» Aktuell gelte es, die bekannten Rollenkonflikte von Kantonen und Versicherern zu lösen, die Auswirkungen der neuen EFAS-Zahlungsströme (einzig über die Krankenversicherer) zu analysieren, Verzerrungen durch Gemeinwirtschaftliche Leistungen zu entwirren sowie über den früher gesetzlich verankerten und wieder gestrichenen Begriff «teilstationär» nachzudenken, ebenso über die Zulassungssteuerung (Vertragsfreiheit oder selektiver Kontrahierungszwang?) und das mögliche Steuerungspotenzial besonderer Versicherungsformen.

Zielführende Anreize schaffen

Künftig sollten finanzielle Anreize für sektorengleiche Leistungen bestehen: Aktuell sind Spitäler nicht motiviert, Patienten ambulant zu behandeln, auch wenn ihr medizinischer Zustand dies erlauben würde. Stattdessen ist

stationär lukrativer. Eine identische Vergütung ambulanter wie stationärer Leistungen für ausgewählte Bereiche könnte diesen falschen Anreiz umkehren. In anderen Staaten wurden Vergütungssysteme bewusst verändert, um Sektorengrenzen zu überwinden, die Vergütung am Behandlungspfad des Patienten auszurichten, Wirtschaftlichkeitsreserven auszunutzen und Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor zu verlagern. Dänemark, England, Frankreich und Norwegen haben erfolgreich finanzielle Anreize geschaffen, um die Rate ambulanter Eingriffe zu erhöhen. In Dänemark werden z.B. Hernien zu 90% ambulant operiert, hierzulande sind es bescheidene 10%.

Der Gesundheitsökonom riet abschliessend zu folgenden Massnahmen:

– Versicherer sollen weitere integrierte Versorgungsschritte tätigen, indem sie unterschied-

liche Akteure als primäre Treiber der integrierten Versorgung zulassen.

- Es gilt, Monopole zu verhindern und Multi-Optionen zu ermöglichen. Dies entspreche nicht nur den Versicherten-Bedürfnissen, sondern vermeide auch unnötige Management Fees an überbeuerte Managed-Care-Strukturen.
- Integrierte Versorgungsmodelle nicht nur als Gatekeeping- und Capitation-Konzepte: «Integrierte Versorgung sollte unabhängig einer besonderen Versicherungsform und vor allem bei chronischen Erkrankungen angestossen werden. Daher eignen sich in der Regel Bundled Payments/Episodenpauschalen mindestens am Anfang besser als Capitation-Systeme.»
- Vertragsfreiheit: Diese könnte vermehrt von den Leistungserbringern gefordert werden, während sich die Krankenversicherer davor hüten dürften, weil die Versorgung knapp wird.

Künstliche Intelligenz als Heilmittel? Oggier formulierte dazu folgenden provokativen Denkanstoss: «KI wird in der Gesundheitsversorgung überschätzt. Sie gehört deshalb nicht in die Zusatzversicherung, sondern wird wohl die Arme-Leute-Versorgung der Zukunft. Luxus ist, in der Zukunft einen Arzt sehen zu dürfen bzw. stationär in ein Spital aufgenommen zu werden.»

Unsichere Zukunft in Deutschland

Einen Vergleich zum Nachbarland zog Dr. Markus Horneber, Vorstandsvorsitzender Agaplesion AG, einer Gruppe mit 22000 Mitarbeitenden, 22 Klinikstandorten, 40 Wohn- und Pflegeeinrichtungen, 29 medizinischen Zentren und 7 Hospizen. Betreut werden jährlich 1 Million Patienten. Der Referent schilderte die deutsche Situation als unbefriedigend: Es ist kein Patientendossier vorhanden, es findet ein ungesteuerter Zugang zur Versorgung statt, was zu teure Strukturen und





Dr. Monika Jaenicke will Systemanpassungen für nachhaltige Rahmenbedingungen.



Kristian Schneider ging in Biel schon früh und erfolgreich in die Ambulantisierung.



Adrian Schmitter präsentiert die entscheidenden Elemente für Spital-Neubauten.

schlecht planbare Behandlungen bei ungenügenden Entgelten schaffe, aber gleichzeitig steigende Beiträge an die gesetzliche Krankenkasse. Zudem bestünden zu viele komplizierte Gesetze, nach dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz 2021 nun neustens das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz. Immerhin seien die darin von Bund und Ländern definierten 65 Leistungsgruppen sinnvoll. Allerdings erfolge die Zuteilung sehr eigenartig. Das erschwere die Planung und führe gewisse Anbieter an den Rand der Existenzsicherung: «Das grenzt geradezu an Willkür.»

Ambulant vor stationär fördern: Ja, aber wie?

Wie dem hehren Ziel Nachdruck verliehen kann, betrachteten Sanjay Singh, Mitglied der Konzernleitung CSS, Dino Cauzza, CEO Swiss Medical Network SMN, und Dr. Werner Kübler, Direktor Universitätsspital Basel und bald VR-Präsident Swica. Singh betonte, wie wichtig ein neues Rollenverständnis sei: «Der Markt bietet innovative Versorgungslösungen. Wir suchen Partner mit spannenden Versorgungskonzepten.» Fündig wurde die CSS in der Westschweiz, wo in der Region Morges ein integriertes Versorgungsnetz initiiert wurde. Neue Kooperationen müssten sich danach orientieren, einzelne innovative Elemente würden nicht mehr genügen. Kreativ ist auch das neue Versicherungsmodell Livo. Es kann massgeschneidert konfiguriert werden und ambulante wie alternative Medizin, Notfall, Prävention oder in der Version Top auch stationäre Leistungen umfassen – exakt nach Wunsch. Für Cauzza sind die Kosten für Hospital at home im Vergleich zu einem stationären Spitalaufenthalt geringer: «Die Alterung der Bevölkerung erfordert Anpassungen. COVID zeigte, wie wichtig dematerialisierte Strukturen sind, um den Versor-

gungszugang aufrechtzuerhalten. Es braucht bessere Übergänge in ambulante Strukturen. Das wachsende Potenzial neuer Technologien ist zu nutzen und es bedarf einer speziellen Finanzierung, um die häusliche Krankenhausversorgung tragfähig zu machen.» Capitation und EFAS würden ökonomische Hindernisse beseitigen. Die Zusammenarbeit mit Kantonen sei notwendig, um Finanzierung und Dienstleistungen zu optimieren wie die Übernahme des Spitals Zofingen durch das SMN zeige. Nur wenn alle Partner eng zusammenarbeiten, gelinge die Ambulantisierung, ist Kübler überzeugt: «In den stationären Tarifen muss aber die spezifische Kostenstruktur der Unispitäler berücksichtigt bleiben, sonst beginnt das Gesundheitssystem ausgerechnet an der Spitze zu erodieren. Die ambulanten Tarife sind auch ab 2026 nicht kostendeckend und müssen rasch angepasst werden. Sollen die Unispitäler den Erwartungen der Bevölkerung an ambulante Behandlungen und Vorhalteleistungen nachkommen, braucht es ein rasches Handeln. Auch die Unispitäler als Rückgrat der Versorgung sind auf eine korrekte Finanzierung und Tarifierung ihrer Leistungen angewiesen. Sie benötigen solide Rahmenbedingungen, um ihre besonderen Aufgaben wahrzunehmen. Es braucht klare Spitalstrategien auf nationaler und kantonaler Ebene.»

Tarifsysteme weiter optimieren

Stillstand heisst Rückschritt, auch bei den Tarifsystemen. Dr. Constanze Hergeth, Stv. CEO Swiss DRG AG: «Ambulantisierung betrifft ebenfalls die Palliative Care, wo es eine nationale Regelung braucht. Das gilt für stationäre Einrichtungen, mobile Palliativteams und Hospize. Bei den Hospizen muss geklärt werden, wie deren Leistungen künftig gemäss KVG entschädigt werden statt wie aktuell wie Pflegeheime. Ein weiteres

Feld ist die Intensivmedizin. Hier findet eine umfassende Neuorientierung mit intensivem Austausch mit Fachgesellschaften und Spitälern statt. – Handlungsbedarf sieht auch Claudia Geser, stv. Leiterin Tarife H+, bei der Integration neuer Behandlungen: «Wird die Behandlung nicht abgebildet und nicht adäquat abgegolten, wird sie nicht angewendet. Dann verliert das Gesundheitswesen an Strahlkraft, Innovation und Qualität.» Auf den Punkt brachte es schliesslich Beatrix Meyer, Leiterin stationäre Versorgung und Tarife FMH, die es immer wieder versteht, die trockene Materie mit Herzblut zu präsentieren: «Tarifstrukturen sind stetig weiterzuentwickeln und neue Möglichkeiten durch EFAS zu nutzen. Wir müssen im Wettbewerb um Fachkräfte durch schlanke Administration punkten und den Regulierungsbehörden durch proaktives Handeln zuvorkommen.»

Zu tiefe Tarife oder zu teure Bauten?

Dieser Apekt gleicht dem Sprung ins Haifischbecken. Als tauchsicher erwiesen sich Dr. Monika Jaenicke, CEO UniversitätsSpital Zürich, wo gerade der Kanton über einen 700 Mio.-Kredit nachdenkt, Kristian Schneider, CEO Spitalzentrum Biel, und Adrian Schmitter, CEO Kantonsspital Baden. – «Spitäler müssen Infrastruktur- und Betriebskosten, v.a. durch Förderung der Ambulantisierung reduzieren», ist Jaenicke überzeugt, «Gleichzeitig bedarf es Systemanpassungen für nachhaltige Rahmenbedingungen. Das heisst: Tarifierung an den Preisindex, duales Finanzierungsmodell für ambulante Behandlungen mit kostendeckenden Tarifen und Anreizen für Effizienzsteigerungen. Es besteht keine Alternative, wir können es uns nicht leisten, nicht in die Zukunft unserer Spitalbauten zu investieren. Dabei müssen wir die eigene Optimierung vorantreiben.»

Special 2: DRG and more – darum geht's in Zukunft



Regierungsrat Pierre-Alain Schnegg wünscht mehr Verständnis für künftige Versorgung und Tarife.

Schon viele positive Erfahrungen mit ambulanten Angeboten sammelte Schneider, der eine Zwei-Standorte-Strategie fährt: ambulant am Bahnhof Biel (MEDIN) und stationär in Brugg, wo ein Neubau entsteht. «Wir verzeichnen einen Anstieg ambulanter Patienten überdurchschnittlich mit positivem Effekt auf die Auslastung des stationären Bereichs, eine Reduktion der offenen Stellen und fühlen uns sicher in Bezug auf EFAS.» Für die Finanzierung wichtig seien eine stabile Führung, die zu vorteilhafteren Zinsen führe, Garantien und Versorgungsrelevanz und offenere Diskussionen zu GWL. – In Baden wurde unlängst ein toller Neubau bezogen. Schmitter griff tief in seine reiche Erfahrungsschatulle: «Nur das Notwendige bauen, keine Reserve und Expansion. Infrastruktur, sowohl OPS, IPS und Betten, knapp rechnen, damit die Auslastung hoch ist und Veränderungen im ambulanten Bereich forcieren. Ein stationärer Bau dauert rund 10 Jahre. Es gilt, diesen aktiv zu begleiten und den aktuellen Anforderungen anzupassen. Wichtig ist dies gerade bei der Geräteinfrastruktur, die 40% des Volumens ausmacht. GU-Verträge lohnen sich, ebenso technologische Partnerschaften. Zinsen, Amortisation und Unterhalt müssen vorausberechnet werden. Nur soviel bauen wie man finanziell tragen kann.»



Dr. Daniel Liedtke unterstreicht die Notwendigkeit medizinischer Innovationen.

Das ist eine echte Gretchenfrage. Antworten lieferten Dr. Dario Picecchi, RA bei Wenger Vieli, und Jörg Gruber, Stv. Leiter Amt für Gesundheit ZH. – Subventionen als Überlebenshilfe bewegen sich bei 3 Mrd. CHF p.a. schweizweit, auffallend ist seit 2019 der steigende Anteil an Defizitdeckungen von aktuell 400 Mio. CHF. Immer entscheidender, so Picecchi, werde die Systemrelevanz. Basis seien die kantonale Zulassung und die Planung einer bedarfsgerechten stationären Versorgung. Dem stehe die Anforderung der Kosteneindämmung gegenüber, ebenso die

Gefährdete Spitäler retten?

Das ist eine echte Gretchenfrage. Antworten lieferten Dr. Dario Picecchi, RA bei Wenger Vieli, und Jörg Gruber, Stv. Leiter Amt für Gesundheit ZH. – Subventionen als Überlebenshilfe bewegen sich bei 3 Mrd. CHF p.a. schweizweit, auffallend ist seit 2019 der steigende Anteil an Defizitdeckungen von aktuell 400 Mio. CHF. Immer entscheidender, so Picecchi, werde die Systemrelevanz. Basis seien die kantonale Zulassung und die Planung einer bedarfsgerechten stationären Versorgung. Dem stehe die Anforderung der Kosteneindämmung gegenüber, ebenso die

Wettbewerbsneutralität und Gleichbehandlung von Konkurrenten. Auch das KVG sehe das bezüglich öffentlicher wie privater Spitäler als Grundsätze. So gelte es, beim Beurteilen der Systemrelevanz trügerschaftsneutrale Subventionen an Spitäler zu definieren.

Auch für Gruber ist Systemrelevanz ein Argument zur Rettung unverzichtbarer Spitäler, «aber keine Waffe gegen private Konkurrenz. Unverzichtbare Spitäler sollen nicht gerettet werden müssen, sondern sich bei effizienter Leistung selber ausreichend finanzieren. Ein notwendiger Strukturwandel muss zielgerichtet erfolgen. Hierzu müssen die Anreize richtig gesetzt sein. Dies kann die Spitalplanung im heutigen System nicht alleine gewährleisten, schon gar nicht, wenn sie dem Bund delegiert würde. Vielmehr müssen Politik und Kostenträger eine gemeinsame Vision der künftigen Versorgung haben. EFAS kann hierfür ein Startsignal sein.»

Konzentrieren und kooperieren

«Das Credo heisst: In Bewegung kommen, nicht abwarten, bis systemische Rahmenbedingungen gesetzt werden. Raus aus der Opferhaltung, rein in die Gestaltungsrolle!» Deutlicher als Udo Lavedel, CEO Klinikum Lörrach, kann man es nicht sagen. Er initiierte einen zünftigen Transformationsprozess und kippte eine Jahrzehnte gelebte Tradition mit veralteten Hierarchien. Erfolgsfaktor war eine vertrauensvolle Zusammenarbeit der Kommunen und Träger, eine Schliessung von vier Kliniken im Landkreis und der Neubau eines Zentralklinikums mit Gesundheits-Campus. Weitere mutige Töne aus der Regio basiliensis steuerten Rebekka Hatzung, Direktorin St. Clara Spital, Dr. Sabrina Gänsbacher, Leiterin Direktionsstab USB, und Cornelius-Monroe Huber, Mitglied CEO Ausschuss KS Baselland, bei. Moderiert wurde dieses Symposium von Prof. Dr. Djordje Nikolic, Arzt, Betriebswirt und Gründer der consus health GmbH, die das Klinikum Lörrach bei den entsprechenden Arbeiten unterstützt hatte.

DRGs als Fitnesskur?

Zu «DRGs als Treiber für neue sektorenübergreifende Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Rehabilitation» sprachen Prof. Dr. Cornel Sieber, CMO KS Winterthur, Dr. Till Hornung, CEO Kliniken Valens, Daniel Rochat, Leistungschef Swica, und Josef Müller, CEO Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.

Sieber verwies auf die zunehmende Multimorbidität und damit verbunden Polypharmazie, wobei die sektorenübergreifende Versorgung

Zwei Experten im angeregten Austausch: Dino Cauzza (links) und Felix Schneuwly





Wie DRGs als Treiber für neue sektorenübergreifende Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Rehabilitation wirken können, diskutiert Dr. Willy Ogger mit (v.l.n.r.) Prof. Dr. Cornel Siebr, Dr. Till Hornung, Daniel Rochat und Josef Müller.

defizitär sei: «(Hoch)betagte erwarten primär Erhalt der Funktionalität. Die Versorgung beruht aktuell aber auf einer Defizit-orientierten Medizin, ein Wechsel zur Ressourcen-orientierten Medizin sollte im Fokus stehen. Die Verzahnung von Akut- mit Rehabilitationsmedizin ist unabhängig der DRGs ein Primat einer umfassenden Versorgung.» – Hornungs drei Rezepte lauten: «Nur substantielle Kooperationen sind ein «Gegentreiber», um nicht selbst getrieben zu werden; nur gelebte Tarifpartnerschaften machen aus Lippenbekenntnissen sektorenübergreifende Versorgungsmodelle; ohne neues Denken der Angebote resultieren Rückschritte in Kostenstruktur und Qualität.» – «DRGs in der aktuellen Form sind nicht geeignet für eine sektorenübergreifende Versorgung in Psychiatrie und Rehabilitation, sondern müssen weiterentwickelt werden zu Pauschalen, welche stark variierende Krankheitsverläufe mit Hilfe von diagnostischen oder Leistungsmerkmalen berücksichtigen und zudem die gesamte psychiatrische bzw. rehabilitative Episode abdecken. Wertvoll sind auch Digital Health und Qualitätsmessung», betonte Rochat. – «Eine einheitliche DGR-Tarifstruktur führt zu einer höheren Effizienz, da die Leistungserbringer gezwungen werden, ihre Behandlungsprozesse zu optimieren und sektorenübergreifende Kooperationen einzugehen», fasste Müller zusammen. Mit einer einheitlichen Tarifstruktur würde sich die Patientenzufriedenheit signifikant erhöhen, weil Patienten von einer ganzheitlicheren und kontinuierlicheren Behandlung und Betreuung profitieren, und Rückfälle liessen sich reduzieren.»

Prozessoptimierung geht weiter

Zum Abschluss des ersten Forumstags unterstrich Univ. Prof. Dr. Ralf Kiesslich, Vorstandsvor-

sitzender Universitätsmedizin Mainz, die Notwendigkeit ständiger Prozessoptimierung. Er unterzog sein stark defizitäres Haus einer gründlichen Transformation. Bislang gab es einen ungesteuerten Zugang der ambulanten Fälle, die Abrechnung war nicht kostendeckend. Das neue Konzept mit interdisziplinärer Ambulanz und Standardisierung der Abläufe bringt eine weitaus höhere Transparenz durch Kennzahlen. Ongoing ist ein aktives Change Management mit begleitender Digitalisierung. Kiesslich: «Gute Kennzahlen der interdisziplinären Ambulanz sind die Grundlage für zukünftige Personal- und Mengenkonzepte.»

Die Herausforderungen gezielt meistern

Angesichts der durchschnittlich bloss 3.6 %-igen EBITDA-Rate der Schweizer Spitäler, gebe es viel zu tun, unterstrich der Berner Gesundheitsdirektor Pierre-Alain Schnegg: «So stehen die Finanzen weiterhin stark im Mittelpunkt der öffentlichen Debatten. Das bedeutet, dass die Spitäler effizienter arbeiten müssen, zudem nachhaltig und ausgesprochen patientengerecht, sonst meistern sie die prekäre Lage nicht. Der Schlüssel dazu ist die integrierte Versorgung, die insbesondere im ambulanten Bereich zu verstärken ist.» Schnegg berief sich dabei aufs grosse Einsparpotenzial von rund 1.4 Milliarden Franken jährlich, das ein Beratungsunternehmen berechnet hat, mehr ambulante Leistungen wären natürlich hinsichtlich des Fachkräftemangels sehr zu begrüssen. «Wir müssen daher die Ambulantisierung beschleunigen, nicht zuletzt weil die demografischen Veränderungen mit den vielen älter werdenden Babyboomern mehr Leistungen erfordern dürften. In diesem Zusammenhang sehe ich auch grosse Chancen für «Hospital at home». Wir müssen zudem in grösseren geografischen

Räumen planen und zusammenarbeiten. Die AVOS-Liste mit mehr Vorgaben zu ambulanten Eingriffen wird ebenfalls umfangreicher werden.» Als gutes Beispiel für die integrierte Versorgung nannte der Regierungsrat die psychische Akutversorgung zuhause, die im Kanton Bern über Pauschalen abgerechnet wird und seit 2024 Regelversorgung ist. Ein weiteres erfreuliches Beispiel sei das ambulatorische Angebot des Spitalzentrums Biel, in dem eine stark wachsende Anzahl ambulanter Operationen wegweisend fürs Prinzip «ambulant vor stationär» sei.

Pierre-Alain Schnegg ist auch VR-Präsident der Swiss DRG AG. Aus dieser Sicht bemerkte er, dass Spitäler mit vielen elektiven Eingriffen vielfach besser abschlossen als solche mit vielen Notfällen. Speziell sei ausserdem, dass es enorme regionale Unterschiede bei bestimmten Indikationen gebe, so kämen einige Eingriffe an bestimmten Orten bis zu 10 Mal häufiger vor als



Special 2: DRG and more – darum geht's in Zukunft



Darüber, ob DRGs und ambulante Pauschalen Zukunft oder Untergang der modernen Medizin bedeuten, sprechen Dr. Jana Siroka (links) und Anne-Geneviève Bütikofer mit Dr. Willy Oggier.

an ändern, was den Eindruck aufkommen lasse, dass hier Mengenausweitung bestehe.

Dank ambulanter Tarife die integrierte Versorgung fördern

Die ambulanten Pauschalen sind für Schnegg etwas Positives: «Das Ziel lautet: bedarfsgerechte Behandlung. Dafür braucht es ein gemeinsames Verständnis für zukünftige Versorgungs- und auch Tarifstrukturen. Im Zuge der aktuellen Entwicklung fällt es allerdings nicht immer leicht, gerechte Grundlagen fürs Codieren zu schaffen, weil die Materie meist ausgesprochen komplex ist. TARDOC zusammen mit den ambulanten Pauschalen schafft dabei eine Brücke zur optimal abgestimmten Verteilung ambulant und stationär und sorgt

für mehr Transparenz. Regelmässige gründliche Anpassungen sind dabei wichtig.»

Ebenso wichtig sei eine sichere langfristige Finanzierung: «Sie muss stabil sein und dank EFAS das Kostenwachstum eindämmen, denn nun haben Kantone und Krankenversicherer das gleiche Interesse, für mehr ambulante Leistungen einzutreten. Die Kostenverteilung 27 zu 73% ist fair und es ist angezeigt, gerade wegen des Fachkräftemangels vorwärts zu machen. Ambulante Eingriffe sollen dabei für die Spitäler rentabel sein, dann nimmt dieser Anteil auch rasch zu. Begrüssenswert sind auch innovative Versorgungs- und Versicherungsmodelle wie beispielsweise das Réseau de l'Arc, bei denen der Fokus beim Gesunderhalten liegt. Full Capitation kann sinnvoll sein, ebenso die persönliche

Patientenbetreuung durch einen sog. «Navigateur de santé», inklusive Hospital at home.»

Die richtige Leistung am richtigen Ort zu erbringen, müsse grundsätzlich die Devise lauten, so Schnegg weiter. Dafür eignen sich klar definierte Versorgungsregionen. Im Kanton Bern wurden vor gut einem Jahr vier solche gebildet: Oberland, Mittelland, Seeland/Biel und Jura bernois. Bestimmte Leistungen, die hier nicht sinnvollerweise durchgeführt werden können und sollen, gehen ins Inselfospital, die hochspezialisierte Medizin ohnehin. «So suchen wir ein optimales Zusammenspiel aller Beteiligten. Zusammen mit den neuen Tarifmodellen und EFAS unterstützen wir dabei ein solides wie nachhaltiges Gesundheitswesen.»

DRG und ambulante Pauschalen: Zukunft oder Untergang der modernen Medizin?

FMH-Präsidentin Dr. Yvonne Gilli äussert sich digital und verweist auf dringenden Verbesserungsbedarf bei den ambulanten Pauschalen.

Dr. Daniel Liedtke, CEO Hirslanden Gruppe, fragte provokativ. Und tatsächlich geht's ums Ganze, wengleich der Anteil der Pauschalen bloss 17% der abrechenbaren ambulanten Positionen ausmachen dürfte. Aber es lohne sich dennoch, Gedanken über diese neuen Pauschalen wie generell zu dieser Abrechnungsart anzustellen, die im stationären Bereich rundweg zum Einsatz gelangt. Es gelte zu fragen, ob denn die 2012 angestrebten Ziele erreicht worden seien:

- Leistungsbezogene Finanzierung auf Basis gesamtschweizerisch einheitlicher Tarifstrukturen
- Übergang von der Kosten- zur Preisorientierung, Belohnung von Effizienz
- Stärkung des Wettbewerbs, Kosteneindämmung
- Transparenz bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität



Nachhaltigen und hygienesicheren Wassergenuss erleben

Als bisherige Erfahrungen nannte Liedtke: «Effizienzgewinne als tragendes Element der neuen Spitalfinanzierung führen zu steigendem Druck auf die Leistungserbringer, effizienter zu werden und Ressourcen zu optimieren. Dabei besteht ein unternehmerisches Risiko: Je nach Mengenentwicklung kommt es zu Kostenüber- oder Kostenunterdeckung und bei Nachfrageüberhang besteht ein Anreiz zur Volumensteigerung. Dieser Anreiz ist namentlich Volumen-orientiert, bringt aber nicht zwingend mehr Nutzen und Qualität. Wohl zeigen Studien bei Pauschalen Evidenz, dass sie Kosten reduzieren bei grundsätzlich gleichbleibender Qualität, aber Fee-for-Service-Modelle werden den Patientenbedürfnissen aus wissenschaftlicher Sicht grundsätzlich besser gerecht als DRGs, weil kein Anreiz besteht, auf Leistungen zu verzichten.»

Aus volkswirtschaftlicher Sicht bieten Pauschalen Vorteile: Sie schaffen eine bessere Planbarkeit der Gesundheitsausgaben. Pauschalen können Fehlanreize minimieren, wie z.B. die Erbringung einzelner zusätzlicher Leistungen, die im Einzelleistungssystem wirtschaftlich attraktiver sind. Generell entsteht eine bessere Berechenbarkeit für Leistungserbringer und Versicherer.

Nachteile sind aber ebenso vorhanden: Leistungen könnten reduziert oder vereinfacht werden, um Kosten zu sparen. Das trübe Chronisch-krankte hart. Langfristig wären sogar höhere Kosten durch spätere Komplikationen oder Hospitalisierungen vorstellbar. Pauschalen setzen auch primär auf Kosteneffizienz, was dazu führen kann, dass weniger in die Versorgungsqualität investiert wird, weil Anreize für innovative oder hochwertige Behandlungsansätze schwinden. Weiter könnte ein Verlust der Individualisierung entstehen, worunter die persönlichen Bedürfnisse und der effektive Behandlungsaufwand von Patienten litten. Die Leistungserbringer könnten überdies bei tendenziell bestehendem Nachfrageüberhang versuchen, durch eine Erhöhung der Patientenzahlen eine höhere Effizienz zu erreichen, unabhängig vom tatsächlichen Bedarf. Ebenso können Anreize zur Reduktion der Behandlungszeit bestehen, auch wenn eine längere Betreuung medizinisch notwendig wäre. Last, but not least könnten Pauschalen die Abrechnungstransparenz mindern, da nicht klar ist, welche einzelnen Leistungen tatsächlich erbracht wurden.

Innovationskraft erhalten

«Ambulante Pauschalen sind daher dort sinnvoll, wo ein Leistungspaket schweizweit standardisiert und klar abgegrenzt werden kann und wo der Zeitbedarf eine geringe Streuung aufweist», fasst Liedtke zusammen. «Pauschalisierung allein ist kein Garant für volkswirtschaftliche Kosteneinsparungen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht gilt eine Mischung aus pauschalen- und Einzelvergütungselementen als die optimale Vergütung medizinischer Leistungen. Wünschenswert wäre ein Qualitäts- und Kostenwettbewerb: Pauschalen und Einzelleistungstarife müssen zukünftig die Ergebnisqualität mittels qualitätsorientierter Vergütung berücksichtigen (Bonus/Malus-System). Obwohl Pauschalen innovationsbremsend wirken, braucht es Prozessinnovationen, welche die Versorgungsqualität verbessern, wie z.B. Ambulantisierung durch optimierte Behandlungsabläufe, verbessertes Entlassungsmanagement und weitere patientenorientierte Dienstleistungen. Schliesslich ist der Gefahr zu begegnen, dass kombinierte ambulante Tarifsyste-me in Verbindung mit DRGs im stationären Bereich die Integrierte Versorgung erschweren.»

Ein ganz wichtiger Punkt zur Innovationsrettung war schliesslich der Verweis zum VVG: «Die AVOS-Liste bietet eine klare Absprungkante von der OKP ins VVG und damit für VVG-Produkte Raum für Prozessinnova-



Auf Knopfdruck erfrischendes Wasser mit höchster Hygienesicherheit. Innovative Technologie, Top-Qualität und Design für den Gesundheitsbereich. Erfahren Sie mehr unter www.brita.ch/wasserspender

BRITA - für Ihren perfekten Wassergenuss



Gute Laune war am Anlass ausgeprägt, so auch bei FMH-Tarifexpertin Beatrix Meyer.

tion innerhalb der ambulanten Chirurgie. So werden Innovationen gefördert, bis sie den WZW-Kriterien entsprechen und via KVG/OKP finanziert werden können.»

Das Beste draus machen

FMH-Präsidentin Dr. Yvonne Gilli ging auf grundsätzliche Vorteile der künftigen Tarifarten ein: «Eine Einzelleistungsstruktur wie der TARDOC ermöglicht Leistungen in unterschiedlichen Settings, mit verschiedenen Behandlungswegen, Patientenmerkmalen und Schweregraden differenziert abzubilden. Pauschalen umfassen eine Patientenbehandlung integral, sind für Patienten leichter verständlich und reduzieren den administrativen Aufwand. Sie sind für gut abgrenzbare Leistungen mit grösseren Mengengerüsten, hoher Standardisierung bzw. geringer zeitlicher Varianz und bei medizinischer Homogenität geeignet. Beide Tarifarten sind nur dann gut, wenn sie auf einer guten Entwicklung basieren.»

Bei der Definition der ambulanten Pauschalen sei es allerdings etwas gar rasch vorwärts gegangen. Gilli bezeichnete diese Pauschalen als «noch nicht fertiggestelltes Container-Schiff in Abstimmung mit vielen kleinen Booten», wobei es um Pauschalen und Einzelleistungen und ihre Anwendung praxis- und spitalambulant gehe. Es sei noch ein unausgereiftes System. Die Neueinführung erfolge bei bekannten groben Fehlern. Es bestünde eine zu kleine, selektive Datenbasis der Pauschalen. Nach jahrelangem Stillstand hätte der Bundesrat plötzlich aufs Gaspedal gedrückt und am 19. Juni 2024 die TARMED-Ablösung, die Teilgenehmigungen von TARDOC und ambulanten Pauschalen sowie umfangreiche Auflagen für die Einführung per Januar 2026 beschlossen mit Erfüllung durch die OAAAT AG unter Mitwirkung der Tarifpartner. Die entsprechenden Forderungen mussten bis Ende

Oktober 2024 erfüllt werden. Die finale Ausarbeitung der Verträge, Konzepte und Tarifstrukturen durch die OAAAT erfolgte bis am 18. September, das gemeinsame Einreichen am 5. November 2024. Der Bundesrats-Entscheid ist fürs erste Quartal 2025 zu erwarten. Gilli: «Diese überstürzte Einführung könnte zur Hypothek werden.»

Ihre Kritik manifestiert sich in mangelnder Repräsentativität der Spitaldaten, ohne Einbezug von OP-Zentren und Praxen, in zu geringen Fallzahlen, fehlendem Einbezug der Ärzteschaft, methodischen Mängeln bei der Kostenberechnung, unzureichender Berücksichtigung der Anästhesie und der speziellen Bedürfnisse der Pädiatrie, fehlender Homogenität (nicht vergleichbare Leistungen bezüglich Schwierigkeit, Zeit, Material, Personal) sowie in fehlender Transparenz in der Zusammensetzung der Pauschalen. Exakt das führe nun zu einer Reparatur während des laufenden Betriebs, was zur Folge hat, dass die Tarifpartner in einer Begleitvereinbarung unterschreiben werden, dass 2025 sämtliche Pauschalen auf ausreichender Datenbasis überarbeitet und weiterentwickelt werden, dass die Fachgesellschaften bei der Überarbeitung einbezogen werden – insbesondere hinsichtlich medizinischer Sachgerechtigkeit und Homogenität – und dass die überarbeitete Version bis Ende 2025 fertiggestellt wird und per 1. Januar 2027 in Kraft tritt. 2026 würden, so Gilli, also teils nicht sachgerechte Pauschalen angewendet. Eine weitere Herausforderung stelle schliesslich auch die angestrebte Kostenneutralität im Systemumbau dar.

Weshalb hat denn die FMH trotzdem Ja zum neuen System gesagt? – Gilli: «Wir unterstützen das Tarifpaket, fordern aber unverzügliche Überarbeitung. Um die Kritik der Fachgesellschaften aufzunehmen, ist die Begleitvereinbarung der beste Lösungsweg. Die Zustimmung ermöglicht

zudem endlich die Einführung des TARDOC, auf den insbesondere die Grundversorgung wartet.»

Am gleichen Strick ziehen

Die besten medizinischen Leistungen zu erbringen und Innovationen zu fördern, stand im Zentrum eines kleinen von Dr. Willy Oggier geleiteten Podiums. Anne-Geneviève Bütikofer, Direktorin H+, meinte: «Fakt ist, dass bezüglich Innovation sowohl ambulant wie stationär viele Herausforderungen bestehen. Daher sind die Spitäler trotz offener Fragen im Tarifumbau und schwieriger Finanzlage bereit, in Vorleistung zu gehen. Während in TARDOC innovative Leistungen nicht abbildbar sind, sind sie es bei den Pauschalen sehr wohl, in Form spezieller Codes. Unser Ziel muss darin bestehen, eine hohe Durchlässigkeit zwischen den Therapieformen zu schaffen, damit die Ambulantisierung positiv beeinflusst wird. Die Tariforganisationen sind gefordert, hier mehr zusammenzuarbeiten. Dabei ist die Frage der Kostenneutralität zentral. Spitäler müssen heute sehr darauf schauen, was noch möglich ist, um zu überleben. Es besteht die Gefahr, Leistungen abzubauen oder gar Spitäler schliessen zu müssen.»

«Eine optimale Versorgung ist unbedingt sicherzustellen», pflichtete Dr. Jana Siroka, FMH-Vorstandsmitglied, bei. «Aber die Regelung, die per Anfang 2026 in Kraft tritt, weist viele Mängel auf. Wenn bei den Pauschalen droht, dass das Entgelt bei kompliziertem Verlauf deutlich zu gering ist, kann das gerade für kleine Praxen bedrohlich sein. Wohl haben wir via Tarifpartnerschaft viel in einer viel zu kurzen Zeit erreicht, aber die jetzt vorliegenden ambulanten Pauschalen müssen jetzt zügig überarbeitet werden. Für sachgerechte Tarife bieten wir weiterhin unsere Hand. Ausschlaggebend ist ein gutes gegenseitiges Verständnis gemäss der Indianer-Weisheit, dass man drei Monate in fremden Mokassins stecken muss, um über andere urteilen zu können. Es geht daher beim Verbessern nie ums Bashing von Tarifpartnern. Statt einer teilweise nicht sachbezogenen politischen Diskussion müssen wir uns alle zusammensetzen und aufeinander hören.»

«... wobei es klar sein muss», so ein starker Wunsch Anne-Geneviève Bütikofer an die Adresse der Versicherer, «dass die Spitäler nicht einfach weiter vorfinanzieren können, wenn sie überleben wollen.»

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

Weitere Informationen

www.medicongress.ch