

Die Ambulantisierung muss strukturiert, finanziell richtig angereizt und kommunikativ begleitet sein

Gemeinsam zur «ambulanten Nation»

Hohe Komplexität, klare Orchestrierung und Leadership – das sind Eigenschaften, die besonders für die Ambulantisierung gelten. Die Verlagerung medizinisch geeigneter Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich ist eine der tiefgreifendsten Transformationen im Schweizer Gesundheitswesen. Sie greift gleichzeitig in Finanzierungslogik, Tarifsysteme, Versorgungsstrukturen, digitale Infrastruktur, Arbeitsorganisation und Patientenerwartungen ein. Erfolgreich wird sie nur, wenn strukturiert, abgestimmt und planmässig vorgegangen wird. Zentral sind stimmige Anreize – insbesondere finanzielle – und Rahmenbedingungen, die eine Verlagerung innert nützlicher Frist gut planbar ermöglichen.

Dafür braucht es klar abgestimmtes Leadership: Bund, Kantone, Verbände, Versicherer, Leistungserbringer, Zuweisende sowie Patienten müssen auf ein gemeinsames Zielbild einschwenken – mit einheitlichen Leitplanken, koordinierten Entscheidungen und verlässlichen Prozessen. Ohne diese Koordination drohen Flickenteppiche, Anreizbrüche und verpasste Effizienz- und Qualitätsgewinne. Ambulantisierung ist damit kein

Einzelprojekt einer Institution, sondern ein Systemprojekt, das Governance, Finanzierung, Qualität und Kultur zusammenführt.

Status quo und internationales Benchmarking

Die Schweiz weist mit rund 20% Ambulantisierungsgrad (Anteil planbarer Eingriffe, die ambulant

erfolgen) einen im internationalen Vergleich tiefen Wert auf. In Deutschland werden je nach Eingriff 30–35% ambulant durchgeführt, in den Niederlanden und skandinavischen Ländern bereits 40–60%, und in den USA sogar 60–80%. Dies unterstreicht das erhebliche Nachholpotenzial.

Hiesige Bremsfaktoren sind:

– Finanzielle Fehlanreize: Stationär über SwissDRG (Fallpauschalen) ist oft attraktiver

Die Schweiz hat noch erhebliches Nachholpotential bei der Ambulantisierung.



- vergütet als ambulant (bisher TARMED, künftig TARDOC und ambulante Pauschalen).
- Fixierte Investitionsstrukturen: Hohe, bereits getätigte Investitionen in stationäre Infrastruktur verlangen Auslastung.
- Organisatorische Lücken: fehlende ambulante Versorgungszentren, ungenügende personelle Ressourcen, fehlende digitale Steuerungsfähigkeit
- Fachkräftemangel: limitierter Aufbau und Flexibilität ambulanter Kapazitäten
- Kulturelle Trägheit: Gewohnheit zu stationären Abläufen bei Patienten und Fachpersonen; Skepsis gegenüber schnellem Wechsel

In der öffentlichen Wahrnehmung wird Ambulantisierung einerseits als Chance zur Kostendämpfung und Wartezeitverkrzung gesehen, andererseits bestehen Sorgen vor Qualitätsverlust, Personalberlastung und unzureichender Nachsorge. Diese Ambivalenz verlangt proaktive Kommunikation, Messbarkeit von Qualität und verlässliche Nachsorgekonzepte.

Rechtlicher Rahmen: «Ambulant vor stationär» und KLV/AVOS

Seit 2019 gilt schweizweit das Prinzip «ambulant vor stationär». In der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) besteht eine Positivliste, die 2023 auf 18 Eingriffsgruppen erweitert wurde (z.B. Varizen-Operationen, Schrittmacher-Eingriffe). Medizinisch begründete Ausnahmen bleiben zulässig. Parallel führen Kantone eigene AVOS-Listen (Ambulant vor stationär) und aktualisieren diese jährlich – oft heterogen, was in der Praxis zu einem Flickenteppich führt.

Erforderlich ist eine konsequente, schweizweit einheitliche Umsetzung der KLV-Liste mit klar definierten, kantonsbergreifend abgestimmten Kriterien und Prozessen. Dies schafft Planungssicherheit und erleichtert Investitionen in ambulante Kapazitäten – organisatorisch, digital und baulich. Eine Harmonisierung reduziert Transaktionskosten und Unsicherheiten für Leistungserbringer wie auch für Versicherer. Zudem ist eine Vereinheitlichung angezeigt, da künftig vermehrt überkantonale Versorgungsregionen entstehen werden.

EFAS als finanzielle Tragsäule

Mit der EFAS (der Einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen) wird ein historischer Anreizbruch überwunden: Bisher wurden ambulante Leistungen über Prämien, stationäre Leistungen über Prämien + kantonale Beiträge finanziert – ein Vorteil für stationär. Die EFAS, 2024 angenommen, bringt



Dank gezielter ambulanter Leistungen können auch die Mehrkosten aufgrund des demografischen Wandels besser bewältigt werden.

die einheitliche Finanzierung ab 2028 von ambulant und stationär (ohne Pflege), ab 2032 mit Einschluss der Pflegefinanzierung.

Die erwarteten Wirkungen sind mehr Ambulantisierung durch stimmige Anreize, bessere Koordination und stärkere kantonale Steuerung sowie Entlastung der Prämienzahler. Bedingungen des Erfolgs sind eine sorgfältige Ausgestaltung (Finanzierungsanteile, Risikostrukturausgleich/RSA, Steuerungsinstrumente) und eine konsequente Umsetzung durch die Kantone.

Tarifsystemwechsel 2026: TARDOC und ambulante Pauschalen

Ab 1. Januar 2026 wird TARMED abgelöst. Künftig gilt ein Dualsystem:

- TARDOC bildet ambulante Einzelleistungen (z.B. Sprechstunden, Diagnostik) differenziert ab.
- Ambulante Pauschalen bündeln medizinisch homogene Behandlungspfade (z.B. Tages-OPs, Endoskopie, Bildgebung) und enthalten grundsätzlich ärztliche und nicht-ärztliche Leistungen inkl. Material und applizierter Medikamente; Implantate nur ausnahmsweise separat.

Der Bundesrat hat das Gesamttarifsystem am 30. April 2025 genehmigt und die Genehmigung bis 31. Dezember 2028 befristet, um Erfahrungen einfließen zu lassen.

Als Chancen sind zu erwarten: Planbarkeit, einfachere Abrechnung, weniger Upcoding-Anreize,

bessere Prozess-/Outcome-Transparenz entlang des Behandlungstages. Es gibt jedoch auch Risiken: Unterdeckung bei komplexen Fällen, falls Kataloge/Schweregrade zu grob sind; mögliche Therapie-Fehlanreize, wenn teure Medikamente/Material unzureichend abgebildet werden.

Daher sind Gegenmassnahmen nötig: regelmässige Katalog-Updates, Qualitäts-/Outcome-Monitoring und schnelle Korrekturmechanismen (tariftechnisch und durch Vereinbarungen der Tarifpartner).

Bei der Einführung gilt es, Komplexität und Startfraktionen zu beachten:

- Fachliche Umcodierung: Tausende neue Positionen, neue Anwendungsmodalitäten.
- IT-Migrationen bei Praxen/Spitälern/Versicherern: KIS (Krankenhaus-Informationssystem), ERP (Enterprise Resource Planning) PVS (Praxisverwaltungssysteme), Tarifbrowser, Schnittstellen, Prüfregeln, Rckweisungslogik, Monitoring
- Prozess- und Schulungsaufwand in Administration/Verwaltung, Rechnungswesen (z.B. REKOLE-Kontierung), Controlling und Leistungserbringung
- Abstimmung Dualsystem: klare Regeln, wann Pauschale und wann TARDOC gilt
- Bestimmung / Einigung Honoraranteile bei Belegrztin

Fachleute warnen, dass das erste Quartal 2026 teilweise nicht vollständig abrechenbar sein könnte. Als Gründe sehen sie das gleichzeitige Go-Live zweier Tarifstrukturen mit neuen Prüfregeln, den heterogenen Reifegrad der Primär-



Nur mit abgestimmtem Leadership von Bund, Kantonen, Leistungserbringern und Kassen gelingt die Ambulantisierung.

systeme (PVS/ERP/KIS) und Clearing-Plattformen sowie offene Feinjustierungen (Übergangsregeln, Besitzstände, Katalogpflege).

Empfohlen werden deshalb Vorkehrungen: Parallelbetrieb/Shadow-Billing respektive Parallelabrechnung (bedeutet, dass Leistungserbringer ihre Leistungen zweigleisig abrechnen – einmal «echt» nach dem aktuell gültigen Tarif (z.B. heute TARMED bzw. künftig TARDOC/Pauschalen) und parallel «im Schatten» nach dem neuen bzw. alternativen Tarif ohne Zahlungsfluss. Die Schat-

tenrechnung wird nicht bezahlt, sondern dient dem Testen, Vergleichen und Kalibrieren), Kulanzfenster für Rückweisungen, Troubleshooting-Boards, Testabrechnungen, phasenweise IT-Rollouts, Liquiditätsreserven, Cash-Forecasts und Kreditlinien bis zur Stabilisierung.

Kostenneutralität und Verteilungseffekte

Im Rahmen der Tarifentwicklung spielen Fragen der Kostenneutralität (Vorgabe des Bundesrats) und die damit verbundenen Verteilungseffekte eine zentrale Rolle, um einerseits die Gesamtausgaben zu steuern und andererseits eine sachgerechte Vergütung zwischen verschiedenen Leistungsbereichen sicherzustellen:

- Statische Kostenneutralität zum Start (Normierung auf Kosten 2025)
- Dynamische Kostenneutralität: Gesamtkosten-Zuwachs anfänglich max. 1.5 % p. a. über Referenzjahr; Korrekturen via Taxpunkt-/Faktor-Anpassungen und Begleitvereinbarungen

- Verteilung: Besserstellung kognitiver/zeintensiver Leistungen (lange Konsultationen, komplexe Verläufe), Druck auf prozedurenlastige Bereiche (v.a. bei Standardisierung und Benchmarking). In Bildgebung/standardisierten Eingriffen sind Redistributionen (Umverteilungen) wahrscheinlich.
- Steuerung gegen Mengenausweitung ohne Nutzen: Pauschalen-Design, Prüfregeln, dynamische Kostenneutralität.

Als wirtschaftliche Zielgrösse für eine tragfähige Ambulantisierung brauchen effizient arbeitende ambulante Leistungserbringer mittelfristig eine EBITDA-Marge von rund 10%, um Personal, Qualität, Innovation, Ambulatorien/OP-Zentren und digitale Interoperabilität zu finanzieren.

Darum müssen Bund und Kantone die Umsetzung der Ambulantisierung aktiv begleiten:

- Rechts- und Planungssicherheit: Einheitliche AVOS-Auslegung, transparente Ausnahmekriterien, standardisierte Bewilligungsprozesse
- Kapazitätsmanagement: Verlagerung betrifft Ambulatorien, Praxisnetzwerke, OP-Zentren, Nachsorge. Ohne abgestimmte Versorgungsplanung (inkl. Personal, IT-Schnittstellen, Notfall-Backups) drohen Engpässe und Qualitätseinbussen.
- Investitionsflankierung: Anschubfinanzierungen, koordinierte Spitalplanung, Digitalisierung der Schnittstellen zur Entfaltung von EFAS und neuen Tarifen
- Monitoring und Korrektur: Bundeseinheitliche Indikatoren (Qualität, Outcomes, Patientensicherheit, Kostenverlauf) für evidenzbasierte Steuerung

Die Kombination aus klaren Regeln (KLV/AVOS), einheitlicher Finanzierung (EFAS) und zeitgemässen/ kostendeckenden Tarifen (TARDOC + ambulante Pauschalen) ist die Voraussetzung, damit



Der Autor: Urs Baumberger

Urs Baumberger führte viele Jahre sehr erfolgreich private wie öffentliche Spitäler. Für die Entwicklung eines Spital Führungskonzeptes und die erfolgreiche Praxisumsetzung, erhielt er 2019 die Auszeichnung «Manager des Jahres» für den gesamten deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz). Ab November 2022 hat er sich als Strategieberater, Interimsmanager und Experte für Healthcare Management selbständig gemacht. www.baumbergerconsulting.ch

So geht es im Februar-Magazin weiter

Zusatzversicherungen: Rückgrat oder Auslaufmodell?

Wer in der Schweiz ein Einzelzimmer im Spital oder die Chefarztbehandlung will, braucht eine Zusatzversicherung. Viele leisten sich diesen Luxus – oder ist er längst zur Notwendigkeit geworden? Für Spitäler und Versicherer sind Zusatzversicherungen ein zentraler Einnahmefaktor, doch das System steht unter Druck: steigende Kosten, strengere Regulierung und die Ambulatorisierung stellen es auf die Probe. Der Artikel zeigt, wo die Zusatzversicherung heute steht, warum sie für Patientinnen, Spitäler und Versicherer unverzichtbar bleibt – und welche Innovationen über ihre Zukunft entscheiden.

Ergänzend sind die Artikel:

- Stillstand im System? «clinicum» 4-25
- Spitalpartnerschaften und Fusionen, «clinicum» 3-25
- Eine funktionale und finanzierbare Infrastruktur sicherstellen, «clinicum» 6-24

mehr Ambulant-Leistungen bei stabiler Qualität und gedämpftem Kostenwachstum tatsächlich realisiert werden.

Kommunikation als Erfolgsfaktor: Orientierung, Akzeptanz und Sicherheit

Ambulantisierung ist auch ein Kommunikations- und Kulturprojekt. Ohne vertrauensbildende Kommunikation entstehen Widerstände. Notwendig ist eine mehrstufige, dialogorientierte, barrierefreie Kommunikationsarchitektur, die alle Anspruchsgruppen erreicht:

Anspruchsgruppen und Botschaften

- Patienten und Angehörige: Vorteile (schnellere Genesung, geringeres Infektionsrisiko, Erholung zu Hause), klare Abläufe, Nachsorge-Pläne, Notfallkontakte. Materialien: einfache Sprache, Mehrsprachigkeit, Visuals, barrierefreie Formate
- Fachpersonal (Ärzte, Pflege, Therapien): Zielbild, Rollen, Schulungen, SOPs (Standard Operating Procedures), Feedback-Loops; Sicherheitskultur (Checklisten, Crew Resource Management)
- Zuweisende, Spitex, Reha: Indikationskriterien, Schnittstellen, Datenflüsse, Verantwortlichkeiten
- Versicherer/Politik: Transparente Outcome-Daten (Komplikationen, Wiedereintritte, PROMs), Governance-Fortschritt, Investitionspläne
- Öffentlichkeit/Medien: Evidenz und Best-Practice-Beispiele, um die Legitimationsbasis zu stärken

Kanäle und Instrumente

- Digital-First: Patienten-Apps, Portale (Termin, elektronische Einwilligung, Medikationsplan), Chat/Hotline, Videos, Webinare
- On-Site/«vor Ort»: Broschüren, Infowände, prä-/postoperative Sprechstunden, Recovery-Guides
- Intern: Informations- und Dialogveranstaltungen, Micro-Learnings, Lernpfade, Team-Briefings, Lessons Learned
- Transparenz: Veröffentlichung von Qualitätskennzahlen und Benchmarks; Monitoringberichte pro Versorgungsregion
- Krisenkommunikation: Eskalationspfade, Ansprechpartner, Kommunikations- und Argumentationspakete

Das Rahmen-Narrativ lautet: «Sicher, patientenzentriert, bezahlbar – ambulant, wo sinnvoll.» Die Kommunikation soll Ängste antizipieren, Kompetenz zeigen und Teilnahme ermöglichen.

Mögliches Beispiel für einen operativen Fahrplan

(Einzelne Phasen sind ganz oder teilweise schon umgesetzt)

Phase 1 (sofort/kurzfristig): standardisierte, niedrig-risikobehaftete Tagesfälle mit breiter Evidenz und hoher Planbarkeit, zum Beispiel: Katarakt, Varizen, Leistenhernien, Arthroskopien, Hand-/Fusschirurgie, HNO, Dermatologie, Endo-

skopien (inkl. Polypektomie) und diagnostische Kardiologie/Radiologie

Phase 2 (mittelfristig): zum Beispiel: selektionierte orthopädische Rekonstruktionen, laparoskopische Eingriffe (Cholezystektomie, Appendektomie bei geeigneten Patienten), Urologie (TUR-P/TUR-B), elektrophysiologische Prozeduren, Schrittmacher/Defibrillator-Wechsel, Schmerztherapien und minimalinvasive Wirbelsäule mit strukturierter Nachsorge

Phase 3 (langfristig): komplexere Tageseingriffe bei strengem Selektions- und Qualitätsregime. Zum Beispiel: Schulter-/Fussrekonstruktionen, kombinierte Eingriffe und onkologische Teilprozeduren mit gesicherter ambulant-stationärer Rückfallebene.

Warum braucht es einen gemeinsamen Fahrplan? – Er schafft Planungssicherheit für Bau-/IT-Investitionen (Ambulatorien, Tages-OPS, Home-Monitoring), Personalrekrutierung/-schulung, Lieferketten, Vertragsmodelle und Patientenkommunikation – hinterlegt mit KPI-Zielen (z.B. Komplikations-/Rehospitalisationsraten, Zeit bis OP, Patient-Reported Outcomes) und klaren Ausnahmekriterien.

Politische Steuerung: Leitplanken mit Lernraum

National sind einheitliche Mindestlisten «ambulant vor stationär» nötig mit medizinischen Aus-

Ambulantisierung ist nur mit integrierter Versorgung erfolgreich.





Digitalisierung ist Voraussetzung für die Ambulantisierung.

nahmen, tarifliche Passung von TARDOC und Pauschalen (inkl. Abgeltung für Koordination/Case Management) und eine EFAS-konforme Finanzierung.

Kantonal/Regional braucht es eine abgestimmte Versorgungs- und Spitalplanung und eine Übergangsfinanzierung für den Kapazitätsumbau.

Ergänzend wichtig sind Transparenz-/Qualitätsindikatoren, schnelle Korrekturen bei Unter-/Überdeckung, Investitionsanreize für ambulante Infrastruktur, digitale Interoperabilität und Pflege at Home.

Das richtige Mass liegt zwischen Leitplanken und Lernraum: klare Ziele/Regeln/Monitoring/Sanktionen einerseits, Gestaltungsspielräume für regionale Modelle andererseits – damit Innovation nicht erstickt und Best Practices rasch skaliert werden.

Zusatzversicherungen im ambulanten Setting

In der Schweiz konzentrieren sich die Zusatzversicherungen traditionell auf den stationären Bereich – etwa durch Wahlmöglichkeiten bei Chefarztbehandlung, Ein- oder Zweibettzimmer, Hotellerie und Service-Leistungen. Im ambulanten Bereich hingegen gibt es bisher nur wenige etablierte Zusatzangebote; entsprechende Versicherungsprodukte sind noch spärlich und wenig ausgereift. Mit der zunehmenden Ambulantisierung

entsteht dadurch eine Lücke: Leistungen, die bislang über Zusatzversicherungen abgedeckt waren, drohen für Patienten verloren zu gehen.

Zusatzversicherungen sind jedoch ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitssystems. Sie ermöglichen individuelle Wahlfreiheit (z.B. Komfort, Zugang zu Spezialisten), finanzielle Absicherung für Mehrleistungen und tragen dazu bei, dass Spitäler und Leistungserbringer zusätzliche Mittel für Innovation und Qualitätssicherung erhalten, welche schliesslich der gesamten Bevölkerung zugute kommen. Werden im ambulanten Bereich keine attraktiven Zusatzangebote entwickelt, besteht die Gefahr, dass dieses Finanzierungsinstrument schrittweise verschwindet.

Die Folgen wären erheblich: Patienten hätten weniger Wahlmöglichkeiten und würden auf ein rein standardisiertes Grundangebot zurückfallen. Spitäler verlören eine wichtige Einnahmequelle, die bisher zur Finanzierung von Komfort und Innovation beiträgt. Zudem könnte ein grauer Markt entstehen, in dem Zusatzleistungen ausserhalb regulierter Strukturen «unter der Hand» ausgehandelt und bezahlt werden – mit intransparenten, potenziell ungerechten Auswüchsen.

Damit dies nicht geschieht, braucht es im wachsenden ambulanten Bereich attraktive, klar definierte Zusatzangebote, die den Patienten echten Mehrwert bieten und gleichzeitig die Finanzierungsbasis der Leistungserbringer sichern. Nur so bleibt die Funktion von Zusatz-

versicherungen als ordnungspolitisch sauberes Instrument erhalten.

Für die Attraktivität braucht es wertige Zusatzleistungen jenseits der KVG-Pflichtleistungen:

- Servicelevel: garantierte kurze Wartezeiten, Wunschtermin-Slots (Abend/Weekend), freie Arzt-/Zentrumswahl
- Komfort: Private-Recovery-Lounge, Einzelräume prä/post-OP
- Home-Care-Pakete: Spitex, Wundmanagement, Telemonitoring-Sets, 24/7-Hotline
- Integrierte Bundles: Reha/Physio, gesicherter Transport, digitale Zweitmeinung, Care-Concierge, Selbstmanagement-Tools

Das heisst für die Leistungserbringer modulare Pfade, Pauschal/Bundle-Angebote, Qualitäts-Transparenz, digitale Patientenwege und für die Versicherer Selektivverträge mit Qualitäts-/Servicekriterien, Prompt-Payment, Bonus/Malus nach Outcomes sowie geteilte Einsparungen – bei schlanker, digitaler Bewilligung statt Bürokratie.

Integrierte Versorgung entlang der Patient Journey

Die Ambulantisierung verlangt durchgehende Pfade – von Indikationsstellung über Vorbereitung bis zur Nachsorge:

- **Vorbereitung:** Enge Zusammenarbeit von Hausärzten/zuweisenden Spezialisten mit Spital/Ambulatorium; vollständige Voruntersuchungen; Risikoabklärung (Alter, Komorbi-

Special 1: Spitäler: grosse Herausforderungen, ebenso grosse Chancen (2. Serie)

ditten, häusliche Situation). Digitale Schnittstellen vermeiden Doppeluntersuchungen und Verzögerungen.

- **Nachsorge:** Klare bergaben an Hausarzt, Pflege, Spitex, Reha; standardisierte Entlassungsinfos, elektronische Medikationspläne, Erreichbarkeit bei Komplikationen. Tele-Kontrollen, App-Check-ins, Hotlines erhohen Sicherheit und senken Rehospitalisationen.
- **Koordination und Verantwortung:** Funktionierende IT-Schnittstellen (EPD, KIS/ERP/PVS-Integration, gemeinsame Plattformen) plus klare Verantwortlichkeiten (Gesamtverantwortung, Terminsteuerung, Adherenz-Monitoring, das bedeutet das systematische überwachen, Erfassen und Unterstutzen der Therapietreue der Patienten.)

Ambulantisierung ist kein blosses «Verschieben» vom Bett in den Tages-OP, sondern Ökosystem-Denken mit reibungsfreien Schnittstellen und geteiltem Outcome-Verantwortungsbewusstsein.

Spitäler im Wandel: Strategie, Finanzierung, Organisation

Finanzierung

Ambulante Leistungen sind heute häufig deutlich unterfinanziert. Mit TARDOC, neuen Pauschalen und EFAS mussen sich die Anreizsysteme grundlegend ändern. Nach aktuellem Stand decken die Vergutungen weder die effektiven Kosten noch schaffen sie Spielraum für Investitionen in den notwendigen Ausbau. Selbst bei adäquater Abgeltung bleiben ambulante Eingriffe im Vergleich zu stationären Aufenthalten wesentlich günstiger – kostendeckende Tarife sind daher auch aus gesamtwirtschaftlicher Sicht sinnvoll. Für die Spitäler sind frühzeitige Kalkulationen (Szenarien zu Abgeltungsmodellen und Risiken) sowie ein präzises Leistungs- und Kostenträger-Controlling unabdingbar.

Personal und Arbeitsmodelle

Die Ambulantisierung bringt mehr Tages-OPs, kürzere Aufenthalte sowie eine stärkere Schnittstellenarbeit mit Hausärzten, Pflege, Reha und Spitex. Benötigt werden spezialisierte OP-Teams, Case Manager und APN-Rollen. Positiv daran ist, dass planbarere Dienste, weniger Nacht/Weekend und eine höhere Attraktivität im Fachkräfte-markt entstehen.

Prozess- und Digitalanforderungen

Hier sind zu nennen ERAS-Protokolle (Enhanced Recovery After Surgery), digitale Patientenwege, Schnittstellen zu Praxen/Spitex, Qualitäts-/Outcome-Reporting, ePD, eMedikationsplan, digitale Planungs- und Steuerungsprogramme sowie

saubere Codierung. Change-Management verankert ein ambulant-orientiertes Mindset; Partnerschaften mit Hausärzten, Reha, Pflege, Versicherern gestalten die Patient Journey «aus einer Hand».

Regionalplanung, Bau, Infrastruktur und Integration

Innerhalb von Versorgungsregionen sollen sämtliche Leistungsanbieter optimal aufeinander abgestimmt sein – unter Berücksichtigung des Hub-and-Spoke-Ansatzes. Komplexe Fälle werden in das Zentrumsspital verlegt, während wohnortnahe ambulante und einfachere stationäre Leistungen dezentral erbracht werden können.

Optionen für die Erbringung ambulanter Leistungen sind:

Ausbau ambulanter Kapazitäten innerhalb bestehender Spitalstrukturen

- Vorteile: Nutzung bestehender Infrastruktur und Synergien. Geringerer Investitionsaufwand als Neubau. Gute Integration in bestehende Prozesse und Notfallversorgung
- Nachteile: Bauliche Limitationen (z.B. keine optimale Prozessarchitektur möglich); eingeschränkte Flexibilität für zukünftige Entwicklungen; mögliche Belastung laufender Abläufe bei Bauarbeiten

Erstellung eines neuen ambulanten Traktes am bestehenden Spital

- Vorteile: Prozess- und funktionsgerechte Architektur von Anfang an; direkte Anbindung an stationäre Bereiche und zentrale Dienste;

Signalwirkung für Modernisierung und Patientenorientierung

- Nachteile: hohe Investitionskosten. Flächenbedarf auf dem Campus; die Bauzeit kann den Spitalbetrieb beeinträchtigen.

Bau eines ambulanten Zentrums auf dem Spitalcampus

- Vorteile: Autarke Einheit mit klarer Trennung von ambulant/stationär. Flexibilität für zukünftige Erweiterungen; gemeinsame Nutzung zentraler Infrastruktur (Labor, Radiologie, Apotheke)
- Nachteile: Doppelstrukturen möglich (Administration, Logistik); hohe Investitions- und Betriebskosten; Gefahr mangelnder Integration ins Kerngeschäft

Neubau eines ambulanten Zentrums an einem externen Standort

- Vorteile: Patientennähe (z.B. in urbanen Zentren oder an verkehrsgünstigen Lagen). Der Fokus liegt auf der Servicequalität und dem Patientenerlebnis sowie auf attraktiven Arbeitsplätzen zur Fachkrftengewinnung.
- Nachteile: Notwendigkeit eigenständiger Infrastruktur (Radiologie, IT, Labor); erhöhte Betriebskosten (Parallelstrukturen); Risiko der Abkopplung vom stationären Spitalbetrieb

Zu beachten sind folgende Entscheidungskriterien für Bau, Ausbau oder Umnutzung:

- Einzugsgebiet: Regionalspitler brauchen als Faustregel $\geq 80\,000$ Einwohner, um Mindestfallzahlen zu erreichen (Qualität, Patientensicherheit, Facharztausbildung), Kosteneffizienz und Wirtschaftlichkeit zu sichern, Fachkräfte zu halten und attraktive Karriere-





Die Ambulantisierung braucht erweiterte Kompetenzen und eine klare Rollenverteilung im interprofessionellen Team.

- wege zu bieten sowie Vorhalteleistungen (Notfall, Intensivmedizin, Infrastruktur) auf genügend Patienten zu verteilen.
- Fachkräftemangel: Nur grössere Einheiten können attraktive Arbeitsmodelle, Spezialisierung und Weiterbildung gewährleisten.
- Zunehmende Spezialisierung: Höhere Fallzahlen sichern Expertise; kleine Häuser ohne Volumen geraten unter Druck (kantonale Spitalisten verlangen zunehmend Fallzahlnachweise).
- Erreichbarkeit und Lage: ÖV-Anbindung, Parkierung, ggf. Heli-Landeplatz
- Architektur und Prozesse: Kurze Wege, flexible Raumkonzepte, klare Trennung Patienten-/Logistikflüsse
- Nachhaltigkeit: Energieeffizienz, modulare Bauweise, Anpassungsfähigkeit an zukünftige Bedarfe
- Patientenorientierung: helle Räume, moderne digitale Services (Online-Termine, App-Check-in) und angenehme Wartezonen
- Digitale Vernetzung: Elektronisches Patientendossier (EPD), interoperable Systeme, sichere Datenplattform für Spital-Hausarzt-Pflege-Reha
- Wirtschaftlichkeit: Optimale Nutzung von Investitionen, klare Leistungsaufträge, Integration in die regionale Spitallandschaft

Ausnahmen von der 80000-Einwohner-Regel sind:

- Sehr abgelegene Regionen: Gewährleistung der Grundversorgung auch bei kleineren Einzugsgebieten (z.B. Alpenregionen)
- Spezialisierte Nischenversorgung: Zentren mit überregionalem Auftrag, auch bei kleiner lokaler Bevölkerung

- Politische oder strategische Gründe: Erhalt eines Spitals zur regionalen Versorgungssicherheit oder Standortpolitik
- Besondere demografische Strukturen: Regionen mit überdurchschnittlich hohem Anteil älterer oder chronisch kranker Bevölkerung können trotz kleinerer Einwohnerzahl höhere Fallzahlen generieren.

Entscheidend ist die Zukunftsfähigkeit. Ein Spital oder ambulantes Zentrum muss so geplant werden, dass es langfristig flexibel bleibt. Das kann mittels Baukastenprinzip erfolgen, in modularer Bauweise und anpassbaren Raumkonzepten.

Ebenso bedeutend sind eine klare Strategie mit einer Balance zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualität, Patientenorientierung und Mitarbeiterzufriedenheit, die Integration in regionale Versorgungsnetzwerke dank verlässlicher Zusammenarbeit mit Hausärzten, Pflege, Reha und Versicherern sowie Nachhaltigkeit und Digitalisierung: energieeffiziente Gebäude, konsequente digitale Vernetzung.

Standardfälle versus vulnerable Gruppen

Standardisierte Hochvolumen-Prozesse (Terminbuchung, Prä-OP-Abklärung, Fast-Track-OP, standardisierte Entlassung, digitale Nachsorge) sichern Geschwindigkeit, Effizienz und Komfort. Vulnerable Gruppen (hohes Alter, Gebrechlichkeit, Kinder, Menschen mit Behinderungen) benötigen hingegen mehr Zeit und ein angepasstes Setting. Das bedeutet:

- Gezielte Risikoselektion (Komorbidität, Mobilität, häusliche Unterstützung, komplexe Therapien)
- Erweiterte Aufklärung (Angehörige einbeziehen, einfache Sprache, Visuals, Barrierefreiheit)
- Längere Überwachung (Aufwachraum, Step-down-Konzepte – sprich strukturierte Überwachungsphasen nach ambulanten Eingriffen, die als Sicherheitsbrücke zwischen OP und Entlassung dienen. Dies gilt insbesondere für vulnerable oder grenzwertig ambulante Patienten).
- Infrastruktur (barrierefrei, ruhige Bereiche, kindgerechte Ausstattung, Sozialberatung/Psychologie)
- Ort der Durchführung: Bei grösseren Eingriffen, die ambulant durchgeführt werden, sollte insbesondere bei vulnerablen Gruppen eine Durchführung in ambulanten Zentren erfolgen, die in unmittelbarer Nähe zu einem Spital liegen oder direkt an dieses angekoppelt sind. Dies gewährleistet im Komplikationsfall eine rasche Übernahme in die stationäre Versorgung, erhöht die Patientensicherheit und ermöglicht eine engere interdisziplinäre Zusammenarbeit (Anästhesie, Chirurgie, Innere Medizin). Gleichzeitig bleiben die Vorteile der ambulanten Strukturen – Effizienz, kürzere Wege, patientenzentrierte Betreuung – erhalten.
- Intermediäre Modelle: 23h-Aufenthalt (Kurzzeitüberwachung über Nacht ohne volle stationäre Abrechnung), Spitex/Reha-Kooperationen.

Als Schlüssel dienen Aufklärung und Vorbereitung (Medikamentenpausen, Heimkehr-Orga-

Special 1: Spitäler: grosse Herausforderungen, ebenso grosse Chancen (2. Serie)

nisation, Warnsignale) plus interprofessionelle Vor-/Nachsorge (Hausarzt, Anästhesie, Chirurgie, Pflege, Physio, Spitex). Digitale Tools (EPD, eMedikationsplan, Telemonitoring) sichern die Informationskontinuität.

Digitalisierung und Bürokratieabbau

Telemedizin ist in der Vorbereitung wertvoll (Video-Sprechstunde, Chatbots, Online-Fragebögen) und ebenso in der Nachsorge (Telemonitoring, digitale Wundfotos, PROMs); so werden Komplikationen früh erkannt, was Wiedereintritte reduziert und Ressourcen schont.

Ein bedienungsfreundlicher Self-Service (Online-Check-in, eConsent, Upload von Vorbefunden, App-gestütztes Medikamentenmanagement, Symptomtagebücher) verschiebt Standardprozesse weg von Personal – analog zu Banking (Online-Services), Reise (Online-Check-in) oder Handel (Self-Checkout).

Gold wert ist schliesslich eine erstklassige Interoperabilität: EPD, KIS/ERP/PVS-Integration, Labor/Bildgebung, Hausarzt/Spitex/Reha-Schnittstellen – ideal auf einer regionalen Datenplattform.

Drei Elemente stehen stellvertretend für den Bürokratieabbau:

- **Digital-First:** durchgängige digitale, standardisierte und wo möglich automatisierte Abläufe (z.B. automatische Codierung aus OP-Dokumentation und eBilling ohne Medienbruch)
- **Automatisierung/Prozessoptimierung:** intelligente Workflows, KI-gestützte Kodierung/Dokumentation, automatisierte Termin/OP-Planung und standardisierte Behandlungspfade
- **Regulatorische Entlastung:** Harmonisierung von AVOS-Listen und Qualitätsindikatoren, um Mehrfachanforderungen zu minimieren.

Fazit: Digitalisierung ist Voraussetzung, nicht Add-on, damit die Ambulantisierung effizient, sicher und wirtschaftlich tragfähig gelingt.

Internationale Erfahrungen: Prinzipien statt Kopien

International bestehen etliche erfolgreiche Szenarien: In Skandinavien werden nationale Listen, Mindestmengen, hartnäckiges Qualitätsmonitoring (Rehospitalisationen, Komplikationen, PROMs) eingesetzt. In den Niederlanden sind ein Hausarzt-Gatekeeping, selektive Verträge und Bündel-/Pauschalpreise entlang klarer Pfade etabliert. In Grossbritannien (NHS) wird mit Day-Case-Standards mit detaillierten Prozess-/Aufklärungs-/Verweildauer-Vorgaben

gearbeitet und in den USA ist ein grosser ASC-Sektor (Ambulatory Surgery Centers) vorhanden mit OPPS-Logik, anreiz- und wettbewerbsgetrieben, flankiert von Indikations/Sicherheitskriterien. Als Gemeinsamkeiten sind klare Tarife, Indikationskataloge, standardisierte Prozesse, digitale Datennutzung und interprofessionelle Versorgung (inkl. APN/Nurse Practitioners) zu erkennen.

Für die Schweiz übertragbar wären Leitplanken, Mindestmengen, Qualitätsindikatoren, Pauschalen + TARDOC, Selektivverträge, integrierte Modelle, ERAS/Checklisten, Digital-First, regionale Datenplattformen und Outcome-Steuerung (Bonus/Malus).

Nicht 1:1 übertragbar sind die US-Wettbewerbsmechaniken und britischen Top-down-Vorgaben – die Schweiz braucht weiterhin einen föderal koordinierten Konsens.

Als konkrete Learnings (adaptiert) können wir somit festhalten:

- Finanzierung/Anreize: EFAS zügig umsetzen; Pauschalen + TARDOC so kalibrieren, dass Koordination/Nachsorge mitvergütet sind. Die Abgeltung muss für effiziente Betriebe kostendeckend sein resp. eine EBITDA-Marge von rund 10% ermöglichen.
- Indikation/Selektion: nationale Kataloge mit Ausnahmen; definierte No-Go-Kriterien; Sicherheit vor Geschwindigkeit
- Qualität messen: Pflicht zu aufwandsarmer Outcome-Transparenz (Komplikationen, Wiedereintritte, PROMs, Patientenzufriedenheit) mit öffentlichem Benchmarking
- Versorgungsregionen befähigen: Hub-and-Spoke, regionale Kooperations-/Datenplatt-

formen, OP-Kapazitätsplanung und Nachsorgepfade

- Rollen erweitern: APN-Modelle, delegierte Leistungen, Self-Services, wo diese sicher sind
- Digital-First: eConsent, eMedikationsplan, Tele-Prep/Follow-up, automatisierte Termin-/OP-Planung, strukturierte Codierung direkt aus OP-Doku; EPD-fähig
- Infrastruktur: spezialisierte Tages-OP-Zentren mit kurzen Wegen, getrennten Flüssen, Recovery-Bereichen, 24/7-Fallback.
- Sanfte, verbindliche Steuerung: nationale Ziele/Standards/Monitoring; Raum für regionale Innovation
- Patient als Partner: systematische Aufklärung, digitale Guides, Telemonitoring, einfache Notfallkontakte
- Wirtschaftlichkeit: Ambulant braucht nachhaltige Marge; die Kostenneutralität ist nur eine Einführungsbrücke, kein Dauerzustand.

Personal, Kompetenzen, Ausbildung und Anreize

Der erfolgreiche Ausbau der ambulanten Medizin erfordert nicht nur neue Strukturen, sondern vor allem erweiterte Kompetenzen und klare Rollen im interprofessionellen Team. Dies betrifft ärztliche und pflegerische Bereiche ebenso wie Pädiatrie, Geriatrie und Chirurgie. Ergänzt werden müssen digitale Fähigkeiten, standardisierte Prozesse, gezielte Aus- und Weiterbildung sowie attraktive Arbeitsmodelle. Nur so lassen sich Qualität, Sicherheit und Effizienz nachhaltig sichern:

- Ärztlicher Bereich: stärkere Schwerpunkte auf Indikations-/Risikoselektion (Frailty, ASA, STOP-BANG), perioperative Medizin (ERAS, opioidarme Analgesie, regionale Anästhesie/

Spitalbauten sollten flexibel, nachhaltig und prozessorientiert gestaltet sein.





Nur wenn effiziente Leistungserbringer fair abgegolten werden, gelingt die Ambulantisierung.

- Ultraschall), Kurzzeintnarkose/Analosedation, Entlassungskriterien, Komplikationsmanagement (inkl. 23h-Aufenthalt)
- Pädiatrie/Geriatrie/Behinderung: alters-/situationsgerechte Aufklärung, längere Überwachung, barrierefreie Abläufe, Einbindung der Angehörigen
- Chirurgie/Interventionen: Standardisierung (Checklisten/Bundles), zeiteffiziente Techniken, Verständnis für Kosten/Qualitätskennzahlen
- Pflege: präoperative Assessments, Aufwach-/Kurzüberwachung, telemedizinische Nachsorge, Case Management, Patientenedukation (Selbstmanagement, Wund/Schmerz)
- Zentrale Rollen: APN, Care Coordinator, Entlassungsmanager
- Interprofessionelle Routine: strukturierte Übergaben, gemeinsame Medikationspläne, PROMs-Erhebung
- Digitale Kompetenzen (querschnittlich): sichere Nutzung von Telemedizin, eConsent, eMedikationsplan, foto-/video-basierte Wundkontrolle, EPD-Dokumentation, Datenschutz/Cybersicherheit
- Qualitätsreporting mittels Lean/Six-Sigma, das die Stärken beider Ansätze vereint – Lean: Fokus auf Effizienz und Fluss. Six-Sigma: Fokus auf Qualität und Präzision; Prozessvisualisierung; KPI-Management und Grundwissen der Tarifierung (TARDOC, Pauschalen)
- Aus-/Weiterbildung (Auswahl): Dazu gehören ambulante Rotationen (Tages-OP, Ambulatorien, Spitex/Reha), Simulation/OSCE (Sedation, Notfälle, Entlassungsgespräch) und interprofessionelle Trainings; Curricula-Module zu Telemedizin, Shared Decision Making, Gesundheitskompetenz (einfache Sprache, Visuals), Übergangsmanagement und Home-Care; Proctoring/Micro-Credentials (ambulante Sedation, ERAS und Telemonitoring sowie Führungsausbildung, Ambulatory Care Management, Kapazitäts-/Slot-Planung, Netzwerk-Versorgung (Hub-and-Spoke)).
- Neue Teamkompetenzen: triagierende MPA/FaGe, Anästhesiepflege mit Sedationskompetenz, OP-Koordination, Daten/Qualitätsmanagement und digitale Navigatoren (Onboarding, eConsent); Task-Shifting mit klaren SOPs und Delegationsregeln
- Finanzierung Weiterbildung: Mischmodelle (Arbeitgeber-Co-Finanzierung, kantonale/Bundes-Förderung, Qualitäts-/Innovationsfonds der Versicherer, Bildungsurlaub/geschützte Lernzeit und regionale Kurspools, Rückzahlungsmodelle mit Bindungsfristen)
- Für Engpassprofile (Anästhesie-/OP-Pflege, APN): Stipendien und modulare Programme mit hohem Praxisanteil
- Attraktivität und Arbeitsmarkt: planbare Dienste, Karrierepfade (APN, Koordination, Qualität, Digitalisierung), moderne Umgebung, inter-

professionelle Kultur, sichtbare Outcome-Erfolge; familienfreundliche Modelle, Teilzeit, verlässliche Dienstpläne und Beteiligung an Verbesserungsprojekten; Personalbedarfsplanung regional (Pools, Rotationen, Nachwuchs-pipelines mit FH/Uni) sowie internationale Rekrutierung mit strukturiertem Anerkennungs-/Onboarding

- Sicherheitskultur: CRM, Beinahe-Fehler-Analyse, Checklisten-Disziplin. Gesundheitskompetenz und Barrierefreiheit fest verankern
- Anreize: Verträge/Bonussysteme, die Qualität, Koordination, Ausbildung belohnen (nicht nur Menge) und Change-Management mit klarem Zielbild, Transparenz und schnellen Feedback-Loops

Ökonomie: Einsparungen, Prämien, Produktivität und Kapazitäten

Modellhaft (konservativ) lässt sich wie folgt rechnen: Steigt der Ambulantisierungsgrad von ca. 20% auf ca. 60% und sind ambulante Pfade im Schnitt rund 30% günstiger (bei gleicher Qualität), dann ergeben sich – bei ca. 15% verlagerungsfähigen Gesundheitsausgaben – direkte Einsparungen von ca. 1.8% der Gesamtausgaben; dazu kommen + 0.6% durch Prozess/Administrationsgewinne, was insgesamt 2.4% ausmacht. Bei CHF 95 Mrd. Gesundheitskosten sind das CHF 2.3 Mrd. pro Jahr.

Als wichtige zusätzliche volkswirtschaftliche Effekte resultieren kürzere Rekonvaleszenz, weniger Spitalinfektionen und weniger Ausfalltage; frei werdende Betten-/OP-Zeit kann für komplexe Fälle (Engpassdämpfung, Fokussierung teurer Spitzenleistungen) eingesetzt werden.

Für den Fachkräftemangel wirkt Ambulantisierung doppelt positiv: planbarere Dienste und Entlastung von vermeidbarer stationärer Last – vorausgesetzt, es gibt Umschulung und Umsteuerung (OP-Pflege, APN, Tele-Nachsorge).

Das Kosten-Nutzen-Verhältnis sieht folgendermassen aus: Bei geeigneter Selektion sind ambulante Pfade 20–40% günstiger, mit weniger nosokomialen Komplikationen verbunden und führen zu einer schnelleren Genesung, geringeren psychischer Belastung und besseren Ökologie (Ressourcenverbrauch). Wichtig wäre die komplette Vergütung des Pfades (Vorbereitung, Koordination, Nachsorge, Telemonitoring) – sonst verlagert man nur die Leistung, nicht die Verantwortung.

Beim Prämienpfad dämpfen die Einsparungen den Kostenanstieg (kein Sprung, sondern flacher Anstieg). Parallel werden die Kantonshaushalte auf der stationären Seite entlastet.

Voraussetzungen sind, dass die Tarife (TARDOC + Pauschalen) kostendeckend sind inkl. Koordination/Nachsorge, dass die EFAS Fehlanreize konsequent abbaut, dass Qualität/Outcome transparent (Rehospitalisationen, Komplikationen, PROMs) zur Mengenkontrolle erfasst wird und dass dank Digital-First die Bürokratie reduziert wird.

Abbau stationärer Kapazität (Beispiel)

Mit einer Verschiebung von 20% auf 60% ambulant müssen in einem Regionalspital mit 80 000 Einwohnern etwa 40–60% der OP-bezogenen stationären Betten abgebaut werden. Bevölkerungswachstum und Alterung dämpfen diesen Effekt etwas, während der medizinische Fortschritt (kürzere Verweildauer) ihn verstärkt. Entscheidend ist, dass die verbleibenden stationären Patienten komplexer sind – weshalb weniger, aber qualitativ besser ausgerüstete Betten gebraucht werden (Angenommenes Szenario: +10% Bevölkerung, +5% Alterung, LOS 4.25).

Vision 2035: Die ambulante Nation

Im Jahr 2035 ist der Anteil ambulanter Leistungen > 60%; stationär bleibt komplexen/hochkomplexen Fällen vorbehalten.

Szenarien:

- Basis: gradueller Anstieg (EFAS, Tarife, Versorgungsplanung)
- Dynamik: starke politische Steuerung, Investitionen in Ambulatorien und digitale Infrastruktur – Anschluss an Europas Spitze
- Risiko: fehlende Finanzierung/Koordination führt zu einem Flickenteppich und verpufften Effizienzen.
- Spitäler: hybride Versorgungszentren, weniger stationäre Betten, dominante Tageskliniken/Ambulatorien; Regionalspitäler als Spokes im Hub-and-Spoke, modular, digital integriert und ökologisch optimiert
- Patienten: nahtlose Journey (digitale Terminierung, Tele-Prep, kurze Aufenthalte, sichere Heimkehr mit Spitex/Telemonitoring), wohnortnah, sicher und effizient
- Personal: attraktive, planbare Strukturen; interprofessionell; digitale Unterstützung; weniger Administration, mehr Patientenzeit
- Digitalisierung: Rückgrat (Telemedizin, Wearables, KI-Triage/Diagnostik, vernetzte Plattformen, automatisierte Prozesse)
- Infrastruktur: modular, energieeffizient, kurze Wege, patientenzentriert; Flexibilität Standard; Nachhaltigkeit in Bau und Betrieb

Schlussfolgerung: Zur ambulanten Nation 2035 führt eine gesteuerte, koordinierte, patientenorientierte Transformation mit klaren Rahmenbedingungen, fairer Finanzierung, Investitionen in Infrastruktur/Personal und Digitalisierung als Enabler.

Governance und Leadership: Gemeinsam zum Ziel

Heute hemmt Fragmentierung (Bund/Kantone/Verbände/Versicherer/Leistungserbringer) Tempo und Verbindlichkeit. Für markante Fortschritte braucht es deshalb:

- Auf Bundesseite: strategische Führung, nationale Leitplanken (ambulant vor stationär); Vorgaben zu Finanzierung (EFAS), Tarifen (TARDOC/Pauschalen), Qualitätsindikatoren; Harmonisierung der Rechtsgrundlagen sowie eine verbindliche Outcome-Transparenz
- Auf Kantonsebene: operative Versorgungsplanung (Spitallisten, Hub-and-Spoke, Standorte, Integration kleiner Häuser), Investitionshilfen, Sicherstellung Notfallversorgung sowie Kohärenz zwischen Kantonen

careum

Careum
Weiterbildung

Neue Perspektiven. Praxisnahes Wissen. Für Ihren Berufsalltag.

AKTUELLE LEHRGÄNGE

- 26.01.2026: Führung kompakt (letzte Plätze)
- 16.02.2026: Nachdiplomkurs Stoma-, Kontinenz- und Wundpflege
- 18.02.2026: Führung kompakt
- 02.03.2026: Langzeitpflege und -betreuung – Vorbereitung eidg. Berufsprüfung (Aarau)
- 31.03.2026: Langzeitpflege und -betreuung – Vorbereitung eidg. Berufsprüfung (Weinfelden)
- 10.03.2026: Dipl. Wundexpert:in SAfW (WEX)
- 30.03.2026: Bereichsleiter:in in sozialen und sozialmedizinischen Organisationen
- 24.04.2026: Nachdiplomkurs Palliative Care

NÄCHSTES WEBINAR

- 20.01.2026: RAI verstehen für Geschäftsführer von Langzeitinstitutionen – Ihr Schlüssel zur richtigen Finanzierung und entlasteten Teams



MEHR ERFAHREN
careum-weiterbildung.ch

Special 1: Spitäler: grosse Herausforderungen, ebenso grosse Chancen (2. Serie)

- Bei den Verbänden (FMH, H+, prio.swiss): Tarifpartnerschaften, Qualitätsinitiativen, Moderation, Innovation und Befähigung der Mitglieder
- Bei den Leistungserbringern: Standardisierung, Strukturumbau, Qualifikation des Personals, Digitalisierung und Kulturwandel
- Bei den Versicherern: Anreize (Selektivverträge, Bonus/Malus, Shared Savings) und effiziente digitale Prozesse statt Hürden.

Wesentlich ist der Innovationsschutz: Pioniere brauchen Übergangsunterstützung (finanziell/regulatorisch/politisch), um ihre Risiken tragbar zu machen. Mittelfristig muss die Abgeltung für effiziente Leistungserbringer kostendeckend sein resp. eine EBITDA-Marge von 10% ermöglichen. Leadership muss strategisch (Bund), planerisch (Kantone), organisatorisch (Spitäler), finanzierungsseitig (Versicherer) und konsensbildend (Verbände) wirken – mit verbindlichem Fahrplan und klaren Meilensteinen.

Zusammenfassung: Qualität statt reinen Sparprogramms

Die Ambulantisierung ist nicht nur ein Sparprogramm, sondern ein Qualitäts- und Strukturpro-

gramm mit ökonomischer Wirkung. Mit klaren Anreizen, abgestimmtem Leadership, digitaler Integration, Qualitäts-/Outcome-Transparenz und konsequentem Kommunikationsdesign kann die Schweiz bis 2035 eine führende ambulante Nation werden – zum messbaren Nutzen von Patientinnen und Patienten, Personal, Versicherern und Gesellschaft.

Abkürzungsverzeichnis

APN = Advanced Practice Nurse (erweiterte Pflegepraxis)
ASA = American Society of Anesthesiologists (Narkose-Risikoklassifikation)
ASC = Ambulatory Surgery Center (ambulantes OP-Zentrum, USA)
AVOS = Ambulant vor stationär (kantonale/regionale Listen)
CRM = Crew Resource Management (Sicherheits-/Team-Kommunikationsstandard)
DRG/SwissDRG = Diagnosis Related Groups (Schweizer Fallpauschalen)
EBITDA = Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization
EFAS = Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen
EPD = Elektronisches Patientendossier
ERAS = Enhanced Recovery After Surgery (standardisiertes Behandlungsprogramm)
ERP = Enterprise Resource Planning (integrierte, spitalweite

Softwarelösung die verschiedene Geschäfts- und Unterstützungsprozesse abbildet und miteinander verbindet)

FaGe = Fachangestellte Gesundheit

FH/Uni = Fachhochschule/Universität

FMH = Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

H+ = Die Spitäler der Schweiz (Branchenverband)

HNO = Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

KIS = Krankenhaus-Informationssystem

KLV = Krankenpflege-Leistungsverordnung

KI = Künstliche Intelligenz

KPI = Key Performance Indicator (Leistungskennzahl)

MPA = Medizinische Praxisassistentin/-assistent

NHS = National Health Service (Grossbritannien)

OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung

OP = Operation / Operationsaal

OPPS = Outpatient Prospective Payment System (US-Vergütungssystem ambulant)

OSCE = Objective Structured Clinical Examination (Simulationsprüfung)

PROMS = Patient-Reported Outcome Measures (von Patienten gemeldete Ergebnisse)

PVS = Praxisverwaltungssystem

REKOLE = Rechnungslegungsvorschriften für Spitäler (Schweiz)

RSA = Risikostruktureausgleich

SOP = Standard Operating Procedure (Standardarbeitsanweisung)

Spitex = Spitalexterne Hilfe und Pflege zu Hause

TARMED = Tarif für ambulante ärztliche Leistungen (bisheriges System)

TARDOC = Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen (Nachfolger von TARMED)

TUR-P/TUR-B = Transurethrale Resektion der Prostata/Blase

