

Forum «DRG and more» von MediCongress: Jetzt ist die Zeit, Weichen richtig zu stellen

Taten statt Worte – Mut ist gefragt

SwissDRG, Tarpsy und ST Reha sind seit Längerem eingeführt, TARDOC und ambulante Pauschalen seit Jahresanfang. Sektorübergreifende Modelle werden getestet. Welche Folgen ergeben sich daraus? Brauchen wir noch so viele Universitätsspitäler? Geraten Zentrumspitäler zwischen Hammer und Amboss? Haben Privatkliniken noch eine Zukunft? Welche Rollen spielen Telemedizin, Hospital@home und Ambulantisierung? – Entscheidende Fragen standen im Fokus. Und etwas war sonnenklar: Mut für zukunftsweisende Modelle und ein vertrauensbildendes Miteinander von Privaten und Publics vermöchten vieles zum Guten zu richten.

Für eine fulminante Ouvertüre sorgte der wissenschaftliche Programmverantwortliche, Dr. oec. HSG Willy Oggier, der auf den anhaltenden Strukturwandel im Spitalbereich verwies. Als aktuelle Beispiele nannte er die neue Nutzung des Spitals Wattwil, wo ein Gesundheits- und Notfallzentrum der Berit Klinik allen Patienten ein Notfallzentrum 24/7, eine Tagesklinik mit ambulanten Operationen und eine stationäre Alkoholkurzzeittherapie bietet, und den Zusammenschluss von Universitätsspital Basel und Claraspital, wo Spitzenmedizin konzen-

triert und unter optimaler Ressourcennutzung angeboten wird.

Der Gesundheitsökonom zeigte weiter die Chancen von Hybrid-DRGs für Leistungserbringer. Das würde durch Grouping der Falldaten erfolgen. Nötig wären eine vorgängige Portfolioanalyse nach Wirtschaftlichkeit und Marktpotenzial, der Aufbau einer SWOT-Analyse je Hybrid-DRG, die Entwicklung eines Mengengerüsts und der erforderlichen Prozessänderungen, die Abschätzung der wirtschaftlichen Folgen und das Festlegen

von Entscheidungskriterien. All das wäre begleitet von Veränderungen der Organisations- und Ablaufplanungen.

Hybrid-DRGs als neue Finanzierung

Eine neue Finanzierung mittels Hybrid-DRGs bezeichnete er als nötig, denn heute bestehe kein Anreiz für ambulante Behandlungen, auch wenn der medizinische Zustand dies erlauben würde. Stattdessen sei die stationäre Einweisung lukrativer. Nur eine identische Vergütung ambulanter und stationärer Leistungen für ausgewählte Bereiche könnte diesen Anreiz umkehren. Das Ausland sei ein «Lehrplätz»: Dänemark, England, Frankreich und Norwegen haben finanzielle Anreize geschaffen, um die Rate ambulanter Operationen zu erhöhen. Frankreich und die USA gruppieren ambulante und stationäre Leistungserbringer und vergüten sie für ihre Leistungen mit einem gemeinsamen Budget. Provokativ hiesse das für die Schweiz: «Spitäler müssen sich darauf einstellen, dass es für viele Häuser zu viel Geld zum Sterben, aber zu wenig zum guten Überleben gibt – es sei denn, es werden Insolvenzen (auch von öffentlichen Spitalern!) zugelassen. Die durch Zwangsabgaben finanzierten Systeme stossen an ihre Finanzierungsgrenzen. Anpassungen sind in der Zukunft vermehrt selbst zu finanzieren, das ist die Überlebensstrategie.»

Kann neben neuen Finanzierungsformen auch die digitale Transformation vorteilhaft sein? – Möglicherweise, so die Antwort, aber «Digitalisierungs-Strategien bräuchten deutlich höhere EBITDA-Margen und sind daher nicht finanzierbar. Die entsprechenden Risiken werden von den Eignern zu tragen sein – v.a. wenn überbewertete Systeme gekauft werden, bei denen in Zukunft nicht sicher ist, ob überhaupt noch ein kosten-

Das Zentrum Paul Klee in Bern bot erneut eine ideale Kulisse für das Forum «DRG and more».





Doris Brandenberger, CEO MediCongress, und Dr. Willy Oggier begeisterten viele BesucherInnen mit einem spannenden Programm. Dr. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH (3. von links), und Dr. Kathrin Bourdeu, COO Universitätsspital Basel, sprachen über Chancen und nötige Voraussetzungen für mehr ambulante Eingriffe und über zu optimierende Handlungsfelder im Spitalbetrieb.

loser Zugriff auf die eigenen Daten garantiert werden kann.» (Anm. der Red.: eine Aussage, die wir drei Mal unterstreichen).

Mehr Angebots-Flexibilität

Spitäler seien gut beraten, sich auch aufgrund der Patientennachfrage zu bewegen, denn «je mehr Leute in besonderen Versicherungsformen versichert sind, desto mehr müssen sich die Spitäler in integrierter Versorgung sputen – oder sie werden übersteuert. Spitalisten verlieren dadurch an Bedeutung.» – Flexibilität wäre auch bezüglich der Tarifsysteme angezeigt, weil ambulante und stationäre Tarifstrukturen zusehendes ausdifferenzierter werden und somit Einzelleistungs-Vergütungen ähneln. Angesichts der geringen Halbwertszeit des medizinischen Wissens würden aktuelle Systeme ausserdem eine Schein-Genauigkeit vorgaukeln, der Entwicklung um Jahre hinterherlaufen und kein Zukunftsmodell mehr darstellen. Nötig seien daher neue Vergütungsanreize, um Sektorgrenzen zu überwinden und entsprechende Versorgungskonzepte zu realisieren. Oggier: «Bundled payments, Episodenpauschalen und Capitation-Konzepten gehört die mittelfristige Zukunft. Sie werden entweder durch die Spitäler getrieben oder diese selbst werden von ihnen getrieben werden.»

Der Blick nach Deutschland

Die diskutierten Finanzierungsreformen analysierte Prof. Dr. Andreas Beivers von der Hochschule Fresenius, München: «Vielfach sind es Mischsysteme aus «alten Tarifen», die zu neuen Synopsen unterschiedlicher Art führen. Im Fokus steht die Lösung dreier Probleme: Kapazität sichern, Leistung effizient vergüten und Sektorgrenzen entschärfen. Die aktuellen Reformen in Deutschland bestehen aus Vorhaltefinanzierung plus Leistungsgruppen (weniger reine Fallzahllogik) sowie hybriden Tarifen.»

Die neuen sog. «Blended payments» sind kein einzelnes neues Tarifsysteem wie DRGs, sondern

ein Mischsystem, das mehrere Vergütungslogiken kombiniert, um die jeweiligen Schwächen einzelner Modelle abzufedern. Elemente wären fixe Zahlungen, variable, leistungsbezogene Zahlungen inkl. Anreize für Ergebnisqualität oder Outcome sowie Teilen von Überschüssen oder Defiziten. Diese Kombination soll dafür sorgen, dass ein System stabil, anreiz- und qualitätsorientiert ist und nicht nur auf fallbezogene Produktion setzt.

Der Teufel steckt im Detail

Grundsätzlicher Anpassungsbedarf an den Angebotsstrukturen aufgrund der Ambulantisierung und eine leistungsgerechte Vergütung sind das eine. Feintuning an den bestehenden Tarifsyste-men das Andere.

So legte Beatrix Meyer, Leiterin Stationäre Versorgung und Tarife der FMH, erneut kompetent

den Finger auf vorhandene wunde Punkte. Zwar hat sich die Tarifstruktur SwissDRG stetig verbessert, die Abbildung von Multimorbidität bleibe jedoch unzureichend. Zudem zeigte sie auf, weshalb aus FMH-Sicht die Anzahl der Zusatzentgelte für Medikamente nicht künstlich begrenzt werden sollte. Seit dem 1. Januar 2025 ermöglicht ein definierter Prozess eine rasche schweizweit einheitliche Vergütung für Arzneimittel neuartiger Therapien, die teurer als 80000 CHF pro Behandlungszyklus sind. Für die FMH ist es jedoch wichtig, dass der Prozess künftig auch für weitere hochteure innovative Leistungen gilt. Nach wie vor ein Problem stelle der hohe administrative Aufwand dar. Die behördlichen Auflagen gelte es daher zu senken. Zudem könnten gemeinsam mit den Versicherern Lösungen erarbeitet werden, um den administrativen Aufwand zu reduzieren. Hilfreich wären ausserdem anwenderfreundliche Klinikinformationssysteme. Last, but not least





Einige der ReferentInnen, die viel Beachtung fanden (v.l.n.r.): Dr. Till Hornung unterstrich die Vorteile von Kooperationen, Prof. Dr. Djordje Nikolic hob die Kommunikation für neue Versorgungsmodelle hervor, Adrian Schmitter zeigte, wie sich das Inselspital trotz Kosten- und Regulationsdruck erfolgreich behauptet, und wenn jemand sich im Tarif-Dschungel bestens auskennt und immer wieder Verbesserungspotenzial ortet, dann FMH-Tarifexpertin Beatrix Meyer.

müsse die Vergütung neuer Versorgungsmodelle sichergestellt werden, auch um die Ambulantisierung zu fördern.

Claudia Geser, Fachverantwortliche Tarife bei H+, doppelte nach. Sie stellte fest: «Sind neue Leistungen im System nicht bereits abgebildet, ist die Finanzierung und Abrechnung über 5 Jahre nicht adäquat gewährleistet.» Der finanzielle Druck auf die Spitäler führt dazu, dass nicht adäquat finanzierte Leistungen nicht oder nur innerhalb von Studien angewendet werden können. Werden neue Leistungen aber nicht angewendet, können auch keine Daten erhoben werden. Dies wäre für die datengestützte Tarifstrukturentwicklung allerdings eine Voraussetzung. Es ist jedoch wichtig, dass neue Leistungen trotzdem rasch vergütet werden. Die Verzögerungen bei der Aktualisierung der CHOP führen zu weiteren Verzögerungen bei der Tarifierung neuer Leistungen. Zu viele Anträge führen zu einer «Verstopfung» des Antragssystems. Die aus Spargründen erfolgte Sistierung des Antragsverfahrens des Bundesamts für Statistik seit über einem Jahr löst Verzögerungen bei der tarifarischen Abbildung spe-

zifischer Leistungen aus. Daher ist die jährliche CHOP-Weiterentwicklung ein zentraler Aspekt, um die Tarifstruktur aktuell zu gestalten.

Technische und praktische Aspekte der Tarifweiterentwicklung stellte Constanze Hergeth, Leiterin Geschäftsbereich Akutsomatik der SwissDRG AG, vor. Die Anwendung der PCCL-Systematik in der Neugeborenen-MDC ermögliche zwar eine aufwandsgerechtere Abbildung einzelner Fälle, habe jedoch keinen systemischen Mehrwert gezeigt und werde daher nicht weiterverfolgt. Ausserdem zeigte Hergeth auf, wie die Frührehabilitation sowohl im Akutspital als auch in der Rehaklinik künftig besser abgebildet werden könnte. Erste Analysen sind erfolgsversprechend. Als dritten Punkt präsentierte sie eine neue Kalkulationsmethodik für implizite Ein-Belegungstag-DRGs, um die Robustheit gegenüber Ausreissern zu stärken.

Zu viele Universitätsspitäler?

Wo die grössten Kosten anfallen, sind Visionen und Strategien besonders wichtig. Chancen für

die Universitätsspitäler bieten dabei Neubauten. Adrian Schmitter, VR-Präsident Insel-Gruppe, meinte dazu: «Die Unispitäler in der Schweiz realisieren Spitalbauten in der Höhe von mehreren Milliarden Franken. Das ist notwendig, weil die Bauten den heutigen Bedürfnissen und Prozessen nicht mehr entsprechen. Hemmend wirken oft auch zu strenge Vorschriften medizinischer Fachgesellschaften und einengende regulatorische Anforderungen. Manchmal wäre Anarchie besser.»

Gleichzeitig müssen die Spitäler massiv in die Digitalisierung investieren. Diese wirkt disruptiv. KIS-Systeme in Milliardenhöhe und enorme Digitalisierungen mit KI- und Roboter-Einsatz stehen an. Dieser Fortschritt sei aber nur mit massiven Investitionen zu stemmen. Die Investitionen könnten ein erhebliches Wachstum und deutliche Wettbewerbsvorteile bringen. Sie würden aber auch Risiken beinhalten und könnten nicht aufgeschoben werden. Gemäss einer Studie von McKinsey wären 8.2 Mia. CHF Einsparungen dank Investitionen in die Digitalisierung möglich. Aber die Vorinvestitionen dafür würden ein Mehrfaches betragen, was schwierig zu finanzieren sei. Schmitter: «Zwar will das Bundes-Projekt DigiSanté in den nächsten 10 Jahren 400 Mio. CHF dazu beitragen. Das geht jedoch zu langsam und die Summe ist gemessen am Bedarf viel zu klein.»

Dr. med. Kathrin Bourdeu, COO Universitätsspital Basel (USB), Direktorin Prozesse, Steuerung und Entwicklung, sieht es ähnlich. Sie verwies zusätzlich auf die Anforderungen, die es zu erfüllen gelte: «Schweizer Unispitäler sind personalintensiv mit 18 Pflegenden auf 1000 Einwohner anstatt nur 12 wie in Deutschland oder den USA. Das bewirkt aber eine sehr hohe Patientensicherheit mit der niedrigsten Quote vermeidbarer Todesfälle bei <135 / 100 000 Patienten und eine durchwegs erstklassige medizinische Qualität.»

Finanzierungslücken sieht Kathrin Bourdeu durch das Erfüllen gemeinwirtschaftlicher Aufträge. So deckt die Finanzierung der translationalen Medizin die indirekten Kosten unzureichend. Die Aus-



bildung der nächsten Generation bindet Ressourcen im klinischen Alltag, verlangsamt Prozesse und erfordert Personalredundanzen. Die Vorhaltung von Infrastruktur im 24/7-Modus lässt sich oft nicht mit der effektiven Auslastung rechtfertigen. Das USB ist daher herausgefordert, vorhandene Strukturen und Prozesse zu optimieren. Der Priorisierungsfokus liegt dabei auf der Standardisierung, Durchgängigkeit und Skalierbarkeit. Beispiele sind das digitale Kapazitäts-Cockpit, das für eine optimale Auslastung aller Ressourcen sorgt, und das neue Logistikzentrum, das die täglichen Lastwagenanlieferungen von 150 auf 10 reduziert hat. Kathrin Bourdeu: «Das Orchestrieren der Prozesse und das Mitnehmen aller Kaderstufen entscheidet über unseren Erfolg.»

Warum die universitäre Psychiatrie ein Sonderfall ist, zeigte Josef Müller, CEO Universitäre Psychiatrische Dienste Bern: «Wir haben keine Einzelfälle, sondern Behandlungsverläufe mit hoher sozialer und klinischer Komplexität. Ein langfristiger Behandlungserfolg bedingt intermediäre und ambulante Anschlussangebote. Und hierzu passt die DRG-Logik nur begrenzt. Gleichzeitig müssen wir einen Dreifachauftrag erfüllen: hochspezialisierte Versorgung, Forschung & Innovation sowie Lehre & Weiterbildung ... wozu sich noch die Aufgabe als Endversorgerin mit systemrelevanten Leistungen gesellt.»

Universitäre Psychiatrien seien daher chronisch unterfinanziert. «Wirkung zeigen würde hier», so Müller, «wenn wir Rollen und Leistungsaufträge mittels Spitalplanung besser klären, Vorhalteleistungen separat definieren und finanzieren, administrative Bürokratie abbauen, Lehre und Forschung transparent abgelden, ambulant und stationär konsequent steuern sowie Kooperationen und Netzwerke statt Inseln fördern. Eine der ersten Prioritäten ist: Die Rollen von Bund und von Kantonen müssen schnellstmöglich geschärft werden.»

Zentrumspitäler in der Klemme?

Auch die Zentrumspitäler erleben düstere Zeiten. Dr. Lukas Rist, CEO Kantonsspital Baselland, Pascal Cotrotzo, CEO Kantonsspital Baden (KSB), und Florian Aschbrenner, CEO LUKS Gruppe, sehen sich mit schweren Hürden konfrontiert: geringe Margen, hoher Kostendruck, volatile und schwer planbare Auftragslage, kaum prognostizierbare Fallzahlen, Leistungsverschiebungen und politische Eingriffe, steigende Ansprüche, hohe Vorhalteleistungen und begrenzte Flexibilität der Kostenstrukturen.

Dr. Lukas Rist beurteilt den Wettbewerb unter Spitalern als gescheitert. Ohne die öffentliche

Hand erfolge keine Verbesserung: «Es braucht einen Spital-Infrastruktur-Fonds durch den Bund analog der SBB für Betrieb, Substanzerhalt und Ausbau. Spitalbetreibergesellschaften können sich für den Betrieb der Infrastrukturen bewerben (freier Markt), Bund und Kantone bestellen Spitalleistungen; die SwissDRGs bleiben erhalten, aber ohne Investitionsanteil. Daneben braucht es GWL für Notfallvorhalteleistungen, Rettungsdienste, Aus- und Weiterbildungen.»

Interne Fitnesskuren sind ebenso wichtig. Im KSB dominieren drei Stossrichtungen: erstens Effizienzsteigerung dank konsequenter Prozessoptimierung, intelligente Nutzung der Infrastruktur und eine Kultur des kontinuierlichen Verbesserungsmanagements. Zweitens geht es um die finanzielle Nachhaltigkeit. Durch systematische Analyse und Optimierung der Sach- und Betriebskosten, den Ausbau eines professionellen Einkaufs- und Vertragsmanagements sowie die Priorisierung strategisch relevanter Investitionen werden Wirtschaftlichkeit und Transparenz erhöht. Dritter Pfeiler ist die digitale Interoperabilität und Automatisierung mittels skalierbarer ICT-Landschaft, die Systeme, Daten und Prozesse nahtlos miteinander verbindet.

Ebenso zielgerichtet gestaltet sich die Zukunft im LUKS. Gewachsene Strukturen mit zu vielen Führungsebenen werden durchleuchtet, gleichzeitig das Leistungsportfolio: Welche Leistungen sind strategisch? Welche sind wirtschaftlich tragfähig? Viele Spitäler, so Florian Aschbrenner, würden eine reine Angebotsstrategie betreiben mit hoher Qualität, aber fragmentierter Steuerung. Wichtig seien daher eine Steuerung nach Finanz- und Leistungszahlen, höchste Fallkos-

tentransparenz und optimales Management des Personaleinsatzes.

Wie meistern Privatkliniken die Zukunft?

Privatkliniken erhalten keine steuerlich finanzierten Subventionen und profilieren sich durch einen ausgesprochenen Qualitätswettbewerb. Das trifft auch für Deutschland zu. Insgesamt soll dort die Anzahl aller Spitäler von zur Zeit 1750 auf 1200 gesenkt werden. 80 % aller Häuser sind stark verschuldet und die Produktivität sinkt gesamthaft betrachtet seit Jahren. Es besteht ein bedenklicher Investitionsstau: Statt 6.52 Mrd. Euro haben die Bundesländer nur 3.89 Mrd. Euro bereitgestellt. Die Lücke beträgt 2.64 Mrd. Euro; während der letzten 10 Jahren ist der Investitionsstau auf rund 30 Mrd. Euro angewachsen – so die Auslegeordnung von Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

Es gelte dringend, die Finanzierung nachzujustieren. Das bedeute: Anreize für effizientere Versorgungsprozesse setzen – weg mit nicht evidenzbasierten Struktur- und Personalvorgaben –, Vorhaltefinanzierung streichen, mehr statt weniger Wettbewerb durch Qualitätstransparenz und Anreize zu mehr Wirtschaftlichkeit, Förderung der Ambulantisierung mit besserer Abgeltung sowie Auflagen für die Subventionierung von Krankenhäusern mit gleichem Recht für alle Träger.

Kritisch betrachtete Fernando Imhof, CEO Merian Iselin Klinik, die neuen Tarifstrukturen TARDOC und ambulante Pauschalen: «Positives Potenzial besteht in der besseren Transparenz und Abbildung moderner Medizin. Ambulant sollen



Special 2: Spannende Inhalte zur Zukunft der Fallpauschalen

sinnvolle Leistungen erbracht werden. Zu beachten gilt: Pauschalen belohnen Volumen, nicht Qualität; es bestehen ein hoher Druck auf spezialisierte ambulante Anbieter und eine Gefahr der Margenerosion bei hoher Qualität.»

Privatspitäler müssten ihre Chancen nutzen. Ihre Stärken sind die Patientenorientierung und Premium-Positionierung im Zusatzversicherungsbereich. Privatspitäler weisen eine ausgeprägte Prozessstabilität und hohe Umsetzungsgeschwindigkeit auf, was die Effizienz begünstigt. Die Standardisierbarkeit der Leistungen ist gross, eingespielte Teams sorgen für eine sehr hohe Qualität. Imhof: «Die Zukunft der Privatkliniken hängt nicht von Tarifen ab, sondern davon, ob das System Qualität und Effizienz zulässt. Die Antwort auf die Frage, ob wir ein Gesundheitssystem mit Vielfalt, Wettbewerb und Spezialisierung wollen, entscheidet über die Zukunft der privaten Anbieter.»

Die ungleich langen Finanzierungsspiele monierte Guido Schommer, Generalsekretär ospita: «Während die Finanzierung öffentlicher Spitäler über Kantonsgarantien, Investitionsbeiträge und Defizitdeckung stattfindet, müssen private Gesundheitsunternehmen sich praktisch vollständig eigenfinanzieren. Es besteht kein Sicherheitsnetz. Das bedeutet eine Wettbewerbsverzerrung.» – Kritik auch an der Spitalplanung: Der Bedarf komme häufig nach der Besitzstandswahrung. Historische Leistungsaufträge dominieren. Das sei Eigentümer- statt Versorgungslogik. Effizienz- und Qualitätskriterien würden bisher oft zweitrangig in die Spitalplanung einbezogen, was Strukturen und nicht die optimale Versorgung begünstige.

Generell gelte bezüglich Tarifen und Spitalplanung: «Der Staat darf nicht gleichzeitig Schiedsrichter und Spieler sein. Privatkliniken sind eine tragende Säule der Versorgung (nicht nur, aber ganz besonders in der Rehabilitation und der Psychiatrie). Effizienz setzt einen fairen Wettbewerb voraus und die Zukunftsfähigkeit verlangt eine regulatorische Gleichbehandlung. Die Schweiz braucht eine leistungsorientierte Spitalpolitik – keine staatsgläubige Ideologie.»

Telemedizin & Co.

Private Initiative ist auch der Erfolgsfaktor für leistungsstarke Gruppenpraxen und Digital Health. Marcel Napierala, CEO Medbase, zeigte deutlich, wie wichtig eine gezielte Förderung der Ambulantisierung ist und verwies auf die bedeutsame Rolle der Spitäler: «Der Schlüssel für die Zukunft ist, dass Spitäler ihre ambulanten Leistungsangebote ausbauen. Sie betreiben zunehmend Ambulatorien und Walk-in-Zentren und dringen teilweise auch in die ambulante Grundversorgung vor. Diese Entwicklung verschärft Wettbewerbssituationen, führt aber auch zu verstärkter Kooperation, um Versorgungsnetzwerke zu optimieren.»

Medbase ist eine Pionierin in der integrierten ambulanten Versorgung und heute die grösste diesbezügliche Schweizer Dienstleisterin. Es bestehen ein breit gefächertes medizinisches, pharmazeutisches und zahnmedizinisches Angebot mit einzigartigem Omni-Channel Ansatz sowie die Belieferung von Ärzten und Gesundheitsorganisation als Grosshändlerin für Medikamente und Gesundheitsprodukte. Mit starken Partnern wird eine integrierte und sektorenüber-

greifende Versorgung gewährleistet. Neu besteht seit einem Jahr zusätzlich Medbase Telehealth.

Das ist ein Team aus 9 Ärzten und 3 Telemedizinischen Fachpersonen. Bisher fanden über 9000 Telekonsultationen statt. Gepflegt wird eine enge Zusammenarbeit mit den Medbase Medical Centern.

Die wachsende Bedeutung der Spitäler im Rahmen der Ambulantisierung unterstrich auch Philippe Plodeck, CEO a.i. Spitalzentrum Biel: «Eine stärkere Ambulantisierung entspricht dem medizinischen Fortschritt und den Wünschen der Patienten, senkt die Kosten und hilft, die Versorgungsqualität in der Schweiz weiter auszubauen. Investitionen in diesen Bereich machen Spitäler zukunftsfähig, entlasten das Gesamtsystem und bieten deutliche Vorteile für alle Beteiligten. Eine sich am ambulanten Prozess orientierende proprietäre integrierte Gesundheitsversorgung ist die zukunftsweisende Antwort auf die Herausforderungen.»

Kreative Ansätze unterstützen diese Vorhaben. Das ist das Ziel von santé24, wo SWICA-Versicherten mittels Telemedizin 24/7 geholfen wird. Ärztinnen, Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal stehen bei dieser Online-Praxis für gesundheitliche Fragen rund um die Uhr zur Verfügung. santé24 liesse sich künftig ausweiten. PD Dr. Oliver Reich, Leiter santé24, denkt dabei an einen Integrated Ambulatory Care Contract. Das ist ein Vertrag, der ärztliche und nicht-ärztliche Leistungen, physische und telemedizinische Versorgung, Outcome-basierte Erfolgsparameter und Budgetmitverantwortung aller beteiligten Partner enthält. – Reich: «Ambulantisierung braucht keine neuen Regeln, sondern neue Zusammenarbeit. Wenn wir Versorgungslogik, digitale Möglichkeiten und gemeinsame Anreize verbinden, entsteht ein System, das endlich das belohnt, was zählt: bessere Outcomes für die Patienten.»

Integrierte Rehabilitation als Impulsgeber für ein übergeordnetes Kapazitätsmanagement

Gemeinsam geht's besser. Wie man das partnerschaftlich in die Wege leitet, zeigten Michael Stillhard, Leiter Integrales Kapazitätsmanagement HOCH Health Ostschweiz, und Dr. Till Hornung, CEO Gruppe Valens. Beide kooperieren von einer Basis der Stärke aus. Das datengetriebene Kapazitätsmanagement ist weit fortgeschritten. Mittels KI-unterstützter Prognosen werden Bettenkapazitäten bedarfsgerecht allokiert und ungenutzte Vorhalteleistungen reduziert. Das Ziel besteht in kurzen Verweildauern für ein hohes Patientenvolumen bei begrenzten Kapa-





zitäten. Die spitale Rehabilitation ist ein ideales Kettenglied in der weiteren patientenzentrierten Versorgung.

HOCH ist mit 35 % aller Reha-Patienten die grösste Zuweiserin für Valens und Valens ist der grösste Abnehmer von HOCH-Patienten; täglich, inkl. Wochenende, treten 10 Patienten ein. Damit das gegenseitige Optimierungspotenzial ausgeschöpft werden kann, müssen viele komplexe Elemente erfüllt sein. Das betrifft die Areal- und Standortentwicklung und laufende Projekte. Meist sind grosse Teams involviert und es bestehen kritische Kernprozesse. Aber der Start war erfolgreich: Das Leuchtturmprojekt «Spitalnahe Reha St. Gallen» läuft reibungslos und bietet viel Ausbaupotenzial.

Sektoren und Grenzen systematisch überschreiten

Es gibt auch Situationen, in denen eine sinnvolle Konzentration gut finanzierbarer Leistungen im Rahmen einer nachfrageorientierten Strategie erfolgreich sein kann. Prof. Dr. Christian Karagiannidis von der Universität Witten/Herdecke zeigte anhand der deutschen Entwicklung, wie entscheidend ein Gegensteuern zu rasant wachsenden und immer personalintensiveren Behandlungen ist. Einen Ausweg dazu stellen die Level 1i-Krankenhäuser dar. Sie sind eine neue Versorgungsstufe im Rahmen der deutschen Krankenhausreform (KHVG), die kleine, wohnortnahe Häuser in ländlichen Regionen durch die Verbindung von ambulanter und stationärer Pflege (sektorübergreifend) zukunftsfähig machen soll. Sie bieten keine Notfallversorgung, sondern konzentrieren sich auf Basisversorgung, Pflege und planbare Leistungen und gewährleisten damit ländlichen Regionen eine qualifizierte Grundversorgung.

In Städten ist ein geballtes ambulantes Leistungsangebot möglich. Vorteilhaft ist ein erstklassiger

Standort wie ihn das Spitalzentrum Biel (SZB) unmittelbar beim Bahnhof nutzt und ihn Maison de la Santé nennt. Philippe Plodeck, CEO a.i. SZB: «Die Umsetzung an bestens erschlossener Lage ist schweizweit einmalig. So bieten wir eine integrierte Gesundheitsversorgung als zukunftsweisende Antwort auf die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft. Wir stärken die Standortattraktivität von Biel als Wohn- und Arbeitsort. Der Bahnhof ist aus verkehrstechnischen Gründen ein hoch attraktiver Arbeitsplatz.» Zusammen mit der CSS wird ausserdem das Gesundheitsnetzwerk Biel betrieben. Seine Trümpfe sind die kostenlose persönliche Begleitung durch eine spezifisch ausgebildete Pflegefachperson bei komplexen oder chronischen Krankheiten, ein schneller Zugang zu passenden Spezialisten und individuelle Präventions-Empfehlungen.

Privates Engagement sei Gold wert für neue Versorgungsmodelle, meinte Prof. Dr. Djordje Nikolic, Managing Director Accenture: «Wir unterschät-

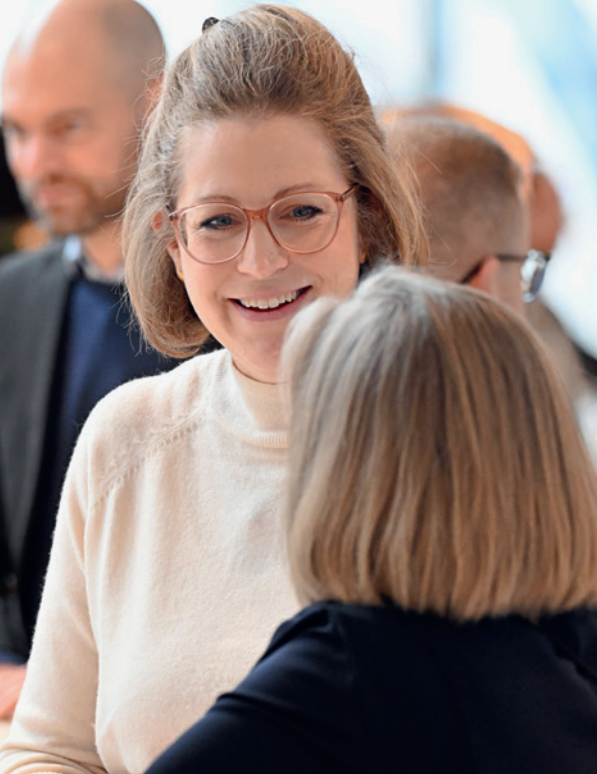
zen die Freiwilligkeit. Die Marktteilnehmer müssen Lösungen kreieren und vermehrt aktiv werden. Überregulierungen wirken als Fussfessel. Daher ist die Flucht nach vorne das beste Rezept: genau das anbieten, was aus ambulanter Sicht nötig ist und offen kommunizieren, denn das entscheidet über die breite Akzeptanz neuer Modelle.»

Integrierte Versorgung benötigt eine solide Basis

Über Anforderungen an neue Modelle für die Gesundheitsversorgung sprach am zweiten Forumstag FMH-Präsidentin Dr. med. Yvonne Gilli: «Neue Versorgungsmodelle sind v.a. ambulant, sie müssen Fachkräfte effizient einsetzen und ohne administrationsintensive Regulierung funktionieren. Neue Ansätze müssen zudem aus der Praxis kommen, denn Politik und Regulierung schaffen keine neuen Modelle, sondern bremsen sie aus.» Yvonne Gilli erinnerte daran, dass der Bund Netzwerke umfangreich regulieren und z.B. auf sämtliche Vertragsbeziehungen Einfluss nehmen wollte, obwohl alle Akteure vor Bürokratie ohne Nutzen warnten. Auch Innovationen würden eher durch private Initiative entstehen als durch etatistische Vorstellungen wie das Beispiel des Experimentierartikels gezeigt habe. Mikroregulierung wirke sich auch im VVG-Bereich lähmend aus und es stellten sich hier die Fragen: «Brauchen wir staatliche Preisvergleiche für Privatverträge? Soll Gesundheitsversorgung einer juristischen Logik folgen? Oder einer medizinischen? Soll die Weiterentwicklung von Versorgung einzelne Leistungsbausteine fokussieren? Oder Integration?» – Insgesamt gelte: «Wenn ein Modell überzeugt, braucht es keinen Zwang. Die

«Mutiges Handeln ist angesagt», das ist der eindeutige Tenor des von Dr. Willy Oggier geleiteten Podiums, an den sich (v.l.n.r.) Sanjay Singh, CSS, Yvonne Ribi, SBK, Dr. Jana Siroka, FMH, und Kristian Schneider pointiert äusserten.





es ausreichend Freiheiten wie etwa die Freiheit, in einem Capitation-Modell zu behandeln und behandelt zu werden – oder eben nicht. Entscheidend ist zudem die Freiheit, ohne zu starke Restriktionen und Auflagen neue Modelle zu erproben und zu nutzen.»

Integrierte Versorgung mit VIVA

Dino Cauzza, CEO Swiss Medical Network, präsentierte die Entwicklung der VIVA Health Swiss AG, die sich zum Ziel gesetzt hat, Strukturen, Dienstleistungen und politische Rahmenbedingungen zu fördern, um die Entwicklung der integrierten Versorgung in der Schweiz zu unterstützen. Fünf Ziele werden dabei verfolgt: Förderung des Verständnisses und des Bewusstseins für das Konzept der integrierten Versorgung, Entwicklung von Angeboten für Organisationen der integrierten Versorgung, Unterstützung bei der Umwandlung von Gesundheitssystemen in integrierte Versorgungsorganisationen, Förderung des Austauschs von Best-Practices zwischen den Organisationen für integrierte Versorgung sowie Etablierung zentraler Dienste für das Management der VIVA-Mitglieder.

Sämtliche Leistungen, auch die stationären, sind einer Full Capitation unterstellt. Diese berechnet sich wie folgt: Versicherungsleistungen der Vergleichsgruppe minus Sparziel plus Koordinationspauschale. Ein Gewinn entsteht dann, wenn die tatsächlichen Versicherungsleistungen geringer ausfallen als die Capitation. Mit sehr effizienter, koordinierter Versorgung soll das – bei totalem Verzicht auf die freie Arztwahl – gelingen.

Bislang gibt es drei VIVA-Netzwerke: das Réseau de l'Arc im Berner und Neuenburger Jura, das Rete Sant'Anna im Tessin und das Aare-Netz um Zofingen bis ins Luzerner Hinterland; 2027 soll

das City Netz Bern folgen und bis 2030 eine landesweite Abdeckung. Erste positive Ergebnisse zeigen sich. So wurden im Réseau de l'Arc bei den 4300 mitmachenden Visana-Versicherten 10% Einsparungen realisiert und davon 7% zur Finanzierung von Prämienrabatten eingesetzt.

Im Tessin mit 2300 Mitgliedern startete in der Psychiatrie eine Zusammenarbeit mit zwei Kliniken und der Einstellung eines Psychiaters, weiter mit der Einrichtung der VIVA Boards und Umsetzung der Gesundheitspläne (zu 60%). Schliesslich erhielt Sana Cure die Praxisgenehmigung und initiierte die ersten Protokolle für Spitex-Aktivität. Im Aare-Netz machen bereits 18 Ärzte mit, eine Zusammenarbeit mit Argomed wird angestrebt.

Hospital at home fördern

Seit 2021 gibt es «Visit – Spital Zollikerberg Zuhause», das war die erste vollwertige Alternative zum stationären Aufenthalt schweizweit. Dr.med. Elisa Heising, Oberärztin, und Dr.phil. Regula Adams, Fachverantwortliche Organisationsentwicklung, zeigten, wie die neue Form der Behandlung abläuft – auf Spitalniveau, aber in vertrauter Umgebung. Die Patienten werden bei einem regulären Spitaleintritt aufgenommen und medizinisch abgeklärt. Voraussetzung für die Betreuung im Hospital at Home ist ein vorliegender Spitalbedarf sowie ein Wohnort, der maximal 15 Fahrminuten vom Spital Zollikerberg entfernt liegt. Eignet sich die Person für eine Behandlung zu Hause, liegt ihr Einverständnis sowie jenes ihrer Angehörigen vor, beginnt die Betreuung mit «Visit».

Ab diesem Zeitpunkt übernimmt ein eingespieltes Hospital-at-Home-Team aus Pflegefachpersonen sowie Ärztinnen und Ärzten die Behandlung in den eigenen vier Wänden der Patienten. Die Überwachung des Allgemeinzustands erfolgt mittels Telemedizin: Kleine Elektroden auf dem Brustkorb messen kontinuierlich Herzfrequenz, Atemfrequenz und Sauerstoffsättigung. So kann das Hospital-at-Home-Team jederzeit aus dem Spital aus erkennen, wie es den Patienten geht und frühzeitig auf Veränderungen reagieren. Die Behandlungsdauer ist im Durchschnitt kürzer als stationär. Bis heute wurden über 340 Patienten zwischen 17 und 94 Jahren betreut. Zu den häufigsten Krankheitsbildern zählen komplizierte Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen sowie Weichteilinfektionen.

Taten statt Worte

Bei so vielen spannenden Ansätzen zu neuen Versorgungsmodellen erstaunte es nicht, dass am

Ziele der Managed-Care-Vorlage wurden auch ohne Gesetz erreicht, denn nun kommt EFAS.»

Yvonne Gilli unterstrich: «Neue Modelle für die Gesundheitsversorgung müssen die wichtigste Ressource beachten: die Fachkräfte. Wir werden dabei die Potenziale der Interprofessionalität nutzen müssen und anschlussfähige Ausbildungen im Gesundheitswesen sowie Entwicklungsmöglichkeiten für den Berufsverbleib. Wichtig sind weiter gute Rahmenbedingungen für die einfache Delegation, klare Verantwortlichkeiten und Haftungsregeln, sachgerechte Tarifierung der Leistungen aller Berufsgruppen und schliesslich gute (digitale) Kommunikation und Verzicht auf detaillierte Spezialarbeitsgesetze für einzelne Berufsgruppen.

Es braucht die Definition eines grundsätzlichen Rahmens: Das heisst Pflichtversicherung, solidarische Finanzierung aller notwendigen Leistungen, Aufsichtsfunktion und gleiche Spiesse für alle Beteiligten. Auf der anderen Seite braucht





dann mit den Behörden einen schlanken, flexiblen regulatorischen Rahmen zu schaffen.»

«Ausserdem braucht es auch Geduld und Zeit», ergänzte Kristian Schneider, «und Spital-CEOs müssen für grosse Visionen sorgen und ihr ganzes Team motivieren und auf diesen Weg mitnehmen.» Im Spitalzentrum Biel, bis Ende Januar von Schneider geführt, dauerte es sechs Jahre bis zur Inbetriebnahme der ambulanten Angebote beim Bahnhof.

abschliessenden von Dr. Willy Oggier geleiteten Podium nach klarem Handeln aufgerufen wurde.

Dr.med. Jana Siroka, Vorstandsmitglied FMH, Verwaltungsrätin SwissDRG AG und Leitende Ärztin an der Klinik Arlesheim, freut sich über die vielen neuen Versorgungsmodelle, gerade im Bereich von Hospital at home, und die grossartige Initiative, die insbesondere Bottom-up erfolge: «Private und Publics sollen gemeinsam weiter gehen und alle Vorteile im gegenseitigen Konsens ausschöpfen. Das ermöglicht erfolgreiche neue Modelle und erleichtert es regulatorischen Behörden, einen guten Rahmen dafür zu schaffen.»

SBK-Geschäftsführerin Yvonne Ribi betonte, dass sich ihr Verband seit 20 Jahren für neue Modelle einsetze: «Dabei fragen wir uns immer, ob es auch einen Nutzen für die Patienten ergibt. Es gilt, den medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Bedarf optimal abzudecken und die digitale Transformation, den medizinischen Fortschritt, minimal invasive Eingriffe und die Ambulantisierung zu beachten. In der Praxis ist es immer das Tollste, wenn Fachkräfte interaktiv mit ihren Patienten die besten Anstösse erhalten.» Zum Fachkräftemangel meinte Ribi, dass hier zwingend mehr Wettbewerbsfähigkeit entstehen müsse, denn es kämen gerade jetzt kleinere Jahrgänge in Ausbildung und Berufsleben, während die Patientenzahlen zunähmen – «Behörden und Politik sind gefordert. So dürfen beispielsweise APN-Projekte nicht an der Finanzierbarkeit scheitern.»

Kristian Schneider, zum Tagungszeitpunkt designierter Stv. Direktor des Bundesamts für Gesundheit, unterstrich, wie wichtig es bleibe, einen Top-Zugang zu erstklassigen Leistungen zu sichern: «Die Leistungserbringer engagieren sich sehr gut, integrierte Modelle nachfragegerecht anzubieten. Wir müssen weiter die Ambulantisierung fördern und deren Ausgestaltung vertrauenswürdig unter den Tarifpartnern regeln.» Es sei Phantasie gefragt: «Hospital at home braucht

nicht zwingend einen eigenen Tarif. Das können wir mit der Verlagerung der Leistungen lösen: 5 Tage früher aus dem Spital entlassen und dann zuhause versorgt – das könnte man finanzieren, indem ein Teil der am Spital kostenmässig eingesparten DRG der Spitex vergütet würde.»

Wichtiger menschlicher Faktor

Sanjay Singh, Konzernleitungsmitglied CSS, erinnerte an den menschlichen Faktor: «Neue Versorgungsmodelle stehen und fallen mit den Menschen, die für ihre Patienten sorgen.» Er verwies auf die grossen Anstrengungen seines Unternehmens im Rahmen der integrierten Versorgung, die mittlerweile über 20 000 CSS-Versicherte nutzen. «Und weil wir immer besser werden wollen, haben wir ein vierköpfiges Spezialteam gebildet, das intensiv weitere Chancen aufspürt. Neue Modelle gedeihen dann gut, wenn sie als Führungsaufgabe wahrgenommen werden, wenn alle Beteiligten systemisch denken, enge Beziehungen aufbauen und Sektorengrenzen öffnen. All das braucht nicht a priori mehr Budget und es ist sinnvoll, neue Modelle zuerst mit den Leistungserbringern zusammen zu entwickeln und

Prima motiviert seien in der Regel junge Mitarbeitende, erwähnte Jana Siroka: «Die haben einen Riecher für Innovationen. Das haben wir ganz besonders bei Hospital at home erfahren. Wer diesen Pioniergeist stärkt, hat auch weniger Abgänge von Fachpersonen zu beklagen. Deren Erhalt ist von grösster Bedeutung, zudem könnte es düster werden, wenn wir nicht mehr Ausbildungsplätze schaffen, gerade angesichts unserer enormen Abhängigkeit von ausländischen Arbeitskräften.» – «Wir brauchen ausserdem neue Berufsbilder», forderte schliesslich Sanjay Singh, weil neue Versorgungsmodelle anspruchsvoll sind und mehr Koordination erfordern ...» «... und neben persönlicher Initiative auch mehr Digitalisierung und den Einsatz Künstlicher Intelligenz», wie Kristian Schneider anfügte.

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

Weitere Informationen

www.medicongress.ch

Save the date: Das nächste «DRG and more»-Forum findet am 28. und 29. Januar 2027 im Zentrum Paul Klee in Bern statt.

Das Netzwerk-Dinner am ersten Forumsabend bot viel Raum und Zeit zum persönlichen Austausch.

