

Der KPMG Healthcare Event machte klar, wo die bessere Vernetzung beginnt

Was fördert die Qualität Integrierter Versorgungssysteme?

Demografische Entwicklung, Zunahme chronischer Erkrankungen und medizinisch-technischer Fortschritt erhöhen die Lebensdauer und erst recht die Kosten. Zudem mangelt es hierzulande weiterhin an Transparenz und Steuerbarkeit. Das in den Griff zu kriegen, bedeutet für alle Akteure des Gesundheitswesens eine der grössten Herausforderungen. Dazu braucht es neue Versorgungs- und Abgeltungsmodelle und eine verstärkte organisationsübergreifende Zusammenarbeit. Aber wie erreicht man eine für die Patienten optimale Integrierte Versorgung, die wirtschaftlich tragbar ist? – Antworten brachte der KPMG Healthcare Event.

Die Schweiz ist keine Insel, Gesundheitssysteme sind weltweit unter Druck geraten. «Das bedeutet wachsende Herausforderungen in der Versorgung», urteilte Dr. Anna von Poucke, Partnerin und Leiterin Gesundheitswesen KPMG Niederlande. «Im Detail bedeutet dies höhere Anforderungen mit weniger Mitteln zu bedienen und den differenzierten Versorgungsansprüchen einer schnell alternden Bevölkerung gerecht zu werden. Zudem steigen die Patientenkonzentriertheit, die Erwartungen und der Druck, gute

Ergebnisse zu liefern. Silos zwischen den Leistungserbringern, Versicherern und der Pharmaindustrie werden aufgehoben und es lässt sich eine steigende Nachfrage nach Innovation und Tech-fähigen Lösungen feststellen.» Diese globalen Herausforderungen spiegeln sich auch in der Schweiz wider:

- Die direkten Kosten chronischer Krankheiten machen gemäss OBSAN 2015 bereits 80% der Gesamtkosten aus.
- 27% der Gesamtbevölkerung leiden an einer chronischen Krankheit oder sind multimorbid.
- Es herrscht eine hohe Intransparenz bezüglich Leistungen, Qualität und Kosten.
- Die steigenden Kosten im System verursacht namentlich einen Kostendruck in den Spitälern.
- Schliesslich macht sich ein eklatanter Personalmangel breit.

Veränderung ist nie einfach, muss aber sein

«Besonders schwierig ist Veränderung, wenn eine Vielzahl von Leistungserbringern davon betroffen ist. Der Anstoss zur Veränderung kann nur durch die Schaffung eines Bewusstseins zur Dringlichkeit gebildet werden», so Dr. Anna van Poucke, Grundlage soll sein:

- die Herausforderungen bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugang zur Versorgung zu beschreiben,
- eine solide Datenbasis und Analyse zu schaffen, um Gegenargumente zu entkräften,
- ein breites Publikum anzusprechen, um möglichst viele Stakeholder mit ins Boot zu holen,

- dass sie sich über die Zeit bewährt, denn Veränderungen sind Prozesse und finden nicht über Nacht statt, sowie
- aufzuzeigen und hervorzuheben, was durch Veränderungen gewonnen und geschaffen wird (z.B. mehr Versorgung auf Gemeinde- oder Kantonsebene, dass ältere Menschen länger zuhause versorgt werden können, bessere Koordination zwischen Leistungserbringern usw.).

Wie Leistungserbringer besser zusammenarbeiten

Die Referentin präsentierte am Beispiel der Region Groningen (Niederlande), wie Leistungserbringer besser zusammenarbeiten können. Die Lösung bestand in einer gezielten und an die Patientenbedürfnisse angepassten Verschiebungen der Patientenströme im System, Optimierungen im Unispital durch Einbezug des Regionalspitals im ländlichen Umfeld und Stärkung der Grundversorger. In einem ersten Schritt wurden Patienten zurück in das lokale Spital geholt. 60% aller nicht komplexen Fälle wurden so wieder in ihrer Region behandelt. Patienten die sich selber an das Universitätsspital überwiesen hatten, wurden zurück in das lokale Spital überwiesen. In einem zweiten Schritt wurde eine Strategie entwickelt, die die Behandlung aller komplexen Fälle der Region für das Unispital vorsah, während weniger komplexe Fälle im lokalen Spital behandelt wurden. In einem dritten Schritt wurden 1.4% der DRGs von Hausärzten und grundversorgungsnahen Einrichtungen übernommen. Bei diesen DRGs handelt es sich vor allem um die Versorgung von chronischen Erkrankungen und onkologischer Nachbetreuung. In den Niederlanden nimmt die Zusammen-



Michael Herzog,
Partner und Leiter Healthcare Sector, KPMG



arbeit zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern stark zu. Arbeiteten 2012 erst 22% der Spitäler mit Hausärzten zusammen, waren es ein Jahr später bereits 40 %.

Stärkung der Grundversorgung und der Versorgung in ländlichen Gebieten

Das Gesundheitssystem in Derbyshire ist aufgrund verschiedener Faktoren in immer grössere finanzielle Schwierigkeiten geraten. Grossen Einfluss nahmen dabei eine schnell alternde Bevölkerung und die steigende Prävalenz chronischer Krankheiten. Bis vor Kurzem bestanden eine veraltete Infrastruktur in der Grundversorgung und kaum Kapazität für Wachstum.

Durch das intensive Nutzen der Notfalldienste durch ältere Menschen, die häufig nicht sicher waren, an wen sie sich wenden sollten, ergaben sich viele Hospitalisationen mit überdurchschnittlich hohen Verweildauern. Dass gleichzeitig die Sozial- und Gemeindedienste schwer zugänglich und fragmentiert waren, trug keineswegs zu einer dringend nötigen Entlastung bei – Frust, Unsicherheit und lange Wartezeiten waren die logische Folge.

Ein gezieltes Massnahmenbündel

Mit Unterstützung von KPMG wurden die Entlassungsprozesse verbessert, ein zielgerichteter Ansatz für «Vielflieger» durch Managed Care und multidisziplinäre Teams von Fachleuten aus Gemeinden und Sozial- wie psychischen Bereichen geschaffen. Schnittstellen zwischen Pfl-

geheimen und Leistungserbringern für Patienten mit Spezialbehandlungen (z.B. Demenz im späten Stadium) wurden ebenso aufgebaut wie Telemedizin und eine verbesserte Risikostratifizierung für End-of-Life-Versorgung mit Palliativdienst rund um die Uhr. Weitere Instrumente sind standardisierte, technologiegestützte Hausarztüberweisungen, standardisierte Patientenpfade, vermehrtes Verschieben von ambulanten Leistungen zu den Hausärzten, erhöhter Einsatz von eHealth und ein zielgerichteter Ansatz zum Minimieren der top 5%-Ausreisser bei der Verweildauer.

Die wichtigsten Ergebnisse der Massnahmen gipfelten in besserem Zugang, mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit für die ältere Bevölkerung sowie einem Rückgang in der Nutzung der Akutversorgung: Das Stärken der Hausärzte trägt wesentlich dazu bei, Krankenhäuser zu entlasten, eHealth und Telemedizin ermöglichen eine verstärkte Kooperation und begünstigen den Wandel zu mehr Integration; ausserdem sprechen Zahlen eine deutliche Sprache: 20% weniger Notaufnahmen, 10–20% Rückgang in der Verweildauer im Akutbereich, Psychiatrien sowie Gemeindespitalern.

Eine Vergütungsreform kann viel bewirken

Die New York State DSRIP (Delivery System Reform Incentive Payment) ist ein Programm, dessen Ziel darin besteht, mehr Kooperation zwischen den Leistungserbringern auf allen Ebenen zu schaffen. «Diese Versorgungsform ist»,

so Dr. Anna van Poucke, «eine der grössten und kühnsten Medicaid Initiativen der US-Geschichte. Das Medicaid-Programm gibt im Jahr rund \$ 60 Milliarden aus, um die einkommensschwache Bevölkerung im Bundesstaat New York zu versorgen. Typischerweise ist der Gesundheitszustand dieser Bevölkerungsschicht schlechter als der Durchschnitt und es gibt eine höhere Anzahl an multimorbiden Patienten. Es besteht in diesem Gebiet eine Zusammenarbeit von rund 100 000 Leistungserbringern (Spitalern, Gesundheitshäusern, Pflegeeinrichtungen, Kliniken und Gesundheitszentren, Gesundheitsdiensten, Pflegedienstleistern, Sozialdiensten und weiteren Stakeholdern). Sie bilden ein sog. Performing Provider Systeme (PPS). Jeder Versicherte ist einem Hausarzt und einem PPS zugeordnet. Die PPS-Aufgaben bestehen im

- Durchführen von Bedarfsanalysen, um Prioritäten festzulegen,
- Im Erstellen von Projektplänen aufgrund des Bedarfs und der DSRIP-Prioritäten sowie
- In der Berichterstattung zum DSRIP-Projektverlauf, zu Ergebnissen und zum Erreichen der Ziele.

Zielvorgabe ist es, vermeidbare Hospitalisierungen um 25% zu senken. Dies bedeutet auch, dass ein Rückgang in den Spitalleistungen angestrebt wird und eine Zunahme von Leistungen in der Grundversorgung und grundversorgungsnahen Einrichtungen auf Gemeinde- oder Regionsebene erzielt werden soll. PPSs werden an ihren Behandlungsergebnissen (outcome) gemessen und dementsprechend vergütet.

**Vergütet werden
Gesamtversorgungspakete**

Dr. Anna van Poucke: «Mit der Erkenntnis, dass Vergütung von der Art der Versorgung und des Behandlungsergebnisses abhängen soll, sind massgeschneiderte Ansätze – in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung – entstanden. In einem sog. Value based-Vergütungssystem hängt die Vergütung von Leistungen von den Bedürfnissen der Bevölkerung ab, mit dem Anspruch, Leistungen dort zu vergüten, wo sie entstanden sind. Im New York State DSRIP werden Leistungen also nicht mehr nach ihrer Anzahl vergütet (z.B. Anzahl Konsultationen), sondern es werden Gesamtversorgungspakete vergütet (z.B. 1 Jahr Diabetes-Behandlung).

Den beteiligten Leistungserbringern steht es frei, welchen Grad der Risikoverteilung sie eingehen möchten: Einzelleistungsvergütung mit Bonus und/oder basierend auf Qualitätsergebnissen, Einzelleistungsvergütung, wobei die Erträge bei guten Ergebnissen geteilt werden, Einzelleistungsvergütung mit Risiko- resp. Gewinnbeteiligung oder schliesslich Kopfpauschale resp. Komplexpauschale mit ergebnisorientierter Komponente.

Von erfolgreichen Beispielen lernen

«Mehr Integration in der Versorgung kann einem System dreifach helfen», ist Dr. Anna van Poucke überzeugt, «bessere Qualität, kosteneffektivere Leistungen und besserer Zugang für alle Patienten.» – Das Erfolgsrezept für Care System Redesign ist: Daten und Analysen als Grundlage für neue Versorgungs- und Finanzierungsmodelle zu nutzen. Patientenpfade sollten alle Versorgungsebenen inkludieren, Die Schaffung von mehr Koordination zwischen den Leistungserbringern, Stärkung der Hausärzte und der Grundversorgung im gesamten System, Schaffung der richtigen Anreize durch ergebnisorientierte Vergütung. eHealth und Telemedizin sind dabei Treiber für Redesign. Die Basis bildet immer eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit aller Stakeholder mit einer gemeinsamen Vision.

Integrierte Versorgung? – Höchste Eisenbahn!

Vernetzen, Integrieren, besser Zusammenarbeiten sei keine Frage, sondern eine dringende Notwendigkeit, betonte André Zemp, Partner, Leiter Healthcare Advisory bei KPMG: «Es gibt eine Vielzahl aktueller Themen, die nach neuen Formen der Kooperation verlangen: Das BAG bemängelt die Patientensicherheit in der Schweiz, die Leistungserbringer schreiben

zunehmend rote Zahlen – 50% der Spitäler sind bald defizitär, die zu teuren Vorhalteleistungen erweisen sich als Bumerang. Höhere Löhne treiben die Gesundheitskosten weiter nach oben (von 2013 auf 2014 nahmen die Personalkosten der kleineren Spitäler bereits um 4.6% zu, die Umsätze aber nur noch um 1.6%) und die Gesundheitskosten werden in den nächsten zwei Jahren wieder steiler steigen als 2015. Ein Hauptfaktor sind die ambulanten Spitalleistungen, schliesslich drängen Portale zum Qualitätsvergleich auf den Markt. Die Spitäler sind ausserordentlich gefordert.»

Parallel zu den grossen Herausforderungen seien eklatante Systemmängel feststellbar: So bestünden Marktversagen, Regulierungs- und Vollzugsversagen – die kantonalen Planungen sind nicht in der Lage, die hochspezialisierte Medizin zu koordinieren – , falsche politische Rahmenbedingungen, beispielsweise die Direktsubventionierung öffentlicher Spitäler, und Governance-Lücken. Die Mängel führten zu Ineffizienzen wie Über- oder Unterversorgung, zu verzerrten Preisen und suboptimalen Prozesse. Darunter leide auch die Qualität. Betroffen seien alle Bereiche: Versicherer, stationäre und ambulante Leistungserbringer, die Medikamentenversorgung und die Prävention.

Fehlanreize rasch entsorgen

André Zemp: «Es bestehen Fehlanreize von Seiten der Leistungserbringer, der öffentlichen Hand und auch der Versicherer und Kunden. Der fehlende Wettbewerb bietet kaum Anreiz, kostengünstige Behandlungen anzubieten, es besteht zudem mangelnde Transparenz bei Preis, Leistung und Qualität. In der Spitalpolitik dominieren ein reines mengenorientiertes System und zusätzlich die widersprüchliche Rolle der Kantone als Anbieter, Finanzierer und Regulatoren. Die Quersubventionierung unter dem Titel Gemeinwirtschaftliche Leistungen (wir berichteten im «clinicum» ausführlich darüber) ist wertverzerrend. Leider bieten auch die Versicherer zu wenig Anreiz für ein echtes Leistungsmanagement; sie konzentrieren sich nach wie vor aufs Akquirieren «guter Risiken». Zudem ist der Kontrahierungszwang anachronistisch. Und: Wen wundert es, dass auch die Versicherer kaum Lust verspüren, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen? Für sie scheint «nur das Beste gut genug» zu sein. Diese Haltung wird noch durch die Prämienverbilligung gefördert.»

Ein zukunftsweisender Ansatz

Angesichts dieser verfahrenen Ausgangslage sei die Integrierte Versorgung ein zukunftsweisen-



André Zemp,
Partner und Leiter Healthcare Advisory, KPMG

der Ansatz. Sie führe zu gleichen oder niedrigeren Kosten bei gleicher oder steigender Qualität, bessere Behandlungsergebnisse (from volume to value), eine höhere Patientenzufriedenheit und -sicherheit sowie einem Vermeiden von Fehlanreizen und Ineffizienzen im Versorgungsprozess. – «Was es braucht, sind eine ganzheitliche Betrachtung, bessere Kommunikation und Kollaboration sowie eine klare Differenzierung. Es bestehen viele Chancen für Leistungserbringer im Bereich der Versorgungs- und Finanzierungsmodelle», fasste Zemp zusammen. Offenbar dämmert es mittlerweile vielerorts. Interessant ist nämlich, dass eine kürzliche KPMG-Umfrage bei 49 CEOs/CFOs von Deutschschweizer Spitalern folgendes Resultat zeigte, als nach den 6 wichtigsten Themen gefragt wurde: 18 Nennungen für «strategische Themen», 16 für «Kostenreduktion/Effizienzsteigerung», 12 für «Prozesse/IT», 10 für «Integrierte Versorgung», 8 für «Immobilien» und ebenfalls 8 für «Regulatorische Fragen».

Sich ein komplett neues Gesicht gegeben

Ein mutiges wie auch erfolgreiches Beispiel für eine Neuorientierung ist die Siloah AG in Gümligen. Die Stiftung Siloah besteht seit rund 100 Jahren und hat sich der Alterslangzeitpflege verschrieben. Sie wies 2003 bei einem Umsatz von 6 Mio. Franken einen Verlust von 1.8 Mio. Franken aus. Eine erste Situationsanalyse wurde nicht weiterverfolgt. 2012 übernahm Thomas Mattmann die operative Führung der Siloah Ärzte AG, welche auf dem Areal eine Akutklinik



betrieb. Im Jahr 2005 wurden dann das traditionelle Langzeitgeschäft der Stiftung und die Akutklinik Siloah Ärzte AG in der neuen Siloah AG zusammengeführt. Vorgängig erfolgten wesentliche Investitionen, die privat finanziert wurden: 35 Mio. Franken für ein neues Akutzentrum und 26 Mio. Franken für die Modernisierung der Langzeitpflege. Heute führt die Siloah AG unter anderem rund 1000 Eingriffe in der Kinderchirurgie und rund 2500 Augenoperationen durch. In der Langzeitpflege weist die neue Siloah rund 49000 Langzeitpflegetage pro Jahr aus. Das Akutangebot umfasst heute nebst den strategischen Schwerpunkten Akutgeriatrie und Orthopädie auch allgemeine Innere Medizin, Ophthalmologie, allgemeine Chirurgie (inkl. Notfall), Dermatologie, Endokrinologie, Diabetologie, ORL, Kieferchirurgie und Zahnmedizin, Kindermedizin und -chirurgie, Neurologie, Pneumologie und Urologie. Im Reha-Bereich wurde das Angebot um die geriatrische Reha erweitert.

«Wir bieten mit einem gemischten System von Beleg- und Chefärzten eine integrierte Versorgung unter einem Dach: über den ganzen Behandlungspfad mit Akut-, Rehabilitations- und Langzeitangeboten», fasst Thomas Mattmann zusammen. «Unsere Philosophie lautet: Der Patient kann sich jederzeit flexibel bezüglich Behandlungspfad entscheiden. Dabei arbeiten wir mit kompetenten Partnern zusammen. Die grössten Herausforderungen sind dabei die nötige Offenheit für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und der Informationsfluss zwischen den verschiedenen Fachgebieten. Als Vorteile sehen

wir die Steigerung der Qualität durch Spezialisierung, die rasche Wiedereingliederung der Patienten in ihr gewohntes Umfeld und letztlich die Verbesserung der Kosteneffizienz.»

Ein Ärztenetzwerk von 102 Motivierten

Auch PizolCare in der Ostschweizer Region Werdenberg-Sarganserland ist ein erstklassiges Beispiel, wie mit viel Initiative und Herzblut neue, zukunftsweisende Versorgungsformen realisiert worden sind. PizolCare ist ein Ärztenetzwerk von aktuell 102 Hausärzten, Spezialärzten mit eigener Praxis und Spitalkaderärzten aus der Region. Das im Jahre 2000 gegründete Grundversorgernetzwerk wurde als eines der ersten Netzwerke 2003 EQUAM-zertifiziert und seitdem mehrfach rezertifiziert. Das Netz betreut in Hausarzt-Modellen mit Capitation (Budgetverantwortung) 32000 Versicherte, fast die Hälfte der Regionsbevölkerung.

Das Netzwerk funktioniert mit gemeinsamen, klar definierten und von allen Partnern anerkannten Zielen, messbaren Ergebnissen, formalisierter Zusammenarbeit, direkter, fortdauernder Kommunikation und Leitung durch Koordination statt Direktiven. Die Arbeit am Patienten basiert auf Verbindlichkeiten entlang des Behandlungspfads, die für alle einen Patienten betreuenden Leistungserbringer gelten. «Unser Einsatz soll die Bedürfnisse der medizinisch betreuten Bevölkerung kosten- und ressourcenoptimiert gewährleisten», betont Dr. med. Urs Keller, Geschäftsführer der PizolCare

AG. «Wir verfolgen gegenseitig sichtbar gemachte ökonomische und qualitative Ergebnisse, eine sich kontinuierlich weiterentwickelnde Zusammenarbeit und autonom bleibende Strukturen der Leistungserbringergruppen.»

Hohes Ziel: allseitige Zufriedenheit

Die Integrierte Versorgung umfasst Grundversorger, Spezialisten, stationäre und halbstationäre Behandler, nachbehandelnde Pflegeinstitutionen und Physiotherapeuten. Es bestehen insbesondere Verträge mit den Spital-Kaderärzten ad personam des Spitals Rheintal-Werdenberg-Sarganserland. Dabei werden Projekte mit den stationären Anbietern erarbeitet und gemeinsame Qualitätszirkel unterhalten. «Wir sehen einen klaren Kundennutzen. Doppelspurigkeiten werden vermieden, Zuständigkeiten und Professionalitäten sind bekannt. Das gegenseitige Verständnis für die gewählte Behandlung wird gefördert. Es besteht ein finanzieller Erfolg durch Minimierung vermeidbarer Kosten. Ausserdem können die Ressourcen durch integrierte Zusammenarbeit besser, weil kosteneffektiver eingesetzt werden. Wir gehen unseren Weg weiter mit dem Ziel: zufriedene Patienten für zufriedene Ärzte, zufriedene Ärzte für zufriedene Patienten.»

Eine wichtige Rolle im Netzwerk spielt die Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland (RWS), welche die drei Standorte Alstätten, Grabs und Walenstadt unterhält. Das Angebot besteht aus akuter Grundversorgung (Innere Medizin

inkl. Akut-Geriatrie), Chirurgie, Orthopädie, Frauenheilkunde (dies nur in Grabs und Walenstadt) und Radiologie. Stationär stiegen die Fallzahlen zwischen 2011 und 2014 von 15700 auf 16100 Fälle. Aufgrund des hohen Kostendrucks sank die EBITDA-Marge von 2013 auf 2014 von 8.1% auf 5.5%.

Ambitiöse Pläne für die Zukunft

Für die Spitalstandorte Altstätten und Grabs sind Bauinvestitionen von total 240 Mio. Franken geplant, welche die Infrastruktur der Spitalregion RWS auf einen modernen Stand bringen und für effizientere Abläufe sorgen sollen. Das wird nötig sein, denn die Anlagenutzungskosten werden sich mit der Fertigstellung der Bauprojekte gegenüber heute fast verdoppeln «Unsere Herausforderungen sind gross», unterstreicht denn auch Stefan Lichtensteiger, Vorsitzender der Geschäftsleitung der Spitalregion RWS, «wir brauchen eine mittelfristig notwendige Erhöhung der EBITDA-Marge auf 10%, wobei sich allerdings das Marktumfeld rauer gestaltet. Wir spüren eine zunehmende Konkurrenz und einen Rückgang der zusatzversicherten Patienten. Mögliche Lösungsansätze sind weitere Schwerpunktbildungen, Qualitäts- und Kostenmanagement im Sinne des «Lean Hospital» und eine Umsatzzsicherung und -steigerung durch Zuweiserbindung im Rahmen der Integrierten Versorgung.»

Dabei wird der Zusammenarbeit mit dem Ärztenetzwerk PizolCare grösste Aufmerksamkeit geschenkt. Allerdings bestehen einerseits divergierende Interessen – PizolCare will eine kostengünstige Patientenversorgung, die Spitalregion RWS braucht Wachstum und Umsatzsteigerung mit Blick auf die ernst zu nehmende Kostenentwicklung –, andererseits aber auch viele gemeinsame Interessen. Im Fokus stehen hier das gemeinsame Sicherstellen einer guten Patientenversorgung mit Mehrwert für die Patienten, aufeinander abgestimmte Behandlungspfade, eine gute Kommunikations-Abstimmung zwischen Spital und Zuweisern, besseres gegenseitiges Verständnis, Zuweiserbindung und Inanspruchnahme spezieller Dienstleistungspakete des Spitals durch PizolCare.

Gegenseitiges Vertrauen ist das wichtigste Kapital

In der abschliessenden Podiumsdiskussion kam deutlich zum Tragen, wie entscheidend erstklassige Kommunikation und gegenseitiges Vertrauen sind. «Nur auf diese Weise funktionieren die gewünschten Kooperationen», ist Stefan Lichtensteiger überzeugt. Besteht dieses Fundament nicht, nützt alles nichts.» – «Daraus entstehen Verhandlungen auf Augenhöhe», meint Dr. Urs Keller, «schweizweit müssen wir dabei anerkennen, dass es 26 Kantone gibt mit unterschiedlichen Regelungen. Daher gilt es, Neuerungen pragmatisch und regionsspezifisch umzusetzen.» Dr. Anna van Poucke sieht vor allem in der Integrierten Versorgung die beste Möglichkeit, die Kosten der ganzen Behandlungsketten ausreichend zu analysieren und zu optimieren, was die Chance für «integrated payments» für spezielle Therapiegruppen schafft.

André Zemps Fazit nimmt diesen roten Faden auf: «Man muss immer nach einer Win-win-Situation suche. Voraussetzung ist auch ein echter Wille zum Wandel. Dieser Wille ist in Spitälern dort am ausgeprägtesten, wo im Verwaltungsrat Kompetenz und Weitsicht gebündelt wird.» – «Bleiben wir mutig und optimistisch und setzen wir das Nötige Schritt für Schritt um», lautet schliesslich Michael Herzogs Wunsch, «so unternehmen wir auch immer einen Schritt heraus aus dem Nebel und hinein in eine nachhaltige Zukunft.»

Text: Dr. Hans Balmer

PermoTherm®
finest hot water solution

ACHTUNG HEISS!

Testen Sie das automatische Heisswassergerät PermoTherm® einen Monat gratis.

Ihre Vorteile:

- hoher Zeitgewinn
- keimfreies Wasser
- leistungsstark
- energieeffizient

Die höhenverstellbare Topfwanne lässt sich jedem erdenklichen Gefäss anpassen.

Zeltner
Systemtechnik AG

Zeltner Systemtechnik AG
Heisswassergeräte und Kaffeemaschinen
Färchstrasse 8
CH-4629 Fuluibach
Tel +41 (0)62 398 15 28
info@zeltnersystem.ch
www.zeltnersystem.ch