

Am 7. DRG Forum Schweiz-Deutschland fanden Experten Baustellen und zeigten Visionen und Lösungen

## **DRG und TARPSY: im siebten Himmel oder zum Nachbessern?**

«Rahmenbedingungen für leistungsorientierte Systeme» lautete das Motto des ausgezeichnet besuchten zweitägigen Anlasses. SwissDRGs sind im siebten Jahr angekommen, TARPSY ist seit Jahresbeginn in Betrieb: Was läuft gut? Was nicht? Braucht es Nachbesserungen? Diesen Fragen gingen erfahrene Referenten gründlich auf die Spur. Sie erörterten zudem wichtige Aspekte der Tarifsysteme in angeregten Paneldiskussionen und einem moderierten World Café.

Das DRG Forum Schweiz-Deutschland der Medi-Congress GmbH hat einen festen Platz in der Agenda der Verantwortlichen im schweizerischen Gesundheitswesen. Eine sichere Themenwahl und ausgezeichnete Referenten bildete auch dieses Mal in Bern das Fundament dafür.

### **Es ist nicht alles Gold, was glänzt**

Bereits die Ouvertüre hatte es in sich. Gesundheitsökonom Dr. Willy Oggier, Programmverant-

wortlicher, öffnete den Fächer relevanter Problempunkte weit und bot einen fulminanten gesundheitsökonomischen Ein- und Ausblick. Eingangs liess er die gesetzlichen Grundlagen Revue passieren:

- Preise für Leistungen bilden
- Öffnen der Kantons Grenzen
- saubere Trennung zwischen KVG- und Gemeinwirtschaftlichen Leistungen
- ebenfalls saubere Trennung zwischen KVG- und zusatzversicherten Leistungen

- Transparenz, Vergleichbarkeit und Wettbewerb fördern
- Öffentliche Spitäler werden «privater», private Spitäler «öffentlicher».

Bei der Beurteilung zur Auswahl für die Spitalliste hätten die Kantone die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen, den Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist und die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung der Leistungsaufträge zu beurteilen. Bei der Spitalplanung sei den Grund-





Ein volles Auditorium im Zentrum Paul Klee unterstreicht eindrücklich, dass das DRG Forum mit aktuellen, spannenden Themen zu begeistern weiss.

sätzen von Effizienz, Synergie unter den Leistungserbringern und Qualität nachzuleben. Dabei müsste auch die interkantonale Koordination beachtet werden. Hierzu seien die nötigen Informationen über die Patientenströme auszuwerten und diese mit den betroffenen Kantonen auszutauschen.

### Mindest-Mengen sind sehr relevant

Oggier ging speziell auf die Behandlungsqualität in Abhängigkeit von den Fallzahlen ein. Hier zitierte er einen AOK-Report aus dem letzten Jahr: «134.000 Patienten erhielten in den Jahren 2012 bis 2014 in 1064 Krankenhäusern bei Arthrose ein neues Hüftgelenk. In einem Fünftel der Kliniken fanden maximal 38 Operationen pro Jahr statt. Das Risiko für eine erneute Hüft-OP binnen Jahresfrist war für Patienten dieser Häuser mehr als doppelt so hoch wie für Patienten, die in dem Fünfte der Kliniken mit den höchsten Fallzahlen operiert wurden. In solchen Zentren fanden 211 oder mehr planbare Hüft-OPs statt.» Vergleichbare Daten präsentierte der Gesundheitsökonom auch für bestimmte Krebstherapien; beispielsweise lag gemäss AOK-Report die Zahl der Todesfälle bei Darmkrebs um 280 tiefer bei einer Mindestmenge von 82 Operationen und bei Lungenkrebs waren es 74 Todesfälle weniger bei mindestens 108 Operationen. Es sei somit

logisch und richtig, dass die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich angesichts dieser Tatsachen ab 2019 von den Chirurgen eine minimale Anzahl an Eingriffen verlange.

### Der ökonomische Druck steigt – Dampf ablassen

Unvermindert steht das Gebot erhöhter Wirtschaftlichkeit über dem Schaffen der Spitäler. Aufsehen erregte ein weiteres Zitat, diesmal aus dem «Deutschen Ärzteblatt» vom 24.11.2017: «Allgemeines Klagen auf der einen Seite und ein weitgehendes Verdrängen der Probleme auf der anderen Seite sind nicht zielführend. (...) Eine Aufstockung der finanziellen Mittel (...) würde hieran sicher nichts ändern, denn dieser verbreiteten Forderung liegt eine falsche Prämisse zugrunde. Mehr Geld im System würde die Anreize für eine Gewinnerzielung keineswegs vermindern. Hierdurch würden nur die heiklen Punkte des Systems verfestigt. «Billiger» bedeutet nicht automatisch «schlechter». Die notwendige und ausreichende Versorgung lässt sich auch mit den vorhandenen Mitteln exzellent erbringen. Möglicherweise muss dies an einigen Stellen durch Einschränkungen an Komfort und Luxus erfolgen. Die in manchen Kliniken zur Schau gestellte Pracht (...) führt ja keineswegs zu besseren Ergebnissen des Behandlungspro-

zesses.» Die kritischen Äusserungen stammen pikanterweise ausgerechnet von einem Mediziner, Dr. med. J. Köbberling.

### Wo stehen wir in der Schweiz?

Die Probleme im Vergleich Deutschland-Schweiz entpuppen sich als durchaus ähnlich. Bei uns stehen die ungenügende Abgeltung von Hochkostenfällen und die fehlenden Anreize zur Ambulantisierung von Eingriffen im Fokus, wir haben noch keine Zero-Night-DRG. Daher sei Folgendes zu beobachten gemäss W. Strüwe («Schweiz. Ärztezeitung», 4.10.2017): «Die Verlagerung von Leistungen in andere Bereiche (...) bedeutet nichts anderes, als dass eine «Aus-höhlung» der Fallpauschalen stattfindet. Leistungen, die bereits über die Fallpauschalen vergütet wurden, werden noch einmal entschädigt, und zwar über die Tarifsyste-me der anderen Leistungsbereiche. Dies ist nichts anderes als eine Doppelvergütung, die nicht gerechtfertigt ist.»

Und weiter: «Eine Leistung, die ehemals stationär erbracht wurde und daher zu Recht in die Kalkulation der Kostengewichte eingeflossen ist, dann aber ambulant erbracht wird, ist aus Systemsicht erst nach drei Jahren aus dem Kostenträger herausgerechnet. So lange dauert es, bis Veränderungen im System abgebildet sind. Die Vergütung der Fallpauschale ist also für drei Jahre zu hoch, so dass die Spitäler während dieser Zeit einen Zusatzertrag erwirtschaften. (...) Die Lösung ist also ein Abschlag auf die Baserate, der sich auf Leistungsverlagerungen in andere Bereiche zurückführen lässt.»

### Verbesserungspotenzial nutzen

Oggier forderte gezielte Verbesserungsmassnahmen. Neben der Optimierung der DRG-Tarifierung sieht er einen hohen Nutzen, wenn Rehakliniken als lokale Gesundheitszentren mit einem diversifizierten Leistungsangebot als Garanten der Versorgung in ländlichen Gebieten auftreten. Damit verbunden sei eine Aufwertung der Reha-Einrichtungen in der Versorgungskette, bis hin zum zentralen Gesundheitsversorger vor Ort. Vorteilhaft sei auch die Prehabilitation, die individuell angepasste präoperative Bewegung- und Sporttherapie, denn das Schaffen physischer und psychischer Voraussetzungen begünstigt ein möglichst komplikationsloses Überstehen von Operationen und eine möglichst optimale und schnelle Regeneration, dies insbesondere bei Orthopädie, Herzchirurgie, Viszeralchirurgie sowie bei Tumorpatienten, hier nicht nur präoperativ, sondern auch vor Chemotherapie und Bestrahlung.



Referenten in Bestform gaben dem Anlass die nötige Würze (v.l.n.r.): Regierungsrat Pierre-Alain Schnegg, Gesundheitsdirektor Kanton Bern, Daniel Rochat, SWICA Krankenversicherung, Dr. Peter Eichenberger, CEO St. Claraspital Basel ...

Als weitere Themenschwerpunkte zur Optimierung nannte Oggier die Schärfung des Reha-Begriffs, bei dem vermehrt Qualitätskriterien zu Grund liegen sollten, die Entwicklung spezieller Angebote für den künftigen Versorgungsbedarf, namentlich im Rahmen chronischer Erkrankungen, die Personal-Rekrutierung (Fachkräftemangel), den Skill-Grade-Mix, das Wissensmanagement und die Standardisierung von Behandlungspfaden.

### Die Zukunft meistern – Leitfragen

Hinsichtlich der künftigen Ausgestaltung unseres Gesundheitssystems müssten einige Leitfragen beantwortet werden:

- Wo ist die Sicherstellung der Versorgung besonders gefordert (Public Health-Perspektive)?
- Wieviel hochspezialisierte Versorgung brauchen wir?
- Wann hören die nach Spitalkategorien differenzierten Baserates auf?
- Wann werden die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen öffentlich ausgeschrieben und überprüft, damit höchstens die Kosten entschädigt werden?
- Soll mit der Einführung der leistungsorientierten Finanzierung auch auf eine leistungsorientierte Spitalplanung gewechselt werden (Psychiatrie, Reha)?

- Braucht es die Notfall-Versorgung überall oder ist dies vor allem ein Argument, um zu Gemeinwirtschaftlichen Leistungen zu gelangen?
- Sollen wir den Begriff «teilstationär» wieder einführen?
- Überprüfung der Indikationsqualität: Wem gehört welche Rolle?

Daraus resultiert natürlich Handlungsbedarf. So brauche es bessere Datengrundlagen für bedarfsgerechte Planungen, eine interkantonale Klärung von Qualitäts- und Leistungsgruppen-Begriffen («und das», so Oggier, «subito!»), ein Überprüfen der Bewerber auf ihre Leistungsfähigkeit (eine eindeutige KVG-Forderung gemäss Artikel 39, Abs. 1), die Wiedereinführung des Begriffs «teilstationär» im Rahmen koordinierter Verhandlungen, die Definition minimaler Fallzahlen, keine weitere Bevorzugung eigener Institutionen durch die Kantone und namentlich auch keine Wirtschaftsförderung über die Spitalliste. – Des Gesundheitsökonomien Fazit fällt denn auch eindeutig aus: «Der Gesprächsstoff geht uns nicht aus. Bleiben wir am Ball!»

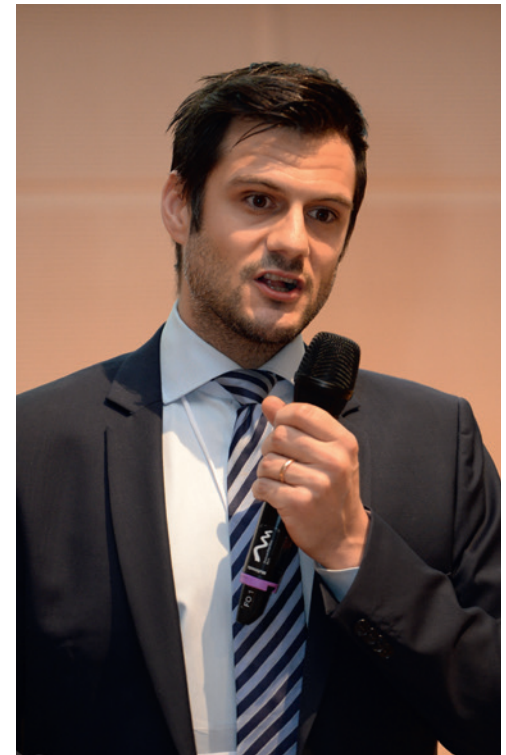
### Mehr Unternehmergeist ist das Rezept

Geradezu brillant war das Referat des Berner Gesundheitsdirektors, Regierungsrat Pierre-Alain Schnegg – ein Plädoyer für ein liberales leistungsorientiertes Gesundheitssystem. Sein primäres Anliegen bestehe darin, sein Departement

wie ein Unternehmer zu führen, das sei er sich von seiner früheren Position her gewohnt. «Und das bedeutet, mit den vorhandenen Ressourcen optimal umzugehen und leistungsorientiert zu arbeiten. Ebenso wichtig ist eine ehrliche Teamarbeit, die zu zukunfts-trächtigen Konzepten führt, für die Verantwortung zu tragen ist. Dabei geht es darum, alle Prozesse ständig zu verbessern und eine sehr hohe Patienten-, das heisst Kundenzufriedenheit zu erzielen. Bei all dem setze ich auf mehr Unternehmergeist.»

In den vergangenen 19 Monaten, seit Pierre-Alain Schnegg im Amt ist, sind viele Umbauten erfolgt, denn «ich bin dagegen, dass Staatsgelder nach dem Giesskannenprinzip verteilt werden.»

So pflegt der initiative Gesundheitsdirektor einen regen Gedankenaustausch mit den Spitalverantwortlichen, es wurden ein kantonales Projekt zur Analyse der Rettungsdienste initiiert, zur Unterstützung der Hausarztmedizin 35 neue Assistentenstellen bei erfahrenen Grundversorgern geschaffen, die vom Kanton mitfinanziert werden, und in Zusammenarbeit mit den Spitalern Richtlinien aufgestellt, nach denen Operationen vermehrt ambulant statt stationär durchzuführen sind, wobei neben dem Kosteneinsparen das Wohl der Patienten oberste Priorität geniesse, «es darf dabei auch zu keiner Mengenausweitung kommen.»



... Prof. Dr. Stefan Felder, Health Economics Uni Basel, Simon Stahel, lic. oec. publ., Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Mitglied Beratender Ausschuss ST Reha, und Dr. med. Benjamin Schwegler, Spezialist Wirtschaftlichkeitsprüfung & Tarife Visana.

### Hausarztmedizin stärken

Die Hausärzte, namentlich auf dem Land, sind für Pierre-Alain Schnegg eine ganz besonders wichtige Zielgruppe. Im Kanton Bern liegt der Altersdurchschnitt der Grundversorger bei 55 Jahren, 40% der Praxisinhaber sind 60-jährig und älter. Und mit dem Generationenwechsel allein sei es nicht getan, denn junge Ärztinnen und Ärzte würden lieber Gruppenpraxen in der Stadt eröffnen, in Teilzeit arbeiten, kleinere Pensen erfüllen und ausserdem die finanziellen Risiken minimieren.

Daher rechnet der Referent bei einem schrittweisen Ablösen der Routiniers mit gegen 1000 neuen Medizinerinnen, die für den Ersatz nötig seien, auf einen Abtretenden brauche es 1.8 Junge – und das sei naturgemäss alles andere als einfach zu realisieren.

Weil die Bevölkerung parallel dazu im Schnitt immer älter wird, kommt ein weiteres entscheidendes Element dazu: Die Versorgung muss effizienter erfolgen, damit die steigenden Bedürfnisse erfüllt werden können. Wohnen heute hierzulande 1.5 Mio. Menschen, die 65-jährig und älter sind, werden es im Jahre 2045 2.7 Mio. sein, allein die Zahl der über 80-Jährigen verdoppelt sich dabei von 440000 auf 880000. Leistungsorientierte Grundversorger, die Freude an ihrem Beruf empfinden, sind daher Gold wert.

### Zu hohe Regelungsdichte

Pierre-Alain Schnegg erwartet generell mehr Initiative, damit zukunftsfähige Lösungen entstehen. Gleichzeitig bedauert er die zunehmende Regelungsdichte. «Noch mehr staatliche Eingriffe – das geht nicht», lautet sein eindeutiges Verdikt. «Wenn der administrative Aufwand steigt, droht der Innovationsgeist zu leiden und die Effizienz wird kaum besser.»

Natürlich gebe es den Expertenbericht 2017 des Bundesamtes für Gesundheit mit 48 Massnahmen zur Dämpfung des Kostenwachstums. Schnegg: «Ich fürchte allerdings, dass das allein nicht genügt. Wenn wir wirklich sparen wollen, kommen die Kantone nicht darum herum, auch unbeliebte Massnahmen zu ergreifen, allerdings darf die Behandlungsqualität darunter nicht leiden. Es ist an der Zeit, grundlegende Fragen zu stellen.» Das betreffe ein Überprüfen der Verpflichtung zum Vertragsabschluss, Lösungen, um die Frequenz in den Notfallstationen der Spitäler zu entlasten und das Angebot durch Hausärzte als kostensparende Gatekeeper zu stärken, sowie ein klares Hinterfragen des OKP-Leistungskatalogs. Weiter seien Modelle erwünscht, bei denen die Leistungserbringer vermehrt nach Kriterien der Gesundheit und weniger der Krankheit entschädigt würden, und schliesslich müsse auch die Aufgabenteilung der einzelnen Akteure – Spitäler, niedergelassene

Ärzte, Apotheker, Spitex, Pflegeheime usw. – überprüft werden.

In diesem Rahmen komme den Hausärzten eine entscheidende Rolle zu. Daher hat der Regierungsrat des Kantons Bern zusammen mit der Universitätsleitung 100 neue Ausbildungsplätze für Humanmediziner geschaffen. «Zusammen mit den speziellen Praktikumsstellen wollen wir damit einen Beitrag zur Minderung des Hausärztemangels leisten. Wir wollen gleichzeitig den Konkurrenzdruck zwischen Grundversorgern und Spezialärzten eindämmen. Jeder soll fair für seine Leistung entschädigt werden. Ich bin für liberale Rahmenbedingungen, einen starken Wettbewerb und ein stufengerechtes, leistungsorientiertes Leistungsangebot. Um das zu erreichen, braucht es einen intensiven Dialog und eine hohe Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten.»

### Kein Katz- und Maus-Spiel zulassen

Mit einer gewissen Besorgnis blickt der Gesundheitsdirektor auf die massiven Bauinvestitionen im Spitalbereich. Hier gelte es, sehr genau auf die finanzielle Tragfähigkeit zu achten. Neubauten dürften nicht dazu führen, dass steigende Kosten zu mehr Behandlungen verleiten, wobei auch tendenziell sinkende Tarife eine entsprechende Versuchung darstellten. Pierre-Alain Schnegg verwies auf Statistiken, die zeigen, dass



Gesundheitsökonom Dr. Willy Oggier, der den Anlass virtuos moderierte.

in bestimmten Kliniken 30 bis 50% mehr Operationen an Zusatzversicherten ausgeführt werden im Vergleich zu den gleichen Altersgruppen und Indikationen bei Grundversicherten.

«Miteinander sprechen ist dringend nötig», brachte es der unternehmerisch denkende Regierungsrat auf den Punkt, «sonst gibt es ein Katz- und Maus-Spiel, bei dem es bloss wenige kurzfristige Sieger, aber umso mehr Verlierer gibt. Alle Akteure tragen daher eine grosse Verantwortung. Ganz wichtig ist auch ein besseres Zusammenarbeiten von öffentlichen und privaten Spitälern.» – Gerade der Kanton Bern könnte hier vorbildlich wirken, meinte Schnegg. Interessant ist nämlich, dass ziemlich genau je 50% aller stationären Akut- wie Psychiatrie-Behandlungen sowohl von den 27 öffentlichen wie den 26 privaten Häusern erbracht werden. Bei der Reha dominieren die privaten Anbieter mit 88% der Leistungen. «Wir müssen Gegensätze überwinden, was allerdings noch nicht in allen Köpfen angekommen ist.»

### Das System muss finanzierbar bleiben

Der Gesundheitsdirektor warnte schliesslich vor einem zu grossen Wachstum der Gesundheitsbranche. «Grundsätzlich ist Wachstum schon gut, es schafft Arbeitsplätze und Steuererträge. Aber

wenn es zuviel Wachstum wird, erfolgt die Finanzierung nicht nachhaltig. Zur Vorsicht mahnt die Tatsache, dass wir im Kanton Bern bereits heute 10% aller Ausgaben fürs Gesundheitswesen inkl. Prämienverbilligungen aufwenden.»

Die Herausforderungen bleiben gross: Demographie und Digitalisierung stehen dabei im Fokus. Es müsse gelingen, dank gezielter Investitionen in die Informations- und Medizintechnik den Fachkräftemangel wie auch den Kostenanstieg durch Überalterung aufzufangen. Schnegg: «Da stehen wir erst am Anfang. Wir müssen die Chancen von eHealth, Telemedizin und Kommunikation innerhalb vernetzter Strukturen nutzen, mehr Kosten durch mehr Effizienz in den Griff kriegen. Erreichen wir dieses Ziel nicht, wird das System eines Tages nicht mehr finanzierbar sein. Das unerwünschte Resultat wären eine Mehrklassenmedizin und Leistungskürzungen für einkommensschwächere Patienten. Wir tun gut daran, zu ganzheitlichen Lösungen zu gelangen.»

### Was fördert die Leistungsorientierung?

In sehr intensiven, insgesamt neun themenspezifischen Sessions, wurden die beiden einleitenden Keynotes verdeutlicht. Daraus picken wir ein paar Rosinen heraus. So fragte Dr. Michael Willer, CEO Sympany: «Einheitliche Finanzierung,

Vertragsfreiheit, Zulassungsstopp – was braucht die Leistungsorientierung?» – Das Rezept sei eigentlich klar, meinte er: «Zuerst müssen die Fehlanreize gestoppt werden.» Diese manifestieren sich in vier Kategorien:

- Über-/Unterversorgung bedeutet eine Fehlallokation der Mengen.
- Verzerrte Preise und Tarife bedeuten zu hohe oder zu tiefe Gewinnmargen.
- Ineffizienzen in der Produktion führen zu übersetzten Kosten.
- Fehlende Qualitätsnachweise heisst Minderqualität.

### Risikoausgleich geschickt verbessern

Als Gegenmassnahmen empfahl Willer die Verbesserung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherern, die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS), die Aufhebung des Kontrahierungszwangs sowie das Fördern von Sozial- und Präventivmedizin.

Fingerspitzengefühl sei allerdings angesagt. So müsse beim Risikoausgleich beachtet werden, dass seine Verfeinerung zwar zur Prämienkonvergenz führe, aber mit zusätzlichen Ausgleichsfaktoren steige auch der Aufwand überproportional zum Nutzen. Zugleich nehme die Unsicherheit bei der Berechnung zu – und «Ach-





tung: Der Risikoausgleich ist das falsche Instrument für «politische Geschenke». Der Risikoausgleich schafft jedoch richtige Anreize.»

Anzustreben sei bestimmt das Verlagern stationärer Operationen in den ambulanten Bereich. Willer: «Alle wollen es. Ambulant vor stationär (AVOS) entspricht wohl einem Patientenbedürfnis und wird durch den medizinischen Fortschritt ermöglicht, aber die Spitäler investieren v.a. viel im stationären Bereich und sinkende Fallpreise zwingen zu höheren Fallzahlen. Daher sind eben DRG-Pauschalen in vielen Fällen lukrativer als eine Abrechnung über den Tarmed. Bekanntes Fazit: Zusatzversicherte Patienten liegen stationär.»

#### **Klarer Handlungsbedarf bei VVG-Versicherten**

Es bestehe also Handlungsbedarf bei den Spitalzusatzversicherungen, es gelte, «zu renovieren statt zu «ambulantisieren»»:

- Vergütung von echten Mehrleistungen gegenüber OKP
- Saubere Trennung zwischen OKP und VVG (Tarifschutz)
- Vereinfachung der bestehenden Abgeltungssysteme (Bottom-up-Modelle)
- Investitionen und Innovationen tätigen, v.a. in den spitalambulanten Bereich (Angebot, Produkte und Differenzierung)

#### **Jetzt handeln – was ist zu tun?**

Gefordert seien alle Akteure, betonte Dr. Michael Willer. Er begann bei den Versicherern: «Sie müssen tarifarische Anreize setzen in Form von Pauschalen und Zero-Nacht-DRGs sowie in der Finanzierung ambulanter Zusatzleistungen (VVG-Produkte) und beim Aufklären der Versicherten.»

Die Gesetzgeber resp. Kantone täten gut daran, ambulante und stationäre Leitungen einheitlich zu finanzieren (EFAS). Weiter gelte es, die wichtige VVG-Finanzierung zu fördern und operative Systemeingriffe (wie kantonale Behandlungslisten u.ä.) zu unterlassen. Bei den Patienten resp. der Bevölkerung sieht der Experte eine bessere Information: «Sie sollten stationäre Eingriffe kritisch hinterfragen.» Schliesslich müssten die Spitäler und Ärzte ihre Patienten besser aufklären und mehr in ambulante Strukturen investieren. Dazu brauche es verstärkt wertebasierte Verträge (ambulant wie stationär). – Willer: «Alle sind gefordert – aber ohne EFAS kein AVOS.»

#### **Ambulantes Operieren aus Ärztesicht**

Aufschlussreich fielen die Betrachtungen von Josef E. Brandenburg, Präsident FMCH (foederatio medicorum chirurgicorum helvetica), bezüglich vermehrter ambulanter Eingriffe aus

Ärztensicht aus: «Ein Boom der ambulanten Chirurgie findet dank einer Kombination von Lokal- und Regional-Anästhesie mit minimal-invasiver, endoskopischer und endovasaler Chirurgie statt. Das führt zu einer ambulanten «Produktionsstrasse».»

Was bedeutet das konkret fürs ambulante Operieren? – Am Morgen operieren, am Abend nach Hause gehen, heisst, dass kein Spitalbett mehr nötig ist und der Operationsaufwand geringer ausfällt. Allerdings entstehe mehr Aufwand vor und nach dem Eingriff. Umso wichtiger werde daher der ärztliche Entscheid: Ist der Patient geeignet für eine ambulante OP? Bestehen Begleiterkrankungen? Wie sehen die sozialen Faktoren aus?

Ambulante «Produktionsstrassen» bedeute vor der OP die Begleitung organisieren (Taxi, Bus), zusätzliche Betreuungs-Services bereitstellen und gut funktionierende Netzwerke mit Hausärzten und Spitex sichern, ebenso wichtig sei auch ein Notruf-System.

#### **Einheitliche Finanzierung festlegen**

Tarifarisch müsse eine einheitliche Finanzierung mit gleichem Verteil-Schlüssel ambulant und stationär eingeführt werden. Dual-Fix oder Monismus, das sei hier die Frage. Brandenburg: «Für eine einheitliche Honorierung braucht es



zukünftig im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit bei der Kreation von Innovationen und neuen Geschäftsmodellen stehen müssen.»

### Mehr Orientierung auf der «Health Journey»

Mit der CURApp als Kunden-Schnittstelle zur Krankenkasse will die SWICA Gegensteuer zu akuten Problemen des Schweizer Gesundheitssystems bieten. Bezweckt wird das Lindern des Hausarzt-Mangels v.a. in ländlichen Gebieten, die Optimierung des überlasteten Hausarztssystems und «Notfalltourismus» auf Kundenseite Richtung Spital, ein Ausgleich der heute fehlenden und früher üblichen zentralen medizinischen Ansprechpartner (z.B. Hausärzte), der Abbau von Fehlanreizen und das Verhindern eines übermässigen Ausbaus kostenintensiver ambulanter Dienste und schliesslich das Erfüllen des steigenden Kundenwunsches nach Eigenverantwortung. – Rochat: «Die CURApp als direkter Kontakt zur SWICA bietet digitale medizinische Hilfe in jeder Lebenssituation. Mit der CURApp schaffen wir eine breite Kundenpräsenz und fördern Transparenz und Orientierung auf der «Health Journey.»»

Die Vorteile der CURApp für die Versicherten fasste Daniel Rochat wie folgt zusammen:

- Kompetente 24/7-Anlaufstelle für medizinische Fragen
- jederzeit Übersicht und Transparenz zum eigenen Gesundheitszustand
- schnelle persönliche Handlungsempfehlungen in medizinischen Problemsituationen
- Empfehlung geeigneter medizinischer Leistungserbringer, die schnell und kompetent weiterhelfen

Auch die medizinischen Partner profitieren:

- schneller Zugriff auf bereits erhobene medizinische Anamnese-Daten aus dem digitalen Symptom-Checker,
- dadurch rasches und effizientes Triagieren und Beraten der Patienten resp. SWICA-Kunden sowie gegebenenfalls Überweisung an weitere medizinisch adäquate Partner (z.B. Hausarzt, Spezialist),
- zudem wird ein Anbinden an gängige Patientendossier-Lösungen (z.B. Post, Swisscom) möglich.

### Bestelle doppelt, bezahle halb

Zurück zu Sünden und Verbesserungspotenzial der Tarifierung. – Kritisch in Gericht mit der Schweizer DRG-Praxis ging Ökonomieprofessor Dr. Stefan Felder, Health Economics Universität Basel. Er erinnerte daran, dass seit 2017 die Kan-

allerdings nicht zwingend ambulante DRGs. Eine gute Lösung wären auch Zero-Night-DRGs. Vorteilhaft wäre dabei, dass die Spitäler bereits Erfahrung mit DRG besitzen. Ein Nachteil bestünde darin, dass ärztliche Honorare im DRG-System nicht definiert sind und DRG-Positionen somit in Ambulatorien nicht zum Vorneherein anwendbar wären.

### Ambulante Pauschalen prüfen

Die Honorierung müsse daher eher via ambulante Pauschalen gemäss Vorschlag von FMCH und santésuisse erfolgen. Sie entsprächen ambulanten Zusatz-Honoraren. In einer Begleitstudie FMH / FMCH wird der Wechsel ambulant zu stationär untersucht. Wie oft findet er statt? Wie häufig treten Notfälle auf, die doch zu Hospitalisierungen führen? Ergibt sich ein Zusatzaufwand für Spitex und Hausarzt? Braucht es viele zusätzliche Konsultationen? Die Studie beleuchtet auch das medizinische Outcome, die Qualität der Operationen und fragt, was mit den frei werdenden Betten anzustellen sei.

Brandenberg zog folgendes Fazit: «Der medizinische Fortschritt fördert ambulantes Operieren. Administrative und politische Fehlanreize hemmen es noch. Wir müssen diese Fehlanreize beseitigen durch eine einheitliche Finanzierung und Honorierung. Ob ambulant oder stationär: Dies ist und bleibt allerdings ein medizinischer Entscheid!»

### Die Patienten aktiv einbinden

Gefordert sind angesichts der massiven Veränderungen, die sich abzeichnen, insbesondere auch die Krankenversicherer. «Die digitale Welle hat uns längst erfasst», unterstrich Daniel Rochat, Leiter Departement Leistungen, SWICA Kranken-

versicherung AG, «und viele versuchen, sich entsprechend zu positionieren. Healthcare ist attraktiv geworden für digitale Attacker. Innovative Digital Health-Lösungen verändern das Gesundheitswesen radikal. Alleine in der Schweiz gibt es aktuell rund 100 Digital Health-Start-ups. Mit Apple, Google usw. drängen zudem etablierte Technologie-Unternehmen ins Gesundheitswesen. Schweizer Health-Unternehmen haben unterschiedliche Ambitionen, erkennen jedoch den zunehmenden Innovationsdruck im Markt. Darauf reagieren wir mit CURApp.»

Diese App ist die Antwort der SWICA auf die aktuellen Tendenzen im Gesundheitsmarkt:

- Es bestehen steigende Gesundheitskosten und ein wachsender politischer und regulatorischer Druck, v.a. hinsichtlich besserer Steuerung der gesundheitlichen Leistungskosten.
- Neue Technologien und Innovationen führen zu einer klaren Differenzierung im Wettbewerb und erhöhen den Druck auf bestehende Geschäftsmodellansätze.
- Es findet eine zunehmende Individualisierung der Medizin und ein steigendes «Empowerment» der Patienten resp. Endkunden im Gesundheitswesen statt.
- Schliesslich ist ein erhöhter Kampf um die Kundenschnittstelle und steigender Wettbewerbsdruck im Markt durch neue Markteintritte feststellbar.

### Die Endkunden ernst nehmen

Die Endkunden rücken zunehmend in den Fokus der Innovation. Im heutigen Gesundheitssystem herrscht allerdings noch keine konsistente Einbindung der Versicherten. Rochat: «Die Perspektive bei der Entwicklung neuer Produkte und Dienstleistungen ist daher, dass die Endkunden

tone mindestens 55% der Grundversicherungskosten als DRG-Vergütung übernehmen. Aus Sicht von Versicherern und Kantone stelle das jedoch einen subventionierten Preis dar. Dadurch sei der relative Preis zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verzerrt und die mögliche Managed-Care-Rendite zum Vornherein praktisch halbiert wie auch der Handlungsspielraum entsprechend eingegrenzt. Diese ungünstige Entwicklung verteuere die Baserate für öffentliche Spitäler um rund 450 Franken. Das suboptimale Rezept laute: Bestelle doppelt, bezahle halb!

Die Mehrfachrolle der Kantone sei daher zu überprüfen: Heute sind sie Eigentümer und (Teil-)zahler, Konkurrenten zu privaten Anbietern, Regulator via Spitalliste und Schiedsrichter bei Tarifstreitigkeiten. Dazu komme, dass bei einer Entschädigung zu Vollkosten die bezahlten Preise die Grenzkosten übersteigen. «Das», so Felder, «bedeutet einen Anreiz zur Mengenausweitung. Ausserdem findet auch keine qualitätsbezogene Baserate-Festsetzung statt.»

#### Fehlanreize bekämpfen

Von grosser Bedeutung sei es, die Anreize zur Mengenausweitung zu beseitigen. Was lässt sich konkret dagegen tun? – Prof. Felder plädierte für schweizweite Basisfallwerte, die zwischen Ver-

sicherern und Krankenhäusern individuell verhandelt werden. Auf diese Weise würden sich Zu- und Abschläge auf die DRG-Positionen ergeben. Es gelte ebenso, die Kostengewichte zu verhandeln, evtl. verbunden mit Mengenvereinbarungen.

Grosse Probleme stellen im Weiteren «Fangprämien» für zuweisende Ärzte dar. Eine deutsche Umfrage zeige, dass rund die Hälfte davon wisse oder selber profitiere. Wer für Zuweisungen Geld erhalte, fördere jedoch die Mengenausweitung und tendenziell unnötige Operationen. Prof. Felder: «Falls die bezahlten Preise von den Grenzkosten abweichen und man in Konkurrenz steht, besteht ein Anreiz zur Vergütungssplittung (fee splitting), zu Kickbacks oder vertikaler Integration, um eine erweiterte Behandlungskette unter Kontrolle zu bekommen. Aus dieser Sicht stellen administrative Preise das eigentliche Problem dar. Dessen Lösung ist eine Deregulierung der Preise. Die Preise müssen auf die Grenzkosten sinken. So verschwinden auch die Anreize, Kickbacks zu zahlen.»

#### Monistische Finanzierung einführen

Nötig sei ausserdem eine Alternative zur dualistischen Finanzierung. Es brauche eine monistische Finanzierung (EFAS), bei der die Kantone

ausgekauft werden und der Bund an deren Stelle 55% der stationären Vergütung übernehme. Die zu hohen administrativen Preise seien zu senken, um die Anreize zur Mengenausweitung zu beseitigen, Kickbacks und vertikale Integration einzudämmen. Der Preiswettbewerb müsse über Zu- und Abschläge auf die relativen Kostengewichte erfolgen. Zwischen Versicherern und Spitalern gelte es, vermehrt Indikationen zu kontrahieren.

«Braucht die Spitalfinanzierung Veränderungen?» fragte auch Dr.rer.pol. Peter Eichenberger, Direktor St. Claraspital Basel. Das renommierte Haus ist eine gemeinnützige Institution und Teil der Gesundheitsplanung in den Kantonen Basel-Stadt, Baselland und Solothurn sowie Lehr- und Forschungsspital der Universität Basel. Die Privatklinik besitzt Leistungsaufträge für 5 Eingriffe und hat sich insbesondere in der Viszeralchirurgie einen ausgezeichneten Namen geschaffen. Versorgt wurden 2017 total 11 000 stationäre Patienten (45% ausserkantonale, 600 aus Deutschland, 70 aus Frankreich) und 40 000 ambulante. Es wurden 40% Notfälle via Interdisziplinäre Notfallstation gezahlt. Beschäftigt werden 1200 Mitarbeitende (60% SchweizerInnen); darunter sind 95 Auszubildende, 40% der Mitarbeitenden sind Ausländer, 23% wohnen im grenznahen Ausland. Ganz





besonders, so Dr. Peter Eichenberger, «ist der Clara-Geist. Wir achten sehr auf Werte, Kultur und eine weise Beschränkung auf eine betriebswirtschaftlich sinnvolle maximale Grösse.»

### Sich der ursprünglichen Ziele erinnern

Bei der Frage, ob die Spitalfinanzierung neu zu regeln sei, müsse an die Ziele von SwissDRG erinnert werden, so Eichenberger: «Die Revision der Spitalfinanzierung bezweckte eine Kosteneindämmung durch wirtschaftliche Anreize, ohne Abbau zweckmässiger, wirksamer Leistungen und ohne Qualitätsabbau und Verlust an Solidarität. Weiter standen eine Verstärkung von Wettbewerb und Effizienz auf dem Programm, ebenso eine Verbesserung der Transparenz bezüglich Qualität und Kosten.»

Sind nun diese Ziele erreicht worden? – Bezüglich der Verbesserung der Qualitätstransparenz sei jedes Spital genau zu betrachten. Festhalten könnte man allerdings, dass die aktuellen Baserates die Qualitätslage in den Häusern zu wenig aussagekräftig widerspiegeln: «Wir müssen uns noch viel stärker um die Indikations-Qualität kümmern.» Beim St. Claraspital ist hier die Zertifizierung nach ISO-9000:2015 zu nennen als Darmkrebszentrum und Pankreaskarzinomzentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG).

Das Fallkostensystem, so Eichenberger, beschränkt sehr wohl auch mehr Kostentransparenz, allerdings nur im stationären Bereich, wobei die Verzerrung wegen des Spielraums der Kantone (z.B. durch Gemeinwirtschaftliche Leistungen GWL)

erheblich sei. Der Referent zeigte eine Statistik, in der die Kantone Waadt mit 460 Mio., Zürich mit 170 Mio., Solothurn mit 49 Mio. und St. Gallen mit 38 Mio. Franken p.a. enthalten waren. Landesweit summieren sich die Subventionen auf sehr hohe 1.8 Milliarden Franken. Weiter bestehe auch keine einheitliche Finanzierung stationär/ambulant. «Das schafft grosse gesundheitspolitische und wirtschaftliche Fehlanreize mit der Konsequenz zusätzlicher Regulierungen (ambulante Listen, Taxpunktensenkungen).»

### Spitalkategorien verhindern nötige Strukturanpassungen

Peter Eichenberger plädierte daher dafür, dass kein Abbau zweckmässiger Leistungen stattfindet, aber sehr wohl ein genügender Abbau unnötiger Leistungen. Zudem brauche es einen ausgewogenen Mix zwischen öffentlichen und privaten Spitälern. Überregulierungen seien nicht förderlich, wie etwa begrenzte Leistungsaufträge für Privatspitäler in der Waadt und im Kanton Genf sowie Kontingente im Tessin.

Wohl attestierte der Spitaldirektor dem aktuellen System eine Zunahme von Wettbewerb und Effizienz, aber Spitalkategorien mit eigenen Baserates nur für Unispitäler, Referenzpreise und GWL, Kontingente bzw. limitierte Fallzahlen und ein starrer Vertragszwang würden die erzielten Vorteile wieder reduzieren. Eichenberger: «Spitalkategorien verhindern nötige Strukturanpassungen und eine erwünschte Erhöhung der Effizienz. Nötig wären separate Baserates für Spitäler «am Ende der Versorgungskette», denn hochdefizitäre Patienten werden auch bei nicht universitären



PD Dr. med. Simon Hölzer, Geschäftsführer SwissDRG AG, beleuchtete die zahlreichen Aufgaben, die im Umfeld der Fallpauschalen zu lösen sind.

Zentrumspitälern (privaten wie öffentlichen) behandelt, wobei die Hochdefizitfälle nur ein Bruchteil des Gesamtvolumens darstellen. Wenn wir das Problem nicht lösen, haben wir als Konsequenz unerwünschte oder zu langsame Strukturanpassungen im Angebot. Das Hauptproblem liegt darin, dass zu wenig Zusatzentgelte festgelegt sind.»

### Heimatschutz gewisser Kantone

Dr. Peter Eichenberger legte den Finger noch auf eine weitere Wunde: «Referenzpreise reduzieren die Wahlfreiheit. Artikel 41, Abs. 1bis KVG sagt eigentlich: «Für eine stationäre Behandlung kann frei zwischen Listenspitalern gewählt werden». Das sollte auch zwischen Spitälern, die nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons, jedoch auf der Spitalliste des Standortkantons stehen, gelten. Vielfach erfolgt hier allerdings die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (Referenztarif). Solche Tiefstarife reduzieren jedoch die freie Spitalwahl und senken den Wettbewerb. Das bedeutet einen Heimatschutz für gewisse Kantone.»

### Mehr Wettbewerb ist entscheidend

Eichenbergers Fazit lautet, dass die Spitalfinanzierung zwar wesentliche Zielsetzungen erreicht



hätte. Dazu gehörten die Kosteneindämmung ohne Abbau von Qualität und Verlust an Solidarität. Erreicht worden sei auch die gewünschte Transparenz bezüglich Qualität und Kosten, nicht jedoch die notwendige Wettbewerbsintensität. Erforderliche Massnahmen zur Verbesserung seien somit: Abbau der GWL, einheitliche Definition der Leistungen und öffentliche Ausschreibung sowie Schaffen von Zusatzentgelten (anstelle von Spalkategorien). Zusätzlich müsse die duale Finanzierung stationär/ambulant überprüft werden; eine Trennung der institutionellen Rollen der Kantone und eine Privatisierung öffentlicher Spitäler seien ebenso anzustreben wie die schrittweise Aufhebung des Vertragszwangs.

### Mythen und Fakten

Nicht einfach so gelten lassen wollte Regierungsrätin Heidi Hanselmann, Gesundheitsdirektorin des Kantons St. Gallen, die Voten der Vorredner. Sie zitierte Mark Twain: «Man muss die Tatsachen kennen, bevor man sie verdrehen kann.»

So wies sie mit Nachdruck auf das starke Engagement der öffentlichen Hand an den Gesundheitskosten hin: «Das Gesundheitswesen kostete die Kantone 2015 rund 9.8 Milliarden Franken mehr als im Jahr 1996. Der Anteil der kantonalen Steuermittel nahm seit 1996 erheblich zu. Die Behauptung, die Kantone ziehen sich aus der Finanzierung zurück, ist falsch.» Laut ihrer Statistik stiegen die Anteile von Gemeinden und Kantonen schweizweit zusammen von 25.9 Mrd. (1996) auf 29.8 Mrd. Franken 2015.

Auch bei den GWL legte Heidi Hanselmann ihr Veto ein. Sie betonte, dass im Falle ihres Kantons gemäss ihrer Interpretation ein Grossteil eben keine eigentlichen GWL seien, und zwar die 14.4 Mio. für die Psychiatrischen Tageskliniken und Ambulatorien, die 11.0 Mio. für universitäre Lehre und die 6.4 Mio. Franken für das Ostschweizerische Kinderspital und Kinderschutzzentrum. Diese Subventionen seien aufgrund der unbefriedigenden Tarifstruktur nötig, so sei insbesondere die Baserate für Kinderspitäler zu tief.

Weiter ortete die Regierungsrätin Fehlanreize, die zu vermehrten stationären Eingriffen führten. «Man muss halt die Tarmed-Entgelte so festlegen, dass sich kostendämpfende ambulante Eingriffe fürs Spital auch rechnen», so die klare Forderung. Und hier ist der Kanton St. Gallen Taxpunkt-mässig das Schweizer Schlusslicht, weil «ein eigentliches West-Ost-Gefälle besteht», rüffelte Hanselmann. In der Tat, während St. Galler Ärztinnen und Ärzte bloss 0.83 Franken pro Tax-

punkt erhalten, sind es in der deutschen Schweiz meist zwischen 0.86 und 0.89 Franken, in der Waadt hingegen 0.93 und in Genf sogar 0.96 Franken. So bestehe eben ein geringer Anreiz für ambulante Eingriffe, obwohl eine bekannte PwC-Studie aufgezeigt hat, dass beispielsweise bei Krampfadern der stationäre OP-Preis bei OKP-Patienten 2.4 Mal höher liegt als bei der ambulanten Variante, bei Zusatzversicherten ist es sogar das Vierfache.

### Fehlanreize in der Tarifstruktur beheben

Die erfahrene Gesundheitspolitikerin, sie führt ihr Departement nunmehr seit 14 Jahren, forderte daher, dass die vorhandenen Fehlanreize abgeschafft werden. Das betrifft primär das West-Ost-Gefälle bei den Tarmed-Taxpunktwerten und die unbefriedigende Definition der Schnittstelle zwischen stationär und ambulant, was durch die Einführung von ambulanten Pauschalen gelöst werden könnte. Sie verlangte auch einen neuen Tarmed-Tarif, «der auf aktuellen medizinischen und wirtschaftlichen Daten beruht».

Weiteren Handlungsbedarf sieht die Regierungsrätin bei der Innovationsfinanzierung, den Hochdefizitfällen, der Leistungsabgeltung bei den Endversorgerspitälern und der Tarifierung bei Universitäts- und Kinderspitälern, wo sie im Fall

des Kantons St. Gallen einen schlechten Deckungsbetrag gemäss DRG-Tarif 7.0 von bloss 78% errechnete.

Gerade die Hochdefizitfälle bereiten grosse Sorgen: «Davon betroffen sind v.a. die Unispitäler, Kinderspitäler und grosse Zentrums spitäler. SwissDRG ist ein pauschalierendes Entgeltsystem, bei dem sich idealerweise Unter- und Überdeckung innerhalb eines Spitals ausgleichen würden. In der Realität verteilen sich hochdefizitäre Fälle aber asymmetrisch auf die Spitäler. Daher ist es kaum möglich, auf Spitalebene alle Verlustfälle durch Gewinnfälle zu kompensieren.»

Die Referentin postulierte schliesslich einen schnelleren Zugang für Patientinnen und Patienten zu Innovationen, einen transparenten und bürokratiefreien Antragsprozess sowie ein frühzeitiges Erfassen und Berechnen der Kosten durch die SwissDRG AG: «Neue und unzureichend finanzierte Verfahren müssen bis zur aufwandgerechten Tarifbildung überbrückt werden. Hier hält aber SwissDRG noch keine Lösung bereit.»

### Problemfelder gezielt lösen

Zusammenfassend müssten folgende Problemfelder gelöst werden:



- neue TARMED-Tarifstruktur
- kostendeckende TARMED-Taxpunktwerte für wirtschaftlich arbeitende Spitäler
- spitalambulante Pauschalen
- Innovationsfinanzierung
- bessere Regelung der Hochdefizitfälle und der Endversorgerspitäler

Heidi Hanselmann: «Es braucht weitere Verbesserungen bzw. weitere Differenzierungen bei SwissDRG. Lassen wir Märchen zu Fakten werden, z.B.: «Es war einmal ein Kinderspital mit kostendeckenden Tarifen.»»

### SwissDRG – ein Tarif, der sich ständig weiterentwickelt

Den Ausblick des höchst spannenden DRG Forums bildete eine Diskussion des Auditoriums mit dem Geschäftsführer der SwissDRG AG, PD Dr.med. Simon Hölzer, innerhalb eines World Cafés. Dr. Hölzer fasst die daraus resultierenden Erkenntnisse wie folgt zusammen:

«Die SwissDRG AG arbeitet nach definierten Vorgaben der Tarifpartner und Kantone innerhalb eines gesetzlichen Rahmens, der Leistungsorientierung, Qualität und Wettbewerb in den Vordergrund gerückt hat. Das System lernt und ist dynamisch, was sich am jährlichen Entwicklungszyklus in der Akutsomatik widerspiegelt. Im Kern sollte das Gesamtsystem praktikabel bleiben. Alle Massnahmen und Entwicklungsschritte werden deshalb auch mit Blick auf Aufwand und Nutzen analysiert. Die Zusammenarbeit mit den Bundesämtern, den Genehmigungsbehörden und Anwendern wird fortlaufend gepflegt, um zu praktikablen und anerkannten Lösungen zu kommen. Dabei werden technische Lösungen als Empfehlungen erarbeitet, die dann Eingang in Grundlagendokumente (wie CHOP Kataloge des BFS) oder nationale Anwendungsmodalitäten (Kodierrevisionen und Abrechnungsregeln) finden können. Die SwissDRG AG hält sich dabei bewusst aus Fragestellungen und Themen heraus, die in der Verantwortung anderer oder anderweitig definierter Akteure liegen.»

Der Auftrag der SwissDRG AG ist keinesfalls die «Gewährleistung kostendeckender Tarife» für die heutigen Anbieter von stationären Leistungen oder heutigen Versorgungsstrukturen. Entsprechend gehen manche Aussagen am DRG Forum Deutschland-Schweiz zu Systemverbesserungen potentiell in eine falsche Richtung. Vielmehr steht im Zentrum, Tarifstrukturen medizinisch sinnvoll zu entwickeln und ökonomisch sachgerecht zu bewerten, so dass direkte Preis- bzw. Betriebsvergleiche für die Kostenträger bzw.



Leistungseinkäufer auf Stufe der Tarifverhandlungen, des Benchmarks und der kantonalen Festsetzungsverfahren möglich werden. National tarifizierte Ambulante Pauschalen könnten an der Schnittstelle ambulant / stationär für Verbesserungen sorgen.

Simon Hölzer, Geschäftsführer der SwissDRG AG, sieht die Spitalfinanzierung in der Schweiz gegenüber Deutschland im Vorteil, da die Investitionen über die Fallpauschalen finanziert sind, der teilweise impliziten Innovationsfinanzierung, auf Grund sinnvoller Preisdifferenzierung im Rahmen eines Preisbenchmarks, und nicht zuletzt auf Grund einer vorausschauenden regionalen Bedarfs- und Versorgungsplanung. Dies alles mit den Schwierigkeiten, die sich aus den eher kleinräumigen (Infra-)Strukturen und Sonderaufgaben einzelner Spitäler und Kliniken (u.a. Maximalversorger und Endversorger) ergeben. Aus seiner Sicht sollte ohne Angst vor einer verallgemeinernden «Ökonomisierung in der

Medizin» der Preiswettbewerb und das direkte Benchmark über alle Marktteilnehmer an Bedeutung gewinnen können. Dafür braucht es tarifarische Voraussetzungen wie die transparent ausgewiesene Güte der Tarifsysteme und der Finanzierungsströme. Daran arbeitet die SwissDRG AG.

Text: Dr. Hans Balmer

Fotos: Peter Brandenberger, visuell.li –  
MediCongress.ch

### Weitere Informationen

Doris Brandenberger  
Inhaberin MediCongress GmbH  
8600 Dübendorf  
Telefon 044 210 04 24  
info@medicongress.ch  
www.medicongress.ch