

Klartext am 8. DRG-Forum Schweiz-Deutschland von Medicongress **Sind DRGs ein Auslaufmodell?**

Diese provokative Frage prägte die Veranstaltung. Im Jahre 2012 wurden DRGs in der Schweiz eingeführt – Zeit für ein Fazit: War 2018 das sprichwörtlich verflixte siebte Jahr? Sind die Erwartungen mit dem Systemwechsel erfüllt worden? Besteht Renovationsbedarf oder wäre man sogar gut beraten, erneut eine andere Finanzierungsform ins Auge zu fassen? Im Zentrum Paul Klee in Bern gingen Experten den Fragen auf den Grund.

Einen gesundheitspolitischen Ein- und Ausblick präsentierte Gesundheitsökonom Dr. oec.HSG Willy Oggier. Er erinnerte ans alte System vor 2012: Tagespauschalen für stationäre Behandlungen, kostenorientierte Tarifierung, kantonal unterschiedlich, nochmals anders in öffentlichen, subventionierten Spitälern und in Privatkliniken ohne anteilige Kostenübernahme durch die Kantone. Erwiesenermassen schaffte dieses System Probleme, weil hohe Aufenthaltsdauern resultierten, keine Sparanreize vorhanden waren und die Vergleichbarkeit sehr erschwert ausfiel.

Die Grundphilosophie der DRG hiess Preise für Leistungen, Öffnen der Kantonsgrenzen, saubere Trennung zwischen KVG- und zusatzversicherten Leistungen, mehr Transparenz, Vergleichbarkeit, Wettbewerb und Effizienz. Wichtig ist, dass die Vergütungen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) enthalten dürfen ausser fürs Aufrechterhalten von Spitalkapazitäten aus regionalwirtschaftlichen Gründen

(Versorgungssicherheit) und für die universitäre Lehre und Forschung.

Die Kantone sind grosszügig im Auslegen

GWL sind allerdings nicht abschliessend definiert. Entsprechend grosszügig legen einige Kantone den Begriff aus. Das Gesetz unterscheidet zwar zwischen Preisen für Leistungen im KVG-Teil und Kosten für GWL, was bedeutet, dass bei den Ersten Gewinne und Verluste zulässig sind, bei den Zweiten hingegen nicht. «Je unterschiedlicher nun aber die GWL-Ansätze bei den Kantonen ausfallen», so Oggier, «desto schwieriger wird die Vergleichbarkeit der Spitäler über die Kantonsgrenzen hinaus und umso mehr widersprechen sie der Transparenz-Absicht des Gesetzgebers für den KVG-Teil.»

Würden GWL wettbewerbsorientiert gehandhabt, würde man danach trachten, sie klein zu

halten und für klar definierte Leistungen auszuscheiden nach den Kriterien von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Eher etatistische Betrachter neigen hingegen zum Ausbau der GWL. Hier werden sie im Rahmen des ordentlichen Budgetprozesses zugeteilt, ohne Ausschreibung, getreu dem Motto: «Wenn die Baserate nicht reicht, finanzieren wir den Rest hoch, schliesslich geht es um die Versorgungssicherheit.» – Der Gesundheitsökonom fragte nun, welche Versorgung wir denn den Regionen zukommen lassen wollen, eine gleiche oder unterschiedliche, ausserdem: Was heisst schon «gleich»? Wieviel Geld steht für die Sicherstellung der Versorgung eigentlich zur Verfügung? Wie kann ein Preis-Leistungs-Vergleich über die Kantonsgrenzen hinaus erfolgen, wenn die Quersubventionierungen durch GWL kantonal sehr unterschiedlich ausfallen? Und zentral: Welche Strukturen sollen überhaupt gefördert werden – qualitative und wirtschaftliche oder jene, die sich im politischen Lobbying am besten durchsetzen?



Es braucht Korrekturen

Oggier stellte fest: «Heute macht jeder Kanton, was er will.» Er regte an, dass die GDK als Garant der Versorgungssicherheit Rahmenbedingungen über die Kantonsgrenzen hinweg setzen sollte als Leitplanken für die Kantone. Zudem könnte der Bund die Zulassung der Spitalisten über höhere Qualitätsanforderungen – beispielsweise via minimale Fallzahlen – auf dem Verordnungsweg steuern und damit der Wettbewerbsverzerrung durch GWL einen Riegel schieben. Es sei sicherzustellen, dass GWL nicht dazu missbraucht würden, Ineffizienzen zu kompensieren und damit heimlich ein staatliches Gesundheitssystem zu fördern.

Hausaufgaben bestehen auch bei der Qualitätsmessung

Grosse Fragezeichen sieht Oggier auch in der Qualitätsmessung: «Ist überall das Gleiche drin? Wie sieht das insbesondere bei der Rehabilitation aus? Der abgeschaffte Begriff «teilstationär» führt zu stationären Behandlungen wegen der ambulanten Unterfinanzierung. Kritisch ist weiter die Überprüfung der Indikationsqualität: Erfolgt sie durch den Arzt, die Krankenversicherung und/oder die Kantone?»

Beissen würden sich auch die vermehrte Zunahme an Gruppen-Bildungen mit Standorten in verschiedenen Kantonen und eine geringe interkantonale Koordination der methodischen Ansätze. Vermehrt Rechnung zu tragen wäre der feststellbaren kurzen Halbwertszeit des medizinischen Wissens, das in Konkurrenz zum längeren Spital-



Dr. oec. HSG Willy Oggier: «Heute macht bei den GWL jeder Kanton, was er will». Verbesserungspotenzial sieht er ausserdem bei der Qualitätsmessung.

planungs-Horizont steht. Erschwerend wirken ferner die uneinheitliche Definition der Versorgungssicherheit. Konfliktstoff bedeuteten methodisch die Public Health-konforme Sicherstellung der Versorgungssicherheit im Gegensatz zur angestrebten Beschränkung der Zusatzversicherten-Behandlungen sowie die unterschiedlichen Notfallversorgungs-Konzeptionen.

Was ist zu tun?

Das Fazit des komplexen wie spannenden Potpourris fiel eindeutig aus. Es geht um:

- eine Klärung der Qualitäts-Begriffe,
- Verbesserung der Datengrundlagen,
- keine Differenzierungen mehr nach Strukturen, sondern nach Leistungen,
- Abbilden realistischer Leistungsarten,

- Klärung, ob es um Versorgung, Leistung, Wirtschaftsförderung oder gar Strukturhaltung geht sowie
- ums Vorbeugen einer Benachteiligung von Psychiatrie oder Rehabilitation wie es in Deutschland der Fall ist.

Deutschland – die Pflege im Fokus

Sind DRGs in Deutschland ein Auslaufmodell? – Prof. Dr. Stefan Gress, Hochschule Fulda, beleuchtete die Thematik insbesondere mit dem Hintergrund des ausgeprägten Personalmangels in Akutpflege und Langzeitpflege: «Das hat zu physischen und psychischen Belastungen für die Beschäftigten geführt mit der grossen Gefahr einer sinkenden Pflegequalität. Kein Wunder, war das ein zentrales gesundheitspolitisches Thema im letzten Bundestagswahlkampf und darüber





Prof. Dr. Stefan Gress zeigt, wie in Deutschland dem Pflegenotstand begegnet wird.



Dr. Agnes Genewein unterstreicht, dass Kindermedizin eine neue Finanzierung braucht.

hinaus. Deshalb entstand eine Kombination von Massnahmen, vor allem der Herausnahme der Pflegekosten aus den Fallpauschalen, der Refinanzierung von Tarifabschlüssen durch Krankenkassen und der Verordnung von Personaluntergrenzen.»

Pflegekräfte fehlen allenthalben. Während seit 1991 70% mehr Ärzte beschäftigt werden, stagniert die Zahl der Pflegenden. Für Abhilfe will der Gesetzgeber zwar schon lange sorgen, nur bleibt der Erfolg aus:

- 1993 bis 1995 bestand eine Pflegepersonal-Regelung mit einem empirisch abgeleiteten Personalbedarf von 21000 zusätzlichen Vollzeitstellen in der Krankenpflege.
- 2009 bis 2011 galt das Pflegestellenförderprogramm: geplante Einstellung von 17000 zusätzlichen Vollzeitstellen.
- 2016 bis 2018 folgte ein weiteres Pflegestellenförderprogramm. Damit wollte man 6300 zusätzliche Vollzeitstellen schaffen, bis Ende 2017 waren jedoch nur 2500 zusätzliche Stellen finanziert.

Die aktuelle Reform zielt nun nach Personaluntergrenzen. Dabei erfolgen eine Festlegung von Mindestpersonalausstattung in pflegesensitiven Bereichen ab 1.1.2019 und eine Aufstockung bei Kliniken im untersten Viertel. Nach langwierigen Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ohne Einigung kam es schliesslich zu einer Verordnung des Gesundheitsministers.

Ausgliederung der Pflege aus den DRGs

Einen ganz wesentlichen politischen Entscheid bedeutete weiter die Ausgliederung der Pflege aus den DRGs. Grundlage bildet das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz. Hier werden ab 2020 die Pflegepersonalkosten aus der Systematik der Fallpauschalen herausgelöst. Das bedeutet eine Bereinigung der Bewertungsrelationen um die Pflegekosten und eine Finanzierung der Pflegekosten über Pflegebudgets. Damit soll ein Ausgleich der durch Tarifierhöhungen verursachten Steigerungen von Personalkosten erreicht werden. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt dabei als wirtschaftlich.

«Die Folge der Neuregelung», folgerte Prof. Gress, «ist eine grundlegende Anreizumkehr für Krankenhäuser, denn der Personalaufbau in der Pflege ist ab 2020 vollständig refinanziert. Es findet kein ökonomischer Vorteil mehr durch Personalabbau statt, Massnahmen zum Personalaufbau sind nur mehr teilweise erfolgreich.» – Heisst das also «Freibier für die Pflege»? Nicht unbedingt, denn die zweckgebundenen Pflegebudgets werden nicht einseitig durch Spitäler





festgelegt, sondern mit den Krankenkassen vereinbart. Dabei besteht eine umfangreiche Nachweispflicht für die Kliniken. Gress meinte: «Kurzfristige Effekte sind nicht zu überschätzen, es gibt ja auch eine Pflicht zum Vorhalten ausreichender Personalausstattung. Schliesslich gilt es, den Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt zu beachten.»

Bald wieder Gegensteuer?

Wird somit mittelfristig wieder eine «Re-Pauschalisierung» stattfinden? Wird es Abschlags-

zahlungen für das Pflegebudget geben, eine Multiplikation der Pflegelast mit dem Pflegeentgeltwert, einen Pflegelast-Katalog, ausgegliederte Bewertungsrelationen für Pflegekosten, allenfalls bundesweit einheitlich?

Besonders grundsätzlich ist natürlich die Frage: DRGs – ein Auslaufmodell? – Gress sieht mit der Neuordnung die Systematik der Finanzierung über Fallpauschalen nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Die finanzielle Anreizumkehr sei eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für Personalaufbau in der Pflege, eine Steigerung

der Versorgungsqualität könne auch durch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen erreicht werden. Weiter dürfte der Kostendruck im Spital in andere Bereiche verlagert werden, wobei auch die ausreichende Finanzierung von Investitionen ein Problem darstelle. Fallpauschalen würden die Grundlage für Marktberreinigung ohne politische Steuerungsverantwortung bleiben.

Kindermedizin ist anders

Nicht nur die Pflege bedarf einer besonderen Aufmerksamkeit in der Tarifierung, Gleiches gilt





Michael Jordi plädiert bei den GWL für eine «Entkriminalisierung und mehr Transparenz».

auch für die Pädiatrie. «Kindermedizin kommt nie alleine, sie benötigt obligat einen emotionalen Beziehungsaufbau, die Kooperationsfähigkeit muss aktiv hergestellt werden – und manchmal braucht es mehrere Anläufe», betonte Dr. med. Agnes Genewein, Oberärztin Neonatologie und Projektleitung Netzwerk Rare Diseases im UKBB (Universitäts-Kinderspital beider Basel).

Kindermedizin ist zu 95 % der Fälle ambulant, für stationäre Aufenthalte sehr zentralisiert und stark vernetzt. Ausserdem ist sie sehr personal-

und zeitintensiv. Dass die Behandlungen häufig besonders aufwändig sind, liegt in der Natur der Sache. Es braucht Spezialisten, Gespür für Interdisziplinarität und Ausdauer für viele Recherchen. 35 % aller Fälle in den AllKids-Spitälern betreffen seltene Krankheiten.

Auch die Finanzierung ist speziell: Kinder sind in der Regel grundversichert. Rund 50 % der Einnahmen werden über die Invalidenversicherung generiert (Geburtsgebrechen). Der Anteil Zusatzversicherter liegt bloss bei 8 bis 17%. Kein Wunder, geht die Rechnung selten auf. Daher braucht es zur Zeit zusätzliche kantonale Finanzspritzen, Spendengelder und Sparmassnahmen. «Das ist allerdings nicht nachhaltig», so Agnes Genewein, «die Folge sind fehlende Investitionen und fehlende Entwicklungen.» Dabei ist jeder investierte Franken bei der systematischen Behandlung früh erkannter Erkrankungen, insbesondere bei ein- bis vierjährigen Kindern, gut angelegtes Geld. Statistisch gesehen liegt der erzielte Nutzen beim Neun- bis Sechzehn-fachen der eingesetzten Mittel. Daher verlangte die Referentin mit Nachdruck: «Für unsere Kinder und Jugendlichen fordern wir eine aufwandgerechte Differenzierung der Tarifstrukturen, welche die spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin nicht benachteiligt.»

Leistungs- oder versorgungsorientierte Planung?

Darüber streiten sich die Experten. Dr. oec.HSG Willy Oggier beschrieb den Status quo. – Bei der Versorgungsplanung berücksichtigten die Kantone bei der Spitalliste insbesondere die Wirt-



Guido Schommer: «Wettbewerb ist nur fair bei gleich langen Spiessen für alle.»

schaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist, die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags, die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität, im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien.

Die Planung erfolgt für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten sowie in



Geburtshäusern leistungsorientiert, für die Versorgung in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen, für die Versorgung in Pflegeheimen kapazitätsbezogen.

Es findet eine interkantonale Koordination der Planungen statt im Rahmen der Verpflichtung nach Art. 39 Abs. 2 KVG. Dabei müssen die Kantone insbesondere die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen. Die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen sind zu koordinieren.

Wie geht es in Zukunft weiter?

Fürs Optimieren in Zukunft stellen sich zentrale Fragen: Soll eine Leistungs- oder Versorgungsorientierung gelten? Heute verlangt das KVG für Spitäler eine Leistungsorientierung (teilweise Kapazitätsorientierung). – Wie soll gesteuert werden: über Leistungen, über Strukturen oder über Geld? Auch hier ist das KVG eindeutig. Es will Leistungen, die Bevölkerung hingegen zählt auf nahe Strukturen und guten Zugang, die Versicherer möchten via Finanzierung steuern. – Welches Modell soll nun innerhalb des Ansatzes gewählt werden? Finden wettbewerbliche Submissionen statt oder herrscht Dirigismus?

Es gelte «neue» Finanzierungsmodelle zu analysieren, etwa Fallbeispiele, «Joint budgets» (individuelle Betreuungsbudgets) wie z.B. in Schweden, Deutschland oder Spanien, persönliche Budgets wie z.B. in England, Schottland oder

Deutschland, Gutscheinsysteme wie z.B. in der Lombardei. – Die Charakteristik der Varianten ist aus anderen Bereichen übernommen (z.B. aus der Pflege). Es braucht dazu eine Veränderung des institutionellen Arrangements und der Transform bei gleicher Finanzierungsquelle und auch andere Vergütungsmethoden. Alle diese Aspekte sind aber noch kaum evaluiert.

Ein besonders vielversprechender Ansatz: das regionale Budget des Klinikums Itzehoe

Dieses norddeutsche Klinikum startete vor Jahren mit einem Modellversuch und bekam dabei von allen Kassen einen Durchschnittsbetrag pro Einwohner des Kreises Steinburg als regionales Budget, das für fünf Jahre festgeschrieben wurde. Das entsprach der Summe, die im Ausgangsjahr im System war und auch im Durchschnitt in Deutschland für die klinische psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung zur Verfügung stand. Das Klinikum übernimmt dafür die entsprechende Versorgung der Einwohner seiner Region. Die Zahlung des Budgets ist abhängig davon, dass eine bestimmte Zahl von Menschen innerhalb eines Jahres behandelt wird. Es gibt keine «Fälle» mehr.

Das Klinikum behandelt seine Patienten so, wie es im Sinne einer integrativen Versorgung sinnvoll ist, d.h. vollstationär, teilstationär, ambulant oder zu Hause. Der MDK überprüft die Verweildauer nicht mehr. Die Vertragspartner haben vereinbart, sich nicht auf die Regeln der Personalvorgaben für Psychiatrie und Psychosomatik (Psych-PV) zu berufen.

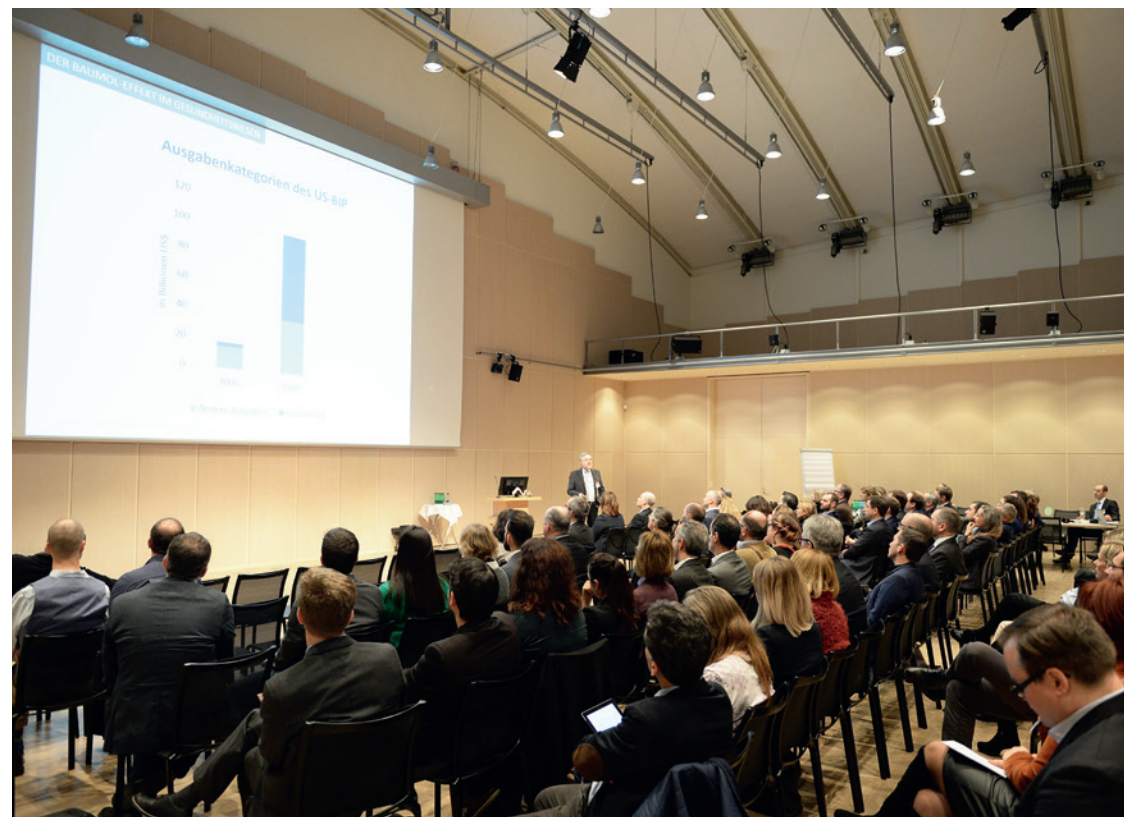


Vieles zählt ausser 10 % EBITDA. Bruno Guggisberg überzeugt mit wichtigen Details.

Es bleiben wichtige Fragen zum Beantworten

Willy Oggier schloss mit entscheidenden Fragen fürs weitere Vorgehen:

- Wo ist die Sicherstellung der Versorgung besonders gefordert? (Public-Health-Perspektive). Das dürfte insbesondere bei kostenintensiven Behandlungen, älteren Menschen und Patienten aus sozial schwächeren Schichten zutreffen.



Special 2: DRG-Forum

- Wie kommen wir zu gleich langen Spiessen?
- Wie viel Argumentation hochspezialisierte Versorgung darf es denn sein?
- Wann hören die nach Spitalkategorien differenzierten Baserates auf?
- Wann werden gemeinwirtschaftliche Leistungen öffentlich ausgeschrieben und überprüft, dass höchstens die Kosten entschädigt werden (kein Preisprinzip)?

Grundsätzlich gelte es zu beantworten, ob mit der Einführung der leistungsorientierten Finanzierung auch auf eine leistungsorientierte Spitalplanung gewechselt werden soll (v.a. in der Psychiatrie und Rehabilitation).

- Wie müssten in diesem Fall solche Ansätze aussehen, wie die Leistungsgruppen definiert sein? Ist wirklich überall das Gleiche drin (gemeinsame Qualitäts-Definition der Kantone)?

Wie würde andererseits eine Versorgungsplanung aussehen (Koordination mit der ambulanten Versorgung)?

- Würde hier der Zulassungsstopp fallen? Braucht es die Notfall-Versorgung überall oder ist dies vor allem ein Argument, um zu gemeinwirtschaftlichen Leistungen zu gelangen?

Willy Oggier plädierte dafür, übers Wiedereinführen des abgeschafften Begriffs «teilstationär» nachzudenken. Auch eine Überprüfung der Indikationsqualität sei nötig: Wem gehört welche Rolle? Soll die Spitalliste mit integrierter Versorgung gekoppelt werden? Soll ein Kanton, der höhere Fallzahlen fordert, in einem anderen Kanton für seine Einwohner noch Leistungen



Interessante neue Berufsbilder – klinische Fachspezialisten – präsentiert Markus Wepf.

zahlen müssen? Wie gehen Kantone mit der zunehmenden Bildung interkantonalen Gruppen um? Wie klären wir das Spannungsfeld leistungsorientierte Planung vs. GWL? – Last, but not least müsse auch das Thema der öffentlichen Ausschreibung gründlich angegangen werden.

Regionale Versorgungssicherheit – aber nicht quersubventioniert

Eine besondere Rolle bei der Versorgungsplanung nehmen ländliche Regionen ein. Damit



Dr. Devrim Yetergil Kiefer erklärt, weshalb die Spitex unter DRGs enorm gefordert wird.

beschäftigte sich Michael Jordi, Zentralsekretär der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK. Er betonte deutlich: «Die Kosten für GWL dürfen nicht in die Tarife für stationäre Behandlung einfließen.»

Jordi trat für eine «Entkriminalisierung durch mehr Transparenz» ein: «Es ist keine «versteckte» oder wettbewerbsverzerrende Subvention im Spiel, wenn öffentliche Spitäler über eine höhere Baserate verfügen als private. Die Tariff-differenzierung ist nötig bei höherem CMI, Vor-





Dr. Hansueli Tschanz sieht der Einführung von ST Reha skeptisch entgegen.

halteleistungen für Notfall/Intensivpflege usw., solange deren Abbildung in der Tarifstruktur ungenügend ist. Es besteht auch keine Verzerrung, wenn öffentliche Spitäler tiefere Abschreibungs- und Zinskosten aufweisen als private (Beispiel Investitionsmoratorium). Der wesentliche Punkt ist auch nicht, ob der Kanton seine gesetzliche Kompetenz ausnutzt, aus regionalpolitischen Gründen oder als Eigentümer Steuergelder für gewisse Leistungen aufzuwenden. Wichtig ist hingegen, dass die zusätzlichen Finanzierungen transparent aus-



«Brücken zwischen Akutspitalern und Rehakliniken bauen», fordert Dr. Till Hornung.

gewiesen und in einem Kostenvergleich berücksichtigt werden.»

Jordis Fazit lautete: «Die Versorgung im ländlichen Raum wird nicht entweder über Tarifsystem oder GWL gesichert, sondern mit beidem. Für die Absicherung der Grundversorgung im ländlichen Raum ist letztlich das Tarif- und Entschädigungsmodell sekundär gegenüber dem Versorgungsmodell, den Kooperationen und dem politischen Willen, der Überzeugung und der Durchsetzungsfähigkeit dazu. Die nötige

Finanzierungstransparenz ist aus Sicht der Spitäler und nicht der Kantone bzw. Spitalträger herzustellen.»

Fairer Wettbewerb mit gleich langen Spiesen

Guido Schommer, Generalsekretär Privatkliniken Schweiz, ergänzte die Sichtweise der GDK. Unbestritten für ihn ist: «Wettbewerb ist nur fair, wenn gleich lange Spiesen für alle Akteure zur Verfügung stehen. Die Vielfachrolle der Kantone führt zum Anreiz, den Wettbewerb zu verfälschen.»

Fakt ist: Die Subventionierung über gemeinwirtschaftliche Leistungen findet in sehr grossem Ausmass statt, aber kantonal extrem unterschiedlich. GWL werden intransparent vergeben, fast ausschliesslich zugunsten der öffentlichen Spitäler. Das Volumen der GWL bleibt Jahre nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung auf hohem Niveau stabil und beträgt jährlich rund 2.3 Milliarden Franken.

Was ist zu tun? – Schommers Rezept lautet: «Transparenz schaffen: die Kantone zwingen, die GWL in Budget und Rechnung gruppiert auszuweisen und Wettbewerb zuzulassen. Das heisst eine Ausschreibungspflicht für GWL einführen. Ausserdem sind die Kantone schrittweise von der Eignerrolle der öffentlichen Spitäler zu entlasten.»

Was zählt ausser 10% EBITDA?

Spitäler sollen eine nachhaltige Rendite erzielen, um ihre hohen Investitionen sicher zu finanzieren. Ebenso wichtig ist aber auch die Arbeitsplatz-



Special 2: DRG-Forum



Peder Koch ist überzeugt: «Integrierte Versorgung ist effektiv spielentscheidend für eine erstklassige Versorgung, im Zentrum steht dabei das Case Management.»

qualität. Sie fördert nicht nur eine erstklassige Behandlung, sondern stützt das Ergebnis, weil mit zufriedenen Mitarbeitenden weniger Fluktuation entsteht und die Prozesse runder laufen.

Bruno Guggisberg, CEO Spital STS AG, Thun, schilderte, wie in seinem Haus eine solide Organisation als Grundlage dafür eingeführt wurde: «Die Spitalunternehmung entspricht einer Expertenorganisation. Die operative Führung verlangt nach einer optimalen Einbindung der Fachkompetenz der verschiedenen Disziplinen. Die Qua-

lität der Führungsentscheide basiert auf einem optimalen Zusammenspiel zwischen medizinischen und Management-Kompetenzen. Dies verlangt die Aufnahme des Kerngeschäftes in die Geschäftsleitung.»

In einem 13-köpfigen GL-Team, in dem neben dem Management Ärzte, Pflege und Personalwesen vertreten sind, wurden Werte und Führungsgrundsätze entwickelt. Der Rahmen für die Art der Zusammenarbeit wird durch normative Vorgaben abgesteckt, welche für alle als

Orientierungshilfe dienen. Die fünf zentralen Werte lauten:

1. Patientenorientierung und Qualität
2. Respekt und Wertschätzung
3. Ehrlichkeit und Vertrauen
4. Information und Kommunikation
5. Flexibilität und Innovation

Die Führungskader messen ihr Führungsverhalten nach Führungsgrundsätzen. Auch hier bestehen fünf zentrale Elemente:

1. Vorbild
2. Ziele und Ergebnisse
3. Verantwortung
4. Erneut Information und Kommunikation
5. Interdisziplinarität

Über allem steht die Vision: «Wir sind das führende überregionale Spitalzentrum im Kanton Bern und leisten einen qualitativ überzeugenden und kosteneffizienten Beitrag für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.»

Intensive Prozessoptimierung

Guggisberg: «Die Prozessoptimierung ist die Grundlage für eine bessere Produktivität. Das grosse Potenzial liegt aber in den interdisziplinären Leistungserstellungsprozessen, bei denen mehrere unterschiedliche Organisationen einen Beitrag leisten müssen. Das ist auch der Grund, weshalb die Spital STS AG ebenfalls für interdisziplinäre Angebote strategische Ziele entwickelt und für die Umsetzung Verantwortungen und Kompetenzen zuteilt.»





Lösungsansätze für das Gesundheitssystem der Zukunft zeigt Dr. Werner Kübler.

So werden die Mitarbeitenden zu Mitunternehmern, die einzelnen Kliniken zu Profitcenter. Gefördert wird das durch folgende Idee: Beteiligung der Klinikleitungen am Klinikergebnis anstelle der Vergütung von Honoraren aus der Behandlung von Zusatzversicherten und ambulanten Patienten, d.h. Verantwortung nicht nur für den Erlös, sondern auch für die eingesetzten Ressourcen. Was beeinflussbar ist bzw. durch die ärztlichen Entscheidungen/Verordnungen verursacht wird, soll Teil der Beurteilung sein, also auch der gesamte interne Leistungsaus-

tausch. Indikator ist die positive oder negative Abweichung vom Budget.

Erstklassige Interdisziplinarität

Den Klinikalltag bestimmt ein systematisches Vorgehen: Planung der Leistungen, des dafür nötigen Personals, des Bedarfs an Material, Medikamenten und des gesamten internen Leistungsaustauschs (Leistungen OPS, Anästhesie, Labor, Radiologie, IPS, Notfall usw., aber auch Infrastruktur wie Räume oder technischer Dienst). Es erfolgt ein periodischer Soll-Ist-Vergleich zur Standortbestimmung. Ende Jahr werden die Klinikergebnisse errechnet, bei positiver Budgetabweichung geht die Hälfte der Besserstellung in einen Klinikpool, der gemäss Poolreglement verteilt wird.

Während des Jahres findet ein regelmässiges Controlling statt mit monatlichen Rapporten. Quartalsweise wird eine Deckungsbeitragsrechnung mit Analyse und Kommentar erstellt.

Der Spitaldirektor freut sich über eine deutlich gesteigerte Unternehmenskultur und Arbeitgeberattraktivität. Das gesamte Kerngeschäft ist in der Verantwortung der Geschäftsleitung. Ein adäquates, zeitgerechtes Anreizsystem motiviert die Mitarbeitenden. Sie brillieren durch eine hohe Leistungsbereitschaft. «Positiv ist zudem die Synchronisierung Aerzte/Pflege/Verwaltung», unterstrich Guggisberg, «die Interdisziplinarität ist ausgesprochen gut. Das Modell bewährt sich und geniesst – was ebenfalls wichtig ist – die volle Rückendeckung des Verwaltungsrats.»

Was heisst Erfolg in einem komplexen Umfeld?

«Was ist ein erfolgreiches Spital?» fragte Dino Cauzza, CEO Swiss Medical Network. «Hat es etwas mit Kundenbedürfnissen zu tun, mit der Konkurrenzfähigkeit, der finanziellen Stärke? Oder ist es einfach ein Spital, das nicht geschlossen wird?»

Er sieht die richtige Antwort in einer ausgewogenen Balance von Kundenbedürfnissen und Wirtschaftlichkeit. Beim ersten Element dominieren Behandlungsqualität/Outcome, Preis/Leistungs-Verhältnis, Nähe und Zugänglichkeit; bei der Wirtschaftlichkeit sind es Effizienz/ Ressourcenmanagement, Ertragsmanagement/ Zuweisermanagement und Innovation/Investitionsfähigkeit.

Eine erstklassige Gesundheitsversorgung, so Cauzza, müsse alle Stakeholder zufriedenstellen. Das sind erst einmal die Patienten, die von der Qualität der Leistungserbringung profitieren sollen. Dann geht es um die unternehmerische Kultur mit unabhängigen (Beleg-)Ärzten, die aktive Zusammenarbeit mit politischen Entscheidungsträgern, starke Arbeitsbeziehungen zu allen Versicherern, eine enge Verbundenheit mit lokalen Gemeinschaften und Behörden sowie das Bestreben, ein bevorzugter Arbeitgeber zu sein, um attraktiv für qualifiziertes Personal zu sein. «Der Schlüssel zum Erfolg von Swiss Medical Network liegt in der Fähigkeit, zahlreiche Kooperationen innerhalb der Organisation zu fördern und gleichzeitig eng mit der jeweiligen lokalen Gemeinschaft



Special 2: DRG-Forum



Wenn SwissDRG ein lernendes System bleibe, habe diese Finanzierungsform gute Zukunftschancen, betont PD Dr. Simon Hölzer, Geschäftsführer SwissDRG AG.

verbunden zu bleiben», brachte es Cauzza auf den Punkt.

Eine neue Definition von Gesundheit ist nötig

Und in diesen gesamten Kontext kommen nun noch die DRGs. Sie können ein guter Grund zum CostShifting (Vor- und Nachverlagerungen) sein, meinte Cauzza. Ausserdem sei das abrechenbare Volumen wichtig und werde immer wichtiger. Darüber hinaus bestehe ein Konflikt zwi-

schen kostengünstiger Behandlung versus innovativer und wirksamer Medizin. – «Der Erfolg eines Spitals hat heute keinen Bezug zum Patientenbedürfnis, im weitesten Sinn: zur Gesundheit. Eine Änderung ist nur möglich mit einem Paradigmawechsel. Eigentlich gibt es in der Schweiz keine klare Definition von Gesundheit. Sie ist dringend zu schaffen.»

«Eine EBITDA-Betrachtung genügt nicht allein. EBITDA fasst zwar den Erfolg gut zusammen, heisst jedoch leider nicht, dass die Patientenbedürfnisse gut abgedeckt sind. Dafür werden neue Versorgungsmodelle benötigt, in denen Gesundheitsziele, Mehrwert, Interessen, Daten und Margen konsolidiert werden.»

Ausgezeichnet fiel auch die Zusammenfassung von Kristian Schneider, CEO Spitalzentrum Biel, aus: «Erfolgreiche Spitäler sind in Zukunft keine Einzelunternehmungen, sondern Teil eines regionalen Systems. Und sie sind hervorragende Arbeitgeber.» Der ausgebildete Pflegefachmann erwartet, dass in Zukunft nicht mehr die Spitalliste darüber entscheidet, ob ein Spital bestimmte Leistungen erbringen könne, sondern ob es genügend qualifizierte Hände dafür auf dem Arbeitsmarkt rekrutieren kann.

Sind DRGs Pflege-Killer?

Auch Markus Wepf, Departementsmanager Chirurgie am Kantonsspital Winterthur KSW, rückte die Pflege in den Fokus. Interessant war seine Folgerung, dass aus dem Risiko der scharfen Trennung traditionell pflegerischer Aufgaben von traditionell ärztlich-medizinischen Aufgaben

eine Chance werden könne, dann nämlich, wenn es gelinge, eine neue Arbeitsverteilung zu erreichen. Aus diesem Grund wird am KSW ein Entwicklungsprojekt durchgeführt. Geprüft werden neue Berufsbilder: klinische Fachspezialisten, Physician Associates und Physician Assistants.

Laut Wepf gibt es viele Einsatzgebiete, die neu verteilt werden können:

- Patientenaufnahme, Eintrittsstatus, Eintrittsdokumentation
- Verordnungen erstellen, Auslösen von Behandlungspfaden, Anmeldung diagnostischer Massnahmen
- Durchführen der Medikamentenanamnese und Medikations-Verordnung usw.
- Austrittsdokumentation, Entlassung von Patienten inkl. Austrittsgespräch
- Telefonische Anlaufstelle für interne und externe Dienste
- Koordination der medizinischen Behandlung und des Aufenthalts
- Führen von Patienten- und Angehörigengesprächen
- Durchführung der Visite und Dokumentation
- Erfassen von medizinischen Verordnungen, Anmelden/Verordnen von diagnostischen/therapeutischen Massnahmen und Konsilien
- Kontrolle und Einholung von Untersuchungsergebnissen, Krankenakten, Aufklärungsformularen usw.

Chance genutzt – aber es bleiben Aufgaben zu lösen

Im KSW stehen bereits 19 Physician Assistants im Einsatz, an der ZHAW hat schon der dritte

Moderator Florian Deumeland, Leiter Unternehmenskommunikation AMEOS Gruppe, holt sich frühmorgens Motivation beim kreativen Werken für einen von



Ausbildungsgang zum CAS Klinische/r Fachspezialist/in gestartet, ein MAS ist in Vorbereitung. Die bereits aktiven Fachspezialisten/-innen zeichnen sich aus durch proaktives Denken und Handeln, sie suchen bewusst neue Aufgabenverteilungen. Dadurch werden Traditionen gebrochen und teilweise auch Risiken eingegangen, die es zu reflektieren gilt. Wepf: «Die Flexibilität des Systems ist zu nutzen, es dürfen keine neuen (einschränkenden) Regularien und Gesetze hinderlich sein. Auf dem Weg zum Ziel gibt es drei Herausforderungen: Pflege versus Ärzte (territoriale Abgrenzungen/verschiedene Ideologien), Bewältigung des Change Prozesses und namentlich das Fehlen eines entsprechenden ambulanten Tarif-Systems.»

Die Spitex ist wegen der DRGs stark gefordert

Das Spitex-Marktumfeld hat sich seit der Einführung der SwissDRGs 2012 stark verändert. Ein weiterer Faktor war die Einführung der Akut- und Übergangspflege (AÜP) 2011. Die Aufenthaltsdauer im Spital sinkt, vor allem bei Austritten in Richtung Spitex. Diese Spitalaustritte steigen stärker als in Richtung Pflegeheim, teilweise erklärbar durch die relative Abnahme der Langzeitplätze im Heimbereich. «Es entsteht ein dynamisches Marktumfeld zwischen Spital, Spitex und Heimbereich mit immer mehr Übertritten zwischen den drei Settings», hielt Dr. Devrim Yetergil Kiefer, Geschäftsleiterin Spitex Zürich Sihl, fest.

Die Spitex sieht sich zusehends mit einer Zunahme komplexer Behandlungspflege und Palliative

Care konfrontiert. Ebenfalls steigend sind akute Fälle aus dem Spital und der medizinischen Behandlungspflege zu Hause, die früher traditionell im Spital angeboten wurden. Die neuen Aufgaben betreffen insbesondere:

- Injektionen und Infusionen
- Sauerstofftherapien
- Wundbehandlungen mit Vakuumverbänden
- Heimbeatmung: künstliche Beatmung zu Hause
- Pflege und Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen

Insgesamt steigt besonders der Pflege- und Betreuungsbedarf multimorbider Patienten.

Wie stellt sich nun die öffentliche Spitex auf diese Entwicklung ein? – In Zürich wurde Spitexpress eingeführt. Das heisst eine Übernahme-garantie innert zwei Stunden durch Spitex Zürich, auch am Wochenende (inkl. instabile/komplexe Fälle). Möglich wird das aufgrund einer hohen Flexibilität und 7/24 Einsatzbereitschaft sowie des Einsatzes von Pflegeexpertinnen APN (Advanced Practice Nurses – MScPflege). «Im Allgemeinen sammeln wir gute Erfahrungen bei Übertritten Spital- Häuslichkeit», freute sich Dr. Devrim Yetergil Kiefer. «Es bestehen aber grosse Herausforderungen – vor allem in komplexen Pflegesituationen: Vorinformationen fehlen, ad hoc Anmeldungen, keine Zeit zur Vorbereitung, fehlende Austrittsberichte und medizinische Diagnosen sowie Fehlen von Medikamenten und Pflegematerial.»

Dieser Problematik wird durch das Projekt CASE (Coordinated APN Support for the Elderly) begeg-

net. Komplexe und instabile Situationen sind zu meistern. Die Projektziele lauten denn auch: Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung durch eine erweiterte pflegerische Praxis mittels Einsatz von APN für Personen mit chronischen Leiden und kognitiven Beeinträchtigungen sowie Etablieren einer integrierten pflegerisch-hausarztmedizinischen Grundversorgung (Zusammenarbeit APN-Hausärztin/-arzt).

Spital-Spitex: Optimiertes Austrittsmanagement

Ein gutes Austrittsmanagement zwischen Spital und Spitex wird immer entscheidender. Bisher war allerdings die Verrechnung ambulanter Leistungen während eines stationären Aufenthalts nicht möglich. Nun bestehen erste Verträge zur Verrechnung von Koordinationsgesprächen (roundtables) und Spitexleistungen im Rahmen der Fallabrechnung unter SwissDRG zur Austrittsplanung bei komplexen Patientensituationen. Muster ist ein Vertrag zwischen dem Spitexverband SG|AR|AI mit den Spitalregionen St. Gallen, dem Spitalverbund AR und dem kantonalen Spital Appenzell zur Rechnungsstellung für die Teilnahme an Koordinationsgesprächen. Die Vorteile fürs Spital liegen in einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer und im Vermeiden von Patienten, welche innerhalb von 18 Tagen mit dem gleichen Diagnosegrund erneut eingewiesen werden und bezüglich DRG nicht mehr gewinnbringend sind.

Auch TARPSY ist ein wichtiges Stichwort für die Spitex. Akute und komplexe Situationen in der Häuslichkeit nehmen im psychiatrischen Bereich

vier Workshops, deren wertvolle Anregungen ihren Weg ins Plenum fanden.





zu. Es besteht ein Wachstum an beeinträchtigter Haushaltsführung (Einkaufen, Aufräumen, administrative Tätigkeiten, usw.). Hier gelangt ein etablierter Fachdienst Psychosoziale Pflege zum Einsatz, bestehend aus diplomierten Pflegefachpersonen Psychiatrie, verstärkt durch Pflegeexpertinnen APN. Das Zusammenführen von Pflege und Hauswirtschaft/Betreuung zu interprofessionellen Teams bewährt sich.

Wie geht es mit ST Reha weiter?

DRGs im Akutspital sind das Eine, fallbezogene Abrechnungen in der Rehabilitation das Andere. Die Einführung des neuen Tarifs, ST Reha, ist auf den 1. Januar 2022 verschoben worden. Aber es bestünden immer noch wichtige Fragen, argumentierte Dr. med. Hansueli Tschanz, Chefarzt Kardiovaskuläre Rehabilitation, Berner Rehasentrum Heiligenschwendi.

Die offenen Fragen betreffen primär die Paraplegiologie. Tschanz: «Sie ist aktuell nicht im Kapitel Rehabilitation enthalten. Es besteht weiter keine inhaltliche Abgrenzung der CHOP-Codes gegenüber der Akutrehabilitation (Geriatric, Pneumologie sowie fachübergreifende, physikalisch-medizinische Reha). Der neue Tarif deckt daher nicht alle Fälle der Rehabilitation ab. ST Reha wird ein Tarif für Rehakliniken und Rehaabteilungen und nicht ein Tarif für die Rehabilitation!»

Weiter ist Tschanz der Meinung, dass die Zusatzentgelte für die Reha angepasst werden müssen. Das betrifft Medikamente und externe rehafremde Leistungen. Als nötig erachtet er zudem eine Verbesserung der Kostenrechnung, die Anpassung der Rekole sowie das Schaffen eines Konzepts und einer Praxis für die Kodierrevision, was beides noch fehlt.

«Es ist nicht absehbar, welche Parameter die wesentlichen Treiber sein werden. Mit dem VR-Entscheid der SwissDRG AG wird ein wesent-

lich abgeändertes System entwickelt, dessen «Erstversion» unter extremem Zeitdruck entsteht und gleich die Einführungsversion sein soll. Wenn das nur gut kommt!» schloss Tschanz.

Brücken bauen schafft gute Partnerschaften

Provokativ stellte Dr. med. Till Hornung, CEO der Kliniken Valens, drei Fragen und beantwortete sie klar:

- Schmeissen Akutspitäler unter DRG Patienten früher raus? – Ja.
- Ist die Reha überhaupt in der Lage, die Patienten aufzunehmen? – Ja.
- Verhindern dies Krankenversicherer mit ihren Kostengutsprachen? – Ja und nein.

Hornung: «Die Patienten kommen wirklich immer früher! Ein enger Dialog und ein «sich kennenlernen» ist deshalb unabdingbar. Die Reha muss heute tatsächlich viel mehr können als früher. Auch hier gilt: Austausch pflegen und Bedürfnislage kennen. Die Kostengutsprache ist in der Tat immer potenziell prozessgefährdend. Aber mit partnerschaftlichen KoGu-Verfahren sind sehr gute Überleitungen möglich. Wir müssen alle dazu beitragen, Brücken zu bauen.»

Case Management ist der Erfolgsfaktor für die integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung ist effektiv spielentscheidend. Das zeigte Peder Koch, CEO/VR-Delegierter der Berit Klinik, Speicher AR: «Die Patientenadministration erledigt bei uns das Case Management, das ist ein bedeutender Erfolgsfaktor. Hier erfolgt die Planung der Akut- und Reha-Betten. Die (Reha-)Planung beginnt so bereits bei der Anmeldung eines Akutfalles und wird mit Arzt und Patient abgesprochen. Ebenso findet eine Abstimmung mit der Krankenkasse für Akut- und Reha-Behandlung durch die gleiche Person statt. Das führt zu einem effi-

zienten Übergang von Akut zu Reha. Kein Zeitverlust dank bestens abgestimmter Kooperationen mit zuweisenden Kliniken ergibt ein positives Resultat. – Eine gute integrierte Versorgung ist nur mit einem übergreifenden Case Management möglich.»

Spezielle Beachtung gehört der Kur. In der Berit Klinik besteht eine Spezialisierung auf muskuloskeletale Kur in der Rehaklinik. Dieses Kurangebot bedeutet eine medizinische Nachbetreuung. Das entspricht auch einer sinnvollen Reaktion auf medizinische, technologische und demografische Entwicklungen. Kurgäste profitieren vom medizinischen Skill- und Grade-Mix der Reha (24 Stunden-Betreuung). – Die integrierte Versorgung erfährt eine willkommene Erweiterung durch dieses Nachbetreuungs-Angebot.

Peder Koch sieht die Zukunft wie folgt: «Wir brauchen «Komplexpauschalen» für die Akut-Reha. Eine Subspezialisierung ist richtig und wichtig, um die Qualität zu erhöhen. Effiziente und kostengünstige Klinikstrukturen sind attraktiv für Krankenkassen, weil sie für eine deutlich kürzere Gesamtaufenthaltsdauer sorgen.»

Brauchen wir in 10 Jahren noch DRGs?

Eine weitere provokative Frage, gestellt von Dr. med. Werner Kübler, Vorsitzender der Spitalleitung des Universitätsspitals Basel. Seine Antwort: «Wahrscheinlich ja, aber ...» Problematisch seien verschiedene Punkte: «Die aktuellen DRGs sind stark Prozeduren-getrieben und monokausal (Ein stationärer Aufenthalt pro Problem), die Abbildbarkeit der Versorgungsstufen ist zu undifferenziert (Zentrums- vs. Grundversorgung), Ist-Kosten bilden die Berechnungsgrundlage, es besteht die Gefahr des Mikromanagements auf Einzelfallebene, das widerspricht der Idee des Durchschnitts-Systems.»

Sind die Hauptziele mit dem Wechsel zu DRGs erreicht worden (Kosteneindämmung, Qualität und Transparenz)? – Hier fällt das Urteil gut aus: Die Kosten im stationären Bereich sind 2017 nach langer Zeit erstmals gesunken, diverse Organisationen beschäftigen sich eingehend mit Qualitätsmessungen und die Kostentransparenz ist gestiegen.

Die nächsten zehn Jahre würden jedoch grosse Veränderungen mit sich bringen. Es gehe um eine Neuordnung der Finanzierung des Gesundheitssystems im OKP-Bereich. Kostendämpfende Massnahmen sind weiter angezeigt, ebenso eine Abkehr von ambulanten Einzelleistungstarifen, der Einbezug der Ergebnis- und Indikationsqualität in die Tarifstrukturen und die daten-

getriebene Weiterentwicklung der Tarifstrukturen für SwissDRG, TARPSY und ST Reha.

Kübler verwies ebenso sehr auf massgebende systemische Entwicklungstrends:

- Mit der Ambulantisierung gehen Home care, Robotics im heimischen Setting und telemedizinische Betreuung einher.
- Mit der Personalisierung verbunden sind Personalized Healthcare, Vervielfältigung von Verfahrens- und Medikationsmöglichkeiten und eine Zunahme des Selbstmanagements.
- Die Digitalisierung ist geprägt von Wearables, mobiler Technologie, Gesundheits-Apps, Artificial Intelligence, Blockchains, Data Science und Predictive Analytics.
- Der Prävention kommt eine stark wachsende Bedeutung zu: rechtzeitiges Vorbeugen statt behandeln.

Lösungsansätze für das Gesundheitssystem der Zukunft

Werner Kübler machte sich stark fürs Kreieren neuer Lösungsansätze für die Zukunft. Dabei nannte er die Überwindung sektoraler Grenzen, das Zusammenführen von Finanzierungsformen, das Vereinheitlichen von Vergütungssystemen, die Beseitigung von Fehlanreizen zu Gunsten eines Sektors, das Fördern von Capitation-Modellen, die Vergütung von Gesunderhaltung und Prävention statt Krankheit, ebenso die Vergütung prädiktiver Leistungen und deren Präventionsfolgen sowie generell eine Orientierung auf Preis- und Outcome-basierte Abgeltungen.

Brauchen wir also in zehn Jahren noch DRGs?
– Werner Kübler: «Ja, wenn das «lernende Sys-

tem» weiter lernt ... und das gerne schneller, wenn sich DRGs an die Versorgungsstufen und die komplexe Realität anpassen (weniger marktverwirrende Baserate-Differenzen), wenn Sektoren überwunden werden, eine Abkehr von einer rein retrospektiven Kostenbetrachtung erfolgt und der reine Krankheits- und Interventionsbezug auf die Entwicklung des Gesundheitssystem angepasst werden kann. – Kurz: Wenn sich das System an die Gesundheitsversorgung der Zukunft anpassen lässt und sich in ein breiteres Finanzierungsmodell einfügt, dann brauchen wir weiterhin DRGs ... wahrscheinlich!»

Man hat nie ausgelernt

Das von Medicongress organisierte 8. DRG-Forum Schweiz-Deutschland bot ein wahres Feuerwerk an spannenden Beiträgen und provokativen Voten. Den Schlusspunkt setzte PD Dr. med. Simon Hölzer, Geschäftsführer Swiss DRG AG. Er unterstrich die Bedeutung der SwissDRGs als lernendes System, das sich seit seiner Einführung ständig weiterentwickelt habe. «Das müssen wir konsequent fortsetzen, und wir müssen es in enger Abstimmung mit den Leistungserbringern tun. Hier finde ich die Initiative des Vereins Spital Benchmark begrüßenswert. Das und unser regelmässiger Austausch bilden die Basis, dass wir alle von den Besseren lernen können.»

Hölzer erwähnte weiter die Aktivitäten des Bundesamtes für Statistik, das dank erhöhter Mitarbeitendenzahl heute nicht nur für rein statistische Aufgaben eingesetzt werden könne, sondern auch für explizite Aufgaben im Rahmen des KVG. Dazu gehört etwa das Schaffen eines

Datenpools zur Verbesserung von Prozessen und Behandlungen. In diesem Sinne sei es interessant, Kooperationen zu beobachten. Viele Spitäler würden ja bereits pragmatisch miteinander arbeiten, was das richtige und wirkungsvolle Steuern der Patienten fördere.

Wichtig sei, dass die DRGs weiterhin die gesamten Leistungen des stationären Sektors umfassen. Hölzer: «Einzelne Teile dürfen nicht isoliert abgerechnet werden. Es ist ein Riesenfehler in Deutschland, die Pflege aus der DRG-Systematik herauszulösen.» – Nötig seien auch künftig differenzierte Baserates, denn «jedes Wettbewerbsmodell basiert auf differenzierten Preisen.» – Auszubauen gelte es die Transparenz: Wieviel finanzieren die Kantone über DRGs und wieviel über GWL? «Es ist klar auszuweisen, wieviel von den Letzteren ausschliesslich aus regionalpolitischen Überlegungen eingesetzt wird.» – Würde namentlich diesem Aspekt Rechnung getragen werden und würden alle Beteiligten unvermindert lernfähig bleiben, dann seien DRGs bestimmt kein Auslaufmodell.

Fotos

Peter Brandenberger, www.kongress-foto.ch

Weitere Informationen

www.medicongress.ch

Save the date

Das nächste DRG Forum Schweiz-Deutschland findet am 30./31. Januar 2020 statt, wiederum im Zentrum Paul Klee.



DMBAU
SCHAFFT RAUM
FÜR DIE ZUKUNFT

DMBAU bietet qualitativ hochwertige und funktionale Lösungen für Klinikgebäude oder einzelne Klinikräume, die in Rekordzeit einsatzbereit sind. Ob ein temporärer Spitaltrakt, Neubau eines gesamten Krankenhauses, ein Bettenhaus, eine komplette Intensivstation, ein medizinisches Labor, ein Operationssaal oder ein MRI mit neuester Technologie: unsere Baukonzepte werden Ihren Anforderungen umfassend gerecht. Wir sind DMBAU. WE BUILD FUTURE.

WWW.DM-BAU.CH

