

Das 9. DRG Forum Schweiz-Deutschland von MediCongress begeisterte rundum: Wer überbordert, zahlt eine hohe Zeche

Sind die fetten Jahre vorbei?

Biblisches sind die sieben fetten und die sieben mageren Jahre. Nach acht Jahren neuer Spitalfinanzierung müssten wir nun schon spürbar in der ungemütlicheren Periode angekommen sein. Auf den ersten Blick scheint dem so zu sein: Zwar sind deutliche Anstrengungen für effizientere Prozesse unverkennbar, aber andererseits verzeichnen etliche Spitäler aller Kategorien dennoch tiefere Erträge, einige erhalten sogar massive Subventionen in Form überhöhter Abgeltungen Gemeinwirtschaftlicher Leistungen. Weiter ist die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Spitalleistungen noch nicht unter Dach und Fach. – Zeit also, den Status Quo kritisch zu durchleuchten: Haben die DRGs die nötige Transparenz geschaffen? Dienen sie als Motivation, Angebote kritisch zu hinterfragen? Motivieren sie, neue Strukturen und Kooperationen zu bilden? Sind sie das Fundament, auf dem die zahlreichen Neubauten so erstellt werden, dass dabei mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität obenaus schwingen oder bestehen da und dort weiterhin Übermut und unrealistische Erwartungen? Letzteres würde ja – undiplomatisch formuliert – einer Veruntreuung anvertrauter Gelder von Prämien- und SteuerzahlerInnen gleichkommen. – Im 9. DRG Forum gingen ausgewiesene Experten der Sache mit Keynotes, neun Symposien und einem internationalen DRG-Vergleich auf den Grund.

Und das gleich fulminant von Beginn weg: Dr.oec. HSG Willy Oggier, wissenschaftlicher Leiter des Forums, sprach ungeschminkt: «An was wird «fett» überhaupt gemessen? Ist es diese

ominöse EBITDA-Rate von 10%, die Berater immer nennen? Vielleicht deshalb, weil damit ein Anpassungsdruck und Beratungsbedarf suggeriert werden kann? 10% können je nach Spi-

tal auch zuviel sein, beispielsweise bei faktisch existierenden Staatsgarantien wie in der Kindermedizin, für eine Privatklinik mit Shareholder-Erwartungen ist es eher zu wenig. Entsteht also

Ein voller Saal zeigt eindeutig: Das Thema des 9. DRG Forums fand grossen Anklang. Kommen nun die mageren Jahre? Müssen wir den Gürtel enger schnallen?





Die Sünden und Sünder beim Namen genannt: Gesundheitsökonom Dr. oec. HSG Willy Oggier spricht Klartext.

Anpassungsdruck durchs KVG oder VVG? Sind es die teilweise stagnierenden Einnahmen oder die zu hohen Ausgaben?»

Bevor ein Urteil gefällt werden könne, gelte es zu sortieren und nicht Kraut und Rüben zu vergleichen. Verzerrend wirke immer noch die Vermischung kantonaler Rollen als Regulator und Eigner. Ein weiteres Indiz für Renditeunterschiede liege auch in der uneinheitlichen Rehabilitationsdefinition und Bevorzugung von low level-Anbietern vorwiegend in der Westschweiz – Zeichen einer jahrzehntelangen Führung des EDI durch welsche Bundesräte?

Übersorgung in den Städten, Mangel auf dem Land

Blicken wir über die Grenze: In Deutschland, wo die DRGs schon länger gelten, ist auffällig, «dass etwa zwei Drittel der Krankenhäuser weniger als 300 Betten haben. Diese kleinen Kranken-

häuser behandeln aber weit weniger als ein Drittel der stationären Patienten. Gerade in den Ballungsgebieten könnte man auf diese Einrichtungen durchaus verzichten. Abgebaut wurden sie in der Vergangenheit wenn überhaupt in den ländlichen Gebieten. Anders ausgedrückt, in den überversorgten Gebieten blieb alles beim Alten und in den unterversorgten Gebieten hat sich die Versorgungssituation verschlechtert. Monetäre Aspekte haben die Oberhand über Versorgungsgesichtspunkte gewonnen», schrieben Stefan Wöhrmann und Agnes Kübler in f&w, Nr. 11/2019 – da hätten die zahlreich erschienenen ForumsbesucherInnen beinahe meinen können, die Rede sei von der Schweiz.

Woran Dr. Willy Oggier keinen Zweifel liess: «In der Schweiz geschieht das Gleiche! Regionale Versorgung wird in der Akutmedizin gerade dort abgebaut, wo auch die künftigen Ärztemängel am stärksten sein dürften. Statt Zentrumsspitäler zurechtzustutzen, werden diese zu kleinen Universitätsspitalern ausgebaut (Aarau, Luzern, St. Gallen). Dabei haben wir heute schon zu viele davon. Rehabilitation auf dem Land droht das gleiche Unheil, verbunden mit dem zusätzlichen Handicap oft sehr aufwändiger, bürokratischer Kostengutsprachen.» So sei den Autoren Wöhrmann und Kübler nur beizupflichten, wenn sie ausführen: «Der Wandel muss in den überversorgten Ballungsgebieten beginnen. In den unterversorgten Gebieten müssen Umwidmungsprozesse konsequent über die Sektorengrenzen hinweg auf den Weg gebracht werden. Sicherstellungsaufträge gilt es daher künftig nicht allein an Sektoren, sondern immer mehr auch an Regionen auszurichten.»

Der Bundesrat muss beim KVG handeln

Und hier legte der Gesundheitsökonom den Finger in eine zünftige Wunde: «Echte interkantonale Spitalplanungen und Spitalisten-Erstellungen sind eben gerade bei uns inexistent. Der von verschiedenen Kantonen mit tiefen Base-rates – und hintendurch wieder durch GWL aufgebosserte – Heimatschutz führt zu Wettbewerbsverzerrungen. Dasselbe gilt für unterschiedliche Fallzahlen und unterschiedliche Leistungsauftrags-Definitionen. Es besteht Handlungsbedarf: Der Bundesrat sollte endlich zur Durchsetzung des KVG eingreifen!»

Oggier fordert unmissverständlich mehr Phantasie für eine künftige Spitallandschaft: «Trägerübergreifende Fusionen sind in der Schweiz fast inexistent. Die wenn überhaupt vorhandenen Kooperationen sind lose. Und was sehr stört, ist, dass Public Private Partnership-Projekte wie Swiss Medical Network und Flawil von bürgerlich

dominierten Regierungen zum Schutz der eigenen Spitäler blockiert werden.»

Monistische Finanzierung – der Goldstandard?

Würde die Abschaffung des dualen Finanzierungssystems und die Einführung der Monistik einen Weg aus dem Dilemma bedeuten? – Oggier mahnt mit Blick zu deutschen Erfahrungen zur Vorsicht, denn gerade die monistische Finanzierungsform führte dort Mitte der 1960er Jahre landesweit zu Versorgungsengpässen und wachsenden Defiziten der Krankenhäuser durch die Unterfinanzierung seitens der Krankenkassen und bereitete den politisch Verantwortlichen beträchtliche Kopfschmerzen. Daher wurde 1972 zur dualen Finanzierung gewechselt. Hier sei es aber umso notwendiger, dass die Bundesländer nach Jahren der sinkenden Investitionstätigkeit ihre Verantwortung wahrnehmen. Aktuell bestehe ein massiver Nachholbedarf.

Wollen wir also die Monistik in der Schweiz trotzdem einführen? Wenn diese Frage mit Ja beantwortet würde, «wie garantieren wir dann, dass es nicht zu ähnlichen Entwicklungen wie in Deutschland kommt? Und wenn es nicht dazu kommt: Wie garantieren wir, dass die Kantone ihre Spitäler nicht via Hintertür über Art. 49 Abs. 3 KVG (GWL) dual finanzieren?» Vordringlich sei hier Transparenz zu schaffen. Oggier: «Warum wenden wir bei Art. 49 Abs. 3 nicht eine Beweis-



last-Umkehr für Kliniken wie in Deutschland an? Oder eine öffentliche Ausschreibung?»

Bezüglich der Bildung zukunftsgerichteter Versorgungsstrukturen wertet er die Tatsache positiv, dass in der Schweiz die intersektorale Trennung nicht so gross ist wie in Deutschland. Darauf wäre aufzubauen: «Trotzdem fehlen fluide Spital-Konzepte nach wie vor. Wie schaffen wir mehr Flexibilität in neuen Spitalplanungsprozessen? Wie schaffen wir veränderte finanzielle Anreize? Warum machen die Tarifpartner nicht schneller vorwärts, gerade auch im VVG? Geht es ihnen (noch) zu gut? Sind sie zu fett?»

Massive strukturelle Verzerrungen in Deutschland

Einmal mehr zeigt sich am DRG Forum, wie ein Vergleich der beiden DRG-Länder Schweiz und Deutschland höchst spannend ist: Prof. Dr. Eckhard Nagel, Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth, präsentiert die aktuelle Situation: «Die Anzahl der Kliniken verzeichnet einen deutlichen Rückgang, insbesondere bei der Anzahl der Betten. Dies betrifft sowohl staatliche, gemeinnützige sowie auch private Einrichtungen. Gleichzeitig sind die Kosten deutscher Krankenhäuser stark angestiegen.» In unserem Nachbarland bestehen 1942 Spitäler. Sie versorgten 2019 19.4 Mio. Patienten und erzeugten Kosten von 105.7 Mrd. Euro.

Die Erträge sind jedoch bescheiden: So weisen die 30 grössten Krankenhausverbände seit Jahren kumulierte Defizite von 130 bis 150 Mio. Euro auf. Noch bedrohlicher ist die Lage bei den Unikliniken. Sie gehen nach Expertenschätzung bis 2025 auf eine Finanzierungslücke für Modernisierungen und Sanierung von 12 Mrd. Euro zu. Statt 32 Mrd. stehen höchst wahrscheinlich bloss 20 Mrd. Euro zur Verfügung.

Sorge zum Gesundheitswesen zu tragen, lohne sich, ist der Referent überzeugt, weil es eine der bedeutendsten Branchen ist. Nicht weniger als 5.7 Mio. Menschen finden hier in Deutschland Arbeit, die gesamten Gesundheitsausgaben belaufen sich auf 376 Mrd. Euro – im Vergleich zur immer wieder als wichtigstem Zweig gepriesenen Automobilindustrie («nur» 800 000 Beschäftigte bei 450 Mrd. Euro Umsatz) sieht das hervorragend aus.

Bedrohliches zeichnet sich indes für die Krankenversicherer ab. 57 % aller Kosten tragen hier die gesetzlichen Kassen. Für sie, die heute im Schnitt 15.7 % Lohnbeiträge verlangen, müsste aufgrund verschiedener Prognosen ab 2050 25.3 bis 32.1 % kalkuliert werden, beinahe schon astronomische Werte. Nicht minder inflationär zeigen sich die Regulierungen. Hier machte 2015 das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz das Dutzend neuer Regelungen seit 1992 voll. Die Overtüre zu einer regelrechten Regulierungsflut machte damals das Gesundheitsstrukturgesetz.



Prof. Dr. Eckhard Nagel geht auf die deutschen DRGs ein, die einen grossen Investitionsstau ausgelöst haben.

Effizienz gesteigert – aber die Zukunft bleibt düster

Trotz dieser Entwicklung gelang es den Leistungserbringern in den zurückliegenden Jahren, mittels Rationalisierungsmassnahmen ihre Abläufe zu verändern. Überall dort, wo dies zu einer effektiveren und effizienteren sowie einer qualitativ besseren Versorgung für den Patienten geführt hat, ist das Engagement aller beteiligten Leistungserbringer gross. «Nichtsdestotrotz», so Prof. Nagel, «sehen sich die Heilberufe unverändert einem wachsenden Kostendruck ausgesetzt und die Frage der Wirtschaftlichkeit wird bisweilen mindestens so intensiv diskutiert wie medizinische Zusammenhänge. Das bedeutet: Zahnärzte, Apotheker und Psychotherapeuten sollen zeigen, dass sich ihre Unternehmungen «lohnend» und Chefärzte einzelner Fachabteilungen werden zu Managern konkurrierender sogenannter Profit Center im gleichen Krankenhaus.»





Thomas Christen vom BAG, santésuisse-Direktorin Verena Nold und Beatrix Meyer, FMH (v.l.n.r.), sind sich in vielen Punkten einig: Die Swiss DRGs bewähren sich, aber die Behandlungsqualität gehört besser gesteuert.

Darf man an der Krankheit anderer verdienen?

Gewinnstreben in sozialen Berufen ist immer etwas Spezielles: Wie weit ist es legitim oder moralisch vertretbar? Wie gross muss die Rendite sein, um nötige Investitionen nachhaltig zu finanzieren? – Prof. Nagel: «Es ist nicht nur vertretbar, sondern sogar zwingend notwendig, dass Mitarbeitende des Gesundheitssektors einen adäquaten Lohn verdienen, den sie z.B. auch bei vergleichbaren Arbeiten in anderen Branchen der Gesellschaft bekämen. Das Gesundheitswesen konkurriert mit anderen Bereichen um die immer knapper werdenden Fachkräfte in einer vom demografischen Wandel geprägten Arbeitswelt.

Leicht nachvollziehbar wird hierbei sein, dass eine heute hochqualifizierte Pflegekraft ähnlich einer Fachkraft verdienen sollte. Doch darf ein

leitender Arzt oder Ärztin oder Geschäftsführer ein sogenanntes Managergehalt beziehen?»

Ein Überschuss z.B. in einer Abteilung eines Spitals, der durch ein günstiges Verhältnis von notwendigem Einsatz und vereinbarter Refinanzierung entstehen kann, dürfe durchaus dazu genutzt werden, weniger rentable Fachgebiete querzufinanzieren. Es obliege aber den verantwortlichen Akteuren, solche Schieflagen regelmässig anzupassen. Es sei nicht akzeptabel, wenn Mittel von Versicherten zur Kompensation finanzieller Verpflichtungen – z.B. des Staates für die Investitionen im Krankenhaussektor – herangezogen würden.

Sind gesamthaft betrachtet doch wieder fette Jahre möglich? – Prof. Nagel meint dazu: «Zuerst besteht bei den Investitionen, wo ein erheblicher und wachsender Investitionsstau vorhanden ist, Handlungsbedarf! Wichtig ist auch das Durch-

setzen eines deutlichen Zuwachses von Studienplätzen in der Medizin; gemäss Masterplan 2020 sollen z.B. 2000 neue Studienplätze in Bayern entstehen.» Der Wissenschaftler begrüsst zudem die Einrichtung von Studiengängen für Pflegeberufe, «trotz der Ausbildungsoffensive bleiben es aber eher «magere Aussichten.»

Was hat die neue Spitalfinanzierung wirklich gebracht?

BAG-Vizedirektor Thomas Christen erteilt gute Noten: «Bei der umfangreichsten Revision seit Schaffung des KVG sind wir gut unterwegs.» Wertvoll sei, dass das definierte Ziel der Kostenstabilisierung erreicht worden ist. Eine Auswertung des BAG zeigt, dass 2016 bereits 91% der stationären Kosten durch die Pauschalen gedeckt worden sind. Bei der Einführung war dieser Wert mit rund 70% tiefer. Noch unklar sei allerdings, wie lange die positive Kostenentwicklung anhalte.

«Qualitativ ist die Versorgung mindestens gleich hoch geblieben», urteilt Christen. Hier beurteilt er die Datenlage aber als noch etwas diffus, weil Indikatoren in unterschiedliche Richtungen zeigten. Eines der Probleme bestehe darin, dass die Verlagerung in nachgelagerte Bereiche klar zugenommen habe. Der Vizedirektor sieht in den Patienten wichtige Entscheider. Sie sollen durch ihre Spitalwahl Anbieter mit guter Qualität wählen. «So würde Qualität belohnt. Die Patienten gehen allerdings lieber weiterhin ins nächstgelegene Spital – Qualität hin oder her.»

Direkteste AnsprechpartnerInnen der Patienten sind die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte. Beatrix Meyer, Leiterin Stationäre Versorgung und Tarife FMH, präsentierte die Auswertung von jährlich durchgeführten Umfragen bei der Ärzteschaft. Eine grössere Anzahl der Reha-Ärztinnen und Ärzte findet, dass die Akutspitäler die Patienten zu früh entlassen. 2019 war ein Drittel der Befragten dieser Meinung. Dem sei mit einem wachsamen Auge zu folgen.

Tödliche Bürokratie

Zu denken gibt der FMH die Bürokratie – wie bei der DRG-Einführung befürchtet. Meyer bemängelt den steigenden administrativen Aufwand. Heute verbringe ein Mediziner täglich zwei Stunden mit Dokumentieren, erschreckende 33% mehr an Zeit als vor DRG. Am meisten darunter leiden Assistenzärztinnen und -ärzte. Diese verbringen gleich viel Zeit mit Bürokratie wie mit Therapie – «das sollte nicht sein!»

Nichtsdestotrotz hat sich die Ärzteschaft mit den Fallpauschalen arrangiert. Darüber ist santésuisse-Direktorin Verena Nold überrascht: «Vor der DRG-Regelung war ich im Umfeld von Praxisärzten noch froh, nicht mit faulen Eiern beworfen zu werden.» Aus Sicht der Krankenversicherer sei insgesamt ein positives Fazit zu ziehen. Viele der gesetzten Ziele seien gänzlich oder zumindest teilweise erreicht worden: «Wir haben uns schon immer für mehr Wettbewerb eingesetzt.» Einschränkend meint Nold jedoch, dass der Qualitätswettbewerb noch nicht wie gewünscht funktioniere. Man sei aber auch bei diesem Punkt viel weiter als bei der DRG-Einführung. Enttäuscht ist sie aber hinsichtlich der Reaktionen der Versicherten und Patienten, weil die von santésuisse angebotene Spitalvergleichswebseite auf wenig Interesse stosse.

Auffallend ist, dass bei zahlreichen Aspekten grosse Einigkeit besteht und unter den Stakeholdern gute Kontakte gepflegt werden. So sind sich Christen, Meyer und Nold einig, dass die Diagnose- und Indikationsqualität verbessert

werden muss. «Eine Mehrheit der FMH-Mitglieder befürwortet Mindestfallzahlen.» Alle drei Symposiums-Akteure wollen zudem die interkantonale Zusammenarbeit optimieren. Hier will der Bundesrat aktiv werden, wie Christen mitteilt. Dabei geht es einmal um Vorgaben zu Wirtschaftlichkeit und Qualität. So will der Bundesrat die Spitalplanungskriterien weiter konkretisieren. Die Vernehmlassung dazu soll schon sehr bald starten.

Weiter stehen Betriebsvergleiche und Benchmarking aufgrund von schweregradbereinigten Spitalkosten pro Spital im Fokus und schliesslich will der Bundesrat Referenztarife definieren. Damit sollen die bekannten Probleme mit ausserkantonalen Behandlungen angegangen werden.

Integrierte Versorgung: Kannibalisierung der Spitäler oder Verbesserung der Indikationsqualität?

Für Bruno Guggisberg, CEO Spital STS AG, Thun, ist die Integrierte Versorgung etwas Wichtiges. Er definiert sie als Idee einer neuen «sektorenübergreifenden» Versorgungsform im Gesundheitswesen, Förderung einer stärkeren Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Spitäler, Heime, Spitex, Notfallversorgung), Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung und gleichzeitig Senken der Gesundheitskosten.

Wie sind nun Integrierte Versorgung und Finanzierung per DRG unter einen Hut zu bringen? – Guggisberg: «DRG basiert auf einer leistungs-

orientierten Abgeltung bzw. leistungsorientierten (Spital)Planung. Die Integrierte Versorgung verlangt jedoch eine versorgungsorientierte Abgeltung bzw. versorgungsorientierte Planung unter Einbezug aller Leistungserbringer in einem Versorgungsgebiet. Die Quintessenz daraus ist: Integrierte Versorgung bzw. neue integrierte Modelle benötigen auch neue Finanzierungsmodelle wie z.B. ein regionales Global-/Universalbudget.» Für Spitäler sei es daher sinnvoll, noch verstärkter mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern zu kooperieren: «Verträge zwischen Spitälern und Spitex-Betrieben können beispielsweise den Übergang nach Hause besser sichern, in der Altersbetreuung braucht es flexiblere Pflege- und Wohnmodelle wie betreutes Wohnen. Das elektronische Patientendossier ist angedacht, künftig zu einem wichtigen Instrument zu werden, um die Transparenz im Behandlungsprozess zu verbessern.»

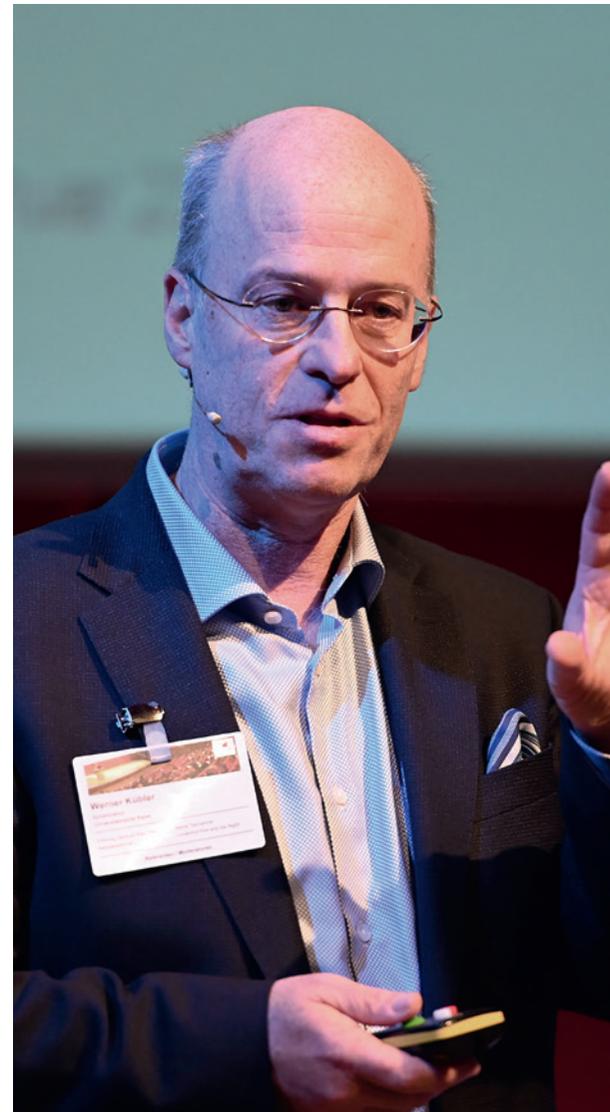
Ganzheitliche Betreuung heisst mehr Behandlungsqualität

«Die bessere Koordination, Integration und übergeordnete Betrachtung von Prävention, kurativer Medizin, Spitex, Pflege und Rehabilitation führt zu einer ganzheitlichen Betreuung der Patienten: Das bedeutet eine qualitativ bessere und effizientere Behandlung, welche schliesslich auch einen Beitrag zur Kostenstabilisierung leistet.»

Weiter gelte es zu beachten, dass der Versicherte auch Patient werden könne. Dabei wolle er nicht «gemanaged» werden als wäre er Teil einer industrialisierten Produktionskette. Guggisberg:

Neun Symposien bildeten eine wertvolle wie vertiefte Ergänzung zu den Plenumsreferaten.





Bruno Guggisberg, CEO Spital STS AG, Guido Speck, CEO Lindenhofgruppe, und Dr. Werner Kübler, Direktor Unispital Basel (v.l.n.r.), zeigen kreative Wege aus der Kostenklemme und innovative Ansätze für Kooperationen.

«Der Patient will bei der Prävention oder im Falle einer Erkrankung begleitet werden – mit Kompetenz, Empathie und vor allem Achtsamkeit.»

Integrierte Versorgung könne zwar ein paar Nachteile mit sich bringen – für die Leistungserbringer etwa Unterordnung unter medizinische und wirtschaftliche Standards, Umstrukturierung und Kostenrisiko für Inanspruchnahme von Ärzten ausserhalb des Versorgungsnetzes sowie für die Patienten die eingeschränkte Arztwahl und nötige Weitergabe von Daten («gläserner Patient»).

Die Vorteile überwiegen allerdings deutlich: Für die Versicherer sind es Wettbewerbsvorteile durch Qualität und Kosteneinsparungen durch Verzahnung der Sektoren; für die Leistungserbringer besteht die Möglichkeit, von üblichen Vergütungsformen abzuweichen, Technologien gemeinsam zu nutzen, eventuelle finanzielle

Vorteile zu erzielen und ihr Image zu fördern. Für die Patienten schliesslich ergibt sich eine qualitativ verbesserte Versorgung, optimierte Steuerung (Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Wartezeiten usw.) sowie eine umfassende prä- und postoperative Betreuung.

Innovative Thuner Lösung

Die Spital STS AG hat eine Hausarzt- und Notfallpraxis am Bahnhof Thun (Walk-in) eingerichtet. Diese ist eine Tochtergesellschaft der Spital STS AG mit eigenem Auftritt und dient der Entlastung des Notfalls am Spital Thun. Die Öffnungszeiten sind Montag bis Freitag von 8 bis 19 Uhr, es besteht ein Zugriff auf das KIS des Spitals Thun (kein Medienbruch und vollständige Transparenz).

Weiter beabsichtigen die Medbase AG und das Spital mit der Medbase Berner Oberland AG die Planung, den Aufbau und Betrieb von ambulan-

ten Versorgungszentren an gemeinsam ausgewählten Standorten im Berner Oberland. Die übergeordnete Zielsetzung liegt in der integrierten Versorgung als zukunftsweisendem Ansatz. Guggisberg: «Die vertikale Integration verfolgt das Ziel einer bereichs- oder sektorenübergreifenden Vernetzung entlang des Behandlungspfads. Es wird ein innovatives Betreuungskonzept durch Verknüpfung und Koordination von ambulanten und stationären Versorgungsleistungen im Berner Oberland aufgebaut.

Die jüngere Patientengeneration verfügt über keinen Hausarzt mehr und wünscht Flexibilität. So können Patientenbedürfnissen und gesellschaftlichen Anforderungen der heutigen Zeit entsprochen werden.

Die Spital STS AG verfolgt die Strategie, ihre Patienten in definierten Behandlungspfaden und Qualitätsrichtlinien nachhaltig zu betreuen. Med-

base will sich dabei als ambulanter Health Care-Provider weiterentwickeln.»

Ambulantes OP-Zentrum (AOZ BEO)

Etwas ganz Besonderes ist bereits am 6. Januar in Betrieb gegangen: das ambulante OP-Zentrum. Damit findet eine sinnvolle Entflechtung der ambulanten und stationären Prozesse im Spital Thun durch das AOZ BEO statt, eventuell mit Option eines künftigen Neubaus auf dem Spitalareal. Vorgesehen sind 2000 ambulante Eingriffe (Eingriffe durch Spitalärzte und Belegärzte), 1500 Infiltrationen der Wirbelsäule und 1200 Overnight Patienten (1 Nacht). Möglich sind künftige ambulante Eingriffe bei Erweiterung der 6er-Liste auf eine umfassendere Liste für zwingend ambulante Eingriffe. Speziell in Thun ist, dass für Patienten mit Bedürfnis einer Übernachtung ein sog. «Selbstzahler-Angebot» entwickelt wurde, auf Wunsch bringt der Partner easyCab den Patienten bequem zu seiner Operation – und wieder zurück nach Hause.

Gute Idee – steiniger Weg

Und wie steht es jetzt? Erfolgt eine Kannibalisierung der Spitäler oder Verbesserung der Indikationsqualität? – Guggisbergs Erkenntnis lautet: «Keine Kannibalisierung, wenn die Veränderungen proaktiv angegangen werden und engagiert nach Lösungen gesucht wird. Die bessere Koordination zwischen Leistungserbringern suggeriert eine Verbesserung der (Indikations-)Qualität. Jedoch fehlen noch der Einsatz moderner Instrumente zur Qualitätssicherung, z.B. Patient Reported Outcome Measures (PROMs) zur Prüfung.

Die Grundidee, die auch Alterswohnen und ein Gesundheitsnetzwerk im Simmental umfasst, ist gut, jedoch der Weg ist lang und steinig, weil teilweise in Widerspruch zu den (betriebswirtschaftlichen) Zielen der einzelnen Leistungserbringer. Die aktuellen Anreizsysteme mit DRG/Tarmed sind suboptimal und torpedieren die Ansätze der Integrierten Versorgung. Die Zusammenarbeit braucht Vertrauen und Offenheit, ein Aufbrechen bisheriger Denkmuster sowie ein gemeinsames Commitment aller Beteiligten.»

Was bringt Preisführerschaft?

Den richtigen Preis für Spitalleistungen zu erzielen, ist mitunter schwierig. Bei der Preisfindung im KVG besteht das Ziel der Kostenträger darin, einen gleichen Preis für gleiche Leistung zu fixieren. «Festsetzungen werden auf Basis der Kosten- und Leistungsdaten geführt», erläuterte Guido Speck, CEO Lindenhofgruppe Bern. «Dazu ist ein transparenter Kostenausweis nötig: Alle Anbieter legen die relevanten Kennzahlen offen und die Tarifstruktur gilt für alle Anbieter und Nachfrager gleichermaßen (national einheitliche Tarifstruktur/ Tarifschutz gemäss Art. 44 KVG).» Nach Meinung Specks sollten Benchmarking und effiziente Prozesse die entscheidenden Kriterien bilden: «Grundsätzlich sollte der «effiziente Preis» für alle Anbieter gelten. Der praktizierte Ermessensspielraum im 20. – 40. Perzentil führt jedoch zu einer Rechtslücke!»

So mache eine Preisführerschaft bei OKP-Patienten eigentlich keinen Sinn, weil hier ein eng regulierter Markt besteht und ein entsprechend geringer Preiswettbewerb herrscht. Die Nach-

frager, die nur einen geringen Anteil selber bezahlen, bestimmen zudem die Wahl an Leistungen im KVG-Bereich nicht auf Basis der Preise; die Preisführerschaft im KVG-Bereich würde daher zu keinen wesentlichen Vorteilen gegenüber von Konkurrenten führen.

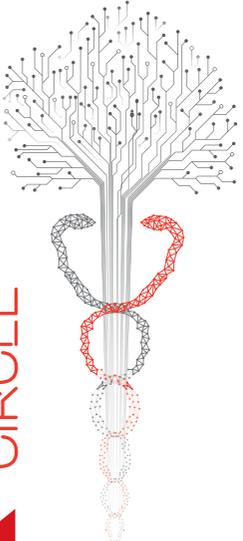
Wohl aber im VVG-Bereich: Hier haben Versicherer viel Gestaltungsspielraum bezüglich Produkten und Deckungen sowie keine Restriktionen beim Leistungskatalog – zünftiges Entwicklungspotenzial für neue Versicherungsprodukte ist vorhanden. Versicherer könnten vermehrt differenzierte VVG-Produkte mit unterschiedlicher Wahlfreiheit einführen, ebenso Listen mit anerkannten Leistungserbringern (Positivlisten), bei denen die Kosten übernommen werden. Preisführerschaft im VVG-Bereich kann also zu Vorteilen führen wie zum Begünstigen gültiger Vereinbarungen mit den Kostenträgern oder weniger Unsicherheiten und Transaktionskosten, da gültige Verträge bestehen (Handling, Tiers payant usw.). Je mehr Verträge, desto grösser werden auch der potenzielle Patientenstamm und das Einzugsgebiet. Möglich wird zudem eine bessere Auslastung, welche Effizienzgewinne und eine bessere Rendite erlaubt.

Die Zitrone ist ausgepresst, was nun?

Welche weiteren kreativen Ansätze führen aus der aktuellen Kostenklemme? Dr. Werner Kübler, Direktor Universitätsspital Basel, lud zu einer spannenden Tour d'horizon ein: Kooperation oder Fusion? Horizontale oder vertikale Zusammenarbeit? – Entscheidend sei das Eingehen auf aktuelle Herausforderungen: Fachkräfteman-

Digitalisierung Gesundheitswesen Schweiz: Wo liegen Business Cases?

e-healthcare
CIRCLE



25. & 26. Juni 2020
Rehaklinik Bellikon

Programverantwortlicher:
Dr. Willy Ogger
Gesundheitsökonom
Küsnacht

MEDICONGRESS
Kongresse, die wirken

In der integrierten Versorgung? In der Überwindung kritischer Grössen? In- und ausländische Praxisbeispiele

www.medicongress.ch – **Jetzt registrieren!**



ao.Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Georg Dorffner
Leiter Institute für Artificial Intelligence & Decision Support
Masterstudium Medizinische Informatik
Curriculumdirektor
Wien



Antoine Hubert
Delegierter des Verwaltungsrates
Swiss Medical Network
Genolier



Prof. Dr. Elke Klein
Professur für Digitale Gesundheitswirtschaft
Hochschule Hamm-Lippstadt



Regierungsrat Jean-Pierre Gallati
Vorsteher Departement
Gesundheit und Soziales (DGS)
Aarau

Platinpartner



Goldpartner





Dr. Marc Schulthess, stv. CEO Rehaklinik Bellikon (links), geht auf die Chancen der Digitalisierung ein. Nanda Samimi, CEO Forel Klinik, und Eduard Felber, Pflegedirektor PDGR, sind unterschiedlicher Meinung zu TARPSY.

gel, Digitalisierung/Technologie, neue Versorgungsformen, Regulierung, Personalisierung, Ambulantisierung und wachsende Patientenbedürfnisse.

Die Strategie des USB besteht in regen Kooperationen mit Spitälern der Nordwestschweiz. Aktuellstes Beispiel ist die Zusammenarbeit mit dem Bethesda Spital Basel. In dessen Orthopädie-klinik baut das USB proaktiv die bewährte Partnerschaft aus. Die gemeinsamen Stärken werden für die Patienten optimal genutzt. Kübler: «Wir gestalten die universitäre orthopädische Medizin aktiv mit. Die Qualität und der Outcome für den Patienten bei höchster Transparenz steht im Vordergrund. Unsere Ärzte arbeiten dabei im Bethesda Spital. Organisatorisch bestehen eine Trennung der Behandlungspfade von Elektiv- und Notfallmedizin, ein integrierter Patienten-pfad, das Streben nach hoher Qualität, Outcome und Transparenz, eine optimierte Gesundheits-

versorgung sowie intensive Aus- und Weiterbildung. Wir wollen die führende Orthopädie in der Nordwestschweiz bieten.»

Mehr Schub dank Digitalisierung?

Der digitale Wandel ist in aller Munde. Führt er auch ans verheissene Ziel von mehr Transparenz, besseren Entscheidungen und effizienteren Abläufen? – Dr. Marc Schulthess, stv. CEO der Rehaklinik Bellikon, verwies auf die relevanten Kriterien zur Beurteilung des IT-Einsatzes: «Ganz sicher ist vorweg, dass digitale Projekte nicht allein Sache der IT-Abteilung sein können, sie müssen von der gesamten Geschäftsleitung getragen und von den Mitarbeitenden akzeptiert werden. Wir beachten dabei folgende Elemente: Wir wollen ein digitalisierter, moderner Leistungserbringer und Arbeitgeber sein. Die digitale Vernetzung mit unseren Partnern wird zu einem zentralen Bestandteil unserer Tätigkeit.

Die Digitalisierung stellt die Anwender ins Zentrum (Patienten wie Mitarbeitende), betrifft die Organisations-, Kultur- und Kompetenzentwicklung und soll möglichst standardisiert und durch einheitliche, zentrale Hilfsmittel unterstützt werden. Nicht zuletzt soll ein möglichst gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis entstehen.

Eine erfolgreiche Digitalisierung bedingt eine digitale Transformation der Führungskräfte, Mitarbeiter, Patienten und Partner. Digitalisierung bleibt schwierig, sie ist jedoch ein notwendiger Ansatz gegen den Kostendruck, aber auch zum Sicherstellen von Arbeitgeberattraktivität, Qualitätssicherung und Patientenerlebnis.»

TARPSY – Fluch oder Segen?

Seit drei Jahren wird auch in der Psychiatrie nach Fallpauschalen abgerechnet. Der Tarif TARPSY wurde in Bern sehr kontrovers diskutiert. Nanda

Samimi, CEO der auf Suchterkrankungen spezialisierten Forel Klinik, Ellikon an der Thur, sieht ihre Angebote gefährdet, weil der neue Tarif die Heterogenität der Leistungen nicht gebührend abbildet. «Im Suchtbereich bestehen viele unterschiedliche evidenzbasierte Ansätze», so Samimi. «Genau diese Vielfalt wird mit TARPSY in Frage gestellt. Insbesondere sind Belastungsproben, bei denen Patienten temporär in ihr angestammtes Umfeld entlassen werden, ein Problem. Auch nach der erfolgten Tarif-Nachjustierung sind die Kosten nicht ausreichend abgedeckt. Daher ist auch die Finanzplanungssicherheit ungenügend. Wir fühlen uns allein gelassen. Bis dato sind nur Kosten entstanden.»

Eduard Felber, Pflegedirektor der Psychiatrischen Dienste Graubünden, sieht die Lage positiv. Seit der TARPSY-Einführung habe sich das interdisziplinäre Arbeiten verbessert. Korrekturbedarf bestehe nur punktuell, etwa durch genaue Erfassung der Leistungen anhand der Chop-Codes.

Sind leistungsorientierte Finanzierungssysteme am Ende?

Wie geht es weiter mit den DRGs? Braucht es gründliche Revisionen oder ist das System gar ein Auslaufmodell? – Dr. med. Marina Martini, Vorstands-Mitglied AMEOS Gruppe, Prof. Patrick Jeurissen, Scientific Institute for Quality of Healthcare, Radboudum-Universität Nijmegen, Sven Preusker, Chefredaktor «Klinik Markt inside», und Dr. med. Thilo Köpfer, Vice-President International Markets 3M, beleuchteten die Ausgangslage anhand der aktuellen DRG-Systeme in Deutschland, den Niederlanden, Finnlands und der USA – eine Weltreise quer durch vorwiegend von Versicherern getragene wie auch durch rein staatlich finanzierte Gesundheitssysteme.

In Deutschland werden die Kliniken stark kritisiert: Patienten würden aus Gründen wirtschaftlicher Optimierung stationär behandelt, obwohl das medizinisch nicht notwendig ist, zu geringer wirtschaftlicher Druck auf die Ärzte, die Mengenausweitung betreiben, zu viele und zu teure Spitäler mit mittelmässiger Qualität, zu wenig Pflegende, die keine Zeit für ihre Patienten haben, zu lange Aufenthaltsdauern im Spital und zu geringe Ambulantisierung. Transparenzschwerend wirkt das Faktum, dass die Pflegekosten seit diesem Jahr nicht mehr via DRGs abgebildet werden, die Investitionen waren es ohnehin nie. Die Folge ist ein eklatanter Investitionsrückstau der öffentlichen Träger. Dr. Marina Martini sieht die Lösung in einem modifizierten DRG-System mit Krankenhausplanung, Capitation-Modellen und einem neuen Steuerungs-

prinzip. Hier soll das Gebot der Patientenorientierung gelten: Alle Entscheidungen müssten davon abhängig gemacht werden, dass die Versorgung der Patienten besser wird. Mittel dazu wären patientenbezogene Behandlungspfade als verbindlicher Massstab und die Umsetzung auf Ebene der Landkreise unter Einbezug mehrerer regionaler, sich ergänzender Spitäler.

Niederlande: DRG-System abgespeckt und durch zahlreiche Zusatzentgelte ergänzt

In den Niederlanden erhielten Ärzte und Krankenhäuser bis 1983 eine Leistungsabgeltung. Bis 2005 wurden sie mit einiger Flexibilität aus globalen Haushalten finanziert. DRG-Zahlungen traten ab 2005 schrittweise in Kraft. Das System bestand aus 30 000 Positionen und umfasste auch die ambulante Behandlung. Im Allgemeinen dauerte eine DRG bis zu einem Jahr an Behandlungen, was später auf sechs Monate reduziert wurde. Ab 1995 erhielten die Ärzte auch Pauschalbeträge, die jedoch zunehmend ergänzt wurden. Im Jahr 2015 wurden die Spitäler für alle Abrechnungen verantwortlich, einschliesslich der Zahlungen an die Ärzte.

Seit 2008 sind die Spitäler für alle Investitionsentscheidungen selber verantwortlich, wenn sie in der Lage sind, diese durch Bankkredite oder einbehaltene Gewinne zu finanzieren. Eine prospektive Kapitalfinanzierung war in den DRG-Positionen mit eingerechnet, vergleichbar zur Schweiz; diese Sicherheit bestand allerdings nur bis 2015. Als zentrales politisches Thema bildete sich immer mehr die Liberalisierung der Zahlungen an die Spitäler heraus. Zu diesem Zweck wurden die 30 000 DRGs in zwei Teile aufgespalten: Teil A wird von der Marktbehörde festgelegt und deckt die komplexeren Behandlungen ab.

Die Preise von Teil B werden zwischen Versicherern und Spitalern frei ausgehandelt. Dieser Part wurde von 10% (2005) des Gesamtumsatzes auf 20% (2008), 34% (2009) und 70% (2012) massiv erhöht.

2012 wurde die sehr komplexe niederländische DRG-Regelung auf 4000 Positionen reduziert. Die fallweise zu wählende DRG-Position wird nun von einem nationalen Grouper berechnet.

Kreatives Patchwork, aber enorme Transaktionskosten

Aktuell werden komplexe Versorgungen über ein Patchwork unterschiedlicher Abteilungen finanziert: Das sind zum Einen Bedarfsbescheinigungen für bestimmte komplexe Eingriffe (Neurochirurgie, Transplantation, Herzoperation usw.), weitere spezifische Zahlungen zur Deckung höherer Kosten für Universitätskliniken, spezifische Aufstockungsbeiträge für bestimmte Kategorien teurer Infrastrukturen sowie Nachzahlungen für teure Medikamente, Intensivpauschalen usw.

«Die jetzige Regelung», so Prof. Patrick Jeurissen, «wird als zu komplex angesehen und ist mit hohen Verwaltungskosten verbunden. Sie lenkt die Verhandlungen zwischen Anbietern und Zahlern nur auf sehr begrenzte Weise. Im Allgemeinen wird ein globales Budget festgelegt, bei dem sich das Risiko eines Anbieters reduziert. Die ergänzenden Abgeltungen – auch für elektronische Gesundheitsdienste – gewinnen daher an Bedeutung. Ein besonderes Augenmerk kommt den Medikamenten zu. Die Finanzierung eines Spitals hängt nicht zuletzt von dem Pharmapreisen ab. Hier neigen Versicherer mit geringen Marktanteilen im Einzugsgebiet der Anbieter vermehrt zu DRG-basierten Abgeltungen.

«Fire & Ice» war am Abend Trumpf, dabei entstand eine tolle Eis-Skulptur.





Sie boten eine höchst informative und lehrreiche DRG-Weltreise (v.l.n.r.): Dr. Marina Martini, Vorstands-Mitglied AMEOS Gruppe, Prof. Patrick Jeurissen, Radboudum-Universität Nijmegen, Sven Preusker, Chefredaktor «Klinik Markt Inside», ...

Jeurissen bedauert, dass die Qualität der Versorgung eine sehr untergeordnete Rolle, notabene auch bei der Übernahme der Medikamentenkosten spiele. Die Vielfalt der DRG-Positionen sei insgesamt immer noch sehr gross: «Das Zahlungssystem ist von allen Beteiligten auch deswegen grosser Kritik ausgesetzt ist, weil es systemimmanente enorme Transaktionskosten verursacht.»

Best Practice für bessere Behandlungsqualität

Einige Krankenhäuser wollen die Qualität signifikant steigern. Sie erreichten nationale Aufmerksamkeit aufgrund neuer Geschäftsmodelle, die darauf abzielen, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Kosten der Leistungen zu senken. Vor allem zwei Spitäler, Bernhoven (Region Uden) und Rivas in der Provinz Südholland, scheinen vergleichsweise erfolgreicher zu

sein als ihre Mitbewerber. Bernhoven und Rivas erhielten von den Versicherern Mehrjahresverträge sowie die Garantie geteilter Ersparnisse aufgrund der getätigten Anstrengungen und Investitionen. Im Gegenzug müssen die Krankenhäuser transparent über operative Reformen und Ergebnisse informieren.

Jeurissens Fazit ist eindeutig: «Krankenhauszahlungen müssen nicht nur auf Effizienzsteigerung ausgelegt sein, sondern vermehrt auf eine höhere Qualität. In den Niederlanden haben die DRGs die anfänglich hohen Erwartungen nie erfüllt. Weiter gefasste Zahlungsmodelle sorgen für bessere Leistungen, vor allem dann, wenn es um Strategien zur Qualitätsverbesserung mit verantwortlichen Ärzten geht. Wirtschaftliche Anreize sind zwar gut, sie müssen aber in die moralischen und beruflichen Werte eingebettet sein, die – zu Recht – zu guter Letzt die Versorgung dominieren müssen.»

Riesige Flächen, schwierige Versorgung

Finnland ist charakterisiert durch seine grosse Ausdehnung von rund 1500 km; im dünnbesiedelten Norden kann die Entfernung zu einer Geburtsklinik schon mal 550 km betragen, ein grosser Anteil der Bevölkerung braucht eine bis zu drei Stunden Fahr- oder Flugzeit bis zum nächsten Spital. Um dieser speziellen Situation Rechnung zu tragen, besteht eine dreistufige gesundheitliche Versorgung, wie sie Sven Preusker schilderte:

- primärärztliche Grundversorgung in Gesundheitszentren (in der Trägerschaft von Kommunen bzw. kommunalen Zusammenschlüssen)
- ambulante und stationäre fachärztliche Betreuung in Spitälern in öffentlicher regionaler Trägerschaft
- Universitätskliniken als Maximalversorger: Versorgung besonders seltener und schwieriger



... und Dr. Thilo Köpfer, Vice-President International Markets 3M.



Fakten, Analysen und Meinungen bildeten einen idealen Rahmen für das DRG Forum. Das Gleiche gilt fürs abendliche Dinner «Fire & Ice», das begeisterte.

Erkrankungen und Verletzungen, Ausbildung und grösster Teil der Spezialisierung der Ärzte

Dazu kommt eine intensive Nutzung von Gesundheitstelematik. Es besteht eine landesweite ambulant-stationäre elektronische Patientenakte, ein landesweites eRezept (inzwischen z.B. auch in Estland einlösbar) und ein landesweites elektronisches System zur eindeutigen Identifikation von Dokumenten, des elektronischen Patientendossiers, von Personen und Institutionen.

Die Preisfindung im rein staatlich finanzierten finnischen Gesundheitssystem läuft wie folgt ab: Zwischen Krankenhaus-Bezirken und der einzelnen die Leistung bestellenden Kommune werden Preise und Mengen pro DRG-Gruppe jeweils für ein Jahr ausgehandelt. Es sind keine bezirks- oder landesweit gültigen Preise definiert. Mit Spitälern, die DRG nicht anwenden, werden Ver-

einbarungen über Preis und Menge der von der Kommune bestellten Leistungen abgeschlossen. Kommunen können Leistungen auch von öffentlichen oder privaten Kliniken ausserhalb des eigenen Krankenhaus-Bezirks bestellen. Die Zahlungen der Kommunen decken auch die Investitionsfinanzierung ab. Um Extremkostenfälle abzufedern, besteht ein gemeinsamer Finanzpool.

Für die Zukunft strebt die öffentliche Hand eine stärkere Konzentration von Spital-Behandlungen in grossen Zentren an. Im Fokus stehen höhere Mindestmengen, was gezielt gefördert wird durch entsprechende Investitionsprogramme. Weiter wurden klare Vorgaben zur Strukturqualität (z.B. fachärztlicher Bereitschaftsdienst 24/7; OP-Bereitschaft 24/7) festgelegt. Einem besseren Verhältnis von Behandlungsqualität und Erreichbarkeit wird ebenfalls grosse Beachtung geschenkt – Motto: im Zweifel für Qualität.

Begrenzte Mittel im Land der unbegrenzten Möglichkeiten?

Dr. med. Thilo Köpfer, Vice-President International Markets 3M aus Meriden (Connecticut), präsentierte das US-DRG-System. Die Vereinigten Staaten sind ja charakterisiert, dass sie das teuerste Gesundheitswesen weltweit betreiben, allerdings mit unbefriedigendem Outcome: Während die Prokopf-Kosten 10207 Dollar betragen (OECD-Schnitt: 3992 Dollar) und der Anteil am BIP 16.9% (Schweiz: 12.2%) ausmacht, werden die US-EinwohnerInnen nur rund 76 Jahre alt, die durchschnittliche Lebenserwartung in der Schweiz liegt um rund sieben Jahre höher.

Vier Säulen sichern die Finanzierung der Gesundheitskosten ab: 55% werden durch Versicherungen getragen, die in höchst unterschiedlichem Splitting von Arbeitgebern und Arbeitnehmern mit Prämien via Versicherungen finanziert werden,

Special 1: DRG Forum Deutschland-Schweiz

7% macht der 2019 von Barack Obama eingeführte rein private Versicherungsanteil aus – dessen Ausbau mittlerweile von der Trump-Administration wieder eingestellt wurde –, 21% betragen die direkten Zuschüsse zentraler und bundesstaatlicher Ebenen an die Leistungserbringer und 16% die sog. Government Capitations (Zahlungen via Kranken- und Unfallversicherer).

Das verarbeitete Volumen ist gigantisch: 2017 wurden landesweit 766 Millionen Operationen für 1.74 Trillionen Dollar durchgeführt. Interessant ist allerdings auch hier, dass die ambulante Versorgung anteilmässig zulegt: von 2004 bis 2017 nahm der stationäre Sektor um 0.2% pro Jahr ab, während der ambulante Sektor jährlich um 2.3% wuchs.

Fürs teure Geld sollen die Patienten mehr profitieren

Das US-System leidet insbesondere an den horrenden Kosten. «Ein Grund dafür mag sein», meinte Köpfer, «dass nur die reinen Spitalkosten via DRGs tarifiert sind, während bei den Arzthonoraren unbeschränkte Marktwirtschaft herrscht.» So erstaunt es nicht, dass Intentionen bestehen, die Behandlungsqualität zu steigern. Dafür machen sich insbesondere die Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS.org) stark.

Sie fordern Folgendes: Accountable Care-Organisationen und ähnliche Pflegemodelle sollen Gesundheitsdienstleister anregen, für eine Patientenpopulation Rechenschaft abzulegen und in Infrastruktur und neu gestaltete Pflegeprozesse zu investieren, die eine koordinierte Versorgung, höhere Qualität und effizientere Leistungserbringung gewährleisten.

Es sollen sog. Episodenbasierte Zahlungsinitiativen gebildet werden: Bei diesen Modellen sind die Leistungserbringer für Kosten und Qualität

der Leistungen verantwortlich, die medizinische Fachpersonen während einer Phase der Versorgung realisieren. Zur Vergünstigung sollen im Weiteren Primärversorger beitragen, weil sie eine zentrale Anlaufstelle für die Bedürfnisse der Patienten darstellen. Köpfer: «Die Verbesserung des Zugangs zur Primärversorgung ist entscheidend für die Förderung der Gesundheit und die Senkung der Gesamtgesundheitskosten. Fortgeschrittene Hausarztpraxen nutzen einen teambasierten Ansatz, wobei der Schwerpunkt auf Prävention, Gesundheits-IT, Koordination und gemeinsamer Entscheidungsfindung zwischen Patienten und Leistungserbringern liegt.»

Eine wichtigere Rolle dürften künftig die Medicaid Services sowie das CHIP (Children's Health Insurance Program) spielen. Sie werden von den Bundesstaaten verwaltet, aber gemeinsam von der Bundesregierung und den Bundesstaaten finanziert. Die Programme für die medizinische Versorgung und die medizinische Unterstützung wurden mit ganz bestimmten Zwecken konzipiert. Personen, die sowohl für die medizinische Versorgung als auch für die medikamentöse Versorgung (die «doppelten Anspruchsberechtigten») zugelassen sind, tragen überproportional zu den Ausgaben des Programms bei. Ein vollständig integriertes, personenzentriertes Pflegesystem, das sicherstellt, dass alle Patienten-Bedürfnisse erfüllt werden, könnte die Bevölkerung auf qualitativ hochwertige und effektive Weise besser bedienen.

Schliesslich sind Initiativen zur beschleunigten Entwicklung neuer Zahlungs- und Dienstleistungsmodelle vorgesehen. Diese Massnahmen werden von den Gemeinden und den Verantwortlichen des Gesundheitswesens aus dem gesamten Land durchgeführt. Durch die Partnerschaft mit diesen lokalen und regionalen Stakeholdern kann CMS dazu beitragen, die Erprobung zukunftssträchtiger Modelle zu beschleunigen.

Damit sind auch Initiativen zur Beschleunigung der Übernahme von Best Practices gemeint.

Lehren für die Schweiz?

Die Weltreise wusste zu begeistern, hat man doch nie ausgelernt. Entsprechend rege fiel die Diskussion im Plenum aus. Einig war man sich, dass der Überwachung und Steuerung der Behandlungsqualität höchste Priorität einzuräumen sei, wenn möglich durch eine Berücksichtigung künftiger DRG-Tarife in Form von Boni oder Mali, wobei – bisherige Vorstösse beider Krankenversicherungsverbände zeigen es überdeutlich – hier noch ein harter Weg zu beschreiten sein dürfte.

Weitere Diskussionspunkte bildeten die teilweise massiv überhöhten und intransparenten Abgeltungen Gemeinwirtschaftlicher Leistungen, namentlich von Westschweizer Kantonen, welche den durch die neue Spitalfinanzierung gewollten Wettbewerb unter den stationären Leistungserbringern gewaltig verzerren. Zu reden gaben auch die vielerorts geplanten und schon beschlossenen grossen Bauprojekte. Hier zweifelt man vielfach an der Notwendigkeit (neue grosse Zentren mit möglicherweise unbefriedigender Auslastung, aber enorm hohen Fix- und Vorhaltekosten), sowie am ausreichenden flexiblen Realisieren der Bauten angesichts der immer kürzer werdenden Halbwertszeit des medizinischen Wissens und der gewaltigen Fortschritte in der Medizintechnik, verbunden mit dem Wandel zu laufend steigenden ambulanten Eingriffen. Gewarnt wurde schliesslich auch vor einer Aufweichung des DRG-Systems analog Deutschlands, wo die Pflege daraus entfernt wurde, denn nur ein System, das möglichst umfassend alle effizient und qualitativ einwandfrei erbrachten Leistungen abbilde, sei in der Lage, ein wirksames Instrument für die Spitalplanung zu sein ... sofern – und damit schliesst sich der Kreis zum einleitenden kämpferischen Referat Dr. Willy Oggiers – die Mehrhut-Rolle der Kantone endlich kritischer hinterfragt werde und der Bundesrat dies gemäss KVG-Auftrag ernst zu nehmen beginne.

Weitere Informationen

www.medicongress.ch

Fotos: Peter Brandenberger, www.kongress-foto.ch

Save the date

Es bleibt spannend: Das nächste DRG-Forum Schweiz-Deutschland findet am 28./29. Januar 2021, wieder im Zentrum Paul Klee in Bern, statt – ein Jubiläums-Forum mit besonderen Überraschungen!

