

10. DRG Forum Schweiz-Deutschland von MediCongress – digital:  
DRGs auf dem Experten-Prüfstand

# Im Zeichen von Corona: Was ist künftig die beste leistungsorientierte Spitalfinanzierung?

Nichts ist mehr so richtig sicher und die Einschränkungen wirken sich für die ganze Gesellschaft dramatisch aus. Die Covid-Krise hat die Welt verändert, gerade auch die Spitalwelt mitsamt ihren vor- und nachgelagerten Partnern. Rote Zahlen in zahlreichen Kliniken markieren den Weg. Muss dabei gleichzeitig das Finanzierungsinstrument der DRGs neu überdacht werden? Taugt dieses System überhaupt für die Zukunft? Wir fassen pointierte Meinungen von Experten des DRG Forums zusammen.

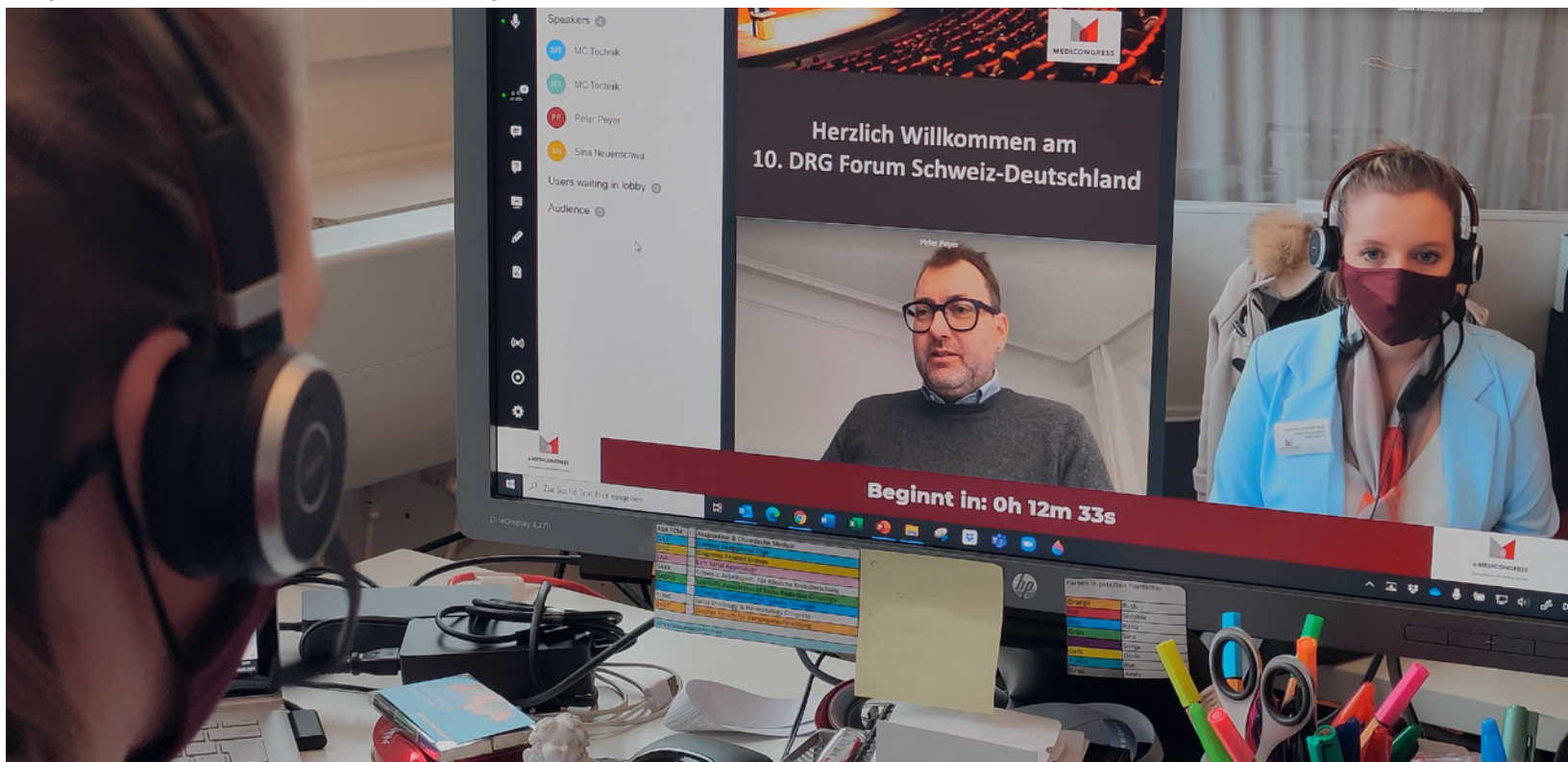
Kritik an DRGs werden lauter. Symptomatisch tönt ein Statement von Michael Simon, der im November 2020 in einem Working Paper der deutschen Hans Böckler-Stiftung festhielt, dass das System kaum Krankenhausschliessungen und Bettenabbau hervorgebracht habe, die Privatisierung gefördert und die Arbeitsbedingungen verschlechtert habe, was wiederum Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung habe, bedingt vor allem durch eine chronische Unterbesetzung im Pflegedienst. Gesundheitsökonom Dr. oec. HSG Willy Oggier zitierte den Kritiker: «Das DRG-System sollte deshalb abgeschafft und

durch ein Vergütungssystem ersetzt werden, das die wirtschaftliche Sicherung der als bedarfsgerecht in die Krankenhauspläne der Länder aufgenommenen Krankenhäuser gewährleistet.» Die Studie wirbt für eine Rückkehr zum sogenannten «Selbstkostendeckungsprinzip», das durch die DRGs abgeschafft wurde. Ein erster wichtiger Schritt in Richtung einer Rückkehr zum erstgenannten Prinzip wurde bereits mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der deutschen Fallpauschalen-Berechnung vollzogen – ein Schritt, der aufhorchen liess und nicht nur eitel Freude ausgelöst hat. Simons Vorschlag ist

provokativ: Wer höhere Selbstkosten aufweist, soll also wieder mehr Geld bekommen? Strukturqualität soll wichtiger sein als Indikations- und Ergebnisqualität?

Die Ausgliederung der Pflegekosten hat viel böses Blut verursacht, weil die Ausgaben 2019 um 1.6 Milliarden Euro höher als 2018 (+10%) ausfielen. Kliniken, so der Vorwurf der Krankenversicherer, würden Personal ins Pflegebudget verschieben, das dort gar nicht hingehöre. Das führte zu einem Deal zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV Spitzen-

Startklar zum 10. DRG Forum Schweiz-Deutschland, das digital und schwungvoll über die Bühne ging: Der Bündner Regierungsrat Peter Peyer wartet aufs grüne Licht von Sina Neuenschwander, MediCongress, für sein Referat.





An vorderster Front: Regierungsrat Pierre Alain Schnegg erläutert die enormen Herausforderungen der Covid-Krise für den Kanton Bern (links). Christian Camponovo, Direktor Clinica Luganese Moncucco, schildert die Situation im Kanton Tessin, wo in seiner Klinik der erste Covid-Patient der Schweiz behandelt wurde.

verband, der zentralen Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen: In der sog. Pflegepersonalabgrenzungs-Vereinbarung wurde vereinbart, welches Personal ins Pflegebudget gehört. Der Kern der Empfehlung: Kliniken sollen nur noch Pflegepersonal mit ein- bis dreijähriger Ausbildung anrechnen dürfen, angelehnt an die strengen Vorgaben für die Pflegepersonaluntergrenzen, alles rückwirkend für 2020.

### An der Wirklichkeit vorbei geplant?

Dr. Willy Oggier stellte fest: «Da wird gar nicht gefragt, welche Funktionen und Rollen nötig sind, sondern es werden einfach Ausbildungsniveaus festgelegt. Was, wenn diese ein- bis dreijährigen Ausbildungen am Bedarf vorbei produzieren? Woher sollen die zusätzlichen Mittel für diese Input-Erhöhungen kommen? Wieso sollen jene, die effizienter arbeiten, bestraft werden? Wieso soll Pflege bevorzugt behandelt werden gegenüber anderen Berufsgruppen? Wieso soll die Substitution «digital statt analog» bzw. «andere Berufsgruppen statt Pflege» benachteiligt werden?»

Aktuell stellt man in Deutschland weniger Klinikverkäufe an Private fest. Es werde «zwei bis dreimal überlegt, ob man verkauft. Ich erwarte aber, dass sich das in den kommenden Jahren ändern wird, spätestens wenn die Steuergelder nicht mehr so üppig fließen wie zuletzt. Viele Kommunen werden dann nicht mehr in der Lage sein, die Defizite ihrer Krankenhäuser auszugleichen. Dann werden wir einen neuen Privatisierungsschub erleben», erwartet Franzel Simon,

CEO der Helios Gruppe («führen & wirtschaften im Krankenhaus» 11/2020).

In logischer Analyse ging Dr. Willy Oggier der Sache tiefer auf den Grund und fragte: «Warum ist eigentlich der Eigentümerstatus eines Spitals wichtiger als dessen Leistung? Warum wird so wenig über Corporate Governance-Konflikte gesprochen? Warum wird immer ein Gegensatz zwischen öffentlichen und privaten (Profit-orientierten) Spitälern konstruiert? Wo bleiben die privaten Not for Profit-orientierten Spitäler? Und warum sollen Spitäler keine Gewinne erzielen dürfen, wenn sie qualitativ gute Leistungen effizient(er) erbringen?»

In Deutschland ist jedenfalls ein eigentlicher Streit um die künftige Spitalfinanzierung ausgebrochen. «Es ist eine Strukturdebatte: Wir werden zu einer Neubewertung kommen», meinte Georg Baum, Haupt-Geschäftsführer der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft in «führen & wirtschaften im Krankenhaus», 4/2020: «Wir sind der Meinung, das DRG-System mit seinen Verästelungen und seinem Verwaltungsaufwand ist nicht in der Lage, die Finanzierung dieses Sonderfalls zu leisten.» Am wichtigsten sei die Liquiditätssicherung. Baum wünscht sich eine pauschalisierte Budgetierung. Man solle die Budgets von 2019 hochrechnen und mit einem Zuschlag von fünf Prozent versehen. Im gleichen Magazin geht Prof. Boris Augurzky differenzierter ans Werk: «Wir müssen für die Zukunft klären, dass wir nicht nur von einem Lieferanten abhängig sind.» Gemeint sind z.B. die Rabattverträge für Pharmaprodukte, bei denen im Bieterprozess in der

Regel einer gewinnt. Der digitale Datenaustausch müsse generell auf ein neues Level gehoben werden. Klar ist für den Experten, dass Vorhalteleistungen besser finanziert werden müssen. Die zukünftige Finanzierung liege in Capitation- oder Populations-Modellen. Das sei auf dem Land einfacher umzusetzen als in Städten.

### Corona belastet die Finanzierungsdiskussion zusätzlich

Und nun spielt auch noch die Corona-Situation hinein. Einweisende Ärzte verändern ihr Verhalten. Werden kleine Häuser, die konzentriert Covid-Fälle behandeln, nach der Pandemie auf einer dauerhaft niedrigen Auslastung verharren? Wenn es diese Befürchtung gibt, können nur noch grössere regionale Verbände explizit Covid-Häuser ausweisen, weil ein Verbund veränderte Patientenströme besser auffangen kann. Als sinnvoll, so Oggier, könnten hier Denkanstöße aus dem angelsächsischen Raum wirken, die pauschale Finanzierungsmodelle im Rahmen der integrierten Versorgung befürworten. Auf dem US-Portal [www.healthaffairs.com](http://www.healthaffairs.com) steht dazu mit Nachdruck: «Spitäler werden heute am häufigsten auf der Grundlage ihres Leistungsvolumens erstattet anstatt anhand der Veränderungen in der Gesundheit der betreuten Bevölkerung. Langfristig sollten die USA zu einem Gesundheitssystem übergehen, das auf dem Capitation-System aufbaut. Ein solches System ist weniger empfindlich gegenüber schockartigen Nachfrageänderungen und somit widerstandsfähiger während einer Pandemie: Anbieter erhalten einen festen Betrag pro ver-



Viel Technik, kompetente Programmgestaltung – Gesundheitsökonom Dr. oec.HSG Willy Oggier freut sich über die rege Forums-Beteiligung.

sicherter Person und für alle über einen bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen. So besteht kein Anreiz für eine ungenügende Versorgung, da sonst die finanziellen Kosten für die Anbieter voraussichtlich jeden Patientenutzen übersteigen würden.»

Wer nun aber DRGs insgesamt totsagt, urteilt zu früh. «Sie sind nicht grundsätzlich gut oder schlecht, sie sind wie Küchenmesser. Zum Kartoffelschälen sind sie gut, wenn ich meinen Nachbarn damit ersteche, sind sie schlecht», bringt es Bernhard Ziegler, Vorstandsvorsitzender des Interessenverbands kommunaler Krankenhäuser in «führen & wirtschaften im Krankenhaus», 11/2020 auf den Punkt. Im Zuge der zunehmenden Ambulantisierung gelte es immer mehr zu beachten, wie das Fallpauschalensystem auf den ambulanten Sektor ausgeweitet werden könne, argumentierte Oggier. Er verwies auf Länder mit einer hohen Ambulantisierungsquote, beispielsweise Dänemark, England, Frankreich und Norwegen, wo ambulante und stationäre Leistungserbringer auf eine Stufe gestellt und identisch vergütet werden.

### Mehr sektorenübergreifende Versorgung

Ein deutlicher Trend ist wohl die vermehrte sektorenübergreifende Versorgung, vor allem im ländlichen Raum. Die Versorgung wird zudem digitaler, weniger stationär, mehr ambulant und spezialisierter. «Das Capitation-Modell halte ich für sehr interessant. Wir sehen in Spanien, dass das funktionieren kann. Dort ist es jedoch ein-

facher, weil die fachärztliche Versorgung an den Kliniken erfolgt», zitierte Oggier den vorerwähnten Helios-CEO Franzel Simon. Und Oggier weiter: «DRGs sind nicht so schlecht wie sie häufig dargestellt werden; sie sind aber auch kein Patentrezept. Entscheidend sind nach wie vor die Rahmenbedingungen, insbesondere die Güte des Systems sowie die Regelung von Zusatzentgelten und Gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

DRGs können nur da wirken, wo sie zum Einsatz kommen, in der Regel im stationären akutsoma-

tischen Bereich. Wer zu einem integrierten Gesundheitsversorgungs-Ansatz wechseln will, kann in einer Übergangsphase ambulante (wohl eher spitalnahe bzw. teilstationäre) und stationäre Leistungen vermehrt analog pauschalieren. Es braucht darüber hinaus aber weitere Schritte. Insbesondere angegangen werden sollten die Abgeltung digitaler Leistungen, das Schaffen populationsbezogener Versorgungs- und Finanzierungsansätze, vor allem im ländlichen Raum unter Federführung der Spitäler – auch in der Rehabilitation und Psychiatrie.»

Dr. med. Constanze Hergeth, SwissDRG AG, beleuchtet aktuelle Entwicklungen des Fallpauschalentarifs.





Dr. Reto Dahinden, CEO SWICA Gesundheitsorganisation, spricht über Vielfalt und Patientennutzen digitaler Angebote. Im Vordergrund als aufmerksamer Zuhörer: Dr. Daniel Liedtke, CEO, Hirslanden-Gruppe.

### Tarfmässig rasch reagiert, aber es bleiben Fragen offen

Aus dem DRG-Alltag eines grossen Kantons berichtete Pierre Alain Schnegg, Berner Regierungspräsident und Gesundheitsdirektor. Zwar seien rund 70% aller stationären Fälle mit Fallpauschalen gut gedeckt, aber Probleme bestünden bei Patienten, die ausserhalb der DRG-Tarife behandelt werden. Positiv sei, dass SwissDRG angesichts der Pandemie rasch und nicht wie sonst üblich erst innert einem bis zwei Jahren reagiert und eine spezielle Regelung für Intensiv- und Covid-Stationen geschaffen habe, «aber es braucht dennoch zusätzliche grosse Summen für Vorhalteleistungen und die vermehrte Pflege.» Im Kanton Bern sind im März 2020 zu den bereits vorhandenen rund 3000 Betten 340 zusätzliche für Covid-Fälle bereitgestellt worden, 148 davon für Intensiv-Behandlungen mit Beatmung, 700 weitere Betten wurden für leichte Covid-Fälle reserviert und gegen 300 Betten ausserhalb der Spitäler, vorab auf Waffenplätzen, aufgestellt. «Die Ertragsausfälle der Spitäler sind gross. Wir haben per Verordnung zügig die nötige Finanzierung sichergestellt und wollen nun

exakte Zahlen erfassen, um für den weiteren Verlauf eine hohe Transparenz zu erhalten. Wichtig war zudem im Sommer unsere Informationskampagne, dass nun wieder vermehrt operiert wird. Allerdings bleibt die Frage offen, wie gross die Folgen zahlreicher verschobener elektiver Eingriffe sein werden.» Der Gesundheitsdirektor nannte Vergleichszahlen für die beiden Monate März und April 2019 resp. 2020: Herzinfarkte 315 zu 247 und Hüftprothesen 688 zu 515.

«Aktuell stehen wir vor weiteren grossen Herausforderungen. Zur Zeit ist es das Impfen gegen das Corona-Virus; bei den Impfzentren bewährt sich die gute Zusammenarbeit zwischen dem Kanton und den Spitalern. Eine ebenso bedeutende strukturelle Herausforderung stellt die Gefährdung der Grundversorgung dar. Der Altersdurchschnitt der Hausärzte liegt bei 55 Jahren. Um dem drohenden Manko zu begegnen, haben wir an der Universität Bern 45 Ausbildungsplätze für Hausarztmedizin geschaffen und insgesamt 100 neue Studienplätze. Es geht zusätzlich darum, dass es uns zusammen mit den Gemeinden gelingt, junge MedizinerInnen von unserer Standortqualität zu überzeugen.»

Der Herausforderungen nicht genug: Schnegg verwies auf die Forderung «ambulant vor stationär»: «Das ist a priori gut, darf aber zu keiner Mengenausweitung führen.» Schliesslich ist auch die Alterung der Bevölkerung zu meistern. Aus heute 1.6 Millionen Menschen im Rentenalter werden bis 2045 deren 2.7 Millionen, im Kanton Bern findet gar eine Verdoppelung statt: «Die palliative Betreuung gewinnt an Bedeutung, ebenso die psychiatrische Versorgung. Dazu brauchen wir eine engere Vernetzung der ambulanten und stationären Leistungserbringer; ganz entscheidend bleibt die Erreichbarkeit von Ärzten und Therapeuten innerhalb des Lebenszentrums der älteren Menschen.»

### Weniger Staat – mehr Wettbewerb, aber wie?

Der kritische Politiker macht sich Sorgen über die zunehmende Verordnungsdichte im Gesundheitswesen: «Autoritäre Einmischungen bedeuten häufig mehr Administration, behindern Innovationen und führen selten zu höherer Wirtschaftlichkeit. Wer allerdings nach «weniger Staat» ruft, muss auch bereit sein, die Zusam-

menarbeit unter den verschiedenen Akteuren zu fördern. Dann sind auch die Einzelinteressen besser geschützt. Von diesem Ziel sind wir aber noch weit entfernt. Es ist an der Zeit, sich kritischen Fragen zu stellen. Dazu gehört es, beispielsweise den Kontrahierungszwang zu hinterfragen, die Frequenzen stationärer Notfälle zu begrenzen – hier sollen die Hausärzte mehr zum Zug kommen – sowie den Katalog obligatorischer OKP-Leistungen einzugrenzen. Und ganz generell: Wir brauchen mehr Digitalisierung, durchgängigere Prozesse und bessere Daten!»

Als Grundlage der künftigen Gesundheitspolitik fordert Schnegg liberale Bedingungen mit einem starken Wettbewerb: «Wir müssen die Leistungsbereiche der unterschiedlichen Versorger überprüfen und stufengerechte Strukturen fördern. Das braucht Dialogbereitschaft und den Willen zur Kooperation; das ist besser als wenn wir per Spitalliste Leistungskataloge straffen müssen. Es besteht ein grosser Handlungsbedarf, denn die Pandemie hinterlässt einen immensen Schuldenberg. Wir sind mehr denn je gefordert, die Kosten im Griff zu behalten.»

### Leistungskonzentration oder Dezentralisierung?

Wie wird sich Corona strukturell auswirken? – In einem von sechs spannenden Symposien gingen Christian Camponovo, Direktor Clinica Luganese Moncucco, Lugano, Peter Peyer, Regierungsrat Graubünden, und Heinz Brand, Präsident santé-suisse, dieser Frage auf den Grund.

In Lugano wurde der erste Covid-Patient der Schweiz behandelt. Von der Entwicklung sei man zuerst überrascht worden, meinte Camponovo, «aber wir haben schnell gelernt». In der Clinica Luganese Moncucco entstand ein kantonales Kompetenzzentrum für diese neuartigen Fälle, verbunden mit einem intensiven Wissensaustausch aller medizinischen Fachkräfte des Kantons untereinander und mit den Behörden. Der Bündner Regierungsrat Peter Peyer unterstrich, dass die Kantone in der Pandemie sehr grosse finanzielle Leistungen erbringen: «Die Vorhaltekosten belasten alleine uns und nicht die Krankenversicherer. Hier ist eine flexible Neuordnung nötig.»

Heinz Brand sorgt sich wegen der noch zu hohen Spitaldichte, SwissDRG habe zudem noch nicht zu einer nötigen Differenzierung der Leistungen geführt. Ausserdem dürfe die Pandemie nicht dazu führen, zu grosse Vorhalteleistungen zur Norm zu machen: «Planungsentscheide müssen sich weiterhin am Normalfall orientieren. Zwingend zu regeln sind allerdings Massnahmen aufgrund von Sonderfällen.»

Für effiziente Strukturen braucht es wohl auch mehr IT-Unterstützung. «Sind wir aber nicht gerade ein digitales Entwicklungsland?» fragte Dr. Willy Oggier in der anschliessenden Diskussion. Regierungsrat Peyer schränkte ein: «Ich würde nicht soweit gehen, aber an vorderster Front stehen wir sicher nicht. Es gilt, IT-Chancen künftig vermehrt zu nutzen. Nur so bleibt uns – auch angesichts des Fachkräftemangels – mehr Zeit für die Patienten, nur so können insbesondere grossflächige Kantone mit Randregionen die dezentrale Versorgung sicherstellen. Im Kanton Graubünden fördern wir daher die Digitalisierung mit einem Sonderbudget von 40 Mio. Franken. Wir streben ausserdem eine

Doris Brandenberger wird in einer Forumspause von Moderator Charles Nguela interviewt.



überregionale Spitalplanung mit den andern Ostschweizer Kantonen an.»

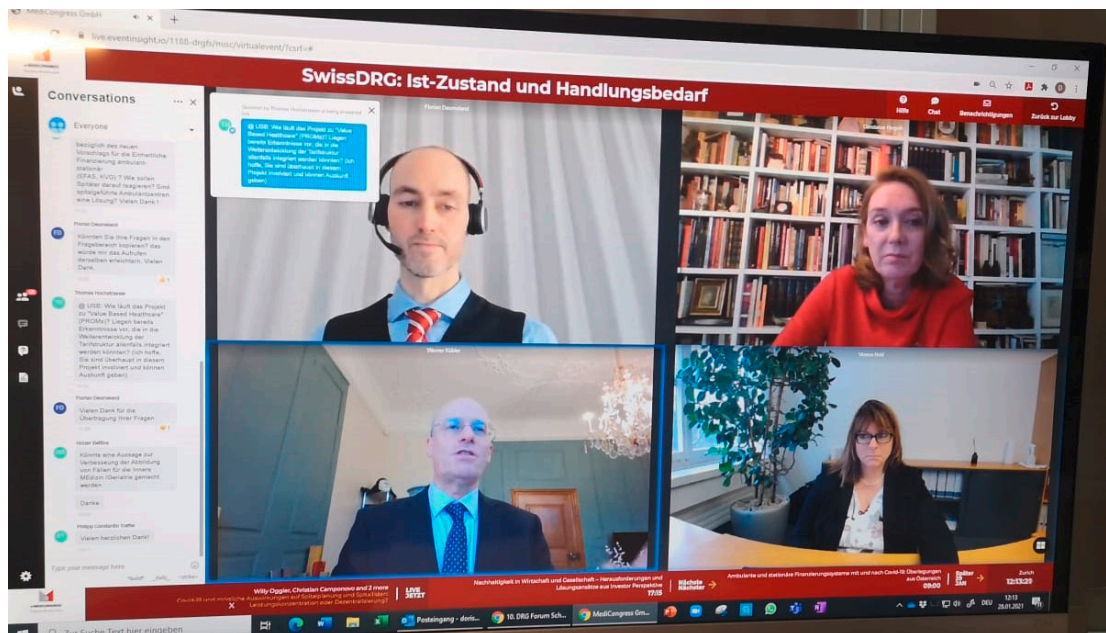
### Besteht akuter Handlungsbedarf bei DRG?

Die strukturellen wie finanziellen Probleme sind beachtlich. Taugen Fallpauschalen da noch als Finanzierungsinstrument? – Verena Nold, Direktorin santésuisse, Dr. Werner Kübler, Spitaldirektor Universitätsspital Basel, und Dr. Constanze Hergeth, Leiterin Akutsomatik SwissDRG AG, gingen kritisch über die Bücher.

«Seit 2012 werden Leistungen im akutstationären Bereich mit national einheitlichen Fallpauschalen erfolgreich abgerechnet», begann Verena Nold ihr Fazit: «Seit 2018 werden Leistungen in der stationären Psychiatrie mit national einheitlichen Pauschalen abgerechnet. Die Fallpauschalen werden aufgrund von realen Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler und Kliniken berechnet. Die Datenqualität wurde laufend verbessert und ist insbesondere im akutsomatischen Bereich auf einem hohen Niveau. Hingegen ist es bisher nicht gelungen, national einheitliche Fallpauschalen für die stationäre Rehabilitation erfolgreich einzuführen. Es konnten auch nicht alle stationären Leistungen datengestützt tarifiert werden.»

Die für 2022 geplante einheitliche Tarifstruktur für die stationäre Rehabilitation müsse nun termingerecht eingeführt werden. Die Datengrundlagen in der Psychiatrie und Rehabilitation müssten laufend verbessert werden. Es gelte, eine strikte Trennung von Tarifstrukturen und Preisfragen einzuhalten, denn SwissDRG AG kümmert sich nur um Tarifstrukturfragen. Nold: «Entscheidungen müssen immer datengestützt gefällt werden. Die Tarifierung von Innovationen muss in Zukunft regelkonform erfolgen.»

Ein wichtiger Aspekt bleibt die Finanzierung von Innovationen. Hier bestehen nach wie vor santésuisse-Vorschläge: Die Finanzierungen sollen im Rahmen der ordentlichen Tarifverhandlungen zwischen den Tarifpartnern, jeweils prospektiv für das Folgejahr, erfolgen. Ein Mengengerüst der Leistung ist anzugeben (Vergangenheit, aktuell und Prognose), ebenfalls ein Kostengerüst der Leistung (insbesondere Mehrkosten im Vergleich zum etablierten Verfahren, bezogen auf die gesamte Behandlung des Patienten). Bislang wurde hier noch keine Einigung erzielt. Trotzdem erachtet die santésuisse-Direktorin SwissDRG als bewährtes und im stationären Bereich nicht mehr wegzudenkendes Mittel: «Datengestützte Tarifsysteme erlauben sachliche Entscheidungen sowie sachgerechte und faire Entschädigungen



Alles im Griff und im Bild: Florian Deumeland, AMEOS Gruppe, im Gespräch mit seinen Symposiums-Gästen (von oben nach unten) Dr. Constanze Hergeth, SwissDRG AG, Dr. Werner Kübler, Universitätsspital Basel, und Verena Nold, santésuisse.

für Spitäler. Bei der Tarifierung von Innovationen liegt Verbesserungspotenzial.»

Dr. Constanze Hergeth freut sich über die flexible Lösung im Rahmen der Covid-Pandemie: «Zwar besteht weiterhin eine ausschliesslich datengestützte Weiterentwicklung der Tarifstruktur und keine unterjährigen Anpassungen einer vom Bundesrat genehmigten Tarifstruktur. Aber eine unterjährige Anwendungsempfehlung bei neuartigen Fällen in Absprache mit Tarifpartnern und dem Bundesamt für Gesundheit soll zeitlich limitiert möglich sein.»

### Den Stresstest bestanden

Positives, insbesondere aufgrund der aktuellen Problematik, sieht auch Dr. Werner Kübler: «SwissDRG hat den Stresstest Pandemie bestanden. Grundsätzlich war das Tarifsystem rasch adaptionsfähig, eine brauchbare Tarifierung konnte unterjährig entwickelt und implementiert werden.» Eine gewisse Gefahr sieht der routinierte Spitaldirektor darin, dass das SwissDRG-Tarifsystem streng kostengesteuert ist. Liegt in diesem Grundcharakter ein Risiko? Existiert künftig eine mögliche Überkapazität, weil der Markt nicht preis-, sondern kostengesteuert ist?

Kübler sieht drei Handlungsoptionen als Gegensteuer, die es wert sind diskutiert zu werden:

- Einführen einer Preissensibilität durch Reduktion der Kostengewichte bei aktuell «übervergüteten» spezifischen Leistungen

- Verschränkung von Kosten und Qualität mittels Value based-Ansätzen mit dem Ziel, optimale medizinische Behandlungsergebnisse zu erschwinglichen Kosten zu erreichen

- Förderung integrativer Systeme: Das könnten einerseits krankheitsorientierte Capitation-Modelle sein mit Orientierung an den von einem bestimmten Patientenkollektiv typischerweise verursachten durchschnittlichen Kosten, andererseits bevölkerungsorientierte Versorgungsmodelle mit einem risikoadaptierten Capitation-Budget für die Versorgung der Bevölkerung eines bestimmten Versorgungsraums. Beides würde eine weitere Stärkung der risikoadjustierten Capitation-Finanzierung bis hin zur (voll)integrierten Versorgung begünstigen.

### Versorgungsmodelle der Zukunft

Beschleunigt Corona den Strukturwandel? – Dr. Reto Dahinden, CEO SWICA Gesundheitsorganisation, meinte dazu: «Covid-19 stellt uns nicht vor völlig neue Herausforderungen, sondern zeigt, dass wir mit der integrierten Versorgung auf dem richtigen Weg sind – SWICA bietet diverse digitale Angebote in diesem Rahmen – und dass Rahmenbedingungen, die wir schon seit Jahren fordern, umgesetzt werden müssen, um die Patienten auch in Krisenzeiten richtig zu betreuen. Das heisst Orientierung am Patientenutzen, Empowerment der Patienten, Optimierung des Ressourceneinsatzes und Beseitigung der Schwächen der fragmentierten Versorgung,

niederschwellige Angebote (walk-in Praxen und Apotheken, Telemedizin, eHealth-Instrumente wie Symptom- und Vorsorgechecks oder digitale Ratgeber) sowie Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich.»

«Exzellente Arbeit mit/an Patienten ist stark abhängig von den Fachpersonen in Kliniken und den entsprechenden Versorgungsregionen», ist Dr. Daniel Liedtke, CEO Hirslanden, überzeugt: «Die Verantwortung für die Arbeit liegt eindeutig in den medizinischen Einheiten. Die Pandemie zeigt regional-zeitliche Unterschiede; das Lernen von «Best Practices» ist daher relevant. Der Austausch mit schwer betroffenen Regionen und Kliniken war und ist sehr wertvoll für die Szenarienplanung und für effiziente Prozesse.»

«Es liegt in der Natur einer Krise, dass sich kantonale, nationale, internationale, wissenschaftliche und eigene Richtlinien widersprechen. Zentrale Empfehlungen sind dezentral zu verschmelzen. Die Vorhaltung von intensiv medizinischen Dienstleistungen für komplexe medizinische Zustände wird wichtiger werden. Die klinische Zusammenarbeit innerhalb von Regionen und mit öffentlichen Partnern ist wichtig. Mittels digitalen Zugangs wird die Patientenbeziehung gefestigt und Marktanteile können gewonnen werden.»

Eine Charakterisierung zukunftssträchtiger Versorgungsmodelle bot Bruno Guggisberg, CEO Spital STS AG, Thun. Er unterschied vier Elemente:

- Integriert: geplantes und verbindliches Zusammenspiel der Versorgungspartner (Leistungserbringer, Kostenträger, Patienten) über den ganzen Behandlungsweg
- Regional: Dezentrale Netze schaffen Identität, Nähe und Vertrauen.
- Digital: Vernetzung und Digitalisierung bedingen und verstärken sich.
- Patientenorientiert: individuelle Lebenssituation und Bedürfnisse der Patienten sind zu berücksichtigen.

Bezüglich Covid-19 erwartet Guggisberg, dass das uns noch länger beschäftigen wird: «Der Lernprozess ist noch nicht abgeschlossen. Es gilt, Geschäftsmodelle (Leistungsangebote) zu schärfen (Stichwort: Ambulantisierung) und vertikale Integration in Form von Kooperationen zu verstärken. Es braucht zudem eine Flexibilisierung im Angebot und beim Personal sowie höhere Investitionen in Aus- und Weiterbildung und Personalentwicklung. Schliesslich müssen wir Auswirkungen der Trends in unserer Arbeitswelt (z.B. Ausbildung der Fachkräfte, kulturelle Generationenunterschiede, neue Arbeitsmodelle und Berufsbilder usw.) berücksichtigen.»

### Tarifoptimierung im TARPSY

Die Krux liegt oft im Detail, so auch bei den Fallpauschalen in der Psychiatrie. Probleme werden im Klinikalltag sichtbar, wie PD Dr.med.Dr.phil. Ulrich Michael Hemmeter, Chefarzt Psychiatrie St. Gallen Nord, darlegte. Ein Aspekt betrifft die veränderte Praktik der Krankenkassen in der Beurteilung stationärer psychiatrischer Leistungen. Die Kassen verlangen seit der Tarifrevision keine Kostengutsprachen mehr. Sie können einen Teil der Patienten anhand der Krankengeschichte bezüglich korrekter Dokumentation und Klassifikation überprüfen. Seither ist jedoch eine Zunahme der Überprüfung der vorhandenen (akuten) Spitalbedürftigkeit feststellbar und «das hat nichts mit TARPSY zu tun, obwohl TARPSY als Argument genommen wird. Die Folge ist: Unsere Dokumentation der Defizite und der noch vorhandenen Behandlungsbedürftigkeit bekommt einen hohen Stellenwert. Dies widerspricht aber der Ressourcen-, Recovery-orientierten Behandlung in der Psychiatrie.»

Ein weiterer heikler Punkt sind Entweichungen, Verlegungen in andere Kliniken und Wiedereintritte, die nach wenigen Tagen gemäss TARPSY bei Wiedereintritt die Eröffnung eines neuen Falls erfordern. Es gilt jedoch auch, dass bei einem Wiedereintritt innerhalb von 18 Tagen die beiden Fälle zusammengelegt werden. Hemmeter: «Zur Reduktion des administrativen Aufwands wäre die Weiterführung des alten Falls wünschenswert. Diese Thematik wird seit langer Zeit bearbeitet, erschwerend wirkt die unterschiedliche Zuständigkeit: Bei TARPSY-Fällen ist

medizinisch das Bundesamt für Statistik zuständig, tarifarisch die Swiss DRG AG und administrativ die H+ Fachkommission für Rechnungswesen und Controlling (Rekole-Problematik).» – Den Handlungsbedarf fasste der Referent wie folgt zusammen: «Klärung von Wiedereintritten und interkurrenten Leistungen sowie der adäquaten Vergütung der Belastungserprobung und der 1:1-Betreuung, Reduktion des administrativen Aufwands für die Behandler, schnellere Unterstützung durch IT-Systeme, Verbesserung der Transparenz des Systems insgesamt und der Entwicklung sowie bessere Kommunikation zwischen Fach und SwissDRG AG – eine Präsentation mit zu kurzer Vernehmlassung reicht nicht.»

Hemmers Analyse wird von Markus Merz, CEO Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, geteilt. Er wünscht sich einen vermehrten Bezug zur Behandlung. Das aktuelle System sei zu sehr ausgerichtet an (Neben-)Diagnosen. Ein vermehrter Fokus auf Prozeduren würde innovative Verfahren fördern und eine mindestens teilweise Ablösung der tarifrelevanten Honos/ca-Kriterien ermöglichen. Erschwerend in der Psychiatrie wirkt zudem die Tarifvielfalt, denn neben TARPSY gelangen verschiedene ambulante Abgeltungssysteme zur Anwendung. Merz: «Die einheitliche Finanzierung ist wünschenswert. Der gordische Knoten muss gelöst werden. Unsere Patienten werden ambulant, tagesklinisch, zu Hause oder stationär behandelt. Strategisch gedacht wäre die Aufgabe, ein System zu entwickeln, welches über alle Behandlungssettings Bestand hat. Das bedarf unter Umständen gesetzlicher Anpassungen. Das sind in der



Martin Vollenwyder, Stiftungsratspräsident der Eleonoren-Stiftung (Trägerin KISPI, rechts), wird von Martin Graf, Kompetenzzentrum Spitalfinanzierung ZKB, über optimale Investitionsfinanzierungsformen befragt.

Schweiz nicht enden wollende Prozesse, was nicht heisst, dass man sie deshalb nicht angehen kann. Was sich nur schon bei der Überarbeitung der ambulanten Tarife abspielt, ist gelinde gesagt, ernüchternd. Aber ein Versuch ist es trotzdem wert. Irgendwann muss diskutiert werden, was denn eine psychiatrische Behandlung kosten darf.»

### Ambulantisierung und Digitalisierung fair entgelten

Der Markt sichere keine ausreichenden Vorhaltekapazitäten, meinte Prof. Dr. Stefan Felder, Ordinarius für Gesundheitsökonomie, WWZ Uni Basel. Daher sei eine spezielle Abgeltung gerechtfertigt, aber wie? – Felder zeigte einmal die bisherigen Möglichkeiten: die Inkonvenienzpauschale für praxisambulante Notfälle im Tarmed (50 Taxpunkte (TP)), höhere Entgelte in der Nacht und am Wochenende (110 TP/180 TP) – Pauschalen, die im TARDOC übernommen werden sollen – sowie Apothekenzuschläge für Medikamentenabgabe in der Nacht und am Wochenende. Der TARDOC-Entwurf sieht 203 TP extra für spitalambulante Notfälle vor, abrechenbar für Spitäler mit einer anerkannten Notfallstation inkl. einer Pauschale von 155 Franken pro Patienten.

Wegweisend ist weiter ein Entscheid des Regierungsrats des Kantons Zürich 2013: 200 Franken Abschlag auf den Basisfallwert für Spitäler ohne anerkannten Notfalldienst, in Deutschland gilt vergleichsweise seit 2005 ein Abschlag von heute 60 Euro. Ein Bundesgerichtsentscheid stützt die Zürcher Variante: Der Notfalldienst ist eine OKP-Leistung; daher ist eine Extravergütung zulässig. Jedoch ist eine Ausscheidung von Mehrkosten bei zu kleinen Notfallstationen

(gemeinwirtschaftliche Leistungen) nötig. Schliesslich hält Artikel 58e Absatz 3 KVV fest: «Ein Kanton darf den Leistungsauftrag mit Pflicht zum Betrieb eines Notfalldienstes verbinden und daher auch vergüten.»

Gemäss Felder ist kein genereller Aufschlag oder Abschlag für alle Patienten die Lösung, weil sie zu einer Bevorzugung von Spitälern mit wenig Notfallpatienten und Kantonsspitalern mit mehreren Standorten führen würde. Es sollte auch ein Anreiz für kleine Spitäler bestehen, Notfalldienste anzubieten. Daher sei eine Vergütung auf Notfallpatienten vorzuziehen. Eine Differenzierung des Basisfallwerts sei grundsätzlich sinnvoll, damit resultiere für schwere Notfälle eine höhere Vergütung. Felder schätzt die faire Abgeltung für den Notfallanteil auf 600 Franken pro Bett.

### Digitalisierung sichert die Versorgungsqualität

Die Pandemie hat Angst erzeugt und sowohl Prophylaxe wie ambulante Versorgung beeinträchtigt. Die Folgen zeigte Univ.-Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff, Direktor Centrum für Krankenhaus-Management Universität Münster: stark rückläufige Früherkennung (bis 83% weniger bei Mammographien) und Rückgang ambulanter Behandlungsfälle um bis zu 23% im ersten Halbjahr 2020 in Deutschland. Stärkste Rückgänge verzeichneten die kinderärztliche Versorgung (-34%), die Facharztversorgung (-26%) und Herzinfarkt-Fälle (-28%). Erstklassige Digitalisierung könnte die Folgen mildern, weil weniger direkte Kontakte nötig sind. Prof. von Eiff: «Corona hat die Digitalisierungslücke aufgedeckt und gezeigt, dass digitalisierte Medizinprozesse eine Versorgung unter Pandemiebedingungen sicherer und effektiver machen. In einer pandemiefreien Situation

können durch Digitalisierung die medizinische Versorgung zudem kostengünstiger und qualifizierter erbracht, knappe Ressourcen effektiver genutzt und die Versorgungssektoren enger verzahnt werden.» Zur Abgeltung digitaler Leistungen und pandemie verursachter medizinischer Versorgungsleistungen empfiehlt der Wissenschaftler die Vergütung von Einzelleistungen, Kopfpauschalen (Capitation), Fallpauschalen, Komplexpauschalen, eine populations- oder indikationsspezifische Vergütung, Pay-for-Performance, Erstattung der Vorhaltekosten per Zuschuss oder Kredit, eine Pandemie-spezifische Betriebskostenerstattung, Sachleistungen (kostenfrei oder per Kostenbeteiligung) oder Anschubfinanzierungen.

Wegbereiter der Digitalisierung ist namentlich die Industrie. Für Dr. Herbert Stähr, Vice President and Global Head of Transforming Care Delivery, Siemens Healthineers, ist klar: «Digitale Technologien werden die Natur des Gesundheitswesens verändern. Wir glauben, dass die Medizin präziser wird, Krankheiten werden exakter diagnostiziert. Die Therapie wird auf jeden Einzelnen zugeschnitten, der Nutzen für Pflegeleistungen erhöht. Alles führt zu reduzierten Kosten ohne Qualitätseinbussen. Wir glauben, dass Patienten zu Verbrauchern werden, engagiert in der Verwaltung ihrer Gesundheit.»

### Finanzierungen nach der Krise – noch gründlichere Analysen

Noch interessanter wird die Finanzierung von Investitionsprojekten im Gesundheitswesen. Unter Leitung von Martin Graf, Key Account Manager Kompetenzzentrum Spitalfinanzierung Zürcher Kantonalbank (ZKB), diskutierten Martin Vollenwyder, Stiftungsratspräsident Eleonoren-Stiftung Zürich (Trägerin des Kinderspitals Zürich



(KISPI)), Stefan Bernhard, CFO Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG), und Andreas Scherer, Teamleiter Key Account Management Kompetenzzentrum Spitalfinanzierung ZKB.

Für Martin Vollenwyder stand beim grossen Neubau des KISPIs im Fokus, dass das Projekt bezahlbar und betreibbar sein müsse. Das führte dank geschicktem Landtausch mit dem Kanton zu einem neuen Standort innerhalb eines eigentlichen Healthcare-Clusters mit Nachbarschaft zu diversen anderen Kliniken. Die Finanzierung erfolgte durch eine Anleihe von 300 Mio. Franken, einen Baukredit der ZKB über 50 Mio. Franken, ein Darlehen des Kantons Zürich (150 Mio. Franken) und durch Fundraising in gleicher Höhe. Nötig wurde für den Gang zum Kapitalmarkt das Implementieren des Bilanzstandards Swiss GAAP FER.

Als erstes Kantonsspital und erste psychiatrische Einrichtung der Schweiz benutzte auch die PDAG den Anleihenmarkt erfolgreich. Ergänzend verhalf ein Bankkredit als Reserve zu mehr Flexibilität während der Investitionsphase. Beide Institute wählten den Weg über den Kapitalmarkt, da dieser gegenüber den Darlehen der

Sitz-Kantone Aargau bzw. Zürich zu längerfristig günstigeren und planbaren Kosten führte.

Wann ist es sinnvoll, Berater bankenseitig bei komplexen Finanzierungsvorhaben beizuziehen? – Andreas Scherer erklärte: «Ein gutes Jahr vor einer anstehenden grösseren Investition ist aus meiner Sicht sinnvoll. Wir von der ZKB stehen seit Jahren in gutem Kontakt zu Institutionen des Gesundheitswesens. Wir pflegen auch Kontakte zu anderen Banken, was sich gerade bei grösseren Finanzierungen, d.h. Konsortialfinanzierungen, bewährt. Dank einem breiten Fundus an Erfahrung und dem Wissen, dass jedes Projekt seine individuelle Note aufweist, sind wir zu einem Sparringpartnern für die Finanzierung im Gesundheitswesen geworden.»

Die Vorbereitungszeit einer grösseren Finanzierung sollte nicht unterschätzt werden. Die Beispiele des KISPI und der PDAG zeigen eindrücklich die notwendigen Vorbereitungs- und Überzeugungsarbeiten innerhalb und ausserhalb der jeweiligen Einrichtungen auf. Nebst einer detaillierten Investitions- und Finanzplanung sind Fragen der Rechnungslegung, der

Rechtsform (KISPI: «Kann eine Stiftung eine Anleihe am Schweizer Kapitalmarkt begeben?»), der Involvierung von Verwaltungs- und Stiftungsräten oder kantonalen Behörden zu klären.

Erfahrung und erstklassige Beziehungen erwiesen sich etwa für das KISPI und die PDAG als nützlich, wurden doch im Vorfeld der Anleihebegebungen Roadshows organisiert, um das Projekt potenziellen Zeichnern vorzustellen. Scherer: «Im Healthcare-Bereich mit teilweise eher tieferen EBITDA-Raten ist es sinnvoll, die Pläne sorgfältig zu prüfen und transparent zu präsentieren. Das schafft Vertrauen, sorgt für Tragbarkeit und Sicherheit. Wesentlich ist gerade nach den Erfahrungen im Jahr 2020, dass ein Spital Reaktionsmöglichkeiten aufzeigen kann, damit sich Investoren und Banken für die langfristige gegenseitige Bindung entscheiden können. Insbesondere auch die im Frühjahr 2020 entstandene Unsicherheit am Kapitalmarkt, die sich in einer hohen Volatilität der Risikoaufschläge akzentuiert hat, zeigt exemplarisch auf, dass Flexibilität nicht nur beim Bauvorhaben wichtig ist, sondern auch bei der Wahl der Finanzierungsquellen.»



### buena nova – Hochwertiges und wohnliches Design.

Massivholzmöbel für Wohnraum und Cafeteria.

**brunner ::**  
www.brunner-group.com



## Massive Bewährungsproben

Das ist bedeutungsvoll, stehen die Kliniken doch in der aktuellen Pandemie wie generell vor laufenden Bewährungsproben. Martin Vollenwyder etwa betonte: «Die ungenügenden ambulanten Tarife machen uns zu schaffen. Eine Verbesserung würde eine langfristige Sicherheit für unsere Unternehmungsplanung bedeuten. Wir sind auch gefordert, die dezentrale Mitbetreuung unserer jungen Patienten durch die regionalen Pädiater weiter zu fördern und diese digital anzudocken. Bei unseren Investitionen von morgen wird es daher wesentlich darum gehen, wieviel Beton wir benötigen und wieviel IT. Unser grosses Augenmerk gilt durchgängigen digitalisierten Prozessen mit hoher Effizienz.»

Für die PDAG ist eines offensichtlich, Stefan Bernhard: «Wenn wir Businesspläne erstellen, sehen wir, wie schnell sich vieles verändert. Das betrifft nicht nur den TARPSY, sondern auch die verschiedenen weiteren Tarifsyste, mit denen wir abrechnen.»

Nachhaltigkeit trotz tariflicher Unsicherheit ist gefragt. Andreas Scherer stellte dazu fest: «Wir sahen, dass trotz vorhandener Notwendigkeit zur Finanzierung von Spitalinvestitionen während der ersten Covid-Welle investorenseitig kein Interesse bestand. Einerseits die Wahrnehmung, dass gerade während einer Pandemie ein funktionierendes Gesundheitswesen enorm wichtig ist, andererseits die Erfahrung, dass bei Unsicherheit der Kapitalmarkt zu hohen Risikoaufschlägen tendiert, führt uns zur Erkenntnis, dass Kommunikation und Transparenz für Spitäler noch wichtiger geworden ist. Ab Mai kam es zwar zu einer gewissen Beruhigung am Kapitalmarkt. Trotzdem wurden 2020 keine neuen Spitalanleihen am Schweizer Kapitalmarkt emittiert und – im Vergleich zu den Vorjahren – kaum Privatplatzierungen abgeschlossen. Aus unserer Sicht konnte eine Kreditverknappung für das Gesundheitswesen – nebst anderen Faktoren – auch

dank eines funktionierenden Schweizer Bankenmarkts vermieden werden. Wir erwarten für die kommenden Jahre günstige Finanzierungsbedingungen. Im Auge behalten wir jedoch sehr genau, wie sich die gesamte Branche und einzelne Geschäftsmodelle entwickeln.»

## Mehr Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und privaten Versorgern – droht gar ein «Long Covid»?

Mit Spannung verfolgen die TeilnehmerInnen des DRG Forums jeweils den abschliessenden internationalen Tour d'horizon. Deutlich zeigte David Hare, Chief Executive, Independent Healthcare Providers Network, London, die Bedeutung des Zusammenarbeitens zwischen öffentlichen Versorgern – im Vereinigten Königreich der NHS (National Health Service) – und Privaten im Rahmen von Covid. Hares Organisation stellt 8000 Spitalbetten, davon 1200 für Intensivpatienten. Wie schnell und unkompliziert die Independent Providers zur Stelle waren, unterstreichen die Worte von Gesundheitsminister Matt Hancock: «Der unabhängige Sektor hat eine entscheidende Rolle bei der Bewältigung der Krise gespielt und wird das auch in Zukunft tun. Das hat alle veralteten Argumente bezüglich Differenzen zwischen öffentlich und privat im Gesundheitswesen zunichte gemacht. Ohne die gemeinsame Teamarbeit des öffentlichen und des privaten Sektors hätten wir die Krise nicht überstehen können.»

Abkommen zwischen NHS und Privaten stellen einen ersten Schritt zur weiteren Integration dar. Wachsende Wartelisten im NHS – 1.4 Millionen Patienten warten bis zu 18 Monate auf elektive Eingriffe, jeden Monat werden es 25000 mehr – und die steigende Anforderung, Anreize für eine optimale Pflege zu schaffen – aktuell fehlen 40000 Pflegekräfte –, erhöhen die Notwendigkeit künftiger Verträge des NHS mit dem unabhängigen Sektor. David Hare sieht auch eine zaghafte Entwicklung hin zu popula-

tionsbezogener Finanzierung. Allerdings sei nicht zu vergessen, was Regierungsmitglieder seit Langem wiederholen: «Auf der Rangliste nicht antastbarer Institutionen folgt das NHS unmittelbar nach der Religion ... Geduld für Reformen ist also angezeigt.»

Brandaktuell sei die Diskussion in Deutschland bezüglich Vorhaltekosten, ergänzte Michael Draheim, Referent Krankenhausfinanzierung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin. Wohl würden DRGs das wichtigste Abgeltungselement bleiben, aber es gehe gleichzeitig darum, im Zuge der Ambulantisierung die unterschiedlichen Kostenstrukturen sachgerecht abzubilden und vermehrt Formen für sektorenübergreifende Kooperationen zu finden.

Droht gar ein «Long Covid», braucht es zusätzliche Überlegungen. «Natürlich müssten wir dann die Intensiv-Kapazitäten erhöhen», meinte Dipl.-Ing. HTL Herwig Wetzlinger, Direktor Universitätsklinikum AKH Wien, «es gilt aber auch, die Verweildauern weiter zu reduzieren, um die wachsenden Kosten zu begrenzen.» – «Im Rahmen der wachsenden öffentlichen Verschuldung wird sich die Finanzierungs-Diskussion intensivieren», ist Michael Draheim überzeugt. «Wir werden zu einer schrittweisen Verfeinerung der Abgeltungssysteme gelangen, um allen Leistungen gerecht zu werden.» Diese Überlegung vertritt auch Dr. med. Carlos Elvira vom Hospital Clinico San Carlos de Madrid: «Allerdings besteht in Spanien noch eine zu grosse Verbindung zwischen ambulanten wie stationären Leistungserbringern und den öffentlichen Krankenkassen. Für eine Konkurrenz unter Kostenträgern und Neu beurteilung der Finanzierungsformen könnten zwar private Versicherer sorgen, das allerdings hat zur Zeit keine Chance. Die DRGs bleiben die wichtigste Abgeltung, was auch Vorteile bedeutet, weil die stationären Versorger damit ihre Performance besser steuern können.»

Eine Flexibilisierung der Angebotsstruktur bleibe aber – selbst bei relativ starren, konservativen Gesundheitssystemen – anzustreben, fasste David Hare seine ausgezeichnet präsentierten Ansichten zusammen: «Der stationäre Bereich braucht eine Entlastung in Form vermehrter integrierter Versorgung. Dabei wird künftig angesichts der alternden Gesellschaft insbesondere die Homecare eine entscheidende Rolle spielen.»

Bilder: Peter Brandenberger, [www.im-licht.ch](http://www.im-licht.ch)

## Weitere Informationen

[www.medicongress.ch](http://www.medicongress.ch)