



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



EDITORIAL

BUNDESHAUS

Das schweizerische Gesundheitssystem sei gut, aber zu teuer. Das kritisiert die OECD zum zweiten Mal seit 2006 und sie ortet Verbesserungsbedarf. Das Parlament hat mit dem Entscheid für die Fallpauschalen und die neue Spitalfinanzierung entscheidende Schritte in die richtige Richtung getan. Beide Neuerungen treten auf Anfang 2012 in Kraft. Die Spitäler müssen sich auf einen Schlag mit neuen Planungsvorgaben, neuen Finanzierungsregeln und einem neuen Tarifsystem auseinandersetzen. Trotz guter Vorbereitung bestehen deshalb Risiken für die Spitäler, die man in der Einführungsphase beachten muss. Ausserdem öffnet sich ein weiteres Arbeitsfeld für die Spitäler: der Medizinaltarif TARMED für ambulante Behandlungen. Er ist veraltet. Man muss ihn dringend der heutigen Medizin anpassen. H+ unternimmt 2012 Schritte zu einer vollständigen Überarbeitung von TARMED.

Charles Favre, Präsident H+

INHALT

Swiss DRG	
Chronologie Swiss DRG	2
Swiss DRG	
Erklärungen zu den aktuellen Brennpunkten	2
Personal	
Fast jeder dritte Arzt arbeitet Teilzeit	3
Integrierte Behandlungsnetze	
Deutsch-Freiburg: Innovation für PatientInnen	3
Ambulanter Tarif	
Grünes Licht für TARMED-Revision	4
H+ Intern	
Bundesrat Didier Burkhalter am H+ Kongress	4
Impressum	4

SwissDRG

Endspurt bei SwissDRG

Das Parlament hat die Einführung der neuen Spitalfinanzierung auf den 1. Januar 2012 festgelegt.

Die neuen Fallpauschalen SwissDRG für akutstationäre Behandlungen, laufende Entwicklungsprojekte für leistungsorientierte Tarife in der Psychiatrie und Rehabilitation sowie TARMED, der veraltete Tarif für ambulante Leistungen, bedingen ein grosses Engagement der Spitäler und Kliniken.

Pragmatische Lösungen für SwissDRG wichtig

Der Bundesrat hat im Juli 2011 die neue Tarifstruktur SwissDRG genehmigt und im November 2011 zwei Einführungsmodalitäten verordnet: 10% Investitionskosten und ein Einführungsmonitoring. Noch offen gelassen hat er die Übermittlung medizinischer Daten.

Die Preisverhandlungen zwischen Spitälern und Krankenkassen sind zurzeit im Gange. Ziel der Spitäler ist es, am 1. Januar 2012 Verträge mit den Kassen zu haben, um Rechnung stellen zu können und Rechtssicherheit zu haben. Neben den erheblichen wirtschaftlichen Risiken für die Spitäler, die durch die Änderungen der Spitalfinanzierung und der neuen Fallpauschalen entstehen, kam als zusätzlicher Faktor für die Verhandlungen die neue Bildung verschiedener Vertragsgemeinschaften der Krankenkassen dazu. Umso erfreulicher ist es, dass nun erste Vertragsabschlüsse vorliegen.

In jedem Fall sind gegenseitiges Verständnis und pragmatische Lösungen während der Einführungsphase

wichtig. Denn die Unsicherheiten durch die zahlreichen Änderungen der neuen Spitalfinanzierung sind hoch.

Neue Preissysteme für Rehabilitation und Psychiatrie

Die neuen leistungsorientierten Tarife für die Rehabilitation und die Psychiatrie folgen später. Es ist verständlich, dass weder das Parlament noch der Bundesrat über die Verzögerung gegenüber der gesetzlichen Vorgabe erfreut sind. Im Gegensatz zu den Fallpauschalen bei Akutbehandlungen gibt es aber in der Rehabilitation und Psychiatrie international keine leistungsorientierten Tarifmodelle, die einfach für die Schweiz übernommen werden können.

Es müssen deshalb völlig neue Entschädigungssysteme erarbeitet werden. Und dies braucht Zeit. Die seit einigen Jahren bei den Kliniken laufenden Entwicklungsprojekte stehen nun unter der Verantwortung der SwissDRG AG.

Bernhard Wegmüller, Direktor H+



	Rahmenbedingungen	Tarifpartner
1997		Erste Gespräche einiger Spitäler und Kantone mit der Departementsvorsteherin EDI.
2000	Erste Botschaft zur Spitalfinanzierung.	
2003	Revision der Spitalfinanzierung scheitert im Parlament in Schlussabstimmung.	Machbarkeitsabklärung Fallpauschalen durch H+ und GDK.
2004		Projektstart für schweizerische Fallpauschalen durch GDK, H+, santésuisse und FMH.
2005	Zweite Botschaft zu Spitalfinanzierung.	Gründung der SwissDRG AG durch GDK, santésuisse, H+ und FMH.
2006, 22.3.	SwissDRG-Präsident Carlo Conti unterzeichnet in Berlin den Kooperationsvertrag mit GermanDRG (Bild).	
2007	Parlament verabschiedet neue Spitalfinanzierung.	
2009		Erste Arbeitsversion SwissDRG o.2.
2010		Zweite Arbeitsversion SwissDRG o.3.
2011	Bundesrat genehmigt SwissDRG 1.o. Bundesrat erlässt Einführungsmodalitäten.	Einführungstarif SwissDRG 1.o liegt vor. Tarifpartner verhandeln Preise.
2012	Einführung der SwissDRG als einzig gültiger Tarif für stationäre akutmedizinische Leistungen.	
2014 / 2015		Verfeinerte Kosten- und Leistungsdaten sind in SwissDRG abgebildet.

Martin Bienlein

Erklärungen zu den aktuellen Brennpunkten

Für die Regelung der Investitionen, die Übermittlung medizinischer Daten und beim Kostenmonitoring konnten sich H+ und santésuisse nicht auf eine nationale Vereinbarung einigen. Welches sind die Ursachen des Scheiterns einer partnerschaftlichen Vereinbarung?

Investitionskosten – die unsichtbare Hürde

Für die Spitäler ist es von existentieller Bedeutung, dass über die Fallpauschalen die künftig notwendigen Investitionen finanziert sind. Investitionen werden in den kommenden Jahren entscheidend sein. Viele Spitalbauten wurden vor 30 – 40 Jahren gebaut. Sie entsprechen oft nicht mehr den Anforderungen für eine moderne und effiziente Medizin. Der nun vom Bundesrat festgelegte Zuschlag von 10 % wird für die notwendigen Investitionen nicht ausreichen. Kommt dazu, dass die Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung VKL den Schritt zur zukunftsorientierten Leistungsentschädigung nicht gemacht hat. Sie geht immer noch von einer rückwärtsgerichteten Abgel-

tung bereits vorhandener Anlagen aus und muss deshalb dringend angepasst werden. Anderenfalls wird auch künftig eine Einigung zwischen den Tarifpartnern schwierig.

Datenübermittlung – die Hürde des Patientengeheimnisses

Das Bankkundengeheimnis ist uns Schweizern heilig, das Patientengeheimnis hingegen wollen die Krankenkassen opfern. Dabei sind die systematisch geforderten medizinischen Patientendaten für die Rechnungskontrolle gar nicht nötig. Die SUVA verzichtet dank eines ausgeklügelten Prüfsystems ausdrücklich auf die systematische Übermittlung dieser Daten. Deshalb beharren die Spitäler auf der Wahrung des Datenschutzes. Bedauerlicherweise soll nun trotzdem im KVG die

systematische Lieferung der Diagnosen und Behandlungen verankert werden. Wichtig für die Spitäler ist, dass diese medizinischen Patientendaten nur dorthin kommen, wo sie auch beurteilt werden können, d.h. zum Vertrauensarzt.

Kostenmonitoring mit Menge – die falsche Hürde

Mit einem Fallzahlenmonitoring widerspricht der Bundesrat dem Geist der KVG-Revision, die eine Effizienzsteigerung durch Konzentration und Spezialisierung will. H+ und die Spitäler haben sich immer bereit erklärt für eine geordnete neutrale Einführung der neuen Fallpauschalen, durch ein Monitoring der Fallerträge der Spitäler.

Martin Bienlein

Fast jeder dritte Arzt arbeitet Teilzeit

Der Anstieg der Teilzeitbeschäftigung zeugt von der Attraktivität der Spitalbranche als Arbeitgeber. Die Spitäler haben ihre Anstrengungen verstärkt, Teilzeitstellen zu schaffen und Kinderbetreuung zu organisieren, auch für das medizinische Personal.

Zwischen 2005 und 2009 hat die Zahl der Beschäftigten in den Spitälern und Kliniken um 12 % zugenommen. Sie beträgt Ende 2009 186'565 Personen. Die Hälfte davon, nämlich 93'974 Personen, arbeitet Teilzeit, d.h. mit einem Pensum von höchstens 80 %. Die Teilzeitarbeit hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Mit 17,4 % ist die Zunahme der Teilzeitstellen deutlich grösser als im Bereich Vollzeit mit +6,9 %. Besonders frappant ist die Zunahme der teilzeitbeschäftigten Ärztinnen und Ärzte um 38 %. Fast jede dritte Ärztin, bzw. jeder dritte Arzt arbeitet heute Teilzeit.

Der Anstieg der Teilzeitbeschäftigung zeugt von der Attraktivität der Spitalbranche als Arbeitgeber. Die Spitäler haben ihre Anstrengungen verstärkt, Teilzeitstellen zu schaffen und Kinderbetreuung zu organisieren, auch für das medizinische Personal. Dieser Schritt ist wichtig, um dem drohenden Personalengpass vorzubeugen und zu verhindern, dass hochqualifizierte Beschäftigte frühzeitig aus dem Beruf aussteigen.

Stefan Berger



Integrierte Behandlungsnetze

Deutsch-Freiburg: Innovation für PatientInnen

Was tun, wenn es immer weniger Hausärzte für den Notfalldienst gibt? Das Notfallsystem der Ärztevereinigung des Sensebezirks mit dem Spital Tafers ist ein innovativer Ansatz, wie sich das Problem lösen lässt.

«Unsere Lösung funktioniert, weil sie in enger Zusammenarbeit zwischen der Ärztevereinigung des Sensebezirks und dem Spital Tafers entstanden ist. Das System hat sich seit seiner Einführung im Jahr 2007 sehr bewährt. Ältere Kollegen machen in unterschiedlichem Ausmass weiterhin Notfalldienst, da sie durch die weitgehende Entlastung während der Nacht nur noch sporadisch gerufen werden müssen.», sagt Dr. Raphael Kessler, Chefarzt Medizin am Spital Tafers.

Vorwiegend alters- und teilzeitbedingt waren immer weniger Sensler Ärzte verpflichtet, sich am ambulanten Notfalldienst zu beteiligen. Hätten die Sensler Ärzte und das

Spital Tafers nicht gemeinsam gehandelt, wäre die ambulante Notfallversorgung im Sensebezirk zusammengebrochen. Einer der Gründe: Viele Hausärzte arbeiten Teilzeit.

Zwei zentrale Elemente als Lösung

Erstens die Zusammenlegung der beiden bisherigen Kreise zu einem gemeinsamen, den ganzen Sensebezirk umfassenden Dienstkreis mit einem Notfallarzt und einer Notfallnummer. Zweitens der Einbezug des Spitals Tafers in die ambulante Notfallversorgung. Von morgens 08.00 Uhr bis 20.00 Uhr bedient der diensthabende Hausarzt die Notfallnummer. Ab 20.00 Uhr leitet das System den Notruf auf den Dienstarzt oder die Dienstärztin im Spital

Tafers um. Diese /r nimmt eine Triage vor: Ambulante PatientInnen versorgt das Spital. Notwendige Hausbesuche absolviert weiterhin der diensthabende Notfallarzt der Hausärzte.

Demographische Gegenheiten berücksichtigt

Die heutige Lösung trägt der demographischen Entwicklung der Bevölkerung im Sensebezirk und der aktuellen personellen Situation auf Seiten der ambulanten ärztlichen Grundversorger Rechnung. Deshalb sind auch ÄrztInnen mit Teilpensum bereit, sich über das geforderte Mass am Notfalldienst zu beteiligen.

Nicole Fivaz

Grünes Licht für TARMED-Revision

Die Generalversammlung von H+ hat Anfang November 2011 grünes Licht erteilt für die Revision des Tarifsystems TARMED für ambulanten Leistungen.

Die Stimmung an der Generalversammlung von H+ war klar: «Nicht klagen und jammern, sondern handeln.» Als Alternative zum veralteten TARMED-Tarif startet H+ ein umfassendes Revisionsprojekt. Ziel ist dabei eine betriebswirtschaftlich korrekte, aktualisierte und sachgerechte Abgeltung der Leistungen für den ambulanten Spitalbereich. Dabei soll von der Tarifstruktur her und den Berechnungsgrundlagen eine laufende Aktualisierung sichergestellt sein.

Das H+ Projekt TARMED-Revision ist die Antwort des Spitalverbandes auf die Blockade bei der heutigen Organisation TARMED Suisse, die sich als unfähig erwiesen hat, das Tarifsystem zu aktualisieren, zu pflegen und weiter zu entwickeln. H+ nimmt damit die Kritik der Eidgenössischen Finanzkontrolle an der blockierten Organisation TARMED Suisse auf und zieht die Konsequenzen. Der Spitalverband startet ein eigenständiges Projekt mit einer Aktualisierung der Berechnungsgrundlagen und des Einzelleistungskataloges. Bei diesem ersten Schritt liegt der Fokus auf

spitalspezifischen Leistungen, die nicht in Arztpraxen erbracht werden können. Das Revisionsprojekt von H+ ist damit eine Ergänzung zur bereits angelaufenen Überarbeitung des Tarifs «TARVISION» durch den Ärzteverband FMH. Die beiden Spitzenverbände H+ und FMH werden in einem zweiten Schritt die Revisionsarbeiten koordinieren und eine Allianz der Leistungserbringer bilden im Hinblick auf die Einführung und Umsetzung der Revision.

H+ und die FMH unterstützen im Rahmen der Projekte die bundesrätlichen Zielsetzungen für die TARMED-Revision. Mit der Kooperation unter den Leistungserbringern soll sichergestellt sein, dass Leistungen, die sowohl im ambulanten Spitalbereich als auch in Arztpraxen erbracht werden können, nach gleichen Massstäben abgegolten werden. Mit dem Bundesrat und dem Parlament wollen H+ und FMH in den Revisionsprojekten auch dafür sorgen, dass die Leistungen in der Grundversorgung korrekt und aufwandgerecht abgegolten werden.

Conrad Engler

Bundesrat Didier Burkhalter am H+ Kongress

«Bessere Qualität, mehr Sicherheit, tiefere Prämien». Das war das Credo von Bundesrat Burkhalter in seiner Rede vor den H+ Kongressteilnehmenden.

Integrierte Versorgung sei keine «Billigmedizin», sagte Bundesrat Didier Burkhalter: «Integrierte Versorgung bringt bessere Qualität, mehr Sicherheit und tiefere Prämien.» In integrierten Behandlungsnetzen gebe es «viel weniger Doppelspurigkeiten, als dies der Fall ist, wenn Patienten in Eigenregie von Spezialist zu Spezialist eilen.» Integrierte Versorgung bringe optimale Resultate ohne Verschwendung von Ressourcen, erklärte der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern in seinem Eröffnungsreferat am H+ Kongress in Bern.

«Die Versorgungsnetze definieren gemeinsam mit allen betroffenen Leistungserbringern den Behandlungspfad.» Bisher waren laut Burkhalter Versorgungsnetze vor allem für gesunde Personen attraktiv. Eine Stärke des Modells der integrierten Versorgung liege in der Behandlung und Pflege von chronisch-kranken Menschen. Der verfeinerte Risikoausgleich Sorge dafür, dass die Jagd nach guten Risiken in Zukunft wegfallen werde.

Reinhard Voegele



Impressum

H+ Bundeshaus erscheint viermal jährlich in Deutsch und Französisch.

Redaktion: Reinhard Voegele, Nicole Fivaz, H+ Bern.



Geschäftsstelle, Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern,
 geschaeftsstelle@hplus.ch, www.hplus.ch. Telefon 031 335 11 11.
 H+ ist ein Verein nach privatem Recht.