



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



EDITORIAL

BUNDESHAUS

Versicherten und PatientInnen ist es zu wünschen, dass die Einführung der Fallpauschalen 2012 zu mehr Transparenz bei den Leistungen führt. H+ und seine Mitgliedspitäler und -kliniken arbeiten seit Jahren daran. Die zwei wichtigsten Eckpfeiler stehen. Erstens ist die neue Tarifstruktur SwissDRG beim Bundesrat eingereicht. Zweitens haben sich die Spitäler, Krankenversicherer und Kantone auf konkrete Qualitätsmessungen und deren Veröffentlichung geeinigt. Die wichtigste Leistung zu einem kleinen Fortschritt ist jetzt: Retten Sie in den Eidgenössischen Räten den verbesserten Risikoausgleich, denn er ist die Mutter aller folgenden KVG-Reformen. Managed Care ist nur mehrheitsfähig, wenn alle Betroffenen Verpflichtungen übernehmen, neben den Versicherten und Leistungserbringern auch die Krankenversicherungen.

Charles Favre, Präsident H+

INHALT

Integrierte Versorgung	
März 2011 – Spitäler und Managed Care: die Fakten	2
Gesundheitspolitik	
Hausarztmedizin: Gegenvorschlag als Alternative	2
KVG-Revision Spitalfinanzierung	
Neue Spitalfinanzierung auf Kurs	3
SwissDRG	
Tarifstruktur SwissDRG dem Bundesrat eingereicht	3
Integrierte Versorgung	
Integrierte Diabetes Versorgung	4
Kurz gesagt	
Wenn der Bundesrat und die Kantone...	4
Impressum	4

Risikoausgleich

Risikoausgleich – *Conditio sine qua non*

Managed Care über Strukturen fördern zu wollen ohne klar ersichtliche Qualitätsverbesserungen für die Patienten, kann nicht überzeugen. Wichtig ist jedoch die Verfeinerung des Risikoausgleichs.

Es ist kein Geheimnis, dass die Spitäler in der KVG-Revision Managed Care kaum Vorteile erkennen, und zwar weder für sich noch für ihre Patientinnen und Patienten. Die befürwortenden Voten für diese KVG-Revision heben nämlich zuerst und vor allem den Nutzen für die Ärztinnen und Ärzte hervor. Doch braucht es für die sowieso laufende Reorganisation der ärztlichen Praxen eine KVG-Revision? – Wohl kaum.

Dringende KVG-Revision: Risikoausgleich

Für die Verbesserung des Risikoausgleichs um den Indikator Krankheit, spricht Morbidität, hingegen braucht es dringend eine KVG-Revision. Die bisherigen Verbesserungen reichen nicht aus. Die letzte, nämlich der Spitalaufenthalt über drei Tage im Vorjahr, könnte sogar einen falschen Anreiz zu längeren Spitalaufenthalten setzen.

Die notwendige Verbesserung steht im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung und der Einführung des neuen Tarifs SwissDRG. Mit den Fallpauschalen erhalten die Versicherungen mehr Transparenz über die Krankheiten ihrer Versicherten. Um einen gerechten Ausgleich zwischen den Versicherungen zu erreichen und um die Patientinnen

und Patienten zu schützen, braucht es eine Erweiterung der Indikatoren um Krankheit. So werden jene Kasen nicht systematisch benachteiligt, die viele schwerkranke Patientinnen und Patienten versichern. Und die Versicherungen werden dafür belohnt, wenn sie für schwerkranke Versicherte medizinisch gute und effiziente Versorgungsmodelle anbieten.

Nur jene, die ihre Strategie auf Risiko-selektion ausrichten, werden diese Verfeinerung bekämpfen.

Neuer Risikoausgleich ab 1.1.2012 auch ohne Managed Care

Der verfeinerte Risikoausgleich ist auch für Managed Care die *conditio sine qua non*. Wichtig ist seine Einführung aber unabhängig davon für die Einführung des neuen Tarifs SwissDRG. Falls die KVG-Revision Managed Care die parlamentarische Abstimmung nicht besteht: Das Parlament tut gut daran, den verbesserten Risikoausgleich trotzdem einzuführen.

Weil der verbesserte Risikoausgleich an die Einführung der SwissDRG gekoppelt ist, ist auch der Einführungszeitpunkt auf den 1. Januar 2012 zentral.

Bernhard Wegmüller, Direktor H+

März 2011 – Spitäler und Managed Care: die Fakten

Die Eidg. Räte winken die Managed Care-Vorlage in der Junisession des Wahljahres 2011 entweder durch oder sie versenken sie. Das Zweite scheint wahrscheinlicher. H+ hat die Akutspitäler im März 2011 gefragt, wie vernetzt sie heute schon arbeiten.

Die Umfrage haben 42 Spitäler und Spitalgruppen beantwortet. Die wichtigsten Resultate aus der H+ Befragung:
«Wie vernetzt arbeiten Schweizer Spitäler und Kliniken schon heute?»

Akutspitäler in der Schweiz sind heute gut vernetzt. Sie unterhalten eine Vielzahl formeller und informeller Beziehungen mit anderen Leistungserbringern. Die Mitglieder weisen allein mit frei praktizierenden Spezialärzten 600 vertraglich vereinbarte Zusammenarbeiten auf. Hinzu kommen 140 Verträge mit anderen Akutspitälern, 83 Verträge mit Hausärzten und 125 Verträge mit weiteren Institutionen. Dabei handelt es sich um Einzel- und Sammelverträge. Sammelverträge regeln die gleichen Zusammenarbeitsbedingungen zum Beispiel mit mehreren Hausärzten.

Einige Details:

Haus- und Spezialärzte

Spezialärzte sind die bevorzugten Partner der Akutspitäler. Über 60% aller Verträge werden mit ihnen abgeschlossen, pro Spital über 20 Verträge. Zwar werden andere Akutspitäler als Partner noch häufiger genannt als Spezialärzte, jedoch mit lediglich 15% Anteil am Total der Verträge und 4,5 Verträgen pro Spital. **Hausärzte** werden zwar nur 12mal als Partner genannt. Akutspitäler schliessen aber mehr Verträge mit ihnen ab als mit anderen Akutspitälern. Ihr Anteil am Total der Vertragsabschlüsse beträgt 9%.

Etwa jedes dritte Spital vereinbart mit seinen Partnern Ausschliesslichkeitskriterien, am ehesten wiederum mit Spezialärzten und anderen Akutspitälern.

15 Häuser bezeichnen sich als Mitglied einer Spitalgruppe. Sie



machen mehrheitlich volle Vertragsfreiheit geltend. Sechs Häuser melden eingeschränkte oder gar keine Vertragsfreiheit, d.h. dort laufen Patientenströme ganz oder hauptsächlich innerhalb der Spitalgruppe.

25 Häuser oder nahezu zwei Drittel der Stichprobe erachten die kantonale Versorgungsplanung als fördernd für die Vernetzung. In der Suisse Romande herrscht einmütige Zustimmung zu diesem Punkt. Nur vier Häuser meinen, diese hemme die Vernetzung. 10 Mitglieder meinen, dass die Versorgungsplanung weder positiven noch negativen Einfluss auf die Vernetzung habe.

Gewisse Kantone schreiben per Gesetz vor, dass die Spitäler jährlich einen Nachweis bezüglich vorhandener Kooperationen und Synergien erbringen.

Reinhard Voegele/Stefan Berger

Hausarztmedizin: Gegenvorschlag als Alternative

Der Bundesrat hat mit dem Gegenvorschlag zur Hausarztmedizin-Initiative seinen Weg aufgezeigt, um die medizinische Grundversorgung in der Bundesverfassung umfassend zu verankern.

Im erläuternden Bericht über den Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» stellt der Bundesrat fest: «Er lehnt es insbesondere ab, Hausärztinnen und Hausärzten auf Verfassungsebene eine Sonderposition einzuräumen.» Darum hat der Bundesrat sich gegen die Volksinitiative und für einen direkten Gegenentwurf entschieden. Anfang April hat der Bundesrat nun die Katze aus dem Sack gelassen, den Gegenentwurf präsentiert und eine breite Vernehmlassung eingeleitet bis Anfang Juli 2011.

H+ begrüsst es, dass durch die Volksinitiative und den Gegenvorschlag nun eine umfassende Diskussion über die Rolle und Strukturen der medizinischen Grundversorgung in der heutigen Gesellschaft ermöglicht werden. Die Spitäler und Kliniken als immer wichtigere Akteure in der Grundversorgung, z.B. bei der Sicherung der Notfallversorgung, werden sich aktiv an dieser Diskussion beteiligen.

Conrad Engler



Neue Spitalfinanzierung auf Kurs

Neben der Einführung der Fallpauschalen SwissDRG hat das Parlament 2007 weitere Teile des KVG revidiert. Die Umsetzung läuft.

Wichtigste Punkte der neuen Spitalfinanzierung sind:

- + Subjekt- statt Objektfinanzierung, d.h. die konkreten Leistungen für die Patienten und nicht das Spital als Institution werden bezahlt;
- + Preisverhandlungen statt berechnete Tarife auf ausgewiesenen Kosten;
- + Preise müssen neu auch Berufsbildungs- und Investitionskosten decken;
- + Freie Spitalwahl statt Begrenzung aufs Kantonsgebiet, mit Schutz der Kantone vor «zu hohen» ausserkantonalen Preisen;
- + Minimalplanung basierend auf

- Qualität und Effizienz statt einschränkende Maximalplanung;
- + Gleichbehandlung der öffentlichen und privaten Listenspitäler bei der Mitfinanzierung der Leistungen durch die Kantone;
- + Neuer Kostenteiler zwischen Krankenversicherern und Kantonen.

Verwechslung Spitalfinanzierung und SwissDRG

Viele Kommentatoren vermischen oft diese Punkte mit dem neuen Tarif SwissDRG und bringen mögliche Auswirkungen durcheinander, aus Absicht oder Unwissen.

Viele Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung haben nichts mit SwissDRG zu tun, sondern mit den oben erwähnten Punkten der Revision. So beruhen beispielsweise die Prämienauswirkungen auf dem gewählten Kostenteiler zwischen Kantonen und Krankenversicherern. Bei anderen kritisierten Punkten ändert sich gar nichts, wie zum Beispiel bei der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung oder bei der seit Jahren abnehmenden Aufenthaltsdauer in den Spitälern.

Martin Bienlein

SwissDRG

Tarifstruktur SwissDRG dem Bundesrat eingereicht

Die SwissDRG AG hat Ende April dem Bundesrat fristgerecht die Tarifstruktur für das neue Fallpauschalen-System eingereicht.

Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat die Tarifstruktur 1.0 einstimmig verabschiedet und damit den Grundstein gelegt für die Einführung des neuen Fallpauschalen-Systems auf den 1.1.2012. Nun liegt der Ball beim Bundesrat, der für die Genehmigung zuständig ist. Die Spitäler und Kliniken erwarten vom Bundesrat, dass sechs Monate vor dem Start ein Grundsatzentscheid des Bundesrates vorliegen wird, um termingerecht starten zu können.

Die eingereichte Swiss-DRG-Struktur ist fast das fertig gestellte Haus zur Einführung der neuen Fallpauschalen. Einig sind sich die Partner auch über die Berücksichtigung von Innovationen und der Bildungskosten.

Die wichtigsten Punkte im Überblick

Die nationalen Tarifpartner H+ und santésuisse haben mit der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK ein Modell entwickelt für eine leistungsbezogene Berücksichtigung

der Ausbildungskosten nicht-universitärer Berufe.

Der Verwaltungsrat Swiss DRG hat die Grundsätze für neue kassenpflichtige Leistungen und Innovationen verabschiedet. Die Abbildung von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das SwissDRG-Fallpauschalensystem ist gemäss Verwaltungsratsbeschluss «schnellstmöglich» zu gewährleisten.

Es gibt weitere Baustellen. Die Swiss-DRG-Tarifstruktur deckt den Bereich der Akutspitäler ab. Für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation

werden neue Abgeltungssysteme erarbeitet. Hier existieren weltweit keine Modelle, auf die man zurückgreifen könnte.

Zu den Baustellen für die Tarifverhandlungen zählen die detaillierte Regelung der Übermittlung der medizinisch heiklen Diagnose- und Eingriffsdaten mit der Sicherstellung des Datenschutzes sowie die Übergangslösungen für den Einbezug der Anlagenutzungskosten. Der Bundesrat verlangt bis Ende Jahr «eine konkrete Lösung» für die Datenübermittlung.

Conrad Engler



Integrierte Diabetes Versorgung

In- und ausländische Erfahrungen zeigen, dass integrierte Versorgung als Disease Management sinnvoll und auch ohne gesetzliche Auflagen möglich ist.

Es ist medizinisch anerkannt, dass durch die Reduktion bekannter Risikofaktoren die Erkrankungsrate und die Folgekrankheiten der Zuckerkrankheit Diabetes gesenkt werden. Während sich einige Länder deshalb schon seit Jahrzehnten in Diabetesprogrammen und -prävention engagieren, ist das Thema in der Schweiz nicht verwurzelt.

Erfreuliche Schweizer Sprossen

Umso positiver kann man auf zwei jüngere Disease Management Programme für Diabetes hinweisen, jene des Kantons Waadt und der CSS-Krankenversicherung. Über Patienteninformation und integrierte Versorgung wollen die Programme die Erkrankungsrate dämpfen und Folgekrankheiten wie Blindheit, Fussamputationen oder Krebs verhindern. Zentral bei beiden Programmen ist die umfassende Integration der behandelnden Ärztinnen und Ärzte in das Programm.

Ausländische Beispiele

In den angelsächsischen Ländern, namentlich Grossbritannien, Australien und USA, haben sich spezialisierte Pflegende, so-

nannte Specialized Nurse Practitioners durchgesetzt.

In Dänemark haben die Pflegenden den ersten Patientenkontakt, während es der Facharzt ist, der die medizinischen Befunde auf Grund elektronischer Daten wie Laborwerte, Berichte und Bilder trifft. Die Leistungserbringer oder «Health Maintenance Organizations» bauen solche Programme auf.

In Deutschland hat die grösste Krankenkasse, die AOK, ein eigenes Diabetes-Programm.

Ausländische Erfahrungen

Studien in den USA zeigen, dass Patientinnen und Patienten in Disease Management Programmen für Diabetes tiefere Hospitalisierungsraten und tiefere Kosten haben, als solche in der nicht strukturierten Behandlung. Andere Studien zeigen, dass die Betreuung der Patientinnen und Patienten in definierten Programmen durch spezialisierte Pflegende gleichwertig ist wie jene durch Ärzte.

Martin Bienlein

Wenn der Bundesrat und die Kantone...

...über «neue Governance-Modelle für das Gesundheitswesen und neue Formen der Partnerschaft» reden, so würde sich H+ gerne einbringen.

Das Zitat stammt aus dem letzten H+ Jahresbericht und dort aus dem Beitrag, den Bundesrat Didier Burkhalter zum Jahresbericht beige-steuert hat. Der Titel zum bundesrätlichen Text lautet «Qualität und Effizienz in Einklang bringen». H+ kann da nur beipflichten. Unscher zu erraten, dass der Gesundheitsminister vor allem bei der Effizienz im schweizerischen Gesundheitswesen Verbesserungspotenzial ortet. H+ sieht allen konkreten Vorschlägen mit grossem Interesse entgegen.

Und: H+ hat bereits 2005, anlässlich des 75-Jahre-Jubiläums des Verbands, die Schaffung von zum Beispiel fünf überkantonalen Versorgungsregionen vorgeschlagen. Vielleicht wäre es 2011, also sechs Jahre später, an der Zeit das Tempo ein ganz klein wenig zu erhöhen.

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.