

H+
DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Herzlich Willkommen zur Jahresmedienkonferenz

Bern, 27. Mai 2013



H+
DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Charles Favre

Präsident H+

H+ Jahresmedienkonferenz, 27. Mai 2013



Inhalt

- Spitalfinanzierung und SwissDRG: Bilanz
- Universitätsmedizin unter SwissDRG
- SwissDRG: Künftige Herausforderungen
- Rehabilitation: Zentrale Schnittstelle & wichtige Ansprechpartnerin in der Nachsorge
- H+ Spital- und Klinik-Monitor

H+ Jahresmedienkonferenz, 27. Mai 2013



Bilanz Spitalfinanzierung und SwissDRG

Was wurde schon erreicht?

- **SwissDRG funktioniert in Spitälern und Kliniken:**
 - Fallpauschalen-System läuft technisch problemlos
 - Abrechnung mit SwissDRG-Grouper hat sich bewährt
- **Knacknuss Übermittlung von medizinischen Patientendaten gelöst:**
 - Verordnung seit 1. Januar 2013 in Kraft
 - Erste Daten-Annahmestellen eingerichtet
 - Spitäler und Kliniken sammeln erste Erfahrungen
 - H+ beobachtet die Anzahl der beanstandeten Rechnungen

H+ Jahresmedienkonferenz, 27. Mai 2013



Bilanz Spitalfinanzierung und SwissDRG

Aktuelle Herausforderungen

- **Viele Festsetzungsverfahren und Beschwerden**
 - Hohe finanzielle Risiken und fehlende Rechtssicherheit, da definitive Baserates 2012 noch nicht bekannt
 - Spitäler verhandeln bereits die Baserates für 2014
- **Unsichere Investitionsfinanzierung**
 - Anlagenutzungskosten für Spitäler zu tief
 - Für nachhaltige Investitionen genügen Vergangenheitswerte nicht
- **Empfehlungen des Preisüberwachers zu den Baserates**
 - Einflussnahme auf laufende Tarifverhandlungen
 - Statt Preisbeurteilung weiterhin eine reine Norm-Kostensicht

H+ Jahresmedienkonferenz, 27. Mai 2013



Dr. Werner Kübler

Direktor Universitätsspital Basel
Vizepräsident H+

H+ Jahresmedienkonferenz, 27. Mai 2013



Jahresmedienkonferenz H+ 2013

Universitätsmedizin unter Swiss DRG -
Die Herausforderungen der Universitätsspitäler

Dr. Werner Kübler
Direktor Universitätsspital Basel, Vizepräsident H+

27. Mai 2013

SwissDRG – noch ungenügende Abgeltung für
hochspezialisierte und komplexe Fälle

Wie muss sich das System weiterentwickeln?

→ **Konsequente Weiterentwicklung der Tarifstruktur** über
die nächsten Jahre

R²: Mass für Kostenhomogenität / «Abbildungsgenauigkeit»

Grupper für Jahr	Daten aus Jahr	R ² Alle Fälle	R ² Inlier-Fälle
2014	2011	0.6680	0.8035
2013	2010	0.6227	0.7765
2012	2009	0.6039	0.7488

Vergleich D:
0.85

Die Tarifstruktur
entwickelt sich
Jahr für Jahr

Quelle: Swiss DRG AG, 7. Mai 2013

SwissDRG – noch ungenügende Abgeltung für hochspezialisierte und komplexe Fälle

Die Entwicklung in der Schweiz verläuft extrem langsam.

Grupper für Jahr	Daten aus Jahr	R ² Alle Fälle	R ² Inlier-Fälle
2014	2011	0.6680	0.8035
2013	2011	0.6558	0.7890
2012	2011	0.6518	0.7928

↑ Grupper-Entwicklungs-Effekt

Quelle: Swiss DRG AG, 7. Mai 2013

- Entwicklung der Tarifstruktur muss konsequent forciert werden, sonst dauert sie über 10 Jahre
- Zusatzentgeltvolumen beträgt auch 2014 erst etwa 10% des Volumens im deutschen Vergleich (Mittelwert Unispitäler)

Universitätsmedizin unter SwissDRG - 27.5.2013 - Dr. W. Kübler

 Universitätsspital
Basel
Mehr wissen. Alles geben.

Die Tarifstrukturentwicklung braucht Zeit – höhere Baserates für Unispitäler bleiben nötig

- Differenzierung der SwissDRG Tarifstruktur benötigt systembedingt mehrere Jahre
- Einbezug neuer Verfahren in Tarifstruktur braucht
 - 3 Jahre, falls codierbar
 - 5 Jahre, falls zuerst Codiercodes eingeführt werden müssen

→ **Spitalindividuelle und unterschiedliche, verhandelte Baserates je nach Spitalstruktur / Spital sind die beste und fairste Lösung**

→ **Die Differenzen werden jedes Jahr abnehmen**

Universitätsmedizin unter SwissDRG - 27.5.2013 - Dr. W. Kübler

 Universitätsspital
Basel
Mehr wissen. Alles geben.

Anlagenutzungsabgeltung ist mit pauschal 10-11% langfristig ungenügend

Einbau der Investitionen in die Tarifstruktur braucht Zeit
(Neuerung gegenüber deutschen DRG)

Es gilt:

- **Realistisch:** Langfristige Werte von pauschal ~16% (Unispitäler) und ~14% (übrige Spitäler und Kliniken)
- **Transparent:** die Anlagebuchhaltungen der Unispitäler sind revidiert, nicht verfälscht und öffentlich kontrolliert
- **Zukunftsorientiert: Die Schweizer Bevölkerung will in 20 Jahren keine unterinvestierten, veralteten Spitäler**

Universitätsmedizin unter SwissDRG - 27.5.2013 - Dr. W. Kübler

 Universitätsspital
Basel
Mehr wissen. Alles geben.

Konsequente Entwicklung Tarifstruktur, individuell differenzierte Tarifverhandlungen als guter Weg

- SwissDRG funktioniert (Kein Zurück!)
- Die Schweizer Besonderheiten berücksichtigen und nutzen:
 - Individuelle Tarifverhandlungen
 - Differenzierte Baserates sicher für 5-8 Jahre
- Differenziert hinsehen, Fehler eingestehen und Verfahren ändern,
 - Gilt für Spitäler, Versicherer, Preisüberwacher
- Die gesetzliche Investitionsabgeltung vernünftig kalkulieren und nicht wegsehen:
 - Öffentliche und private Not-for-profit-Spitäler reinvestieren allfällige Gewinne in die Infrastruktur

Universitätsmedizin unter SwissDRG - 27.5.2013 - Dr. W. Kübler

 Universitätsspital
Basel
Mehr wissen. Alles geben.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Universitätsmedizin unter SwissDRG - 27.5.2013 - Dr. W. Kübler

 **Universitätsspital
Basel**
Mehr wissen. Alles geben.



Bernhard Wegmüller

Direktor H+



SwissDRG und Spitalfinanzierung

Spitäler haben Kosten im Griff

- Einführung des Fallpauschalen-Systems SwissDRG und der Spitalfinanzierung im 2012 praktisch kostenneutral:
 - Die von den Krankenkassen getragenen Kosten der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) für stationäre Behandlungen haben moderat um 1.3% zugenommen.
 - Hätten alle Kantone bereits den ab 2017 zwingenden Kostenteiler von 55% angewandt, wären die OKP-Kosten sogar um 4.7% gesunken.
 - Dies trotz Einrechnung der Investitions- und Ausbildungskosten.

H+ Jahresmedienkonferenz, 27. Mai 2013



Künftige Herausforderungen

Spitäler und Kliniken entwickeln sich stetig weiter

- Entwicklungen unter den Leistungserbringern schreiten weiter voran:
 - Konzentration von Leistungen in den Spitälern und Kliniken setzt sich weiter fort.
 - Zusammenschlüsse von Spitälern und Klinken.
 - Kooperationen zwischen verschiedenen Leistungserbringern.
 - Spitäler und Kliniken spielen in Zukunft in den integrierten Behandlungsnetzen eine immer wichtigere Rolle.
 - Ambulanter Bereich erhält noch mehr Gewicht.

H+ Jahresmedienkonferenz, 27. Mai 2013



SwissDRG: Künftige Herausforderungen

Fallpauschalen-System muss sich weiterentwickeln

- **Erste Erfolge mit SwissDRG-Version 3.0**
 - Anpassungen der Pädiatrie-Fälle: deutliche Aufwertung
 - Sinnvolle Erweiterung der Zusatzentgelte
 - Bessere Abbildung von Kurz- und Langlieger-Fällen
 - Komplikationen und Begleiterkrankungen: bessere Bewertung des Schweregrades dank verfeinerter Codierung
- **Weitere Verbesserungen sind notwendig**
 - Lösung für komplexe, hochdefizitäre Fälle
 - Lösung für spezialisierte Palliative Care

H+ Jahresmedienkonferenz, 27. Mai 2013



SwissDRG: Künftige Herausforderungen

Rolle des Preisüberwachers

- **Preisüberwacher hat ein Empfehlungsrecht bei Tarifgenehmigungen und Festsetzungen**
 - Mit Stellungnahmen zu laufenden Tarifverhandlungen überschreitet er seine Kompetenzen.
- **Basis für Vergleiche nicht korrekt**
 - PÜ zieht für Berechnung nicht echte Spalkosten heran, sondern künstlich herunterkorrigierte Werte (Normabzüge)
 - PÜ berücksichtigt nicht, dass die Fallpauschalen nicht perfekt sind
- **Stellt Versicherungskosten in den Vordergrund, statt Spitalpreise auf Korrektheit zu beurteilen.**

H+ Jahresmedienkonferenz, 27. Mai 2013



ENE SPITALER DEN SCHWEIZ
LES HÔPITALS DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Matthias Mühlheim

Adm. Direktor Reha Rheinfelden
Vizepräsident H+

H+ Jahresmedienkonferenz, 27. Mai 2013

Willkommen





DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



Jahresmedienkonferenz H+ 27. Mai 2013

Rehabilitation: Zentrale Schnittstelle & wichtige Ansprechpartnerin in der Nachsorge

Matthias Mühlheim

Betriebsökonom HWV / Exec. MHSA
Adm. Direktor Reha Rheinfelden
Vizepräsident H+ Die Spitäler der Schweiz

Fazit der Rehabilitation nach 16 Monaten DRG



- Keine blutigen Entlassungen!
- Aber eher frühere Entlassungen.
- Frühe Übertritte ergeben aus Sicht der Patienten sehr viel Sinn, da zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt mit der Rehabilitation begonnen werden kann.
- Die Versorgung in den Akutspitälern ist sehr sorgfältig und gewissenhaft.
- In manchen Fällen allerdings wird die Tendenz ersichtlich, die Abklärung von Nebendiagnosen weiter zu delegieren
⇒ höhere Kosten in der Reha



Fazit der Rehabilitation nach 16 Monaten DRG



- Die Rehakliniken waren bereit, da man vielerorts schon vorher Fallpauschalen kannte.
- Aufenthaltsdauer Reha steigt tendenziell. Das ist ein Indiz dafür, dass
 - a) Patienten früher verlegt werden;
 - b) schwerer betroffen kommen;
 - c) die Gesamtaufenthaltsdauer Akutphase und Rehabilitation nicht kleiner wird und somit die Gesamtkosten auch nicht.
 - ⇒ Verlagerung von Akut in Reha



Fazit der Rehabilitation nach 16 Monaten DRG



- DRG schafft „falsche Anreize“ für die Krankenkassen. Akutspitäler wollen möglichst früh verlegen, Krankenkassen haben genau das entgegengesetzte Interesse:

Es besteht die Tendenz, die Fallpauschale möglichst auszureizen, d. h. Patienten möglichst lange im Akutspital liegen zu lassen, da für die Kassen ja keine zusätzlichen Kosten entstehen.



Fazit der Rehabilitation nach 16 Monaten DRG



geboren 21. September 1971, wohnhaft in 8005 Zürich
Versichertennummer

Guten Tag Frau Doktor

Sie haben heute für ein Gesuch für eine stationäre Rehabilitation gestellt.

Nachtrau statil and 2. p

...Diesem Vorgehen stimmen wir nicht zu. Unser Versicherter kann ein paar Tage im Spital bleiben...

Diesem Vorgehen stimmen wir nicht zu. Unser Versicherte kann ein paar Tage im Spital bleiben und dann direkt nach Hause austreten.

...Danke für die Kenntnisnahme.



Fazit der Rehabilitation nach 16 Monaten DRG



Auch Rückverlegung sind attraktiv, da diese auf dieselbe DRG gehen.



Fazit der Rehabilitation nach 16 Monaten DRG



Ich beziehe mich auf Ihr Schreiben an die obengenannte Patientin vom 02.04.13.

Die Patientin hat sich selber an Sie gerichtet, weil es Sache der Patientin und nicht der Klinik ist, eine beschwerdefähige Verfügung zu verlangen. Eine solche benötigt auch keine weiteren Angaben von Seiten der Klinik.

Über die komplexe Problematik der Patientin wurden Sie durch uns bereits ausführlich orientiert.

In unserem Kostengutsprache-Verlängerungsgesuch vom 22.02.13 sowie in unserem Wiedererwägungs-Gesuch vom 12.03.13 hatten wir ausführlich begründet, weshalb einer stationären Rehabilitationsbehandlung bedarf. Auch wenn die Patientin aufgrund ihrer morbid Adipositas die geforderte Teilbelastung auch mittels intensiven physiotherapeutischen Bemühungen nicht einhalten konnte, war das Ziel der stationären Rehabilitationsmassnahmen eine weitere Dekonditionierung zu verhindern. Seit 06/12 besteht bei keine Gehfähigkeit mehr. Wie Sie aus der Ihnen zugestellten Diagnoseliste ersehen können, dürfte die weitere Mobilisation auch nach Aufhebung der Teilbelastung deutlich erschwert sein. Ohne mehrmonatige intensive rehabilitative Massnahmen befürchten wir, dass keine ausreichende Gehfähigkeit mehr erreichen könnte.

Selbstverständlich geht es nicht an, dass die für die geleistete reguläre stationäre Rehabilitation nur die Pflegetaxe vergüten wollte.

Deshalb mussten am 19.03.13 zum Operateur in die Zuweiserklinik zurückverlegen.



Problemkreis Kostengutsprachen



- Häufig behindern administrative Verzögerungen die rasche Verlegung vom Akutspital in die Rehabilitation, so z. B. das aufwändige Kostengutspracheverfahren.
- Nur bei der Rehabilitation ist gemäss KLV für alle Patienten ein vorgängiges Kostengutspracheverfahren unter Involvierung eines Vertrauensarztes nötig – dies auch bei eindeutigen Indikationen:

„Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes“.



Problemkreis Kostengutsprachen


- Schnelle und schlanke Schnittstellen wären gefragt. Haupthindernisse für schnelle und schlanke Schnittstellen sind häufig
 - ⇒ das aufwändige Kostengutsprache-Prozedere;
 - ⇒ die schlechte Verfügbarkeit von Vertrauensärzten;
 - ⇒ die häufig mangelnde fachliche Kompetenz von Vertrauensärzten bezüglich Rehabilitationsmedizin.
- Einige Kassen brauchen **5 Arbeitstage** für die Erteilung einer Kostengutsprache.



Problemkreis Kostengutsprachen

Ärztliche Verordnung für eine stationäre Rehabilitation	
Name/Nachname:	geb.-Datum: 04.03.1927
Strasse:	Telefon:
PCZ/GIS:	
Gewünschtes Eintrittsdatum: ab 29.04.2013	Dauer: 2/3 Wochen:
Kostenträger:	
Nummer:	
<input type="checkbox"/> Unfall	<input checked="" type="checkbox"/> Krankhalt
Hauptdiagnose: <u>Rechtshemisphärisches SDH</u>	
Operation / Datum / Therapie: <u>Balkenreparatur zweifach am 23.01.13</u>	
Wesentliche Nebendiagnosen: <u>2-Gehirnarterien</u>	
Bemerkungen / Behandlungsziel: <u>Bestmögliche Vervollständigung in Akutambulanz</u>	
Grad der Behinderung: <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Hilfe erforderlich für:	
Mobilität: <input type="checkbox"/> geht mit Stütze <input checked="" type="checkbox"/> ist auf Rollstuhl angewiesen	
Ärztliche Besätigung der Klinikbedürftigkeit: <input checked="" type="checkbox"/>	
Eine ambulante Behandlung ist meines Erachtens ausser Betrachtung. Gründe gegeben: <input checked="" type="checkbox"/> intensive stationäre physikalische, berufliche, soziale funktionelle Rehabilitation	





Problemkreis Kostengutsprachen

... Unser Vertrauensärztlicher Dienst hat Ihr Kostengutsprachege such erhalten. Nach Prüfung der Unterlagen erhalten Sie hiermit unseren Entscheid.


Gilt für stat. msk. Reha


Bemerkung:
Für eine allfä über bisherig

Die Neuro Taxe ist med. nicht indiziert.

Unser Vertrauensärztlicher Dienst hat Ihr Kostengutsprachege such erhalten. Nach Prüfung der Unterlagen erhalten Sie hiermit unseren Entscheid.
Gilt für stat. msk. Reha
Die Neuro Taxe ist med. nicht indiziert.

Kostengutsprache gilt unter Vorbehalt, dass ein gültiger KV-Vertrag sowie eine Behandlung vorliegt.





Problemkreis Kostengutsprachen


Gesendet: Freitag, 3. Mai 2013 08:55
An:
Cc:
Betreff: Neurologische Patienten als Muskuloskelettal eingestuft

Nun haben wir wieder eine Anmeldung von der Neurochirurgie zur Neuroreha nach 2maliger Subduralhämatom-Bohrlochtrepanation. Ein Subduralhämatom betrifft das zentrale Nervensystem und wir hätten gern eine Kostengutsprache für Neurorehabilitation.
Betreff: Vers.nummer

Freundliche Grüsse

Dr. med.

Reha Rheinfelden
Salinenstrasse 98
4310 Rheinfelden
052 226 51 51



Problemkreis Kostengutsprachen



Gesendet: Freitag, 3. Mai 2013 10:39

An:

Cc:

Betreff: Antwort: Neurologische Patienten als Muskuloskelettal eingestuft

Signiert von:

Liebe Frau

Ich werde mir den Fall ansehen. Da ich jedoch gerade erst aus dem Urlaub zurück bin, bitte ich um Geduld bis Ende der nächsten Woche.

Viele Grüße

... Ich werde mir den Fall ansehen. Da ich jedoch gerade erst aus dem Urlaub zurück bin, bitte ich um Geduld bis Ende der nächsten Woche...



Problemkreis Kostengutsprachen - Fazit



- Die Vertrauensärzte der Kassen sind teilweise schlecht verfügbar, sodass die Kostengutsprache gesuche liegen bleiben.
- Die Rehabilitationsmedizin umfasst definierte Fachspezialitäten auf FHM-Niveau. Die Vertrauensärzte sind in den meisten Fällen keine entsprechenden FMH-Fachärzte.
- Sind Vertrauensärzte als Angestellte der Kassen wirklich unabhängig?
- Es bestehen erhebliche Unterschiede in den von den Vertrauensärzten angewandten Kriterien für eine Kostengutsprache, sowohl zwischen den Kassen als auch innerhalb der Kassen bei unterschiedlichen Vertrauensärzten.



Problemkreis Kostengutsprachen - Forderungen



- Forderungen im Zusammenhang mit Kostengutsprachen:
 - ⇒ Gleichbehandlung Akut und Reha
 - ⇒ Einheitliche Kostengutsprache-Kriterien zwischen und innerhalb der Kassen
 - ⇒ Mindestforderung:
 - ✓ Aufhebung der vorgängigen Kostengutsprache-Pflicht mit Involvierung des Vertrauensarztes bei klaren Indikationen wie Schlaganfall, ab mittelschwerem Schädelhirntrauma, nach Akutschub einer Multiplen Sklerose, Gelenkersatz bei Polymorbiden.
 - ✓ Eintrittsmeldung und Verlaufsmeldung sollten genügen.
 - ✓ Verkürzung der Bearbeitungslatenzen bei Erstgesuch und Wiedererwägung.
 - ✓ Unabhängigkeit der Funktion Vertrauensarzt.
 - ⇒ keine Anstellung durch Krankenkasse



Problemkreis Kostengutsprachen - es geht auch anders



2. Rehabilitation für Neuropatienten

2.2 Schlaganfallpatienten mit Reha-Potential bei erheblichem neurologischem Defizit.

Stillschweigende Kostengutsprache für maximal 3 Wochen
Verlängerungsgesuche: Bewilligung Vertrauensarzt zwingend

Keine stillschweigende Reha bei einem Schädelhirntrauma (SHT)

3. Rehabilitation nach viszeralkirurgischen Eingriffen

3.2 Status nach grossen viszeralkirurgischen Eingriffen



Problemkreis

Kostengutsprachen - es geht auch anders



5. Rehabilitation für Rheuma-/ Orthopädiepatienten

Muskulo-skeletale Rehabilitation

- 5.2 Nach **beidseitigen** Eingriffen an den grossen Gelenken bei noch nicht erreichter genügender Funktion oder Wundheilungsstörungen; bei Komorbidität (z.B. schwerer Diabetes, Parkinson, Weichteilrheumatismus, Polyarthrosen, Wirbelsäulenerkrankungen)
- 5.3 Bei Kniegelenksersatz bei verzögerter Kniemobilität (Flexion $< 90^\circ$, starkes Extensionsdefizit)
- 5.4 Nach Eingriffen an der Wirbelsäule: bei Spitalbedürftigkeit; nach aufwändiger Dekompression und Stabilisation; bei schwerwiegenden postoperativen Komplikationen und Wundheilungsstörungen; bei grösserem Defizit in den ADL, bei funktionell relevanten neurologisch/ rheumatologischen Defiziten;

Stillschweigende Kostengutsprache für maximal 3 Wochen
Verlängerungsgesuche; Bewilligung Vertrauensarzt zwingend

sanitas

Besten Dank.





Bernhard Wegmüller

Direktor H+

H+ Jahresmedienkonferenz, 27. Mai 2013



H+ Spital- und Klinik-Monitor

Aktuelle Zahlen und Trends der Spital- und Klinik-Branche

- Der neue H+ Spital- und Klinik-Monitor:
 - Ist die neue Leistungsschau der Branche mit Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie
 - Zeigt Leistungen, Trends und Entwicklungen der Branche
 - Liefert valide, prägnante und stets aktualisierte Zahlen zu verschiedenen Themen
 - Ist personalisierbar



H+ Jahresmedienkonferenz, 27. Mai 2013

H+
DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Spital- und Klinik-Monitor

Fakten belegen Strukturwandel der letzten 40 Jahre

- Weniger Spitäler und Betten
- Sinkende Aufenthaltsdauer
- Steigende Anzahl an Hospitalisierungen
- Spitäler und Kliniken schaffen Arbeitsplätze
- Hohe Qualität in der Akutsomatik dank zufriedenen Patienten

(Grafiken finden sich im Zusatzdokument Faktenblatt «Spital- und Klinik-Monitor»)

Spitäler und Kliniken leisten heute mehr, sind effizienter und bieten eine höhere Qualität mit zufriedenen Patienten!

H+ Jahresmedienkonferenz, 27. Mai 2013

H+
DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Spital- und Klinik-Monitor

Das Wichtigste in Kürze

- Umfassende und aktuelle Daten zur Spital- und Klinik-Branche
- Dreisprachiges, webbasiertes PR-Instrument, eingebettet in die Website von H+
- 64 anschauliche Grafiken mit prägnanten Erläuterungen
- Personalisierbar durch individuellen PDF-Zusammenzug
- Hochauflösende Grafiken zum Download

Mehr unter: www.klinik-monitor.ch

H+ Jahresmedienkonferenz, 27. Mai 2013



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Die Spitäler der Schweiz
Geschäftsstelle
Lorrainestrasse 4A
3013 Bern
Telefon: 031 335 11 11
Fax: 031 335 11 70
E-Mail: geschaeftsstelle@hplus.ch
www.hplus.ch

H+: Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+: Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+: Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri