



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



Februar 2014 – Nr. 1

BUNDESHAUS



EDITORIAL

Der Verordnungsentwurf zur subsidiären Kompetenz TARMED sieht vor, dass die Hausärztinnen und -ärzte einen Zuschlag für ihre Leistungen erhalten, die Spitäler und Kliniken für

die gleiche Arbeit aber nicht. Im Gegenteil sollen die Spitäler und Kliniken diese Umverteilung mitbezahlen durch betriebswirtschaftlich nicht begründete Abzüge bei anderen Leistungen.

Die Grundversorgung in den kostspieligen Abend- und Nachtschichten sowie an Wochenenden und Feiertagen erbringen heute vor allem die Spitäler. Sie entlasten damit die Ärztinnen und Ärzte in den Praxen. Zudem verbuchen die Spitäler und Kliniken schon heute einen Verlust von 500 Mio. Franken durch zu tief bewertete TARMED-Leistungen.

Der Verordnungsentwurf ist ein Verstoß gegen das Gebot der Rechtsgleichheit der Bundesverfassung und widerspricht den im KVG verankerten Anforderungen an betriebswirtschaftliche Tarife. H+ fordert gleiche Tarife für gleiche Leistungen und den strikten Verzicht auf politische Umverteilungen in den Tarifstrukturen der Sozialversicherungen.

Charles Favre, Präsident H+

Gesamtrevision TARMED statt Flickwerk

Der Bundesrat will von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch machen und setzt dabei am falschen Punkt an.

Das EDI hat Ende Dezember einen Verordnungsentwurf in die Anhörung gegeben, der die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates zur Tarifrevision TARMED konkretisiert. Der Entwurf sieht vor, die Hausärztinnen und -ärzte besserzustellen und die technischen Leistungen in 14 Kapiteln linear um 9 % zu kürzen.

Aber der Entwurf erweist der vom Parlament und der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) verlangten Gesamtrevision einen Bärendienst. Nicht einzelne Berufsgruppen sollen bessergestellt, sondern die ärztlichen Leistungen aller Fachgebiete betriebswirtschaftlich korrekt und sachgerecht bewertet werden. Wird der Entwurf wie beantragt umgesetzt, lädt dies alle Tarifparteien ein, ihre Begehrlichkeiten künftig politisch einzufordern, statt mit Daten und Fakten an einer Tarifrevision mitzuarbeiten.

Die Tarifpartner arbeiten zurzeit an einer umfassenden Gesamtrevision, die viele Ansprüche erfüllen soll, wie beispielsweise die korrekte Bewertung der ärztlichen, nichtärztlichen und technischen Leistungen aufgrund von aktuellen Berechnungsgrundlagen mit betriebswirtschaftlich erhobenen Daten.

Statt einer nicht sachgerechten und politisch gefährlichen Übung muss der Bundesrat mit den Tarifpartnern eine rasche Gesamtrevision anstreben.

Bernhard Wegmüller, Direktor H+

INHALT

- 2 TARMED | Bundeseingriff auf dem Buckel der Patienten
- 2 Grundversorgung | Spitäler spielen bei Notfällen zentrale Rolle
- 3 HSM | Nach Bruchlandung braucht es Marschhalt

- 3 Personalmangel | Situation verschärft: H+ bleibt am Ball
- 4 Fakten und Zahlen | Stationärer OKP-Bereich bleibt defizitär
- 4 Monitor | Wandel bei einweisenden Instanzen

Bundeseingriff auf dem Buckel der Patienten

Verletzung der Rechtsgleichheit, fehlende betriebswirtschaftliche Bemessung und keine sachgerechten Anpassungen: Das sind die Gründe gegen den TARMED-Eingriff des Bundes.

Der Verordnungsentwurf zur subsidiären Kompetenz des Bundesrats zur TARMED-Tarifrevision ist ein politischer Eingriff, der gegen die Verfassung und das Krankenversicherungsgesetz verstösst. Die Hausärztinnen und -ärzte sollen mit 200 Mio. bessergestellt werden, während Grundversorger, welche die gleiche Leistung im Spital erbringen, leer ausgehen sollen.

Eingeschränkter Geltungsbereich

Gemäss seiner Stellungnahme zur Parlamentarischen Initiative über die subsidiäre Kompetenz für die Tarifrevision wollte der Bundesrat explizit nicht «einen Leistungserbringertyp (...) fördern». Doch genau das Gegenteil ist jetzt der Inhalt des Verordnungsentwurfs zum Tarifeingriff. Hausärztinnen und -ärzte in Arztpraxen sollen mit je gut CHF 20'000 bis 25'000 gefördert werden, während die Spitäler und Kliniken mit gleichen Leistungen gar bestraft werden.

Fehlende betriebswirtschaftliche Bemessung

Parlament und Eidgenössische Finanzkontrolle haben bemängelt, dass einige Berechnungsgrundlagen des TARMED nicht nachvollziehbar wären. Der Entwurf für den subsidiären Eingriff des Bundes missachtet die geforderten Kriterien der betriebswirtschaftlichen Bemessung und Sachgerechtigkeit gemäss KVG.

Betriebswirtschaftlich gibt es keinen Grund, den Zuschlag für Grundversorgungsleistungen den Spitälern und Kliniken nicht zu gewähren. Als Kriterium für die Kürzungen wurden die Leistungszunahme und Grösse von Tarifkapiteln herangezogen. Es gibt keine betriebswirtschaftliche Argumentation, dass diese Kriterien mit einer Überfinanzierung einhergehen. Die 9 %-Kürzung wurde so festgesetzt, dass das umzuverteilende Volumen von CHF 200 Mio. erreicht wird. Die Kürzung erfolgt somit nicht einer betriebswirtschaftlichen Logik und führt dazu, dass sachgerechte Tarifpositionen unsachgerecht werden. Es war aber nie die Absicht des Parlaments, durch subsidiäre Eingriffe sachgerechte Tarifpositionen abzuändern.

Versteckte Praxisgebühr

Schliesslich hat das BAG nicht überprüft, ob die Versicherungen oder die Patientinnen und Patienten innerhalb der Franchise den Zuschlag zahlen werden. Aufgrund der Art der Hausarztbesuche ist anzunehmen, dass eher die Patientinnen und Patienten betroffen sein werden, der Zuschlag also wie eine Praxisgebühr wirkt.

Martin Bienlein

«Für die notwendige Kooperationsbereitschaft in Randregionen ist es nicht förderlich, wenn Hausärzte zu normalen Arbeitszeiten für Leistungen höhere Vergütungen bekommen als Spitäler, welche im Rahmen einer Kooperation nachts und am Wochenende genau diese Leistung übernehmen – dann, wenn es am teuersten wird.»

Dr. med. Joachim Koppenberg, Spitaldirektor und Chefarzt Anästhesiologie, Ospidal-Gesundheitszentrum Unterengadin



Grundversorgung

Spitäler spielen bei Notfällen zentrale Rolle

Die Bevölkerung schätzt die Zugänglichkeit und die Leistungen der Notfalldienste der Spitäler und Kliniken und nimmt diese zunehmend in Anspruch.

«Die Notfallstationen spielen eine zentrale Rolle in unserem Gesundheitssystem.» So das Fazit der neuen Untersuchung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums OBSAN. Die Bevölkerung schätzt die Zugänglichkeit und Funktionalität der Notfalldienste der Spitäler, insbesondere die durchgehende Verfügbarkeit und das Behandlungsangebot.

Immer mehr Behandlungen auf Notfallstationen

Die Zahl der Konsultationen in einer Notfallstation ist zwischen 2007 und 2011 um 26 % angestiegen. Im Jahr 2011 belief sie sich in der Schweiz auf 4'400 Einlieferungen pro Tag. Das stärkste Wachstum verzeichnete mit plus 33 % die Al-

tersgruppe der über 86-Jährigen. Der Anteil der Hospitalisierungen nach einer Konsultation in einer Notfallstation ist mit 34 % bzw. 32 % zwischen 2007 und 2011 konstant geblieben. Das könnte laut Obsan ein Hinweis dafür sein, dass so genannte «Bagatellfälle» – die einen unbekannten Anteil der Notfälle ohne Hospitalisierung darstellen – nicht zugenommen haben.

Personen über 86 Jahre sowie die jungen Patienten unter sechs Jahren beanspruchen die Notfallstationen zweimal mehr als der Durchschnitt.

Conrad Engler

Nach Bruchlandung braucht es Marschhalt

Das Beschlussorgan für die hochspezialisierte Medizin (HSM) erlitt vor dem Bundesverwaltungsgericht eine Bruchlandung. Jetzt braucht es eine generelle Überprüfung der HSM-Planung.

In drei Grundsatzurteilen übt das Bundesverwaltungsgericht Kritik am Vorgehen des HSM-Beschlussorgans und bemängelt offensichtliche Verfahrensfehler. Die Beschwerden von Universitäts- und Zentrumsspitalern sowie von Privatkliniken wurden Ende 2013 und Anfang 2014 gutgeheissen. Die gerügten Mängel wiegen schwer: Zweistufiges Verfahren missachtet, rechtliches Gehör verletzt, Begründungspflicht nicht erfüllt und Wirtschaftlichkeit nicht überprüft. Die Beschwerden wurden gutgeheissen – eine Bruchlandung für das HSM-Beschlussorgan. Nationalrätin Ruth Humbel fragte deshalb in einer Interpellation den Bundesrat an, ob nun ein «Grounding» drohe.

Zuteilung nur nach vorgängig definierten Kriterien

Bei der Definition und Eingrenzung der hochspezialisierten Medizin haben es die HSM-Gremien bisher verpasst, klare und nachvollziehbare Planungskriterien zu erstellen, bevor die Zuteilung an einzelne Leistungserbringer erfolgte. Dieses etappierte zweistufige Vorgehen braucht zweifellos etwas mehr Zeit, ist aber für die rechtliche Nachvollziehbarkeit und allfällige Anfechtung der Beschlüsse unabdingbar.

Durch die strikte Trennung von Entscheidungskriterien und Zuteilungsbeschlüssen lassen sich zudem die teilweise geäusserten Vorwürfe entkräften, die Planung sei ein abgekartetes Spiel. Somit wird auch die politische Akzeptanz der Verfahren

erhöht. Einige Kantone haben dies im Rahmen der kantonalen Spitalplanung erfolgreich vorgemacht.

H+ fordert deshalb einen Marschhalt und eine Neudefinition der HSM-Verfahren. Dies verbunden mit einer strikten Klärung, welche Leistungen der hochspezialisierten Medizin zuzuordnen sind.

Conrad Engler



Kontingentslösungen erschweren die Personalsuche zusätzlich.

Personalmangel

Situation verschärft: H+ bleibt am Ball

Eine H+ Mitglieder-Umfrage zeichnet ein klares Bild: Der Personalmangel spitzt sich weiter zu – auch wegen dem Ende der Personenfreizügigkeit. H+ hat erste Massnahmen eingeleitet.

Der Fachkräftemangel ist bei den Ärzten und beim spezialisierten Fachpersonal akut und spitzt sich weiter zu. Die H+ Umfrage zeigt, dass mehr Nachwuchs ausgebildet werden muss, um den künftigen Bedarf zu decken.

Spitäler und Kliniken bereits aktiv

Um die Auslandsabhängigkeit zu verringern und die Fachkräfteaufnahme zu erhöhen, sind auf allen Ebenen Anstrengungen nötig. Rund die Hälfte der Betriebe verfolgt Projekte, um den Skill- und Grade-Mix anzupassen oder Quer- und Wiedereinsteigerinnen zu rekrutieren. Rund zwei Drittel bilden mindestens den eigenen Bedarf an Fachkräften aus. Eine Arbeits-

gruppe soll den Versorgungsbedarf und die Integration neuer Berufe künftig besser antizipieren. Dabei gilt es, Statusdenken abzubauen und die Interprofessionalität zu fördern sowie das Image der Branche und deren Berufe zu verbessern. Zudem soll das Rekrutierungspotenzial in der Schweiz besser erschlossen und ausgeschöpft werden.

Auch der H+ Kongress 2013 zeigte Strategien gegen den Personalmangel auf. So nehmen Teams und gelebte Werte einen wichtigen Stellenwert ein. Dies fördert das Miteinander, das Patientenwohl und sichert den Erfolg der Betriebe.

Jürg Winkler

Fakten und Zahlen

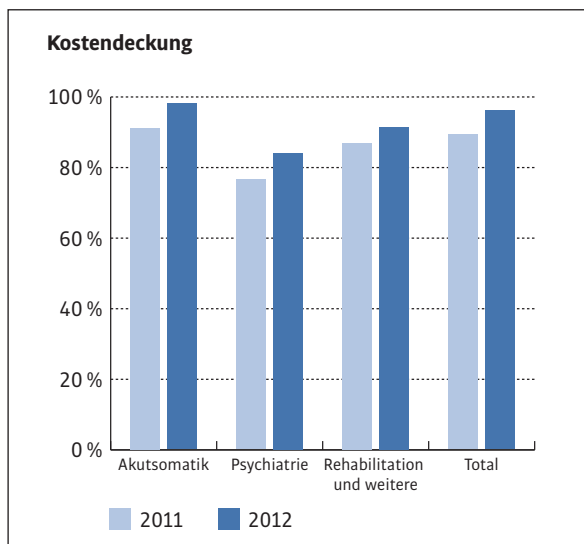
Stationärer OKP-Bereich immer noch defizitär

Neuste Zahlen des BFS belegen: Die Spitäler und Kliniken schreiben auch mit der neuen Spitalfinanzierung rote Zahlen im stationären Bereich der Obligatorischen Krankenpflege (OKP).

Gemäss der offiziellen Statistik des Bundesamts für Statistik BFS arbeiteten die Spitäler auch 2012 mit der neuen Spitalfinanzierung im Bereich OKP defizitär. Die Kostendeckung für die Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation betrug insgesamt 95,9 %. Am schlechtesten ist die Kostendeckung in der Psychiatrie mit 83,9 %, gefolgt von der Rehabilitation mit 91,4 %. Bei der Akutsomatik lag die Kostendeckung im ersten Jahr nach Einführung des Fallpauschalensystems SwissDRG und der neuen Spitalfinanzierung bei 97,9 %. Im Vergleich zu 2011 hat sich die Kostendeckung bei den Akutspitälern zwar um rund 7 % verbessert, ist aber nach wie vor defizitär mit einem Verlust von CHF 438 Mio. Diese Zahlen basieren auf den provisorischen Baserates. Die Situation kann sich je nach Gerichtsentscheiden noch verschärfen.

Psychiatrie und Reha deutlich defizitär

Ähnliche Trends sind auch in der Psychiatrie und der Rehabilitation zu beobachten, auch wenn in diesen Bereichen noch nicht mit national einheitlichen Tarifen abgerechnet wird. Im Bereich Psychiatrie konnte der Kostendeckungsgrad zwar um 7,5 % gegenüber dem Vorjahr gesteigert werden. Dennoch ist er laut BFS mit CHF 407 Mio. defizitär. In der Reha-



bilitation verbesserte sich der Kostendeckungsgrad 2012 um 4,5 %. Doch auch hier beträgt der Verlust im KVG-Bereich CHF 170 Mio.

Bernhard Wegmüller

Spital- und Klinik-Monitor

Wandel bei einweisenden Instanzen

Vier neue Statistiken im H+ Spital- und Klinik-Monitor liefern Informationen zu den Eintritten für stationäre Behandlungen.

Die neu publizierten Auswertungen zeigen, dass in der Akutsomatik Einweisungen durch Ärztinnen und Ärzte, durch Rettungsdienste sowie Selbsteinweisungen im Lauf der letzten zehn Jahre klar zugenommen haben. Zentrumsversorger behandeln über drei Fünftel ihrer Patienten auf ärztliche Einweisung, bei den Grundversorgern sind es rund

drei Viertel. In der Rehabilitation werden über vier Fünftel der Patienten ärztlich eingewiesen. Ausführlichere Angaben sowie weitere aufschlussreiche Statistiken zur Spital- und Klinikbranche finden Sie auf www.klinik-monitor.ch.

Stefan Althaus

Save the date: Am **10. September 2014** präsentiert Ihnen H+ am Parlamentarier-Anlass die Ergebnisse seiner ersten Bevölkerungsbefragung von gfs.bern.

IMPRESSUM

H+ Bundeshaus erscheint viermal jährlich in Deutsch und Französisch.

Redaktion: Conrad Engler, Stefan Althaus, Dorit Djelid, Nicole Fivaz, H+ Bern.



Geschäftsstelle, Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern, geschaeftsstelle@hplus.ch, www.hplus.ch, Telefon 031 335 11 11.

H+ ist der nationale Spitzenverband der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen.