DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



Februar 2020 – Nr. 1

BUNDESHAUS



EDITORIAL

Die Spitäler und Kliniken passen sich stetig dem Wandel an. Dank besserer technischer Hilfsmittel und effizienterer Behandlungs- und Operationstechniken haben sie in den letzten 40 Jahren Betten abgebaut, Pflegetage verringert und dabei die Qualität weiter erhöht. All dies, obwohl die Anzahl der Patientinnen und Patienten gestiegen ist (siehe letzte Seite).

Und die Branche entwickelt sich zurzeit dynamisch weiter. So gehen die Institutionen verschiedene Formen der Zusammenarbeit untereinander ein, richten ihr Leistungsspektrum vermehrt auf ambulante Angebote aus und bieten dadurch den Patientinnen und Patienten Leistungen entlang der gesamten Behandlungskette an.

Doch der Wandel hat zwei Gesichter: Während einerseits ein Konzentrationsprozess stattfindet, müssen andererseits die Bedürfnisse der Bevölkerung im Auge behalten werden. Denn diese wünscht sich in allen Landesteilen eine wohnortsnahe Gesundheitsversorgung mit hohem Qualitätsstandard.

Isabelle Moret, Präsidentin H+

Ein Neuanfang ist dringend nötig

Eine Tariforganisation für ambulante Leistungen kann mit dem Einbezug aller Tarifpartner und der Kantone eine Wende bringen.

Gelingen kann die im Massnahmenpaket 1 zur Kostendämpfung (19.046) geforderte Gründung einer neuen nationalen Tariforganisation für ambulante Leistungen (TOAL) nur mit einem Neuanfang unter Beteiligung aller wesentlichen Organisationen. Jede Organisation bringt dabei ihre bisher geleisteten Vorarbeiten in die neue Tarifierungsfirma ein. Anschliessend müssen unabhängige Fachleute beauftragt werden, auf dieser Basis einen neuen, genehmigungsfähigen Einzelleistungskatalog zu schaffen. Dieser muss die in Gesetzen und Verordnungen geregelten Vorgaben des Bundes erfüllen und darf wegen des Modellwechsels und der Abkehr vom veralteten TARMED nicht zu Mehrkosten und Prämienerhöhungen führen. In einem nächsten Schritt sind Pauschalen im ambulanten Bereich zu entwickeln und zu fördern im Sinne des Massnahmenpakets 1.

Das Einbinden aller Tarifpartner ist aber nicht nur bei der TOAL AG nötig, sondern zeitgleich bei der SwissDRG AG, in welche curafutura und die in der MTK vertretenen Sozialversicherer als Aktionäre einbezogen werden müssen. Wenn die ergänzte SwissDRG AG und die neue TOAL AG «auf Augenhöhe» zusammenarbeiten und ihre Tarifarbeiten koordinieren, dann wird es Synergieeffekte und tragfähige Lösungen an der stationär-ambulanten Schnittstelle geben.

Anne-Geneviève Bütikofer, Direktorin H+

INHALT

2 Case Management | **Versicherer sind keine Mediziner**
2 Zulassung | **Gesetz nicht überladen**
3 Kostendämpfung | **Unbestrittene Elemente vorziehen**
3 EPD | **Alle Leistungserbringer verpflichten**
4 Monitor | **Dank Effizienz weniger Spitäler und Betten nötig**

Case Management

Versicherer sind keine Mediziner

Über die Lockerung des Datenschutzes sollen Versicherer an heikle medizinische Daten von Behandelten kommen und dann steuernd eingreifen können. So geht das nicht!

Für das Case Management sind die Hausärzte, Spezialisten und Spitäler zuständig. Das elektronische Patientendossier (EPD) ermöglicht die datenschutzkonforme Übermittlung von Daten in integrierten Behandlungsnetzen. Diese Daten sind gemäss EPD-Gesetz explizit nicht für Versicherungen zugänglich und das soll sich auch nicht ändern. Die Krankenversicherer brauchen keinen Zugang zu «besonders schützenswerten Personendaten und Persönlichkeitsprofilen», wie es die nationalrätliche Staatspolitische Kommission (SPK-NR) in fünf Motionen (19.3960–64) fordert.

Die fast identischen Motionen haben «Case-Management-Massnahmen» zum Ziel, mit deren Umsetzung Kranken- und Unfallversicherer praktisch uneingeschränkt Einsicht in persönliche Daten erhalten. Dazu müssten das KVG und das UVG angepasst werden, weil in beiden Versicherungsgesetzen Case-Management-Massnahmen nicht zum Aufgabenkatalog der Versicherer gehören.

H+ lehnt es ab, gesetzlich zu verankern, dass Versicherer Case-Management-Aufgaben wahrnehmen und auf heikle Personendaten und Persönlichkeitsprofile zugreifen dürfen. Dies würde gegen den Datenschutz verstossen und die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten sowie die Schweigepflicht der Ärztinnen und Ärzte verletzen.

Leistungserbringer sind die richtigen Case Manager

Seit der klaren Ablehnung der Managed-Care-Vorlage in der Volksabstimmung vom 17. Juni 2012 mit einem Nein-Anteil von 76 Prozent herrscht Konsens darüber, dass primär die Leistungserbringer und nicht die Versicherer die Funktion des Case Managers oder Gesundheits-Coaches übernehmen sollen. Die SPK-NR versucht nun, durch die Hintertür einen Paradigmenwechsel vorzunehmen mit neuen Datenschutzbestimmungen, die es den Versicherern ermöglichen würden, Einblick in besonders schützenswerte Personendaten zu erhalten. Solche Kompetenzausweitungen für die Unfall- und Krankenversicherer sind nicht nötig, denn sie haben beim Patientencoaching oder der Managed Care nichts zu suchen.

Dorit Djelid

«Das Case Management ist Aufgabe der Leistungserbringer. Nur sie haben das ärztliche, pflegerische und therapeutische Fachwissen, um diese Aufgabe zweckmässig und wirtschaftlich zu erfüllen.»

Fortunat von Planta, Spitaldirektor Kantonsspital Uri, Vorstandsmitglied H+



Zulassung

Gesetz nicht überladen

Die Revision muss national gültige Regeln für die Ärztezulassung bringen und nicht Sonderwünsche erfüllen.

Die Nachfolgeregelung für das Providurium der Ärztezulassung (18.047) wurde im Vergleich zum bundesrätlichen Vorschlag vollgepackt mit Bestimmungen zur Zulassungssteuerung, Mengendeckelungen nach Fachgebieten und mit einem Beschwerderecht für Versicherungen. Diese systemfremden Massnahmen können zu unheiligen Allianzen und einem Scheitern der Vorlage führen. Systemfremd ist auch die Verknüpfung mit der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS).

In der Differenzbereinigung hat der Ständerat politische Sonderwünsche abgelehnt und darauf hingewiesen, dass Zwangsbestimmungen zur Steuerung und Deckelung aufgrund der kantonal völlig unterschiedlichen Versorgungslagen nicht sinnvoll und unter Umständen kontraproduktiv sind. Die Kantone sind für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zuständig und sie haben mit der Zulassungsregelung sowie mit den gesetzlichen Grundlagen für die Gewährleistung der Qualität und Effizienz die nötigen Instrumente dazu. Jede Einmischung der Versicherer ist daher abzulehnen. Das muss der Nationalrat berücksichtigen, wenn er verhindern will, dass die Vorlage in einer Referendumsabstimmung scheitert.

Conrad Engler

Kostendämpfung

Unbestrittene Elemente vorziehen

Die Vernehmlassung zum Massnahmenpaket 1 des Bundes hat gezeigt, dass die tarifarischen Ansätze begrüsst werden. Weil sie dringlich sind, sollten sie vorgezogen werden.

Das Massnahmenpaket 1 zur Kostendämpfung (19.046) besteht gemäss der Auswertung der Vernehmlassung aus unbestrittenen, aber auch höchst kontrovers beurteilten Massnahmen. Die Behandlung als Gesamtpaket würde die in der Vernehmlassung positiv bewerteten Massnahmen gefährden und die Beratungen unnötig verzögern. In der ersten Etappe sollten darum die dringlichen tarifarischen Schritte vorgezogen werden.

Der Bund will die Tarifverhandlungen professionalisieren und besser strukturieren. Dieses Vorhaben wird nicht nur von H+ unterstützt, sondern ist in der Vernehmlassung durchwegs auf positives Echo gestossen. Die gesetzliche Verankerung einer nationalen Tariforganisation für ambulante Leistungen (TOAL) muss vom Parlament nun prioritär behandelt werden, um die jahrelange Blockade zu beenden. Nach Ansicht von H+ müssen auch die Massnahmen für die Aktualisierung der ambulanten Tarifstruktur und für die Förderung von Pauschalen im ambulanten Bereich vorgezogen werden.



Bild: Parlamentsdienste 3003 Bern

In Etappen vorwärts

Gestützt auf die Auswertung der Vernehmlassung schlägt H+ die Aufteilung des Pakets 1 vor:

- Etappe 1: Nationale Tariforganisation für ambulante Leistungen (TOAL), Tarifstruktur aktuell halten, Pauschalen im ambulanten Bereich fördern und Experimentierartikel
- Etappe 2: Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten, Referenzpreissystem bei Arzneimitteln, Rechnungskopie für Versicherte, maximale Bussenhöhe nach Artikel 59 KVG, Beschwerderecht der Versicherer betreffend Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Liste der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime

Mit einer solchen Etappierung kann erreicht werden, dass die dringend notwendigen und willkommenen tarifarischen Massnahmen rasch umgesetzt werden. Ferner kann verhindert werden, dass sich unheilige Allianzen bilden, welche das Gesamtpaket in der Schlussabstimmung oder in einer wahrscheinlichen Referendumsabstimmung zu Fall bringen.

Conrad Engler

Vorrangig muss das Parlament eine nationale Tariforganisation für ambulante Leistungen (TOAL) gesetzlich verankern.

Elektronisches Patientendossier

Alle Leistungserbringer verpflichten

Die Spitäler befürworten die Einführung des EPD. Doch der volle Nutzen kann sich nur entfalten, wenn alle Leistungserbringer dazu verpflichtet werden.

Die Spitäler und Kliniken sind bereit, wenn sie im Frühjahr 2020 das Gesetz zum elektronischen Patientendossier (EPD) umsetzen müssen. Doch einige Herausforderungen bleiben: So hat der Bund nicht präzisiert, wie er die Ausgestaltung und Aufgabenteilung wünscht. Aber auch unklare bzw. wechselnde Rahmenbedingungen verzögern die technische Umsetzung in den Betrieben.

Die grösste Knacknuss ist jedoch die Freiwilligkeit der ambulanten Leistungserbringer, sich dem EPD anzuschliessen. Nur wenn alle Leistungserbringer entlang der gesamten Behandlungskette das EPD umsetzen, kann sein Nutzen – im stationären sowie im ambulanten Bereich – im Sinne der Patientinnen und Patienten voll ausgeschöpft werden. Es muss zudem geklärt werden, wie die Informationen im EPD für die verschiedenen Anspruchsgruppen nutzbar gemacht werden können. PDF-Dokumente mit unzähligen Seiten wären sicher unpraktisch. Weiter fordern die Spitäler, dass die teils hohen Kosten, die sie für die Implementierung und den Unterhalt des EPD selbst tragen müssen, künftig über die Tarife abgegolten werden.

Dorit Djelid

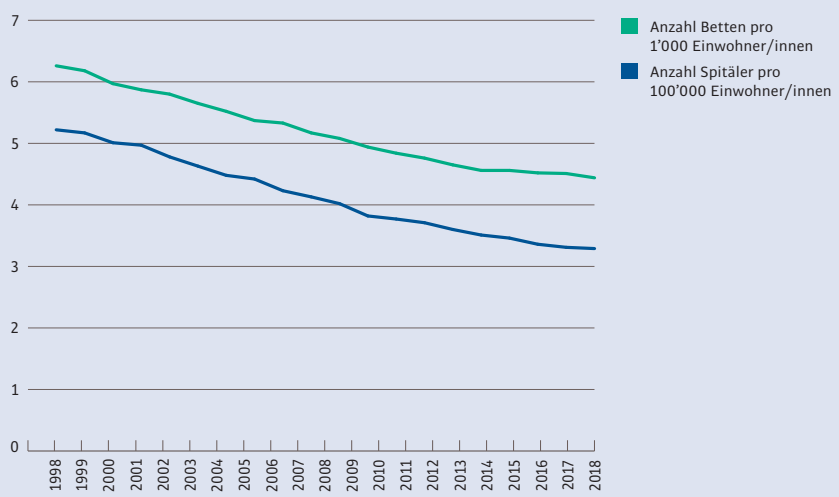
Dank Effizienz weniger Spitäler und Betten nötig

Die Zahl der Akutspitäler hat sich seit den Achtzigerjahren kontinuierlich verringert. Möglich gemacht hat dies eine effizientere Behandlung der Patientinnen und Patienten.

Die Spitallandschaft der Schweiz hat sich seit Ende des Zweiten Weltkrieges stets gewandelt. Bis Anfang der Achtzigerjahre war sie von starkem Wachstum gekennzeichnet. In dieser Zeit stieg die Anzahl Spitäler von 230 im Jahr 1948 auf 462 im Jahr 1982, diejenige der Spitalbetten von 42'000 auf rund 76'000. Es folgte eine Phase der Redimensionierung, die bis heute andauert. Noch 1998 zählte die Schweiz 378 Spitäler und 45'000 Spitalbetten, dies bei einer Bevölkerung von 7,1 Millionen. Seither reduzierte sich der Bestand der Spitäler um 38 Prozent, derjenige der Spitalbetten um 30 Prozent. 2018 standen 281 Spitäler mit rund 38'000 Betten 8,5 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern zur Verfügung.

Der Abbau der Betriebe und Infrastruktur wurde möglich dank der gesteigerten Effizienz der Spitäler, behandelten diese doch immer mehr Patientinnen und Patienten in immer kürzerer Zeit. So stieg die Zahl der Hospitalisationen zwischen 1998 und 2018 um 31 Prozent, während die Anzahl Pflegetage im selben Zeitraum um 19 Prozent sank. Die durchschnittliche Verweildauer reduzierte sich um 5,7 Tage und betrug 2018 noch 8,0 Tage.

Anzahl Spitäler und Anzahl Betten



Die Anzahl Spitäler hat um 38 Prozent abgenommen, jene der Spitalbetten um 30 Prozent.

Konzentrationsprozesse

Die Entwicklung verlief in den einzelnen Branchensegmenten unterschiedlich. Die einst grösste Gruppe, die Spitäler der Grundversorgung, hat sich seit 1998 zahlenmässig um fast zwei Drittel verkleinert, von 166 auf 58 Betriebe. Hingegen ist die Zahl der Zentrumsspitäler im gleichen Zeitraum von 25 auf 44 Betriebe angestiegen, was einer Zunahme von rund drei Vierteln entspricht. Die gegenläufigen Tendenzen zeugen vom Konzentrationsprozess (Fusionen, Spitalgruppenbildungen) im Bereich Akutsomatik in den letzten zwei Jahrzehnten. Dabei sind auch diverse Kleinstspitäler geschlossen worden. Spezialkliniken (Psychiatrie, Rehabilitation unter anderen) wurden teilweise ebenfalls in Spitalgruppen integriert. Ihre Gesamtzahl jedoch hat sich in den letzten 20 Jahren kaum verringert (1998: 187; 2018: 179).

Stefan Berger

Beschleunigter Wandel

Die Spitalstrukturen erleben einen immer dynamischeren Wandel. Die neue Spitalfinanzierung, sinkende Preise und «ambulant vor stationär» verstärken diese Entwicklung.

Die Bereinigung der schweizerischen Spitallandschaft ist Effizienzsteigerungen geschuldet. Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung und der Fallpauschalen im Jahr 2012 hat diesen langfristigen Trend noch verstärkt.

Fast alle in kantonalen Verwaltungen verbliebenen öffentlichen Spitäler wurden ausgegliedert und vormals eigenständige Standorte zu Spitalgruppen zusammengeführt (z. B. Inselgruppe, Kantonsspital BL, Solothurner Spitäler AG). Sinkende stationäre Basispreise sowie Eingriffe in die veraltete ambulante Tarifstruktur TARMED erhöhen den wirtschaftlichen Druck zusätzlich. Hinzu kommt die Ambulantisierung der Medizin: Eingriffe werden vermehrt in separaten Operationszentren gebündelt durchgeführt, und aus Kleinspitälern werden ambulante Gesundheitszentren.

Stefan Berger

IMPRESSUM

H+ Bundeshaus erscheint viermal jährlich in Deutsch und Französisch.
Redaktion: Stefan Althaus, Dorit Djelid, Martina Greiter
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.