

„Ein Meilenstein für die Qualität und Patientensicherheit“

Die Schweizer Kliniken und Spitäler haben langjährige Erfahrung mit Fallpauschalen und mit Leistungsgruppen. Doch auch in der Schweiz ist die Lage der Spitäler angespannt. Ende Mai ist ein Qualitätsvertrag zwischen Spitalern und Versicherern in Kraft getreten. Drücken die eidgenössischen Krankenhäuser die gleichen Probleme wie in Deutschland? H+-Präsidentin Regine Sauter berichtet im Interview mit „das Krankenhaus“ über Parallelen und Unterschiede beider Systeme.

Als Symbol für Qualität, für etwas, das stets präzise und zuverlässig funktioniert, steht seit jeher das Schweizer Uhrwerk. Funktionieren die Kliniken bei Ihnen ebenso gut?

Das Schweizer Gesundheitswesen ist bekannt für seine hohe Qualität und die Schweizer Bevölkerung schätzt diese. Grundsätzlich funktionieren die Spitäler und Kliniken sehr gut – auch wenn ein Spital natürlich nie so geregelt und präzise wie ein Uhrwerk laufen kann. Doch auch bei uns haben die Spitäler und Kliniken mit zahlreichen Herausforderungen zu kämpfen: nicht kostendeckende Tarife im ambulanten und mehrheitlich auch im stationären Bereich, Fachkräftemangel, steigende Kos-

ten für Energie und Material, um nur einige zu nennen. Gerade in den letzten Jahren haben sich diese Probleme akzentuiert, weshalb die Lage aktuell sehr angespannt ist. In verschiedenen Versorgungsbereichen, etwa in der Psychiatrie oder in der Kindermedizin, weist die Schweiz zudem mittlerweile eine Unterversorgung auf.

Wie funktioniert die Qualitätssicherung in den Schweizer Spitalern?

Im Jahr 2021 wurde eine Gesetzesanpassung beschlossen, welche die Qualitätssicherung auf eine neue Grundlage stellt.



Regine Sauter ist seit November 2022 Präsidentin des Schweizer Spitzenverbandes der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (H+). Seit 2015 gehört Regine Sauter dem Nationalrat an (FDP/Zürich). Sie ist Mitglied der Gesundheitskommission des Nationalrates (SGK-N). Foto: H+

Sämtliche Leistungserbringer, also die Spitäler und Kliniken, aber auch Ärztinnen und Ärzte oder Physiotherapeuten, sind nun verpflichtet, mit den Versicherern einen Qualitätsvertrag auszuarbeiten. H+, der Schweizer Spitalverband, hat dies als erste Leistungserbringer-Organisation gemeinsam mit den Versicherern geschafft und diesen Vertrag letzten Dezember der Regierung zur Genehmigung unterbreitet. Der Qualitätsvertrag wurde am 22. Mai 2024 genehmigt und tritt per sofort in Kraft. Mit diesem Qualitätsvertrag werden klare Regeln zur Qualitätsmessung, -sicherung und -entwicklung festgeschrieben, was einen Meilenstein für die Qualität und Patientensicherheit in Spitälern und Kliniken bedeutet. Die Vertragspartner haben weitreichende Elemente vereinbart, anhand welcher die Spitäler und Kliniken Qualität und Patientensicherheit verbindlich, einheitlich und transparent entwickeln. Dazu wurden nationale Themenbereiche der Qualitätsentwicklung definiert. In diesen Themenbereichen müssen Spitäler und Kliniken künftig ein Qualitätskonzept vorlegen, das u. a. den kontinuierlichen Verbesserungsprozess konkretisiert, und zudem von den Vertragspartnern anerkannte Qualitätsverbesserungsmaßnahmen umsetzen.

In der Schweiz wurden schon 2012 Leistungsgruppen im Rahmen einer grundlegenden Reform der Spitäler-Planung eingeführt. Mit Erfolg?

Die Leistungsgruppensystematik (SPLG) funktioniert für die Bewerbung und Vergabe der Leistungsaufträge an die Spitäler durch die Kantone insgesamt sehr gut. Es ist ein transparentes und nachvollziehbares System und harmoniert gut mit dem stationären Tarifsystem SwissDRG. Mit punktuellen Anpassungen kann es auch den Gegebenheiten der einzelnen Kantone Rechnung tragen.

Was bedeutete das für die Kliniken?

Einerseits können sich die Spitäler auf ihre erteilten Aufträge fokussieren und es ist auch transparent, welche Spitäler ein vergleichbares Set an Leistungsaufträgen haben. Weiter hilft die Harmonisierung für die Bewerbung bei außerkantonalen Leistungsaufträgen. Andererseits ist das Bewerbungsverfahren sehr aufwendig und kann bei allfälligen Beschwerden zu langer Rechtsunsicherheit führen.

Setzt man mehr auf Zentralisierung und die Versorgung in großen Zentren und Kliniken der Maximalversorgung oder auch auf kleinere, wohnortnahe Spitäler?

Die Schweiz hat im internationalen Vergleich viele Spitalstandorte, aktuell sind es 278. Diese Spitäler und Kliniken unterscheiden sich aber in Bezug auf Größe und Angebot enorm. Auch in der Schweiz werden hochspezialisierte Behandlungen nur in bestimmten Zentren angeboten. Die Kantone müssen zu diesem Zweck für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vornehmen. Ein Ausschuss aus für die Gesundheit zuständigen kantonalen Regierungsmitgliedern entscheidet darüber,

welche Eingriffe und Bereiche der hochspezialisierten Medizin zugeordnet werden und welche Spitäler diese Eingriffe anbieten.

Die Schweiz weist jedoch topografisch gesehen sehr unterschiedliche Regionen auf. Es bestehen große urbane Räume neben ländlichen Rand- und Bergregionen. Es ist sicherzustellen, dass überall eine adäquate Versorgung besteht. Deshalb haben je nach Region auch kleinere regionale Spitäler ihre Berechtigung.

Wir sind jedoch überzeugt, dass die Spitalversorgung vermehrt in größeren Regionen wird erfolgen müssen, mit einem Zentrumsspital und kleineren Angeboten in den Regionen, die als integriertes System funktionieren und auch die Grundversorgung wie beispielsweise in der Geriatrie, in der Psychiatrie, aber auch in der ambulanten Versorgung gewährleisten.

Wie ist die Akzeptanz des DRG-Systems in der Schweiz? Nimmt sie eher zu im Laufe der Jahre?

Das System hat sich gut bewährt. Ein großer Vorteil ist, dass das System anhand realer Daten laufend verfeinert und verbessert werden kann. Heute würde wohl kaum jemand mehr zum System vor SwissDRG zurückwechseln wollen.

Problematisch ist nicht das Tarifsystem an und für sich, jedoch der schweizweite Wirtschaftlichkeitsvergleich, welcher über das Tarifsystem SwissDRG gemacht wird. Dieser hat zu Baserates geführt, die nicht kostendeckend sind, notabene auch nicht für wirtschaftlich arbeitende Spitäler und Kliniken. Mittlerweile hat man dies auch auf politischer Ebene erkannt und ist daran, die Rahmenbedingungen für die Wirtschaftlichkeitsvergleiche in den Verordnungen zu präzisieren und damit ein sachgerechteres Benchmarking sicherstellen zu können.

In Deutschland soll das DRG-System im Rahmen der geplanten Krankenhausreform stark modifiziert und durch eine Finanzierung der Vorhaltekosten ergänzt werden. Ist das sinnvoll aus Ihrer Sicht? Gibt es Ähnliches neben dem SwissDRG-System?

In der Schweiz stellen Notfall-Vorhalteleistungen grundsätzlich kassenpflichtige Leistungen dar. Die Kosten der Notfallvorhalteleistungen müssen über das Tarifsystem SwissDRG und insbesondere über die Baserate abgedeckt werden, sie sind somit eintarifiziert.

Grundsätzlich sind in der Schweiz die Kantone für die Gesundheitsversorgung zuständig. Diese können deshalb auch beschließen, weitere Vorhalteleistungen zu finanzieren. Dieses System führt aber auch dazu, dass es von den 26 Schweizer Kantonen teilweise sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Dies führt dazu, dass die Situation der einzelnen Spitäler nicht vergleichbar und auch in Bezug auf ihre finanzielle Situation teilweise sehr verschieden ist.

Grundsätzlich vertritt H+ die Auffassung, dass sich die Spitäler aus den Tarifen finanzieren können müssen. Dies bedingt jedoch, dass diese Tarife adäquat sind und die tatsächlichen Kosten von wirtschaftlich arbeitenden Spitälern abbilden.

Dies ist heute und schon seit vielen Jahren jedoch nicht der Fall und ist im Übrigen auch der Grund, weshalb viele Spitäler das vergangene Jahr mit negativen Ergebnissen abgeschlossen haben und es punktuell zu Spitalschließungen kommt.

Wie funktioniert die Investitionsfinanzierung?

Investitionen müssen über die ordentlichen Erträge aus den ambulanten und stationären Leistungen finanziert werden. Hier zeigt sich die Problematik der aktuellen Unterdeckung durch die geltenden Tarife jedoch deutlich: Kaum ein Spital kann über diese Einnahmen schwarze Zahlen schreiben. Gerade die Finanzierung von langfristigen Investitionsprojekten, zum Beispiel Neubauten, ist so fast nicht möglich. Punktuell werden einzelne in Not geratene Spitäler aus politischen Gründen durch die Standortkantone unterstützt – was dem ursprünglichen Konzept der Spitalfinanzierung natürlich zuwiderläuft.

Viele Ärzte und Pflegekräfte aus Deutschland wollen in den Kliniken der Schweiz arbeiten – nicht nur wegen der guten Löhne, auch, weil sie weniger Bürokratieaufgaben erwarten. Stimmt das?

Auch in der Schweiz beobachten wir leider, dass die Bürokratie im Gesundheitswesen laufend zunimmt. Die Leistungserbringer müssen mehr administrative Vorgaben erfüllen – die entsprechenden personellen Ressourcen fehlen dann bei der Arbeit mit den Patientinnen und Patienten. Aber tatsächlich sind auch im Gesundheitswesen viele Fachkräfte aus Deutschland in der Schweiz tätig. Hier profitieren wir sicher vom attraktiven Wirtschaftsstandort Schweiz.

Welchen Stellenwert hat das System der Stationären Versorgung in der Schweiz? Werden die Krankenhäuser und Spitäler wertgeschätzt?

Die Spitäler und Kliniken genießen eine hohe Wertschätzung in der Schweizer Bevölkerung, das zeigen auch Umfragen. Auch in Volksabstimmungen hat sich die Schweizer Bevölkerung schon mehrfach für den Erhalt von Spitälern ausgesprochen. Dies bedeutet natürlich gleichzeitig, dass Veränderungen am System der Gesundheitsversorgung, etwas der Übergang

zu einer großräumigeren Versorgung, schwierig zu erreichen sind.

Das deutsche Gesundheitssystem tut sich schwer mit sektorenübergreifender Versorgung. Wie sind die ambulante und die stationäre Versorgung in der Schweiz vernetzt?

In Bezug auf eine integrierte Versorgung müssen auch im Schweizer Gesundheitssystem maßgebliche Verbesserungen erfolgen, wir stehen hier heute noch am Anfang. Ich verspreche mir dadurch jedoch spürbare Effekte sowohl in Bezug auf die Qualität für die Patientinnen und Patienten als auch in Bezug auf die Kosteneffizienz. Auch was die Verlagerung von Behandlungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich betrifft, haben wir großen Handlungsbedarf. Dass dies bis anhin noch zu wenig gut funktioniert, liegt auch an den unterschiedlichen Finanzierungssystemen für ambulante und stationäre Behandlungen. Das führt zu Fehlanreizen und kompliziert die Absprache. Unser Parlament hat nun aber nach langjähriger Diskussion entschieden, diese Finanzierung zu vereinheitlichen. Das letzte Wort wird die Stimmbevölkerung haben – wir hoffen sehr, dass dieses Anliegen angenommen wird.

Apropos Vernetzung: Ist die Gesundheitsversorgung weitgehend digitalisiert? Wie weit ist die Digitalisierung der Spitäler?

Das ist sicher ein wunder Punkt unseres Gesundheitswesens. So verfügen wir zum Beispiel nach wie vor über kein funktionierendes elektronisches Patientendossier. Auch zeigt sich, dass viele Systeme nicht interoperabel sind, was den Aufwand für das Personal erhöht. Eine weitere große Baustelle ist die Digitalisierung sämtlicher Medizinregister. Die Politik ist sich dessen jedoch bewusst. Zum einen soll endlich die gesetzliche Grundlage für das elektronische Patientendossier so verbessert werden, dass ein effektiver Nutzen für die Patientinnen und Patienten daraus resultiert. Zum anderen hat das Parlament einen Kredit von rund 400 Mio. Franken für eine Digitalisierungsoffensive im Gesundheitswesen gesprochen.

Katrin Rüter, Chefredakteurin des Krankenhauses

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit verzichten wir darauf, ausdrücklich geschlechterspezifische Personenbezeichnungen zu differenzieren. Die gewählte Form schließt grundsätzlich alle Geschlechter gleichberechtigt ein und geschieht aus rein redaktionellen Gründen.