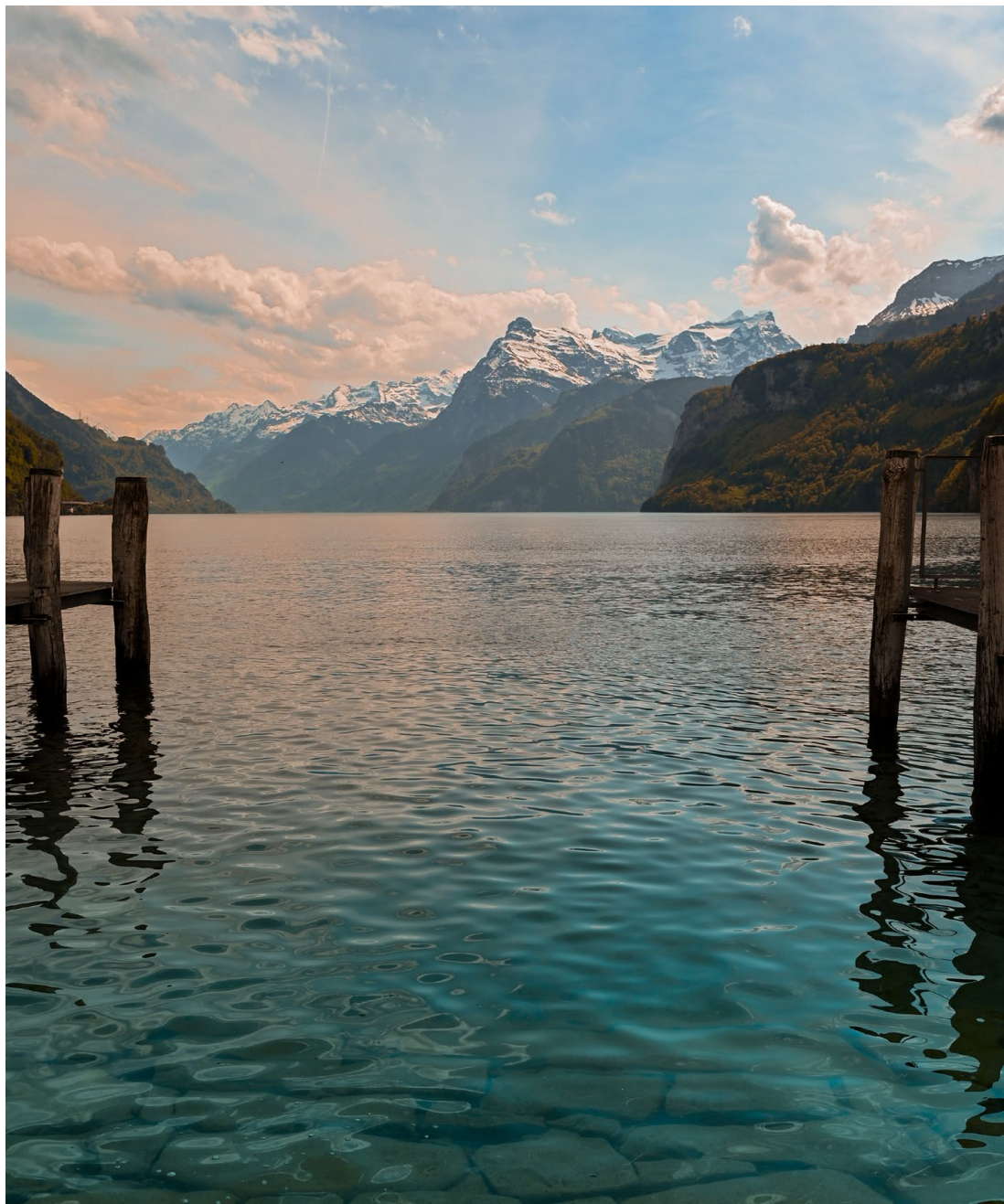


Management und Politik im Gesundheitswesen (MPG)

Schwerpunkte der letzten zwölf Jahre Forschung und Beratung
an der HSLU – Wirtschaft

Christine Beeler, Kaisa Ruoranen, Hannes Blatter,
Jonas Willisegger, Matthias Wächter, Oliver Kessler,
Larissa M. Sundermann, Nico van der Heiden (Hrsg.)



Herausgeber

**Hochschule Luzern
Wirtschaft**
Institut für Betriebs- und
Regionalökonomie IBR
Zentralstrasse 9
6002 Luzern

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Einleitung	4
«Regulierter Wettbewerb» – ist ein Gesundheitswesen zwischen Staat und Markt zielführend?	8
Wie entstehen die Preise im Gesundheitswesen und haben wir die Tarifbildung im Griff?	14
Was ist Qualität in der Gesundheitsversorgung und wie können wir sie messen?	19
Braucht die Schweiz eine Pflegeversicherung?	24
Palliative Care: Wie wollen wir am Lebensende gepflegt werden?	30
Integrierte Versorgung – warum die Zusammenarbeit im Schweizer Gesundheitswesen Sinn macht und doch eine Herausforderung bleibt	34
Das MPG-Team	40

Vorwort und Einleitung

Immer mehr – immer besser? lautete der Titel des Buches, welches wir 2019 zum Thema der Über-, Unter- und Fehlversorgung im Schweizer Gesundheitswesen herausgegeben hatten. Die Fragen, die wir uns damals gestellt hatten, sind grundsätzlich immer noch die gleichen: Welche Gesundheitsversorgung wollen wir und wie viel sind wir bereit dafür zu bezahlen? Die Antworten fallen je nach Persönlichkeit, Lebensphase oder Gesundheitszustand unterschiedlich aus. Doch die Gesundheit ist für alle lebensfreudigen Menschen eines der höchsten Güter, auch wenn dies oft nicht den Anschein macht. Manchmal schufteten sich die Menschen regelrecht zu Tode, landeten in einem Burnout oder werden anderweitig krank. Immer wieder – immer öfter? – wird bei der Diskussion über die Gesundheit und deren Finanzierung die Eigenverantwortung bemüht. Genau darum ist es wichtig, zwischen der selbstbestimmten Gesundheit, zu der wir viel beitragen können und der selbst- bzw. fremdverschuldeten Krankheit zu unterscheiden. Psychische und physische Gesundheit ist immer nur eine Momentaufnahme, denn schon morgen könnte beim Arztbesuch eine Diagnose diese Stabilität aus dem Gleichgewicht bringen. Oder der Gesundheitszustand verschlechtert sich von heute auf morgen, da wir in einen Unfall geraten oder einen solchen selbst verursachen, der uns niederschmettert oder unser Leben beendet.

Gesundheit, Krankheit und Tod sind höchst individuell, doch das Verständnis von Gesundheit ist ebenso individuell wie kulturell, gesellschaftlich und wirtschaftlich geprägt. Der Forschungs- und Beratungsschwerpunkt «Management und Politik im Gesundheitswesen» (MPG) der Hochschule Luzern verfolgt die Vision, einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit zu leisten. Wissenschaftlich fundiert und gleichzeitig praxis- und umsetzungsorientiert versuchen wir gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen der HSLU sowie mit externen Partnerinnen und Partnern drängende und wichtige Herausforderungen zu lösen. Dies ist seit mehr als 40 Jahren die Mission des Instituts für Betriebs- und Regionalökonomie IBR. Im Jahr 2012 konnte dank der finanziellen Unterstützung der Konkordia Stiftung am IBR das Forschungs- und Beratungsprogramm «Öffentliches Gesundheitsmanagement» (ÖGM) lanciert werden. Von 2012 bis 2018 realisierte das ÖGM-Team mehr als 15 Projekte und dank den Stiftungsgeldern konnten auch Fragestellungen bearbeitet werden, die sonst kaum Aussicht auf Finanzierung gehabt hätten. Nicht weil diese Fragestellungen nicht wichtig gewesen wären, sondern weil die Forschungsfinanzierung nicht immer drängende oder wichtige Fragen aufnimmt.

Die Fördermittel der Konkordia Stiftung hatten nicht nur bei der direkten Projektfinanzierung eine überprüfbare, positive Wirkung auf die Forschungsbedingungen sowie die Menge und Qualität der Forschungsergebnisse, sondern sie hatten auch einen Multiplikatoreffekt. Die Stiftungsmittel konnten dank einer erfolgreichen Projektakquise während der sechs ÖGM-Jahre verdreifacht werden. Dass das Forschungs- und Beratungsprogramm «Öffentliches Gesundheitsmanagement» nach der Förderphase durch die Stiftung nicht beendet wurde, zeigt, dass sich die Themenschwerpunkte und die Forschungsansätze «am Markt» etabliert haben und auch ohne zusätzliche Finanzierung weiterverfolgt werden können.

Im Sommer 2024 hat das aktuelle Team entschieden, eine neue Ära einzuläuten. Um dies deutlich zu machen, haben wir das ÖGM in Forschungs- und Beratungsschwerpunkt «Management und Politik im Gesundheitswesen» (MPG) umbenannt, da auch nach 12 Jahren das «Öffentliche Gesundheitsmanagement» erklärungsbedürftig ist. Mit dieser Publikation blicken wir selektiv auf die letzten 12 Jahre ÖGM bzw. MPG zurück und zeigen exemplarisch, in welchen Themengebieten und mit welchen Methoden wir arbeiten.

Beitrag 1 Im ersten Beitrag wird auf das Konzept des «regulierten Wettbewerbs» im Schweizer Gesundheitswesen eingegangen, das marktorientierte Elemente und staatliche Vorgaben kombiniert, um eine qualitativ hochwertige und finanzierbare Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Es zeigt sich jedoch, dass der regulierte Wettbewerb trotz verschiedener Reformversuche in einem Zwischenstadium verharret. Zielkonflikte, Interessengegensätze und eine ungleiche Machtverteilung zwischen den Akteuren erschweren die Weiterentwicklung des Systems.

Beitrag 2 Der zweite Beitrag beleuchtet die Tarifbildung im Schweizer Gesundheitswesen, die im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) von den Leistungserbringern und Krankenversicherern ausgehandelt wird und «im Schatten des Staates» stattfindet. Das bedeutet, dass der Staat in die Verhandlungen intervenieren, Tarifstrukturen anpassen und Tarife festsetzen kann, wenn keine Einigung erzielt wird. Unsere Forschungsarbeit zeigt, dass diese Verhandlungen sowohl strukturelle wie auch inhaltliche Mängel aufweisen, die einem optimalen Ergebnis entgegenstehen. Die einseitige Fokussierung auf die Kostendimension und die Vernachlässigung von Qualitätsaspekten erschweren konstruktive Verhandlungen. Zudem fehlen transparente und vergleichbare Daten zu Kosten und Qualität, was den Verhandlungsprozess beeinträchtigt und dazu führt, dass Streitigkeiten oft erst vor Gericht beigelegt werden.

Beitrag 3 Im dritten Beitrag wird die Frage der Qualität im Schweizer Gesundheitswesen und die Möglichkeiten zu deren Messung, Sicherstellung und Entwicklung untersucht. Die hohe internationale Anerkennung der Schweizer Gesundheitsversorgung steht in einem Spannungsverhältnis zu den Herausforderungen, die Qualität flächendeckend zu gewährleisten und sichtbar zu machen. Wir heben hervor, dass die Messung und Förderung der Qualität innerhalb der Gesundheitsorganisationen nur durch ein umfassendes Qualitäts- und Risikomanagement möglich sind, das eine systematische Analyse und Minimierung von Behandlungsrisiken umfasst. Patientenwahrnehmungen stellen ebenfalls einen entscheidenden Faktor dar und werden zunehmend durch standardisierte Instrumente wie Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) erfasst. Wir zeigen am Beispiel der Krebsversorgung, dass neben den medizinischen auch die kommunikativen und psychosozialen Aspekte die wahrgenommene Behandlungsqualität beeinflussen.

Beitrag 4 Der vierte Beitrag untersucht die Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Langzeitpflege in der Schweiz, insbesondere im Hinblick auf das Finanzierungsregime und die föderalistisch-dezentrale Organisation der Pflege. Die Langzeitpflege basiert auf einem System der Mischfinanzierung, bei dem Krankenversicherer, Kantone, Gemeinden und Privathaushalte die Kosten tragen. Eine zentrale Herausforderung ist der Mangel an einheitlichen und detaillierten Daten, die notwendig sind, um Tarifstrukturen transparent und an die regionalen Gegebenheiten angepasst zu gestalten. Wir haben hierzu im Rahmen eines umfangreichen Forschungsprojektes datenbasierte Modelle für eine präzise Kosten- und Leistungserfassung entwickelt, die eine evidenzbasierte Steuerung der Langzeitpflege ermöglichen und die Grundlage für eine nationale Tarifstruktur in der Pflege liefern.

Beitrag 5 Im fünften Beitrag wird die Palliativversorgung in der Schweiz in den Fokus genommen. Trotz des steigenden Bedarfs und des Wunsches vieler Menschen, die letzte Lebensphase in vertrauter Umgebung zu verbringen, ist dies oft nur eingeschränkt möglich, da Lücken im Versorgungsnetz existieren. Die Finanzierung stellt dabei eine der grössten Herausforderungen für die Palliativversorgung dar, da spezialisierte Pflegeleistungen und koordinative Aufgaben nicht ausreichend in den Tarifstrukturen abgebildet sind. Unsere Studien zeigten unter anderem die Bedeutung mobiler Palliative-Care-Dienste (MPCD) auf, die eine zentrale Rolle bei der häuslichen Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten spielen. Wir betonen die Notwendigkeit eines Netzwerkansatzes, der interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Integration sozialer und psychologischer Unterstützungsangebote umfasst.

Beitrag 6 Abschliessend beleuchten wir das Thema der integrierten Gesundheitsversorgung. Dazu waren wir in den vergangenen 12 Jahren vielfältig unterwegs. Referate zu Gesundheitsregionen in der Schweiz, Studien und Beratungsaufträge wurden zwar immer gut von der Praxis aufgenommen, doch konkrete Veränderungen im Versorgungssystem blieben häufig aus. Der Beitrag in dieser Publikation beschreibt ein Projekt für das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, welches deutlich machte, dass eine Kombination von strategischen Top-Down-Initiativen und partizipativen Bottom-Up-Ansätzen zur Vernetzung und besseren Koordination zwischen den Leistungserbringern erfolgreich sein kann.

Wir bedanken uns herzlich bei der Konkordia Stiftung, namentlich beim ehemaligen Präsidenten Dr. Andreas Lauterburg und dem gesamten Stiftungsrat für das Vertrauen und die gute Zusammenarbeit. Wir sind uns sehr bewusst, dass das ÖGM ohne die sechsjährige finanzielle Unterstützung weder so viele Projekte realisiert, noch eine so grosse Bekanntheit erreicht und sich zum erfolgreichen Forschungs- und Beratungsschwerpunkt MPG weiterentwickelt hätte.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!
Freundliche Grüsse

MPG-Team



«Regulierter Wettbewerb» – ist ein Gesundheitswesen zwischen Staat und Markt zielführend?

Jeden Herbst entbrennt in der Schweiz die Debatte über die steigenden Krankenkassenprämien und die dringende Frage, wie die Gesundheitskosten bei gleichbleibend hoher Versorgungsqualität nachhaltig gedämpft werden können. Das derzeitige Modell des regulierten Wettbewerbs liefert hierzu grundsätzlich wertvolle Ansätze. Die eigentliche Herausforderung jedoch liegt in der konkreten Umsetzung: Wie können wettbewerbliche Elemente und ordnungspolitische Rahmenbedingungen so kombiniert werden, dass für die verschiedenen Akteurinnen und Akteure im Schweizer Gesundheitswesen die richtigen Anreize geschaffen werden, um eine qualitativ hochwertige und zugleich wirtschaftliche Gesundheitsversorgung sicherzustellen?

Internationale Studien attestieren der Schweiz ein Gesundheitswesen von hoher Qualität, das jedoch zu den teuersten der Welt zählt. Der demografische Wandel und die zunehmende Belastung durch chronische Krankheiten und Multimorbidität stellen das System vor neue Herausforderungen: Was sich in der Vergangenheit bewährt hat, kann die nötige Weiterentwicklung erschweren, wenn es nicht gelingt, die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen anzupassen und neue Verhaltensanreize zu setzen. Gleichzeitig bringt der stetige Kostenanstieg die Solidaritätsziele unter Druck – sowohl in Bezug auf den Zugang zu hochwertigen Leistungen als auch bei der Finanzierung.

Wie kann Gesundheitsversorgung in der Schweiz weiterentwickelt, die Qualität gewährleistet und gleichzeitig der Kostenanstieg gedämpft werden? Das sind die Fragen, welche die Politik sowie Expertinnen und Experten des Gesundheitswesens gleichermaßen herausfordern. Einfache Antworten darauf gibt es nicht. Denn die Frage nach der qualitativ hochstehenden und finanzierbaren Gesundheitsversorgung ist untrennbar mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen, den politisch-fachlichen Zielen, den zur Verfügung stehenden Ressourcen und der Rollengestaltung der wichtigsten Akteurinnen und Akteure verbunden.

Das Modell des regulierten Wettbewerbs verharzt im Status Quo

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung wurden im Jahr 1996 mit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) auf ein grundlegend neues Fundament gestellt. Bei der Einführung wählte die Schweiz das Modell eines regulierten Wettbewerbs. Demnach werden den Leistungserbringern und Krankenversicherern gewisse regulatorisch klar definierte Kompetenzen übertragen, die der Staat nicht direkt bzw. nur subsidiär ausübt. Das Wettbewerbsmodell des Schweizer Gesundheitswesens geht von einem Wettbewerb im Krankenversicherungsmarkt aus, der sich – über die Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern – positiv auf die Qualität und Kosten auf dem Leistungserbringermarkt auswirken soll¹. Beispielsweise zielte der Gesetzgeber mit der neuen Spitalfinanzierung und der Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen auf effiziente und transparente Wettbewerbsmechanismen im Spitalbereich. Spitaltarife müssen sich gemäss Artikel 49, Absatz 1 des KVG an den Spitälern orientieren, welche die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in hoher Qualität sowie günstig und effizient erbringen. Entsprechende Effizienzgewinne dürfen dabei erzielt werden, wie das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 7. April 2014 festhielt (Urteil C-1698/2013).

Auf der Grundlage einzelner Studien und Expertenschätzungen wurde 2013 für die Schweiz von einem Effizienzsteigerungspotenzial ohne Qualitätsreduktion in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) von rund 20 %

¹ Willisegger, J., Blatter, H. (2016). Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen – Rahmenbedingungen und Anreize. Luzern: Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia.

ausgegangen.² Eine zentrale Frage ist, mit welchen Massnahmen auf welchen Ebenen dieses Potenzial ausgeschöpft und der Über-, Unter- und Fehlversorgung im Schweizer Gesundheitswesen wirkungsvoll begegnet werden kann. Vielversprechende Ansätze scheitern an der komplexen «Steuerungsdynamik», widersprüchlichen Anreizstrukturen, starken Interessenkonflikten und der individuellen Veränderungsresistenz der Akteurinnen und Akteure. Hinzu kommt, dass fehlende Daten und fehlende wissenschaftliche Grundlagen die Entwicklung übergreifender evidenzbasierter Perspektiven erschweren.

Mit der Einführung des KVG im Jahr 1996 wurde beschlossen, den Wettbewerb im Krankenversicherungsmarkt zu nutzen, um auch einen Qualitäts- und Kostenwettbewerb zwischen den Leistungserbringern zu fördern. Trotz zahlreicher Reformen und Anpassungen in den Folgejahren verharret das Schweizer Modell jedoch im Status Quo.

Mögliche Lösungsansätze sind vorhanden

Angesichts dieser Ausgangslage und der nach wie vor hohen Aktualität des Themas hat das MPG-Team der HSLU 2019 die Perspektiven zur Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Schweiz von 28 Vertreterinnen und Vertretern von Verbänden, Leistungserbringern, Krankenkassen, Patientinnen und Patienten, Politik und Verwaltung sowie Wissenschaft und Praxis zusammengetragen und in einem Sammelband³ veröffentlicht. Die Publikation zeigt eindrücklich die Vielschichtigkeit und Vielfalt der Perspektiven, Positionen und Lösungsansätze.

Das Herausgeberteam nahm diese Heterogenität zum Anlass für eine vertiefte und differenzierte Analyse der Lösungsansätze. Dabei wurden unterschiedliche Werte und Grundannahmen bei den Akteurinnen und Akteuren sichtbar, wenn es darum geht, Handlungsoptionen zu bewerten und abzuwägen. Die unterschiedlichen Werte und Haltungen sowie die teils gegenläufigen Interessen und Zielsetzungen führen zu grundsätzlichen Überlegungen, wie eine effektive und effiziente Governance der Gesundheitsversorgung aussehen könnte. Bei der Bewältigung von komplexen Steuerungsproblemen und der Bewertung von möglichen Lösungen kann vereinfacht von drei Problemdimensionen gesprochen werden:⁴

Ziel-Ambivalenz: Erstens gibt es von vornherein eine Vielzahl von Zielen, die zu Ziel- und Interessenkonflikten führen und Entscheidungen oft ambivalent aussehen lassen. Diese Ziel-Ambivalenz ergibt sich aus der hohen Komplexität der Gesundheitspolitik.

Wissensproblem: Zweitens wird auch bei noch so intensiver Forschung und evidenzbasierten Entscheidungen ein Rest an Unsicherheit und Ungewissheit bezüglich gesundheitspolitischen Wirkungszusammenhängen bleiben.

Macht-Dimension: Drittens besteht ein Problem der Machtverteilung. Das bedeutet, dass die bestehenden gesundheitspolitischen Machtverhältnisse neue Lösungen teilweise verhindern können, da die Einflussmöglichkeiten zwischen den Akteurinnen und Akteuren ungleichmässig verteilt sind.

2 Bundesrat. (2013). Gesundheit2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bern: Eidgenössisches Departement des Inneren EDI zit. In: Kessler, O., Jehle, K., Wächter, M., Gedamke, S. & Willisegger, J. (Hrsg.). (2019). Immer mehr – immer besser? Über-, Unter- und Fehlversorgung im Schweizer Gesundheitswesen. Hogrefe Verlag. S. 26

3 Kessler, O., Jehle, K., Wächter, M., Gedamke, S. & Willisegger, J. (Hrsg.). (2019). Immer mehr – immer besser? Über-, Unter- und Fehlversorgung im Schweizer Gesundheitswesen. Hogrefe Verlag.

4 Vgl. Newig, J., Voss, J.-P. (2010). Steuerung nachhaltiger Entwicklung. In: Steuer, R., Trattniig, R. (2010). Nachhaltigkeit regieren. Eine Bilanz zu Governance-Prinzipien und -Praktiken. München: Oekom Verlag. S. 239-257, zit. In: Kessler, O., Jehle, K., Wächter, M., Gedamke, S. & Willisegger, J. (Hrsg.). (2019). Immer mehr – immer besser? Über-, Unter- und Fehlversorgung im Schweizer Gesundheitswesen. Hogrefe Verlag. S. 219

Analysiert man die Handlungsfelder der Schweizer Gesundheitspolitik oder einzelne Herausforderungen und Lösungsvorschläge anhand dieser drei Dimensionen, zeigt sich der Handlungsbedarf auf verschiedenen Ebenen. Beispielsweise wäre in Situationen mit einer so grossen Ziel-Ambivalenz, dass zusätzliches Wissen wirkungslos bleibt, eine Veränderung des Status quo nur durch den Einsatz erheblicher Machtressourcen möglich.

Der erwähnte Sammelband zeigt zudem auf, dass sich Über-, Unter- und Fehlversorgung je nach Fachrichtung und Leistungsbereich des Gesundheitswesens unterschiedlich manifestieren. Die Analyse erfordert deshalb neben einer differenzierten und spezifischen Herangehensweise auch eine hohe Fachlichkeit. Aus den im Sammelband von den Akteurinnen und Akteuren vorgeschlagenen Lösungsansätzen lassen sich schliesslich sieben übergreifende Themen identifizieren:

1. Klärung der Ziele und Ausrichtung der Gesundheitsversorgung
2. Weiterentwicklung des schweizerischen Modells des regulierten Wettbewerbs und Rollenklärung zwischen öffentlicher Hand und Krankenversicherungen
3. Transparenz der Finanzierungsmechanismen und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen
4. Neue Koalitionen von Akteurinnen und Akteuren und Stärkung von Gesundheitsregionen und regional integrierten Versorgungsmodellen
5. Wissensgenerierung und -diffusion durch entsprechende Versorgungsforschung
6. «Shared Decision Making» zwischen Leistungserbringern und Patient:innen entlang des Behandlungsprozesses
7. Stärkung der Prävention, um langfristig die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, Krankheitslasten zu reduzieren und die Gesundheitskosten nachhaltig zu senken

Wie weiter?

Es existieren bereits wertvolle Initiativen wie nationale oder kantonale Strategien, Positionspapiere zentraler Akteursgruppen sowie Studien und Expertenberichte zur Kostendämpfung. Viele der Vorschläge könnten direkt auf der Leistungserbringerebene oder in Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern, Finanzierern, Regulatoren und weiteren Akteurinnen und Akteure umgesetzt werden. In vielen Fällen begünstigen die bestehenden Rahmenbedingungen dies nicht und ohne Änderung der Finanzierungsmodalitäten fehlen mittel- bis langfristig die notwendigen Ressourcen, um gute Ideen nachhaltig umsetzen zu können. Die Herausforderung besteht darin, diejenigen Ansätze, denen im Grundsatz zugestimmt wird, in konkrete Reformvorlagen zu giessen, die von einer Mehrheit der Parlamentsmitglieder und der stimmberechtigten Bevölkerung unterstützt werden.

Die Fragestellung, wie das Schweizer Gesundheitswesen weiterentwickelt werden kann, bleibt anspruchsvoll. Das Modell des «regulierten Wettbewerbs» fordert alle Akteurinnen und Akteure heraus. Gestützt auf einen hohen Grad an Fachlichkeit gilt es für die einzelnen Problemfelder immer wieder einen klugen Mix zwischen Regulierung und wettbewerblichen Elementen im Hinblick auf die bestmögliche Versorgung der Bevölkerung zu finden sowie auch umzusetzen.

Regulierter Wettbewerb

Die Interaktion zwischen regulatorischen und ökonomischen Mechanismen im Gesundheitswesen wird oft als regulierter Wettbewerb oder «Managed Competition» beschrieben. Das ursprüngliche Modell der «Managed Competition» stammt vom amerikanischen Ökonomen Alain Enthoven und bildete die Grundlage für gesundheitspolitische Reformen in zahlreichen europäischen Staaten.⁵

⁵ Enthoven, A. C., (1978). Consumer-Choice Health Plan. The New England Journal of Medicine, 298, S. 650-658

Drei Fragen zum Thema «Regulierter Wettbewerb» an Dr. iur. Michaela Tschuor, Regierungsrätin des Kantons Luzern und Vorsteherin des Gesundheits- und Sozialdepartements

Was halten Sie vom Modell des «regulierten Wettbewerbs» für das Schweizer Gesundheitswesen: ein taugliches Konzept oder ein Widerspruch in sich?

Hinter dem System des «regulierten Wettbewerbs» im KVG steht die Annahme, dass im Gesundheitswesen keine Verhältnisse bestehen, in denen der freie Markt eine Preisbildung garantiert, die eine effiziente, zweckmässige und qualitativ hochstehende Versorgung der gesamten Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen zu möglichst günstigen Kosten ermöglicht. Um dies zu erreichen, kombiniert das KVG marktorientierte Elemente (z. B. freie Wahl des Versicherers und der Leistungserbringer durch die Versicherten, alternative Versicherungsmodelle, Vertragsprimat) mit regulativen Vorgaben (z. B. Versicherungsobligatorium, Aufnahmepflicht der Versicherer, risikounabhängige Prämien und der Risikoausgleich, einheitlicher Leistungskatalog, behördlich festgesetzte Tarife und Preise bei Medikamenten). Insgesamt kann man sagen, dass das Modell des «regulierten Wettbewerbs» durchaus ein Erfolgsmodell ist – insbesondere im internationalen Vergleich. Wir haben eines der weltweit besten Gesundheitswesen.

«Unregulierte» Gesundheitssysteme haben Probleme in Bezug auf einen finanzierbaren und gleichberechtigten Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsdienstleistungen. Regulatorische Vorgaben dürften deshalb unabdingbar sein, um das eingangs erwähnte Ziel zu erreichen. Eine zu starke Regulierung bringt jedoch ebenfalls Nachteile für die Gesundheitsversorgung mit sich. Zu diesen Nachteilen zählen unter anderem lange Wartezeiten, Rationierung infolge Kostendruck, Bürokratie und Ineffizienz sowie mangelnde Innovation.

Sowohl «regulierte» als auch «unregulierte» Gesundheitssysteme kämpfen mit stetig steigenden Kosten. Von daher sind die hohen und steigenden Gesundheitskosten in der Schweiz allein kein Grund, das System des «regulierten Wettbewerbs» grundsätzlich in Frage zu stellen. Wichtig ist jedoch, dass immer wieder geprüft wird, ob das System richtig austariert ist oder ob Anpassungen notwendig sind. In letzter Zeit besteht leider eine Tendenz, die Regulierung stetig zu erhöhen, jedoch ohne sichtbaren Nutzen. Die grösste Herausforderung für die Gesundheitsversorgung liegt, neben dem Kostendruck, beim Fachkräftemangel – insbesondere angesichts einer alternden Gesellschaft.

«In letzter Zeit besteht leider eine Tendenz, die Regulierung stetig zu erhöhen, jedoch ohne sichtbaren Nutzen.»



Wie schätzen Sie das Problem der Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Schweiz ein?

In der ärztlichen Versorgung dürfte aktuell von einer Fehlversorgung auszugehen sein. Es gibt zwar genügend Ärztinnen und Ärzte, jedoch ist aufgrund von finanziellen Anreizen eine Fehlallokation feststellbar. Vereinfacht gesagt gibt es tendenziell in bestimmten Fachbereichen zu viele Spezialistinnen und Spezialisten und gleichzeitig zu wenige Grundversorgerinnen und -versorger oder Psychiaterinnen und Psychiater. In der Pflege ist hingegen eher von einer Unterversorgung auszugehen. Die Hoffnung besteht, dass die Umsetzung der Pflegeinitiative einen Beitrag leisten kann, um diese Unterversorgung zu beheben. Auch bin ich überzeugt, dass die Ambulantisierung in den kommenden Jahren weiter voranschreiten wird. Dies unter anderem ebenfalls als Folge des Fachkräftemangels und natürlich auch aufgrund des technologischen Fortschritts.

Wie könnte Ihrer Meinung nach die Gesundheitsversorgung in der Schweiz weiterentwickelt, die Qualität gewährleistet und gleichzeitig der Kostenanstieg gedämpft werden?

Um das Problem der steigenden Gesundheitskosten an den Wurzeln anzugehen, muss der Gesundheitsförderung und Prävention eine deutlich höhere Bedeutung beigemessen werden. Denn dadurch können Krankheiten verhindert oder früher erkannt werden, was sich positiv auf die Lebensqualität der Bevölkerung auswirkt. Einen willkommenen Nebeneffekt bilden zudem die Dämpfung der Gesundheitskosten und die Entlastung des Gesundheitswesens.

Weiter kann eine konsequente und praxistaugliche Digitalisierung helfen, Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen zu vermeiden. Dies wiederum wirkt ebenfalls kostendämpfend. Ein praxistaugliches und zentral angebotenes elektronisches Patientendossier ist der Schlüssel dazu. Die Tarife der Leistungserbringer müssen ebenfalls die notwendigen Investitionen in die Digitalisierung erlauben. Dies kann nicht Aufgabe der Kantone allein sein.

Die Gesundheitsversorgung könnte erheblich gestärkt und vermutlich auch kostensparender erfolgen, wenn die ärztliche Grundversorgung, inkl. Notfallversorgung und integrierte Versorgungsmodelle, durch entsprechende tarifliche (höhere Tarife für Grundversorger) und prämienbezogene Anreize (Rabatte bei der Wahl alternativer Versicherungs- und Versorgungsmodelle) konsequent gefördert würde. Gerade die Grundversorger nehmen als Gatekeeper eine wichtige Rolle ein und können so teurere und allenfalls auch unnötige Untersuchungen und Behandlungen bei Spezialistinnen und Spezialisten oder im Spital vermeiden helfen. Auch ist eine starke Grundversorgung eine Voraussetzung, um die Ambulantisierung weiter voranzutreiben. Die integrierte Versorgung bietet zusätzlich die Möglichkeit einer patientenzentrierten Behandlungsperspektive, die Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen eher vermeidet. Allenfalls muss auch die Aus- und Weiterbildung zur Hausärztin oder zum Hausarzt neu gedacht werden respektive neue Berufsbilder könnten Aufgaben der heutigen Hausärzteschaft übernehmen. Dabei spreche ich insbesondere die «Advanced Practice Nurses» an. Diese können gerade in einem integrierten Versorgungsmodell Hausärztinnen und -ärzte bei der aufwändigen Behandlung chronisch- und/oder mehrfacherkrankter Personen entlasten. In anderen europäischen Ländern übernehmen diese «Advanced Practice Nurses» bereits eine substanzielle und wichtige Rolle in der Grundversorgung. Es sollte deshalb auch prioritär geprüft werden, die «Advanced Practice Nurses» als selbständige Leistungserbringer anzuerkennen.

Auch kann man sich fragen, ob wir nicht nach wie vor zu viele Krankenversicherungen haben. Es hat über die letzten Jahre zwar schweizweit eine Konsolidierung von rund 60 auf 39 Versicherungen stattgefunden, doch diese Konsolidierung sollte weiter voranschreiten. Dies bedeutet keinesfalls, dass ich eine Einheitskasse befürworte, doch der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen würde auch mit beispielsweise acht Versicherungen funktionieren. Gleichzeitig könnten dadurch die Prozesse verschlankt und vereinheitlicht werden. Dies wiederum würde sich effizienzsteigernd auf das Gesamtsystem auswirken.



Wie entstehen die Preise im Gesundheitswesen und haben wir die Tarifbildung im Griff?

Im schweizerischen Gesundheitswesen wird die Bildung der Preise für medizinische Leistungen an die Leistungserbringer und Krankenkassen delegiert. Kollektivverhandlungen werden nach klaren regulatorischen Vorgaben explizit zugelassen. Kann hier also tatsächlich die Rede von Wettbewerb sein? Und inwiefern spielt dabei die Behandlungsqualität eine Rolle?

In einer freien Marktwirtschaft werden Preise durch das Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage bestimmt. Dahinter steht die Idee, dass der Markt selbst die besten Informationen über die Bedürfnisse und Verfügbarkeit von Ressourcen liefert. Anbieter und Nachfrager interagieren auf Märkten, wobei die Anbieter ihre Produkte und Dienstleistungen zu Preisen anbieten, die ihre Kosten und gewünschten Gewinne widerspiegeln. Gleichzeitig sind die Nachfrager bereit, bestimmte Preise für diese Güter und Dienstleistungen zu zahlen, basierend auf ihrem Nutzen und ihren Präferenzen. Das Gleichgewicht, das sich aus dieser Interaktion ergibt, führt zur Preisbildung: Ein Preis, bei dem die Menge der angebotenen Güter der Menge der nachgefragten Güter entspricht. Durch diesen Mechanismus werden Ressourcen effizient zugewiesen und es entsteht ein dynamisches System, das auf Veränderungen in Angebot und Nachfrage flexibel reagiert.

Tarifverhandlungen im Schatten des Staates

Im Schweizer Gesundheitswesen funktionieren dieser Mechanismus etwas anders. Die Preisbildung wird weder dem Markt überlassen, noch werden Preise einfach staatlich fixiert. In einer sogenannten «prozeduralen Steuerung» delegiert das KVG die Preisbildung an die Tarifpartner, also an die Krankenversicherer und Leistungserbringer, welche in den Tarifverhandlungen dann faktisch über die Entschädigung für die medizinischen Leistungen verhandeln. Im Schweizer Wettbewerbsverständnis wird davon ausgegangen, dass – stark vereinfacht – die Krankenkassen so wenig wie möglich bezahlen wollen und auf der anderen Seite des Verhandlungstisches die Leistungserbringer für ihre Leistung so viel wie möglich erhalten wollen. Der Staat kann deshalb guten Gewissens die Verhandlung delegieren, denn das Ergebnis dieser Verhandlung sollte im besten Fall ein Optimum darstellen, welches sich auch über die Zeit dynamisch verändern kann. Über den Verhandlungen schwebt dabei die Drohung, dass bei einer Nicht-Einigung der Staat einen Tarif festsetzen kann. Die Verhandlungen finden also «im Schatten des Staates»⁶ statt. Die Situation erinnert an das aus der Spieltheorie bekannte Gefangenendilemma: Wenn die Tarifpartner kooperieren und sich bei den Verhandlungen einig werden, behalten sie ihre Kompetenz zur Selbstregulierung. Verweigert ein Partner die Kooperation, kommt es zur staatlichen Festsetzung der Tarife und damit zum Verlust der Verhandlungskompetenz beider Tarifpartner.

Soweit die Theorie. In der Praxis funktionieren die Verhandlungen etwas harziger. Die Drohung der staatlichen Intervention ist in den letzten Jahren regelmässig einem effektiven Eingriff gewichen, hat sich der Bundesrat doch mehrmals direkt in die Tarifbildung eingeschaltet. Die Tarifpartner tun sich schwer damit, Einigungen zu finden. Wenn sie sich endlich auf einen Tarif geeinigt haben, braucht es auch die Zustimmung der politischen Behörden. Wie aufwändig und anspruchsvoll derartige Prozesse sind, zeigen die mehrjährigen und wiederholt gescheiterten Verhandlungen zur Revision des veralteten Tarmed-Tarifsystems, das nun durch den Tardoc abgelöst werden soll. Zudem ist die einseitige Fokussierung auf Preise nicht ohne Risiko. Die Qualität der Leistungen, die gemäss den gesetzlichen Bestimmungen bei der Preisbildung eine zentrale Rolle spielen müsste⁷, sollte stärker miteinbezogen werden.

6 Scharpf, F. W. (2000). Interaktionsformen: Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung. Opladen: Leske und Budrich.

7 Insbesondere Art. 77 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Soll-Ist-Analyse der Verhandlungssituationen

Der Forschungs- und Beratungsschwerpunkt MPG der HSLU nahm deshalb die Tarifverhandlungen unter die Lupe und untersuchte, wie die Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern auf Struktur- und Preisebene konkret ablaufen und inwiefern grundlegende Bedingungen für konstruktive, ergebnisbringende Verhandlungssituationen überhaupt erfüllt sind. Dabei wurde ein ideales Verhandlungssetting (Soll-Situation) entwickelt und mit der Ist-Situation verglichen.⁸ Dabei ist jeweils zu unterscheiden zwischen den Tarif-Struktur-Verhandlungen und den reinen Preis-Verhandlungen. Die Tarifstruktur-Verhandlungen verfügen über eine ungleich höhere Komplexität und sind auch für viele Jahre verbindlich. Die Preisverhandlungen sind häufig eindimensional und ähneln eher einem Seilziehen. Ihre Wirkung beschränkt sich meist auf ein einziges Kalenderjahr.

Erlauben die heutigen Settings einen funktionierenden Qualitätswettbewerb? Leider nein. Die Untersuchungsergebnisse des MPG-Teams der HSLU zu den konkreten Verhandlungssettings zeigten, dass optimale, konstruktive Verhandlungssettings mehrdimensional und integrativ sein sollten. Ein Mehrwert für beide Verhandlungspartner kann entstehen, wenn bei unterschiedlichen Verhandlungsgegenständen spezifische Interessen vorhanden sind, die «positiv koordiniert» werden können. Die Voraussetzung dafür, dass die Spannung zwischen Kooperation und Rivalität bei Verhandlungen überwunden werden kann, besteht darin, dass Versicherer und Leistungserbringer über mehrere Verhandlungsdimensionen verfügen, in denen sie sich einig werden müssen. Bei Tarifentwicklungen bedeutet dies, dass neben Kosten und Preisen über weitere Themen, wie eben Qualitätsinhalte, verhandelt wird.

Eine wichtige Rahmenbedingung für optimale Verhandlungssituationen ist die Einengung der Unterschiede zwischen den Verhandlungspartnern. Beispielsweise finden die Planung und Budgetsicherung bei den Verhandlungspartnern zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt, wodurch die Dringlichkeit einer Einigung zwischen den Parteien oft unterschiedlich ist. Dies zeigt, dass für die Glättung der Asymmetrien auch die Verhandlungsphasen zu berücksichtigen sind, um ein taktisches «auf Zeit spielen» zu unterbinden, wenn eine Partei unter Zeitdruck steht. So ist im Verhandlungsprozess die Macht, das Verhandlungsergebnis zu beeinflussen, generell gleichmässig auf alle Parteien zu verteilen. Interessen, nicht Macht, sollten die zentrale Rolle spielen, damit eine Win-Win-Situation erzielt werden kann. Gleichzeitig ist ein genügend flexibel gestaltetes Setting wesentlich, damit neue Ideen und innovative Lösungen sich entfalten können. Insbesondere stellt sich die Frage, wie Qualitätsaspekte in den Preisverhandlungen zum Tragen kommen können.



⁸ Willisegger, J. und Blatter H. (2017). Tarifverhandlungen im Schweizer Gesundheitswesen – Settings und Interaktionen. Luzern: Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia.

Mehrdimensionale Tarifverhandlungen im ambulanten OKP-Bereich, bei denen auch Qualitätsaspekte eine Rolle spielen, werden vor allem von der fehlenden Transparenz bezüglich Kosten- und Leistungsdaten behindert. Man ist sich nicht einig betreffend Messansätzen und der Wille fehlt, Qualitätsvorgaben in Arztpraxen in die Verhandlungen zu integrieren und vertraglich zu verankern. Ohne gemeinsame Datengrundlagen beschränken sich die Tarifverhandlungen auf Interpretationen von Gerichtsentscheiden (stationär) oder finden erst gar nicht mehr statt (ambulant). Die Verhandlungsmacht liegt dann bei demjenigen Akteur mit den grössten Ressourcen und dem längsten Durchhaltevermögen vor dem Bundesverwaltungsgericht.

Die Tarifverhandlungen im Schweizer Gesundheitswesen sollten damit beginnen, dass zunächst über den Verhandlungsprozess und dessen Rahmenbedingungen verhandelt wird. Auch die Zusammensetzung der beteiligten Akteure soll nicht beliebig sein, sondern fundiert und breit abgestützt. Zum Erzielen einer Win-Win-Situation ist es eminent wichtig, sich in der Vorbereitung auch mit der Perspektive der Gegenseite auseinanderzusetzen. Dies trägt dazu bei, dass die Akteure mit realistischen Erwartungen an den Tisch sitzen und ergebnisorientierter verhandeln können: Dabei orientieren sich die Verhandlungspartner an einem «optimalen» Verhandlungsergebnis und erkennen die sogenannte Einigungszone.

Doch gut ausgestaltete Verhandlungssettings führen nur dann zu guten Verhandlungsoptionen, wenn für die Bewertung der Verhandlungsoptionen objektive Kriterien vorliegen, die auf beiden Seiten des Verhandlungstisches anerkannt werden. Dies glättet Wahrnehmungsverzerrungen und die Überschätzung des eigenen Wissens und ist eine wesentliche Voraussetzung für nachvollziehbare und akzeptable Verhandlungsergebnisse.

Am Ende gleicht die Situation der Tarifverhandlungen im Gesundheitswesen einem Dilemma. Lässt ein Tarifpartner die Verhandlungen scheitern und favorisiert die kantonale Festsetzung, hat er kurzfristig seine Verhandlungsmacht ausgespielt. Doch langfristig haben beide Parteien das Nachsehen, weil sie ihre Tarifautonomie verlieren. Deshalb muss sichergestellt werden, dass es für die Tarifpartner Wege gibt, auch bei Nichteinigkeit ihre Autonomie zu behalten, indem sie allfällige Uneinigkeiten gegenseitig anerkennen und beispielsweise über einen privaten Intermediär lösen lassen, bevor der Staat subsidiär eingreift.

Die erwähnte Studie des MPG-Teams der HSLU zeigte mit ihrem Soll-Ist-Vergleich der Tarifverhandlungssettings, dass die heutige Situation im Schweizer Gesundheitswesen weit von einem Optimum entfernt ist und die entscheidenden Voraussetzungen für einen funktionierenden Preis- und Qualitätswettbewerb nicht vorhanden sind. Die Verhandlungen fokussieren nach wie vor eindimensional auf die Kostendimension, während mehrdimensionale Qualitätsaspekte nicht auf eine breit akzeptierte und verbindliche Datengrundlage abgestützt werden können. Folglich ist ein systematischer Datenaustausch unter den Leistungserbringern sowie zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – mit Ausnahme der Verhandlungssettings der besonderen Versicherungsformen – nicht gegeben.

Einheitliche Finanzierung Ambulant und Stationär (EFAS)

Im November 2024 hat die Schweizer Stimmbevölkerung die Vorlage Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) angenommen. Die Reform des Schweizer Gesundheitssystems zielt darauf ab, die Finanzierung von Gesundheitsleistungen unabhängig von der Erbringungsart zu vereinheitlichen. Aktuell werden stationäre Leistungen (z. B. Spitalaufenthalte mit Übernachtung) zu mindestens 55 % von den Kantonen und zu maximal 45 % von den Krankenversicherern finanziert. Ambulant durchgeführte Leistungen hingegen werden vollständig von den Krankenversicherern getragen. Bei Pflegeleistungen zu Hause oder in Pflegeheimen teilen sich die Kantone und die Krankenkassen die Kosten in etwa hälftig. Mit EFAS werden diese Leistungen der OKP neu nach einem einheitlichen Verteilschlüssel finanziert, unabhängig davon, ob sie ambulant, stationär in einem Pflegeheim oder zu Hause erbracht werden. Diese Reform soll Fehlanreize beseitigen, die Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen fördern und die Prämienzahlenden entlasten. Für den Akutbereich tritt EFAS 2028 in Kraft. Die Pflege wird 2032 integriert.

Drei Fragen zum Thema «Tarifverhandlungen» an Hannes Blatter, Dozent an der HSLU und Mitautor der Studie zu Tarifverhandlungen im Schweizer Gesundheitswesen

*Ihre Studie zu Tarifverhandlungen ist mittlerweile einige Jahre alt. Wie schätzen Sie die Situation heute ein:
Bewegt sich das System in Richtung mehr oder eher weniger Wettbewerb?*

Tatsächlich sind schon einige Jahre vergangen und inzwischen wurde der Tardoc tatsächlich vom Bundesrat verabschiedet – wenn auch mit Auflagen. Man wird sehen, ob er wie geplant am 01.01.2026 in Kraft treten wird. Ob sich das System eher in Richtung mehr oder weniger Wettbewerb bewegt, hängt etwas von der Perspektive ab. Aus Sicht der Krankenversicherer sind die Regeln eher enger geworden, die Aufsicht schaut schärfer hin und insbesondere im Krankenzusatzversicherungsbereich ist die FINMA stark steuernd tätig. Aus Sicht der Spitäler sind nun die Folgen der neuen Spitalfinanzierung, die 2012 in Kraft getreten ist, deutlich zu spüren und eine gewisse Strukturbereinigung bahnt sich an. Ich denke, Spitäler würden eher von einer Verschärfung des Wettbewerbs ausgehen.

Inwiefern wird EFAS den regulierten Wettbewerb beeinflussen?

EFAS wird einen hohen Einfluss haben, weil diese neue Struktur-Logik gerade drei Bereiche gleichzeitig betrifft: die medizinischen Leistungen in stationären und ambulanten Einrichtungen sowie die Pflege. Wir haben hier drei sehr unterschiedliche Tarifstrukturordnungen. Die modernste Ordnung besteht mit SWISS DRG im stationären Spitalbereich, im ambulanten medizinischen Bereich ist dann vielleicht Tardoc in Kraft und in der Pflege arbeiten wir noch mit einer Minuten-Tarif-Ordnung, die eher an die 1980er Jahre erinnert. Neben der Beseitigung von Fehlanreizen erhoffe ich mir hier eine konzisere Steuerung über die lernende Tarif-Struktur-Systeme. Damit könnten auch Anstrengungen für besser integrierte Versorgungsmodelle belohnt werden.

Welche Schritte müssten unternommen werden, damit in der Tarifbildung Qualitätsaspekte klarer zum Tragen kommen?

Hierfür sind in den kommenden Jahren vor allem auch die medizinischen Fachgesellschaften gefordert, damit ein Konsens entsteht, was wie von wem wie häufig gemessen und als relevant für die Qualität betrachtet wird. Bei der Verknüpfung dieser Informationen mit Tarifsyste men gibt es spannende Ansätze im Bereich Value Based Healthcare. Ich stelle fest, dass die Krankenversicherer dem Thema Qualität viel aufgeschlossener gegenüberstehen als früher. Das hat wahrscheinlich auch damit zu tun, dass der Risikoausgleich unter den Versicherern deutlich stärker ausgebaut ist als noch vor Jahren.



«Ob sich das System eher in Richtung mehr oder weniger Wettbewerb bewegt, hängt etwas von der Perspektive ab.»

Was ist Qualität in der Gesundheitsversorgung und wie können wir sie messen?

Die Qualität der Schweizer Gesundheitsversorgung wird häufig, auch international, hochgelobt. Gleichzeitig werden jedoch Fragen zur Messbarkeit und Sicherstellung dieser Qualität aufgeworfen. Bereits 2011 hielt die OECD fest, was ein nationaler Bericht zur Patientensicherheit und Qualität im Schweizer Gesundheitswesen aus dem Jahr 2019 bestätigte⁹: In der Schweiz besteht erheblicher Handlungsbedarf bei der Sicherstellung der Qualität medizinischer Leistungen.

Seit 1996 ist die Förderung der Leistungsqualität explizit im KVG festgehalten. Seitdem stellt neben der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit auch die Wirksamkeit der Leistungen ein zentraler Massstab für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung dar.¹⁰ 2021 reagierte der Bund auf die durch die OECD und den nationalen Bericht zur Patientensicherheit und Qualität im Gesundheitswesen¹¹ vorgebrachte Kritik und passte das KVG so an, dass der Bund eine wichtige Rolle in der Qualitätssicherung und -entwicklung übernimmt, indem er entsprechende Ziele konkretisiert und umsetzt. Dabei wird er von der neu im KVG aufgeführten Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) unterstützt.¹²

Ist es damit getan? Werden die Leistungen der Gesundheitsversorgungen nun qualitativ besser? Und woran wird Qualität gemessen? Können die Leistungserbringer und -empfängerinnen und -empfänger auch mitbestimmen, wie Behandlungsqualität und deren Sicherstellung auszusehen haben? Der Bund ist grundsätzlich zuständig, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Für deren adäquate Messung und darauf aufbauend die Qualitätsverbesserungen und Weiterentwicklungen müssen jedoch die Perspektiven der Leistungserbringer, Verbände sowie der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger einbezogen werden.

Preis- und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen

Das MPG-Team der HSLU hat sich in der Vergangenheit verschiedenen Projekten mit Bezug zum Qualitätsthema im Schweizer Gesundheitswesen gewidmet und die Qualität aus unterschiedlichen Blickwinkeln auf verschiedenen Ebenen beleuchtet: Bund und Kantone (Gesetzgebung und Vollzug), Organisationen der Leistungserbringer und Gesundheitsfachleute sowie Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger. Im Sinne der Marktlogik wird im Schweizer Gesundheitswesen von einem Preis- und Qualitätswettbewerb gesprochen. Doch inwiefern ein solcher Wettbewerb unter den aktuellen Bedingungen der Preisverhandlungen die Qualität der erbrachten Leistungen verbessert haben, ist fraglich (siehe Kapitel 2 dieser Publikation).¹³

9 OECD/WHO. (2011). OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz 2011. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/9789264179738-de>

10 Der Bundesrat hat die Aufgabe, «alle vier Jahre die zu erreichenden Ziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen (Qualitätsentwicklung) festzulegen (Art. 58 KVG)». Bundesamt für Gesundheit. (2024, Mai). Krankenversicherung: Qualitätsentwicklung in der Schweiz. Eidgenössisches Departement des Inneren.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherung/krankenversicherung/qualitaetsentwicklung-schweiz.html>

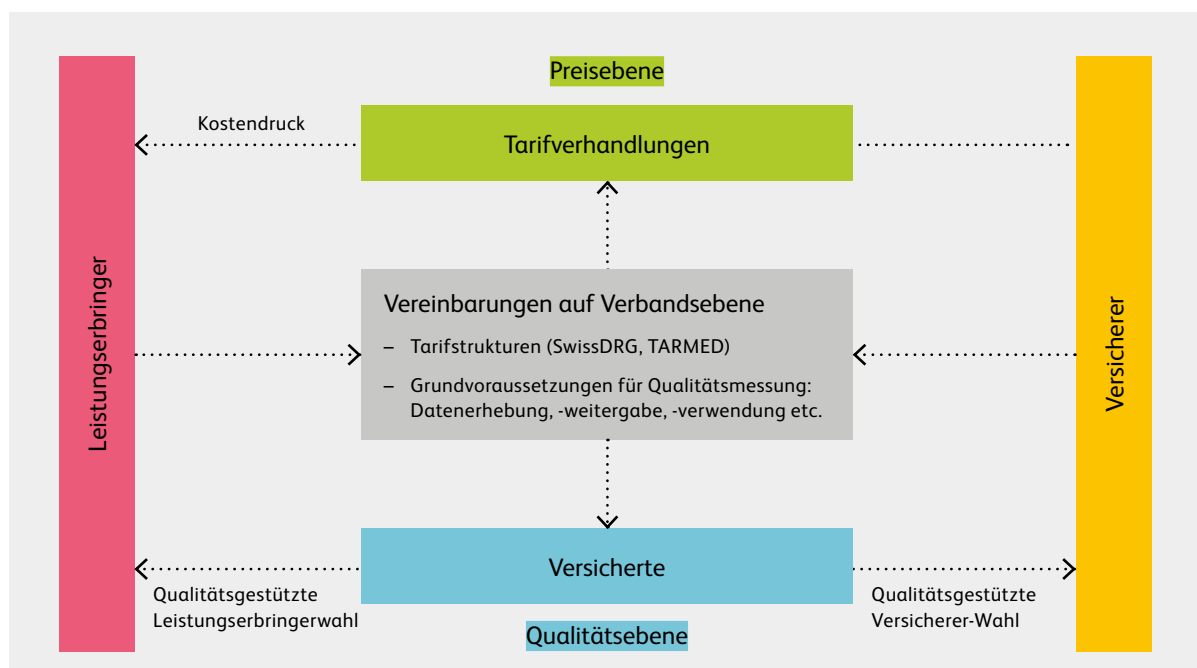
11 Der Bericht ist Online nicht mehr verfügbar. Folgende Präsentation fasst die Ergebnisse zusammen: Staines, A. (2019, 8. November). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des Schweizer Gesundheitswesens, Nationaler Bericht zur Qualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit [Präsentation], [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/qualitaetssicherung/presentation-swiss-national-report.pdf.download.pdf/Pr%C3%A4sentation%20Swiss%20National%20Report%20\(DE\).pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/qualitaetssicherung/presentation-swiss-national-report.pdf.download.pdf/Pr%C3%A4sentation%20Swiss%20National%20Report%20(DE).pdf)

12 Ibid.

13 Willisegger, J., Blatter, H. (2017). Tarifverhandlungen im Schweizer Gesundheitswesen – Settings und Interaktionen. Luzern: Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia.

Forschende des MPG-Teams der HSLU identifizierten in einer empirischen Analyse die zentralen Treiber und Hemmer für ein funktionierendes Zusammenspiel zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb.¹⁴ Daraus leiteten sie die Voraussetzungen für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen ab. Es zeigte sich in Bezug auf die Stärkung der Rolle der Qualität, dass neben den Tarifverhandlungen ein zusätzlicher Transmissionsriemen für die Verbindung zwischen dem Leistungserbringer- und dem Versicherungsmarkt notwendig ist. Dieser soll über die qualitätsgestützte Leistungserbringer- und Versichererwahl der Patientinnen und Patienten bzw. der Versicherten die beiden Teilmärkte miteinander verbinden. Die Leistungserbringer sollen sich vermehrt an ihrer Leistungsqualität und nicht ausschliesslich an der Kosteneffizienz messen lassen. Hierzu fehlen heutzutage noch die notwendigen Qualitätsindikatoren, weshalb die erwünschte Transparenz nicht hergestellt werden kann.

Abbildung 1: SOLL-Bild zum Preis- und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen (OKP)



Quelle: Willisegger, J., Blatter, H. (2016). Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen – Rahmenbedingungen und Anreize. Luzern: Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia. S. 34

14 Willisegger, J., Blatter, H. (2016). Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen – Rahmenbedingungen und Anreize. Luzern: Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia.

Qualitätsmessung

Die Analysen des MPG-Teams der HSLU deuten darauf hin, dass es mit regulatorischen Vorgaben nicht getan ist. Für die Sicherstellung und Messung der Behandlungsqualität braucht es entsprechende Strategien und Richtlinien innerhalb der Gesundheitsorganisationen. Konkret unterstützte das MPG-Team der HSLU in den Jahren 2013 bis 2019 das Kantonsspital Graubünden mit fachlicher Beratung und wissenschaftlicher Begleitung bei der systematischen Weiterentwicklung des klinischen und später auch des integralen Risikomanagements.¹⁵ Die systematische und proaktive Identifikation, Analyse sowie Bewertung von Risiken und kritischen Ereignissen sind notwendig, um potenzielle und alltägliche Risiken wie z. B. eine mangelnde Servicequalität oder unterdurchschnittliche Qualitätskennzahlen zu minimieren. Ein umfassendes Qualitäts- und Risikomanagement leistet einen wichtigen Beitrag bei der Sicherstellung und Weiterentwicklung der hohen Qualität der medizinischen Leistungen und der Patientensicherheit.

Patientinnen und Patienten im Fokus

Wie die Qualität der medizinischen Leistungen in den Gesundheitsorganisationen auf der individuellen Ebene gemessen und sichergestellt werden kann, stellt einen weiteren wichtigen Aspekt der Diskussion dar. Die subjektiven Wahrnehmungen der Patientinnen und Patienten können mit sogenannten Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) gemessen werden. Mit Hilfe von standardisierten Fragebögen kann das medizinische und pflegerische Personal das individuelle Erleben und Empfinden der Patientinnen und Patienten über die Behandlung und deren Wirkung erheben. Diese standardisierten Rückmeldungen fungieren dann als Indikatoren für die Qualität der jeweiligen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen. Die erhobenen PREMs und PROMs bleiben jedoch in den Gesundheitsorganisationen, und es liegt in ihrer Verantwortung, ob und wie sie die Erkenntnisse effektiv für die Verbesserung der Qualität der Leistungen verwenden.

Um die Qualität der Gesundheitsversorgung insgesamt zu verbessern, sollten auch die – oft institutionsübergreifenden – Behandlungsphasen und die daraus resultierenden Patientenpfade ganzheitlich betrachtet werden. Genau dies machten die Forscherinnen und Forscher des MPG-Teams der HSLU in Zusammenarbeit mit All.Can Schweiz, der Krebsliga Zentralschweiz und weiteren Partnern, als sie der Frage nachgingen, wie Menschen mit Krebs ihre Behandlung und Betreuung wahrnehmen und was ihnen während der verschiedenen Behandlungsphasen gefehlt hat.¹⁶ Dazu wurde 2019–2020 eine Befragung bei 235 Krebsbetroffenen und 48 Angehörigen aus der Zentralschweiz durchgeführt. Wird die erlebte Qualität mit der Zufriedenheit der Betroffenen gemessen, weist die Studie eine sehr hohe Qualität der Krebsversorgung aus: Die Befragung ergab, dass 51 % der befragten Patientinnen und Patienten insgesamt mit der Krebsversorgung in der Zentralschweiz «vollständig» und 41 % «mehrheitlich» zufrieden sind.

Die Erkenntnisse der Studie weisen jedoch auch darauf hin, dass trotz der hohen erlebten Qualität der Krebsbehandlung in der Zentralschweiz noch Verbesserungspotenzial besteht. So fühlen sich 20 % der Befragten über-, unter- oder fehlversorgt. Immer mehr ist nicht immer besser, denn für Einzelne können Therapien übermässig belastend und für die Allgemeinheit kostspielig sein. Zudem stehen neben der medizinischen Seite der Krebsversorgung, die in der Schweiz gut abgedeckt ist, besonders menschlich-kommunikative Aspekte im Mittelpunkt der Patientenwahrnehmung. Ob eine Therapie für die betroffene Person und ihre Angehörigen positiv verläuft, entscheidet sich auch auf der psychologischen und sozialen Ebene. Wenn die Onkologin oder der Onkologe von einem erfolgreichen Behandlungsverlauf spricht, bedeutet das nicht automatisch, dass die Patientin oder der Patient dies ebenfalls so wahrnimmt. Die persönliche, empathische und professionelle Betreuung durch Fachpersonen ist mitentscheidend.

15 Kessler, O. (2013, 19. Dezember). Entwicklung Klinisches Risikomanagement im Kantonsspital Graubünden (KSGR). <https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=570>

16 Kessler, O. (2021, 30. April). Krebsversorgung in der Zentralschweiz: Mehrheit der Betroffenen mit Behandlung zufrieden [Medienmitteilung]. <https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=4292> siehe für weitere Informationen www.hslu.ch/krebs

Beispielsweise sind fließende Übergänge zwischen den Behandlungsphasen für viele Patientinnen und Patienten sehr wichtig. Wenn der vernetzte, koordinierte und ganzheitliche Umgang mit der Krankheit fehlt, wirkt sich das negativ auf die wahrgenommene Qualität der Behandlung und die Lebensqualität der Patientinnen, der Patienten und der Angehörigen aus.

Im Endeffekt stellt sich die Frage, welche Gesundheitsversorgung wir wollen und wie viel wir bereit sind, dafür zu bezahlen. Im Herausgeberband mit dem Titel «Immer mehr – immer besser?»¹⁷ hat das MPG-Team der HSLU im Jahr 2019 die Schweizer Qualitätsdiskussion durch eine multiperspektivische Betrachtung der Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Schweizer Gesundheitsversorgung bereichert

Krebsliga Zentralschweiz

Die Krebsliga Zentralschweiz engagiert sich seit über 65 Jahren als gemeinnütziger Verein. Als Anlaufstelle für alle Themen rund um Krebs ist sie in der Region für Menschen mit und nach Krebs und deren Umfeld da. Der Verein setzt sich zudem für die Krebsprävention und Früherkennung, die Wissensvermittlung sowie die Forschungsförderung ein. Die Krebsliga Zentralschweiz bietet ihre Dienste mit Beratungsstellen in Luzern, Stans (Nid-/Obwalden, Uri), Schwyz (Innerschwyz), Lachen (Ausserschwyz) und Zug an. Sie wird vorwiegend durch Spenden finanziert und ist ZEWO-zertifiziert.

Weitere Informationen: krebsliga.info



krebsliga zentralschweiz

¹⁷ Kessler, O., Jehle, K., Wächter, M., Gedamke, S. & Willisegger, J. (Hrsg.). (2019). Immer mehr – immer besser? Über-, Unter- und Fehlversorgung im Schweizer Gesundheitswesen. Hogrefe Verlag.



Drei Fragen zum Thema «Qualität in der Gesundheitsversorgung» an Carmen Stenico, Geschäftsführerin der Krebsliga Zentralschweiz

Was heisst für Sie «angemessene Qualität» in der Gesundheitsversorgung?

Für mich bedeutet angemessene Qualität, Betroffenen die bestmögliche Versorgung zu bieten, die den individuellen Bedürfnissen und Standards entspricht. Sie soll betroffenenorientiert, effektiv, verlässlich und wirksam sowie leicht zugänglich sein.

Die Gesundheitsversorgung soll alle Bereiche vereinen, welche sich mit der Diagnose, Beratung, Behandlung und der Pflege von Betroffenen befassen. So haben Betroffene die umfassende Begleitung zu medizinischen wie auch zu Alltagsfragen aus professioneller Sicht. Im Fokus von allen Akteurinnen und Akteuren sollte die Patienten-/ Betroffenenorientierung stehen. Eine respektvolle und verständliche Kommunikation wie auch der Einbezug der Betroffenen in Entscheidungsprozesse stärken die Beziehung zwischen den Gesundheitsfachpersonen und den Betroffenen. Dies kreiert Vertrauen in und Zufriedenheit mit dem eingeschlagenen Behandlungsweg.

Was sollte/muss geschehen, damit sich die Qualität in der Gesundheitsversorgung verbessert?

Im Bereich der Krebsversorgung sollte die interprofessionelle Zusammenarbeit der Leistungserbringer – die Schnittstellen entlang des Patientenpfads – noch besser gestaltet und aufeinander abgestimmt werden. Gerade bei einer Krankheit wie Krebs, welche meist eine Begleitung über einen längeren Zeitraum erfordert, sind klare Prozesse während und nach der Therapie sowie Angebote notwendig. So können betroffene Menschen und ihre Angehörigen umfassend und auch kontinuierlich beraten und begleitet werden. Zudem sollten in den notwendigen Disziplinen in der Gesundheitsversorgung genügend Kapazitäten entsprechend dem Bedarf zur Verfügung gestellt werden und für alle einfach erreichbar sein. Die Studie der HSLU zur Lebensqualität zeigt die Handlungsfelder auf.

Welche Akteure sollten ihre Verantwortung zur Qualitätssicherung und -entwicklung verstärkt wahrnehmen?

Es ist ein Miteinander. Die nachhaltige Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität in der Gesundheitsversorgung ist von einem Zusammenspiel verschiedenster Akteure wie der Spitäler, Fachgesellschaften, Krankenkassen, staatlichen oder kantonalen Gesundheitsbehörden und der Wissenschaft abhängig. Wichtig dabei ist, dass die Perspektive der Patientinnen und Patienten immer mitgedacht wird.

«Im Fokus der Akteurinnen
und Akteure sollte die
Patienten- und Betroffenen-
orientierung stehen.»



Braucht die Schweiz eine Pflegeversicherung?

In drei Schritten (1996, 2007 und 2011) wurde in der Schweiz auf nationaler Ebene eine regulatorische Rahmenordnung für die spitalexterne Pflege und Betreuung geschaffen, die sich im Spannungsfeld zwischen «Service Public» und Wettbewerb bewegt. Diese Rahmenordnung weist den Kantonen und Gemeinden grosse Gestaltungsspielräume zu. Auf die Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung wurde verzichtet. Was sind die Stärken und Schwächen dieser stark föderalistisch geprägten Rahmenordnung mit Blick auf eine zukunftsorientierte Steuerung und Finanzierung der Langzeitpflege?

Die heutige Rahmenordnung für die spitalexterne Pflege und Betreuung regelt nicht nur die Finanzierung und damit Lastenverteilung, sondern auch die «Tariforganisation», die Versorgungsplanung, das Versorgungsmonitoring sowie die Positionierung der Leistungserbringer an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen. Der demografische Wandel, der damit einhergehende Bedeutungszuwachs von chronischen Krankheiten, der Fachkräftemangel und insgesamt die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bilden starke Anreize für eine kontinuierliche Weiterentwicklung dieser Rahmenordnung. Der Forschungs- und Beratungsschwerpunkt MPG der HSLU hat sich in verschiedenen Projekten mit den Stärken und Schwächen der aktuellen Rahmenordnung auseinandergesetzt. In Form von Konzepten, Datengrundlagen und Analysen haben die Forscherinnen und Forscher des MPG einen Beitrag geleistet, um die zukünftige Ausgestaltung der Leistungsbereiche der spitalexternen Pflege und Betreuung evidenzbasiert «auszuhandeln».

Bisher wurde in den nationalen Regularien auf die Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung verzichtet.¹⁸ Diese wird jedoch wiederholt ins Spiel gebracht, um neue Finanzierungsmöglichkeiten zu erschliessen und die Lastenverteilung zwischen den Finanzierungsträgern neu auszubalancieren. In den folgenden Abschnitten werden Überlegungen und Forschungsergebnisse zusammengestellt, um verschiedene Varianten einer zukünftigen Steuerung und Finanzierung aus einer breit abgestützten Perspektive diskutieren zu können.

Chancen und Risiken der heutigen Mischfinanzierung und die Rolle der öffentlichen Hand

Bei der Neuordnung der Pflegefinanzierung in der Schweiz wurde die Zahlungsverpflichtung der Krankenversicherer an die Langzeitpflege auf einen Beitrag an die Vollkosten begrenzt. Dieser Beitrag wird vom Bundesrat festgelegt. Ebenfalls begrenzt wurde der Kostenbeitrag der Pflegebedürftigen. Die Kantone regeln die Restfinanzierung der Pflege und sind verantwortlich für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflege und Betreuung. Der wesentliche Anteil der Steuerung der spitalexternen Pflege und Betreuung liegt damit bei der öffentlichen Hand. Unter die finanzielle Verantwortung der Kantone und Gemeinden fallen auch die Beträge an nicht-pflegerische Leistungen im Rahmen von Leistungsaufträgen sowie der Teil der Ergänzungsleistungen für die subjekt- und bedarfsorientierte Finanzierung von krankheits- und heimbedingten Mehrkosten, die das Einkommen betroffener Haushalte übersteigt.

Diese zentrale Rolle schafft Anreize für die Städte und Gemeinden, die Felder Alters-, Gesundheits- und Pflegepolitik in einer Gesamtperspektive zu betrachten und in eine umfassende Strategie einzubetten. Win-Win-Situationen können geschaffen werden, da der Nutzen von Investitionen in den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit und autonomer Wohnformen durch eine Kostendämpfung im Bereich der institutionellen ambulanten und stationären Pflege wieder auf die Städte und Gemeinden zurückfällt. Zugleich verfügen sie über Planungskompetenzen, um eine Querschnittspolitik umzusetzen, die sich über verschiedene Lebensphasen erstreckt. Beispiele dafür sind die Förde-

¹⁸ Wächter, M., Kessler, O. (2019). Pflege und Betreuung 2035 – Braucht die Schweiz eine Pflegeversicherung? Zenodo.
<https://doi.org/10.5281/ZENODO.3618810>

rung oder Ermöglichung altersgerechter Wohnungen mit und ohne Serviceleistungen, Stärkung der Mobilität und der sozialen Vernetzung, Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, Öffnung der Pflegeheime zu Quartierzentren, Stärkung der Quartierstrukturen, präventive Leistungen, Förderung nicht pflegerischer Unterstützungsleistungen, das Case-Management von Pflege und Betreuung aus einer Hand sowie die Unterstützung und Schulung von Freiwilligen zur Begleitung von Menschen in komplexen Situationen. Die Städte und Gemeinden haben einen grösseren Gestaltungsspielraum als eine national einheitliche Pflegeversicherung, denn sie können bei der Vergabe von Leistungsaufträgen auf unterschiedliche Vertragssituationen eingehen, die auf die konkreten Verhältnisse vor Ort ausgerichtet sind.

Risiken bietet diese Ausgangslage, wenn entsprechende Kompetenzen auf der jeweiligen verantwortlichen Ebene der Kantone und Gemeinden nicht aufgebaut werden, Konflikte um Zuständigkeiten und die Finanzierungsverantwortung zwischen den verschiedenen Staatsebenen oder den Ämtern bestehen oder die Finanzen die Handlungsspielräume einschränken. Die dezentrale und stark föderalistisch geprägte Rahmenordnung stellt eine Herausforderung für den Aufbau einer konsistenten «Tariforganisation» und eines aussagekräftigen Versorgungsmonitorings dar.

Weiterentwicklung der Tarifstrukturen und Tariffestlegung

Den Tarifstrukturen und Tarifverhandlungen kommen in der Steuerung der spitalexternen Pflege eine zentrale Bedeutung zu. Die Leistungserbringer der spitalexternen Pflege und Betreuung sehen sich einem verstärkten Preis- und Qualitätswettbewerb gegenüber, dessen Spielregeln aufgrund fehlender Referenzwerte und Kennzahlen zu den Klienten- und Leistungsstrukturen, zur Qualität sowie zu regionalen Unterschieden in den Lohnniveaus, Mobilitätskosten und anderen strukturellen Kosten wie z. B. der Abdeckung einer Versorgungspflicht unterbestimmt sind. Die Rahmenordnung bietet zwar Handlungsspielräume zur Vernetzung mit anderen Leistungserbringern. Sie lässt aber zugleich auch substantielle Unsicherheiten über die Entwicklung der Tarifstrukturen und Ausgestaltung der Leistungsaufträge zu.

Um Tarife im Bereich der spitalexternen Pflege transparent aushandeln zu können, müssen die Datengrundlagen zu Kosten und Leistungen harmonisiert, validiert und in einer angemessenen Datenauflösung weiterverarbeitet werden. Robuste Kostenrechnungen und Kennzahlen zu Betriebs-, Klienten- und Leistungsstrukturen, die in nationalen Datenbanken konsolidiert und statistisch ausgewertet werden, sind notwendig, damit Tarife in transparenten Verfahren ausgehandelt und Tarifstrukturen datengestützt weiterentwickelt werden können.

Das MPG-Team der HSLU hat im Rahmen eines Innosuisse-Projektes in Zusammenarbeit mit Wirtschafts- und Praxispartnern (Spitex Schweiz und Spitexorganisationen aus sieben Kantonen) Konzepte und Instrumente für eine hochauflösende Kosten- und Leistungsermittlung sowie einen Benchmark im Bereich der spitalexternen ambulanten Pflege bottom-up geschaffen.¹⁹ Die Projektergebnisse bieten der öffentlichen Hand und den Sozialversicherungen eine Grundlage für den Aufbau institutioneller Strukturen, in denen sie gemeinsam mit den Leistungserbringern die datengestützte Weiterentwicklung der Tarifstrukturen als lernende Systeme vorantreiben können. Diese Kostenrechnungsinstrumente sind seit 2023 auf dem Markt.

¹⁹ Wächter, M., Blättler, S. (2023). Kennzahlensysteme und Kostenmanagement der Spitex. Schlussbericht.

Bessere Datengrundlagen als Voraussetzung für eine bessere Steuerung

Die Notwendigkeit besserer Datengrundlagen betrifft nicht nur die Tarifstrukturen und Tarifverhandlungen. Die Frage, wie das politische Ziel erreicht werden kann, die spitalexterne Pflege und Betreuung wirtschaftlich, bedarfsgerecht, koordiniert und in hoher Qualität sicherzustellen, lässt sich ohne verbesserte Datengrundlage nicht beantworten.

Die Rolle und Funktion der Spitexorganisationen, der selbständigen Pflegefachpersonen und der Pflegeheime geht weit über das Angebot der Langzeitpflege und der Akut- und Übergangspflege hinaus. Ihr Leistungsbereich hat sich ausdifferenziert und umfasst Angebote der spezialisierten Pflege wie Palliative Care, psychiatrische Pflege, Wundpflege, komplexe somatische Pflege und Rehabilitation – mit 24/7-Verfügbarkeit. Auch bilden sich vermehrt Versorgungsregionen, innerhalb derer sich die Patientinnen und Patienten resp. Klientinnen und Klienten bewegen und die Leistungen ineinandergreifen.

Für die Steuerung des Leistungsgeschehens sind deshalb eine datenbasierte Darstellung des differenzierten Leistungsspektrums unterschiedlicher Organisationen und ein Monitoring der Versorgungsabdeckung in hoher regionaler Auflösung notwendig. Um die Aufgaben der spitalexternen Pflege an den Übergängen zwischen Versorgungsbereichen nachzeichnen zu können, ist eine Verknüpfung der verschiedenen Statistiken der Gesundheitsversorgung notwendig. Diese ermöglicht regionale Vergleiche der Versorgungsstrukturen und des Leistungsgeschehens, die Aufschluss über die Auswirkungen der regionalen Steuerungsansätze und getätigten Investitionen geben können sowie Aussagen über die Mengenentwicklung und Bedarfsorientierung des Angebots erlauben.

Das MPG-Team der HSLU konnte in verschiedenen Studien explorativ auf anonymisierte Individualdaten aus verschiedenen Leistungsbereichen zurückgreifen und zum Teil Patientinnen- und Patientenpfade zwischen Versorgungsbereichen über Teilverknüpfungen nachzeichnen.²⁰ Diese Analysen zeigen das Potenzial, das in einer Nutzung von harmonisierten und verknüpften Primärdaten liegt. Aus Sicht dieser Studien ist keine zusätzliche oder umfassendere Datenerhebung seitens der Leistungserbringer notwendig, sondern nur eine bessere Aufbereitung und Vernetzung ihrer Daten und eine Klärung der Datenverfügbarkeit.

²⁰ Wächter, M., Künzi, K., Hausammann, M., Abrassart, A. (2017). Vollkosten der öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitexorganisationen. Eine konzeptionelle und empirische Analyse der Kosten- und Leistungsstrukturen der öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitexorganisationen. Studie im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz.



Die Bedeutung nicht-pflegerischer Unterstützungsleistungen

Da auf die Einführung einer eigenständigen Pflegeversicherung, die auch hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen abdeckt, verzichtet wurde und da die Leistungserbringung stark föderalistisch organisiert ist, wurden hauswirtschaftliche und betreuende Dienste oft weniger beachtet als die Pflege selbst. Dies steht im Kontrast zu ihrer fundamentalen Bedeutung für den Erhalt der Selbständigkeit betagter und chronisch kranker Patientinnen und Patienten und zur Tatsache, dass sie rund 60 % aller notwendigen ambulanten Leistungen in diesen Lebenssituationen ausmachen.

In einer Studie zur Zukunft der Hauswirtschaft und der sozialbetreuenden Leistungen der Spitex hat das MPG-Team der HSLU nicht nur ihren Wert für die Bewältigung der notwendigen Alltagsaktivitäten aufgezeigt, sondern auch ihre Bedeutung im Bereich der Prävention und Früherkennung von Problemen.²¹ Bei einer geeigneten Ausrichtung des Leistungsspektrums und bei entsprechender Ausbildung des Personals gelingt es, Schutzfaktoren zu stärken, die die Selbständigkeit erhalten und fördern sowie Risikofaktoren für gesundheitliche Probleme minimieren. Durch den direkten Zugang zu den Klientinnen und Klienten sowie zu ihrem Wohnumfeld, durch den Einbezug in alltägliche Tätigkeiten, den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und die Möglichkeit, Aktivitäten individuell auszurichten, verfügt die Leistungserbringung im Rahmen einer Spitex über ein grosses Potenzial, das an anderen Stellen nur sehr schwer zu schaffen ist.

Dieses Potenzial kann nur durch klare Rahmenbedingungen wie eine transparente Abgeltung und entsprechende Prozesse und Kompetenzentwicklungen in den Dienstleistungsorganisationen ausgeschöpft werden.

Kantone und Gemeinden sind angesichts steigender Ausgaben für die Pflegefinanzierung zum Teil dazu übergegangen, ihre Beiträge an nicht-pflegerische Leistungen zu kürzen. Die Behebung der Asymmetrie zwischen der Finanzierung von Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsleistungen ist ein häufig geäussertes Argument zu Gunsten der Einführung einer Pflegeversicherung. Als Alternative dazu sollte aus Sicht des MPG-Teams der HSLU eine Neuausrichtung und Umgestaltung der heutigen Hilfenentschädigung geprüft werden.

Der Aufbau vernetzter koordinierter Versorgungsangebote

Die Zukunft liegt in einer vernetzten, koordinierten oder integrierten Versorgung, zu der die spitalexterne ambulante und stationäre Pflege und Betreuung wichtige Beiträge leisten werden (siehe Kapitel Integrierte Versorgung). Es werden regional sehr unterschiedliche Strukturen und Prozesse eines Angebots entstehen: Gesundheitszentren, Integration der Spitex in Managed-Care-Organisationen, dezentral arbeitende Teams und Case-Management. Hier gilt es, tragfähige Rahmenbedingungen in Bezug auf die Finanzierung und Tarifstrukturen, die interprofessionelle Zusammenarbeit und den Wissens- und Informationsaustausch zu schaffen.

Die Fortführung der spitalexternen Pflege unter dem Dach der Krankenpflegeversicherung und ihr Einschluss in die Reform «Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen» (EFAS) ermöglichen die Integration wichtiger Leistungsdimensionen. Ebenfalls vermeidet die Neuordnung einen Bruch zwischen verschiedenen Sozialversicherungsträgern. Die Finanzierung integrierter Versorgungsansätze sollte nicht durch einen weiteren Finanzierungsträger erschwert oder verwässert werden.

²¹ Wächter, M., Hafen, M., Bommer, A., Rabhi-Sidler, R. (2015). Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Standortbestimmung und Ausblick. Schlussbericht, Hochschule Luzern.

Fazit

Braucht die Schweiz einen Systemwechsel in Richtung Pflegeversicherung, respektive einer Mischung von einem obligatorischen Pflegesparmodell und einem Versicherungsteil für das Risiko sehr hoher Pflegekosten? Die Antwort auf diese Frage führt über eine sorgfältige, datengestützte Analyse der heutigen Rahmenordnung. Studien des MPG-Teams der HSLU zeigen das Potenzial auf, welches in der heutigen Ausgangslage liegt. Die Städte und Gemeinde können ein zentrales Bindeglied und ein Katalysator für den Aufbau des notwendigen Welfare-Mixes zur Pflege, Betreuung und Begleitung sein. Dieser muss alle Ebenen von Familie, Freunden, Nachbarschaften, privaten und gemeinnützigen Anbietern bis hin zu den staatlichen Institutionen umfassen, soll er finanziell und personell nachhaltig sein. Kantone, Städte und Gemeinden können zugleich einen sozialräumlichen Bezug der Pflege- und Unterstützungsleistungen gewährleisten. Bei spitalexterner Pflege unter dem Dach der Krankenversicherung können darüber hinaus Massnahmen der Behandlung, Rehabilitation und Begleitung sowie Prävention in einem Setting konzipiert und finanziert werden.

Ein Systemwechsel sollte nicht primär durch die Erschliessung neuer Finanzierungsquellen und einer neu ausbalancierten Lastenverteilung motiviert sein. Die entscheidenden Herausforderungen liegen in einer Optimierung der Steuerung und der Versorgungsstrukturen. Einen wichtigen Zwischenschritt bilden die Weiterentwicklung der Tarifstrukturen und Verfahren der Tariffestlegung sowie der Ausbau der Datengrundlagen. Ausgehend von der Optimierung der Leistungserbringung und ihren Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit, Qualität und Bedarfsorientierung ist dann die Frage zu klären, wie die Lastenverteilung und Finanzierung sichergestellt werden können.

Palliative Care: Wie wollen wir am Lebensende gepflegt werden?

Viele Menschen in der Schweiz wünschen sich, im vertrauten Umfeld gut betreut sterben zu können. Doch Lücken im Versorgungsnetz, in der Bedarfsplanung und in der Finanzierung entsprechender Leistungen erschweren dies. Eine Bestandsaufnahme mobiler Palliative-Care-Dienste zeigte das Potenzial dieser Betreuungsleistung über Regionen hinweg. Seit 2023 besteht im Kanton Luzern der mobile Dienst «Palliativ Plus» als Teil der Regelversorgung.

Die Akutversorgung in der Schweiz gilt als hochstehend. Doch wie sehen Behandlung, Pflege und Begleitung aus, wenn nicht länger die Heilung, sondern die Lebensqualität der letzten Lebensphase im Vordergrund stehen? Viele Menschen wünschen sich, zuhause oder in ihrem Pflegeheim sterben zu können. Dazu bedarf es der Unterstützung von Angehörigen, Freiwilligenorganisationen oder spezifischen Institutionen wie der Spitex aber auch von Hausärztinnen und Hausärzten. Im Jahr 2015 konnte dieser Wunsch nur für ungefähr 20 % der Palliativpatientinnen und -patienten des Kantons Luzern erfüllt werden.

Handlungsbedarf in der Palliativversorgung erkannt

In der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2015», der darauffolgenden Plattform Palliative Care sowie in verschiedenen kantonalen Initiativen wurden Lücken in der Schweizer Palliativversorgung, im Aufbau des notwendigen Wissens und in entsprechenden Standards und Instrumenten angegangen. Die Forschungsarbeiten des MPG-Teams der HSLU nahmen in diesem Kontext zum einen den Bestand und die Finanzierung der Mobilen Palliative-Care-Dienste (MPCD) und zum anderen die Einbindung von sozialen oder kirchlichen Institutionen und Freiwilligen in die Palliativversorgung in den Fokus.²²

Die Studie «MPCD in der Schweiz – eine Bestandsaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter», die im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) mit Unterstützung der Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Fachgesellschaft palliative.ch im Jahr 2014 vom MPG-Team durchgeführt wurde, ergab, dass ein Netzwerkansatz, vorausschauende Planung und etablierte Schnittstellen zentral sind, um eine bedarfsgerechte Palliativversorgung sicherstellen zu können.²³ Zudem braucht es in diesen komplexen Versorgungssituationen einerseits eine interprofessionelle Zusammenarbeit über Institutionengrenzen hinaus und andererseits – ergänzend zu Behandlung und Pflege – Betreuung und Begleitung sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der Angehörigen und des Freundeskreises. Dies gilt zunächst für alle Formen der Palliativversorgung, vor allem jedoch mit Blick auf das Ziel, in der letzten Lebensphase eine stabile Situation in der vertrauten Wohnumgebung zu schaffen. MPCD bilden einen wichtigen Knoten in diesem Netzwerk, da sie aufgrund ihrer interprofessionellen Ausrichtung und ihrer beratenden Tätigkeiten eine Brückenfunktion zwischen der spezialisierten Versorgung und der Grundversorgung einnehmen.

22 Wächter, M., Bommer, A. (2014). Mobile Palliative- Care-Dienste (MPCD) in der Schweiz – Eine Bestandsaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter. Studie im Auftrag des BAG mit Unterstützung der GDK und der Fachgesellschaft palliative.ch.
Gentile, G.C., Wehner, T., Wächter, M. (2015). Palliative Care – die Einbindung und Koordination der Freiwilligen. In: Wehner, T., Güntert, S. (eds) Psychologie der Freiwilligenarbeit. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-55295-3_11

23 Wächter, M., Bommer, A. (2014). Mobile Palliative- Care-Dienste (MPCD) in der Schweiz – Eine Bestandsaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter. Studie im Auftrag des BAG mit Unterstützung der GDK und der Fachgesellschaft palliative.ch.

Herausforderungen bei der Finanzierung

Die unterschiedlichen Netzwerke und Ausgangslagen in den Versorgungsregionen erfordern unterschiedliche regional angepasste Lösungen, weshalb auch eine regionale Bedarfsplanung erforderlich ist. Erschwert wird die Bildung funktionierender Versorgungsnetzwerke durch die bestehenden Finanzierungsmodelle. In der Schweiz gibt es unterschiedliche Tarifstrukturen und Finanzierungsströme für unterschiedliche Versorgungsbereiche des Gesundheits- und Sozialwesens. In vielen Bereichen sind die Zusatzaufwände für spezialisierte Pflegeleistungen, Koordinations-, Beratungs- und Triage-Aufwände sowie für die Einbindung von (sozial-)betreuerischen und psychologischen Unterstützungsleistungen nicht oder unzureichend in den Tarifen und Vergütungssystemen abgebildet. Folglich ist auch die Finanzierung von spezialisierten Palliativleistungen meist lückenhaft und ungenügend. Die Palliativversorgung erstreckt sich in vielen Fällen über einen längeren Zeitraum. Gleichzeitig ist sie geprägt von ständigen Wechseln zwischen verschiedenen Behandlungssettings, die teilweise von kurzer Dauer und in verschiedenen Versorgungsbereichen angesiedelt sind. Wenn Leistungen so weit wie möglich und erwünscht im privaten Wohnumfeld erbracht werden und Pflegeheime die komplexen und instabilen Fälle so lange wie möglich ohne Spitaleinweisung betreuen sollen, ist es wichtig, dass die notwendigen Palliativleistungen in allen Versorgungsbereichen bedarfsgerecht erbracht werden können und dass die Leistungen auch in den Tarifsystemen aller Versorgungsbereiche kostengerecht abgebildet sind. Die Anerkennung der Kosten der Palliativversorgung geht Hand in Hand mit der Kostentransparenz. So sind Lösungen über verschiedene Finanzierungsträger und Versorgungsbereiche hinweg zu finden, solange die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) nicht greift.

Ein konkreter Lösungsansatz für Luzern

Gestützt auf die Erkenntnisse der oben erwähnten Studie «MPCD in der Schweiz – eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter» führte das MPG-Team der HSLU 2015 eine Bedarfsanalyse für MPCD im Kanton Luzern durch.²⁴ Daraus resultierte ein Umsetzungsvorschlag inklusive Finanzierungsmodell für die Palliativversorgung. Das Modell schlug vor, die Verrechenbarkeit von Pflegeleistungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung auszuschöpfen und die zusätzlichen Kosten eines MPCD durch die Zusatzfinanzierung in Form eines Deckungsbeitrags und eines Sockelbeitrags abzudecken. Der Deckungs- und Sockelbeitrag sollten die Restfinanzierung der Pflege durch die Wohnortgemeinden ergänzen. Die Ergänzung beläuft sich dabei auf 120 Franken, was den Kosten einer Stunde Behandlungspflege in der Grundversorgung entspricht. Auf diesen Vorschlag hin verlangte das Postulat von Kantonsrätin Gerda Jung vom Luzerner Regierungsrat die Überprüfung der Zurverfügungstellung und langfristigen Finanzierung eines MPCD für das ganze Kantonsgebiet. Dem Postulat wurde stattgegeben und 2020 erfolgte die Gesetzesänderung zur Umsetzung. Im Januar 2023 startete der MPCD «Palliativ Plus» in allen drei Versorgungsregionen des Kantons als Teil der Regelversorgung.

Verein Palliativ Luzern

Der Verein Palliativ Luzern vereint Personen und Institutionen im Kanton Luzern, die sich für Palliative Care engagieren. Gegründet wurde er vor 17 Jahren auf Initiative der Caritas Zentralschweiz, der Krebsliga Zentralschweiz und des Vereins «Begleitung Schwerkranker – Luzern und Horw». Ziel des Vereins ist es, Betroffene und Angehörige über die Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten für die letzte Lebensphase zu informieren, die Vernetzung unter den Palliative-Care-Anbietern zu fördern, Fortbildungen zu organisieren, die Öffentlichkeit zu sensibilisieren und die Palliative Care auf gesundheitspolitischer Ebene zu fördern. Im Auftrag des Kantons und der Gemeinden koordiniert der Verein Palliativ Luzern als Dachorganisation Palliativ Plus die ambulante spezialisierte Palliative Care im Kanton Luzern.

Weitere Informationen: palliativ-luzern.ch

palliativ luzern

24 Wächter, M., Bommer, A., Rabhi-Sidler, R. (2015). Vertiefte Bedarfsabklärung «Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD)» im Kanton Luzern. Studie im Auftrag des Vereins Palliativ Luzern und des Gesundheits- und Sozialdepartements des Kanton Luzern.

Fragen zum Thema «Palliative Care» an Patrizia Kalbermatten-Casarotti, Leiterin Geschäftsstelle des Vereins Palliativ Luzern

Wenn wir auf 35 Jahre palliative.ch²⁵, 15 Jahre Nationale Strategie und Plattform Palliative Care Schweiz und 17 Jahre Verein Palliativ Luzern zurückschauen: Wo steht die Palliativversorgung in der Schweiz und im Kanton Luzern heute?

Die Arbeit auf Bundesebene der letzten 15 Jahre hat die Umsetzung von Palliative-Care-Angeboten in den Kantonen beschleunigt. Im Kanton Luzern erfolgte mit Artikel 25 Absatz 2 Gesundheitsgesetz (GesG) die gesetzliche Verankerung des Anspruchs unheilbar kranker und sterbender Menschen auf Palliative Care und mit dem am 1. Januar 2021 in Kraft getretenen neuen Artikel 44b GesG die erstmalige gesetzliche Regelung der Palliativversorgung im Kanton Luzern. Kanton und Gemeinden haben in ihrem Kompetenzbereich eine angemessene Palliativversorgung sicherzustellen. Sie betreiben und finanzieren gemeinsam einen spezialisierten mobilen Palliative-Care-Dienst. Unter dem Namen «Palliativ Plus» hat der Dienst am 1. Januar 2023 den operativen Betrieb im Kanton Luzern aufgenommen. Dadurch konnte eine wichtige Lücke in der Gesundheitsversorgung geschlossen werden.

Welchen Beitrag leisteten die Studien der Hochschule Luzern zu dieser Entwicklung?

Die Studie «Vertiefte Bedarfsabklärung «Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD)» im Kanton Luzern» der Hochschule Luzern lieferte eine wichtige Grundlage für den politischen Prozess, der zu Artikel 44b GesG führte. Sie trug zudem auch zur erfolgreichen Dienstplanung in der Projektphase bei. Die Kostenschätzung lieferte wichtige Grundlagen zur Erarbeitung möglicher Finanzierungsformen.

Wie wird das Angebot aus Sicht des Vereins Palliativ Luzern genutzt? Bestehen noch Stolpersteine?

Im ersten Jahr wurden insgesamt 675 Kundensituation mit spezialisierter ambulanter Palliative Care betreut und insgesamt 10'625 Arbeitsstunden geleistet. Der Bedarf ist im ganzen Kanton gegeben und im Raum der Stadt und Agglomeration Luzern aufgrund der Bevölkerungsdichte am höchsten.

Palliativ Plus stärkt die bereits bestehenden Palliativleistungen und führt zu einer stärkeren Vernetzung der Angebote im Kantonsgebiet. Damit die verschiedenen Organisationen voneinander lernen und sich weiterentwickeln können, wurde der Austausch zwischen ihnen institutionalisiert. Fachliche Unterlagen und Dokumente, die im Rahmen des Projekts erarbeitet wurden, werden von den Leistungserbringern im stationären und ambulanten Bereich rege genutzt und leisten einen wichtigen Beitrag zur Realisierung einer integrierten Palliativversorgung im Kanton.

Die Triage der Patientinnen und Patienten und die Zuordnung der Fälle zu Palliativ Plus bleiben eine Herausforderung. Wir lernen im steten Austausch voneinander, wobei den Fachverantwortlichen der Stützpunkte und Satelliten eine wichtige Expertise zukommt.

Welches sind die zentralen Herausforderungen, die grundsätzlich im Bereich der Palliativversorgung angegangen werden müssen?

Die Brisanz des Themas Palliative Care nimmt zu. Immer weniger Fachpersonen müssen immer mehr Menschen am Lebensende betreuen. Um diese Herausforderung anzugehen, sind ganzheitliche Strategien und eine engere Zusammenarbeit zwischen den ambulanten und stationären Leistungserbringern erforderlich. Die Bedeutung der Netzwerkarbeit wird deshalb in Zukunft weiter zunehmen. Dank Fördergeldern der Cornelius Knüpffer Stiftung und der Katholischen und Reformierten Landeskirche des Kantons Luzern unterstützt Palliativ Luzern mit gezielten strukturellen und finanziellen Massnahmen den Aufbau von regionalen Palliative-Care-Netzwerken im Kanton.

Weiterhin ungelöst ist die angemessene Abgeltung der Palliativleistungen, die personalintensiv aber letztendlich volkswirtschaftlich betrachtet kostensparend sind. Hierzu sind Bestrebungen auf nationaler Ebene am Laufen. Weitere Anstrengungen sind im Bereich der Sensibilisierung der Bevölkerung erforderlich.

Was sind für Sie wichtige Initiativen und Schlüsselakteure, um notwendige Entwicklungen im Bereich Palliative Care weiter voranzubringen? Welche Rolle sehen Sie für die angewandte Forschung, welche Fragen würden Sie ihr mit auf den Weg geben?

Palliative Care erfolgt per Definition interprofessionell und interorganisational. Um der Alterung der Gesellschaft und dem Personalmangel im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, wird künftig eine stärkere Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure und Entscheidungsträger erforderlich sein. Der Begriff «integrierte Versorgung» ist zwar in aller Munde. Es besteht jedoch nach wie vor grosses Potential für breite, niederschwellige und wirksame Umsetzungsformen einer sektorenübergreifenden und patientenzentrierten Versorgung. Die letzte Lebensphase wird fälschlicherweise oft ausschliesslich als Gesundheitsversorgung betrachtet. Sterbende Menschen verbringen allerdings die meiste Zeit ausserhalb der Betreuung durch Gesundheitsfachpersonen und möchten in ihrem vertrauten Umfeld betreut werden. Im Bereich der Vernetzung verschiedener Leistungserbringer sowie der häuslichen Betreuung stellen sich viele Fragen zur konkreten Ausgestaltung, Umsetzung und Finanzierung. Die angewandte Forschung dürfte hier einen wichtigen Beitrag leisten.

«Um der Alterung der Gesellschaft und dem Personalmangel im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, wird künftig eine stärkere Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure und Entscheidungsträger erforderlich sein.»



Integrierte Versorgung – warum die Zusammenarbeit im Schweizer Gesundheitswesen Sinn macht und doch eine Herausforderung bleibt

Ein effizienteres und patientenzentriertes Gesundheitswesen, das sich vollständig auf Versorgungsprozesse ausrichtet und diese in ein Gesamtsystem integriert, ist ein Lösungsansatz für viele Herausforderungen, die in dieser Publikation angesprochen werden. Die Forderung nach besserer Zusammenarbeit und mehr Koordination zwischen den Leistungserbringern steht schon lange im Raum und doch stocken viele Projekte und Initiativen. Ein Beispiel ist der Kanton Basel-Stadt, welcher auf ein vielversprechendes Leitbild zur Schnittstellenoptimierung zwischen den medizinischen Leistungserbringern setzt. Doch dezentrale Entscheidungsprozesse und strukturelle Fehlanreize erschweren bisher die vollständige Umsetzung einer nahtlosen Gesundheitsversorgung.

Das qualitativ hochstehende Schweizer Gesundheitswesen ist geprägt von einem stetigen Kostenanstieg, von Fachkräftemangel bei der Ärzteschaft und Pflege sowie von teils mangelnder Digitalisierung, die unter anderem zu ineffizienten Versorgungsprozessen führt. In diesem Kontext stellen integrierte Versorgungsmodelle mit besserer Koordination an den Schnittstellen und verstärkter Zusammenarbeit zwischen den Akteurinnen und Akteuren einen erfolgsversprechenden Lösungsansatz dar. Mit integrierter Gesundheitsversorgung ist die bewusste Koordination von Gesundheitsdienstleistungen gemeint, bei der verschiedene Leistungserbringer zusammenarbeiten und eine patientenzentrierte, bedarfsgerechte und möglichst nahtlose Versorgung sicherstellen. Konkret: In einem koordinierten oder eben integrierten Versorgungsmodell verstehen sich die Leistungserbringer als Teil eines grösseren Ganzen und stellen optimale Versorgungsprozesse für ihre Patientinnen und Patienten sicher.

Integrierte Versorgung als Herausforderung

Eine strukturierte, verbindliche Zusammenarbeit und eine nahtlos digitalisierte Kommunikation auf Basis von gemeinsam genutzten Patientendaten könnten sowohl die Qualität wie auch die Effizienz der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten über die ganze Versorgungskette hinweg verbessern. Dieser ganzheitlichen und nahtlosen Integration der Gesundheitsversorgung steht in der Schweiz jedoch ein vom Föderalismus geprägtes, fragmentiertes System mit strukturellen Fehlanreizen gegenüber. Mehrspurigkeiten und Ineffizienz entlang der Versorgungsprozesse sind somit immanent. Gewisse Diagnose- oder Behandlungsmassnahmen werden in einem solch fragmentierten System oft mehrfach durchgeführt, da Akteurinnen und Akteure sich zu wenig koordinieren und sich über bereits erfolgte Behandlungsschritte im Unklaren sind. Das verursacht nicht nur unnötige Kosten, sondern kann auch die Qualität der Versorgung senken.²⁶

Doch wie könnten die Leistungserbringer dazu gebracht werden, mehr und besser zusammenzuarbeiten? Warum haben wir in der Schweiz noch keine besser koordinierte und integrierte Gesundheitsversorgung? Es dürfte kaum am guten Willen der Einzelnen fehlen. Selbstverständlich tauschen sich Leistungserbringer über ihre Patientinnen und Patienten aus, doch sie tun dies selten systematisch und nicht nahtlos elektronisch. Hier stellt sich die Frage nach den Verantwortlichkeiten und Steuerungsmöglichkeiten. Welche Instanz oder welche Anreizstrukturen braucht es, um die Versorgung gesamtheitlich so zu gestalten, dass die Integration der Leistungserbringer systematisch umgesetzt und zum Standard wird?

²⁶ Mehr dazu siehe Kessler, O., Jehle, K., Wächter, M., Gedamke, S. & Willisegger, J. (Hrsg.). (2019). Immer mehr – immer besser? Über-, Unter- und Fehlversorgung im Schweizer Gesundheitswesen. Hogrefe Verlag.

Das Beispiel des Kantons Basel-Stadt

Vor mehr als 10 Jahren fragte sich auch der Kanton Basel-Stadt, wie er die vielfältigen Herausforderungen seiner stark ausdifferenzierten stationären Gesundheitsversorgung angehen sollte. Es wurden Reformvorschläge gesucht, die eine nachhaltig wirksame Koordination von Leistungen zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und den Austausch zwischen einzelnen Leistungserbringern unterstützen. Der Kanton Basel-Stadt stand vor der zusätzlichen Herausforderung, dass der Versorgungsauftrag seiner spezialisierten Medizin weit über die Kantons Grenzen hinausreicht, was insbesondere auf seine geografische Lage im Dreiländereck zurückzuführen ist. Als städtisches Zentrum ist der Kanton Basel-Stadt zudem von gewissen Gesundheitsthemen (z. B. psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen) und von sozial-gesundheitlichen Problemen stärker betroffen als ländliche Kantone. Dies führt zu zusätzlichen Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung wie beispielsweise zu Übertritten von einem Spital in eine Suchtklinik und zu Brüchen im Vergütungssystem.

Die Verantwortlichen des Kantons beauftragten das MPG-Team der HSLU, eine Bestandesaufnahme der Entwicklung im Basler Gesundheitssektor vorzunehmen. In einem partizipativen Prozess wurde gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern des Kantons, der Leistungserbringer und weiteren relevanten Organisationen ein Leitbild zur gegenseitigen Koordination und zum Management der Schnittstellen gestaltet.²⁷ Angesichts der Herausforderungen war dies ein Ausdruck des Willens der Spitäler und Kliniken und des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt zur Kooperation, um gemeinsam die Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern zu verbessern sowie Synergie- und Effizienzpotenziale auszuschöpfen. Der Kanton wollte insbesondere die Koordination und den Fluss zwischen den Gesundheits- und Sozialinstitutionen in hoher Qualität und «standardmässig» sicherstellen.

Die Analyse des MPG-Teams verdeutlichte, dass für eine wirksame Koordination von Leistungen ein gut funktionierendes Schnittstellenmanagement von zentraler Bedeutung ist. Um Kontinuität und Effizienz zu gewährleisten, müssen Schnittstellen zu Nahtstellen werden. Eine erste Auslegeordnung, die zusammen mit den Akteuren aus dem Basler Gesundheitswesen und der Politik durchgeführt wurde, ergab, dass gutes Schnittstellenmanagement – neben der Bereitschaft zur Zusammenarbeit – passende Strategien, Strukturen, Prozesse und fachliche Kompetenzen bei den Leistungserbringern voraussetzt. Die Bestandesaufnahme im Kanton Basel-Stadt zeigte, dass die Umgestaltung von Schnittstellen zu Nahtstellen einige Herausforderungen und Optimierungsbedarf zwischen den Institutionen und Versorgungsbereichen auf allen drei Ebenen des Schnittstellenmanagements (auf der Ebene der einzelnen Fälle, der Organisationen sowie der Rahmenbedingungen des Versorgungssystems und der Tarifgestaltung) mit sich bringt. Zum Beispiel sind nahtlose Übergänge eng mit den zeitlichen Ressourcen der Mitarbeitenden aller Professionen verbunden, die für die Behandlung der Patientinnen und Patienten und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen zur Verfügung stehen. Da Zeit in allen Spitälern knapp bemessen ist, muss die Optimierung des Schnittstellenmanagements so gelingen, dass die durch den Wegfall unnötiger Behandlungen und die Reduktion der Administration freigewordenen zeitlichen Ressourcen produktiv genutzt werden können.

Die Schnittstelle zwischen Spital-stationärer und ambulanter Versorgung stellt eine besondere Herausforderung dar, da sie die Schnittstelle mit der höchsten Anzahl von Übertritten mit anschliessendem Behandlungsbedarf ist. Hier gilt es, die spitalinterne, idealerweise multidisziplinäre Koordination an die viel stärker fragmentierte, ambulante Versorgung zu übergeben. Auch die ungleichen Kapazitäten der verschiedenen Leistungserbringer fordern ein gutes Schnittstellenmanagement. Durch Kapazitätsengpässe in Pflegeheimen und in Einrichtungen für Langzeitpflegebedürftige oder psychisch kranke Menschen bilden sich Flaschenhälse, die in den Spitälern schnell zum Rückstau der Patientinnen und Patienten führen.

²⁷ Wächter, M. & Kessler, O. (2014). Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt – Von Schnittstellen zu Nahtstellen im Kanton Basel-Stadt. Öffentlicher Schlussbericht. Hochschule Luzern – Wirtschaft.



Die Auslegeordnung des MPG-Teams im Kanton Basel-Stadt mündete schliesslich in ein Leitbild, welches in die Qualitätsstrategie der Spitalversorgung des Kantons integriert wurde. Dieses Leitbild wurde in enger Zusammenarbeit mit den Spitälern und Kliniken entwickelt, um ein gemeinsames Verständnis einer umfassenden und vernetzten Gesundheitsversorgung zu verfolgen. In den Leitsätzen sind die konkreten Ziele eines guten Schnittstellenmanagements formuliert, welche die Akteure der Gesundheitsversorgung im Kanton Basel-Stadt erreichen wollen. In Form einer Broschüre «Gesundheitsversorgung – umfassend und vernetzt» wurde das Leitbild auch der Öffentlichkeit bekannt gemacht.

Mit Unterstützung des MPG-Teams der HSLU entwickelte der Kanton Basel-Stadt zusammen mit den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens diverse Massnahmen zur Umsetzung des Leitbilds. Der Massnahmenkatalog stellte dem Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt ein zielorientiertes und überprüfbares Instrument zur stufenweisen Umsetzung der erklärten Leitsätze zur Verfügung. Zentrale Massnahmen wurden auf Basis des Leitbilds auch in die Leistungsvereinbarungen zwischen dem Kanton und den basel-städtischen Spitälern und Kliniken integriert.

Das Projekt zeigt, dass es den Willen der beteiligten Akteurinnen und Akteuren zur Kooperation braucht, damit die integrierte, koordinierte Versorgung vorankommt. Massnahmen sollten idealerweise parallel auf allen drei Ebenen – individuelle Fallebene, Organisationsebene und Systemebene – ergriffen werden. Zum Teil liegen sie nicht in der Hand eines einzelnen Leistungserbringers, sondern setzen Zusammenarbeit und strategisches, koordiniertes Vorgehen voraus. Letztendlich stützen sich Massnahmen für eine bessere integrierte Versorgung auf eine Kulturveränderung der Leistungserbringung sowie auf Anpassungen der Vergütungssysteme.

Fragen an Thomas von Allmen, Leitung Abteilung Spitalversorgung, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Inwiefern haben die damalige Analyse sowie die entwickelten Leitsätze und Massnahmen zur Qualität der Gesundheits-/Spitalversorgung im Kanton BS beigetragen?

In der ersten Projektphase wurde durch die Hochschule Luzern eine – in der Schweiz einzigartige – ausführliche Analyse der Schnittstellen in der Versorgungslandschaft des Kantons Basel-Stadt durchgeführt. Auf Basis dieser Auslegeordnung wurde in enger Zusammenarbeit mit den Spitälern und Kliniken ein Leitbild für eine umfassende und vernetzte Gesundheitsversorgung formuliert. Diese Analyse sowie die Auseinandersetzung mit möglichen Massnahmen waren wertvoll. Ob die Qualität der Spitalversorgung sich mit der Verabschiedung eines Leitbilds verbessert hat, lässt sich nicht beurteilen. Wie bei anderen Aktivitäten im Qualitätsmanagement tragen einzelne Massnahmen mehr oder weniger zu einer Gesamtentwicklung bei. Eine Rückführung einer Aktivität auf eine Verbesserung ist nicht möglich.

Welche Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung im Kanton BS funktionieren heute gut als Nahtstellen? Welche Schnittstellen stellen die grösste Herausforderung dar?

Der sektorenübergreifende Behandlungspfad ist nach wie vor eine Herausforderung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten in der Region. Die Übergänge sind je nach Krankheitsbild unzureichend in den Prozessen dokumentiert. Zudem bedeutet die unterschiedliche Finanzierung der Sektoren immer wieder einen grossen Hemmschuh zur vertieften Zusammenarbeit.

Die zusätzlichen Ressourcen, die wir in die Schnittstellen investiert haben, haben zu einer gewissen Optimierung der Versorgung beigetragen. Zu erwähnen sind beispielsweise die 24-Stundenaufnahme eines Geriatriespitals, womit betagte Patientinnen und Patienten nicht über den Akutspital-Notfall aufgenommen werden müssen. Ein weiteres Beispiel ist die vorgezogene Planung für den Fall einer Verlegung aus dem Akutspital in die Rehabilitation, die Spitex-Versorgung oder das Pflegeheim. Das Modell der Pflegeberatung und Einstufung von älteren Menschen vor Eintritt in eine Einrichtung der Langzeitpflege funktioniert in Basel-Stadt sehr gut.

Würden alle Kantone, auch ländliche, von einer ähnlichen Bestandsaufnahme und einem Leitbild profitieren?

Die Auseinandersetzung mit Themen der integrierten Versorgung beschäftigt alle Kantone, unabhängig von Grösse und Struktur. Essenziell bei einer Bestandsaufnahme und Entwicklung eines Leitbilds ist jedoch, dass die Initiative von den Leistungserbringern vollumfänglich gestützt wird.

Was denken Sie, wo und auf welche Weise könnten und sollten Impulse gesetzt werden, damit Schnittstellenmanagement und integrierte Versorgung kontinuierlich weiterentwickelt werden?

Als erstes kommt mir bei dieser Frage der «Experimentierartikel» des Bundes in den Sinn, mit dem man ein Modell zur Finanzierung des Patientenpfads aus einer Hand testen kann. Leider ist der «Experimentierartikel» so starr, bürokratisch und nicht auf Innovation ausgelegt, dass wir davon die Hände lassen. Möglich sind aber stets Modellprojekte, in denen in einem kleinen und überschaubaren Setting Impulse gesetzt werden können. Je nach Erfahrung können diese Projekte in die Routine überführt werden, wie es derzeit in der psychiatrischen Versorgung in Basel-Stadt mit dem Projekt «Home Treatment»²⁸ aufgeleitet wurde.



«Essenziell bei einer Bestandsaufnahme und Entwicklung eines Leitbilds ist jedoch, dass die Initiative von den Leistungserbringern vollumfänglich gestützt wird.»

²⁸ Mit dem «Home Treatment» der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel werden Patientinnen und Patienten von einem multiprofessionellen Behandlungsteam in ihrer gewohnten Umgebung versorgt. Die aufsuchenden Angebote wirken entstigmatisierend und ermöglichen den Patientinnen und Patienten passgenaue Behandlungen in ihrem gewohnten Lebensumfeld. UPK Basel – Home Treatment

Das MPG-Team

Christine Beeler studierte in Genf und Brüssel internationale Beziehungen (BA) und Europa Studien (MA) sowie in Luzern Public & Nonprofit Management (MSc). Seit 2022 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Kompetenzzentrum Public & Nonprofit Management des Instituts für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR) der Hochschule Luzern – Wirtschaft. Vor ihrer Tätigkeit an der HSLU absolvierte sie ein Hochschulpraktikum in der Direktion für europäische Angelegenheiten des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten (EDA) und arbeitete als Fachspezialistin und Teamleiterin Contact Tracing bei der Dienststelle Gesundheit und Sport des Kantons Luzern.

christine.beeler@hslu.ch

Hannes Blatter, lic. ès sc. pol, ist Politikwissenschaftler und seit 2012 am Kompetenzzentrum Public & Nonprofit Management des am Institut für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR) der Hochschule Luzern – Wirtschaft als Dozent tätig. Er initiiert und leitet Forschungsprojekte für das Forschungsprogramm «Management und Politik im Gesundheitswesen». Darüber hinaus gibt er Weiterbildungen in den Bereichen Gesundheitswesen und Public Management. Er ist zudem Geschäftsführer des Luzerner Forums für Sozialversicherungen und Soziale Sicherheit (www.luzerner-forum.ch). Vor seiner Tätigkeit an der Hochschule Luzern war er Generalsekretär der CSS Versicherung in Luzern. Zuvor war er Fraktionssekretär der CVP Bundeshausfraktion und Stv. Generalsekretär der CVP Schweiz sowie persönlicher Mitarbeiter des Direktionspräsidenten im Inselspital in Bern.

hannes.blatter@hslu.ch

Prof. Oliver Kessler, lic. rer. publ. HSG, ist Ökonom und Politikwissenschaftler und seit 2003 als Dozent, Forscher und Organisationsberater am Institut für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR) der Hochschule Luzern – Wirtschaft tätig. Die Entwicklung von Strategien, Organisationen, Führungskulturen und Kooperationen – insbesondere im Sozial- und Gesundheitsbereich – sind seine Arbeitsschwerpunkte. Er leitete am IBR von 2006 bis 2020 das Kompetenzzentrum Public & Nonprofit Management und von 2004 bis 2019 war er Co-Studienleiter des Weiterbildungsmasters «MAS Management im Sozial- und Gesundheitsbereich». Seit 2012 ist er Co-Leiter des Forschungs- und Beratungsschwerpunktes «Management und Politik im Gesundheitswesen» und seit 2019 Leiter des International Office des Departements Wirtschaft der HSLU. Seit Januar 2024 ist er zusätzlich Co-Leiter des Interdisziplinären Netzwerks Gesundheit, in welchem departementsübergreifend und mit externen Partnern Lösungen zu aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitsbereich entwickelt werden. Vor seinem Engagement an der HSLU war er selbständig sowie in verschiedenen Funktionen in sozialen Organisationen, in der öffentlichen Verwaltung und in der Privatwirtschaft tätig.

oliver.kessler@hslu.ch

Dr. Kaisa Ruoranen ist Sozial- und Kommunikationswissenschaftlerin und arbeitet seit 2022 als Senior wissenschaftliche Mitarbeiterin des Kompetenzzentrums für Public & Nonprofit Management am Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR der Hochschule Luzern – Wirtschaft. Ihre Dissertation zur Professionalisierung von Sportverbänden verfasste sie am Institut für Sportwissenschaft der Universität Bern, an dem sie auch als Wissenschaftliche Assistentin tätig war. Anschliessend arbeitete sie bei der Medien- und Kommunikationsagentur BA Media GmbH als Assistentin. Sie verfügt über langjährige Erfahrung in der Forschung, welche sie an der Universität Bern und in der Schweizer Paraplegiker-Forschung gesammelt hat. Ihre Schwerpunkte liegen auf organisationsoziologischen Fragen in Projekten im Gesundheitswesen sowie in Entwicklung und Management von Nonprofit-Organisationen.

kaisa.ruoranen@hslu.ch

Dr. Larissa M. Sundermann studierte Wirtschaftswissenschaften sowie Management und arbeitet seit 2024 als Dozentin des Kompetenzzentrums für Public & Nonprofit Management am Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR der Hochschule Luzern – Wirtschaft. Sie (co-)leitet den Major Public und Nonprofit Management des Masters in Business Administration und unterrichtet in verschiedenen Modulen des Bachelors und Masters in Business Administration. Seit November 2024 vertritt Sie den Verein Forum BGM Zentralschweiz als Geschäftsführerin nach Aussen. Von 2021–2024 war sie als Gesamtleiterin Studienmanagement Wirtschaft der HSO Wirtschafts- und Informatikschule sowie Mitglied der Geschäftsleitung tätig. Davor war sie von 2017–2021 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmanagement des Departments Soziale Arbeit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft angestellt. Sie verantwortete und arbeitete in dieser Zeit verschiedene wissenschaftliche Studien und Dienstleistungen, (co-)leitete den CAS Marketing und Kommunikation in Nonprofit Organisationen und unterrichtete im Bachelor Soziale Arbeit. Bis 2023 war sie zudem Vorstandsmitglied des ZHAW Vereins Theater 8.

larissa.sundermann@hslu.ch

Prof. Dr. Nico van der Heiden ist Politikwissenschaftler und Volkswirt und berät Organisationen im Sozial- und Gesundheitsbereich. Er arbeitet seit 2020 als Dozent, Projektleiter und stellvertretender Leiter des Kompetenzzentrums für Public & Nonprofit Management am Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR der Hochschule Luzern – Wirtschaft. Er (co-)leitet das MAS-Weiterbildungsprogramm «Management im Gesundheits- und Sozialbereich» sowie vier CAS-Programme im Gesundheitsbereich für Führungskräfte. Zuvor war er stellvertretender Geschäftsführer und Leiter Politik beim Verband der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) sowie Co-Sektionsleiter Weiterentwicklung Gesundheitsberufe im BAG. Davor war er Projektleiter Forschung am Zentrum für Demokratie Aarau, an der Universität Zürich und am Kompetenzzentrum für Public Management in Bern.

nico.vanderheiden@hslu.ch

Dr. Matthias Wächter, Naturwissenschaftler und Ökonom (Dr. sc. nat. ETH) ist seit 2011 Dozent und Projektleiter am Kompetenzzentrum für Public & Nonprofit Management des Instituts für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR) und Co-Leiter des Forschungs- und Beratungsschwerpunktes «Management und Politik im Gesundheitswesen» der Hochschule Luzern – Wirtschaft. Er verfügt über langjährige Forschungserfahrung im Bereich Sozial- und Gesundheitspolitik. Unter anderem war er als Wissenschaftlicher Programmbeauftragter des Collegium Helveticum, als Geschäftsleiter der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Sozialpolitik (SAS), als Mitarbeiter des Büros BASS und als persönlicher Mitarbeiter der Vorsitzenden der Geschäftsleitung beim Schweizerischen Roten Kreuz Kanton Zürich tätig. Schwerpunkte seiner Forschungsarbeit bilden das öffentliche Gesundheitsmanagement, die Versorgungsforschung Langzeitpflege, das Schnittstellenmanagement in der Gesundheitsversorgung, Anreizsysteme und Systemfragen zu Governance, Wettbewerb und Finanzierung im Gesundheitswesen.

matthias.waechter@hslu.ch

Prof. Jonas Willisegger hat an den Universitäten Bern und Lausanne Politikwissenschaft, Recht und Geschichte studiert. Vor seiner Tätigkeit an der Hochschule Luzern arbeitete er als Direktionsadjunkt und stellvertretender Informationsbeauftragter im Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung (Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung). An der HSLU leitet er seit 2020 das Kompetenzzentrum Public & Nonprofit Management und arbeitet seit 2013 als Dozent, Projekt- und Studienleiter am Institut für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR). Er leitet den Master of Advanced Studies in Public Management sowie die zugehörigen CAS-Programme (CAS Public Management und Politik, CAS Management-Grundlagen für die öffentliche Verwaltung).

jonas.willisegger@hslu.ch

Ausgewählte Projekte und
Publikationen aus unserer
Forschungsgruppe finden
Sie online.





Hochschule Luzern
Wirtschaft
Institut für Betriebs- und
Regionalökonomie IBR
Zentralstrasse 9
Postfach
6002 Luzern

T +41 41 228 41 50
ibr@hslu.ch
hslu.ch/ibr



Auf unserem Blog lesen Sie spannende
Beiträge zu Themen im Bereich Management
und Politik im Gesundheitswesen.