



Mut, Zentrumsspital und Regionalspitäler zu verbinden oder die Feigheit, Spitäler zu schliessen?

5 Thesen zur Schweizer Spitallandschaft

Dr. sc. ETH Hansjörg Schmid
Departementsleiter Finanzen Personal, Stv. CEO, Luzerner Kantonsspital

SVS-Kongress, 9. November 2018

Kompetenz, die lächelt.

Kurz zur LUKS/LUNIS-Spitallandschaft

● **LUKS: Zentrumsspital Luzern**
Regionalspitäler Sursee und Wolhusen
Höhenklinik Montana

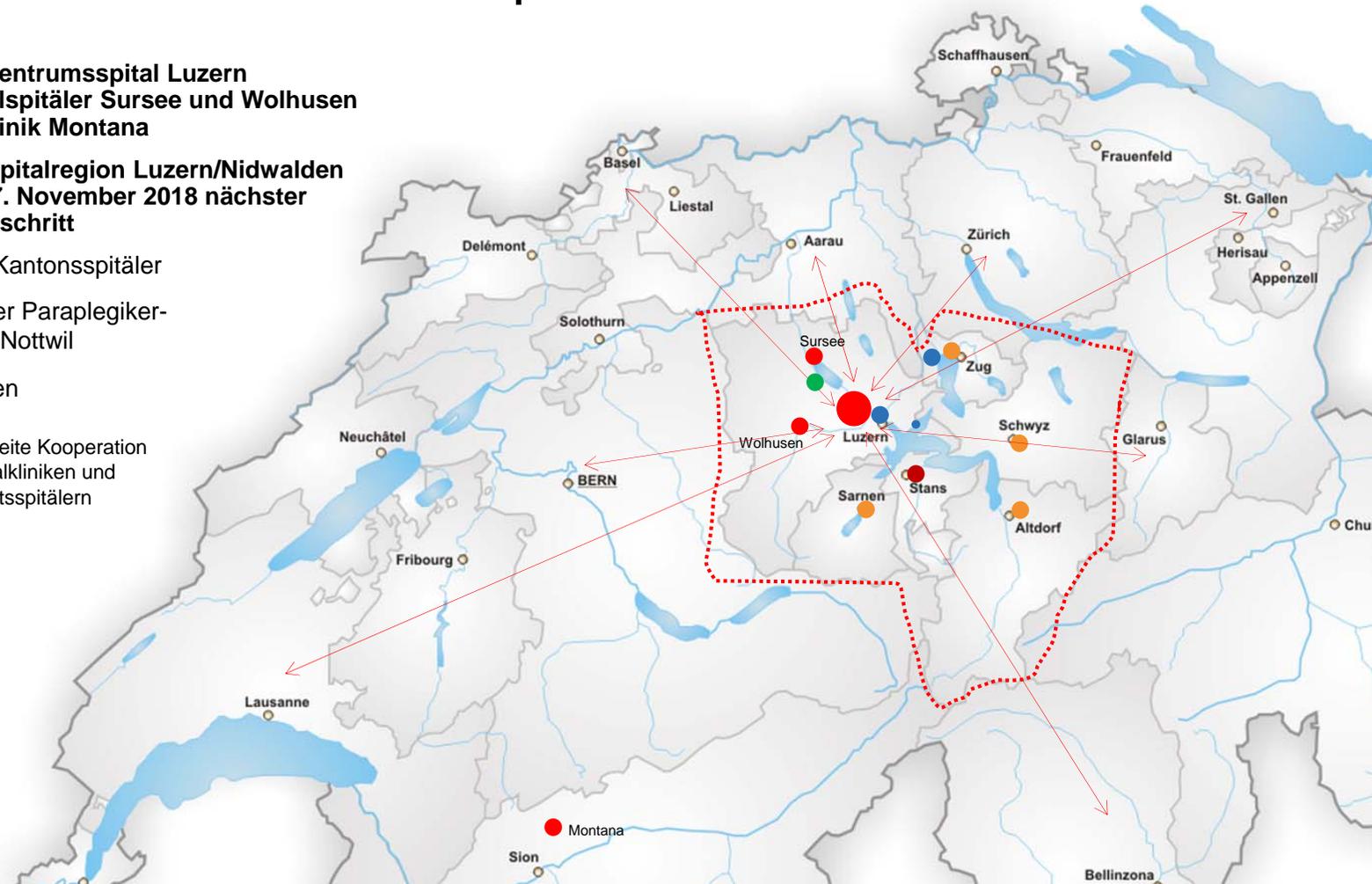
● **Stans: Spitalregion Luzern/Nidwalden**
LUNIS, 7. November 2018 nächster
Vertragsschritt

● Weitere Kantonsspitäler

● Schweizer Paraplegiker-
Zentrum Nottwil

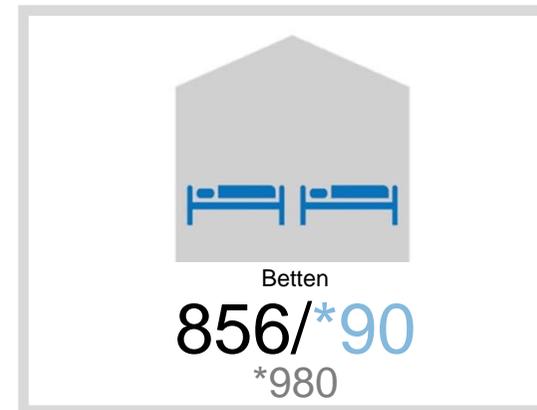
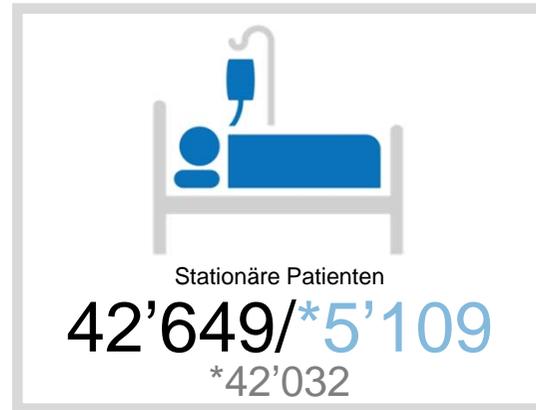
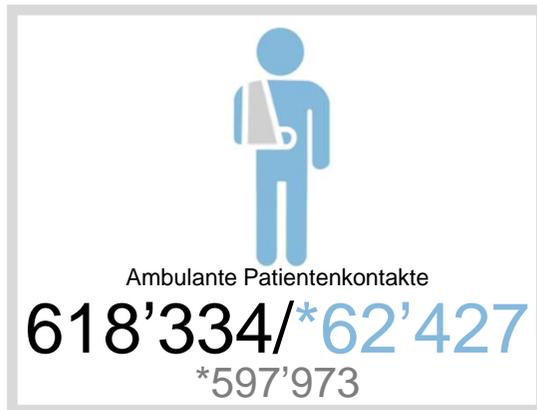
● Hirslanden

↔ Schweizweite Kooperation
mit Spezialkliniken und
Universitätsspitälern



- Zentralschweiz mit Kleinkantonen, hohe Dichte an Kantonsspitalern
- Besondere Rolle des Luzerner Kantonsspitals seit 1902 gegeben:
Eingebunden in Ablauf Hausarzt → Kantons-/Regional-
spital → Luzerner Kantonsspital als Spezialistenspital (mit
Spezialkliniken wie Frauenklinik, Augenklinik, Kinderspital usw.)
- 1999: Zusammenschluss der Spitäler Sursee und Wolhusen
zum Kantonalen Spital Sursee-Wolhusen KSSW
- 2008: Verselbständigung der kantonalen Spitäler unter dem
Dach einer öffentlich-rechtlichen Anstalt mit eigener
Rechtspersönlichkeit:
Luzerner Kantonsspital mit den
Standorten Luzern, Sursee und
Wolhusen sowie der Höhenklinik
Montana.
- 2012: Beginn der inter-
kantonalen Zusammenarbeit
zwischen dem LUKS und dem
Kantonsspital Nidwalden –
gemeinsame Spitalregion Luzern
Nidwalden (LUNIS).
- 2018: Nächster Schritt LUNIS
7. November Vertragsunter-
zeichnung Aktienkauf- und
Aktionärbindungsvertrag.

Dimension der LUKS/LUNIS-Spitallandschaft



LUKS in Zahlen 2017
Luzern, Sursee, Wolhusen
www.luks.ch/jahresbericht

*Zusätzlich:
Kantonsspital Nidwalden
(Zahlen 2017)

*Universitätsspital Zürich
(Zahlen 2017)

Die Zahlen bieten einen rudimentären Vergleich der Grössenordnung: Beispielsweise ist beim LUKS das Kinderspital integriert, beim Universitätsspital Zürich hingegen nicht.

Es ist kompliziert: Kritische Faktoren, Multi-Rationalitäten, Zielkonflikte

- **Kanton:** Versorgungsauftrag, Sparen (ambulant...), Regionalpolitik
- **Patienten:** Das Beste, sofort, nah wenn es brennt, ewig leben
- **Krankenkassen:** Werden zu (Online-)Ärzten
- **Politik:** Wunsch für dezentrales Kleinstunispital, das fast gratis ist
- **Spitäler:** Einzelkämpfer für Standort und Angebot / zwischen → Auftrag (öffentliches Spital) und Fight um → Anerkennung (Private, Spitalliste)
- **Idee Spitalregion:** Wie binden wir die Spitäler sinnvoll an uns und aneinander
- **Zentrumsspital:** DRG System mit systematischen Fehlern / Fehlanreizen; Tarmed: Unterdeckung ambulante Bereiche und an Komplexität kaum mehr zu überbieten; Kinderspital völlig unterfinanziert

Ein Versuch in 5 Thesen.

SwissDRG: Benachteiligung in der Abgeltung multimorbider Patienten:
«Im DRG-System beträgt der Anteil von Patienten mit schweren oder äusserst schweren Komorbiditäten oder Komplikationen in unseren Daten knapp einen Fünftel. Unsere Analyse zeigt, dass einerseits multimorbide Fälle und andererseits Fallpauschalen mit einem hohen Anteil an multimorbiden Fällen in unserem Kollektiv ökonomisch deutlich benachteiligt werden. Dies kann zu Fehlanreizen führen und die Versorgung multimorbider Patienten gefährden.»

Schweizerische Ärztezeitung,
2018;99 (12):372–377

These 1: Die Verunsicherung hat ein neues Höchstmass erreicht.

- Im Moment passiert etwas – aber was genau?
- Alle (alle) sind ratlos.
- Planungsannahmen, die noch vor 2 Jahren ihre Gültigkeit hatten, stehen heute zur Disposition.
- Gemacht wird, was sich vermeintlich lohnt.
- Gespart wird, wo es sich vermeintlich lohnt.
- Resultat: Spitäler rüsten auf, buhlen um «gute» Patienten.
- Wir vom LUKS handeln dort, wo wir im Moment am ehesten sicher sind...

«Bund und Kantone setzen sich in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative dafür ein, dass: (...) b. jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält; (...)».

Bundesverfassung der Schweiz

«Der Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist ein wichtiges und kontrovers diskutiertes Element des öffentlichen Gesundheitssystems. Leistungen zulasten der OKP müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sein. Im Gegensatz zu den nichtärztlichen Leistungen muss die Kassenpflicht ärztlicher Leistungen aber nicht flächendeckend geprüft werden, sondern wird bis zum Beweis Gegenteils automatisch angenommen. Dieses Vertrauensprinzip gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern macht unbestrittene Innovationen rasch für die Versicherten zugänglich.»

admin.ch, Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, 21. August 2008

These 1: Sicher ist, dass es Digitalisierung braucht



Mehr zur Digitalisierung am LUKS:
luchs.ch/lukis

These 2: Die Spitallandschaft Schweiz ist am Ende ihrer Kontinuität.

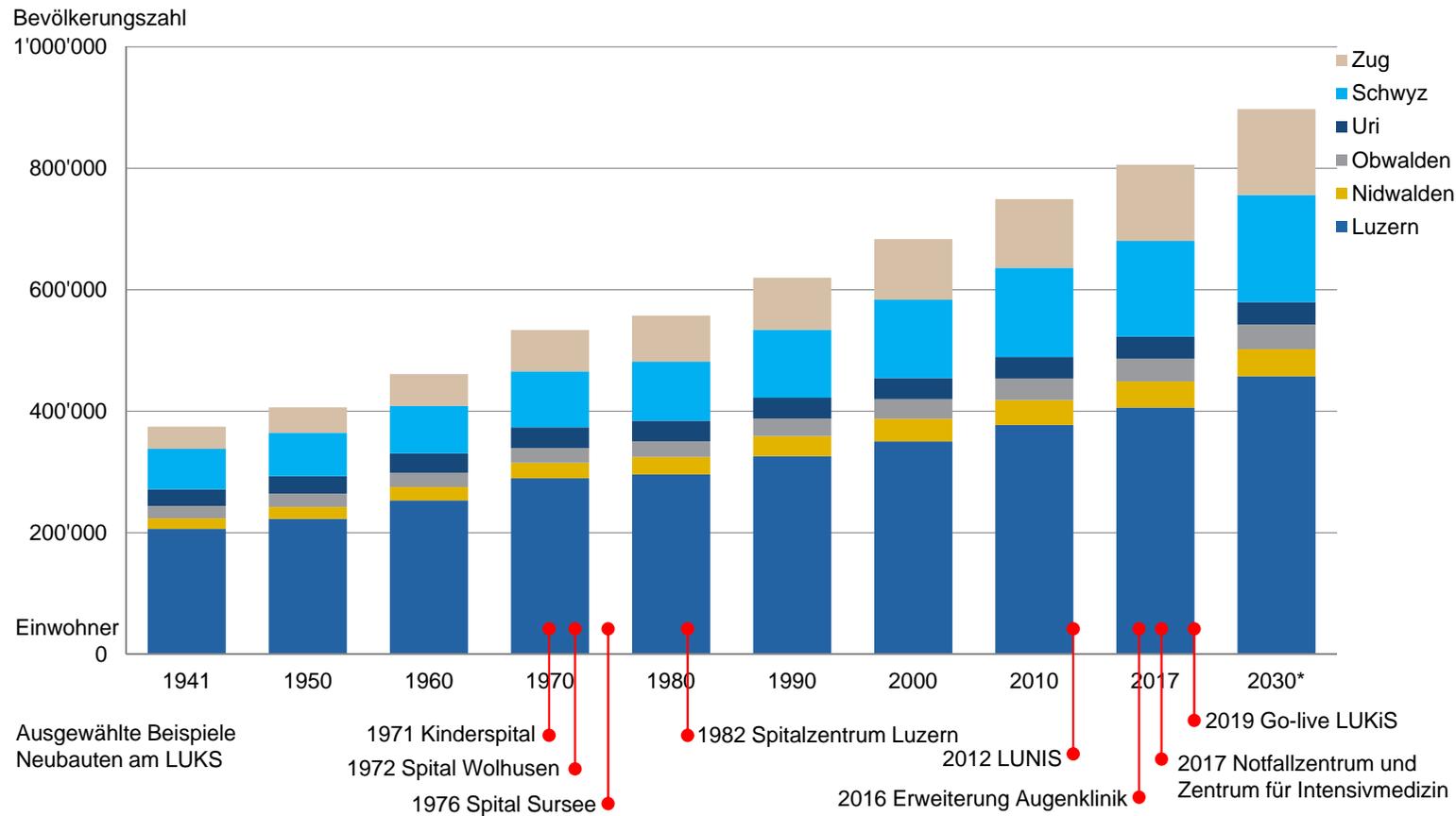
- Bis vor kurzem war klar: Wir bauen neu – grösser, spezialisierter. Wir wachsen; wir müssen wachsen.
- Ambulant vor stationär hat eine Vollbremsung bewirkt.

Leitlinien des EDI zu
Kostendämpfungsmassnahmen,
Beschluss des Bundesrats vom
25. Oktober 2017:

1. Alle Akteure des Gesundheitswesens sollen dazu beitragen, das OKP-Kostenwachstum merkbar zu dämpfen.
2. Auf Mengenausweitung ausgerichtete Anreize sind zu korrigieren.
3. Die Tarifpartnerschaft ist aufrechtzuerhalten; führt sie nicht zu Ergebnissen, sollen vermehrt subsidiäre Kompetenzen des Bundes eingesetzt werden, damit sich die Gesundheitsversorgung zum Nutzen und zum Schutze der Patientinnen und Patienten weiterentwickelt.
4. Alle Akteure schöpfen ihre Handlungsspielräume aus, um den medizinischen Fortschritt und die Innovation allen OKP-Versicherten zukommen zu lassen.
5. Alle Akteure sind gehalten, Qualitätsdaten zu veröffentlichen und damit die Transparenz zu verbessern.

<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen/bundesrat.msg-id-68547.html>

These 2: Wachstum? Betten? Bauten ersetzen?



Situation Kanton Luzern
<https://gesundheit.lu.ch/themen/gesundheitsversorgung/ambulanzstationaer>

*Bevölkerungszahlen und mittleres Referenzszenario, Quelle: Bundesamt für Statistik

These 2: Neubau Spital Wolhusen (Ersatz 1972)



- Flexibilität als Grundprämisse; Vertikalisierung, Vernetzung, Sorge tragen zum Zentrum
- Also: Priorisierung beim Angebot, Schwerpunkte, Portalfunktion
- Kostendach; Design-to-Cost-Prozesse (DTC)
- Reduktion der Akutbetten
- Flexible Nutzung: mit interdisziplinärem Ambulatorium (inkl. Sonder-Sprechstunden durch Konsiliarärzte), Konzentration, Rehasentrum

- Das LUKS schrieb im Februar 2017 den Studienauftrag öffentlich aus (Schritt 1 Präqualifikationsverfahren).
- Beurteilungsgremium empfahl 5 der 26 interessierten Teams zur Teilnahme am Studienauftrag.
- Die 5 ausgewählten Teams erklärten sich zur Übernahme des Studienauftrags und damit zur Ausarbeitung eines Projektentwurfs bereit. Ein Team zog sich zurück.
- Der Studienauftrag dauerte bis November 2017. Danach erfolgte die Schlussbeurteilung der 4 Vorschläge durch das Beurteilungsgremium.
- Im Dezember 2017 erfolgte die Zustimmung durch den Spitalrat.

luchs.ch/bauen

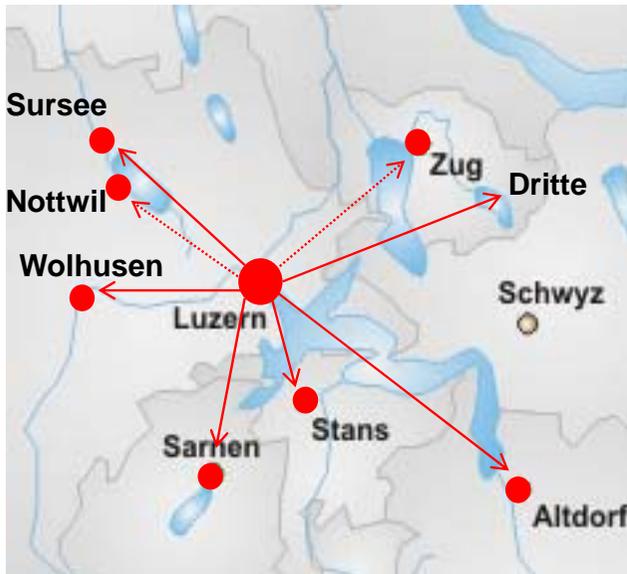
These 3: Es spricht alles fürs Zentralisieren. Es spricht alles fürs Dezentralisieren.

- Zentralisierung löst Abwehrreflexe aus (Beispiel Schliessung Wäscherei).
- Dezentralisierung beisst sich mit Wunsch nach Full-Service und hohen Fallzahlen, die diesen Full-Service ermöglichen.
- Vernetzung als Alternative.

«Zentralisierung wird oft als Unwort verschrien, als zu bekämpfendes, abwehrendes und um jeden Preis zu vermeidendes Grundübel. Nirgends ist dieser Reflex so stark verankert wie in der föderalen Schweiz mit ihren 26 Kantonen und 2'294 Gemeinden (Stand 1.1.2016).»

Sean Mueller
<https://www.defacto.expert/2016/01/11/zentralisieren/>

These 3: Das spricht fürs Zentralisieren



Beispiel Innovative Effizienz:
Radiologie LUKS

- Zentrumsspital und Zentrenbildung für hohe Spezialisierung und Behandlungsqualität
- Weniger Spitäler = Konzentration der Mittel
- Fallzahlen, attraktive Aufgaben für Teams
- Eine mobile Gesellschaft braucht nicht alle 10 km ein Akutspital
- Digitalisierung hilft, den Mensch als Ganzes zu sehen
- Neue Wege durch innovative Effizienz: Netzwerk als Alternative zum reinen Zentralisieren
- Netzwerke bedingen konsequente Koordination und Priorisierung des Leistungsangebots: Ergänzung und Zusammenarbeit statt Konkurrenz und Verdoppelung

Radiologie LUKS

- Betrieb der Zentralschweizer Spital-Röntgeninstitute durch Spezialisten des LUKS (Netzwerk vor Ort)
- Hochstehende, wohnortnahe Versorgung von Bevölkerung und Partnerinstitutionen während 24 Stunden / 365 Tagen
- Überweisung komplexer Fälle ans LUKS Luzern (Caseload)
- Attraktivität für Fachkräfte; Koordination Leistungsangebot und Investitionen im Netzwerk
- Nachts wird das Netzwerk zentral und kostengünstig durch das LUKS Luzern betrieben (Teleradiologie, Netzwerk vom Zentrum aus)

These 3: Das spricht fürs Dezentralisieren



Überdurchschnittlich hohe Patientenzufriedenheit:
Spital LUKS Wolhusen und Kantonsspital Nidwalden, Stans

- Patientenzufriedenheit: Kleine Spitäler werden positiver beurteilt als grosse Spitäler → ist es «das», was Patienten letztendlich suchen?
- Kleine Spitäler können flexibler und rascher handeln als grosse Spitäler
- Multifunktionale Aufgaben, weniger Aufgabenteilung = attraktiv für viele Mitarbeitende
- Die alternde, multimorbide Gesellschaft braucht nahe Versorgungszentren
- Ersatz für Rückgang Hausarztpraxen?
- Qualität dank Netzwerken; bedingt konsequente Koordination und Priorisierung des Leistungsangebots: Ergänzung und Zusammenarbeit statt Konkurrenz und Verdoppelung

«Ein Kanton ist dann zentralisierter, wenn die Linke im Kantonsparlament stark ist, das Kantonsgebiet klein und die kantonale politische Kultur egalitär ist. Das zeigt eine neue Untersuchung der Universität Bern.»

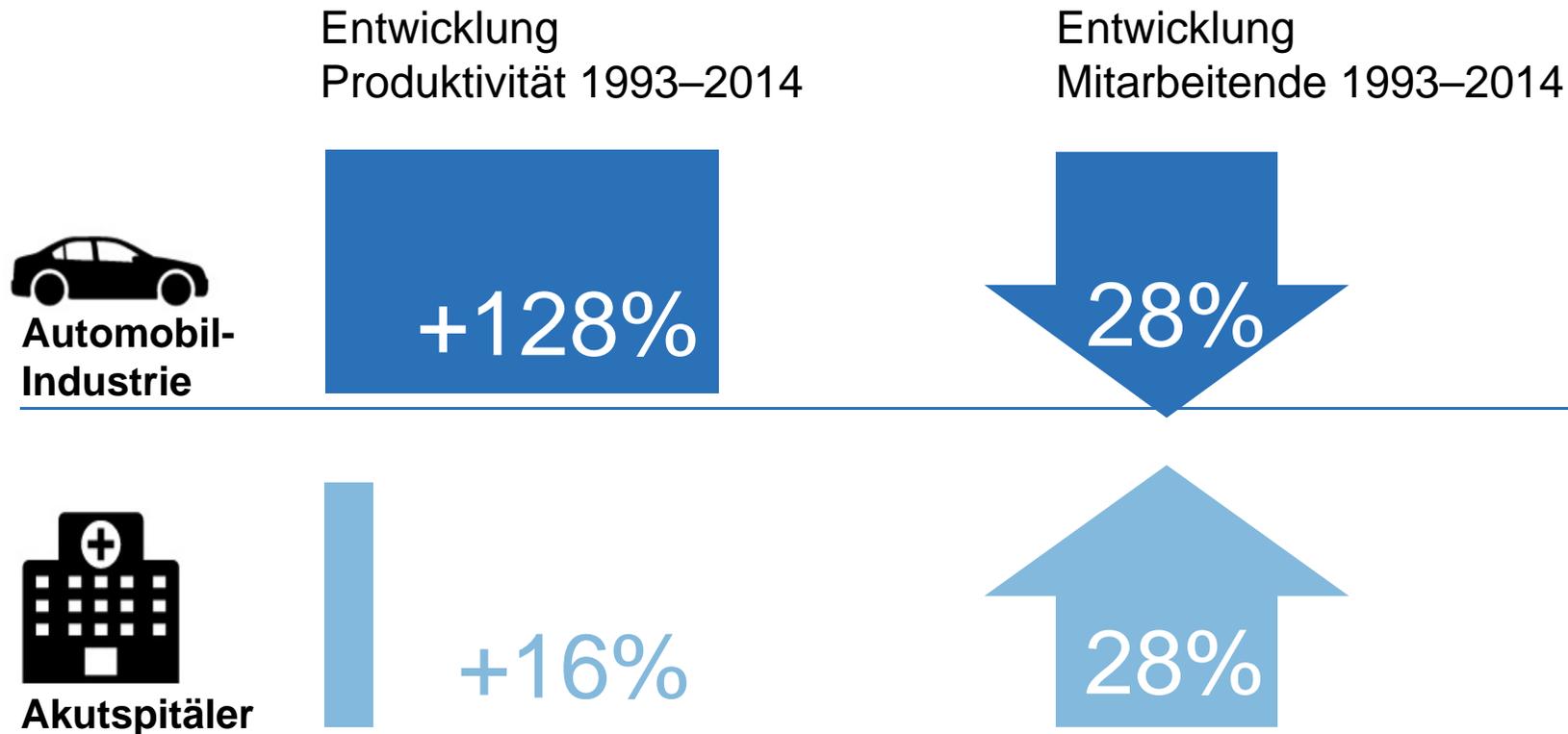
Dezentralisierung und kantonale Merkmale siehe Sean Mueller, Kantonale Zentralisierungstypen <https://www.defacto.expert/2016/01/11/zentralisieren/>

These 4: Die Gesundheitsversorgung muss sich konzentrieren auf: Leistung, Beziehung, Effizienz, «Sinn».

- Zu jeder Zeit und in jeder Situation die richtige Art von Leistung bieten
- Auch für eine alternde, multimorbide Gesellschaft
- Palliative Care: Gut leben können, auch mit chronischer und schwerer Erkrankung
- Serielles Anbieten von Leistungen ist günstiger
- Wir müssen Patienten in ihren Bedürfnissen verstehen
- Standardisierung / Individualisierung
- Prävention als neues Geschäftsmodell ist zweischneidig: Man findet immer etwas.

«Leistungsauftrag, der (schweiz.):
von einer Behörde od. Institution
erteilter Auftrag, bestimmte
Dienstleistungen zu erbringen.»
Duden

These 4: Produktivität und Effizienz



Zahlen aus den USA;
vergleiche auch weitere Studien
BAIN & COMPANY
www.bain.com

Branchen mit geringem Produktivitätswachstum erhöhen Beschäftigung, Produktivitätswachstum sinkt
Quelle: US Bureau of Labor Statistics data from Macrobond; Bain Macro Trends Group analysis, 2017

These 4: Das Richtige tun – Kernaufgabe

Gesundheitsbranche: Digitalisierung und Automation werden 25% der Vollzeit-Jobs eliminieren und Jobfunktionen verändern

Bedarf MA 100%

Administration und andere Arbeitskräfte
Pflege und Medizin-Techn. Personal
Ärztinnen/Ärzte

Heute

Bedarf MA -25%

Administration und andere Arbeitskräfte
Pflege und Medizin-Techn. Personal
Ärztinnen/Ärzte

Zukunft

Zukünftige Aufgaben

- Administration und andere Arbeitskräfte**
 - Abrechnung, Dokumentation, Termine, Managementaufgaben
 - Die meisten Abrechnungen, Aktualisierung von Informationen und die Patienten-Kommunikation erfolgen elektronisch; individuell nur im Ausnahmefall
- Pflege und Medizin-Techn. Personal**
 - Weniger Überwachung der Mitarbeitenden und weniger stationäre Patienten durch Zunahme der Telemedizin
 - Weniger persönliche Termine bedeuten weniger Patientenunterstützung
 - Verantwortung für Patientenakten und Administration bleiben unverändert
- Ärztinnen/Ärzte**
 - Mehr 1:1-Zeit mit dem Patienten
 - Digitalisierte Diagnoseunterstützung und automatisierte elektronische Aufzeichnungen bedeuten weniger Schreibtischarbeit

Einschätzung aus den USA;
 vergleiche auch weitere Studien
 BAIN & COMPANY
www.bain.com

Quelle: Fallstudie Gesundheitswesen: Auswirkungen der Automatisierung auf die Vollzeitarbeit, Bain Macro Trends Group analysis, 2017

These 4: «Sinn» – ein heikles Beispiel

Wie können wir Angebote differenzieren?

Früher **Allgemein versichert**

- 4- bis 8er-Zimmer
- schlechtes Essen
- mittelprächtige Behandlung und Pflege
- irgend ein Arzt

Halbprivat / privat versichert

- 1- bis 2er-Zimmer
- gutes Essen
- Vorzugsbehandlung
- Chefarzt

Heute **Allgemein versichert**

- 1- bis 2er-Zimmer
- gutes Essen
- sehr gute, standardisierte Behandlung und Pflege
- interdisziplinäres Team

Zusatzversicherte

- 1- bis 2er-Zimmer mit x Extras
- Hotellerie, exklusives Essen, Wein
- Vorzugsbehandlung mit x Extras
- freie Arztwahl / Chefarzt; aber eigentlich interdisziplinäres Team

Übersicht zu
 Zusatzversicherungsleistungen
 unter
<https://www.comparis.ch/krankenkassen/info/glossar/zusatzversicherung>

These 5: Das Spital wird zum Gesundheitsversorger. Wenn der Auftrag – und die Finanzierung – stimmt.

- Ambulant vor stationär bedingt umfassende Betreuung und Zusammenarbeit aller Kräfte.
- Die alternde, multimorbide Gesellschaft hat neue und andere Bedürfnisse.
- Die Ressourcen (Geld, Mitarbeitende) werden knapp.
- Markt oder Koordination?
Rosskur oder kontrollierter Prozess?
- Vernetzung mit Priorisierungskonzept als Gebot der Stunde:
Es braucht dazu den Willen zum Konsens, welche Leistung und welcher Leistungsgrad wo und durch wen angeboten wird.

«Die Ambulantisierung verlagert Versorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor. Die 2012 erfolgte obligatorische Einführung der Fallpauschalen-Vergütung (SwissDRG) in den Schweizer Spitälern verstärkt die Verkürzung der stationären Behandlung. Das Zuhause ist in vielen Fällen eine kostengünstige Alternative zum Spital- und Heimaufenthalt. Das Zuhause wird auch in der Langzeitpflege in den nächsten Jahrzehnten weiter an Bedeutung gewinnen [...]. Dazu tragen einerseits der Kostendruck und die demographische Entwicklung bei. Andererseits werden die Angebote in der Fernüberwachung und in der mobilen Kommunikation weiterentwickelt. Man spricht auch von einem anstehenden Boom von Überwachungs-, Diagnose- und Behandlungsangeboten zu Hause. Der Markt für den Verkauf und den Verleih sogenannter Home Medical Equipments wird stark wachsen, und damit entsteht auch zusätzlicher Bedarf an Beratung.»

Aus: Trends und Herausforderungen im Gesundheitswesen der Schweiz, Peter C. Meyer, Mathis Brauchbar Schweiz. Ärztezeitung, 15.8.2018

These 5: Aktuell: Blick in den Kanton Aargau

SPITALGESETZ

Reaktionen zum Regierungs-Vorschlag: «Es bewegt sich etwas in der Gesundheitspolitik»

von Noemi Lea Landolt - Schweiz am Wochenende • 27.10.2018 um 05:00 Uhr

Es ist nur eine Vision. Noch ist unklar, wie genau die Aargauer **Spitallandschaft** im Jahr **2035** aussehen wird. [Aber die Regierung hat im Anhörungsbericht zum totalrevidierten Spitalgesetz skizziert, welche Entwicklung sie anstrebt.](#) In Zukunft sollen nicht mehr alle Leistungen flächendeckend angeboten werden.

Die Regierung will aus den Regionalspitälern Rheinfelden, Laufenburg, Leuggern, Muri, Menziken und Zofingen **Gesundheitszentren** machen. Als Gesundheitszentrum sollen sie weiterhin die stationäre Grundversorgung in der Region sicherstellen und sich schwergewichtig um ambulante Leistungen kümmern. Eine Erweiterung der Gesundheitszentren mit einer Apotheke, Physiotherapeutinnen oder Ernährungsberatern wäre aus Sicht der Regierung

Kanton Aargau
Spitalgesetz (SpiG); Totalrevision
«Neue Handlungsspielräume und
Massnahmen zur Kosten-
dämpfung»

Alle Dokumente unter
https://www.ag.ch/de/weiteres/aktuelles/anhoeerungen_vernehmlassungen_2/laufende_anhoeerungen/laufende_anhoeerungen_details/laufende_anhoeerungen_details_109635.jsp

These 5: Drei Fragen zur Aargauer Idee

Lässt sich diese Idee der kantonalen Gesundheitsversorgung auch überregional und interkantonal umsetzen?

Welche Organisationsstrukturen braucht es dazu?

Ist 2035 nicht viel zu spät?

Roths Spitalgesetz kommt bei Parteien gut an – Hoffnung auf «Ende des Wettrüstens der Spitäler»

Headline
www.aargauerzeitung.ch
26. Oktober 2018

Zum Schluss: Eine Art Konklusion

1. Die Verunsicherung hat ein neues Höchstmass erreicht.
→ **Es stehen uns strukturelle Anpassungen bevor. Der Entscheidungsdruck steigt.**
2. Die Spitallandschaft Schweiz ist am Ende ihrer Kontinuität.
→ **More of the Same, Standortkämpfe und Besitzstandwahrung bringen uns nicht weiter.**
3. Es spricht alles fürs Zentralisieren. Es spricht alles fürs Dezentralisieren
→ **Wir müssen einer alternden Gesellschaft flexible Versorgungssicherheit bieten. Koordinierte Netze mit klarer Leistungspriorisierung sind eine Möglichkeit, die man aber wollen muss.**
4. Gesundheitsversorgung muss sich konzentrieren auf: Leistung, Beziehung, Effizienz, «Sinn».
→ **Sparen heisst auch, teuren Nonsens nicht länger zu belohnen.**
5. Das Spital wird zum Gesundheitsversorger. Wenn der Auftrag – und die Finanzierung – stimmt.
→ **Ambulant vor stationär ist eine Frage der Verantwortung und der Verantwortlichen. Dann kann etwas daraus werden. Es muss etwas daraus werden – rasch.**