

Vom Pilotprojekt zur Regelversorgung: Finanzierung und Vergütung spitalersetzender akutsomatischer Versorgung in der Schweiz

Kernaussagen

Hintergrund und Kontext

Die Schweiz steht vor einer doppelten Herausforderung: Demografische Alterung – der Anteil der über 80-Jährigen wird sich bis 2050 verdoppeln – trifft auf angespannte Spitalfinanzen (EBITDA-Margen 1–2%) bei gleichzeitig hohen Gesundheitsausgaben (11,7% des BIP). Entsprechend gewinnt spitalsubstituierende akutsomatische Versorgung an Bedeutung, welche Behandlungen akuter Erkrankungen zu Hause anstelle eines Spitalaufenthalts ermöglicht. Seit 2021 etablierten sich etwa 14 Versorgungsmodelle in 10 Kantonen; im Kanton Zürich wurden bereits über 750 Patient:innen zu Hause versorgt. Internationale Übersichten zeigen zu spitalsubstituierenden akutsomatischen Versorgungsmodellen häufig kürzere Verweildauern, reduzierte Rehospitalisierungen und hohe Patientenzufriedenheit. Im internationalen Vergleich weisen Länder wie Frankreich und Singapur eine vergleichsweise starke institutionelle Verankerung spitalersetzender akutsomatischer Modelle auf – insbesondere durch klarere nationale Definitionen bzw. regulatorische Verankerung und routinisierte Vergütungswege. Die Einheitliche Finanzierung Ambulant und Stationär (EFAS, ab 1. Januar 2028) schafft ein politisches Fenster, um sektorenübergreifende Vergütungs- und Zuständigkeitslogiken für spitalsubstituierende Episoden in der OKP zu verankern.

Die Herausforderung

Alle Pilotprojekte stossen an die Grenzen des bestehenden Tarifsystems:

- **Sektorale Fragmentierung:** Die Schweiz vergütet getrennt (SwissDRG für Spital, TARMED/TARDOC für ambulant-ärztliche Leistungen, KLV für Spitex). Spitalsubstituierende Episoden kombinieren jedoch alle drei Sektoren, wofür keine Vergütungsstruktur existiert.
- **Nicht-skalierbare Finanzierung:** Pilotprojekte finanzieren sich über Stiftungsmittel, Sonderpauschalen oder kantonale Projektfinanzierungen, welche nicht übertragbar und langfristig nicht tragfähig sind.
- **Fehlendes gemeinsames Verständnis:** Ohne nationale Definition bleiben Modellversuche fragmentiert, Finanzierungsverhandlungen inkonsistent, und eine Abbildung im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung unwahrscheinlich.

Handlungsempfehlungen

1. Nationale Definition und Indikationskatalog etablieren

Eine vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) geführte nationale Arbeitsgruppe mit Versicherern, Kantonen, Spitex, Spitälern, der Swiss Hospital at Home Society (SHAHS) als Vertreterin von Leistungserbringern spitalsubstituierender Versorgung sowie Patientenorganisationen entwickelt eine verbindliche Definition spitalsubstituierender akutsomatischer Versorgung mit einem klar abgegrenzten Indikationskatalog als ambulante KVG-Leistung, abgestimmt auf EFAS 2028. Dies schafft die Grundlage für vergleichbare Episoden zur Preiskalibrierung und Qualitätsevaluation.

2. Episodentarif mit integrierter Koordinationsvergütung

Eine gebündelte Zahlung pro Episode vergütet den gesamten Behandlungspfad während der Akutepispde (ärztliche und pflegerische Versorgung, Koordination, Logistik, 24/7-Bereitschaft, Diagnostik, Medikamente und Material). Die anbieterneutrale Vergütung liegt zwischen ambulantem und stationärem Korridor. Koordinationsaufgaben werden explizit vergütet. Ein federführender Leistungserbringer rechnet ab und Sub-Kontrahierung zwischen Leistungserbringern ist zulässig.

3. Episoden in bestehender Dateninfrastruktur identifizierbar machen

Spitalsubstituierende Episoden werden durch Episoden-Kennzeichnung in bestehenden Abrechnungsdaten (TARDOC/ambulante Pauschalen, KLV) identifizierbar gemacht ohne separate Datenerfassung. Eine Verknüpfung mit einer Hauptdiagnose nach ICD-10 ermöglicht die Identifikation in Routinedaten und einen Vergleich mit Hospitalisierungen.

4. KVG-Integration und Equity-Sicherung

Ein Leitfaden für OKP-Leistungsanträge wird erstellt; der Prozess zur Einordnung und Verankerung spitalsubstituierender akutsomatischer Versorgung als ambulante KVG-Leistung wird unter Berücksichtigung von EFAS 2028 definiert. Ein Equity-Monitoring soll unbeabsichtigte finanzielle Barrieren vermeiden und Unterschiede in Kostenbeteiligung, zugrunde liegender Kostenstruktur, Inanspruchnahme und Outcomes nach Region, Versicherer und demografischen Merkmalen frühzeitig erkennen.

Überlegungen zur Implementierung

Zu den Hindernissen bei der Umsetzung gehören:

- Komplexität von Tarifverhandlungen zwischen multiplen Akteuren (Versicherer, Kantone, Tarifpartner).
- Risiko zu enger Definition, die Innovation bremst oder regionale Varianz ignoriert.
- Fehlende systematische Kostendaten aus Pilotprojekten für präzise Tarifkalibrierung.
- Kantonale Autonomie ohne interkantonal abgestimmte Leitplanken.

Die Umsetzung wird unter anderem durch folgende Faktoren erleichtert:

- EFAS 2028 bietet ein Fenster für sektorenübergreifende Episodenvergütungen.
- Pilotprojekte liefern praktische Erfahrungen und erste Evidenz.
- Der Ländervergleich zeigt: Skalierung gelingt eher, wenn Definition/Rollen, ein routinisierbarer episodenfähiger Vergütungsweg und Episoden-Transparenz in Routinedaten/Monitoring zusammenspielen.

- Breite Übereinstimmung über zentrale Gestaltungsprinzipien (Anbieterneutralität, Koordinationsvergütung, Equity-Schutz).
- Substanzielles Verlagerungspotenzial (z. B., 6'272–12'545 vermeidbare Hospitalisierungen für fünf Akutdiagnosen im Jahr 2023 (Erwachsene ≥ 20 Jahre) (bei angenommener Verlagerungsrate von 10–20%)) reflektiert Potenzial für Effizienzgewinne und patientenzentriertere Versorgung.