Sustainable Health+

Aktuelle und zukünftige Versorgungsstrukturen - mögliche Rolle der Spitex

2. Spitex Forum Region Pfannenstiel 20.3.2026

Dr. med. Gieri Cathomas

Inhaltsverzeichnis

- Aktueller Situation und Versorgungslandschaft Schweiz
- Finanzierung und gesetzliche Reformen
- Versorgungslandschaft Schweiz
- Mögliches Zielbild der medizinischen Versorgung
- Situation Kanton Graubünden und Region Surselva
- Erfolgsfaktoren einer integrierten Versorgung
- Rolle der Spitex heute und in Zukunft
- Fazit und mögliche Handlungsaufträge

Aktuelle Situation im Schweizer Gesundheitswesen

Sektor Verschiebung
Medizinischer Fortschritt und politischer Wille führen zur Verschiebung vom stationären in den ambulanten Sektor (EFAS, AVOS, TARDOC)

Kantonale Fragmentierung
Kantone als Regulator, Kostenträger und Eigentümer erleichtern ein (über)regionale Spitalplanung nicht

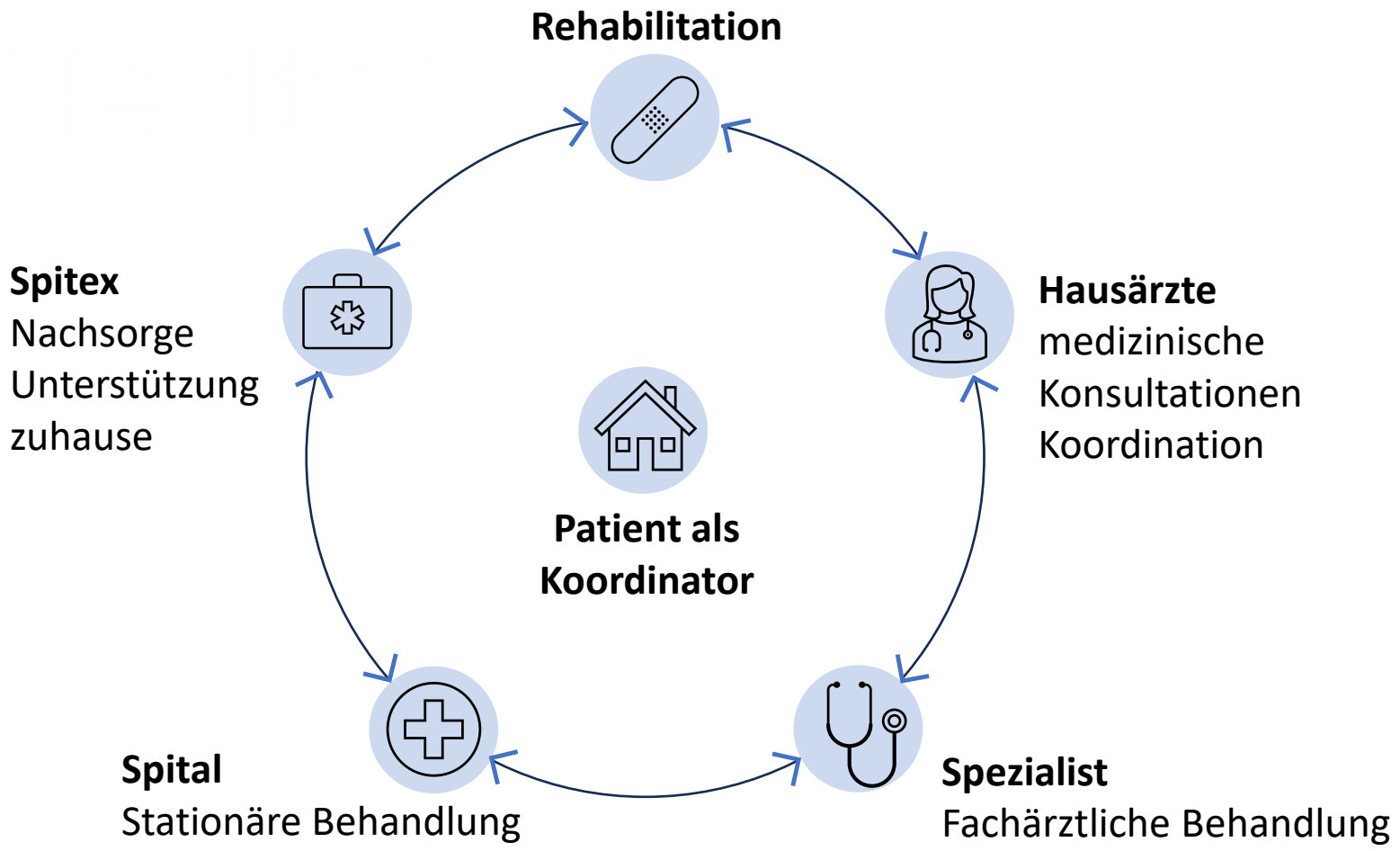
Hausärztemangel (insbesondere Peripherie)
Überproportionale Pensionierungen führen zu Versorgungsengpässen in Randregionen

Tiefer Anteil an ambulanten Eingriffen
Die Schweiz hat im internationalen Vergleich eine sehr tiefe Quote an ambulanten Eingriffen Ca. 20 % - viele andere Länder ca. 50 %)

Investitionsdruck
Neubau Spitalprojekte basieren oft auf stationären Wachstums-Cases (Verdrängung und Ausbau von Dienstleistung als mögliche Folge)

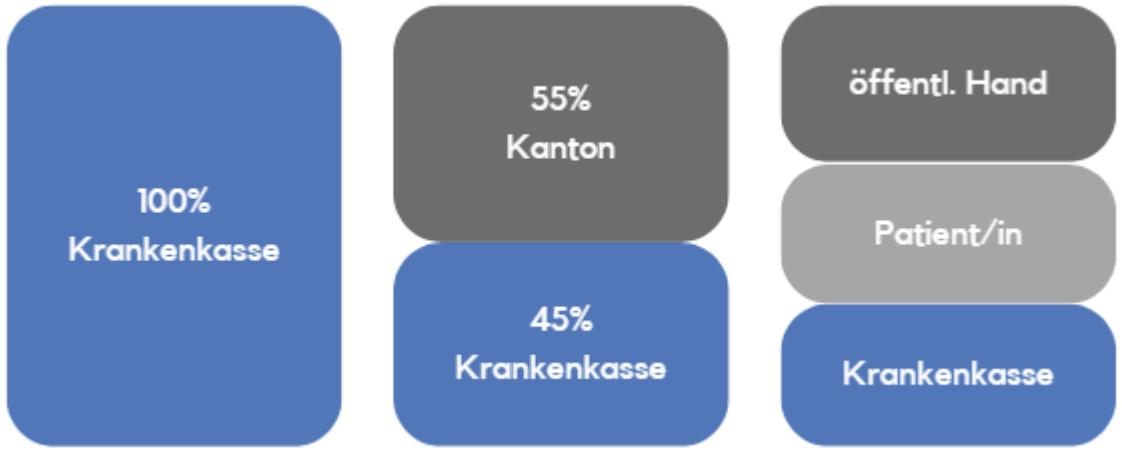
Innovationschance
Strukturwandel, technologischer Fortschritt und Fachkräfteherausforderung als Chance für Innovation wahrnehmen.

Aktueller Versorgungspfad - Hoher Koordinationsaufwand



Aktuelle Finanzierung von medizinischen Dienstleistungen

Vereinfachte Darstellung



Unterschiedliche Kostenträger
Ambulante, stationäre und pflegerische Leistungen folgen heute unterschiedlichen Finanzierungslogiken

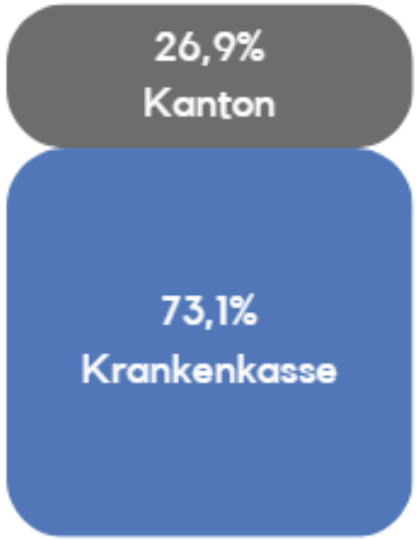
Pflegefinanzierung
Langzeitpflege und Spitex folgen keiner fixen Aufteilung. Finanzierung durch Versicherung, Patient/in und öffentliche Hand

Kostenträgerverschiebung
Ein Wechsel des Settings verändert oft auch die Finanzierungsverantwortung

Grenzen für den Versorgungspfad
Übergänge und Koordination sind im sektoralen Modell zu wenig abgebildet

Gesetzliche Reform

EFAS: Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen



Alle Leistungen gemeinsam finanziert

Einheitliche Finanzierung
EFAS gleicht die Finanzierung von ambulant und stationär stärker an (gemeinsame Kostenträger)

Weniger Verschiebungseffekte
Die Wahl des Settings soll sich stärker an der med. sinnvollen Versorgung orientieren

Ambulante und stationäre ärztliche Leistungen ab 2028

Pflege ab 2032
Pflegeleistungen werden etwas später in die neue Finanzierungslogik eingebunden

Versorgungslandschaft Schweiz und Dänemark im Vergleich

	Schweiz	Dänemark
Bevölkerung	Ca. 9 Mio.	Ca. 6 Mio.
Spitäler (2024)	Ca. 270 Spitäler Davon 101 Akutspitäler	Ca. 50 Spitäler Davon 21 Akutspitäler
Spitalbetten und ALOS	38´000 Betten (5.2 d)	13´000 Betten (3.1 d)
Organisation	26 Kantone/Gesundheitssysteme	5 Spitalregionen
Anzahl Ärzte	Ca. 42´600	Ca. 27´200
Finanzierung	Kopfprämien + Kanton (+Gemeinde)	KK steuerfinanziert 84%, Gemeinde 16%
Anteil BIP (2023 resp. 2021)	11.8%	10.8 %
IT- Infrastuktur	EPD –> EGD – viele PIS/KIS Anbieter	Ein nationales Portal
Struktur Fazit	Dezentral, hohe Spitaldichte	Hochgradig digitalisiert, zentralisiert

Dänemark zeigt: Weniger Strukturen, mehr Koordination – ein Wegweiser für die Schweiz?

Mögliche langfristige Versorgungsstruktur im Schweizerischen Gesundheitswesen

Patient

Grundversorgung

Regionale Gesundheitszentren

Tertiäre Versorgung

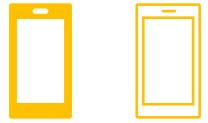
Anbieter in den verschiedenen Sektoren

(niederschwellige) Grundversorgung

Hausärzte

Apotheken

Spitex, APN



Digitale Tools

Spezialisten + akut-stationäre Einrichtungen

Kleine (geriatrische) akutstationäre Einheiten (ehem. Regionalspitäler)

Ambulante Spezialisten-Zentren

- ambulante OP
- Fachärzte
- Diagnostik (Radiologie, Labor)

Maximalversorgung

10 – 15x CH-weit

Universitäts- und Zentrumsspitäler

Fokus auf HSM + Forschung mit hohen Vorhalteleistungen (überkantonal)

Graubünden – KPG fördert/fordert Versorgungsregionen

Krankenpflegegesetz des Kantons GR, Art. 9a:

«Ziel der Gesundheitspolitik des Kantons ist, dass alle Leistungserbringer […] die strategische und operative Betriebsführung an eine dafür bestimmte Organisation übertragen und diese weiterentwickeln.»

Die 15 Gemeinden der Surselva (mit ihren 20 000 Einwohnern) sind in der Verantwortung, die Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Betriebe werden in eine eigene Gesellschaft konzentriert und zahlen Miete an die Immobiliengesellschaft (Stiftungen und AG)

Nur noch ein Leistungsauftrag pro Region für Spital, Spitex und APH über die Sana Surselva (Trägergesellschaft)

Herausforderung: Saisonalität im Tourismusgebiet abbilden (Vorhalteleistungen stationär) sowie Nachfolgeproblematik bei Pensionierungen von HA (Notfalldienst)

Ausgangslage Regionalspital Surselva AG (RSS)

Aktuell noch funktionierendes Regionalspital für stationäre Grundversorgung mit starker Saisonalität und persistierender Fachkräftemangelproblematik (insb. Pflege, Querschnittfunktionen sowie bei der Nachfolge von Kaderärzten)

Geografisch begrenztes Einzugsgebiet, fehlendes Bevölkerungswachstum sowie (über)alternde Bevölkerung

Kontinuierlicher Rückgang der stationären Fallzahlen möglicherweise aufgrund des medizinischen Fortschritts sowie aufgrund der politischen Grosswetterlage

RSS bereits aktuell ohne zusätzliche Gemeindebeiträge zwischen 2 und 3 Millionen pro Jahr kaum überlebensfähig (sicherlich nicht investitionsfähig)

End-of-Life Situation der Bausubstanz mit Investitionsrückstand für Immobilie und Mobilie

Subspezialisierung der (chirurgisch/orthopädischen) Disziplinen als mittel- und langfristige Herausforderung (Mindestfallzahlen und Qualität)

Neues Leitbild Gesundheit des Kantons GR wir im Mai publiziert

Reit da Sanadad Surselva – Start per 1.1.2027 – Überführung aller Betriebe in eine gemeinsame Gesellschaft (Aktionariat)

8 Institutionen

Spital
Regionalspital Surselva, Ilanz

Alters- und Pflegeheime
La Pumera, Ilanz
Steinhauser Zentrum, Obersaxen
Casa s. Martin, Trun
Case s. Giusep, Cumpadials
Pflegewohngruppe Vals, Vals

Spitex
Spitex Foppa, Ilanz
Spitex Cadi, Rabius

11 Gemeinden

Breil/Brigels
Disentis/Mustér
Lumnezia
Medel/Lucmagn
Obersaxen Mundaun
Safiental
Sagogn
Sumvitg
Trun
Tujetsch
Vals

(Noch) nicht dabei

4 Institutionen

Kloster der Dominikanerinnen, Ilanz
Puntreis, Disentis/Mustér
Da casa val lumnezia, Lumnezia
Spitex Selva, Laax

4 Gemeinden

Falera
Ilanz/Glion
Laax
Schluein

Chancen und Herausforderungen der RDSS AG

Vernetzung und Koordination
Erhöhte Qualität und Effizienz der Gesundheits-versorgung, Entlastung des Personals, Sicherstellung der regionalen Versorgung

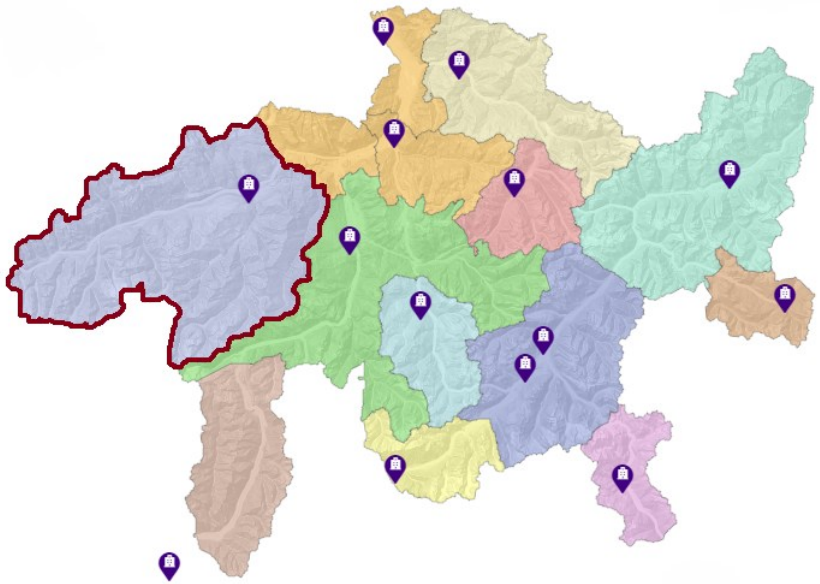
Kultur
«Fusion» von bis zu zehn Betrieben mit unterschiedlicher Kultur zu einem gemeinsamen Betrieb.

Fachkräftemangel
Förderung attraktiver Arbeitsbedingungen (z.B. stationär und ambulant) zur Steigerung der Berufszufriedenheit und Personalbindung – insb. bei Querschnittfunktionen (IT, QM, Finanzen usw.)

Regulatorien
Wachsende Anforderungen (Bewilligungen, Audits, QM) als Herausforderung insbesondere für kleinere Institutionen – Zunahme des Aufwands bei gleichbleibenden Erträgen

Die Herausforderungen im Gesundheitswesen sind vielfältig und nehmen in Zukunft weiter zu
Insbesondere kleinere / mittlere Gesundheitsinstitutionen sind stark gefordert – insbesondere in geografisch abgelegenen Regionen.

Versorgungsperspektive am Beispiel Graubünden



Verträge mit anderen LERBs (für Leistungen die nicht im Kanton angeboten werden können)

Zentrumspital (mit einzelnen HSM-Aufträgen)
Kantonsspital Graubünden
Stationäre Behandlung

Regionale Spitäler/Gesundheitszentren
Aktuelle Regionalspitäler werden zu Akutspitälern mit ambulanten Fachzentren
Anbindung von Spezialisten (Sprechstunden von Spezialisten am Zentrumsspital)

Grundversorgung
Hausärzte, APN, Apotheken, Spitex, H@H

Erfolgsfaktoren für ein integriertes Versorgungsnetz (Auszug)

- Eine Integrator-Organisation mit echter Verantwortung
- Klare Governance zwischen Politik und Betrieb
- Vertrauenskultur statt Sektor-Denken
- Lokale Lösungen für die Finanzierung von Koordination
- Zentralisierung von Supportdiensten zur Effizienzsteigerung
- Förderung klinischer Prozessqualität
- Integration als langfristiger Lern- und Anpassungsprozess

Quelle: Dr. Joachim Koppenberg, CEO CSEB Scuol

Aktuelle Rolle der Spitex (Aussensicht)

Pflege zu Hause
Grund- und Behandlungspflege im häuslichen Umfeld

Medikamentenversorgung
Unterstützung bei Versorgung und Einnahme von Medikamenten

Nachsorge nach Spitalaufenthalt
Unterstützung der Patient:innen nach einem Spitalaufenthalt

Mögliches Zielbild für Spitex: Hauptkoordinator von ambulanten DL inkl. Vergütung?

Mögliche Rolle der Spitex im zukünftigen Modell

Spitex = dauerhafte Begleiterin + operative Umsetzung im Zuhause

Konstante im Patientenpfad
Begleitung der Patient:innen bei Übergängen zw. LERB (ambulant → stationär → zuhause)

„Frühwarnsystem“ dank APN
Frühe Erkennung von AZ Verschlechterung verhindert unnötige Notfalleinweisung

Aktivere Koordination spitaläq. Behandlungen
spitaläquivalente Versorgung zuhause nach in Zusammenarbeit mit anderen LERBs – entlastet stationäre Strukturen

Case Management koordinieren/unterstützen
Liefert Informationen, meldet Veränderungen, unterstützt die Fallkoordination

Wege zur Spitex der Zukunft?

Konkrete Beispiele zeigen bereits heute Elemente einer zukünftigen Versorgung zuhause

Care@Home 2040

Spitex kann zur zentralen Drehscheibe für medizinische, pflegerische und soziale Versorgung zuhause werden – vernetzt, vorausschauend und nah an den Patient:innen

«Book a Doc» (AG)

Pflegefachperson beurteilt vor Ort, ob eine ärztliche Konsultation nötig ist, und löst diese bei Bedarf direkt aus

Nutzen: schnellere ärztliche Einschätzung, weniger unnötige Spitaleintritte

Home Tele Care (ZH / santé24)

APN erhebt zuhause klinische Befunde, Ärztin entscheidet auf dieser Basis über Diagnose und Therapie

Nutzen: Behandlung zuhause statt Einweisung

Gesundheitsnetz Emmental (BE)

Regionale Vernetzung von Spitex, Spital und Heimen

Nutzen: bessere Koordination und nachhaltigere Versorgung

Fazit und Handlungsbedarf

FAZIT

Strukturelle Verschiebung
Verschiebung der medizinischen DL in den ambulanten Bereich

Finanzierung
Geldflüsse bestimmen die Veränderung (oder eben nicht)

Koordination als Schlüssel
Gesicherte Übergänge bestimmen die Qualität des (ambulanten) Systems

WICHTIGE FRAGEN FÜR DIE ZUKUNFT

Organisationsform
Wer übernimmt die Fallkoordination? Job Enrichment für Spitexpersonal?

Vergütung von Koordination
Wie wird Koordination vergütet?

Digitale Tools
Welche digitalen Tools können die ambulante Versorgung entlasten und die HCP – Patienten Interaktion verbessern?

Sustainable Health+

Vielen Dank

Fragen und Diskussion