

Das Regionalspital klopft zuhause an

Eliane Pfister Lipp & Flavio Tschopp

Die Rahmenbedingungen für Regionalspitäler werden nicht einfacher. Neue Angebote wie „hospital at home“ liefern Impulse für die strategische Weiterentwicklung von kleineren Spitälern, die zunehmend unter Druck geraten.



Was kommt als nächstes? Das dürften sich derzeit viele Beobachter_innen des Schweizer Gesundheitswesens und der Spitallandschaft fragen, nachdem die Berner Inselgruppe Ende März 2023 verkündete, die Spitäler Tiefenau und Münsingen zu schliessen. Als Hauptgrund nennt sie den Verlust von 80 Millionen Franken im letzten Jahr. Und das sind längst nicht die einzigen Schliessungen und Defizite, von denen Spitäler und ihre Trägerschaften seit einigen Jahren und derzeit in vermehrtem Ausmass berichten. Vom Ende betroffen waren in letzter Zeit z. B. auch die Spitäler Heiden (Appenzell Ausserrhoden), Rorschach und Flawil (St. Gallen) im Jahr 2021, das Spital Affoltern (Zürich) hat seine Chirurgie Anfang 2023 eingestellt und das Spital Altstätten (St. Gallen) wird in ein Gesundheitszentrum umfunktioniert.

Entwicklungen forcieren neue Rollen und Aufgaben

Als Grund für die Schliessung von Spitälern wird meist ein grosses Defizit genannt, ausgelöst durch eine fehlende Bettenauslastung, durch Betten, die aufgrund des Fachkräftemangels erst gar nicht betrieben werden können, durch nicht erreichbare Mindestfallzahlen und/oder durch nicht kostendeckende Tarife, die – ganz aktuell – auch weder die Kosten für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen noch die allgemeine Teuerung auffangen könnten. Ein Grund für die Überkapazität an Spitalbetten, die mancherorts feststellbar ist, dürfte aber auch darin liegen, dass viele in (zu) grosse Spitalbauten investiert haben, die jetzt nicht genügend ausgelastet werden können oder in eine unflexible Infrastruktur, wie etwa Mehrbettzimmer, die, entgegen der allgemeinen Meinung, ein Spital insgesamt teurer zu stehen kommen als etwa Einzelzimmer.

Die Existenz kleinerer Spitäler ist keine Selbstverständlichkeit mehr. Die Gründe sind teils wirtschaftlicher Natur, aber nicht nur. Viele Expert_innen argumentieren aus einer angebots- und versorgungsorientierten Sicht, dass die Schweiz im Vergleich zu beispielsweise den skandinavischen Ländern für ihre Grösse noch immer über zu viele Spitäler und Betten verfügt. Die Politik nutzt zunehmend ihre Möglichkeiten, kantonale etwa über die Vergabe oder den Entzug der Leistungsaufträge, Druck auf kleinere Spitäler auszuüben. Wirtschaft und Politik sind die eine Seite. Die andere sind die gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Entwicklungen. Die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Menschen sind individuell und ändern sich. So möchten beispielsweise viele Menschen – nicht alle (!) – zuhause betreut, gepflegt und behandelt werden. Sie haben auch allen Grund dazu: Im gewohnten Umfeld bleibt oder wird man tendenziell schneller und nachhaltiger gesund (Ritchie, Leff, Gallopyn, Pu & Sheehan, 2021). Entwicklungen in Medizin, Pflege und Technik wie beispielsweise die integrierte und ganzheitliche Versorgung, die Erkenntnisse aus der Salutogenese oder die Miniaturisierung technischer Geräte tragen ebenfalls dazu bei, dass für bestimmte Lebenssituationen und Krankheiten nicht zwingend ein klassisches Spital nötig ist.

Kleinere Regionalspitäler müssen sich weiterentwickeln und neue sinnvolle Rollen und Aufgaben finden, wenn sie sich den sich verändernden Rahmenbedingungen nicht einfach ausliefern wollen. Sie sind aufgrund ihrer räumlichen und oft auch emotionalen Nähe zu den Menschen rundherum geradezu prädestiniert, Leistungen zu entwickeln und anzubieten, die konsequent am Nutzen der Patient_innen ausgerichtet sind.

Neue Möglichkeiten mit „hospital at home“

Ein solches Beispiel sind sogenannte „hospital at home“-Angebote. Sie lassen sich folgendermassen grob definieren: „Hospital at home (HAH) ist eine klinische Dienstleistung in der Akutsomatik, die Personal, Ausrüstung, Technologien, Medikamente und Fertigkeiten, die normalerweise in Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden, übernimmt und diese Krankenhausbehandlung ausgewählten Menschen in ihrem Zuhause oder in Pflegeheimen anbietet. Sie ersetzt die akute stationäre Krankenhausversorgung.“¹ Sie sind in verschiedenen Ländern weltweit bereits sehr gut verankert und haben einen entscheidenden qualitativen Vorteil: Die akutmedizinische Behandlung findet zuhause im gewohnten Umfeld statt, in dem sich die Patientin oder der Patient gut zurechtfindet und entsprechend wohl fühlt, und gleichzeitig können die betreuenden Fachpersonen den Menschen in seinem tatsächlichen Lebensumfeld kennen lernen, was ihnen ermöglicht, die Bedürfnisse genauer zu erfassen und die Behandlung entsprechend darauf abzustimmen. Verschiedene Studien aus dem Ausland deuten darauf hin, dass Rehospitalisationen im Vergleich zu einer Behandlung in den Spitalmauern weniger häufig auftreten (Federman et al., 2018), dass sich die Behandlung zuhause positiv auf die Funktionalität und Bewegung bei älteren Menschen auswirken (z.B. Levine et al., 2018), dass Patientenempowerment und Patientenzufriedenheit zunehmen sowie Polypharmazie und Kosten abnehmen (z.B. Cryer et al., 2012; Sheppard et al., 2016).

Aus diesen Gründen haben das Institut Neumünster und das Spital Zollikerberg zusammen das erste akutsomatische HAH-Angebot der Schweiz entwickelt. Mit „Visit – Spital Zollikerberg Zuhause“[®] bietet das Spital Patient_innen, die selbst, auf Zuweisung oder mit der Ambulanz auf den Notfall kommen und einer stationären Behandlung bedürfen sowie bestimmte Kriterien erfüllen, eine spitaläquivalente Behandlung zuhause an. Nach gut einem Jahr bestätigt sich bereits, dass die Qualität und Si-


cherheit jederzeit gewährleistet sind, dass die Patient_innen und Angehörigen äusserst zufrieden sind, dass ihre Betreuung auf ihre spezifischen Bedürfnisse ausgerichtet und die Polypharmazie reduziert werden kann. Zusätzlich kehren Pflegefachpersonen, die ihrem Beruf den Rücken gekehrt haben, wieder zurück, weil sie mit „Visit“ ihren Beruf anders, mobiler, selbstbestimmter und mit mehr Verantwortung ausführen können.

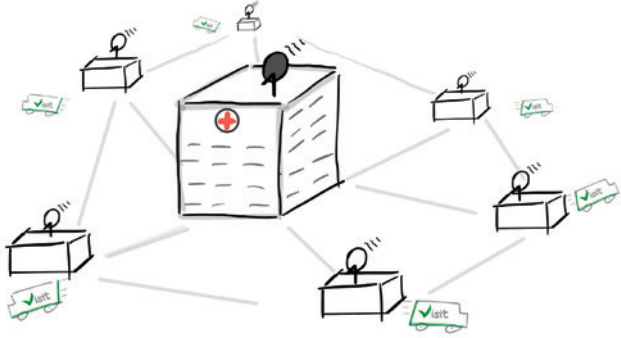

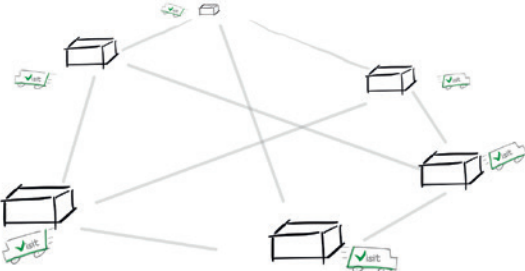
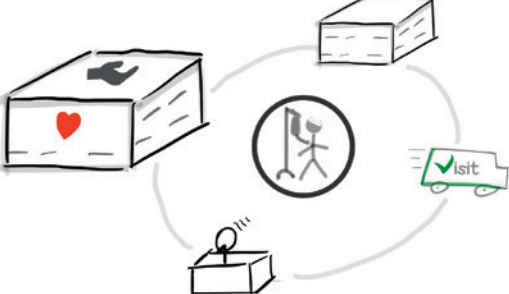
Fünf Thesen für zukünftige Regionalspitäler

Es gibt viele Trends und Entwicklungen, wie beispielsweise die demografischen, epidemiologischen oder soziologischen, die das Gesundheitswesen prägen oder aus ihm erwachsen. Alle zusammen sind wichtig für strategische Entscheidungen. HAH-Angebote begegnen vor allem Trends wie Bedürfnisorientierung, Patientenzentrierung, De-Institutionalisierung, Individualisierung, Digitalisierung und Miniaturisierung. Vor diesem Hintergrund und spezifisch im Hinblick auf die Möglichkeiten von „hospital at home“ beschreiben wir mit fünf Thesen, wie sich Regionalspitäler zukunftsfähig weiterentwickeln können. Diese Thesen sind nicht absolut gemeint, sondern repräsentieren mögliche Entwicklungspotenziale, beziehen sich explizit auf (kleinere) Regionalspitäler und beschreiben das „Zuhause“ in „hospital at home“ als Lebensmittelpunkt des Menschen in seinem sozialen Umfeld (Bilder/Zeichnungen: Flavio Tschopp).

Wie wahrscheinlich sind diese Thesen? Wir sind überzeugt, dass sich (kleinere) Regionalspitäler in Zukunft werden bewegen müssen und dass sie gut daran tun, ihre zentralen Bettenstationen nicht noch auszubauen, sondern eher zu reduzieren und dafür ernsthaft zu prüfen, ob sie „zuhause anklopfen“ können. In welcher Form und in welchem Ausmass letzteres sinnvoll und möglich ist, bleibt von verschiedenen Faktoren abhängig. Zu beachten sind erstens lokale Gegebenheiten wie beispielsweise das bisherige Angebot, Anzahl und Charakteristika der zukünftigen Patient_innen, andere Spitäler und medizinisch-pflegerische Angebote, Kooperationen und Vernetzung, zweitens qualitative Ziele und die Ausgestaltung der Dienstleistungen im Gesundheitswesen – was

¹ Übersetzt aus dem Englischen nach der Definition des World Hospital at Home Congress 2023 am 30. März 2023 in Barcelona, auch verfügbar unter https://www.hospitalathome.org.uk/whatis?r_done=1

These 1	Das Regionalspital behält seine bisherigen Dienstleistungen und seine Infrastruktur, ist aber mit „hospital at home“ ergänzt.
<p>Infrastruktur</p> <ul style="list-style-type: none"> • stationäre Betten • OP/IPS • Notfall • Diagnostik • Tageskliniken und Ambulatorien <p>Dienstleistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zentralisierte stationäre Behandlung und Tageskliniken, mit „hospital at home“-Angebot <p>Rolle „hospital at home“</p> <ul style="list-style-type: none"> • ergänzendes Angebot 	

These 2	Das Regionalspital erhält zum bisherigen stationären Angebot zusätzlich Aussenstandorte und ist ein Hub mit vernetzten kleineren Einheiten.
Infrastruktur <ul style="list-style-type: none"> zentrale stationäre Betten OP/IPS Notfall Diagnostik vernetzte Aussenstandorte mit Ambulatorien, Tageskliniken und „hospital at home“-Stützpunkten Dienstleistungen <ul style="list-style-type: none"> stationäres Angebot „hospital at home“ und ambulantes Angebot nahe bei den Patient_innen Rolle „hospital at home“ <ul style="list-style-type: none"> Verlagerung der stationären „in hospital“-Behandlungen in Richtung „hospital at home“-Behandlungen 	
These 3	Das Regionalspital verzichtet auf Bettenstationen, behält aber einen zentralen Interventionsstandort.
Infrastruktur <ul style="list-style-type: none"> OP/IPS Notfall Diagnostik „hospital at home“-Stützpunkte Dienstleistungen <ul style="list-style-type: none"> zentralisierte komplexe Eingriffe und Behandlungen kleinere Interventionen, klassische stationäre und ambulante Behandlungen zuhause Rolle „hospital at home“ <ul style="list-style-type: none"> Übernahme eines wesentlichen Teils des Behandlungspfades 	
These 4	Das Regionalspital verzichtet auf einen zentralen Interventionsstandort, wird mobil und besteht nur noch aus vernetzten kleinen Standorten.
Infrastruktur <ul style="list-style-type: none"> Dezentrale „hospital at home“-Stützpunkte Dienstleistungen <ul style="list-style-type: none"> Notfallversorgung und ambulante Dienstleistungen zuhause (<i>keine zentrale Notfallversorgung mehr</i>) „hospital at home“ (<i>keine komplexen Eingriffe und Behandlungen mehr</i>) Rolle „hospital at home“ <ul style="list-style-type: none"> Übernahme eines wesentlichen Teils des Behandlungspfades 	
These 5	Das Regionalspital ist eine koordinierende Drehscheibe für Patient_innen im Gesundheitswesen.
Infrastruktur <ul style="list-style-type: none"> Koordinationszentrale/Drehscheibe Dienstleistungen <ul style="list-style-type: none"> primärer Ansprechpartner und Koordinator, Lotsenfunktion, Begleitung durch das Gesundheitswesen Fokus auf Prävention und Ganzheitlichkeit der Betreuung und Behandlung (physisch, psychisch, sozial etc.) medizinisches Angebot offen Rolle „hospital at home“ <ul style="list-style-type: none"> Begleitung der Patient_innen bei verschiedenen Dienstleistungen 	

machen wir warum, für wen und wo? – und drittens natürlich regulatorische Vorgaben, z. B. die aktuell noch fehlende gesetzliche Finanzierung von HAH-Angeboten, die sich teilweise verändern müssen.

Blitzlicht

Einschätzung der Wahrscheinlichkeit der Thesen am Kongress „Spital der Zukunft“ 2022

Wir haben die genannten fünf Thesen am Kongress „Spital der Zukunft“ im Oktober 2022 präsentiert und das Fachpublikum gefragt, für wie wahrscheinlich sie die einzelnen Thesen einschätzen. Es ergab sich folgendes Bild:



Keine Einheitslösung für alle

Unsere bisherige Erfahrung mit „Visit – Spital Zollikerberg Zuhause“® lehrt uns bereits einiges für den Umgang mit strategischen Herausforderungen von Regionalspitälern. Wir möchten folgende Punkte besonders hervorheben:

- Der Fokus muss auf die Dienstleistung und nicht auf die Infrastruktur gelegt werden: *Was* machen wir wo und wann für wen? Die Klärung des „Was“ ist von zentraler Bedeutung, bevor Infrastruktur erneuert oder neu erbaut wird. Zudem beinhaltet die Frage nach dem „Was für wen?“ wichtige gesellschaftliche Fragen, die immer und immer wieder neu diskutiert und verhandelt werden müssen.
- Spitäler wird es immer geben: Wir werden immer höchstkompetente Zentren für (hoch-)komplexe Eingriffe und Behandlungen brauchen. Diese Dienstleistungen werden vor allem in Zentrums- und Universitätsspitalen erbracht.
- „Hospital at home“ oder generell die Verlagerung ins Private ist manchmal weder gewollt noch möglich noch sinnvoll: Die Betreuung und Behandlung zuhause ist zwar für viele, aber natürlich nicht für alle der richtige Ort. Manchmal ist es gerade sehr wichtig, aus dem privaten Umfeld austreten zu können, und manchmal kann die Betreuung und Behandlung zuhause auch zu einer Überforderung des sozialen Umfelds (z. B. Angehörige) führen.

Wir wagen dennoch die Prognose, dass Regionalspitäler dezentraler, mobiler und ein (koordinierender) Teil eines umfassenden, integrierten und ganzheitlichen Netzes an Dienstleistungen werden, das im Dienst jener Menschen stehen muss, die es brauchen. Mit Kooperationen wird es leichter gehen: Nicht alle müssen alles machen, nicht alle können alles machen, aber alle dürfen und sollen im Sinne des grossen Ganzen mitdenken und mitgestalten.

Literatur

- Cryer, L., Shannon, S. B., Van Amsterdam, M. & Leff, B. (2012). Costs for „hospital at home“ patients were 19 percent lower, with equal or better outcomes compared to similar inpatients. *Health Affairs (Millwood)*, 31(6), 1237–1243.
- Federman, A. D., Soones, T., DeCherrie, L. V., Leff, B. & Siu, A. L. (2018). Association of a bundled hospital-at-home and 30-day postacute transitional care program with clinical outcomes and patient experiences. *JAMA Internal Medicine*, 178(8), 1033–1040.
- Levine, D., Ouchi, K., Blanchfield, B., Diamond, K., Licurse, A., Pu, C. T. & Schnipper, J. L. (2018). Hospital-level care at home for acutely ill adults: a pilot randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 33(5), 729–736.
- Levine, D. M., DeCherrie, L. V., Siu, A. L. & Leff, B. (2021). Early uptake of the acute hospital care at home waiver. *Annals of internal medicine*, 174(12), 1772–1774.
- Megido, I., Sela, Y. & Grinberg, K. (2023). Cost effectiveness of home care versus hospital care: a retrospective analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 21(1), 1–8.
- Ritchie, C. & Leff, B. (2022). Home-Based Care Reimagined: A Full-Fledged Health Care Delivery Ecosystem Without Walls: Commentary reimagines home-based care. *Health Affairs*, 41(5), 689–695.
- Ritchie, C., Leff, B., Gallopyn, N., Pu, C. & Sheehan, O. (2021). *Medical care at home comes of age*. California Health Care Foundation.
- Sheppard, S., Iliffe, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Kalra, L., Wilson, A. D. & Goncalves-Bradley, D. C. (2016). Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD007491.



Eliane Pfister Lipp

Institut Neumünster, Zollikerberg

eliane.pfisterlipp@
institut-neumuenster.ch



Flavio Tschopp

Institut Neumünster & Spital Zollikerberg, Zollikerberg

flavio.tschopp@
institut-neumuenster.ch