

## Inhaltsverzeichnis

### GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

#### Un antidote à la hausse

 La Liberté | 03.06.2024

#### Vers des primes d'assurance maladie à 10 000 francs?

 Le Temps | 03.06.2024

#### Kostenanstieg bremsen?

 CH Media national | 03.06.2024

#### Prämien von 10'000 Franken «sind möglich»

 SonntagsZeitung | 02.06.2024

#### «Il faut éviter des primes à 10'000 francs»

 Le Matin Dimanche | 02.06.2024

#### Sparen im Gesundheitswesen dank Eigenverantwortung

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 01.06.2024

#### La réduction des coûts du système de santé débattue sous la Coupole

 L'Agefi | 31.05.2024

#### Samira Marti: «Die Entlastung ist wirklich bitter nötig» - Interview

 Basler Zeitung | 29.05.2024

#### Prämieninitiative verliert an Rückhalt

 Tages-Anzeiger | 29.05.2024

#### «Die grossen Sparpotenziale sind immer noch unangetastet» - Interview

 CH Media national | 28.05.2024

#### Notfalls soll der Bund Spitäler schliessen können

 Tages-Anzeiger | 30.05.2024

#### Ein Mittel gegen die Verschwendung

 CH Media national | 30.05.2024

#### Mitte-Präsident Gerhard Pfister prangert hohe Ärztelöhne an

 Tages-Anzeiger | 01.06.2024

#### Patt bei Prämien-Entlastung – Nein-Trend bei Kostenbremse

 srf.ch | 30.05.2024

### DIVERSES

#### «Die Patienten sagen uns, welche Behandlungen wir auszuführen haben»

 SonntagsZeitung | 02.06.2024

#### EPD: «Es braucht ein radikal neues System mit einem neuen Namen» - Interview

 Medinside | 31.05.2024

#### Lieber ein Untersuch zu viel

 NZZ am Sonntag | 02.06.2024

### SPITÄLER

#### ZG – Jahresgewinn des Kantonsspitals bricht ein

---

## Der Kantönligeist ist schuld an dem Malaise - Kommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 31.05.2024

---

## VS – Auch das Spital Wallis schreibt für das Jahr 2023 einen Verlust - über 11 Millionen Franken

 Radio SRF 1 | 28.05.2024

---

## ZH – Die Universitätsklinik Balgrist schliesst das Jahr 2023 mit einer schwarzen Null ab

 Radio SRF 1 | 28.05.2024

---

## FR – Scharfe Vorwürfe im HFR

 Freiburger Nachrichten | 28.05.2024

---

## AG – Die Chefin der Chefärztinnen

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 03.06.2024

---

## VS – Eriv Bonvin: «Un site unique serait plus efficient, mais le politique n'a pas fait ce choix» - Interview

 Le Nouvelliste | 31.05.2024

---

## Sie wollen die Bürokratie abbauen

 Tages-Anzeiger | 31.05.2024

---

## Gesundheitsökonom Tilman Slembeck: «Unser Spitalwesen scheint immer noch im Geld zu schwimmen» - Interview

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 31.05.2024

---

## SG – Steigender Druck auf die Pflegenden: «Was aktuell passiert, macht mir Angst»

 St. Galler Tagblatt | 30.05.2024

---

## BS – Teurer Strom, ungenügende Tarife: Das sind die Gründe für den 50-Millionen-Verlust Uni-Spitals Basel

 bzbasel.ch | 29.05.2024

---

## ZH – Kooperation mit Klinik Hirslanden wird intensiviert

 Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster | 29.05.2024

---

### KANTONAL / REGIONAL

---

## TI – Immer weniger Patient:innen lassen sich ausserhalb des Kantons behandeln

 srf.ch | 31.05.2024

---

## TI – Cure a domicilio, una stretta per frenare l'esplosione dei costi

 Corriere del Ticino | 31.05.2024

---

## GE – Antoine Flahault: «Le monde a tourné trop vite la page de la pandémie» - Interview

 24 heures | 29.05.2024

---

## FR – Une clinique au sein de l'école

 La Liberté | 28.05.2024

---

## ZH – Lohndrückerei an Schule für Pflegende

 Tages-Anzeiger | 28.05.2024

---

## BL – Thomi Jourdan - «Die Motivation der Pflegenden würde steigen, wir hätten weniger Abgänge» - Interview

 Basler Zeitung | 03.06.2024

---

## TI – «La pianificazione va bene se ci sono altri cantoni»

 Corriere del Ticino | 28.05.2024

PSYCHIATRIE/PSYCHOLOGIE

LU – Luzerner Psychiatrie: Defizit ist grösser als budgetiert

 Luzerner Zeitung | 29.05.2024

---

PFLEGEINSTITUTIONEN

Pflegeberufe sind attraktiver als ihr Image

 Radio SRF 1 | 29.05.2024

---

PHARMA

Höhere Preise als im Ausland

 Schweiz am Wochenende - Ausgabe national | 01.06.2024

---

Prix des médicaments: l'écart se creuse avec l'étranger

 Le Temps | 01.06.2024

---

KRANKENKASSEN

Visana-Chef sieht Sparpotenzial von 20 Prozent

 Der Bund | 30.05.2024

---

Viele sind von der Komplexität überfordert - und bezahlen zu viel

 Tages-Anzeiger | 30.05.2024

---

# Un antidote à la hausse

 La Liberté | 03.06.2024

Selon le professeur Joachim Marti, d'Unisanté Lausanne, le système de santé est près de l'implosion.

## Bayron Schwyn

Santé Pour Joachim Marti, professeur associé et responsable du secteur économie de la santé à Unisanté, à Lausanne, le financement de notre système de soins est au bord de l'implosion. «Il faut absolument un électrochoc», plaide-t-il. Cet expert nous livre son analyse à quelques jours du vote sur deux initiatives populaires qui se présentent comme faisant partie de la solution.

## 1 Pourquoi est-il si difficile d'agir?

Selon Joachim Marti, aucune réforme actuellement en discussion ne permettra d'agir de manière importante sur les coûts de la santé. «Il a fallu jusqu'ici des années pour que des compromis soient trouvés et ceux-ci n'amènent que quelques changements mineurs.» Comment expliquer ce blocage? «Il y a une telle somme d'intérêts en jeu et de telles divergences de visions, que le statu quo est finalement la meilleure des solutions pour toutes les parties prenantes, soit l'ensemble des prestataires de soins et les assurances. Le porte-monnaie des Suisses est le seul vrai perdant», estime notre expert, qui ajoute que le fédéralisme vient encore compliquer la donne.

«L'un des gros problèmes, c'est qu'il n'y a pas de pilote qui fixe la ligne à suivre et que chaque passager veut aller dans des directions différentes, poursuit-il. C'est quoi, au fond, l'objectif du système de santé helvétique? Réaliser des actes médicaux, remplir des lits d'hôpitaux ou maintenir une population en bonne santé? Une fois celui-ci fixé, on peut organiser le système autour et payer les acteurs en le prenant en compte.» L'économiste pense qu'un choc est nécessaire pour mettre fin à cette paralysie. «Sans changement en profondeur du système, les primes maladie vont continuer à augmenter et il faudra, tôt ou tard, rationner les soins», prévient Joachim Marti.

## 2 Qu'est-ce qui coûte tant dans le système?

Le vieillissement de la population est l'un des éléments importants qui explique la croissance des coûts de la santé. C'est une variable qui a quelque chose d'«inéluçtable», souligne notre expert. Mais il ne suffit de loin pas à expliquer la croissance des dépenses de santé, affirme Joachim Marti. Le progrès médical et les innovations technologiques sont en effet un autre facteur important. «En théorie, le prix d'une nouvelle technologie devrait refléter ce qu'elle apporte vraiment en termes de santé. Dans les faits, il y a souvent une déconnexion entre ces deux variables. Certaines techniques novatrices peu réglementées sont utilisées alors qu'elles n'apportent pas un bénéfice à la hauteur de ce qu'elles coûtent», expose-t-il.

Enfin, troisième point, selon le spécialiste: «Notre système de santé est construit de telle manière qu'il ne va pas, par essence, permettre de réduire les coûts. Rémunérer les prestataires, soit les médecins, les

hôpitaux ou d'autres, en les payant par acte ou par séjour n'est pas un bon moyen de contenir les coûts, parce que, à la marge, ce système va pousser à facturer toujours plus d'actes médicaux» (lire cidessous). Si elle se stabilise quelque peu ces dernières années et qu'elle ne dépasse plus le rythme de l'économie, la croissance des coûts de la santé est plus forte en Suisse qu'au sein d'autres pays européens. En 2022, ils se sont élevés à 91,5 milliards de francs, soit 11,3% du PIB.

### 3 Qu'attendre de l'initiative du Centre?

Pour Joachim Marti, les implications du frein aux coûts de la santé imaginé par le Centre sont très difficiles à anticiper. «Que va-t-il se passer si on atteint le plafond exigé? Si la solution préconisée est, par exemple, d'augmenter les franchises et donc de restreindre l'accès aux soins? Cela n'aura, à long terme, pas d'impact significatif sur les coûts, et créera des problèmes d'équité. Les études montrent qu'il y a globalement un effet de rattrapage: moins de suivi et de prévention pour un patient aujourd'hui se répercute demain en des soins plus importants à prodiguer», souligne-t-il. Malgré ces inconnues, l'initiative a le mérite de «forcer une fois pour toutes les parties prenantes à se mettre autour de la table afin de discuter d'une stratégie commune.»

En cas de dépassement du plafond, les assurances-maladie et les fournisseurs de prestations de soins ont deux ans pour se mettre d'accord sur des solutions permettant de réduire les coûts. S'ils n'y parviennent pas, le Conseil fédéral et les cantons devront agir. Joachim Marti rappelle que la Suisse est l'un des rares pays de l'OCDE où il n'existe aucun mécanisme budgétaire concernant le domaine de la santé.

«Il faut absolument un électrochoc» - Joachim Marti

### 4 Et pour celle du Parti socialiste?

Pour l'économiste, l'initiative socialiste qui vise à plafonner à maximum 10% du revenu disponible du ménage les primes-maladie répond à un vrai besoin, «mais elle n'agit en rien sur les causes du problème, alors que son impact budgétaire est très élevé, de l'ordre de 5 milliards par année. Envoyer la facture à la Confédération et aux cantons peut pousser à davantage d'actions, mais on ne peut le garantir.» Pour Joachim Marti, le texte permet de rendre globalement le financement des soins plus solidaire en Suisse, via l'impôt.

En comparaison internationale, le système de santé helvétique est en effet peu financé par l'argent public. Environ 20% des coûts sont financés par les impôts et plus de 65% par les payeurs de primes et via des contributions directes (franchises et quote-part). Aux Etats-Unis, pays pourtant très libéral, 50% de l'argent du système provient des impôts. Et c'est environ 73% en moyenne dans les pays de l'OCDE. Payer moins n'implique-t-il toutefois pas davantage de recours aux soins? «Même si les soins étaient totalement gratuits, il n'y a qu'une partie infime de la population qui abuserait du système. Plus les barrières financières à l'accès aux soins sont réduites, plus la population est en bonne santé et donc coûte, à long terme, moins cher», explique le Neuchâtelois. L ESH MEDI AS

91,5

En milliards de francs, le coûts de la santé en Suisse en 2022

## Des pistes pour économiser

Supprimer les doublons dans le domaine des examens médicaux et les médicaments qui n'apportent pas un bénéfice figurent parmi les pistes d'économie.

L'un des premiers leviers est de s'attaquer à ce qu'on appelle les sources d'inefficience, soit «une part de la hausse des coûts qui n'améliore pas significativement la santé», explique Joachim Marti.

Exemples: un examen à double parce que le dossier du patient n'est pas partagé numériquement, des médicaments qui n'apportent pas un réel bénéfice, ou une opération de prothèse de hanche alors que le résultat attendu n'en vaut pas la peine en regard des risques ou des coûts.

«Ce sont des pratiques qui n'apportent pas de véritable plus pour les patients, mais la force de l'habitude et le système de rémunération à l'acte pousse à les réaliser, car plus on intervient, plus on est payé», estime le professeur. Selon des estimations, entre 7,1 et 8,4 milliards de francs par an pourraient être économisés si elles n'étaient pas réalisées. Ce qui correspond à environ 1000 francs par assuré.

Et il y a aussi l'inverse: une sous-utilisation de certaines pratiques qui coûtent peu par rapport à ce qu'elles apportent. «On parle de campagne de prévention ou de sensibilisation, de dépistage et d'éducation à la santé. Des actes rentables du point de vue de la santé publique, mais mal rémunérés dans le système de soins.»

Ensuite, Joachim Marti pointe un changement plus drastique pratiqué déjà en Suède et en Norvège notamment: on paierait les institutions de soins en fonction de la population qu'elles traitent. Exemple: un cabinet de médecins reçoit un forfait annuel, calculé en fonction du nombre de ses patients, de leur âge et de leur état de santé général. C'est ensuite à lui de gérer le risque financier.

Pour notre expert, cela peut pousser les médecins à avoir une stratégie qui pousse à optimiser l'utilisation des ressources, comme de réfléchir davantage avant de prescrire un examen ou une opération et à favoriser la prévention.

Enfin, Joachim Marti estime qu'une réflexion sur la taille des hôpitaux et leur nombre est à mener, en se plaçant à une échelle régionale et non pas cantonale. «S'il existe un bon maillage de médecins de premiers recours, de polycliniques et de soins à domicile, il n'est pas forcément nécessaire d'avoir une telle densité d'hôpitaux de soins aigus sur le territoire suisse.» L BSC



«Notre système de santé est construit de telle manière qu'il ne va pas, par essence, permettre de réduire les coûts», estime le professeur Joachim Marti. Keystone

# Un système au bord de l'implosion

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Les initiatives pour limiter les primes-maladie et freiner les coûts de la santé suffiront-elles?

Pourquoi les coûts de la santé explosent-ils? Les initiatives populaires soumises au vote dimanche sont-elles une partie de la solution? Joachim Marti, spécialiste du système de soins suisse, estime que celui-ci a besoin d'un électrochoc. COÛTS Pour l'expert, le vieillissement de la population est l'un des éléments importants qui explique la croissance des coûts de la santé. Le progrès médical et les innovations technologiques sont également un autre facteur important. ENJEUX Avec des coûts chiffrés à 91,5 milliards en 2022, «notre système de santé est construit de telle manière qu'il ne va pas, par essence, permettre de réduire les coûts», estime l'expert, qui décrypte les initiatives du Centre et du PS.

## Gleichen tags erschienen in

- Le Courrier

# Vers des primes d'assurance maladie à 10 000 francs?

 Le Temps | 03.06.2024

À une semaine du vote sur les deux initiatives relatives aux coûts de la santé, partisans, opposants et experts attisent la polémique sur la future hausse des primes.

## Aïna Skjellaug

Le record vient de Genève. La caisse maladie Agrisano a proposé une prime annuelle de 11 252 francs pour l'assurance de base 2024 – pour un adulte avec une franchise de 300 francs, assurance accident comprise. La variante dépasse également les 10 000 francs chez Galenos, filiale de Visana, comme le montre une requête auprès du calculateur de prime fédéral, lancée par la SonntagsZeitung. Ces exemples extrêmes proviennent certes d'un des cantons aux primes les plus élevées, cela montre néanmoins que des coûts d'assurance maladie de 10 000 francs par an ne sont plus une utopie.

Pour le conseiller national socialiste vaudois Roger Nordmann, la situation est «alarmante». Lui-même a fait ses calculs: les primes moyennes dans les premiers cantons pourraient dépasser 10 000 francs vers la fin des années 2020. A Genève, elles dépassent déjà les 8000 francs. Dans son modèle, Roger Nordmann suppose que les primes augmenteront de 6% en 2025, comme le prédit le service de comparaison Comparis. Il s'attend à une croissance de 4% pour chacune des années suivantes. Cela correspond à la moyenne des années 2021 à 2025.

Selon l'économiste de la santé Heinz Locher, également cité par la SonntagsZeitung, la pression sur les primes reste forte. «Une augmentation allant jusqu'à 3% est inévitable dans les années à venir.» Il justifie cette hausse par des déficits structurels. «Nous avons trop d'hôpitaux et un manque de pouvoir politique qui pourrait aider à mettre en œuvre des mesures visant à stopper la croissance des primes. Les lobbyistes font tout pour les contrecarrer.» Pour Felix Schneuwly aussi, expert santé chez Comparis, les primes futures dépendent de l'évolution des coûts hospitaliers, du financement des soins et des marchés financiers. «A partir de 2026, je m'attends à une augmentation annuelle d'environ 3%: tout ce qui va au-delà n'est que pure spéculation.» Avec une croissance de 3%, la barre des 10 000 francs du modèle Nordmann serait franchie au début des années 2030. Une telle évolution est envisageable pour Felix Schneuwly. «Des primes de 10 000 francs sont massives, mais possibles si le produit intérieur brut et la prospérité continuent d'augmenter ainsi que les salaires.»

## Protéger la population du «choc»

Une semaine avant les votations fédérales, Roger Nordmann met en garde contre les rejets des deux initiatives sur les coûts de la santé. «Des primes de 10 000 francs, c'est un cauchemar. C'est maintenant le dernier moment pour protéger la population de ce choc», déclare l'ancien chef du groupe parlementaire socialiste. «Un double oui augmenterait la pression sur la Confédération et les cantons pour maîtriser les coûts.»

Les opposants parlent de «campagne de peur». Il s'agit, selon eux, de la dernière offensive des partisans avant le vote de dimanche prochain. Les deux propositions ont perdu du soutien dans les récents sondages. Pour l'initiative sur le frein aux coûts, un non dans les urnes se dessine désormais. Quant à

l'initiative sur le plafonnement des primes, elle ne dispose plus que d'une faible majorité de oui. «Pour moi, c'est de l'alarmisme», déclare Regine Sauter, conseillère nationale PLR, à la SonntagsZeitung. Elle préconise des mesures de réduction des coûts cependant, l'initiative PDC entraînant des «coûts énormes» qui provoqueraient un rationnement de l'accès aux soins. «Les deux initiatives sont excessives», selon elle.

# Kostenanstieg bremsen?

 CH Media national | 03.06.2024

Der Ständerat muss über eine Massnahme entscheiden, deren Nutzen fraglich ist. Es droht ein weiterer Entscheid für die Galerie.

## Anna Wanner

Zu den Hauptvorwürfen im Abstimmungskampf um die beiden Gesundheitsinitiativen gehört: Medikamentenhersteller, Spitäler, Ärztinnen und Krankenkassen würden jede Sparmassnahme, jede Reform verhindern. Das sei der unmittelbare Grund, wieso die Kosten stetig steigen.

Dass dieser Vorwurf zumindest teilweise unfair ist, zeigt ein aktuelles Beispiel. Vier Tage nach der Volksabstimmung entscheidet der Ständerat über das zweite Kostendämpfungspaket des Bundesrats. Sieben Massnahmen stehen zur Debatte. Inwiefern diese zu Einsparungen führen, ist aber ungewiss. Im Gegenteil könnte es sogar zu einem Kostenausbau kommen, sollte sich im Rat die Meinung durchsetzen, die Medikamentenpreise dürften in der Schweiz ruhig höher sein als anderswo.

Es stellt sich also ernsthaft die Frage, ob vier Tage nach der Abstimmung das Parlament wieder ohne konkrete Lösungen dasteht.

## Unter dem Eindruck der Gesundheitsinitiativen

Kräfte von Mitte-links haben kurz vor der Kapitulation eine längst tot geglaubte Massnahme reanimiert: die Einführung eines neuen Leistungserbringers. Laut einer Mehrheit der ständerätlichen Gesundheitskommission sollen neu auch «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» über die obligatorische Krankenversicherung abrechnen können.

Wie das im Detail ausgestaltet werden soll, bereitet den Betroffenen schon jetzt Kopfschmerzen. Zudem schrillen bei Gesundheitsexperten bereits alle Alarmglocken. Jeder zusätzliche Akteur, der über die Krankenkasse abrechnen darf, generiert Mehrkosten. Diese wirken sich wiederum direkt auf die Prämienhöhe aus.

Die Befürworter sind vom Gegenteil überzeugt. Denn sie wollen gerade chronisch sowie mehrfach erkrankte Personen in eine koordinierte Versorgung lenken. Das bedeutet: Betroffene erhalten einen übergeordneten Behandlungsplan zwischen Ärzten, Pflege, Spitälern und anderem Fachpersonal. So muss sich die Patientin nicht an sieben verschiedene Stellen wenden und behält die Übersicht. Positiver Nebeneffekt: Die koordinierte Versorgung verhindert Doppelspurigkeiten und spart Kosten, sofern sie funktioniert.

Doch da liegt der Haken. Entweder werden Patienten gezwungen, oder sie sollen über Anreize entsprechende Versicherungsmodelle wählen. Dies funktioniert jedoch heute schon. Den Beweis erbringen zahlreiche Ärztenetzwerke, die aus eigener Initiative aufgebaut wurden. In der Ostschweiz, in Zürich, auch in der Zentralschweiz und im Mittelland haben sich die Netzwerke etabliert. Pikant: Sie lehnen die neue Regel der Gesundheitskommission ab. Sie fürchten nämlich, dass diese ihre Eigeninitiative hintertreibt und schlimmstenfalls zerstört.

Auf der Seite der Ärztenetzwerke stehen für einmal auch sämtliche Krankenkassen. Sie attestieren, dass bestehende Modelle funktionieren. Die Netzwerke übernehmen Budgetverantwortung, sie haben ein Interesse, ihre Arbeit gut zu machen. Die Vorteile haben unterdessen auch die Patientinnen und Patienten entdeckt: Mehr als 80 Prozent aller Versicherten wählten zuletzt ein Modell mit eingeschränkter Arztwahl, das die koordinierte Versorgung begünstigt. Kurz: Die bestehenden Netzwerke sehen den Vorteil der neuen Regel nicht. «Für die Netz-Ärzte bedeutet eine neue Abrechnungsstelle mehr Aufwand», sagt Anne Sybil Götschi, Ärztin und Präsidentin medswissnet, dem Dachverband der Schweizer Ärztenetze. «Zudem sind wir überzeugt, dass die bestehenden Ärztenetze die Arbeit nicht wie gehabt fortsetzen könnten.»

## Verbesserungen liegen auf dem Tisch

Auch die Krankenkassen erklären, es sei «völlig unnötig, diesen Bereich mit einer überflüssigen und sogar schädlichen Regulierung zu belasten», wie der Verband Curafutura schreibt. Die Administration der Netzwerke würde erschwert, da unklar ist, wer über den neuen Leistungserbringer wie abrechnen muss. Doch der Eifer angesichts der Abstimmungsversprechen scheint gross. Die Kosten im Gesundheitswesen sollen auch durch zweifelhafte Massnahmen angegangen werden. Der Ständerat könnte die Massnahme gegen den Willen der Branche durchdrücken. Dabei fiel das Geschäft bereits in der Vernehmlassung durch. Der Nationalrat war noch bestrebt, bessere Lösungen zur Stärkung der koordinierten Versorgung ins Kostendämpfungspaket zu hieven, und organisierte drei runde Tische mit Betroffenen und Verwaltung. Doch fehlte bei Letzterer der Wille, neue Wege einzuschlagen. Der Vorschlag blieb unverändert, worauf ihn der Nationalrat versenkte.

Um ein mögliches Debakel abzuwenden, adressieren sämtliche Versicherer, Ärzte, Spitäler und weitere Gesundheitsorganisationen das Problem in einem Brief: Der neue Leistungserbringer sei abzulehnen. «Ein solcher würde keine kostendämpfende Wirkung, sondern im Gegenteil Doppelspurigkeiten erzeugen und der Mengenausweitung Tür und Tor öffnen», heisst es da.

Ob das ausreicht? Die Abwehrhaltung der Branche passt perfekt in das von Mitte-links skizzierte Muster, wonach sämtliche Reformen an deren Widerstand scheitern würden.

Dabei liegen die Lösungen für eine bessere koordinierte Versorgung längst auf dem Tisch. Der seit Jahren auf eine Umsetzung harrende Ärztetarif Tardoc würde die Koordinationsleistung besser abgelten, und eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) würde die Zusammenarbeit ebenfalls fördern. Doch die Reform steht nun auf der Kippe. Gewerkschaften und SP wollen sie abstürzen lassen. Im Herbst stimmt die Bevölkerung darüber ab.

Und eine weitere, tatsächlich sinnvolle Verbesserung lässt auf sich warten.

# Probe aufs Exempel: Jetzt geht es um Hunderte Millionen

Seitenzahl  
3

Seitenzahl  
Bericht

Für die Pharmabranche kommt die Diskussion über das Kostendämpfungspaket 2 zur Unzeit.

## Anna Wanner

Sobald die Heilmittelbehörde Swissmedic ein Medikament auf dem Schweizer Markt zulässt, soll es auch von der Krankenkasse vergütet werden. Dieses Idealszenario einer beschleunigten Zulassung für alle Patienten, die auf die Wirkung neuer und innovativer Medikamente hoffen, wird auch von den Pharmaherstellern seit Jahren gepusht.

Allerdings hat die von der Pharmabranche kritisierte Verzögerung beim normalen Vergütungsprozess einen Grund: Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Hersteller verhandeln intensiv über einen fairen Preis. Und das kann Monate dauern. Während das BAG im Interesse der Versicherten den Preis eines Arzneimittels drückt, weil es nach der Aufnahme auf die Spezialitätenliste solidarisch über die Krankenkasse finanziert wird, verlangen die Hersteller eine angemessene Abgeltung des Forschungsaufwands.

Vor diesem Hintergrund muss das Parlament entscheiden, nach welchen Kriterien das BAG den Medikamentenpreis am Tag Null nach der Zulassung festlegen soll – und tut sich schwer damit. Die Diskussion ist nicht nur technisch, es geht auch um viel Geld. Alleine bei der Frage, ob für die Preisfestsetzung eines neuen Medikaments auch eine Wirksamkeitsprüfung durch das BAG nötig ist, geht es um rund 260 Millionen Franken pro Jahr, wie die Behörde berechnete. Die Einsparungen könnten künftig aber noch höher sein, weil zur Behandlung von Alzheimer oder Übergewicht weitere hochpreisige Medikamente auf den Markt kommen werden.

Die Pharmahersteller argumentieren gegen eine zusätzliche Prüfung durch das BAG: Swissmedic bestätigte die Wirksamkeit eines Medikaments jeweils bereits durch die Zulassung. Das BAG hält dagegen, dass für den Preis eines neuen Arzneimittels auch dessen Wirksamkeit im Vergleich zu bestehenden Therapien entscheidend sei. Wenn kein zusätzlicher Nutzen hervorgehe, werde kein höherer Preis akzeptiert. Wenn gar die Wirksamkeit schlechter ist, könne das BAG die Vergütung auch ablehnen.

## Gesundheitsinitiativen: Der Druck ist spürbar

Für SP-Ständerätin Flavia Wasserfallen (BE) ist klar: «Die aktuellen Massnahmen zur Preisbildung bei teuren Medikamenten bringen Einsparungen von mehreren hundert Millionen Franken. Sie bilden das Herzstück des Kostendämpfungspakets 2. Sollten sie im Sinne der Pharma noch aufgeweicht werden oder rausfallen, wird aus dem Kostendämpfungspaket ein Kostenausdehnungspaket.»

Doch damit nicht genug. Unter dem Druck der beiden Gesundheitsinitiativen hat die ständerätliche Gesundheitskommission einen weiteren Preisabschlag für umsatzstarke Medikamente ins Gesetz aufgenommen. Der Vorschlag kommt ursprünglich von FDP-Ständerat Josef Dittli (UR) und sieht vor, dass neben den Kosten einer Tagestherapie auch die Kosten für das gesamte Gesundheitswesen und das Gesundheitssystem berücksichtigt werden müssen. Der Grund: Gerade bei neuen innovativen Medikamenten sei der Preisanstieg «besorgniserregend», wie Dittli argumentierte. Gleichzeitig werde bei der

Zulassung nicht berücksichtigt, wie häufig eine Krankheit in der Bevölkerung vorkomme.

Neu soll darum die regelmässige Preisüberprüfung von Medikamenten auch das «Marktvolumen» berücksichtigen. Der Gesetzesartikel sieht vor, dass ein Hersteller verpflichtet werden kann, einen Teil des «tatsächlich erzielten Umsatzes» an die Krankenkassen «auszugleichen». Den Umfang würde das BAG bestimmen. Was zusätzlich mehrere hundert Millionen Franken an Einsparungen bewirken könnte.

---

# Teure Medikamente: Parlament verschleppt Spardebatte

Seitenzahl  
Seitenzahl  
Titelseitenanriss

Ein wegweisender Entscheid folgt erst nach der Volksabstimmung – es geht um Hunderte Millionen Franken.

## Anna Wanner

Der Vorwurf ans Parlament ist happig: Die zuständigen Gesundheitskommissionen seien derart von Lobbyisten durchtränkt, dass jede sinnvolle Reform im Gesundheitswesen bereits im Keim erstickt werde. Deshalb, so argumentiert Mitte-Präsident Gerhard Pfister, brauche es eine Kostenbremse. Die Initiative seiner Partei erhöhe den Druck auf die Entscheidungsträger, Massnahmen zum Kostensparen nicht nur zu diskutieren, sondern diese auch zu beschliessen – und zwar ohne sie vorgängig komplett verwässert zu haben.

Offenbar wollte das Büro des Ständerats diesen Druck für die Diskussion weiterer Massnahmen eben genau nicht. In der Planung hat es die Entscheide zum zweiten Kostendämpfungspaket des Bundesrats auf den Donnerstag in der letzten Sessionswoche gelegt. Vier Tage nach der Abstimmung über die beiden Gesundheitsinitiativen kommt die Probe aufs Exempel: Schafft es das Parlament, im Gesundheitswesen zu sparen?

Tatsächlich ist die Ausgangslage nicht eindeutig: Gerade bei den Arzneimitteln geht es um mehrere hundert Millionen Franken, die über neue Regeln der Preisfestlegung gespart würden.

## Nicht alle Massnahmen drosseln die Ausgaben

Die Berner SP-Ständerätin Flavia Wasserfallen befürwortet die Sparmassnahmen. Sie erklärt, es gehe dabei um die Frage, ob sich das Kostendämpfungspaket nicht zuletzt noch in ein Kostenausdehnungspaket verwandelt.

Der Ständerat muss am selben Tag auch über andere Massnahmen befinden. Dabei geht es um die bessere Abgeltung von Hebammen, die frischgebackene Mütter im Wochenbett begleiten. Und es geht um die Einführung eines neuen Leistungserbringers: Neu sollen auch Netzwerke der koordinierten Versorgung über die Krankenkassen abrechnen können. Mitte-links ist überzeugt von angeblichen Ersparnissen. Die betroffenen Netzwerke kritisieren den Aktivismus, sie befürchten den Totalschaden.

# Prämien von 10'000 Franken «sind möglich»

 SonntagsZeitung | 02.06.2024

Initiativen - Kurz vor der Abstimmung am nächsten Sonntag heizen Befürworter, Gegner und Experten die Kontroverse über künftige Prämienkosten an.

## Adrian Schmid

Der Negativrekord kommt aus Genf: Dort hat die Krankenkasse Agrisano für 2024 in der Grundversicherung eine Jahresprämie von 11'252 Franken offeriert - für eine erwachsene Person mit einer Franchise von 300 Franken, inklusive Unfallversicherung. Auch bei der Visana-Tochter Galenos kostet diese Variante über 10'000 Franken, wie eine Abfrage beim Prämienrechner des Bundes zeigt.

Es handelt sich hier zwar um Extrembeispiele aus einem Hochprämienkanton. Dennoch zeigt es, dass Krankenkassenprämien von 10'000 Franken keine Utopie mehr sind. Für SP-Nationalrat Roger Nordmann ist die Situation «alarmierend». Er hat selber Berechnungen aufgestellt. Demnach könnten gegen Ende der 2020er-Jahre auch die durchschnittlichen Prämien in ersten Kantonen auf über 10'000 Franken steigen. In Genf liegen sie bereits jetzt über 8000 Franken.

Nordmann geht in seinem Modell davon aus, dass die Prämien 2025 um 6 Prozent steigen, so wie kürzlich vom Vergleichsdienst Comparis prognostiziert. Für die Folgejahre rechnet er mit einem Wachstum von jeweils 4 Prozent. Das entspricht dem Durchschnitt der Jahre 2021 bis 2025. In dieser Phase gab es sehr hohe Anstiege, aber auch ein Nullwachstum.

## Drei Prozent Anstieg sind «unvermeidlich»

Ist eine solche Entwicklung möglich? Gemäss Gesundheitsökonom Heinz Locher bleibt der Druck auf die Prämien hoch. «Ein Anstieg von bis zu 3 Prozent ist in den kommenden Jahren unvermeidlich.» Locher begründet dies mit strukturellen Defiziten. «Wir leisten uns zu viele Spitäler.» Ob die Prämien noch stärker ansteigen könnten, sei schwierig vorherzusagen. Locher zeigt sich dabei wenig optimistisch: «In der Politik fehlt es an Kräften, die Massnahmen zum Durchbruch verhelfen könnten, um das Prämienwachstum zu stoppen. Dazu kommen die Lobbyisten, die alles hintertreiben.»

Gemäss Felix Schneuwly, Gesundheitsexperte bei Comparis, hängen die künftigen Prämien von der Entwicklung der Spitalkosten, der Pflegefinanzierung und den Finanzmärkten ab. «Ab 2026 gehe ich von einem jährlichen Anstieg von rund 3 Prozent aus, was leicht über dem Durchschnitt der letzten 10 Jahre ist. Alles, was darüber liegt, ist reine Spekulation.»

Bei einem 3-Prozent-Wachstum würde die 10'000er-Grenze im Nordmann-Modell zu Beginn der 2030er-Jahre geknackt. Auch für Schneuwly ist eine solche Entwicklung denkbar. «Prämien von 10'000 Franken sind massiv, aber möglich, wenn Bruttoinlandprodukt und Wohlstand weiter zunehmen und die Löhne steigen.» Nur wenn der Wohlstand schrumpfe, «werden wir uns weniger Medizin leisten können».

## Doppeltes Ja soll einen «Schock» verhindern

Nordmann warnt nun vor einer Ablehnung der Prämieninitiative der SP und der Kostenbremseinitiative der Mitte. «Prämien von 10'000 Franken sind ein Albtraum. Jetzt ist der letzte Moment, um die breite Bevölkerung vor diesem Schock zu bewahren», sagt der ehemalige SP-Fraktionschef und Bundesratskandidat. Ein doppeltes Ja erhöhe den Druck auf Bund und Kantone, die Kosten in den Griff zu bekommen. «Die Erhöhung der Prämienverbilligungen sorgt für mehr Gerechtigkeit und die Kostenbremse für mehr Effizienz.»

Auch für Mitte-Nationalrat Stefan Müller-Altermatt geht der Trend «ganz klar in Richtung 10'000 Franken», wie er sagt. «Wir brauchen jetzt maximalen Druck, damit sich etwas ändert.» Müller-Altermatt ist der Einzige, der im Parlament beiden Initiativen zugestimmt hat.

Damit ist die Schlussoffensive der Befürworter vor der Abstimmung am kommenden Sonntag lanciert. Nach gutem Start haben beide Vorlagen in den letzten Umfragen an Zustimmung verloren. Bei der Kostenbremse zeichnet sich bereits ein Nein ab. Die Prämien-Initiative hat nur noch eine knappe Ja-Mehrheit.

Die Gegner hingegen kritisieren die Warnung aus dem Pro-Lager scharf. «Für mich ist das Angstmacherei mit einer Milchbüchlirechnung», sagt FDP-Nationalrätin Regine Sauter. Sie spricht sich zwar auch für kostendämpfende Massnahmen aus. Die Prämienverbilligungsinitiative verursache aber «enormen Kosten», und die Kostenbremse rationiere die Gesundheitsversorgung. «Beide Initiativen schiessen weit über das Ziel hinaus.»

# «Il faut éviter des primes à 10'000 francs»

 Le Matin Dimanche | 02.06.2024

Le double oui Roger Nordmann avertit que la facture annuelle risque de compter quatre zéros. Il invite à accepter l'initiative du PS, et celle du Centre.

## Caroline Zuercher

La campagne sur les coûts de la santé s'accélère. S'éloignant des positions officielles de leurs partis, un comité d'élus du PS et du Centre prône le double oui - à la fois aux subventions et au frein. L'un d'eux, Roger Nordmann (PS/VD), avance un argument: «Il faut deux oui pour éviter des primes à 10'000 francs. C'est le dernier moment pour le faire.»

Une prime annuelle de 10'000 francs? Le conseiller national parle ici de la prime standard (pas de modèle alternatif), avec une franchise à 300 francs. Son calcul est basé sur l'hypothèse que les augmentations suivent la tendance des deux dernières années et les prévisions de Comparis pour 2025.

Selon ce scénario, la barre des 10'000 francs sera franchie pour la première fois dans quatre ans, notamment à Genève. «Et dans cinq ans, sept cantons auront des régions avec des primes supérieures à ce montant», ajoute le socialiste. Il prédit notamment ce sombre avenir pour Neuchâtel et les régions 1 des cantons de Vaud et de Berne. Même avec des prévisions plus optimistes, il estime que le premier canton franchira ce cap en 2029.

Pour y remédier, il ne préconise donc pas uniquement de voter pour l'initiative de son parti, mais soutient aussi celle du Centre. «Même si la base du PS et celle du Centre ne s'apprécient pas forcément, il faut voir ce qui est dans l'intérêt général, et dire oui à la fois à l'efficacité et à la justice», plaide-t-il.

Ce discours, un poids lourd de la campagne du Centre semble prêt à l'entendre: Benjamin Roduit (VS). Il juge que les chiffres de Roger Nordmann «sont tout à fait réalistes». Et même s'il ne fait pas partie du comité prônant le double oui, le Valaisan se montre ouvert à l'initiative socialiste. «Au parlement, notre groupe demandait un contre-projet plus efficace. Sachant que les deux votes ont lieu le même dimanche, je pense qu'on peut voter deux fois oui. C'est ce que je ferai.»

Benjamin Roduit craint surtout que rien ne bouge. Ou que l'on augmente les subventions sans freiner les coûts. Il peut dès lors «vivre avec l'idée que ces deux propositions sont un paquet. L'une permet d'agir sur le court terme, l'autre sur le long terme.»

Le Centre et le PS n'auraient-ils pas dû unir leurs forces dès le début? «Au parlement, ces dossiers ont été bloqués par une logique de lobbys et, durant cette campagne, il y a eu une logique partisane, regrette Roger Nordmann. Ces rapprochements n'ont pas eu lieu, mais le peuple a maintenant l'occasion de forcer le compromis.»

«Je ne peux pas commenter le calcul de Roger Nordmann, car je ne sais pas s'il est correct ou pas, réagit Céline Amaudruz (UDC/GE). Ce calcul paraît un peu simpliste et je n'aime pas les effets d'annonce à la veille de votations, alors que la victoire semble difficile. Le débat est ailleurs: il faut répondre aux besoins de la population.»

Pour la Genevoise, les solutions soumises aux votants ne sont pas les bonnes, «car elles nous engagent sur des années. À mon sens, il faut geler les primes, comme nous l'avons proposé avec Sophie Michaud Gigon (Les Verts/VD), conclut-elle. Cela obligera les différents acteurs à agir et à trouver une solution.»



# Sparen im Gesundheitswesen dank Eigenverantwortung

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 01.06.2024

## Weniger Fehlanreize und mehr Selbstbeteiligung sind effektive Wege

**Christin Severin**

Die Gesundheit ist uns teuer, doch die Kosten dafür werden immer schwerer. Was also tun, um diese erträglicher zu machen? Die Gesundheits-Initiativen, die am 9. Juni zur Abstimmung kommen, bieten zwei Ansätze. Leider haben beide grundlegende Schwächen.

Der wesentliche Fehler der Prämientlastungs-Initiative ist, dass nicht gespart wird. Die reine Deckelung ändert nichts an den Ursachen der hohen Gesundheitskosten. Ein Teil der Prämienzahler würde zwar entlastet. Die Kosten auffangen sollen aber Bund und Kantone. Damit landet die Rechnung via Hintertür wieder beim Steuerzahler. Der langjährigen Tendenz zur Ausweitung der Mengen wird nichts entgegengesetzt. Durch die erweiterte Prämientlastung sinkt sogar der Sparwille.

## Das Problem ist die Quantität

Bei der Kostenbremseinitiative würde zwar effektiv gespart. Zum Zeitpunkt der Abstimmung bleibt aber unklar, wo genau der Hebel angesetzt werden soll. Die Gefahr ist deshalb, dass es dort passiert, wo der Widerstand am geringsten ist. Gegnerinnen und Gegner der Initiative befürchten, dass Behandlungen verzögert werden und längere Wartezeiten entstehen.

Da das eigentliche Problem weniger in den Kosten der einzelnen Leistungen liegt als vielmehr in der Mengenausweitung, müssten wirksame Massnahmen hier anknüpfen. Ökonomisch sinnvoller als eine stärkere Regulierung, Preisobergrenzen oder eine Ausweitung der staatlichen Kontrollen sind Massnahmen, die Fehlanreize korrigieren, und zwar auf der Ebene der Patienten, der Leistungserbringer, des Staats und der Hersteller von Medikamenten und Hilfsmitteln.

Sind Franchise und Selbstbehalt ausgeschöpft, haben die Patienten keinerlei Anreize mehr, weniger Leistungen zu beziehen. Um die Gesundheitskosten zu senken, ist es notwendig, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken.

Ein wichtiger Ansatzpunkt ist die Franchise. Die Mindestfranchise von 300 Franken wurde seit Jahren nicht mehr angehoben. Sie könnte an die Lohnentwicklung angepasst werden. Ein weiterer Ansatz ist, die Franchise einkommensabhängig zu gestalten, wie es etwa Werner Widmer, Lehrbeauftragter der Universität St. Gallen und der Universität Luzern, vorgeschlagen hat. So könnte die Franchise bis auf zehn Prozent des Einkommens eines Haushalts steigen.

Dadurch wären Menschen mit höheren Einkommen länger direkt an den Kosten beteiligt. Man überlegt sich dann eher, ob eine Behandlung wirklich sinnvoll und notwendig ist. Fällt die Selbstbeteiligung weg, besteht aufgrund der hohen Prämien ein Anreiz, aus Vorsicht eher einmal etwas mehr kontrollieren zu lassen als nötig.

## Das Gesundsein belohnen

Auch bei den Leistungserbringern krankt das System an falschen Anreizen. In der Regel werden Einzelleistungen vergütet. Je mehr Behandlungen ein Arzt oder Therapeut erbringt, desto höher sein Einkommen. Abhilfe schaffen Systeme, bei denen die Leistungserbringer an der Gesundheit verdienen statt an der Krankheit. Sie zielen darauf ab, sinnlose oder sogar schädliche Überversorgung zu vermeiden. Das Mittel dazu sind integrierte Versorgungsnetzwerke, wie der Gesundheitsökonom Tilman Slembeck immer wieder betont. In diesen Bereich fällt auch die Förderung von Managed-Care- und Hausarztmodellen sowie der Telemedizin.

Ungelöste Zielkonflikte zeigen sich auch beim Staat beziehungsweise bei den Kantonen. Beträchtliche Beträge liessen sich sparen, wenn unausgelastete Spitäler geschlossen würden. Krankenhäuser sind in der Schweiz im Schnitt nur zu 80 Prozent ausgelastet. Bereits 2017 hatte der Bericht einer Expertengruppe zur Dämpfung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen gefordert, dass der Bund das Spitalwesen planen sollte und nicht mehr die Kantone.

Das hätte zudem den Vorteil, dass komplexe Behandlungen an weniger Standorten durchgeführt würden, dafür von hochspezialisierten Teams. Nicht jedes Spital muss, um ein einfaches Beispiel zu nennen, Knie und Kreuzbänder operieren. Dass die Bevölkerung Spitalaufenthalte in der Nachbarschaft erwartet und die Politiker diesem Wunsch nur zu gern entsprechen, ist zwar eine heilige Schweizer Kuh. Doch sind sich die Patienten oft zu wenig bewusst, dass es umso weniger Komplikationen gibt, je höher die Fallzahlen und entsprechend erfahrener die Ärzteteams sind. Eine weite Anfahrt zum Spital ist weniger schmerzhaft als eine schlecht operierte Hüfte.

Sparen lässt sich auch bei den Medikamenten. Viele Ökonomen plädieren dafür, Parallelimporte von patentgeschützten Medikamenten zu erlauben. Dagegen wehrt sich allerdings die Pharmaindustrie, denn die Praxis, Medikamente in der Schweiz teurer zu verkaufen als im Ausland, würde dadurch erschwert. Immer wieder genannt wird ferner eine Verpflichtung von Apothekern und selbstdispensierenden Ärzten, Generika abzugeben.

Ein weiterer Ansatz ist die Förderung der Digitalisierung einschliesslich automatisierter Abrechnungsverfahren. So können Verwaltungsprozesse effizienter gestaltet und Behandlungsfehler eher vermieden werden. Die Einführung eines elektronischen Patientendossiers würde das Zusammenspiel zwischen den verschiedenen Gesundheitsanbietern verbessern. Heikel ist dabei, dass Datendiebstähle und damit eine potenzielle Verletzung der Privatsphäre nie zu 100 Prozent ausgeschlossen werden können.

Ein weiterer Kostentreiber ist die zunehmende Zahl von Gesetzen, Erlassen und neuen Auflagen im Gesundheitswesen. So fordert etwa Fridolin Marty, Leiter Gesundheitspolitik beim Wirtschaftsverband Economiesuisse, dass nicht nur die Leistungen, sondern auch die Gesetze und Verordnungen auf ihren Nutzen und ihre Wirtschaftlichkeit geprüft werden müssten.

## Ansprüche steigen automatisch

Doch selbst wenn das Sparpotenzial künftig besser ausgeschöpft wird als in der Vergangenheit: Auch in Zukunft muss mit hohen Kosten gerechnet werden. Gründe dafür sind die demografische Alterung der Bevölkerung, die zu einem höheren Bedarf an Gesundheitsleistungen führt. Zudem haben sowohl die Möglichkeiten der Medizin wie auch die Ansprüche an sie enorm zugenommen. Im Krankheitsfall will jeder die beste Behandlung.

Eine gute Gesundheitsversorgung kostet. Wirtschaftlicher Erfolg ist die Grundlage, dass man sich das leisten kann. Sparpotenziale auszuschöpfen und die Anreize für möglichst alle Beteiligten richtig zu setzen, ist notwendig, um die Kosten in den Griff zu bekommen. Ein Gesundheitssystem, bei dem man alles bekommt und nichts oder zu wenig zahlt, ist eine trügerische Illusion.

# La réduction des coûts du système de santé débattue sous la Coupole

 L'Agefi | 31.05.2024

Gaspillage de médicaments, bureaucratie, prestations des assurances, soutien aux médecins de famille: un menu chargé jeudi au National.

Le Conseil national s'est attaqué jeudi à la réduction des coûts du système de santé et a adopté plusieurs motions et postulats.

La Chambre du peuple a tout d'abord largement soutenu une motion de sa commission en ce sens visant à réduire le gaspillage causé par les emballages des médicaments ou les dosages inappropriés. Le Conseil des Etats doit encore se prononcer.

Des emballages trop grands ou trop petits, des dosages ou des formes inappropriés peuvent mener à du gaspillage, rappelle Brigitte Crottaz (PS/ VD) au nom de la commission. Et il faut en tenir compte pour fixer les prix.

Si des tailles d'emballages, des dosages ou des formes galéniques plus appropriés sont autorisés à l'étranger uniquement et sont moins chers que les alternatives existantes en Suisse, ils doivent pouvoir être importés par des professionnels de la santé pour leurs patients, a précisé la rapporteuse. Ces médicaments seront remboursés par les assureurs.

## Jusqu'à 600 millions d'économie

«Cela doit faire prendre conscience à la pharma du rôle qu'elle joue dans le gaspillage», a indiqué Brigitte Crottaz. Et de rappeler que le rôle de parlementaire est de limiter les coûts de la santé lorsque cela est possible.

Le Conseil fédéral soutient la motion. «Trop de médicaments doivent être détruits en raison de la taille d'emballage ou de durée de conservation courte», a indiqué la ministre de la Santé, Elisabeth Baume-Schneider. Si 10 à 20% des médicaments sont jetés, cela représente 300 à 600 millions de francs par année.

Le National a également adopté par 170 voix contre 12 une motion de l'ancienne députée Ruth Humbel (C/AG) qui charge le Conseil fédéral de présenter un rapport sur la nature et l'ampleur du gaspillage des médicaments et de proposer des mesures pour y remédier.

Selon la statistique des déchets spéciaux tenue par l'Office fédéral de l'environnement, quelque 4200 tonnes de vieux médicaments et de déchets cytostatiques provenant des domaines ambulatoire et hospitalier ont été éliminées en 2020 dans l'ensemble de la Suisse. Leur valeur est estimée à de plus de 2 milliards de francs, soit environ 20% des prix des médicaments financés par l'assurance maladie. Ils s'ajoutent aux médicaments jetés par les ménages.

La bureaucratie à laquelle sont soumis les professionnels de la santé doit quant à elle être réduite. Le National a adopté par 98 voix contre 90 une motion de l'ancienne députée Andrea Geissbühler (UDC/BE). Pour la Bernoise, moins de tâches administratives implique plus de temps avec le patient. Par ailleurs,

moins de charge administrative rendrait le métier plus attractif. Le Conseil fédéral table quant à lui sur la numérisation du secteur.

## Catalogue passé au crible

Par ailleurs, le catalogue des prestations de l'assurance de base sera passé au crible. Le National a adopté, par 128 voix contre 60, un postulat de l'ancienne conseillère nationale Verena Herzog (UDC/ TG) visant à réduire les coûts du système de santé.

Le Conseil fédéral devra examiner les conséquences financières de l'extension constante du catalogue des prestations de l'assurance de base depuis l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal).

L'assurance de base doit rester «de base», a lancé Vroni Thalmann-Bieri (UDC/LU ). Il faut voir quelles prestations ont été rajoutées, lesquelles ont fait le plus augmenter les coûts de la santé ou encore quelles sont les conséquences de la forte augmentation de la population.

Elisabeth Baume-Schneider était contre. Des processus existent déjà pour vérifier les prestations de la LAMal, qui sont donc périodiquement réexaminées.

Enfin, le National veut mieux soutenir les médecins de famille. Il a adopté une motion de Jacques Nicolet (UDC/VD) demandant une révision du tarif médical à la prestation. Les soins médicaux de base, procurés par un médecin de famille, sont généralement moins coûteux. (ats)

# Samira Marti: «Die Entlastung ist wirklich bitter nötig» - Interview

 Basler Zeitung | 29.05.2024

Samira Marti zum Prämiendeckel - Die Baselbieter SP-Nationalrätin wirbt für ein Ja zur Prämienentlastungsinitiative. Nur so habe die Politik einen Anreiz, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken.

## Oliver Sterchi

Sollen die Krankenkassenprämien gedeckelt werden? Über diese Frage stimmt die Schweiz am 9. Juni ab. Die Prämienentlastungsinitiative verlangt, dass Versicherte nicht mehr als 10 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für ihre Prämie aufwenden müssen. Den Rest würden Bund und Kantone in Form von Prämienverbilligungen übernehmen.

Die Vorlage aus der Feder der SP ist hochumstritten. Gemäss Umfragen hat sie bei den Stimmbürgerinnen und -bürgern jedoch intakte Chancen. Fakt ist: Viele Menschen in der Schweiz ächzen unter den hohen Prämien. Die Idee dürfte also für viele durchaus verlockend sein. Die Gegner prophezeien indes Mehrkosten in Milliardenhöhe - Kosten, die sich die öffentliche Hand nicht leisten könne. Nach der 13. AHV-Rente steht die Schweiz also vor der nächsten wegweisenden sozialpolitischen Abstimmung.

Die Baselbieter Nationalrätin Samira Marti ist Co-Chefin der SP-Fraktion im Bundeshaus und eine der Wortführerinnen des Pro-Lagers. Die BaZ hat sie während der laufenden Session in Bern zum Interview getroffen.

*Die Gegner der Prämieninitiative warnen vor Mehrkosten in Höhe von bis zu 12 Milliarden Franken pro Jahr ab 2030. Wer soll das finanzieren und wie?*

An sich verursacht die Initiative keine Mehrkosten. Heute bezahlt der Mittelstand die Prämienrechnungen einfach selbst. Das Baselbiet verzeichnet die dritthöchste Prämienlast der Schweiz. Hier geben durchschnittliche Haushalte 18 Prozent ihres Einkommens für die Krankenkassenprämien aus, Verbilligungen einberechnet. In Basel-Stadt sind es 17 Prozent. Die Drohszenarien sind vor allem ein Abbild davon, welche massive Prämienexplosion uns erst noch bevorsteht. Erst gerade wurde angekündigt, dass die Prämien nächstes Jahr massiv ansteigen sollen! Darum braucht es jetzt einen Prämienendeckel. Dieser schützt Familien, Einzelpersonen und Rentnerinnen und Rentner auch vor zukünftigen Prämien erhöhungen.

*Für diese 12 Milliarden müssten Bund und Kantone aufkommen. Nur: mit welchem Geld?*

Im Gesundheitswesen besteht eine paradoxe Situation. Es wird dominiert von Partikularinteressen und mächtigen Lobbyisten, die kaum Anreize haben, das Kostenwachstum zu dämmen. Sie geben die Rechnung für ihre Businessmodelle Jahr für Jahr via höhere Prämienprozente an die breite Bevölkerung weiter - nächstes Jahr mit einem prognostizierten Anstieg von 6 Prozent! Die Initiative setzt hier an: Sie delegiert die finanzielle Verantwortung für den Prämienanstieg an Bund und Kantone. So steigt der Druck auf die Politik, auch gegen die Interessen der Gesundheitslobby sinnvolle kostendämpfende Massnahmen durchzusetzen. Wer befiehlt, muss auch bezahlen.

## «Heute dominieren die Interessen der einzelnen Lobbys.»

*Jetzt haben wir gerade über eine 13. AHV-Rente abgestimmt. Die Armee will mehr Geld, und auch für den Wiederaufbau in der Ukraine sollen Mittel gesprochen werden. Nochmals: Woher sollen diese Milliarden kommen?*

Ich bin davon überzeugt, dass wir bei Annahme der Initiative eine soziale Finanzierung finden werden. Interessant finde ich etwa die Idee der Mitte, eine Finanztransaktionssteuer einzuführen. Auch eine befristete Erhöhung der Unternehmensgewinnsteuer wäre ein denkbarer Weg. Das ist übrigens der Vorschlag von Simon Michel, FDP-Nationalrat und Verwaltungsrat eines grossen Unternehmens mit mehreren Tausend Mitarbeitenden.

*Unternehmen bezahlen bereits mehr durch die OECD-Mindeststeuer. Jetzt sollen sie noch mehr abliefern, damit auch die Prämienverbilligungen finanziert sind?*

Die meisten kleinen Unternehmen bezahlen kaum Gewinnsteuern. Persönlich befürworte ich eine Finanztransaktionssteuer. Das wäre eine moderate Steuer, die den Mittelstand nicht belastet und eine grosse Wirkung erzielen würde.

*Immer mehr Ausgaben, immer mehr Steuern: Das ist doch keine nachhaltige Politik?*

Wir leben in sehr krisenhaften Zeiten, die aussergewöhnliche Massnahmen erfordern. Ja, die Armee soll ihre Bestände erneuern, und die Ukraine verdient unsere volle Unterstützung. Letztes Jahr haben wir mit vielen Milliarden eine grosse Privatbank gerettet. Aber die Kaufkraft-Krise der breiten Bevölkerung muss genauso ernst genommen werden. Immer wenn wir den Mittelstand entlasten wollen, heisst es, das sei zu teuer. Das nervt mich ungemein. Die hohe Prämienlast ist die grösste Sorge der Schweizer Bevölkerung. Wir müssen endlich handeln.

*Die SVP Baselland fordert, dass man die Prämien von den Steuern abziehen kann. Wäre das nicht der bessere Weg, um den Mittelstand zu entlasten?*

Nein, das wäre der falsche Weg. Davon würde vor allem der reichste Teil der Bevölkerung profitieren. Für die sehr Wohlhabenden haben wir im Baselbiet in den letzten Jahren schon genug getan. Mit der Senkung der Vermögenssteuer haben sie Dutzende Millionen erhalten. Jetzt sind die anderen dran.

*Weshalb sollte der Mittelstand nicht davon profitieren, wenn er die Prämien von den Steuern abziehen kann?*

Ein Steuerabzug in einem progressiven Steuersystem nützt immer denjenigen am meisten, die am meisten verdienen. Wir wollen das Gegenteil: Der Pfleger soll entlastet werden, nicht die Privatchirurgin mit Millionensalär.

*Das würde den Mittelstand trotzdem entlasten.*

Viel weniger als mit dem Prämiendeckel. Niemand soll mehr als 10 Prozent des Einkommens für die Prämien ausgeben müssen. Das ist sozial viel gerechter. Und noch etwas zum Thema soziale Gerechtigkeit.

*Bitte.*

Die Entlastung ist wirklich bitter nötig. Ich habe in den letzten Monaten viele Zuschriften von Menschen bekommen, die mir geschildert haben, auf was sie inzwischen alles verzichten wegen der explodierenden Kosten, allen voran der Prämien und der Mieten. Gerade für Rentnerinnen und Rentner, aber auch Familien geht die Rechnung am Ende des Monats nicht mehr auf. Wenn sich die Grossmutter in Zukunft wieder einmal einen Kinobesuch oder eine Glace mit der Enkelin leisten kann, dann kommt das direkt unserem Gewerbe zugute. So geht wirkungsvolle Wirtschaftspolitik.

*Eine Deckelung der Prämien würde doch krasse Fehlanreize setzen. Die Leute würden noch mehr Gesundheitsdienstleistungen konsumieren als ohnehin schon. Das würde die Kosten nur noch mehr anheizen.*

Die Arztrechnungen müssten ja immer noch bezahlt werden, oder worin soll der Fehlanreiz liegen?

*Als Konsument hätte ich so den Anreiz, die tiefste Franchise zu wählen, weil irgendwann springt dann der Staat ein und deckelt meine Prämie. Insgesamt kann ich dann also mehr Dienstleistungen konsumieren, die ich nicht selbst bezahlen muss.*

Dass die Menschen zu viel zum Arzt gehen, ist eine unbelegte Behauptung. Erwiesen ist das Gegenteil: Jede fünfte Person geht bereits heute gar nicht oder zu spät zum Arzt, aus Angst vor der finanziellen Belastung.

*Notfallstationen klagen über Leute, die mit Bagatellen zu ihnen kommen. Sogar die Einführung einer Notfallpauschale wird diskutiert. Sind die Prämien gedeckelt, haben die Menschen erst recht keinen Anreiz, sich zweimal zu überlegen, ob der Gang ins Spital wirklich jedes Mal notwendig ist.*

Es wäre weiterhin möglich, eine hohe Franchise oder das Hausarztmodell zu wählen und dadurch Kosten zu sparen. Die Prämienverbilligung erfolgt ja nicht individuell, sondern auf Basis der regionalen Prämien. Wer ein günstigeres Modell wählt, wird auch in Zukunft profitieren.

*Letztlich ist eine Prämiendeckung aber lediglich Symptombekämpfung. Die Ursachen - etwa die hohe Spitaldichte oder ineffiziente Abläufe - werden nicht angegangen.*

Falsch. Wenn Bund und Kantone künftig für den Prämiendeckel aufkommen müssen, hat die Politik endlich ein Interesse, gegen die Verschwendung im Gesundheitswesen vorzugehen. Heute dominieren die Partikularinteressen der einzelnen Lobbys, seien es die Pharma, die Spitäler oder die Krankenkassen.

*Die Linke lobbyiert auch, etwa für höhere Löhne in der Pflege. Auch das führt zu Mehrkosten.*

Es gibt gute Gründe für Investitionen in unsere Gesundheitsversorgung. Wenn das Geld dafür genutzt wird, dass die Menschen besser betreut und versorgt werden - etwa durch bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege -, dann sind das sinnvolle, ja sogar dringliche Investitionen für die Patientinnen und Patienten. Es gibt aber auch Kostentreiber, die nichts mit der Qualität der Versorgung zu tun haben, zum Beispiel die Dutzenden Krankenkassen, die extrem hohe Verwaltungskosten mit sich bringen und wo sich einige wenige mit überrissenen Managerlöhnen eine goldene Nase verdienen. Oder die Medikamentenpreise, die im Vergleich zum Ausland in der Schweiz viel zu hoch sind.



Sieht gute Gründe für Investitionen ins Gesundheitswesen: SP-Nationalrätin Samira Marti. Foto: Marco Zanoni

# «Wir müssen endlich handeln»

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Prämieninitiative - Die Baselbieter SP-Nationalrätin Samira Marti kämpft an vorderster Front für ein Ja zur Vorlage, welche die Krankenkassenprämien bei zehn Prozent des verfügbaren Einkommens deckeln will. Im Interview erklärt sie, weshalb dadurch die Kosten im Gesundheitswesen nicht steigen, sondern sinken sollen. **(ost)**



# Prämieninitiative verliert an Rückhalt

 Tages-Anzeiger | 29.05.2024

Umfrage zu den Abstimmungen vom 9. Juni - Gegenwärtig sagen noch 50 Prozent Ja zur Prämientlastungs-Initiative, vor einem Monat waren es 60 Prozent. Dies verheisst ein knappes Rennen - und rückt das Ständemehr in den Fokus.

## Iwan Städler

Die SP und die Gewerkschaften müssen bangen. Ihre Prämientlastungs-Initiative ist deutlich weniger komfortabel unterwegs als Anfang Jahr die 13. AHV-Rente. Damals sagten 59 Prozent der Befragten Ja, als sie von Tamedia und «20 Minuten» zwei Wochen vor der Abstimmung nach ihren Absichten gefragt wurden. An der Urne stimmten schliesslich 58 Prozent zu.

Nun kommt die Prämientlastungs-Initiative in der letzten Umfragewelle auf 50 Prozent - deutlich weniger als im April, als noch 60 Prozent ein Ja einlegen wollten. Das gegnerische Lager ist inzwischen mit 48 Prozent fast gleich stark.

Besonders viel an Zuspruch eingebüsst hat die SP-Initiative im Lager der SVP- und Mitte-Sympathisanten. Sie waren im April noch mehrheitlich dafür, dass niemand über 10 Prozent des verfügbaren Einkommens für Krankenkassenprämien aufwenden muss. Jetzt haben aber viele die Meinung gewechselt. Nur die Sozialdemokraten und die Grünen sprechen sich noch mehrheitlich für die Initiative aus - wenn auch sehr klar.

## Stadt-Land-Graben

Es zeigt sich auch ein markanter Einkommensgraben: Unter jenen, die weniger als 4000 Franken pro Monat verdienen, wollen 67 Prozent die Prämientlastungs-Initiative annehmen. Unter den mehr als 16'000 Franken Verdienenden sind dagegen nicht einmal halb so viele dafür. Stattdessen will eine Mehrheit der Gutverdienenden ein Nein einlegen.

Kommt die Initiative der Sozialdemokraten an der Urne durch, wäre dies der zweite Grosse Erfolg der Linken innert weniger Monate. Im März hat die Schweiz mit der 13. AHV-Rente erstmals in ihrer Geschichte eine Initiative angenommen, die einen Sozialausbau fordert. Die Initiative für eine Prämientlastung wäre der zweite historische Streich. Doch am 9. Juni wird es für die SP und die Gewerkschaften deutlich schwieriger als am 3. März. Sollte sich bis dann nichts mehr ändern und das Volk analog der Umfrage abstimmen, dürfte es wegen des Ständemehrs nicht reichen. Initiativen müssen nämlich nicht nur eine Mehrheit des Volks hinter sich scharen, damit sie in die Verfassung einfliessen, sondern auch eine Mehrheit der Kantone.

Diese Hürde ist für die Prämientlastungs-Initiative höher als die erste. Denn auf dem Land und in den Agglomerationen kommt sie etwas schlechter an als in der Stadt. Und das Land fällt beim Ständemehr wegen der vielen kleinen Kantone stärker ins Gewicht. Politologe Lucas Leemann, der die Umfrage mit seiner Firma Leewas für Tamedia und «20 Minuten» durchgeführt hat, ist daher überzeugt: «51 Prozent Ja reichen nicht für eine linke Initiative.» Nun ist aber eine Umfrage stets mit Unsicherheiten behaftet.

Erfahrungsgemäss kann das Abstimmungsresultat 4 Prozentpunkte davon abweichen. Und bei 54 oder 55 Prozent Ja hätte die Prämienentlastung-Initiative gute Chancen, auch das Ständemehr zu erreichen.

Für die Kostenbremse-Initiative der Mitte hingegen scheint das Rennen gelaufen zu sein. In der ersten Umfragewelle waren noch 54 Prozent dafür, dass die Krankenkassenprämien nicht wesentlich stärker steigen dürfen als die Löhne. Jetzt mögen nur noch 45 Prozent zustimmen. Einzig die Basis der eigenen Partei steht noch klar hinter der Initiative der Mitte. Und bei der SVP resultiert wenigstens eine relative Mehrheit. Der Rest will am 9. Juni Nein stimmen. Hier dominieren die Bedenken, der Sparzwang könnte zu einem Leistungsabbau in der Grundversicherung und damit zu einer Zweiklassenmedizin führen.

Am besten kommt die Initiative im Tessin an, wo ihr 58 Prozent zustimmen wollen. In der Deutschschweiz hingegen beträgt der Ja-Anteil nur 41 Prozent und in der Westschweiz 48 Prozent. Über alle Landesteile hinweg umfasst die zweite Umfragewelle von Tamedia und «20 Minuten» 11'048 modellierte Antworten. Durchgeführt wurde sie am 22. und am 23. Mai.

## Die SVP gibt Rösti einen Korb

Besonders freuen dürften die Resultate Energieminister Albert Rösti. Sein Stromgesetz ist auf stabilem Siegeskurs. Nach wie vor sprechen sich fast zwei Drittel dafür aus, dass mehr Strom aus erneuerbaren Energien produziert werden kann und die Schweiz ihre Abhängigkeit von Energieimporten reduzieren soll.

Nur eine Partei verweigert Rösti die Gefolgschaft: seine eigene. Die SVP-Basis folgt stattdessen ihrer Parteispitze. 65 Prozent der Sympathisantinnen und Sympathisanten der SVP wollen ein Nein in die Urne legen. Die Anhängerschaften aller anderen Parteien vermag Rösti dagegen hinter sich zu scharen. Das gilt auch für die Grünen, obwohl Landschaftsschützer das Referendum gegen die Vorlage ergriffen haben.

Bleibt noch die Stopp-Impfpflicht-Initiative. Sie lässt sich mit einem Wort abhandeln: chancenlos. Nur 23 Prozent wollen sie annehmen, 72 Prozent sind dagegen. Nicht einmal mehr die SVP-Basis will dem Volksbegehren für körperliche Unversehrtheit mehrheitlich zustimmen. Die Impfgegner müssen sich folglich auf eine besonders deutliche Abfuhr gefasst machen.

## Bei der Prämieninitiative wird es knapp

Angaben in Prozent

■ Ja ■ Eher ja ■ Keine Angabe ■ Eher nein ■ Nein

«Werden Sie für die Prämienentlastungs-Initiative stimmen?»

1. Welle	45	15	4	10	26
2. Welle	43	7	2	6	42

Nach Partei

SP	77	6	13	13	
Grüne	69	9	23	17	
Mitte	38	9	1	8	44
SVP	33	7	2	6	52
GLP	24	8	1	12	55
FDP	15	4	1	7	73

Nach Einkommen

bis 4000 Fr.	60	7	2	5	26
4001–7000	50	8	2	6	34
7001–10'000	44	7	2	6	41
10'001–13'000	34	6	2	7	51
13'001–16'000	28	5	2	8	57
Über 16'000	23	4	2	4	67

Mitte-Initiative kippt ins Nein

«Werden Sie für die Kostenbremse-Initiative stimmen?»

1. Welle	30	24	8	14	24
2. Welle	32	13	4	9	42

Röstis Stromgesetz ist auf Siegeskurs

«Werden Sie für das Bundesgesetz zur Stromversorgung durch erneuerbare Energien stimmen?»

1. Welle	48	17	7	8	20
2. Welle	57	7	3	5	28

Initiative für Impfpflicht-Stopp fällt durch

«Werden Sie für die Initiative für körperliche Unversehrtheit stimmen?»

1. Welle	20	9	20	9	42
2. Welle	18	5	5	4	68

Grafik: pra, mt / 20 Minuten/Tamedia-Umfrage vom 22. und 23. Mai, in Zusammenarbeit mit dem Institut Laevas. ff408 modellierte Antworten, max. Stichprobenfehlerbereich: +/-1,6%-Punkte



Mächtiges Ständemehr: Die Kantonswappen im Bundeshaus. Foto: Keystone

# Die Befürworter haben ein letztes Ass im Ärmel

Seitenzahl  
5

Seitenzahl  
Bericht

Prämieninitiative - Die Initianten können noch hoffen, denn viele der «Swing-States» gehören zu den Kantonen mit den höchsten Prämien.

## Larissa Rhyh

Alle, die im Tessin, in der West- oder der Ostschweiz wohnen, haben eines gemeinsam: Vor ihnen liegen ruhige zwei Wochen. Zumindest, was den Abstimmungskampf zur Prämieninitiative angeht. Für acht Kantone dürfte die Schlussphase aber hitzig werden. Sie könnten den Ausschlag dafür geben, ob die SP-Initiative angenommen wird oder nicht. Und in der Deutschschweiz, wo es viele kleine Kantone gibt, ist die Zustimmung deutlich tiefer als im Tessin und in der Westschweiz.

Das aktuelle Hauptproblem der Befürworter: Der Widerstand gegen die Initiative ist auf dem Land leicht grösser als in der Stadt. Und viele der kleinen Kantone, welche die Befürworter fürs Ständemehr gewinnen müssten, sind ländlich geprägt. Der Politologe Lucas Leemann, der die Tamedia-Umfrage durchgeführt hat, ist daher skeptisch, ob es für ein Ja reicht. Gleichzeitig betont er, die Mobilisierung sei jetzt besonders wichtig. «Vielleicht entscheiden in zwei oder drei Kantonen wenige Stimmen, ob die Initiative durchkommt.»

## Zürich und Bern sind wichtig

Swing-States könnten - wie oft bei linken Initiativen - Schaffhausen, Aargau, Solothurn, Baselland, Glarus und Graubünden sein. Hinzu kommen Zürich und Bern, wo die Städte zwar links stimmen, die ländlichen Regionen aber bürgerlich geprägt sind. All diese Kantone sagten zur 13. AHV-Rente am Ende Ja. In der Ost- und der Zentralschweiz dürften die Chancen derweil gering sein, dort hatte schon die 13. Rente keine Chance.

SP-Nationalrätin Flavia Wasserfallen, die an der Ja-Kampagne mitwirkt, sagt: «Wir werden uns in der Schlussmobilisierung auf gewisse Kantone in der Deutschschweiz konzentrieren, wo es knapp werden dürfte - dazu gehört etwa Bern.» Ein Ass haben die Befürworter noch im Ärmel. Denn mehrere Swing-States gehören gemäss dem letzten Prämienmonitor von Ecoplan zu den Kantonen mit der höchsten Prämienbelastung nach Abzug der individuellen Verbilligung. So landet etwa Baselland auf Platz drei. Daneben sind aber auch Bern, Zürich und Solothurn unter den Spitzenreitern.

FDP-Präsident Thierry Burkart ist der Kopf der Allianz bürgerlicher Parteien, welche die Initiative ablehnen. Er sagt, dass in gewissen Swing-States die Prämien besonders hoch seien, sei nicht entscheidend: «Mit dieser Initiative würde es langfristig für die ganze Schweiz teurer, da der Druck, im Gesundheitswesen zu sparen, massiv abnehmen würde.» Je nach Region fokussieren die Gegner aber auf unterschiedliche Aspekte. Im umkämpften Bern heben sie etwa die Mehrkosten von bis zu 441 Millionen Franken jährlich hervor, die laut Schätzungen des Bundes bei einem Ja zur Initiative anfallen könnten.

## 1 Million Flyer der SP

Burkart erklärt, die Nein-Kampagne sei angesichts der «sehr beschränkten finanziellen Mittel» von Anfang an aufs Ständemehr ausgerichtet gewesen. Grosse Städte wie etwa Zürich habe man ausgespart - weil dort die Befürworter ohnehin leichtes Spiel haben dürften. In den Innerschweizer Kantonen, wo die Karten der Gegner besser sind, zielen sie auf die ungleiche Finanzierung: «Kantone mit hoher Ausgabendisziplin müssten bei einem Ja andere querfinanzieren.» Auf den Plakaten steht etwa: «Luzerner zahlen, andere profitieren».

An dieser Argumentation stört sich Wasserfallen. Die Regionen gegeneinander auszuspielen, indem man behauptet, die einen würden ständig zum Arzt rennen, sei «unehrlich». Zum einen müssten die Haushalte in fast allen Kantonen mehr als 10 Prozent ihres Einkommens für die Prämien aufwenden. «Zudem droht erneut ein happiger Prämienanstieg dieses Jahr.»

Wie die Gegner hat auch die SP Flyer an Haushalte verteilt - rund eine Million. Anders als die Gegner jedoch nicht nur in der Deutschschweiz. Denn neben dem Ständemehr muss sie auch die 50-Prozent-Marke knacken.

---

## Zuspruch für Prämieninitiative sinkt - von diesen Kantonen hängt es ab

Seitenzahl  
1

Seitenzahl  
Titelseitenanriss

Abstimmung - Nach anfänglichem 60 Prozent Ja-Stimmenanteil wird die Initiative der SP nur noch von der Hälfte der Stimmberechtigten gutgeheissen. Weil die Zustimmung in der Deutschschweiz tiefer ist, könnte das Volksbegehren am Ständemehr scheitern.

### Iwan Städler, Larissa Rhyn

Gelingt den Linken am 9. Juni ein erneuter Coup wie mit der 13. AHV-Rente? Die Ausgangslage dafür ist bei der Prämienentlastungsinitiative deutlich schlechter, wie die zweite Umfragewelle von Tamedia und «20 Minuten» zeigt. Der Ja-Anteil ist nämlich seit April um 10 Prozent gesunken und beträgt nun noch 50 Prozent. Vor allem bei der SVP und der Mitte haben viele ins Nein-Lager gewechselt. Nun spricht sich nur noch die Basis der SP und der Grünen mehrheitlich für die Initiative aus. Stimmt eine knappe Mehrheit des Volks dem Begehren zu, reicht das noch nicht - es braucht auch das Ständemehr. Der Politologe Lucas Leemann betont: «Vielleicht entscheiden in zwei oder drei Kantonen wenige Stimmen, ob die Initiative durchkommt.» Linke Initiativen haben oft in der Westschweiz gute Karten, in der Zentral- und Ostschweiz aber weniger. Ausschlaggebend könnten Zürich, Bern, Schaffhausen, Aargau, Solothurn, Baselland, Glarus und Graubünden sein. Die Gegner zielten von Anfang an auf diese «Swing-States» ab. Nun wollen die Befürworter ihre Schlussmobilisierung darauf konzentrieren. Was ihnen helfen könnte: Mehrere dieser Kantone gehören zu denjenigen mit den höchsten Prämien nach Abzug der Prämienverbilligung.

# «Die grossen Sparpotenziale sind immer noch unangetastet» - Interview

 CH Media national | 28.05.2024

Mitte-Politiker Stefan Müller-Altermatt ist der Kopf hinter der Kostenbremse und weibelt für die Prämientlastung

## Anna Wanner

Die Mitte lancierte bereits 2018 die Kostenbremse-Initiative, um Ausgaben im Gesundheitswesen zu bremsen. Die Absicht: Die Kosten für Gesundheit dürfen nicht stärker steigen als die Löhne. Stefan Müller-Altermatt gehörte damals zu den führenden Köpfen und drückte das Anliegen auch gegen Widerstände aus der eigenen Partei durch. Als Mitglied des christlich-sozialen Flügels der Mitte-Partei erklärt er auch die Prämientlastungsinitiative der SP als dringend, auch wenn sie zusätzlich rund 4,5 Milliarden Franken kosten wird: Es brauche zur Finanzierung der Gesundheitskosten mehr Umverteilung.

*Das Gesundheitswesen in der Schweiz funktioniert ganz gut. Wieso wollen Sie mit einer Kostenbremse diese Leistung aufs Spiel setzen?*

**Stefan Müller-Altermatt:** Das wollen wir nicht. Das sage nicht nur ich, das sagen auch 14 Gesundheitsexperten in einem Bericht von 2017: Wir können ohne Einbussen bis zu sechs Milliarden Franken im Jahr sparen.

*Wie wollen Sie das schaffen?*

Indem wir unnötige und ineffiziente Leistungen streichen, schaffen wir das sogar ohne Qualitätsverluste.

*Der Bericht ist überholt. Gemäss Bund sind 16 der 38 Massnahmen bereits umgesetzt, elf haben Parlament oder Bundesrat abgelehnt und sieben sind in Umsetzung. Viel bleibt nicht mehr übrig.*

Dass bereits so viel umgesetzt ist, ist ja vielleicht auch eine Vorwirkung der Initiative. Die Anzahl der Massnahmen sagt freilich noch nichts über die Kosten aus. Die grossen Sparpotenziale sind immer noch unangetastet.

*Über welche Massnahmen liessen sich Kosten sparen?*

Ein Beispiel: Wir haben eine Überversorgung, weil wir an einer kantonalen Versorgungsplanung festhalten. Würde man beispielsweise Mindestfallzahlen einführen, um gewisse Operationen nur noch an bestimmten Orten zu machen, und Benchmarks als Vergleichsgrössen für gewisse Eingriffe einführen, dann würden nicht nur die Kosten sinken, es würde sogar noch die Qualität steigen. Es ist ja schon suspekt: Unsere Knie sind sicher nicht abgenützter als anderswo, trotzdem werden sie in der Schweiz häufiger operiert.

*Ist die Kostenbremse der richtige Hebel, um das einzuführen?*

Für dieses konkrete Beispiel sicher. Wenn die Kantone es nicht schaffen, dann muss der Bundesrat subsidiär eingreifen, um dies durchzusetzen. Es ist mir sonnenklar: Die Kantone haben keine Freude an einem solchen Eingriff. Sie müssten sich besser koordinieren. Aber dafür braucht es Druck. Und natürlich gibt es viele andere Ansätze, um Kosten zu sparen. Beispielsweise sind die Rahmenbedingungen für Allgemeinmediziner hierzulande schlecht, darum haben wir zu wenige Hausärzte und darum rennen alle in den Notfall und darum wird es teuer.

*Lösungen liegen seit Jahren vor, der neue Ärztetarif würde dieses Problem beheben und könnte sofort eingeführt werden. Dafür braucht es keine Kostenbremse.*

Ja. Und warum macht man das nicht?

*Ja, warum?*

Vielleicht weil die Lobbyisten im Parlament die heisse Kartoffel hin und her schieben? Oder sich Ärzte und Spitäler gegenseitig blockieren? Das Parlament hätte mit der Kostenbremse einen Verfassungsauftrag. Jetzt können sich die Lobbyisten wunderbar hinter angeblich nicht umsetzbaren Massnahmen verstecken. Die Initiative erhöht den Druck, Lösungen zu finden.

*Was macht Sie sicher, dass die Kostenbremse ihre Wirkung entfaltet?*

Wenn Sie darauf anspielen wollen, dass die Initiative nicht umsetzbar sei, dann sage ich Ihnen: Wir haben es geschafft, die Masseneinwanderungsinitiative umzusetzen, die als nicht umsetzbar galt und die auch niemand ausser der SVP umsetzen wollte. Aber wir hatten den Auftrag des Volkes und haben etwas gemacht.

*Das ist kein sehr optimistischer Vergleich. Aus Sicht der SVP ist die Initiative nicht umgesetzt, der Inländervorrang ist ein bürokratischer Murks.*

Ja, aber sie galt als unumsetzbar – und der Inländervorrang zeigt durchaus Wirkung. Aber das ist ein anderes Thema.

*Die Gesellschaft altert, wir haben mehr chronisch und mehrfach Erkrankte und es ist unklar, inwiefern die Wirtschaft weiter wächst. Die Geburtenrate sinkt, es mangelt an Fachkräften. Die Initiative steht komplett quer.*

Das ist ein Grund mehr, unnötige Leistungen wegzubringen. Das absehbare Kostenwachstum spricht für die Initiative.

*Die Politik muss trotz Spardruck etwa eine teure Pflegeinitiative umsetzen. Wie geht das zusammen?*

Es ist das typische Schwarzpeterspiel: Jetzt jammern alle über die höheren Pflegekosten. Dabei wäre es längst angebracht, neue Wege zu gehen. Beispielsweise der Einsatz von Advanced Nurse Practitioner. Dank neuer Kompetenzen geniessen Pflegefachpersonen nicht nur eine gute Ausbildung, sondern können selbstständig arbeiten.

*In der Pflege droht ein Mangel, auch bei den Medikamenten zählen wir zunehmend Engpässe. Müssen wir für unsere Gesundheit höhere Preise in Kauf nehmen?*

Nein, wir müssen nicht horrend höhere Preise zahlen als im Ausland, um die gleichen Medikamente zu erhalten.

*Worauf verzichten wir, wenn die Kosten stärker steigen?*

Wir müssen nicht verzichten. Im System brauchen wir andere Anreize, wir brauchen Benchmarks – und wir wollen dort den Finger hinhalten, wo Abzockerei betrieben wird.

*Wo wird abgezockt?*

Beispielsweise bei den aktuellen Arzttarifen, wo die einen garnieren und die Hausärzte untendurch müssen. Auch bei den Medikamenten und bei den medizinischen Geräten. Dort haben wir administrative Preise, die schlecht administriert sind.

*Auch Ihre Partei hat geholfen, das Referenzpreissystem für tiefere Generikapreise zu versenken.*

Nicht meine Partei, aber Mitglieder meiner Partei. Und ja, das Nein erachte ich als grossen Fehler: Generika sind bei uns noch viel teurer als alle anderen Medikamente. Und vielleicht ist genau dieser Fall auch der fehlenden Kostenbremse geschuldet: Wenn man im Schwarzpeterspiel einfach jemandem – hier der Pharma – den Schwarzpeter zuschiebt, dann jaulen deren Vertreter auf. Wenn aber alle wissen, dass sie einen Beitrag leisten müssen, dann geht's.

*Gibt es denn Gewissheit, dass die Mitte als Mehrheitsmacherin künftig im Sinne der Kosteneinsparungen stimmt?*

Vielleicht disziplinieren wir uns mit der Initiative selbst.

*Viele Entscheide sind schwierig, weil nicht schwarz-weiss. Wer will denn riskieren, dass Patienten den Zugang zu Medikamenten verlieren?*

Natürlich gibt es Graustufen, manchmal braucht es einen Mittelweg. Das Problem ist aber: Heute passiert gar nichts.

*Jetzt übertreiben Sie! Laut Bund sind 16 von 38 Massnahmen umgesetzt.*

Aber schauen Sie, wie lange es geht! Die Förderung ambulanter Leistungen (EFAS) wurde 2009 angestossen, im Herbst stimmen wir darüber ab. Und nochmals: Bisher wurden vor allem wenig kostenwirksame Massnahmen umgesetzt.

*Sie befürworten auch die Initiative der SP zur Deckelung der Prämienlast. Braucht es diese überhaupt, wenn die Kostenbremse so gut wirkt?*

Es ist umgekehrt: Dank der Kostenbremse können wir die Prämienverbilligung finanzieren. Es braucht die finanzielle Unterstützung aber sowieso, weil die Prämien so stark gestiegen sind, dass sie zunehmend auch den Mittelstand belasten.

*Je nach Kanton unterscheiden sich Gesundheitsleistungen sowie Prämien massiv. Subventionieren die sparsamen Kantone jene, die verschwenderisch haushalten?*

Nur weil gewisse Kantone eine gut ausgebaute Infrastruktur haben, zahlen sie nicht zwingend und 1:1 mehr Prämienverbilligungen. Da sehe ich kein Problem.

*Doch. Die Genfer haben klar höhere Prämien als die Appenzeller.*

Ja, aber sie haben auch höhere Löhne.

*Vor allem erhalten sie höhere Prämienverbilligungen. Führt das zu einem umgekehrten Finanzausgleich?*

Nein, es gibt ja keine direkte Querfinanzierung.

*Kann der Bundeshaushalt diese zusätzlichen 3,5 Milliarden Franken an Prämienverbilligungen verkraften?*

Ja, es ist eine Frage der Finanzierung. Die Krankenkassenprämien gleichen heute einer Flat Tax: einer Steuer, die für alle gleich hoch ist, egal wie viel jemand verdient. Wenn der Bund für die Prämienverbilligungen die Steuern erhöht, wird das Geld umverteilt. Wegen der Progression zahlen die höheren Einkommen mehr. Das wäre gerechter.



Stefan Müller-Altermatt hat die Initiative parteiintern durchgedrückt und half bei der Unterschriftensammlung: 2020 hat die Partei die nötigen Unterschriften in Bern eingereicht. Bild: Alex Spichale

# Notfalls soll der Bund Spitäler schliessen können

 Tages-Anzeiger | 30.05.2024

Steigende Gesundheitskosten - GLP-Nationalrat Patrick Hässig will gar, dass Bern das letzte Wort hat. Die Kantone wehren sich.

## Markus Brotschi

In der Schweiz gibt es 278 Spitäler, ein Drittel davon sind allgemeinmedizinische Krankenhäuser. Die grosse Spitaldichte mache die Gesundheitsversorgung ineffizient und teuer, kritisieren Experten und Gesundheitspolitikerinnen und -politiker.

GLP-Nationalrat Patrick Hässig fordert nun, dass der Bund die Kompetenz zur Spitalplanung erhält, die bis heute vollständig bei den Kantonen liegt. Zwar müssen die Kantone gemäss Krankenversicherungsgesetz die Spitalversorgung schon heute untereinander koordinieren. In der Realität findet diese Abstimmung jedoch kaum statt. «Diese Bestimmungen sind nicht verbindlich genug, damit die Kantone ihre Spitalplanungen effektiv koordinieren», stellt Hässig fest. «Das bewirkt unter dem Strich ein Überangebot und eine Steigerung der Kosten.»

Hässig, der als Pflegefachmann im Stadtspital Zürich arbeitet, will, dass die Spitalplanung neu «vom Bund in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen durchgeführt wird». Die letzte Entscheidungskompetenz soll künftig beim Bund liegen. Unterstützung erhält Hässig von Krankenversicherern. Hassigs Vorstoss gehe in die richtige Richtung, sagt Martin Landolt, Präsident des Kassenverbandes Santésuisse. «Es braucht bei der Spitalplanung eine neue Rollenteilung zwischen Bund und Kantonen.» Der Bund sollte aufgrund festgelegter Kriterien am Schluss die Entscheidungen treffen.

## Klare Vorgaben, kein Diktat

Hassigs Vorstoss haben auch einige Nationalratinnen und -räte von SP, Grünen, Mitte und FDP unterschrieben. Zu ihnen gehört Sarah Wyss (SP), die im März vom Bundesrat Vorschläge verlangt hat, um die Kantone zur Koordination der Spitalplanung zu bringen. Ein Drittel der Gesundheitskosten und somit auch ein wesentlicher Teil der Leistungen werde in Spitälern erbracht, begründet Wyss ihr Postulat. Hässig hat die verbindliche Form der Motion gewählt und verlangt vom Bundesrat die nötigen Gesetzes- und Verfassungsgrundlagen für eine Bundeskompetenz in der Spitalplanung.

Auch für Mitte-Nationalrat Lorenz Hess, Mitglied der Gesundheitskommission und Verwaltungsratspräsident der Krankenkasse Visana, muss sich in der Spitallandschaft etwas bewegen. Er unterstützt deshalb Hassigs Vorstoss. Die grosse Zahl von Spitälern sei ein Faktor für die hohen Gesundheitskosten. Er wolle zwar kein Bundesdiktat. Aber der Bund müsse Kriterien festlegen, die für die Kantone bei der Spitalplanung verpflichtend seien. Dazu gehöre die Gewährleistung der Grundversorgung, Mindestfallzahlen für Behandlungen und die zulässige Distanz oder Zeit bis zum nächsten Spital.

Gesundheitsökonom Heinz Locher hält die Zuständigkeit der Kantone für die Spitalplanung für überholt. Die Kantone seien gefangen in regionalpolitischen Interessenkonflikten, die Spitalschliessungen schwierig machten. Als Beispiel nennt er die Diskussion im Kanton Zürich über die Schliessung des Spitals Wetzikon.

Die eigentliche Frage sei nicht, ob es nur noch ein Spital im Zürcher Oberland brauche, sondern ob in der Region ein Zentrumsspital in Rapperswil SG geschaffen werden solle, das die Regionalspitäler im Umkreis von 20 bis 30 Kilometern ersetze. «Solche Entscheide kann nur der Bund treffen.»

Ganz anders sehen das die Kantone. «Diese nehmen ihre Aufgabe der Spitalplanung sehr wohl wahr», heisst es in einer Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren. Der Bund sei zu weit weg, um über die Gesundheitsversorgung in den Kantonen zu entscheiden. Die heutigen Mechanismen seien zwar zuweilen komplex, aber demokratisch. «Es wäre unschweizerisch, wenn der Bund Spitäler schliessen dürfte.»

#### **Gleichen tags erschienen in**

- Der Bund
- Berner Zeitung Stadt + Region Bern
- Berner Zeitung Burgdorf Emmental
- Berner Oberländer
- Langenthaler Tagblatt
- Thuner Tagblatt
- Basler Zeitung
- Der Landbote
- Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster

# Ein Mittel gegen die Verschwendung

 CH Media national | 30.05.2024

Dank kleinerer Verpackungen sollen weniger Medikamente weggeworfen werden. Dagegen wehrt sich eine Kommissionsminderheit.

## Leandra Sommaruga

Sparen. In Bundesbern ist es das Wort der Stunde. Besondere Aufmerksamkeit gilt der Gesundheitspolitik, die seit Jahren darin versagt, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Nun kommt aus der Gesundheitskommission ein Vorstoss, der bei den Medikamenten ansetzt: Es sollen weniger Medikamente im Abfall landen oder in Badezimmerkästchen verstauben. Das Sparpotenzial schätzt der Bundesrat als «erheblich» ein.

Brigitte Crottaz, SP-Nationalrätin aus der Waadt, hat den Vorstoss lanciert, der am Donnerstag im Nationalrat debattiert wird. Dieser verlangt, dass zugelassene Medikamente auch in kleineren Verpackungsgrössen verkauft werden. Um die Auswirkungen zu illustrieren, rechnet Crottaz anhand des Medikaments Velcade vor, wie ein beträchtlicher Teil des Medikaments im Abfall landet. Bei der Therapie, die zur Behandlung von Knochenmarkkrebs eingesetzt wird, würden pro Patientin oder Patient bis zu 13102.80 Franken verschwendet. Denn die Behandlung erfordert eine andere Dosierung des Mittels, als die Verpackung anbietet.

Weitere Ursachen für die Verschwendung sind die falschen Dosisstärken und die kurze Haltbarkeit der Medikamente. Drei Massnahmen verlangt der Vorstoss: Erstens soll die potenzielle Verschwendung eines Medikaments bereits bei der Zulassung berücksichtigt werden und beeinflussen, wie hoch der Preis des Medikaments sein darf.

Zweitens sollen Krankenversicherer, Patientinnen und Patienten oder Leistungserbringer wie Spitäler beantragen können, die Wirtschaftlichkeit oder Zweckmässigkeit von Dosierungsstärken und Packungsgrössen zu überprüfen. Und drittens soll Medizinpersonal Packungsgrössen, Dosisstärken und Darreichungsformen, die im Ausland zugelassen und für Therapien besser geeignet sind, importieren dürfen. Die Versicherer müssen gleichwohl die Kosten übernehmen.

Die Mehrheit der Gesundheitskommission befürwortet das Anliegen, auch der Bundesrat steht dahinter. Kommissionspräsidentin Barbara Gysi (SP) sagt: «Es handelt sich um ein Detail, aber um ein wichtiges.» Denn mit der Zulassung bestimmter ausländischer Produkte sei ein Schritt hin zur Öffnung des Medikamentenmarktes gemacht, ein Schritt zu Parallelimporten.

## Warum sich Politiker sträuben

Eine Minderheit in der Kommission will den Vorstoss verhindern. Darunter ist Cyril Aellen, FDP-Nationalrat aus Genf. Im Namen der Minderheit erklärt er, dass lockerere Importregeln die Sicherheit und Qualität des Schweizer Systems gefährden könnten. Zudem seien die Änderungen des Heilmittelgesetzes, welche die Anforderungen für Parallelimporte herabsetzten, erst vor weniger als fünf Monaten in Kraft getreten. «Nach einer gewissen Zeit sollten wir eine Bilanz ziehen, bevor wir das Gesetz ändern.»

Lösungen, wie weniger Medikamente verschwendet werden könnten, hat die Minderheit nicht. Lieber weist Aellen darauf hin, dass es keine umfassenden Zahlen gebe, die zeigen, wie viele Medikamente weggeworfen würden.

Tatsächlich gibt es für die Schweiz keine Studien oder Statistiken, die das Ausmass der Verschwendung aufzeigen. Ein Bericht des Bundesrates von 2022 bezieht sich auf Zahlen aus England, wonach jährlich Arzneimittel im Wert von 300 Millionen Pfund, also rund 350 Millionen Franken, weggeworfen werden. Problemfelder erkennt der Bundesrat in der Überversorgung von Patientinnen und Patienten, wenn Medikamente unnötigerweise verschrieben oder in zu grosser Menge abgegeben werden. Letzterem würde der Vorstoss nun den Riegel schieben.

# Mitte-Präsident Gerhard Pfister prangert hohe Ärztelöhne an

 Tages-Anzeiger | 01.06.2024

«Arena» zur Kostenbremseinitiative - Pfister warb für seine Initiative und duellierte sich mit FMH-Präsidentin Yvonne Gilli.

## Cyrill Pinto

Gerhard Pfisters Ausgangslage vor dem Start der SRF-«Arena» war denkbar schlecht: Eine Mehrheit der Schweizerinnen und Schweizer dürfte am Abstimmungssonntag vom 9. Juni ein Nein zur Kostenbremseinitiative in die Urne werfen. Das ergab diese Woche eine Umfrage im Auftrag von Tamedia. Nur noch 45 Prozent wollen sicher oder eher ein Ja in die Urne werfen. Damit ist der Anteil der Befürworter gegenüber der ersten Befragung deutlich zurückgegangen. Dabei fordert die Initiative genau das, was seit Jahren die Debatte in der Gesundheitspolitik dominiert: dass die Kosten im Gesundheitswesen gebremst werden.

Laut der Mitte, welche die Initiative eingereicht hat, soll die Bremse greifen, sobald die Gesundheitskosten stärker steigen als die Löhne. Dann sollen Behörden und Gesundheitsakteure Massnahmen ergreifen, um die Kosten zu stabilisieren und entsprechend auch das Kostenwachstum bei den Prämien zu bremsen. Doch wie dies genau geschehen soll, lässt die Initiative offen. Akteure im Gesundheitswesen, etwa Spitäler oder Ärzte, sollen dazu verpflichtet werden, verbindliche Massnahmen zu vereinbaren. Wirken diese nicht und steigen die Prämien stärker als die Löhne, müssen Bund und Kantone eingreifen. Möglich wären Kürzungen bei den Abrechnungstarifen. Ärzte, Apotheken oder Spitäler würden in der Folge weniger Geld für ihre Leistungen erhalten.

Ausser der Mitte lehnen alle Parteien die Vorlage ab, wie auch der Bundesrat. Am Freitagabend machte Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider (SP) klar, weshalb sie gegen die Vorlage ist: Die starre Verknüpfung zwischen Gesundheitskosten und Löhnen sei nicht korrekt. Man könne im Gesundheitswesen sparen, sagte sie. «Aber nicht so.» Im Zentrum der «Arena» stand jedoch die Auseinandersetzung zwischen Mitte-Präsident Gerhard Pfister und der Präsidentin des Ärzteverbands FMH, Yvonne Gilli.

Pfister geisselte die hohen Saläre von Chirurgen und Spitzenverdienern im Gesundheitswesen. Die Drohung mit Rationierungen und Leistungseinschränkungen sei pure Angstmacherei der Gesundheitslobby. Jeder in der Branche sperre sich gegen Veränderungen. Das System würden Ärzte ausnutzen, um abzukassieren. Pfister nannte etwa das Beispiel eines Arztes, der an einem Tag Leistungen für 28 Stunden Arbeit abgerechnet habe.

5 bis 6 Milliarden Franken könne man locker einsparen, ohne dass die Qualität darunter leide, sagte Pfister und zitierte dabei eine vom Bundesrat in Auftrag gegebene Studie: 38 Massnahmen seien darin aufgeführt, um die Kosten zu reduzieren. Doch immer heisse es: «Nicht so, nicht jetzt und nicht bei uns», so Pfister. Die Mitte-Initiative Sorge dafür, dass das Kartell im Gesundheitswesen aufgebrochen werde. Gilli bestritt nicht, dass es mitunter zu Missbrauch kommt. Sie betonte, sie befürworte strafrechtliche Untersuchungen in solchen Fällen. Doch das starke Kostenwachstum der letzten Jahre flache jetzt ab, sagte sie. Im Parlament seien zwei Vorlagen gegen ein weiteres Kostenwachstum aufgegleist.

## «Pure Angstmacherei»

Pfister und Gilli dominierten zwar die Sendung - aber ab und zu kamen auch andere zu Wort. Mitte-Ständerat Erich Ettlin, der an Pfisters Seite die Initiative verteidigte, nutzte ein Bild aus der Medizin: «Es muss wehtun, damit sich etwas bewegt.» Im Gesundheitswesen brauche es etwas Ähnliches wie die Schuldenbremse für die Staatsrechnung.

Ständerat Hannes Germann (SVP, SH) hielt dagegen, die Rechnung sei einfach: Tarife Menge Kosten. Die bereits geplanten Kostendämpfungspakete würden an der richtigen Stelle wirksam. Die Initiative hingegen berge Risiken: «Wir wollen keine Rationierung wie in anderen Ländern, wo man lange auf eine Operation warten muss.»

Pure Angstmacherei sei das, konterte der Präsident der Jungen Mitte, Marc Rüdüsüli. Mit den Paketen zu den Kostendämpfungen sei man im Parlament auf gutem Weg, sagte auch Bundesrätin Baume-Schneider in ihrem kurzen Schlusswort. Die Initiative brauche es deshalb nicht, sagte die Bundesrätin, die in dieser Arena zur Statistin wurde.

Er werde auch nach dem 9. Juni für tiefere Prämien kämpfen, sagte Pfister am Ende der Sendung. Es klang fast so, als habe er die Abstimmung bereits verloren.

#### **Gleichentags erschienen in**

- Basler Zeitung
- Berner Oberländer
- Berner Zeitung Burgdorf Emmental
- Berner Zeitung Stadt + Region Bern
- Der Bund
- Der Landbote
- Langenthaler Tagblatt
- Thuner Tagblatt
- Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster
- Zürcher Unterländer
- Zürichsee-Zeitung

# Patt bei Prämien-Entlastung – Nein-Trend bei Kostenbremse

[srf.ch](#) | 30.05.2024

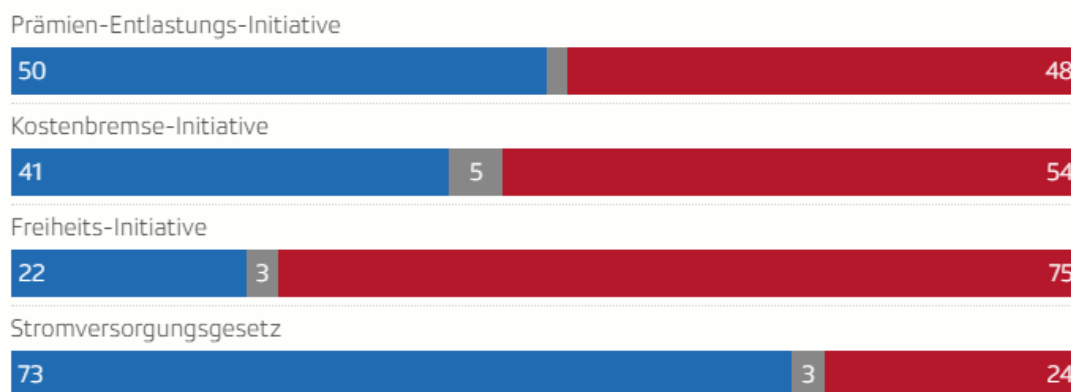
Die gesundheitspolitischen Vorlagen starten mit unterschiedlichen Vorzeichen in die Schlussphase. Während das Stromversorgungsgesetz klar angenommen worden wäre, wäre die Freiheits-Initiative deutlich bachab geschickt worden.

Wäre am 18. Mai bereits abgestimmt worden, hätte es beim Stromversorgungsgesetz ein dickes Ja gegeben, während die Freiheits-Initiative und die Kostenbremse-Initiative abgelehnt worden wären. Die Prämien-Entlastungs-Initiative wäre hauchdünn durchgekommen. Bei allen vier Vorlagen stieg der Nein-Anteil, was bei den Initiativen zu erwarten war. Bei der Behördenvorlage, dem Stromversorgungsgesetz, ist dies eher der Ausnahmefall.

## Gegenwärtige Stimmabsichten

in Prozent

■ ja ■ weiss nicht / keine Antwort ■ nein



Befragungszeitraum: 13. bis 22. Mai 2024 Fehlerbereich: ± 2.8 Prozentpunkte

Quelle: GFS Bern im Auftrag der SRG SSR

## Hauchdünner Ja-Vorsprung bei der Prämien-Entlastungs-Initiative

Bei der Prämien-Entlastungs-Initiative handelt es sich bei einem Ja-Stimmenanteil von 50 Prozent und einer Ablehnung von 48 Prozent bei der Berücksichtigung des Stichprobenfehlers von ± 2.8 Prozent um eine Pattsituation. Der Trend läuft aber gegen die Vorlage: Zwischen der ersten und zweiten Umfrage schrumpfte der Ja-Anteil um sechs Prozentpunkte. Mit Blick auf das erforderliche Ständemehr bekommen die regionalen Unterschiede eine grössere Bedeutung. So sind beispielsweise nur 43 Prozent der Deutschschweizer Befragten für die Vorlage, während in der Romandie die Initiative zu 66 Prozent befürwortet wird.

## Mehrheit ist gegen Kostenbremse-Initiative

Mitte Mai wäre die Kostenbremse-Initiative abgelehnt worden. 54 Prozent der teilnehmenden Stimmberechtigten hätten ein Nein in die Urne geworfen. Da nun auch die Grünen die Vorlage, welche die Mitte lanciert hat, nicht mehr mehrheitlich unterstützen, ist die Mitte allein auf weiter Flur. Die Kernidee der Initiative bleibt aber weiterhin für das Stimmvolk interessant. 54 Prozent unterstützen das Argument, dass die Kostenbremse wirksam ist, weil sie alle Akteure des Gesundheitswesens an einen Tisch bringt.

## Keine Chance für die Freiheits-Initiative

Die Freiheits-Initiative wäre am 18. Mai noch deutlicher abgelehnt worden, als noch vor einem Monat. Drei Viertel der Befragten lehnen die Vorlage ab. Damit wird der übliche Verlauf einer Initiative äusserst unterstrichen und bestätigt. Sämtliche untersuchten Gruppen lehnen die Initiative teils eindeutig ab. Im Umfeld der SVP zeichnet sich aber ein Elite-Basis-Konflikt ab: Die SVP Schweiz hat die Ja-Parole zur Freiheits-Initiative beschlossen.

## Komfortabler Ja-Vorsprung beim Stromversorgungsgesetz

Drei Wochen vor der Abstimmung befürworten 73 Prozent der Befragten die Behördenvorlage. Die Gruppe der SVP-Wähler ist die einzige, welche das Nein-Lager mehrheitlich bildet. 53 Prozent von ihnen hätten das Stromversorgungsgesetz am 18. Mai 2024 verworfen. Einigkeit gibt es bei einem Argument: Das Stromversorgungsgesetz ist ein unerlässlicher Schritt für die Energiewende.

## Die Eckwerte der SRG-Umfrage

Die zweite Umfrage zu den Abstimmungen vom 9. Juni 2024 ist im Auftrag der SRG SSR vom Forschungsinstitut GFS Bern zwischen dem 13. und 22. Mai 2024 durchgeführt worden. Der mittlere Befragungstag war der 18. Mai 2024. Insgesamt wurden die Antworten von 12'279 Stimmberechtigten für die Auswertung berücksichtigt.

### Telefonische Befragung

Telefonisch befragt wurden 1225 stimmberechtigte Personen mit Wohnsitz in der Schweiz. Die Interviews wurden per Festnetz und Handy durchgeführt. Diese Stichprobe ist sprachregional gewichtet und repräsentativ für die Schweizer Stimmberechtigten. Der statistische Fehler beträgt  $\pm 2.8$  Prozentpunkte.

Bei 1225 Befragten und einem Ergebnis von 50 Prozent liegt der effektive Wert mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit zwischen 47.2 und 52.8 Prozent. Dabei sind kleinere Abweichungen wahrscheinlicher, grössere unwahrscheinlicher.

### Online-Befragung

Zusätzlich wurden Personen online befragt. Die Teilnehmenden wurden dazu über die Webportale der SRG rekrutiert. Nach der Bereinigung und Kontrolle der Daten konnten die Angaben von 11'054 Stimmberechtigten für die Auswertung verwendet werden. Online nahmen an der Umfrage in der Deutschschweiz 9065, in der Romandie 1808 und in der italienischsprachigen Schweiz 181 Personen teil.

Da sich die Teilnehmenden der Umfrage selbst rekrutieren (sogenanntes Opt-in-Verfahren), ist die Zusammensetzung der Stichprobe nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit. So nehmen zum Beispiel typischerweise mehr Männer als Frauen an politischen Umfragen teil.

Diese Daten werden aber mittels Gewichtungen an die realen Verhältnisse der Stimmberechtigten angenähert. Es werden dabei räumliche (Wohnort), soziodemografische (Alter oder Geschlecht) und politische Gewichtungsfaktoren eingesetzt. Durch diese Gewichtung wird die Repräsentativität der Stichprobe optimiert. Ziel ist, die Stichprobengrösse in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz zu erhöhen.

Den gesamten Bericht zur SRG-Umfrage finden Sie auf der Seite von [GFS Bern](#).

# «Die Patienten sagen uns, welche Behandlungen wir auszuführen haben»

 SonntagsZeitung | 02.06.2024

Anspruchshaltung beim Arztbesuch - Selbst wer ein bisschen hustet, fordert heute eine Rundumbehandlung. Ärzte erzählen, was sie in der Praxis erleben. Spielen sie nicht mit, riskieren sie negative Bewertungen.

## Fabienne Riklin

Diese 1-Stern-Bewertungen sind noch relativ freundlich: «Ich musste alle Untersuchungen selber anordnen. Bei einem Check erwarte ich: Blutdruck messen, Urinprobe, Gewicht nehmen.» Oder: «Nach einer Stunde Wartezeit hat mir der Arzt zwei Minuten Zeit geschenkt - fühlte mich überhaupt nicht ernst genommen.»

Für Leander Muheim zeigen solche Onlinekommentare exemplarisch die wachsende Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten. Er ist Hausarzt, leitet das Netzwerk der Medix-Praxen in Zürich und ist Vizepräsident des schweizweiten Medix-Verbunds mit über 850 Ärztinnen und Ärzten. Muheim sagt: «Immer mehr Patienten sagen uns direkt, welche Behandlungen wir auszuführen haben.»

Gerade in den städtischen Regionen herrsche die Meinung vor: Ist eine Leistung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgeführt, steht sie insbesondere einem selbst zu. «Dass diese auch wirksam und zweckmässig sein muss, wird oft ausgeblendet.» Bleibt Muheim standhaft und ordnet bei einem verstauchten Fuss nicht gleich einen MRI-Termin an oder in gewissen Fällen ein Ganzkörper-MRI, um auch ja alle Eventualitäten auszuschliessen, riskiert er negative Kommentare à la «NIEEEEE wieder Medix» oder der Patient zieht einfach zur nächsten Ärztin weiter.

Wie gross das Problem ist, zeigt eine Umfrage unter mehreren Hausärzten, Dermatologen und Kinderärztinnen. Sie haben uns unter Wahrung ihrer Anonymität Beispiele geschildert:

- «Leider muss ich emotional werden. Diese Anspruchshaltung der Patienten ist eine wirkliche Katastrophe.»
- «Manchmal fühlen wir uns mehr als Dienstleister. Der Patient kommt und sagt, was er möchte.»
- «Früher war dieses Verhalten bei älteren Patienten weniger ausgeprägt, heute stehen sie den Jungen in nichts nach.»
- «Viele Patienten wollen auch rein ästhetische Behandlungen, beispielsweise Lasern, über die Krankenkasse abrechnen, da sie ja schon so viel Prämie bezahlen.»
- «Oft haben die Patienten völlig falsch im Internet recherchiert und sagen uns: Ich möchte das und das, und lassen sich kaum davon abbringen.»
- «Viele wollen jetzt und sofort einen Termin, trotzdem halten sie ihn aber oft nicht ein. Bei schönem Wetter sind No-Shows völlig normal geworden.»

- «Sie verhalten sich abfällig gegenüber unseren Mitarbeitenden, vor allem wenn es darum geht, möglichst schnell einen Termin zu bekommen.»
- «Oft kommen sie für jeden Nonsens und fordern unbegründete Untersuchungen, Blutentnahmen, Röntgen bei Bagatellsachen. Im Sinne von: Ich zahle ja meine Prämien, dann hast du auszuführen.»
- «Sie wollen rückwirkend eine Krankschreibung, obwohl wir das Kind nicht gesehen haben.»
- «Sie fordern bei Kindern ein schnell wirkendes Wundermittel, obwohl viele Krankheiten praktisch keine oder kaum Medikamente benötigen.»

## Die Allgemeinheit bezahlt die Kosten

2022 gingen die Schweizerinnen und Schweizer pro Kopf gerechnet durchschnittlich 4,5-mal zum Arzt, jeder Dritte tat dies mehr als 5-mal. Dabei stehen die eigentlich gesunden Jüngeren den Älteren in nichts nach. So ist bei den 25- bis 34-Jährigen ein Praxisbesuch fast so häufig wie bei den 45- bis 64-Jährigen. «Doc-Hopping» heisst dieses Phänomen und trägt auch zur Kostenspirale im Gesundheitswesen bei.

Für Hausarzt Muheim ist das frustrierend. «Wir haben den Beruf gewählt, um Kranken zu helfen, und nicht, um Behandlungen zu machen, die es gar nicht braucht und die nur unnötige Kräfte binden.» Weil schwer kranke Patienten mehr Zeit beanspruchten, seien er und sein Team darauf angewiesen, Bagatellen oft auch in wenigen Minuten behandeln zu können. Aber manche Patientinnen und Patienten wollen das partout nicht wahrhaben und fordern einen Beweis, dass sie wirklich nur einen Husten haben.

«Oft handelt es sich um eine starke Ängstlichkeit, die medizinisch ernst genommen werden sollte», sagt der Arzt. Aber manchmal sei der Übergang in ein berechnendes Optimierungsverhalten auf Kosten der Allgemeinheit fliessend. Muheim ist bedacht, auch jene Patienten nicht zu brüskieren. Merkt er hingegen, dass eine Person überhaupt nicht zusammenarbeiten will, nimmt er auch mal einen 1-Stern-Kommentar in Kauf. «Da sind mir dann manchmal auch meine Zeit und meine Nerven zu schade.»

Allerdings zeigt sich, besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Patient und Mediziner, nimmt die Anspruchshaltung der Patienten ab. Dann bekommt der Hausarzt oft zu lesen: «Arzt unseres Vertrauens», «super Arzt» oder «voll zufrieden, sehr kompetent». Muheim ist deshalb überzeugt: «Eine sinnvolle Medizin braucht Stabilität, Solidarität und gegenseitiges Vertrauen.»

Doch beide Initiativen, über die am kommenden Sonntag abgestimmt wird, berücksichtigen gemäss Muheim diese Attribute nicht. «Sie setzen den Verantwortungssinn runter statt rauf, sowohl bei Patienten wie auch bei Ärzten. Das ist kontraproduktiv.» Muheim geht deshalb so weit, dass er sagt: «Wer nicht bereit ist, mit einem Hausarzt über ein Hausarztmodell zusammenzuarbeiten, sollte einen höheren Selbstbehalt zahlen.» Statt wie heute 10, könnte er sich 20 Prozent vorstellen.

Unlängst hat der Verband der Schweizer Ärztinnen und Ärzten FHM für seine Mitglieder Empfehlungen im Umgang mit Onlinebewertungen herausgegeben. Denn während sich aus berechtigten Beschwerden Verbesserungspotenziale ergeben, können nicht berechnete existenzbedrohende Auswirkungen haben.

Bei den Medix-Praxen in Zürich werden die Kommentare durch eine Mitarbeiterin gemanagt. Sie bedankt sich für fünf Sterne und bietet bei jenen mit wenigen an, mit der Praxis ins Gespräch zu kommen: «Für die Unannehmlichkeiten möchten wir uns gerne entschuldigen. Gerne dürfen Sie uns jederzeit eine E-Mail schreiben, und wir melden uns bei Ihnen.» Sich detaillierter öffentlich zur Wehr setzen ist wegen des Arztgeheimnisses meistens nicht erlaubt.

## Auf Onlinekommentare ist nicht immer Verlass

Doch was taugen die Bewertungen überhaupt? Zwei Studien in den USA kamen zum Schluss: Zwischen der Onlinebewertung und der tatsächlichen medizinischen Leistung gibt es keinen Zusammenhang. Wer auf der Suche nach einem kompetenten Arzt auf solche Kommentare zurückgreift, könnte also ebenso gut

würfeln. Auffallend ist auch: Gerade die Google-Kommentare sind entweder top oder flop. Etwas dazwischen gibt es häufig nicht.

Deutlich differenzierter sind im Vergleich die Bewertungen bei Medicosearch, der grössten schweizerischen Plattform für medizinische Onlinetermine mit Bewertungsfunktion. Allerdings mit zwei grossen Unterschieden zu Google. Erstens können nur jene Patienten ein Rating abgeben, die auch tatsächlich einen Termin wahrgenommen haben. Und zweitens ist es nicht möglich, die medizinische Leistung zu beurteilen. «Dazu sind Patienten fachlich nicht in der Lage», sagt Rafael Imboden, Mitglied der Geschäftsleitung. Dafür stehen andere subjektive Parameter zur Verfügung wie beispielsweise: Vertrauensverhältnis, Informationsverhalten und Empfehlung.

Über 300 Bewertungen treffen täglich bei Medicosearch ein, Tendenz steigend. Ein Team aus pensionierten Medizinerinnen prüft diese und schaltet sie nach den vorgegebenen Kriterien frei. Ist ein Kommentar beleidigend, unsachlich oder offensichtlich unglaubwürdig, wird er gelöscht. Dies ist bei etwa drei Prozent der Fälle. Publiziert sind auf Medicosearch mittlerweile über 400'000 Patientenrückmeldungen.

## Persönliche Empfehlungen bei Arztwahl wichtiger

«Wir sind kein Frustportal», sagt Imboden. Aufgefordert, die wahrgenommene Behandlung zu bewerten, werden deshalb alle Patienten kurz nach dem Termin. Geurteilt wird auch mittels Sternen zwischen ein und fünf. Jedoch fällt auf: Bei Medicosearch sind die Bewertungen im Schnitt deutlich zahlreicher und ein Stern besser als bei Google. Gemäss Imboden ist die Durchschnittsbewertung auf ihrer Plattform eine 4,6.

«Wir erleben viel, dass Praxen und Ärzte auf Google unfair bewertet werden», sagt Imboden. Das diene niemandem etwas. Ist ein Kommentar besonders kritisch, versucht Medicosearch deshalb zwischen dem medizinischen Leistungserbringer sowie dem Benutzer zu vermitteln. «Unser Ziel ist es, dass die Kommentare bei der Suche nach einem Arzt oder einer Ärztin einen Mehrwert bringen. Wir wollen kein Bashing.»

Noch haben sich die Bewertungsportale für Patienten nicht so etabliert wie bei Restaurants oder Hotels, zeigen Auswertungen des eHealth-Barometers des Forschungsinstituts GFS. Nach wie vor scheinen bei der Wahl einer Praxis oder eines Arztes persönliche Empfehlungen wichtiger zu sein. Doch für Imboden ist klar: «Digitale Patientenrückmeldungen werden auch im medizinischen Bereich entscheidend. Das ist eine Frage der Zeit.»

**«Wir haben den Beruf gewählt, um Kranken zu helfen, und nicht, um Behandlungen zu machen, die es gar nicht braucht.» - Leander Muheim, Vizepräsident Medix-Verbund**

# Gesundheitsökonom Stefan Felder: «30 Prozent der Gesundheitskosten sind reine Verschwendung» - Interview

Seitenzahl  
14

Seitenzahl  
Interview

Unnötige Untersuchungen Gesundheitsökonom Stefan Felder sagt, auf welche Behandlungen wir verzichten könnten, warum es eine Zweiklassenmedizin braucht und wieso Alain Berset gegen das Gesetz verstossen hat.

## Mischa Aebi

Die Gesundheitskosten explodieren, die Prämien steigen, aber niemand will so richtig sparen - obwohl das Problem seit Jahren bekannt ist. Woran liegt's - und was ist zu tun? Wir haben nachgefragt bei Stefan Felder, Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Basel.

*Herr Felder, warum laufen die Gesundheitskosten aus dem Ruder?*

Weil unsere Ansprüche steigen und wir immer mehr von unserem Einkommen für Gesundheit übrig haben. Je höher der Wohlstand, desto höher die Nachfrage nach Therapien und Untersuchungen. Das lässt sich weltweit beobachten.

*Wenn gleichzeitig auch der Wohlstand steigt, ist das doch kein Problem.*

Es wäre keines, wenn die steigenden Gesundheitsausgaben privat bezahlt würden. Das Gegenteil ist aber der Fall, der staatlich finanzierte Anteil nimmt laufend zu. Wenn wir so weitermachen, fahren wir das System an die Wand.

*Was heisst das?*

Die jährlichen Gesundheitskosten pro Kopf betragen heute bereits 10'000 Franken. Die Krankenkassenprämie zahlt davon nur 3000 Franken. 3600 Franken sind schon heute Steuergelder vom Bund und den Kantonen, davon sind 600 Franken Prämienverbilligung. Der Rest kommt aus privaten Quellen. Jeder Steuerfranken, der zusätzlich in die Gesundheit fliesst, fehlt anderswo. Dabei wollen wir ja auch unsere Kinder ausbilden und die Landesverteidigung verbessern.

*Dann sind Sie wohl kein Freund der Prämieninitiative.*

Bei der Initiative geht es ja nicht um höhere oder tiefere Kosten, sondern darum, wer sie bezahlen muss. Ob man es gut findet, dass Ärmere entlastet werden, ist eine Frage der politischen Einstellung, da kann ich als Ökonom nicht viel dazu sagen. Aber ja, es ist klar: Wenn sie angenommen wird, würden ab nächstem Jahr mehr als 7 Milliarden Franken zusätzliche Steuergelder in die Prämienverbilligung fliessen.

*Trotzdem: Muss man nicht ehrlich sein und sagen, ein gutes Gesundheitssystem hat halt seinen Preis, die reiche Schweiz kann sich das leisten?*

Das lässt sich auf lange Sicht nicht durchhalten, ohne dass andere staatliche Aufgaben verdrängt würden. Es sollte eine Grenze gezogen werden, bei der die staatliche Fürsorge aufhört und die private Verantwortung anfängt, so wie es im Übrigen die Bundesverfassung vorschreibt.

*Plädieren Sie denn für eine Zweiklassenmedizin?*

Wir sollten ehrlich sein und zugeben, dass eine gesetzliche Krankenversicherung ohne Zweiklassenmedizin schlicht nicht möglich ist. Denn wenn jeder die bestmögliche Behandlung bekäme, würden die Steuergelder dafür bei weitem nicht ausreichen.

*Heisst das, dass ärmere Menschen keine vollwertige Behandlung mehr bekommen sollen?*

Nein. Im Gesetz steht: Die obligatorische Krankenversicherung bezahlt, was wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Richtig umgesetzt bedeutet das, dass teure Therapien, die nur einen marginalen Nutzen haben, nicht bezahlt werden. Bundesrat Alain Berset sagte bei seinem Rücktritt, er sei stolz darauf, in seiner zwölfjährigen Amtszeit den gesetzlichen Leistungskatalog kontinuierlich ausgebaut zu haben. Damit versties Berset gegen das gesetzliche Wirtschaftlichkeitsgebot und machte sich zum Treiber der Gesundheitskosten.

*Wie viel könnte man einsparen, ohne dass die medizinische Versorgung leidet?*

Es gibt gut belegte Studien aus den USA, die zeigen, dass 30 Prozent der Ausgaben überflüssig sind: Operationen, die nichts nützen, Bildgebungsverfahren, die medizinisch nicht indiziert sind, unzureichende Vorsorgeuntersuchungen. Was für die USA gilt, gilt auch für die Schweiz: 30 Prozent der Gesundheitskosten sind reine Verschwendung.

*Wie kommen Sie darauf?*

Das staatliche Gesundheitsobservatorium in Neuenburg berichtet regelmässig über auffällige regionale Unterschiede bei der Häufigkeit von bestimmten Behandlungen. Der unterschiedliche medizinische Bedarf spielt dabei zwar eine Rolle, jedoch sind auch unterschiedliche Ansprüche der Bevölkerung und finanzielle Interessen der Leistungserbringer dafür entscheidend. In Basel sind die Prämien doppelt so hoch wie in Appenzell-Innerrhoden. Klar, die höheren Ausgaben in Basel bedeuten nicht nur Verschwendung, aber vieles davon gehört nicht zur Leistungspflicht einer Grundversicherung.

*Aber wo konkret wird mehr als das Notwendige gemacht?*

Nehmen wir Kaiserschnitte. Eine Geburt mit Kaiserschnitt ist gegenüber einer normalen Entbindung rund 2300 Franken teurer. Im Jura wurden bei 26 Prozent der Geburten Kaiserschnitte durchgeführt, in Zug bei 43 Prozent. Mit medizinischen Notwendigkeiten hat dieser Unterschied wenig zu tun, mit unterschiedlichen Ansprüchen der Schwangeren schon.

*Sollen Kaiserschnitte künftig finanziell besser gestellten Frauen vorbehalten sein?*

Die Entbindung sollte der Normalfall sein, der Kaiserschnitt die Ausnahme. Bei über 30'000 Kaiserschnitten im Jahr würde eine Halbierung 35 Mio. Franken einsparen. Darüber hinaus werden die Risiken vermieden, denen Mutter und Kind bei einem Kaiserschnitt ausgesetzt werden. Die aktuelle Vergütung von Spitalleistungen reizt die Spitäler an, zu viel zu operieren. Aber auch in der Diagnostik wird zu viel gemacht. Besonders schlimm sind überflüssige nuklearmedizinische Untersuchungen, welche die Patienten unnötigerweise einem Krebsrisiko aussetzen.

*Damit sind Millionen, aber noch nicht Milliarden gespart. Weitere Beispiele?*

Oft werden auch Vorsorgetests unzureichend eingesetzt. Nehmen wir den PSA-Test zur Aufdeckung des Prostatakrebses. Bei zwei Dritteln der Männer, die keinen Krebs haben, liegt der Test falsch. In der Folge kommt es zu unnötigen Abklärungen, aber auch zu Behandlungen, die zu Inkontinenz und Impotenz der Betroffenen führen. Ganz ähnlich ist es beim Brustkrebs-Screening, das viele Kantone standardmässig durchführen. Es schadet den Frauen mehr, als es ihnen nützt.

*Wo genau liegt die Ursache für überflüssige Behandlungen?*

Falsche Anreize, die sich gegenseitig verstärken: umfassende Grundversicherung, niedriger Selbstbehalt und grosszügige Vergütung. In der Folge halten sich die Versicherten nicht zurück und die Ärzteschaft greift in die Vollen.

*Was hätte Alain Berset in den zwölf Jahren Amtszeit anders machen müssen?*

Man kann ihm natürlich nicht allein die Schuld geben. Aber er hätte den Leistungskatalog gemäss gesetzlichem Auftrag beschränken müssen. Zudem hat er die Reform der ärztlichen Vergütung gebremst.

*Das grosse Problem ist aber, die Wirtschaftlichkeit einer Therapie zu messen.*

Das stimmt nicht, die medizinische Literatur bietet bereits die Grundlage, um den Nutzen einer Leistung zu bestimmen, eine Reduktion der Sterblichkeit genauso wie eine Verbesserung der Lebensqualität. Damit lässt sich die Wirkung in sogenannt qualitätsbereinigten Lebensjahren messen und mit den Kosten vergleichen. Das Bundesgericht hat einmal vorgeschlagen, dass eine Gesundheitsmassnahme nicht in den gesetzlichen Leistungskatalog aufgenommen werden sollte, wenn ein durch sie gewonnenes qualitätsbereinigtes Lebensjahr mehr als 100'000 Franken kostet.

*England hat das eingeführt. Solche Limiten sind aber ethisch umstritten. Kritiker sagen unter anderem, ältere Menschen würden damit diskriminiert.*

England steht nicht allein da, skandinavische Länder tun es auch, ohne einen Unterschied zwischen Jung und Alt zu machen. In der Schweizer Raumplanung wird das auch bereits angewendet. Bei einer anstehenden Sicherung einer gefährlichen Strassenkurve wird die erwartete Reduktion von Unfällen und Todesfällen mit den Kosten der Massnahme gegengerechnet. Dabei wird ein gerettetes Leben mit 260'000 Franken bewertet, ein allerdings hoher Wert im internationalen Vergleich.

*In eine ähnliche Richtung wie Sie geht die zur Abstimmung stehende Kostenbremse- Initiative der Mitte. Genügt sie nicht?*

Leider nein. Die Initianten benennen zwar das Problem steigender Gesundheitskosten, sagen aber nicht konkret, wie diese gebremst werden können. Sie pflegen ihr Image und leisten dem Gesundheitssystem einen Bärendienst.

# EPD: «Es braucht ein radikal neues System mit einem neuen Namen» - Interview

 Medinside | 31.05.2024

Der ehemalige ETH-Präsident Ernst Hafen will, dass die Bürger die volle Kontrolle über ihre Gesundheitsdaten haben. Wir haben uns mit ihm und Ärztin Barbara Biedermann über die Zukunft des E-Patientendossiers unterhalten.

## Reto Vogt

Der [Verein Gesundheitsdatenraum Schweiz](#) will, dass die Bürgerinnen und Bürger die Kontrolle über ihre Gesundheitsdaten behalten. Was es für die sogenannte menschenzentrierte Datenhaltung braucht und warum das mit dem heutigen elektronischen Patientendossier (EPD) nicht funktioniert, haben wir im Interview mit dem Vereinspräsidenten und ehemaligen ETH-Präsident Ernst Hafen und der Ärztin und Vereins-Vizepräsidentin Barbara Biedermann diskutiert. Im Gespräch fordern sie unter anderem eine Eidgenössische Datenprüfanstalt.

*Wie bewerten Sie aktuell die Digitalisierung des Gesundheitswesens?*

**Ernst Hafen:** Es fehlt vor allem an strukturierten Daten und der Möglichkeit, dass diese jede Bürgerin und jeder Bürger selbst verwalten und kontrollieren kann. Das ist die Basis für die Digitalisierung im Gesundheitswesen.

*Woran hakt es?*

Hafen: Erstens daran, dass zurzeit im EPD überhaupt keine strukturierten Daten abgelegt werden können...

**Barbara Biedermann:** ... und zweitens an der fehlenden Interoperabilität der Systeme. Mein Praxisinformationssystem ist nicht interoperabel mit dem EPD. Das heisst: Auch wenn die Daten bei Ärztinnen und Ärzten strukturiert erhoben werden, bleibt es am Ende bei der Aushändigung in PDF-Form. Viele Medienbrüche bedeuten einen manuellen Mehraufwand und eine höhere Fehleranfälligkeit.

**Barbara Biedermann** ist Fachärztin für Innere Medizin und Titularprofessorin der Universität Basel. Unter anderem ist sie auch Verwaltungsratspräsidentin des Gesundheitszentrums Hottingen, Zürich.

**Ernst Hafen** ist Professor am Institute of Molecular Systems Biology der ETH Zürich; 2005/06 präsierte er die Hochschule. 2008 war er Mitgründer des Beratungsunternehmens Evaluescience, das die Qualitätssicherung in akademischen Institutionen thematisiert.

*Was meinen Sie mit menschenzentrierter Datenhaltung?*

Hafen: Dass jeder Mensch selbst für seine Gesundheitsdaten verantwortlich sein sollte, niemand anderes. Individuen sollen von Geburt an ihre Daten erfassen und verwalten können. Wenn dies mit einem guten Governance-Modell umgesetzt wird, profitiert die Gesellschaft davon, nicht nur die Shareholder von Apple oder Google.

*Abgesehen von gewissen Herausforderungen beim Datenschutz ist das Gesundheitswesen auch weit weg von Ihrer Vision.*

Biedermann: Das ist so. Grund dafür ist, dass Praxis- und auch Klinikinformationssysteme (PIS, KIS) eine praxis- beziehungsweise spitalzentrierte Sicht haben. Diese Systeme sind nicht durchlässig – natürlich auch wegen Datenschutz und Datensicherheit. Durchlässigkeit erlauben können nur Patientinnen und Patienten selbst, deshalb müssen sie Zugriff auf alle ihre Gesundheitsdaten haben.

*Wollen die Menschen überhaupt ihre Daten kontrollieren? Das EPD in seiner aktuellen Form ist zumindest ein Schrittchen in diese Richtung, aber kaum jemand hat eins eröffnet.*

Hafen: Das EPD war und ist ausgesprochen mühsam zu eröffnen. Darüber hinaus hat die Ärzteschaft nicht wirklich Werbung dafür gemacht. Würde mir meine Ärztin ein EPD empfehlen, dann würde ich eher eines eröffnen.

Biedermann: Es ist total unnatürlich, ein EPD auf der Post oder in einer Apotheke zu eröffnen. Das müsste direkt während dem Arztbesuch möglich sein. Natürlich müsste dies die Ärzteschaft dann auch über einen entsprechenden Zeittarif abrechnen können, aber daran sollte es doch nicht scheitern.

*Aktuell sind ja Ärztinnen und Ärzte alles andere als EPD-Influencer. Und auch die Hälfte der Spitäler, die eigentlich gesetzlich zum Mitmachen verpflichtet wären, foutieren sich darum.*

Biedermann: Eben weil es für alle Beteiligten einen Mehraufwand bedeutet, den sie kaum abrechnen können. Alle Anbieter von PIS- und KIS-Lösungen müssten zudem verpflichtet werden, eine EPD-Schnittstelle anzubieten.

Hafen: Ärztinnen und Ärzte wollen es natürlich auch nicht wegen der Transparenz, die es herstellt. Der Ärzteverband hat mit dem Referendum gedroht, falls das EPD ohne doppelte Freiwilligkeit gekommen wäre.

*Die doppelte Freiwilligkeit soll zwar jetzt enden, aber das EPD wird dadurch nicht besser oder brauchbarer. Braucht es eine radikale Lösung? Wir stoppen das aktuelle EPD und fangen nochmal von vorne an, wie zum Beispiel bei der E-ID, die in zwei Jahren verfügbar sein soll?*

Hafen: Ja, ich denke, es braucht ein radikal neues System mit einem neuen Namen. Gesundheitsdossier zum Beispiel, verwaltet von einer Gemeinschaft, mit strukturierten Daten von allen Leistungserbringern. Verpflichtend für alle.

Biedermann: Ja, und der Bund muss Architektur, Schnittstellen, Normen und Standards vorgeben. Und es braucht eine Art Eidgenössische Datenprüfanstalt analog zur Eidgenössischen Materialprüfungs- und Forschungsanstalt (Empa), auch um Datenschutz und Datensicherheit prüfen zu können.

**«Die Lösung vom Kantonsspital Luzern, die auf Epic basiert, kommt gut an. 36'000 Patienten nutzen sie, gegenüber den 200 Menschen, die dort ein EPD besitzen.»**

*Letzteres könnte ja das Bundesamt für Cybersicherheit übernehmen. Sie sagen also, lieber ein Ende mit Schrecken als Schrecken ohne Ende beim EPD?*

Biedermann: Eine Datenprüfanstalt müsste auch die Datenqualität messen können oder die Echtheit der Daten. Sie müsste das Wesen der digitalen Daten erforschen. Das EPD ist meines Erachtens «totreguliert» worden. Obligationenrecht, Strafgesetz, Datenschutzgesetz und die Gesundheitsgesetze würden eigentlich den Rahmen für ein EPD genügend abstecken.

Hafen: Auch für mich ist klar, dass sich etwas radikal ändern muss. Selbst wenn wir mit der aktuellen Lösung weiterfahren.

*Der Mensch müsse im Zentrum stehen, sagen Sie. Aber bis jetzt gab es noch keine Volksabstimmung, die ein EPD oder etwas Vergleichbares legitimiert hätte. Bei der E-ID gab es das. Dort hat das Volk seinen Willen klar zum Ausdruck gebracht. Meine These ist: Das EPD würde eher funktionieren, wenn es in einer Abstimmung legitimiert würde.*

Biedermann: Grundsätzlich eine gute Idee. Bei der E-ID hat es funktioniert.

Hafen: Würden attraktive Lösungen mit den entsprechenden Qualitätsstandards gebaut, würden sie automatisch genutzt. Beim E-Banking funktioniert das auch, obwohl wir dort auch nie darüber abgestimmt haben.

*Aber Stand jetzt läuft es ja mit internationalen Anbietern wie Epic, Weltmarktführer im Bereich Klinikinformationssysteme, zumindest indirekt wieder auf eine nicht-staatliche Lösung heraus. Würde es eine Abstimmung geben: Warum sollte das Volk dann anders entscheiden als 2021 bei der E-ID?*

Hafen: Ich weiss nicht, ob es anders entscheiden würde. Was ich aber weiss, ist: Die Lösung vom Kantonsspital Luzern, die auf Epic basiert, kommt gut an. 36'000 Patientinnen und Patienten nutzen sie, gegenüber den 200 Menschen, die dort ein EPD besitzen.

*Egal, welche Lösung am Ende kommt: Ihre Vision von der menschenzentrierten Datenhaltung bedeutet einen starken Kulturwandel für die Gesundheitsbranche. Ist diese bereit dafür?*

Hafen: Der Kulturwandel muss von den Patienten und Bürgerinnen angestossen werden. Sie müssen ihr Recht auf ihre Daten einfordern. Dieses Recht haben sie. Sie müssen nur entsprechend incentiviert werden.

*Welche Rolle spielen Ärztinnen und Ärzte?*

Biedermann: Eine wichtige. Sie müssen den Wandel mitgestalten und vorantreiben. Personalisierte, datengetriebene Therapien sind mit Papier und Bleistift nicht mehr durchführbar.

*Nochmal zu Ihrem Verein Gesundheitsdatenraum Schweiz: Sie haben sich bei der Gründung vor anderthalb Jahren eine «Lebensdauer» von fünf Jahren in die Statuten geschrieben. Sind Sie zufrieden mit dem bisher Erreichten?*

Hafen: Ja, wir sind zufrieden. Wir wollen die Grundlage schaffen, die es für die digitale Transformation braucht.

Biedermann: Was uns bis jetzt nicht gelungen ist, ist die Begeisterung bei den Leistungserbringern zu entfachen. Sie müssen diese Vision auch mittragen. Da wollen wir in den nächsten zwei bis drei Jahren den Fokus darauf legen.

*Die Grundlage für die digitale Transformation im Gesundheitswesen schaffen will auch das Programm Digisanté beim Bund, für das beide Räte 400 Millionen Franken sprachen.*

Biedermann: Bis jetzt ist das eine träge und etwas undurchsichtige Angelegenheit. Digisanté funktioniert nur, wenn die richtigen Leute in den richtigen Arbeitsgruppen sind. Sollte das aber der Fall sein, kann es ganz schnell gehen.

Hafen: Das Beispiel E-ID macht Hoffnung. Das ist ein Vorzeigeprojekt, das dank eines Konsenses über alle Beteiligten und Parteigrenzen hinweg.

**Wollen Sie, dass Ihre Depressionen im EPD stehen?** Ein Experiment in Deutschland entdeckt einen überraschenden Schwachpunkt beim Elektronischen Patientendossier.

# Lieber ein Untersuch zu viel

 NZZ am Sonntag | 02.06.2024

Sie machen Computertomografien oder Abklärungen, von denen sie wissen, dass sie unnötig sind: Ärzte kritisieren das Gesundheitssystem, dem sie selbst zuliefern, als krank. Aber niemand tut etwas, weil alle profitieren.

## Sacha Batthyany und Alain Zucker

Die Tochter klagte über Schmerzen, nichts Dramatisches, kein Notfall, aber es gab Hinweise auf eine Entzündung, also fuhr sie mit der Mutter ins Zürcher Spital Hirslanden. Der Spezialist meinte, ein ambulanter chirurgischer Eingriff sei nötig, aber er sei ausgebucht und ein Termin sei erst in Wochen möglich. Und als ihn die beiden überrascht anblickten, weil sie nicht so lange warten wollten, meinte er, für eine Operation bei ihm müssten sie 500 Franken extra bezahlen, dann liesse sich auch ein Termin finden.

Cash.

Die Mutter willigt ein, was soll sie auch tun, wenn die Tochter Schmerzen hat, und erhält eine Allerweltsquittung, von Hand geschrieben. Auf der Website dieses Arztes ist nichts von einem Priority-Modell zu lesen, wie man es etwa vom Flughafen kennt. Auch am Skilift gibt es die Fast Lane, die extra kostet, während jene, die es sich nicht leisten können, in der Schlange stehen.

Flughäfen. Skilifte. Und neuerdings auch Spitäler? Zählt nicht der hippokratische Eid, der besagt, jedem sei zu helfen und für jeden seien dieselben Leistungen zu erbringen, der in Not ist?

Was dieser Tochter passierte, ist kein Einzelfall. Offenbar ist es bei einigen Ärzten «gang und gäbe» – in der Regel in privaten Institutionen –, ein Antrittshonorar zu fordern. Sie operieren nur oder finden plötzlich freie Termine, falls man bereit ist, das Portemonnaie zu öffnen. Einmal ist von 500 Franken die Rede. Dann von 3500. In den Kaffeepausen würden Ärzte über die Höhe ihrer Zusatzhonorare tuscheln, was zu «einem Wettbewerb» führe, wer welche Preise verlange.

Das erzählen keine unzufriedenen Patienten. Sondern Mediziner, die auf die «griechischen Zustände» in den Spitälern aufmerksam machen wollen, womit sie andeuten, dass mit dem nötigen Kleingeld zwischen den Fingern offenbar alles möglich ist.

Die «NZZ am Sonntag» hat mit Ärzten aus der ganzen Schweiz gesprochen, ihnen den Puls gefühlt und Einblick erhalten in ihren Arbeitsalltag. Diagnose: Da ist etwas faul, wenn Medizinern angesichts ihrer eigenen Zunft der Kragen platzt. Wenn Sätze fallen mit der Aussage, sie seien an der Kostenexplosion mitschuldig. «Einige von uns haben den moralischen Kompass verloren.» Viele Behandlungen seien ohnehin unnötig, heisst es.

Der Gesundheitsökonom Heinz Locher, der schon in unzähligen Expertengruppen für die Senkung der Gesundheitskosten sass, meint trocken: «Zu viele profitieren, deshalb ändert niemand was. Aber wenn sich sogar die Ärzte darüber aufregen, muss es schlimm sein.»

Mit ihrer Offenheit wollen sie «geraderücken», was in den letzten Jahren «ins Rutschen» gekommen sei. «Nennt mich einen Idealisten», sagt ein Herzspezialist aus Bern, der nicht namentlich erwähnt werden will. «Aber dafür habe ich nicht jahrelang studiert, um diesen Irrsinn zu stützen.»

## «Tut das weh?»

Ein Abend in einem kleinen Restaurant in der Berner Altstadt. Es ist laut. Nicht nur weil es so voll ist, die zwei Ärzte reden sich in Rage, der Herzspezialist und ein Radiologe, die beide von der Arbeit kommen und ihre Antipasti mit Bier hinunterspülen.

Nachdem sie sich über die Fast Lane beschwert haben, die Zusatzhonorare, sind sie mittlerweile bei nichts Geringerem angekommen als bei der Sinnfrage: Denn während die Gesundheitskosten immer weiter steigen, sinke der Nutzen vieler Untersuchungen, die sie durchführten, ja durchführen müssten, weil Patienten unnötigerweise an sie überwiesen würden.

«40 bis 50 Prozent der Fälle, die zu mir kommen, haben kein Problem, das ich lösen kann», sagt der Herzspezialist. Ähnlich hoch sei die Zahl beim Radiologen. Er sagt: «Die Nachfrage nach Untersuchungen wie Magnetresonanztomografien (MRI) oder Computertomografien (CT) ist explodiert. Diese Bilder sind teuer, aber medizinisch oft unnötig.» Man mache sie, weil man heute all die technischen Möglichkeiten habe.

Unnütze Medizin, die die Kosten treibt: Was die beiden bei Salami und frittierten Zucchini so lauthals besprechen, ist für andere Mediziner kurz vor den Abstimmungen vom 9. Juni ein heikles Thema. Da schweigen sie lieber. Insbesondere die Kostenbremse-Initiative sorgt in der Ärzteschaft für Unruhe, damit will man nicht in Verbindung gebracht werden, man befürchtet eine Rationierung.

Doch von einer Rationierung ist die Schweiz meilenweit entfernt, wenn man den beiden an diesem Abend zuhört. Vielmehr besorgt diese, dass heute immer mehr sinnlose Untersuchungen angeordnet werden, während früher abgewartet wurde.

Der Herzspezialist meint: «Wenn der Patient sagt, es tue ihm weh, wenn ich auf einen bestimmten Punkt auf der linken Brust drücke, dann weiss ich schon, am Herz liegt es nicht, denn von dort kann der Schmerz nicht kommen.» Nur hätte das auch der Hausarzt, der ihm den Patienten zuwies, herausfinden können. So komme es zu Doppelspurigkeiten, mit denen er zwar Geld verdiene und seine Praxis fülle, «aber das kann ja nicht der Sinn des Ganzen sein.»

Immer wieder ist an diesem Abend von den Hausärzten die Rede, von denen es sehr gute gebe und andere, die keine Zeit hätten, die Patientinnen und Patienten nur oberflächlich untersuchten und sie zum Spezialisten schickten, aus dem Bestreben heraus, «ja nichts Falsches zu machen». Früher habe er seitenlange Berichte der Hausärzte erhalten, mit ausführlicher Anamnese. «Heute steht nur: <Herz o. k.?> oder <Patient wünscht Herzuntersuchung>. Was soll ich damit anfangen?»

Es gilt als offenes Geheimnis unter Ärzten, dass zu viele unnötige Untersuchungen und Eingriffe durchgeführt werden. Auf die Grundsatzkritik angesprochen, schreibt der Ärzteverband FMH unter anderem: «Die Vermeidung einer Überversorgung ist eine kontinuierliche und anspruchsvolle Aufgabe.» Deutlich wird Christoph Gubler, Vorstandsmitglied der Akademie Menschenmedizin und Chefarzt an einem Zürcher Spital. «Es ist ein chronisches Problem.» In seinem Fach, der Gastroenterologie, sind es etwa Magen- und Darmspiegelungen, die zu oft durchgeführt werden. Der Rheumatologe wiederum sieht, dass am Knie zu oft Menisken entfernt werden, obwohl der Schmerz gar nicht mit dem Schaden korreliert. Und in der Radiologie gibt es für das Phänomen eine scherzhafte Abkürzung: Vomit – Victims of Modern Imaging Technology, also Opfer der modernen Bildgebung, denn je mehr solcher Untersuchungen gemacht werden, desto mehr findet man; und plötzlich macht ein Zufallsbefund aus einem Gesunden einen Kranken.

Dabei ist Überversorgung nicht nur eine Kosten-, sondern auch eine Qualitätsfrage, wie die FMH schreibt. Sie schadet den Patienten und Patientinnen. Jeder unnötige Eingriff bringt das Risiko von Komplikationen mit sich, jedes überflüssige Medikament kann Nebenwirkungen verursachen.

## In Bern mag man Knochenzement

Das Problem lässt sich sogar geografisch verorten: So werden laut dem Schweizer Versorgungsatlas im Kanton Neuenburg dreimal so viele CT des Schädels gemacht wie in St. Gallen – was sich medizinisch kaum begründen lässt. In Bern injizieren Ärzte zehnmal so häufig Knochenzement in Wirbelsäulen wie in Basel und Genf, obwohl der Nutzen laut Studien alles andere als klar ist. Und beim Einsetzen künstlicher Knie- und Hüftgelenke ist die Schweiz gemäss der OECD Europameisterin.

Was laut Fachleuten bis heute fehlt, ist eine systematische Messung dieses Zuviels, um das Sparpotenzial auszuwerten. Hochrechnungen für andere europäische Länder kommen auf 10 bis 20 Prozent der Gesundheitsausgaben, die überflüssig seien. Eine vom BAG in Auftrag gegebene Studie von 2019 beziffert das Effizienzpotenzial bei den Leistungen der Grundversicherung auf 16 bis 19 Prozent. Das wären auf das Jahr 2023 bezogen zwischen 6,4 und 7,6 Milliarden Franken.

In der Berner Altstadt sind die beiden Ärzte auf einen Halben Primitivo umgestiegen. Während ihr Verband, die FMH, solche Sparberechnungen für viel zu hoch hält, sprechen sie davon, dass «wir auf dem Weg zu einer Absicherungsmedizin sind. Und das ist sicher nicht die günstigste.» Dem Radiologen schwanen Zustände wie in den USA, wo Ärzte aus Haftungsgründen das kleinste Risiko auszuschliessen versuchen. Doch Medizin, so sagt sein Kollege, der Herzspezialist, sei keine exakte Wissenschaft. Für jedes Symptom liessen sich tausend Sachen untersuchen: Wie könne man beweisen, wenn der Patient über Kopfschmerzen klagt, dass es kein Tumor sei?

«Es ist eine Frage der Wahrscheinlichkeiten.» Getrieben sei das System nicht von der Angst vor Anwälten, sondern vom Zeitgeist. Stichwort: Nullrisikomentalität, womit sie den Ball weiterspielen zu den Patientinnen und Patienten.

Die Entwicklung, auf die sie anspielen, sind die gestiegenen Ansprüche der Menschen, wohlgernekt derjenigen in der Stadt. Auf dem Land, so erzählt der Herzspezialist, gehe der Bauer, den der Arzt nach dem Infarkt ins Spital schicken wolle, erst einmal in die Beiz. «Doch in der Stadt glaubt man erst, wenn man in die teure Röhre geschoben und vom Spezialisten untersucht wurde, dass man nichts Schlimmes hat.»

Natürlich, er könnte die Patienten theoretisch auch ablehnen. Kein Spezialarzt ist gezwungen, eine unnötige Untersuchung durchzuführen. Im Gegenteil. Es wäre sogar seine Verantwortung, dies nicht zu tun, «denn gemäss dem Gesetz dürfen nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlungen vorgenommen werden». Dies sagt ein Mediziner, der vor den Abstimmungen seinen Namen ebenfalls nicht in der Zeitung lesen will. Er verweist zur Verteidigung der Hausärzte auch auf Daten, die indes zehn Jahre alt sind: Laut diesen erledigten Hausärzte 94 Prozent der Fälle ohne weitere Überweisungen.

Da treten innerhalb der Ärzteschaft unterschiedliche Realitäten zutage. Man kann auch von Spannungen sprechen. «Wenn ich die Untersuchung verweigere, weist mir der Hausarzt keine Patienten mehr zu», so verteidigt sich der Berner Herzspezialist. «Ich habe einmal bei einem Hausarzt eine absurde Zuweisung hinterfragt. Er schickte mir danach niemanden mehr. Seither lass ich es bleiben, ich muss mich schonen. Ich brauch selber auch keinen Herzinfarkt», sagt er und lacht.

## Niemand wartet mehr

Seine Realität ist eben auch: Er muss seine Praxis füllen, die Konkurrenz ist angesichts der wachsenden Zahl der Spezialärzte grösser geworden. Dazu kämen Teuerung und steigende Personalkosten. Bohrt man weiter nach den Ursachen für das Zuviel an Behandlungen, so ergibt sich eine Mischung aus gestiegenen Patientenansprüchen, monetären Anreizen und Bequemlichkeiten. Es ist eben einfacher, eine neue Untersuchung anzuordnen (und sie auch abzurechnen), als sich dem Patientenwunsch zu widersetzen und in den Akten zu suchen, was schon gemacht wurde. «Wir Ärzte decken uns gegenseitig», sagen sie beide selbstkritisch, der Abend ist weit fortgeschritten, das Restaurant leert sich bereits. «Alle wissen es, keiner tut was», lautet ihr ernüchterter Tenor. Sie sehen sich als Rädchen in einem überzüchteten System. Einem System, in dem ein Alkoholiker, der immer wieder stürze, im Notfall jedes Mal von neuem untersucht und radiologisch durchgecheckt werde: «Dabei weiss jeder, was er hat.»

Nächste Sprechstunde. Ein paar Tage später. Besuch bei Hausärzten, die von ihren Kollegen in der Beiz geschmäht wurden. Es sei ein ehrenwerter Beruf, der aber jüngst in Verruf gekommen sei, sagt einer in seiner Praxis in Zürich. Man verdiene weniger als die Chirurgen oder Dermatologen, trage dafür eine Verantwortung für Menschen, die man bis zu ihrem Lebensende begleite. «Wer will das heute schon?» Er

nennt es «Anbindung», das System, dass der Hausarzt früher eine Beziehung zu seinen Patienten hatte, sie über Jahre begleitete. «Diese Anbindung ist verlorengegangen», auch deshalb, weil es einen Mangel an Nachwuchs gebe, weil die Menschen im Internet alles Mögliche lesen und abklären wollen, statt ihren Hausarzt um Rat zu fragen. Auch so entstünden Mehrkosten.

Hausärzte gingen nach dem Ausschlussprinzip vor, sagt ein Berufskollege auf der anderen Seite der Stadt. Wer mit Herzbeschwerden komme, bei dem werde das Schlimmstmögliche erst ausgeschlossen, bis man der Ursache Schritt für Schritt auf den Grund gehe. «Oftmals empfehle ich den Patienten, wenn kein Notfall vorliegt, ein paar Tage zu warten», sagt er, «vielleicht klingen die Beschwerden ab?», worauf er mit grossen Augen angeschaut werde: warten? «Niemand wartet heute noch, alle wollen Ergebnisse – und zwar jetzt. Sie haben das Gefühl, wenn sie schon so hohe Prämien bezahlen, möchten sie auch etwas davon haben.» Wobei es schon möglich sei, so sagt ein dritter Hausarzt, die Empfehlungen so zu formulieren, dass Patienten zuhörten: «Wenn ich ihnen bei einem PSA-Screening der Prostata sage, dass danach noch mehrere Untersuchungen durch den Anus anfallen, um einen Krebs wirklich auszuschliessen, verzichten viele gerne.»

Der Gesundheitsökonom Heinz Locher hat schon eine Menge Vorschläge diskutiert, um die Überversorgung einzudämmen: etwa Behandlungsrichtlinien, die für verbindlich erklärt werden. Bisher umsonst. Inzwischen hat sich der Verein Smarter Medicine der Aufgabe verschrieben, die Gefahr der Überversorgung im Bewusstsein der behandelnden Ärzte zu verankern. In Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften publiziert er Top-Fünf-Listen mit unnötigen Behandlungen in den jeweiligen Fachgebieten. Dazu gehören als Beispiel Cholesterinsenker, die fast einem Drittel der über siebzig Jahre alten Personen ohne Vorgeschichte eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls verabreicht werden.

Noch nicht erfüllt haben sich die in die sogenannten Health Technology Assessments gesetzten Hoffnungen, ein Instrument, mit dem der Bund ermitteln soll, welche medizinischen Massnahmen wirkungslos sind und aus der Grundversicherung gestrichen werden können. Laut dem letzten Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle von 2020 hat man vom anfänglichen maximalen Sparpotenzial von 600 Millionen Franken pro Jahr fast nichts realisiert, doch das zuständige Bundesamt für Gesundheit widerspricht: Es gebe inzwischen 20 Entscheide mit direkten Einsparungen von 80 Millionen, 24 weitere seien in Abklärung. Bis in einem Jahr will man einen neuen Masterplan gegen die Fehlversorgung vorstellen. Nur sind bis dann die Prämien schon wieder gestiegen. Und ob die angestrebten weiteren Sparmöglichkeiten umgesetzt werden, ist unklar. Das ist die politische Realität im Land, der Widerstand der Interessenvertreter ist gross – Ärzte, Spitäler, Pharma, Versicherungen –, es ist genau so, wie die beiden Ärzte in der Berner Altstadt sagten: «Alle zeigen auf den andern.»

Womit wir da sind, wo die Grosskritik aus der Ärzteschaft begonnen hat: bei der Mutter und der Tochter in der Klinik Hirslanden, die 500 Franken bezahlen mussten, um von dem Arzt, an den sie sich gewandt hatten, überhaupt operiert zu werden. Über diese Fast Lane sagt Susanne Gedamke, Geschäftsführerin der Patientenorganisation SPO: «Wir beobachten eine deutliche Zunahme dieser Angebote.» Und sie ist nicht erfreut darüber.

## Beziehungskrach in der Praxis

Rechtlich ist die Sache umstritten. Auf einem Merkblatt der Zürcher Ärztegesellschaft steht zum einen: «Eine bevorzugte oder schnellere Behandlung von Patienten mit KVG-Pflichtleistungen in Abhängigkeit von Komfortzahlungen ist nicht zulässig.» Zum anderen listet es Voraussetzungen auf, unter denen es doch gehe, mahnt aber zur Vorsicht.

Das BAG allerdings hält fest: «Es ist nicht zulässig, für eine bevorzugte Behandlung, zum Beispiel, um die Wartezeiten zu verkürzen, ein zusätzliches Honorar in Rechnung zu stellen. Dies würde den Grundsätzen des KVG widersprechen.» Alle versicherten Personen hätten Anspruch «auf eine rechtzeitige, spezialisierte und medizinisch indizierte Behandlung».

Die Hirslanden-Gruppe, ein Privatspital mit Leistungsauftrag zur Grundversorgung, widerspricht. Der Mediensprecher Claude Kaufmann schreibt, aus ihrer Sicht gehe es in dem geschilderten Fall um ärztliche Mehrleistungen, für die der Spezialist von Allgemeinversicherten ein Zusatzhonorar verlangen könne. «Darüber hinaus sind unsere Belegärzte selbständig tätig. Die Festsetzung der Preise liegt für die

angebotenen ärztlichen Mehrwerte in ihrem Ermessen. Gleichzeitig sind Fairness und Transparenz für uns zentrale Werte. Sollten sie verletzt worden sein, bitten wir die Patientin, sich an die unabhängige Ombudsstelle der Klinik zu wenden.»

Für die Patienten, so sagt es Gedamke von der SPO, sei eine Fast Lane «natürlich negativ, da es neben potenziellen gesundheitlichen und finanziellen Auswirkungen auch zu einer nicht vertretbaren Ungleichheit kommt». Nicht zuletzt setzt man Patientinnen, die sich vor Operationen ohnehin in einer schwierigen Situation befinden, unter Druck: Sollen sie bezahlen, sollen sie doch warten, aber was, wenn es noch schlimmer wird?

Manchmal soll es sogar zu Beziehungskrach kommen, wie die beiden Ärzte in Bern erzählen. Als ein Ehepaar gemeinsam vor die Entscheidung gestellt wurde, ein Zusatzhonorar zu bezahlen, um die Operation der Frau zu beschleunigen und den Termin vorzuziehen, habe der Ehemann geantwortet, man könne ja auch noch warten. Seine Frau aber blickte ihn grimmig an, worauf er sich, seiner eigenen Gesundheit und dem Haussegen zuliebe, umentschied und das Portemonnaie zückte.

«Früher habe ich seitenlange Berichte der Hausärzte erhalten, mit ausführlicher Anamnese. Heute steht nur: <Herz o. k.?> oder <Patient wünscht Herzuntersuchung>. Was soll ich damit anfangen?»

«Auf dem Land geht der Bauer, den ich nach dem Infarkt ins Spital schicken will, erst einmal in die Beiz. Doch in der Stadt glaubt man erst, wenn man in die teure Röhre geschoben und vom Spezialisten untersucht wurde, dass man nichts Schlimmes hat.»

# Unsinnig behandelt – das grosse Ärztegeständnis

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Überflüssige Therapien, masslose Patienten, schnellere Behandlung dank Zusatzhonorar: Ärzte prangern Fehler im System an.

## Sacha Batthyany und Alain Zucker

500 Franken extra in bar – so viel verlangte ein Arzt der Zürcher Hirslanden-Klinik dafür, dass er einen ambulanten chirurgischen Eingriff durchführte und im vollen Kalender einen Termin für die grundversicherte Patientin fand. Er habe gesagt, seine Kosten seien sonst nicht gedeckt, erzählt die Mutter, deren Tochter Schmerzen hatte. Sie erhielt eine handgeschriebene Quittung.

Gibt es neu eine «Fast Lane» in der Medizin, die extra kostet, wie man es etwa vom Flughafen oder Skilift kennt? Das Bundesamt für Gesundheit hat davon keine Kenntnis. Doch Susanne Gedamke von der Schweizerischen Patientenorganisation sagt: «Wir beobachten eine deutliche Zunahme solcher Angebote.»

Einmal ist von 500 Franken die Rede, einmal von 3500: Das erzählen nicht etwa wütende Patienten. Sondern die Ärzte selbst. Die «NZZ am Sonntag» hat vor der Abstimmung zu den zwei Gesundheitsinitiativen am 9. Juni mit unterschiedlichsten Ärzten gesprochen und ihnen den Puls gefühlt. Der Befund: Einiges laufe schief, man trage seinen Teil zur Kostenexplosion bei, insbesondere auch durch unnötige Behandlungen.

40 bis 50 Prozent der Untersuchungen seien umsonst, erzählen Ärzte, die nicht namentlich genannt werden wollen. Die Angst, sich jetzt zu exponieren, ist gross. Einige haben kritische Aussagen wieder zurückgezogen. Doch angesichts der steigenden Kosten wollen andere nicht untätig bleiben. «Ich habe nicht studiert, um diesen Irrsinn zu stützen», sagt ein Arzt.

Beispiele gebe es zahllose: Teils liege die Überversorgung an den Hausärzten, die die Leute zu teuren Spezialisten schicken, statt sie selbst zu untersuchen, teils an den Patienten und Patientinnen, die alle möglichen Untersuchungen fordern, teils an den monetären Anreizen für die Behandelnden. «Wenn sich sogar die Ärzte darüber aufregen, muss es schlimm sein», sagt der Gesundheitsökonom Heinz Locher.

Zum Fall des Zusatzhonorars für Grundversicherte sagt Locher: «Das ist ein absolutes No-Go.» Rechtlich ist die Sache umstritten. Das BAG hält fest: «Es ist nicht zulässig, für eine bevorzugte Behandlung, zum Beispiel um die Wartezeiten zu verkürzen, ein zusätzliches Honorar in Rechnung zu stellen. Dies würde den Grundsätzen des KVG widersprechen.»

Anders beurteilt es die private Hirslanden-Gruppe. Der Mediensprecher Claude Kaufmann schreibt, aus ihrer Sicht gehe es im konkreten Fall um ärztliche Mehrleistungen, für die der Spezialist von Grundversicherten ein Zusatzhonorar verlangen könne. Sollten die Prinzipien von Fairness und Transparenz aber verletzt worden sein, solle sich die Patientin an die Ombudsstelle der Klinik wenden.

# ZG – Jahresgewinn des Kantonsspitals bricht ein

 Zuger Zeitung | Zuger Kantonsspital | 31.05.2024

Der Spitaldirektor Matthias Winistörfer ordnet das Ergebnis 2023 mit Blick auf das Vorjahr ein.

## Harry Ziegler

Das Jahresergebnis 2023 des Zuger Kantonsspitals fiel mit einem Gewinn von rund 675 000 Franken zwar positiv aus. Vergleicht man dieses mit dem Ergebnis des Jahres 2022, das bei fast 3 Millionen Franken lag, so ist der Gewinneinbruch markant. Dies bei praktisch gleichbleibenden Patientenzahlen (2022: 11 757; 2023: 11 785).

Der positive Abschluss 2023 sei nur möglich gewesen «durch den Ausbau unserer Dienstleistungen und kontinuierlichen Prozessoptimierungen sowie dank der guten Zusammenarbeit mit unseren Partnern und dem ausserordentlichen Engagement unserer Mitarbeitenden», heisst es in der am 22. Mai verschickten Medienmitteilung.

## Steigender Personalaufwand

Der Direktor des Zuger Kantonsspitals Matthias Winistörfer erklärt den Gewinneinbruch so: «Der betriebliche Gesamtertrag 2023 liegt lediglich zirka 130 000 Franken höher als 2022. Der Hauptgrund für den tieferen Gewinn im Jahr 2023 liegt somit beim höheren betrieblichen Aufwand.» Die Personalkosten seien um mehr als 3,4 Millionen Franken gestiegen.

«Unsere Mitarbeitenden sind uns wichtig», führt der Spitaldirektor aus. «Deshalb haben wir die Anstellungsbedingungen im Jahr 2023 weiter verbessert.» Alle Mitarbeitenden hätten zusätzliche Ferientage erhalten, die Funktionszulagen seien überarbeitet und neu bewertet worden, der monatliche Familienbeitrag wie auch die sogenannte Inkonvenienzzulage seien erhöht worden. «Zudem wurden ein genereller Teuerungsausgleich bezahlt und sowohl individuelle wie strukturelle Lohnerhöhungen vorgenommen», sagt Matthias Winistörfer.

Ausserdem sei verstärkt in die Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden investiert worden. Dies wirke sich auf die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus. Dazu geben laut Winistörfer drei langjährige Mitarbeitende im Geschäftsbericht Auskunft.

## Erträge sind auch teilweise gestiegen

Aber, es sind nicht nur Erträge eingebrochen, es gab Bereiche, in denen die Erträge gesteigert werden konnten. So stiegen gemäss Geschäftsbericht 2023 die Erträge aus den stationären Leistungen (2023: 110 Millionen Franken; 2022: 105 Millionen) sowie den ambulanten Leistungen (2023: knapp 71 Millionen; 2022: knapp 69 Millionen).

Diesen stehen weniger Erträge aus den Leistungseinkäufen des Kantons Zug (2023: rund 1,9 Millionen Franken; 2022: knapp 5 Millionen) gegenüber. Weniger Erträge gab es 2023 bei den übrigen Erträgen (2023: 7 Millionen; 2022: 11 Millionen).

Worauf also sind die Ertragseinbrüche sowie die Ertragssteigerungen zurückzuführen? Matthias Winistörfer: «Die Mehreinnahmen im Jahr 2023 im stationären Bereich sind im Vergleich mit 2022 auf die höhere durchschnittliche Fallschwere – den sogenannten Case Mix Index – und den höheren Anteil Zusatzversicherter zurückzuführen.»

Die höheren Erträge im ambulanten Bereich seien die Folge der weiteren Verlagerung in den ambulanten Bereich. Konkret: «Es finden mehr operative Eingriffe im ambulanten Setting statt. Die Rückgänge beim Ertrag Leistungseinkauf Kanton Zug und bei den übrigen Erträgen stehen im Zusammenhang mit dem im Jahr 2023 nicht mehr betriebenen Covid-Impfzentrum», erklärt Winistörfer.

2023 betrug das betriebliche Ergebnis vor Zinsen leicht über 61 000 Franken, 2022 lag dieses noch bei 2,6 Millionen. Es könnte der Eindruck entstehen, dass auch der Finanzertrag 2023 (rund 290 000 Franken; 2022: 125 000 Franken) das Spital vor roten Zahlen bewahrt hat. Dies zusammen mit ausserordentlichen, einmaligen oder periodenfremden Erträgen (2023: 324 000 Franken; 2022: 250 000 Franken). In dieser Kategorie werden Rückvergütungen der CO2-Abgabe, bereits abgeschriebene, aber doch noch bezahlte Rechnungen und Beiträge von Stiftungen verbucht.

## Von gestiegenen Zinsen profitiert

«Nach Jahren mit sehr niedrigen Zinsen hat das Zuger Kantonsspital im Jahr 2023 beim Finanzertrag von den gestiegenen Zinsen profitiert», führt der Spitaldirektor aus. «Ohne Änderungen beim Finanzertrag und den ausserordentlichen, einmaligen oder periodenfremden Erträgen gegenüber 2022 wäre das Jahresergebnis 2023 bei etwa 436 000 Franken zu liegen gekommen», ordnet Matthias Winistörfer ein.

«Der Hauptgrund für den tieferen Gewinn liegt beim höheren betrieblichen Aufwand.» - Matthias Winistörfer, Direktor Zuger Kantonsspital

---

# Zuger Kantonsspital verzeichnet Gewinn

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Gesundheitsbranche - Das Zuger Kantonsspital verbucht in der Jahresrechnung 2023 einen Gewinn von rund 675000 Franken. Das ist ein positives Ergebnis, liegt jedoch unter dem Vorjahresergebnis von fast 3 Millionen Franken. Wieso es zu diesem Ergebnis kommt, erklärt Spitaldirektor Matthias Winistörfer. (leu)

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Der Kantönligeist ist schuld an dem Malaise - Kommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 31.05.2024**Simon Hehli**

Wenn Patrick Hässig über Spitäler referiert, weiss er, wovon er spricht: Der einstige Radiomoderator arbeitet heute als Pflegefachmann im Kindernotfall im Zürcher Stadtspital Triemli. Seit letztem Dezember sitzt der Grünliberale auch im Nationalrat – und will die schweizerische Gesundheitspolitik grundlegend reformieren. Sein erster Coup ist ein Vorstoss, den er diese Woche eingereicht hat: Die Spitalplanung solle neu vom Bund «in enger Zusammenarbeit und mit grösstmöglicher Einflussnahme der Kantone» durchgeführt werden. Das klingt nicht spektakulär, würde aber eine Revolution bedeuten: Die Kantone verlören ihre Autonomie in einem zentralen Bereich des Gesundheitswesens. Der Bundesrat könnte die Schliessung eines Spitals verfügen. Das ist radikal. Aber es drängt sich auf.

Seit 2012 stehen die Schweizer Spitäler in einem harten Wettbewerb miteinander. Das führt dazu, dass immer mehr Kliniken rote Zahlen schreiben, darunter auch renommierte Institutionen. Jüngstes Beispiel ist das Basler Universitätsspital, das am Mittwoch ein Minus von 50 Millionen Franken bekanntgeben musste. Doch der Wettbewerb hat bisher nicht dazu geführt, dass ineffiziente und überflüssige Spitäler in grösserer Zahl verschwunden wären. Noch immer hat die Schweiz 101 allgemeinmedizinische Krankenhäuser. Praktisch alle Experten sind sich einig, dass diese Zahl viel zu hoch ist für ein Land mit gut neun Millionen Einwohnern. Der Hauptgrund für das Malaise ist der Kantönligeist. Ein Paradebeispiel ist das gescheiterte Grossprojekt in der Ostschweiz. Sechs Kantone versuchten, sich auf eine Konzentrierung der komplexeren Operationen zu verständigen. Doch aufgrund von Partikularinteressen zogen sich Graubünden, der Thurgau und Glarus zurück. St. Gallen und die beiden Appenzell versuchen zwar tapfer zu retten, was noch zu retten ist. Aber die Lehre ist klar: Den kantonalen Gesundheitsdirektoren fehlt es am Willen, über den eigenen Machtbereich hinauszudenken und den grossen Wurf zu realisieren.

Pläne zu Spitalschliessungen lösen oft erbitterten Widerstand aus. Doch wer sich die Mühe macht, die Gründe und Vorteile zu erklären, kann die Bevölkerung für den Umbau der Spitallandschaft gewinnen. Ein dichtes Netz an 24-Stunden-Notfallzentren kann und soll erhalten bleiben. Und für planbare Eingriffe ist es zumutbar, dass die Patienten etwas länger fahren. In einem Zentrumsspital mit routinierten Ärztinnen und Ärzten erhalten sie sowieso die bessere Medizin. Der medizinische Fortschritt ermöglicht es zudem, dass immer mehr Operationen ambulant durchgeführt werden. Und auch Patienten mit schwerer Lungenentzündung oder Wundinfekten, die bisher ins Spital mussten, können künftig daheimbleiben. Gibt es weniger Spitäler, senkt das nicht nur die Kosten. Es wird auch medizinisches Personal frei, an dem überall Mangel herrscht.

Ein Diktat des Bundes dürfe es nicht geben, sagt der Mitte-Nationalrat und Visana-Verwaltungsratspräsident Lorenz Hess, der den Vorstoss von Hässig unterschrieben hat. Natürlich will niemand Verhältnisse wie in Frankreich, wo Paris alles befiehlt und die Randregionen über medizinische Unterversorgung klagen. Doch es gibt auch einen Mittelweg: Der Bund sollte, in Zusammenarbeit mit Experten und den Kantonen, genau festlegen, wie viele Universitäts-, Zentrums- und Regionalspitäler die Schweiz für eine effiziente sowie qualitativ hochstehende Abdeckung braucht. Und dabei auch die besonderen Bedürfnisse der Bergtäler berücksichtigen. Die Kantone müssten die Vorgabe dann umsetzen. Nur wenn sie dabei versagten, käme es zum Extremfall – und der Bund würde Spitäler von der Landkarte streichen.



SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# VS – Auch das Spital Wallis schreibt für das Jahr 2023 einen Verlust - über 11 Millionen Franken

 Radio SRF 1 | 28.05.2024

 Audio starten, Start: 05:31, Ende: 06:08

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# ZH – Die Universitätsklinik Balgrist schliesst das Jahr 2023 mit einer schwarzen Null ab

 Radio SRF 1 | 28.05.2024

 Audio starten, Start: 04:19, Ende: 05:03

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# FR – Scharfe Vorwürfe im HFR

 Freiburger Nachrichten | HFR | 28.05.2024

Der Kanton und die Spitalleitung weisen die Vorwürfe der Personalvertretungen zurück.

## Jean-Michel Wirtz

Freiburg - Die Zukunft des Freiburger Spitals HFR mache ihnen Sorgen: Mit dieser Aussage meldeten sich am Montag fünf Personalvertretungen zu Wort. «Die Sparpolitik, die die Regierung seit mehreren Jahren gegenüber dem HFR verfolgt, führt zu Massnahmen, die die Arbeitsbedingungen und Löhne des Personals verschlechtern», schreiben die Freiburger Sektionen der Gewerkschaft des Personals öffentlicher Dienste (VPOD), der Föderation der Staatsangestellten (Fede), des Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), des Verbands schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte sowie die Personalkommission des HFR in einer gemeinsamen Mitteilung.

Der Staatsrat übe massiven Druck auf die Führungsorgane des Spitals aus für kurzfristige Budgetkürzungen. Im Communiqué ist die Rede von Einsparungen in Höhe von 30 Millionen Franken bis Ende 2025. Dies werde für das Personal «katastrophale Auswirkungen» haben: «Lohnkürzungen, Entlassungen, Streichung ganzer Abteilungen.» Die Personalvertretungen fordern, dass der Staatsrat auf die geplanten Budgetkürzungen verzichtet.

## «Ressourcen besser nutzen»

Damit konfrontiert, weisen die Gesundheitsdirektion und das HFR die Vorwürfe schriftlich zurück. «Im Rahmen der vom Staatsrat verlangten Effizienzmassnahmen war nie die Rede von der Aufhebung ganzer Abteilungen, von Lohnkürzungen oder einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen», so die Direktion. Effizienzmassnahmen seien nicht gleichbedeutend mit schlechteren Arbeitsbedingungen. «Man kann die vorhandenen Ressourcen besser nutzen. Beispielsweise arbeitet das HFR an der Zusammensetzung der Teams und auch an der Integration von Verwaltungspersonal, wie medizinischen Sekretärinnen, die das Pflegepersonal und die Ärzte entlasten können.»

Die Direktion weist weiter darauf hin, dass der Staatsrat das HFR und sein Personal seit Jahren unterstütze. «Er finanziert die Lohnmehrkosten von 14 Millionen Franken, die es dem HFR ermöglichen, auf dem Markt sehr wettbewerbsfähig zu sein.» Die Freiburger Löhne des öffentlichen Pflegepersonals gehörten national zu den höchsten.

Die Leitung des HFR versichert ihrerseits, dass «die Mitarbeitenden das Wertvollste sind, was ein Spital hat». Das HFR wolle attraktiv bleiben als Arbeitgeber und Ausbildungsstätte. «Die Arbeitsbedingungen des Personals sind und bleiben während des gesamten Prozesses ein zentrales Anliegen des Verwaltungsrats und der Direktion.»

Das HFR habe bereits erste Schritte zur Verbesserung der Effizienz und der Kostenkontrolle unternommen. «Dabei geht es in erster Linie darum, finanziell interessante Leistungen wieder in den Leistungskatalog aufzunehmen, die in der Vergangenheit ausgelagert worden sind» – namentlich seien das die Ophthalmologie, Gastroenterologie und Urologie.



# AG – Die Chefin der Chefärztinnen

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | KSA | 03.06.2024

Nur jeder fünfte Chefarzt ist eine Frau. Monya Todesco möchte das ändern – als Präsidentin einer neuen Vereinigung.

## Matthias Niederberger

Je höher in der Hierarchie, desto weniger Frauen. Das gilt auch im Spital. Laut der aktuellsten Ärztestatistik aus dem Jahr 2023 sind Frauen seltener in den höheren Hierarchiestufen vertreten, als dies aufgrund ihres Anteils zu erwarten wäre. Einzig bei den Assistenzärzten überwiegt der Frauenanteil mit rund sechzig Prozent. Danach nimmt er laufend ab: Auf Oberarztstufe sind die Hälfte Frauen, bei der leitenden Ärzteschaft ist es noch ein Drittel, auf Chefarztstufe sind es achtzehn Prozent.

Zu ihnen gehört Monya Todesco Bernasconi. Sie ist Chefärztin Geburtshilfe und Perinatalmedizin am Kantonsspital Aarau. Todesco ist 54 Jahre alt, gebürtige Tessinerin, verheiratet, Mutter zweier erwachsener Kinder. Seit dreizehn Jahren ist sie ganz oben in der Hierarchiekette ihres Fachbereichs und seit kurzem – als Präsidentin der neu gegründeten Schweizer Chefärztinnen-Vereinigung – so etwas wie die höchste Chefärztin der Schweiz.

Zum Gespräch erscheint Todesco verspätet, weil sie gerade bei einer Geburt dabei sein musste. Geburten sind schwer planbar. Besser planbar ist die eigene Karriere. Ursprünglich wollte sie Hebamme werden. Später besuchte sie die Kantonsschule und entschied sich für ein Medizinstudium. «Schon als Assistenzärztin wusste ich, dass ich einmal eine leitende Position will», sagt sie. Todesco hatte damals alle Etappen bereits im Kopf. 2011, drei Jahre später als in ihrem Plan vorgesehen, durfte sie sich Chefärztin nennen.

## Von Ausgeglichenheit kann keine Rede sein

Heute setzt sie sich dafür ein, dass mehr Frauen diesen Weg einschlagen. Immer vorausgesetzt, dass sie das wollen. «Nicht alle können und möchten Karriere machen», sagt Todesco. Aber jene, die mit dem Gedanken spielen, wolle die Vereinigung ermutigen.

Dass im Jahr 2024 immer noch vier von fünf Chefärzten in der Schweiz Männer sind, stimmt sie nachdenklich: «Früher dachte ich, wenn ich einmal Kinder habe, werden sie keine Unterschiede mehr erleben, was das Geschlecht betrifft.» Der Frauenanteil in Kaderpositionen hat sich in den Spitälern zwar leicht erhöht, aber von Ausgeglichenheit kann keine Rede sein.

Mit der vor kurzem gegründeten Chefärztinnen-Vereinigung wolle man eine wichtige Stimme innerhalb und ausserhalb der Ärzteschaft werden, sagt Todesco. Förderung des Nachwuchses, Vernetzung, Austausch von Erfahrungen, finanzielle Gleichstellung, gegenseitige Unterstützung – für all das will sich die Organisation einsetzen. Wie das konkret geschehen soll, ist noch unklar. Der aus vier Chefärztinnen bestehende Vorstand sei im Moment daran, eine Strategie zu entwickeln. «In den vergangenen Wochen habe ich schon mehrere Anfragen für eine Zusammenarbeit bekommen», sagt Todesco.

## Das Bewusstsein der Vorgesetzten schärfen

Die neu gegründete Chefärztinnen-Vereinigung ist eine Sektion von Medical Women Switzerland, eine Organisation, die seit über hundert Jahren besteht. «Sie hat sehr viel für Frauen in der Medizin erreicht», sagt die KSA-Chefärztin.

Doch weshalb fehlen die Frauen in den Chefetagen? Aus Todescos Sicht gibt es nicht einen, sondern viele Gründe: Vorurteile, mangelndes Selbstvertrauen, fehlende Teilzeitmodelle in Kaderpositionen – oder schon vorher. Wenn Assistenzärztinnen nach einer Geburt eine Weile Teilzeit arbeiten, kommen sie laut Todesco seltener zu Operationen. Diese sind jedoch wichtig für die fachliche Weiterentwicklung – und den nächsten Karriereschritt. Hilfreich seien an die Spitäler angegliederte Kitas, bei denen Ärztinnen ihr Kind auch mal später abholen können, sollte ein Notfall eintreten. Bei externen Kitas sei das kaum möglich.

Meist würden Frauen nicht offensichtlich oder vorsätzlich benachteiligt. «Es geht um Feinheiten», erklärt Todesco. Doch diese hätten grosse Auswirkungen. Männer würden sich eher für Kaderstellen bewerben, auch wenn sie nicht alle Punkte erfüllten, derweil Frauen öfters zweifelten. Todesco sagt: «Als ich gefragt wurde, ob ich die Chefärztinnen-Vereinigung präsidieren möchte, traute ich mir das zuerst nicht zu. Mir ist also genau das passiert, was ich gerade angesprochen habe.»

Im Einstellungsgespräch würden Frauen immer noch häufig nach der Familienplanung gefragt. Und wenn man schon Kinder habe, werde infrage gestellt, ob man die chefärztlichen Aufgaben stemmen könne. Zudem ist Todesco überzeugt, dass Frauen tendenziell mehr leisten müssen als Männer, um in die gleiche Position zu kommen. «Wichtig ist, dass das Bewusstsein sowohl bei den Vorgesetzten als auch bei den Assistenzärztinnen für diese Sachverhalte gestärkt werden.»

Am Schluss, das Gespräch schien eigentlich beendet, fügt Todesco noch etwas an: «Früher war ich gegen Frauenquoten, heute glaube ich, dass es nicht ohne geht.» Sie sagt diesen Satz, ohne dass man sie nach einer Quote gefragt hätte. Es brauche wohl eine radikale, vielleicht etwas ungerechte Massnahme, um endlich Gleichstellung zu erreichen. «Danach sollte sie schnellstmöglich wieder abgeschafft werden.»



«Es geht um Feinheiten»: Monya Todesco Bernasconi, Chefärztin Geburtshilfe am Kantonsspital Aarau. Bild: Dlovan Shaheri

# Eine Aargauerin ist höchste Chefärztin

Seitenzahl

Seitenzahl  
Titelseitenanriss

Gleichberechtigung - Monya Todesco Bernasconi arbeitet als Chefärztin Geburtshilfe und Perinatalmedizin am Kantonsspital Aarau. Seit kurzem präsidiert sie die neu gegründete Schweizer Chefärztinnen-Vereinigung. Diese will laut Todesco eine wichtige Stimme innerhalb und ausserhalb der Ärzteschaft werden. Förderung des Nachwuchses, Vernetzung, Austausch von Erfahrungen, finanzielle Gleichstellung, gegenseitige Unterstützung – für all das will sich die Organisation einsetzen.

Wie das konkret geschehen soll, ist noch nicht klar. Der aus vier Chefärztinnen bestehende Vorstand sei im Moment daran, eine Strategie zu entwickeln. «In den vergangenen Wochen habe ich schon mehrere Anfragen für eine Zusammenarbeit bekommen», sagt Todesco. Im Gespräch mit der AZ erklärt sie, weshalb es in den Spitälern weiterhin mit der Gleichberechtigung harzt – und wie sie es selbst ins Kader geschafft hat. (mn)

## Gleichen tags erschienen in

- Aargauer Zeitung - Ausgabe Brugg
- Aargauer Zeitung - Ausgabe Freiamt
- Aargauer Zeitung - Ausgabe Fricktal
- Badener Tagblatt

# VS – Eriv Bonvin: «Un site unique serait plus efficient, mais le politique n'a pas fait ce choix» - Interview

 Le Nouvelliste | Spital Wallis | 31.05.2024

11,3 millions de déficit en 2023. La situation financière de l'Hôpital du Valais est préoccupante pour son directeur général Eric Bonvin. L'institution va devoir aller vers des restrictions. Interview.

## Patrick Ferrari

*11,3 millions de déficit en 2023, 7,8 millions de pertes en 2022, la situation financière de l'Hôpital du Valais est grave?*

Elle est préoccupante. Mais plus que la situation de l'Hôpital du Valais, c'est celle du système hospitalier suisse qui est inquiétante. Pratiquement tous les hôpitaux publics basculent dans les chiffres rouges. A Saint-Gall et Berne par exemple, on parle de 100 millions de francs de perte.

Notre déficit apparaît ainsi tolérable en comparaison nationale et par rapport à ce qui est autorisé par la loi. A lire aussi: Une perte de 11,3 millions de francs pour l'Hôpital du Valais en 2023

*Si rien n'est fait, le trou ne peut que se creuser?*

Oui, car le problème est systémique. Les tarifs ambulatoires et hospitaliers sont bloqués depuis plusieurs années. Ils ne couvrent plus les coûts des prestations, qui augmentent massivement notamment sous l'effet du renchérissement.

Sur l'activité ambulatoire, actuellement, il y a un manque à gagner pour l'hôpital de 12%. Ce manque a longtemps pu être compensé par les tarifs hospitaliers pour l'activité stationnaire, mais ce n'est plus le cas aujourd'hui.

*Ce qui devient véritablement préoccupant pour nous, c'est la baisse de notre capacité de réserve pour les investissements à venir.*

Dans cette situation, qu'est-ce que l'Hôpital du Valais n'a plus les moyens de faire?

Ce qui devient véritablement préoccupant pour nous, c'est la baisse de notre capacité de réserve pour les investissements à venir. On dispose d'un plan à 30 ans pour toutes nos infrastructures. Et pour le réaliser, la loi prévoit que l'on puisse réserver une certaine somme sur nos tarifs.

Aujourd'hui, cette planification est en partie compromise. On est en fait pris par un effet ciseaux, entre des charges croissantes et des recettes insuffisantes, provoqué par le blocage des tarifs médicaux par les assureurs. Et dans cette situation le grand paradoxe, c'est que plus on a d'activités plus on perd d'argent.

Dans cette situation le grand paradoxe, c'est que plus on a d'activités plus on perd d'argent.

*Cette baisse de capacité d'investissement est-elle de nature à mettre en péril la fin de l'agrandissement des hôpitaux de Brigue et de Sion, alors que ces projets sont d'ores et déjà alourdis par un surcoût d'au moins 123 millions de francs?*

Non, clairement pas. On va simplement devoir amortir ces investissements sur du plus long terme.

En revanche, le renchérissement et la faillite de certaines entreprises qui devaient prendre part à ces deux projets nous inquiètent. Cela va engendrer un retard sur ces constructions et également freiner les autres projets à venir.

*Le renchérissement et la faillite de certaines entreprises qui devaient prendre part à ces deux projets nous inquiètent. Cela va engendrer un retard sur les agrandissements des hôpitaux de Brigue et Sion.*

*Vous parlez d'explosion des coûts et de blocage de tarifs hospitaliers et ambulatoires. C'est donc pour vous de la faute des assureurs maladie?*

Les assureurs ne sont pas vraiment transparents, mais plutôt que de chercher un coupable, chaque acteur doit faire son introspection.

A mon avis, il est crucial de revoir ensemble le système de marché de la santé mis en place, qui ne fonctionne pas. Il faut en fait changer de paradigme.

*C'est-à-dire?*

50 ans après le choix de ce système, il est clair que l'économie de marché ne permet pas de réguler l'offre et la demande en matière de santé. Le plus préoccupant là-dedans c'est que l'hôpital a même perdu sa finalité. Soigner est devenu secondaire par rapport à la problématique financière.

De plus, ce modèle n'est pas efficient, puisque les coûts de la santé ne cessent d'augmenter comme les primes maladies alors que la qualité et la sécurité des soins ne s'améliorent pas forcément. Il faut donc mener une réflexion globale sur le système de santé, mais ça ne peut pas se faire en un jour.

Le plus préoccupant là-dedans c'est que l'hôpital a même perdu sa finalité. Soigner est devenu secondaire par rapport à la problématique financière.

*D'accord, il y a un problème systémique, mais l'Hôpital du Valais tire quand même la langue. Quelle est la responsabilité de la direction de l'Hôpital dans cette situation, il semble que vous avez tardé à réagir?*

Non. On a déjà fait une conférence de presse en 2015 sur cet effet ciseaux que l'on voyait venir.

La direction de l'Hôpital est en réalité coincée. D'un côté, on se débat dans les négociations tarifaires avec les assureurs et au niveau politique à l'échelon fédéral et cantonal pour faire évoluer les choses. De l'autre, on sent bien que la situation sur le terrain se tend.

Pourtant, alors même qu'on fait face à une pénurie de personnel dans certains secteurs clé de l'hôpital, qu'on constate un nombre d'incivilités croissantes des patients envers les soignants, que les temps d'attente s'allongent et que les conditions de travail ne sont déjà pas faciles, on va devoir aller vers des restrictions qui s'imposent faute d'argent.

Vous allez devoir licencier?

Il n'y aura pas de licenciement, mais on va devoir freiner les engagements, les dépenses et les développements dans un contexte de soins déjà tendu.

Il n'y aura pas de licenciement, mais on va devoir freiner les engagements, les dépenses et les développements dans un contexte de soins déjà tendu.

*En 2023, vous avez quand même créé 170 emplois équivalents plein-temps (pour un total de 4419 postes EPT), dont une quarantaine de postes de médecins et une trentaine de postes administratifs. Ces charges supplémentaires correspondent aisément aux 11,3 millions de pertes. Non?*

Oui en effet, mais l'équation est un peu réductrice. Nous avons vu que nous devons d'abord répondre à des besoins sanitaires dont l'activité génère des pertes proportionnelles au manque de couverture par les tarifs. Cela étant, l'année 2023 a connu les effets rebond des 3 années de pandémies.

*Comment ça?*

2023 a été marquée par une augmentation de l'activité des médecins — et dans leur suite, des soignants, des administratifs et de la logistique —, par l'ajustement progressif de l'organisation médicale pour

répondre aux exigences internes et externes, par l'introduction des adaptations voulues par l'Initiative pour des soins infirmiers forts et enfin par le développement de la digitalisation. Nous avons déjà inscrit 120 postes au budget 2023 que le Canton avait validé.

Nous constatons cependant que le Centre Hospitalier du Valais Romand, dont la direction est en restructuration depuis 2022, a dépassé le budget prévu et nous procédons actuellement à ce sujet à une analyse approfondie avec le Département de la santé et la Commission des finances du Grand Conseil.

Nous avons déjà inscrit 120 postes au budget 2023 que le Canton avait validé. Nous constatons cependant que le Centre Hospitalier du Valais Romand a dépassé le budget prévu et nous procédons actuellement à ce sujet à une analyse approfondie.

*Si l'Hôpital du Valais perd de l'argent, dans le détail, le Centre Hospitalier du Haut-Valais affiche un bien meilleur résultat que l'Hôpital du Valais romand. Comment vous l'expliquez?*

Le Haut-Valais a la chance d'aller vers un site unique et il y travaille très bien, mais ça a été voulu politiquement.

Pour le Valais romand, il a été décidé de rester multisites. Des sites qui sont définis dans la loi. Pour rappel, l'Hôpital du Valais n'est qu'un exploitant. Il doit exploiter les infrastructures en fonction des décisions politiques. Bien sûr qu'un site unique serait plus efficient, mais le politique n'a pas fait ce choix.

Cela étant, il faut quand même relever que le Valais romand a fermé presque tous les cinq ans un établissement: Gravelone à Sion, Sainte-Claire à Sierre et le CVP de Crans-Montana. Et que ceux qui restent ne souffrent pas d'un manque d'activité et font le plein de patients.

Bien sûr que dans le Valais romand un site unique serait plus efficient, mais le politique n'a pas fait ce choix.

*Pour certains élus haut-valaisans au Grand Conseil, le Bas-Valais n'a pas fait le travail de concentration des activités hospitalières sur un seul site à Brigue et en renonçant à l'hôpital de Viège. Ils n'ont pas tort?*

Ils ont raison de poser la question et de mener la discussion au niveau parlementaire. Mais en se tournant vers l'Hôpital du Valais, les élus se trompent de cible, car ce n'est pas lui qui décide en la matière.

Mais l'Hôpital du Valais peut quand même donner une impulsion pour réduire le nombre de sites pour des raisons opérationnelles?

Nous avons vu avec le problème de la fermeture nocturne des urgences de Martigny à quel point les impulsions que peut donner l'Hôpital du Valais dans ce sens suscitent de vives réactions. Cela est bien compréhensible et nécessite de maintenir un dialogue partenarial entre les autorités locales et cantonales, les collaborateurs et les directions de l'Hôpital du Valais.

*Monthey, Sierre, Sion, Martigny et Saint-Amé à Saint-Maurice, Il y a clairement encore trop de sites hospitaliers dans le Valais romand?*

Ça dépend de ce qu'on en fait et des besoins futurs. D'un côté, le Canton est en train de mettre en place des équipes mobiles ou de développer l'hospitalisation à domicile pour réduire les temps de séjour à l'hôpital, donc avec le même nombre de lits on pourra probablement faire plus.

Mais d'un autre côté, il manque déjà de lits d'EMS pour les personnes âgées alors que les besoins vont rapidement augmenter sous l'effet du tsunami gris. Certains sites de l'Hôpital du Valais seront peut-être nécessaires à l'accomplissement de cette mission sanitaire, comme cela a été le cas pour Gravelone, Sainte-Claire ou le CVP.

Il manque déjà de lits d'EMS pour les personnes âgées alors que les besoins vont rapidement augmenter. Certains sites de l'Hôpital du Valais seront peut-être nécessaires à l'accomplissement de cette mission sanitaire.

*Entre nous, avec l'agrandissement de l'Hôpital de Sion le maintien de tous les autres sites ne peut plus se justifier?*

Ce qui a été voulu à Sion c'est la concentration du plateau technique hospitalier. C'est-à-dire que les salles d'opération hospitalières seront toutes concentrées sur le site de Sion. Ce ne sera peut-être pas le cas de

toutes les salles d'opération dédiée à l'activité ambulatoire.

A mon sens, les différents sites sont des outils pour le système sanitaire qu'il s'agit d'adapter à de nouvelles missions sans forcément vouloir les fermer.

*Quand le Grand Conseil demande au Conseil d'Etat de se mêler de la situation et d'aller plus vite avec des mesures d'économie alors que vous avez créé une cellule de crise à cet effet, c'est clairement un signe que les parlementaires n'ont pas confiance en l'Hôpital du Valais?*

Non je ne crois pas. On a un dialogue permanent avec le politique et je n'ai pas l'impression d'une défiance envers l'Hôpital. Ce qu'il faut comprendre – et c'est plutôt rassurant – c'est que le politique se préoccupe de la situation. L'Hôpital du Valais fait ce qu'il peut. Bien sûr, il y a des éléments à améliorer et on va le faire.

*Vous avez d'ailleurs créé une cellule de crise pour trouver des solutions d'économie. 66 pistes ont déjà été identifiées. Est-ce que cela peut vous ramener à l'équilibre financier?*

Elles sont importantes. Mais encore une fois, le résultat de toutes ces économies ne va pas nous ramener à l'équilibre financier, parce que les problèmes systémiques posés par le blocage des tarifs de l'hôpital pèsent bien plus lourd dans la balance.

*D'accord, mais on parle de quoi pour quel potentiel d'économies?*

Dans chaque domaine d'activité, on va analyser les processus pour les rendre plus efficaces. Peut-on réduire la charge administrative dans tel secteur? Peut-on réduire le temps de séjour des patients? Peut-on ajuster les tarifs de la cafétéria et dans quelles mesures?

On va analyser les processus pour les rendre plus efficaces. Peut-on réduire la charge administrative dans tel secteur? Peut-on réduire le temps de séjour des patients? Peut-on ajuster les tarifs de la cafétéria et dans quelles mesures?

*L'analyse va jusqu'aux tarifs de la cafétéria de l'hôpital?*

Oui parce qu'elle est déficitaire. Mais il faut faire attention avec ces tarifs, parce que la cafétéria est aussi là pour nos employés.

*On parle de quel potentiel d'économies avec ces 66 pistes?*

On est en train de l'estimer, mais on parle de quelques millions sans parler de centaines de millions. Ce travail est fait de manière très consciencieuse parce qu'on doit contribuer à cet effort global d'économie. Même si cela ne résout pas le problème de base.

*Ça va de toute façon peser sur la qualité de prise en charge des patients?*

C'est tout l'objet de cette analyse. On veut réduire les dépenses sans toucher à la qualité et à la sécurité des soins pour le patient, ni aux dotations en personnel. Tout cela doit donc être suivi très précisément.

*Est-ce que les cliniques privées peuvent aider l'hôpital à réduire ses coûts?*

Non je ne pense pas. On n'a pas de problème avec les cliniques privées, mais je ne pense pas qu'elles peuvent nous aider sur ce point.

*En 2018, lorsque les salaires des médecins ont beaucoup fait parler d'eux, l'Hôpital du Valais indiquait que les salaires étaient plafonnés à 300 000 francs pour les médecins. C'est toujours le cas?*

Oui. Et ceux qui y exercent une activité privée sont également soumis à un plafond. Non seulement les salaires sont plafonnés, mais ils ne sont pas indexés au coût de la vie. Ce qui a d'ailleurs suscité la réaction du corps médical.

Non seulement les salaires des médecins sont plafonnés à l'Hôpital du Valais, mais ils ne sont pas indexés au coût de la vie.

*Certaines voix critiques estiment qu'en tant que directeur général vous n'avez pas le bon profil pour mettre en œuvre des économies. Vous êtes trop attachés à la mission de l'hôpital public pas assez à la rentabilité de la santé? Pas assez entrepreneur et trop fonctionnaire?*

Le profil du directeur général ne change pas grand-chose. Mon rôle n'est ni de faire du profit ni de développer des activités hors du contrat de prestation que nous avons avec le Canton, mais il est de tenir l'Hôpital du Valais ensemble, malgré les différentes sensibilités et cultures dans le Haut et le Bas.

Mon rôle n'est ni de faire du profit ni de développer des activités hors du contrat de prestation que nous avons avec le Canton, mais il est de tenir l'Hôpital du Valais ensemble.

On ne règle pas cela à coups de théories financières et de management, mais en entretenant un climat de collaboration, de dialogue et de confiance avec et entre toutes les parties prenantes de l'Hôpital du Valais.

Les chiffres le montrent, même si notre établissement est dirigé par un médecin, il n'a de loin pas à rougir de son résultat en comparaison avec les autres établissements suisses qui, pour la plupart, sont dirigés



par des profils entrepreneuriaux et managériaux.

«Alors même qu'on fait face à une pénurie de personnel dans certains secteurs clé, que les temps d'attente s'allongent et que les conditions de travail ne sont déjà pas faciles, on va devoir aller vers des restrictions qui s'imposent faute d'argent», s'inquiète Eric Bonvin, directeur général de l'Hôpital du Valais.

---

## «La situation est inquiétante»

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Frein aux engagements, aux dépenses, au développement. Avec un déficit de 11,3 millions en 2023, l'Hôpital du Valais doit aller vers des restrictions, «malgré un contexte de soins déjà tendu», regrette son directeur, Eric Bonvin. Pour lui, une réflexion globale sur le système de santé s'impose et un changement de paradigme est nécessaire. Interview.

# Sie wollen die Bürokratie abbauen

 Tages-Anzeiger | 31.05.2024

Projekt von Brida von Castelberg - Medikamentenlisten abtippen, Behandlungen dokumentieren, Anträge für Kostengutsprachen schreiben: Spitalmitarbeitende verbringen viel Zeit am Computer. Zu viel, finden namhafte Fachleute des Schweizer Gesundheitswesens.

## Susanne Anderegg

Brida von Castelberg hat einen Nerv getroffen. Die frühere Chefärztin der Frauenklinik am Triemli ärgert sich schon lange über die zunehmende Bürokratie im Gesundheitswesen. Vergangenes Jahr hat sie in dieser Zeitung ihre Idee für ein Experiment lanciert. Sie suchte ein Spital, das bereit ist, seine Administration auf ein Minimum herunterzufahren.

Das eine Spital, das diesen radikalen Schritt wagt, gibt es zwar noch nicht. Doch haben sich zahlreiche Exponentinnen und Exponenten aus dem Schweizer Gesundheitswesen bei von Castelberg gemeldet, um sich für eine Entbürokratisierung einzusetzen. Darunter die Spitaldirektorinnen von Bülach und Glarus, eine Chefärztin aus Zürich, die Finanzchefin des Spitals Lachen, Kadermitarbeitende des Spitals Muri, Leitende Ärztinnen einer Berner Privatklinik und - aus der Politik - der neue Baselbieter Gesundheitsdirektor Thomi Jourdan.

«Das Feedback zeigt, dass das Thema brennt», sagt Brida von Castelberg. Sie hat in der Folge alle Interessierten eingeladen und mit ihnen zusammen das Projekt «Adminimierung» - eine Wortkombination von Administration und Minimierung - gestartet. Es läuft unter dem Dach des Vereins Akademie Menschenmedizin, in dessen Vorstand von Castelberg ist.

Der erste Schritt war eine Bestandesaufnahme. Die Teilnehmenden legten dar, wo sie in ihrem Alltag mit der Bürokratie kämpfen und wo sie Potenzial für eine Entschlackung sehen.

Wir haben bei zwei Teilnehmerinnen genauer hingeschaut.

## Stationsalltag im Stadtspital Zürich

Elisabeth Weber ist Chefärztin der Klinik für Innere Medizin im Waidspital und verantwortlich für die Weiterbildung von 28 Assistenzärztinnen und Assistenzärzten. Diese Berufsgruppe trägt im Spital die grösste administrative Last, denn sie koordiniert die Behandlung der Patientinnen und Patienten.

Zum Beispiel Assistenzärztin Stephanie Kirch. Sie tritt ihren Dienst morgens um halb acht an und setzt sich erst mal für eineinhalb Stunden vor den Computer. Sie schaut im Klinikinformationssystem (Kisim) nach, wen sie zu betreuen hat und wer an diesem Tag neu auf ihrer Bettenstation eintritt. Sie liest die Berichte über die Krankheitsverläufe und was die Pflegefachfrau der Nachtschicht notiert hat.

Jede Patientin, jeder Patient hat ein sogenanntes Dashboard, in dem alle Informationen drin sind: Zuständigkeiten, Verlaufseinträge, Anmeldungen für Physiotherapie oder Sozialdienst, eingesetzte Geräte wie etwa ein Dauerkatheter, Laborwerte, Medikamentenlisten.

Ein Teil dieser Informationen wird automatisch ins System gespeist, zum Beispiel die Laborwerte. Anderes muss Stephanie Kirch von Hand eintippen. Am schlimmsten seien die Medikamente, sagt sie. Tritt eine Patientin geplant ins Spital ein, schickt der Hausarzt per E-Mail eine Liste mit allen Diagnosen und den Medikamenten, die er der Frau verschrieben hat. Die Diagnosen kann die Assistenzärztin mit Copy-Paste ins Kisim übertragen. Bei den Medikamenten geht das nicht, weil die Arztpraxen andere Produkte verwenden als die Spitäler. Kirch muss jedes einzelne selber erfassen.

Kurz nach neun Uhr kommt Chefärztin Elisabeth Weber auf die Station zu Stephanie Kirch. Es ist Zeit für die Visite. Auf dem Flur steht schon die Pflegefachfrau der Morgenschicht mit dem portablen Computer bereit. Zu dritt besprechen sie kurz, was es bei der ersten Patientin besonders zu beachten gibt. Die Frau leidet an einer chronischen Lungenerkrankung und hat sich kürzlich mit Covid angesteckt. Sie möchte gern ein Sauerstoffgerät, das sie auch zu Hause anwenden kann. Doch da gibt es ein Problem: Die Frau raucht, es besteht Explosionsgefahr. Stephanie Kirch erhält von Weber den Auftrag, das Problem mit der Lungenliga zu besprechen, welche die Geräte vermietet.

Der nächste Patient ist ein alter Mann mit Lungenentzündung, der zuerst mehrere Tage auf der Intensivstation war. Da er auch Herzprobleme hat, erholt er sich nur langsam. Nach dem Spital wird er noch mehrere Wochen in die Reha gehen müssen. Dass der Mann nicht gleich nach Hause kann, ist eigentlich klar. Doch bevor das Spital ihn verlegen kann, benötigt es eine Kostengutsprache der Krankenkasse. Noch eine Aufgabe für Kirch: Sie wird den Antrag an die Kasse mit ausführlicher Begründung schreiben.

«Wir müssen alles belegen und dokumentieren, das kostet sehr viel Zeit», konstatiert Elisabeth Weber. Ein besonderer Ärger sind ihr die Kostengutsprachen in Fällen, die medizinisch klar sind. «Es fehlt das Vertrauen», sagt Weber. «Sonst würde die Krankenkasse uns Ärztinnen und Ärzten glauben, dass der Patient eine Reha braucht.»

## Keine Verlegung ohne Bericht

Nach der Visite geht Stephanie Kirch zurück ins Büro, ergänzt die Dashboards aller Patienten und schreibt einen Bericht über eine alte Frau, die intern auf die Akutgeriatrie verlegt wird. Die Kolleginnen dort sollen wissen, wie die Therapie auf der Inneren Medizin aussah und wie sie gewirkt hat.

Berichte zu schreiben, gehört zu den Hauptbeschäftigungen einer Assistenzärztin. An Kirchs Bürotür hängt ein Plakat, das Tipps dafür gibt. Ein Kernsatz: «Die Übergebende reduziert auf das Wesentliche.» Elisabeth Weber hat das Plakat entworfen. Sie führt regelmässig spezielle Themenmonate durch, um die Assistenzärztinnen und -ärzte für schlanke Abläufe zu sensibilisieren. «Ich fühle mich meinen Assis verpflichtet, das Augenmass bei der Administration zu wahren», sagt Weber. «Ich versuche, im Kleinen etwas zu tun.»

Eine Ebene höher läuft ebenfalls etwas: Die Leitung des Stadtspitals Zürich hat kürzlich ein Projekt für eine administrative Entlastung lanciert. Unter anderem hofft sie, durch Digitalisierung eine solche zu erreichen.

Andrea Heiermeier hat vor neun Jahren als Qualitätsmanagerin im Spital Muri angefangen. Ihre Vorgängerin erledigte diese Aufgabe noch mit einem 50-Prozent-Pensum. Heute braucht es dafür 250 Stellenprozent, also fünfmal mehr. Für das Projekt «Adminimierung» hat Heiermeier aufgelistet, was ihr Team im Alltag messen und erfassen muss und wer diese Messungen und Dokumentationen in Auftrag gibt. Die Liste ist neun Seiten lang.

Da sind einmal verschiedene interne Vorschriften, zum Beispiel zum Verlauf der Ausbildungen oder wie man persönliche Sachen der Patienten wie Kleider oder künstliche Zähne lagern muss. Dann die Anforderungen der Krankenkassen, speziell der Zusatzversicherungen, für die das Spital die Mehrleistungen dokumentieren muss, welche die Halbprivat- und Privatversicherten bekommen - etwa die Visiten durch den Chefarzt.

Viel Aufwand verursachen die Zertifizierungen. Eine Intensivstation zum Beispiel braucht eine gewisse Anzahl an Beatmungsstunden, damit sie von der Fachgesellschaft anerkannt wird; dahinter steht die Überlegung, dass Teams besser arbeiten, je mehr Erfahrung sie im Beatmen haben. Ein Brustzentrum muss die Behandlung seiner Patientinnen minutiös dokumentieren, wenn es das Gütesiegel der

Zertifizierung erhalten will. Dafür gibt es sogar einen neuen Beruf, die Tumordokumentarin. Es sind Pflegefachfrauen mit Weiterbildung, die durch den Berufswechsel am Bett fehlen.

Umfangreich sind zudem die Vorgaben des Heilmittelgesetzes, deren Einhaltung durch Swissmedic überprüft werden mit dem Ziel, dass Medikamente korrekt eingesetzt werden. Der Bund schreibt auch verschiedene Massnahmen vor, um Infektionen zu verhindern. So muss das Spital zum Beispiel notieren, wie viel Händedesinfektionsmittel es pro Jahr im Vergleich zu den Patiententagen verbraucht. «All diese Dokumentationen machen schon in unserem kleinen Spital sehr viel Arbeit», sagt Heiermeier. «Ich mag gar nicht daran denken, wie viel das in einem Kantons- oder Universitätsspital ist.»

## Hüft- und Kniepatienten werden dreimal befragt

Grosse Verursacher von Administration sind die Kantone. Sie stellen Bedingungen, damit ein Spital Leistungsaufträge erhält und auf die Spitalliste kommt. Und die Zahl der Anforderungen steigt stetig. Der Regierungsrat des Kantons Aargau, wo Muri liegt, verlangt für die Spitalliste 2025 bei Knie- und Hüftprothesen neu eine spezielle Qualitätskontrolle, genannt Proms (Patient reported outcome measures). Andrea Heiermeier erklärt, was das ist: «Wir fragen die Patientinnen und Patienten dreimal, wie es ihnen geht, einmal vor der Operation und zweimal in Abständen danach.» Die Resultate dieser Befragungen werden mit der Diagnose verglichen, welche der Arzt oder die Ärztin vor der Operation gestellt hatte. So kann beurteilt werden, ob die Person die richtige Behandlung erhalten hat. Das Ziel der Proms liegt darin, die sogenannte Indikationsqualität zu verbessern.

«Solche Befragungen finden wir sinnvoll, sie dienen der Patientensicherheit», sagt Heiermeier. Doch der Aufwand sei riesig. Schon heute würden die Patienten vor und nach der OP gefragt, wie die Schmerzen sich entwickelt oder die Bewegung sich verbessert hat. «Jetzt aber muss das nachweisbar sein», so Heiermeier. Die Ärztinnen und Ärzte müssten die Befragung nach wissenschaftlich evaluierten Standards durchführen und die Resultate ebenso elektronisch dokumentieren. «Entsprechend haben sie weniger Zeit für die effektive Behandlung.»

Verkompliziert wird die Sache noch dadurch, dass von jeder Patientin und jedem Patienten das Einverständnis eingeholt werden muss, dass ihre Daten erfasst und weiterverwendet werden. Und dies notabene nicht nur bei den Proms, sondern auch für Einträge in diversen Datenbanken wie zum Beispiel dem Krebsregister, wobei jedes Mal ein anderes Formular nötig ist.

Die Register selber verursachen ebenfalls viel Aufwand. «Dafür sitzen Mitarbeitende des Spitals im Büro, nehmen das Telefon in die Hand und tragen die Antworten ein», sagt Heiermeier. «Ich könnte sofort mehr als 50 Stellenprozent abbauen, wenn alle Patienten nur einmal eine Erklärung zur Nutzung ihrer Daten unterschrieben und die Register automatisch befüllt würden.» Heiermeier rechnet allerdings nicht so rasch mit einer solchen einfachen Lösung. «Es wäre schön, wenn ich das vor meiner Pensionierung noch erleben würde», sagt die 55-Jährige. Im Projekt Adminimierung will sie ihren Teil zur Entbürokratisierung beitragen.

## Auch Krankenkassen wollen mitmachen

In einem nächsten Schritt sollen nun, wie es Heiermeier bereits gemacht hat, auch die anderen Projektteilnehmenden analysieren, durch wen der administrative Aufwand in ihrem Arbeitsbereich verursacht wird und wo sie allenfalls selber etwas abbauen könnten. «Im eigenen Einflussbereich lassen sich schnelle Erfolge erzielen, und diese können dann als Vorbild für andere dienen», sagt Projektleiterin Brida von Castelberg. Sie ist zuversichtlich, dass dies gelingt. Positive Signale hat sie bereits von den Krankenkassen erhalten. «Bei einem Treffen mit Direktionsmitgliedern zweier grosser Kassen zeigten sich diese sehr interessiert, die Administration zurückzufahren.»

Das Schlüsselwort dabei heisst Vertrauen. Es wurde in den Treffen der Projektgruppe wiederholt genannt. Brida von Castelberg: «Der Mangel an Vertrauen in die Arbeit der Gesundheitsfachleute hat zu einem riesigen Kontrollsystem geführt.» Dessen Dimensionen habe sie jetzt erst richtig erfasst: «Die Bürokratie ist noch viel grösser, als ich befürchtet hatte.»



# «Die Motivation der Pflegenden würde steigen»

Seitenzahl  
21

Seitenzahl  
Interview

Baselbiet - Der Gesundheitsdirektor Thomi Jourdan will die Administration in den Spitälern reduzieren.

## Susanne Anderegg

Kaum als Regierungsrat im Amt, hat sich Thomi Jourdan dem Projekt der Zürcher Ärztin Brida von Castelberg angeschlossen. Er will mit dem Bürokratieabbau vorwärtsmachen und nicht auf andere Kantone warten.

*Herr Jourdan, Sie riefen Frau von Castelberg an, nachdem Sie von deren Initiative gelesen hatten. Weshalb interessiert Sie das Thema?*

Es beschäftigt mich seit langem. Ich war früher mal Personalleiter in einem Spital und beim Stadtzürcher Gesundheitsdepartement. Da habe ich mitbekommen, welche oft unnötigen Erschwernisse und Leiden die Bürokratie im Gesundheitswesen verursacht. Als Regierungsrat habe ich die Möglichkeit, das System zumindest zu hinterfragen und bestenfalls etwas besser zu gestalten.

*Wie gehen Sie dabei vor?*

Als neuer Gesundheitsdirektor habe ich im vergangenen Jahr viele Beteiligte im Gesundheitswesen zu Antrittsbesuchen empfangen und hörte immer wieder, dass das Problem brennt. Meine erste Frage war dann: Wer ist eigentlich für welchen Teil der Administration zuständig? Wer ist der Treiber? Niemand konnte das abschliessend sagen. Die Liste wurde nur immer länger: Von den Krankenkassen über den Bund und die Kantone bis zu den Betrieben - alle wollen Daten. Die Idee von Frau von Castelberg kam gerade richtig. Ich fand es super, dass jemand aus der Branche so ein Projekt plant, und ich sagte meinem Amtsleiter Gesundheit: Da machen wir mit!

*Haben Sie schon konkret etwas unternommen?*

Wir analysieren derzeit, welche administrativen Arbeiten wir als Kanton auslösen. Wir sind aber auch Eigner eines Spitals. Daher hat auch der Pflegedirektor des Kantonsspitals Baselland den Auftrag, eine Bestandesaufnahme zu machen. Vermutlich sind mittlerweile 50 Prozent der Pflege administrative Arbeiten. Wenn es uns gelingen würde, diesen Anteil auf 25 Prozent zu senken, hätte ich von 100 Leuten 25 freigespielt für die Arbeit an den Patienten. Die Motivation der Pflegenden würde steigen, und wir hätten weniger Abgänge, davon bin ich überzeugt. Die Berufszufriedenheit ist der grösste Hebel gegen den Fachkräftemangel, das gilt auch für die Ärztinnen und Ärzte.

*Was versprechen Sie sich vom Projekt von Frau von Castelberg?*

Es ist wie ein Thinktank. Und es zwingt uns, etwas zu machen. Am Schluss muss es in Pilot-versuchen münden. Wir wollen direkt vom und im Alltag der Betroffenen lernen.

*Das klingt nach einem langen Weg.*

Gesundheitspolitik heisst beharrlich dranbleiben, vieles muss im Kleinen passieren. Vielleicht ist es bei diesem Projekt zuerst nur eine Abteilung, die in Absprache mit der Spitalleitung und den Krankenkassen einen Versuch macht. Das bedingt auch ein anderes Grundverständnis: Es braucht mehr Vertrauen in die Kompetenz und Erfahrung der Mitarbeitenden statt primär Zahlengläubigkeit und Kontrolle.

*Im Kleinen ist das möglich, aber wie wollen Sie das ganze System zum Umdenken bringen?*

Wir müssen aufzeigen, dass es sich finanziell und bezüglich Qualität lohnt, auf gewisse administrative Arbeiten zu verzichten - weil wir kompetente Fachleute haben, die sich tagtäglich engagieren. Den Beweis können wir mit Feldversuchen erbringen.

*Und Sie gehen mit gutem Beispiel voran?*

Ich strebe Versuche in verschiedenen Bereichen an, also bestenfalls im Spital, in der Langzeitpflege und in der Psychiatrie. Das Vorgehen entwickeln wir zusammen mit den Betrieben und den Verbänden, und es wird wissenschaftlich begleitet. Ich wünsche mir Erkenntnisse darüber, wo wir als Kanton etwas ändern müssen, wo die Betriebe selbst zur Entadministrierung beitragen können und wo die Kantone das Gespräch mit anderen Beteiligten suchen müssen.

*Was machen andere Kantone? Haben Sie das Thema schon mit Ihren Kolleginnen und Kollegen Gesundheitsdirektoren besprochen?*

Ich habe das Thema schon an verschiedenen Orten eingebracht, und ich freue mich, dass auch seitens Bund die Herausforderung erkannt wird. Nun braucht es konkrete Schritte. Und da ist es für mich wichtig, dass wir in unserem Kanton vorwärtsgehen.

---

## Weniger Bürokratie

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Das Spitalpersonal sitzt zu häufig vor dem Computer. Das soll sich ändern.

### Gleichentags erschienen in

- Der Landbote
- Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Gesundheitsökonom Tilman Slembeck: «Unser Spitalwesen scheint immer noch im Geld zu schwimmen» - Interview

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 31.05.2024

Der Gesundheitsökonom Tilman Slembeck von der ZHAW Winterthur sieht die Lösung für das Schweizer Gesundheitswesen in Versorgungsnetzen. Ihr einziges Interesse wäre, möglichst gesunde Patienten zu haben, sagt er im Gespräch mit Erich Aschwanden

*Herr Slembeck, Sie wohnen in Abtwil im Kanton St. Gallen. Wie viele Spitäler gibt es im Umkreis von fünfzig Kilometern?*

Es gibt zehn Spitäler. Davon sind vier Kantonsspitäler. Hinzu kommen sechs Kliniken, die teilweise von privaten Unternehmen betrieben werden.

*Was sagt uns das über das Schweizer Gesundheitswesen?*

Die Schweiz legt seit langem grossen Wert auf eine gute Gesundheitsversorgung. Als Faustregel galt früher einmal, dass man mit dem Ross spätestens nach zwei Stunden in der nächsten medizinischen Versorgungsstation war.

*Inzwischen leben wir in Zeiten des Krankenwagens und des Helikopters.*

Die Erkenntnis, dass man die Notfallversorgung von den sogenannten planbaren Eingriffen trennen muss, hat sich tatsächlich immer noch nicht durchgesetzt. Ich verstehe nicht, warum die Patienten nicht bereit sind, eine Stunde Fahrzeit zu jener Klinik in Kauf zu nehmen, wo sie beispielsweise die beste Hüftoperation bekommen.

*Die Kantone fördern mit ihrer Spitalplanung diese Anspruchshaltung noch.*

In der ganzen Schweiz wird traditionell Kirchturmpolitik betrieben. Wer als Regionalpolitiker nur für das Spital in seinem Wahlkreis schaut, verwechselt die Krampfadern mit Notfällen. Was die Bevölkerung nahe vom Wohnort braucht, ist eine gute Rettung und Notfallversorgung.

*Was müsste die Politik stattdessen machen?*

Die Kantone und Gemeinden sollten in gut ausgebaute Permanenzen und Notfallstationen investieren. Es ist Aufgabe der Politik und der Ärzteschaft, der Bevölkerung zu erklären, dass den Bürgern eine exzellente Notfallversorgung mehr nützt als ein wohnortnahes Spital, das vieles kann, wo aber die Qualität aufgrund tiefer Fallzahlen geringer ist.

*Aber viele Gemeinden wollen ihr Spital trotz allem behalten.*

Das können sie gerne machen, doch dann sollen sie auch die Verantwortung und die Finanzierung übernehmen. Die Gemeinden oder die Regionen, die davon profitieren, sollen festlegen, wie das Leistungsangebot des regionalen Spitals aussehen soll, und dafür aufkommen. Im Gegensatz zu heute wäre damit das Äquivalenzprinzip gewährleistet. Die Versorgung ist nämlich nur dann optimal, wenn Nutzer, Entscheider und Zahler einer Einrichtung dieselben sind. Die organisatorische und finanzielle

Verselbständigung von Regionalspitälern würde also helfen, deren Angebot zu optimieren und Redundanzen zu vermeiden, ohne dass der ganze Kanton wie heute für die Defizite aus dem Überangebot geradestehen muss.

*Führt das nicht zu Steuererhöhungen?*

Das kann Steuererhöhungen bedeuten, muss es aber nicht, wenn aus Neuorganisation, Zusammenlegung oder allenfalls auch Schliessungen Effizienzgewinne resultieren.

*Dann ist also noch zu viel Geld im System.*

Unser Spitalwesen scheint immer noch im Geld zu schwimmen, wenn man auf die Politik schaut. Zwar haben immer mehr Spitäler finanzielle Probleme im operativen Geschäft und können die Reinvestitionen nicht aus eigener Kraft stemmen. Gleichzeitig wollen Universitätsspitäler wie etwa Zürich und Basel aber Milliarden für Neubauten ausgeben oder tun dies bereits.

*Warum ist das so?*

Man hat den Eindruck, dass es dabei oft mehr um kantonales Prestige als um Notwendigkeiten der Gesundheitsversorgung geht. Doch Investitionen in Beton lassen sich für die Politik besser verkaufen als die Förderung von integrierten Versorgungsnetzen, Digitalisierung oder dem Einsatz von künstlicher Intelligenz. Aber das ist nicht das Schlimmste.

*Was denn?*

Der Bau ist schon teuer genug, aber das wirklich Teure ist der Betrieb. All die topmodernen Einrichtungen, die man jetzt hochzieht, werden oft nur bis an die Kantonsgrenze geplant und müssen dann über Jahrzehnte ausgelastet werden.

*Was ist die Lösung?*

Ich plädiere für eine liberale Lösung, welche auf mehr Wettbewerb setzt und die Rolle der Kantone, gerade in der Spitalplanung, reduziert. Die Kantone haben heute als Spitaleigner, Finanzierer, Aufsicht, Schiedsstelle und eben auch Planer zu viele widersprüchliche Rollen.

*Wie soll das konkret aussehen?*

Mein Vorschlag umfasst drei wesentliche Elemente. Die in staatlichem Besitz befindlichen Spitäler, Kliniken und so weiter sind weitgehend zu verselbständigen, um ihnen mehr Autonomie zu geben. Sodann sind grosse Versorgungsregionen zu definieren, innerhalb deren verschiedene integrierte Versorgungsnetze zueinander im Wettbewerb stehen und jeweils alle Leistungen der Grundversicherung aus einer Hand anbieten. Die Leistungen der Spitäler und Kliniken werden über Verträge in die Versorgungsnetze integriert. Spitäler können auch selbst ein Versorgungsnetz aufbauen.

*Wie viele Spitalregionen wären sinnvoll?*

In der ganzen Schweiz sollen etwa fünf bis sechs vollständig integrierte Versorgungsregionen mit jeweils mindestens einer Million Einwohner gebildet werden. Das Tessin würde aufgrund der Sprache eine eigene Region bilden.

*Was heisst das?*

Vollständig integrierte Versorgungsnetze bieten ihren Mitgliedern alle Leistungen der Grundversicherung an, indem sie diese entweder selbst erbringen oder über Verträge mit allen nötigen Leistungserbringern zukaufen, zum Beispiel mit Unispitälern. Die heutigen Versicherten werden also zu Mitgliedern und bezahlen dafür eine Kopfprämie, mit der das Netzwerk auskommen muss. Damit trägt dieses auch Kostenverantwortung, was bis anhin nicht der Fall ist.

*Das klingt sehr abstrakt. Welche Vorteile hat der einzelne Patient konkret davon?*

Das Netzwerk kennt seine Mitglieder und weiss, woher sie ihre Leistungen beziehen. Hier können Doppelspurigkeiten vermieden werden.

*Senken solche Netzwerke die Kosten?*

Ja, wenn sie mit einer Kostenobergrenze pro Mitglied auskommen müssen. Das verhindert, dass sie mehr verdienen, wenn sie mehr Leistungen erbringen. Die Anreize werden umgekehrt. Je gesünder die Mitglieder sind, umso mehr verdient das Netzwerk. Ausserdem müssen die Netzwerke untereinander im Wettbewerb stehen.

*Kann es nicht sein, dass ein Netzwerk teure Patienten gezielt loswerden will?*

Grundsätzlich ja, aber jedes Netzwerk wird sich das gut überlegen müssen. Es bekommt schnell einen schlechten Ruf und verliert auch gesunde Mitglieder, sobald bekannt wird, dass es Mitglieder loswerden will, wenn sie höhere Kosten verursachen.

*Wie sieht es mit der Prävention aus?*

Heute ist der Anreiz zur Prävention seitens der Krankenversicherer praktisch bei null. Vielleicht redet einem der Hausarzt ins Gewissen, dass man so gesund wie möglich leben soll. Aber eigentlich verdient der Mediziner daran, wenn ich erneut zu ihm in die Praxis komme. Im Netzwerkmodell ist der Anreiz umgekehrt. Dieses hat alles Interesse daran, dass ich Prävention betreibe und mit meinen Erkrankungen das begrenzte Budget nicht durch unnötige Untersuchungen und Eingriffe belaste.

*Wie entstehen Versorgungsnetze?*

Dieser Prozess ist bereits im Gange. Die Initiative kann beispielsweise von Hausärzten ausgehen, die sich zunehmend mit Spezialisten, Therapeuten und Kliniken zusammenschliessen. Oder von Spitälern und Spitalgruppen. Im Ausland werden grosse Netzwerke auch von den Versicherern betrieben. Der Kostenträger ist dann auch der Leistungserbringer, da das Netzwerk auch der Versicherer ist. Das ist bei uns aufgrund der Rechtslage leider noch nicht möglich.

*Verdienen Spital- und Spezialärzte zu viel? Der Mitte-Präsident Gerhard Pfister hat den Ärzten einen Imageverlust wie jenen der Banker vorausgesagt.*

Ob Ärzte wirklich zu viel kassieren, ist von aussen nur schwer zu beurteilen. Diese Ärzte haben häufig auch Managementaufgaben und müssen neben ihrer hohen Fachkompetenz auch viel von Ökonomie verstehen. Es ist klar, dass man diese Leute gut bezahlen muss. Stossender ist etwas anderes.

*Und zwar?*

Der Ärztetarif hat seit seiner Einführung 1996 einen massiven Konstruktionsfehler. Die Maschinenmedizin wird viel besser bezahlt als die sogenannte sprechende Medizin. Die Hausärzte, Kinderärzte und Psychiater stehen in der Nahrungskette weiter unten. Nun ja, mit einem Einkommen von gut 200 000 Franken sind Hausärzte ja auch nicht gerade am Verhungern. Sie wissen ja, wie dieser Name entstanden ist.

*Nein.*

Ein Hausarzt hiess früher Hausarzt, weil er sich ein Haus leisten konnte. Heute kann sich nicht mehr jeder Hausarzt ein Haus leisten. Chirurgen und Apparatediziner wie Radiologen verdienen dagegen überdurchschnittlich viel. Das ist mit ein Grund, warum wir zu wenige Hausärzte haben und zu wenig für die psychische Gesundheit tun.

*Wieso sind die Bemühungen gescheitert, hier einen Ausgleich zu schaffen?*

Zum einen, weil sich die Ärzteschaft unter sich nicht einig ist, und zum anderen, weil Änderungen nur kostenneutral eingeführt werden können.

*Mit dem von der Ärztesgesellschaft FMH und den Krankenversicherern des Verbandes Curafutura ausgehandelten Tarif Tardoc liegt seit längerem eine Lösung auf dem Tisch.*

Das würde kaum etwas ändern, sondern nur zu einem Hin- und Herschieben der Kosten führen. Letztlich helfen nur mehr Pauschalen im ambulanten Bereich, wie sie von Santésuisse, dem anderen Verband der Krankenversicherer, propagiert werden. Doch auch hier wären die von mir vorgeschlagenen unternehmerischen Netzwerke eine gute Lösung. In diesen Netzwerken müssten sich die Ärzte untereinander über die Verteilung der eingenommenen Überschüsse einigen.

*Was halten Sie von der Kostenbremseinitiative der Mitte-Partei, die am 9. Juni zur Abstimmung kommt?*

Die Annahme dieser Initiative hätte Auswirkungen, die nicht absehbar sind. Der vom Parlament ausgearbeitete Gegenvorschlag mit der Festlegung von Kostenwachstumszielen ist aber ein Schritt in Richtung Transparenz, auch wenn hier keine zwingenden Massnahmen bei übermässigem Kostenwachstum vorgesehen sind.

*Welche Wirkung hätte die Einführung von solchen Kostenwachstumszielen?*

Im Moment ist es im Schweizer Gesundheitswesen wie auf den deutschen Autobahnen. Jeder kann einfach Vollgas geben. Bildlich gesprochen würden wir damit Smiley-Geschwindigkeitsanzeigen aufstellen. Sie zeigen den Autofahrern an, ob sie sich an ein vorgegebenes Tempolimit halten. Und es wird transparent, wer zu schnell fährt im Quartier.

# SG – Steigender Druck auf die Pflegenden: «Was aktuell passiert, macht mir Angst»

 St. Galler Tagblatt | 30.05.2024

Zahlreiche Abgänge, zunehmende Belastung, steigende Fehleranfälligkeit – zwei St.Galler Pflegefachfrauen schildern ihren Arbeitsalltag.

## Regula Weik

«Ich liebe den Pflegeberuf.» Es klingt glaubhaft. Und verzweifelt zugleich. Sie wirkt bedrückt. Und gleichzeitig äusserst engagiert. Ihr Gesichtsausdruck ist ernst. Traumberuf? Tatsächlich? Lea Meier nickt: «Es gibt für mich keinen schöneren Beruf.» Menschen in verschiedenen Lebensphasen zu begleiten, sich auf schnell wechselnde Situationen einzulassen, immer wieder Neues zu lernen – «all das und vieles mehr macht den Pflegeberuf spannend, interessant und wunderschön – aber nicht unter den aktuellen Bedingungen».

Lea Meier arbeitet seit zwölf Jahren in der Pflege. Nun hat sie gekündigt. «Meiner Gesundheit zuliebe.» Sie sei ausgebrannt. Ihren letzten Arbeitstag hatte sie vergangene Woche. Mit ihr am Tisch sitzt Claudia Müller, die eigentlich anders heisst, sich aber anonym äussern möchte. Auch sie ist Pflegefachfrau. Auch sie sagt: «Ich mag nicht mehr.» Auch sie hat gekündigt. Und auch ihr letzter Arbeitstag war vergangene Woche. Beide Pflegefachfrauen waren am Kantonsspital St. Gallen tätig.

Trotz der zahlreichen Entlassungen, trotz der vielen freiwilligen Abgänge und trotz der harschen Kritik der Mitarbeitenden an den Arbeitsbedingungen, sagen die beiden Pflegefachfrauen: «Das Kantonsspital ist kein Einzelfall.» In vielen Spitälern und Heimen sei die Situation ähnlich. «Das Gesundheitswesen ist ein krankes System», sagt Müller. «Das Kantonsspital allein kann die Situation nicht wenden und nicht retten.» Es brauche ein Umdenken aller – der Krankenkassen, der Politik und von jedem Einzelnen. Das ist ihr Anliegen, deshalb haben sie sich zu diesem Gespräch bereit erklärt.

## «Das führt zu Überforderung»

«Was aktuell passiert, macht mir Angst», sagt Meier. Die Arbeitsbelastung spitze sich zu. Die Krankheitsausfälle beim Personal nähmen zu. Auch die Langzeitabsenzen. Es fehle die notwendige Zeit für die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten. Die Fehleranfälligkeit steige. Und: Den «einfachen Patienten» gebe es am Kantonsspital kaum mehr. Die einfachen, unkomplizierten Fälle würden in die Peripheriespitäler verlegt oder ambulant behandelt. «Es sind mehrheitlich komplexe oder gar hochkomplexe Fälle, die wir im Zentrumsspital behandeln.»

All dies habe zur Folge: Auch neue Mitarbeitende und frisch Diplomierte seien bei hochkomplexen Patienten eingeteilt – «das führt zu Überforderung und dazu, dass eine adäquate Einschätzung der Patientensituation oft nicht mehr möglich ist». Es komme vermehrt zu Fehleinschätzungen.

Nicht jede Fehleinschätzung ist gravierend, manche würden die Patientinnen und Patienten nicht merken, sagt Meier. Die Mitarbeitenden realisierten ihre fehlerhafte Leistung aber sehr wohl. «Sie sind verunsichert, haben Angst, zur Arbeit zu gehen, da ihnen wieder ein Fehler passieren könnte.» Das Personal könne dem Druck, dem Umgang mit Fehlern nicht mehr standhalten – «und die Zeit für Psychohygiene fehlt».

Meier sagt: «Zeitdruck und Personalmangel auf der einen Seite, Ethik und Menschenwürde auf der andern – in diesem Spannungsfeld bewegen wir uns tagtäglich und es wird immer grösser.» Und das habe Auswirkungen auf die Qualität der Pflege.

## Wenig Zeit – mehr Beruhigungstabletten

Nicht immer ist die Folge der hohen Belastung eine Fehleinschätzung. Manchmal leidet schlicht die Qualität der Pflege darunter – mangels Zeit. Heute werde unruhigen, desorientierten Patienten vermehrt eine Beruhigungstablette gegeben, sagt Müller, «damit sich das Pflegepersonal um andere Patienten kümmern kann, und das, obwohl die Begleitung einer desorientierten Person meist effektiver wäre als die Unruhe zu unterdrücken».

Lea Meier sagt: «Wir werden damit den Patienten nicht gerecht.» Genauso wie heute schwer bettlägerige Patienten weniger Zuwendung erfahren würden. Oft werde nur «das Nötigste» gemacht. Wenn ein anderer Patient akut mehr Hilfe und Unterstützung braucht, werde die Priorität darauf gesetzt.

## Seit Jahren im Hamsterrad

Interdisziplinäre Besprechungen, Koordinieren von Terminen. Die beiden Pflegefachfrauen sind sich einig: Der administrative Aufwand hat zugenommen. Die Weitergabe von Wissen, Gespräche zu psychischem Befinden, Medikamentenschulungen, das Evaluieren von Massnahmen fänden oft nur noch zwischen Tür und Angel statt.

Wenn sie in den Patientinnen und Patienten nur die zu erledigenden Tätigkeiten sehe, die Diagnosen und Untersuchungen, dann sei sie im besten Fall pünktlich zum Dienstschluss fertig, sagt Lea Meier. Doch dabei bleibe der Patient als Mensch mit seinen Bedürfnissen auf der Strecke. Wenn sie sich die Zeit dafür nehmen wolle, falle Überzeit an – was wiederum zulasten der Kolleginnen und Kollegen gehe. «Pflegerinnen wollen Gutes tun. Die Patienten einfach liegen lassen zu müssen, bringt uns alle an die Belastungsgrenze.»

«Wir sind seit Jahren im Hamsterrad, nicht erst seit einigen wenigen Monaten», sagt Müller. Sie ist seit 18 Jahren in der Pflege tätig. Sie sagt auch: «Wenn sich am Morgen eine Mitarbeiterin krankmeldet, kann ich nicht einfach fünf Patienten nach Hause schicken.» Die Bereitschaft der Mitarbeitenden, einzuspringen, zusätzliche Schichten zu übernehmen und auf Freizeit zu verzichten, sei gross. «Doch irgendwann ist die Grenze erreicht – jene der Bereitschaft und jene der Belastung.»

Auf die immer wieder gehörte Forderung, die Wochenarbeitszeit für Pflegerinnen von heute 42 auf 38 Stunden bei vollem Lohn zu senken, reagiert sie zurückhaltend. «Wie soll das gehen in einem Drei-Schicht-Betrieb?» Es müsse vielmehr flexiblere Arbeitsmodelle geben. Beispielsweise eine Vier-Tage-Woche oder halbe Dienste.

«Aber auch jede und jeder muss sich fragen: Was kann ich tun, damit das Gesundheitssystem entlastet wird?» Der Appell der beiden: «Die Menschen müssen wieder lernen, Verantwortung für ihren Körper zu übernehmen, und nicht bei jeder kleinsten Verletzung auf den Notfall zu rennen.» Verantwortung beginne beim Patienten und höre bei der Politik auf, sagt Lea Meier. Doch die Politik neige dazu, diese abzuschieben. Müller ärgert noch etwas anderes: «Es ist ein Unding, dass Spitäler mit Krankenkassen um Tarife feilschen müssen.»

## Sich gleich anders orientieren

Die beiden sind nicht die einzigen auf dem Absprung. Zwei Drittel der Pflegemitarbeitenden auf ihrer Station überlegten sich, zu kündigen, manche gar den Beruf ganz zu verlassen, sagt Müller. Noch etwas treibt sie um: «Einige steigen nach Abschluss der Ausbildung gar nicht erst in den Pflegeberuf ein, sondern orientieren sich gleich anders.» Drei bis sechs Jahre investieren diplomierte Pflegefachpersonen in ihre Ausbildung. Drei Jahre dauert die Berufslehre zur Fachperson Gesundheit.

Bleiben die beiden ihrem Beruf treu? In ein anderes Akutspital zu wechseln, sei für sie kein Thema gewesen, sagt Lea Meier. Sie hat in den vergangenen Jahre parallel zum Pflegeberuf die Bäuerinnenschule absolviert. Nun habe sie etwas gefunden, wo sie beides kombinieren könne. «Ein Glücksfall.» Mehr mag sie nicht verraten. Müller hat ins Blaue gekündigt. Sucht sie wieder eine Anstellung in der Pflege? Sie zuckt mit den Schultern. Sie schlage die Tür nicht zu. «Ich muss erst den Kopf leeren. Und dann kommt eine gute Idee.»

### Der Druck auf die Pflege

Die Pflege am Kantonsspital St. Gallen kommt nicht zur Ruhe. «Was in den nächsten Monaten zu einer betriebswirtschaftlichen Ergebnisverbesserung führen soll, ist für Patienten und Personal eine massive Verschlechterung und wird langfristige Folgen haben», hielten die Stations- und Fachleitungen Pflege im Herbst in einem offenen Brief fest, nachdem die massiven Abbaupläne bekannt wurden. Seither hat sich die Situation weiter zugespitzt. Zahlreiche Mitarbeitende der Pflege haben gekündigt – freiwillig. Diese Woche nun die Mitteilung: Barbara Giger-Hauser tritt per sofort als Leiterin des Departements Pflege und therapeutische Dienste zurück und aus der Geschäftsleitung des Kantonsspitals aus. Das eine dürfte auch mit dem andern zusammenhängen. (rw)



Pflegefachfrau Lea Meier und ihre Kollegin, die anonym bleiben möchte, erzählen aus ihrem Arbeitsalltag am Kantonsspital St. Gallen. Bild: Arthur Gamsa

## Steigender Druck auf die Pflegenden

Seitenzahl  
1

Seitenzahl  
Titelseitenanriss

Gesundheit - Sie lieben ihren Beruf: Doch die aktuellen Bedingungen bringen selbst langjährige Pflegefachfrauen an ihre Grenzen. Zwei Mitarbeiterinnen des Kantonsspitals St. Gallen geben Einblick in ihren Arbeitsalltag. Die Arbeitsbelastung spitze sich zu. Die Krankheitsausfälle nähmen zu – und als Folge davon: Es fehle die notwendige Zeit für die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten. Die Fehleranfälligkeit steige. «Pflegende wollen Gutes tun. Die Patienten einfach liegen lassen zu müssen, bringt uns alle an die Belastungsgrenze», sagt Pflegefachfrau Lea Meier. Sie sei ausgebrannt. Nun hat sie gekündigt. «Meiner Gesundheit zuliebe.» Und dennoch sagt sie: «Ich liebe den Pflegeberuf.» (rw)

**Gleichen tags erschienen in**

- Werdenberger & Obertoggenburger

# BS – Teurer Strom, ungenügende Tarife: Das sind die Gründe für den 50-Millionen-Verlust Uni-Spitals Basel

 [bzbasel.ch](https://bzbasel.ch) | 29.05.2024

Trotz mehr Fällen und wachsenden Patientenzahlen muss das Universitätsspital Basel ein hohes Defizit vermelden. Vor allem die Teuerung machte dem Spital zu schaffen – unter anderem die Strompreise.

## Benjamin Wieland

Kurz vor Beginn der Medienkonferenz im Holsteinerhof fiel im altherwürdigen Gartensaal zumindest partiell der Strom aus. Ein Zufall zwar, aber es passte.

An der Jahres-Medienkonferenz des Universitätsspitals Basel (USB) am Mittwoch sollte Strom nochmals eine gewisse Rolle spielen. 16,9 Millionen Franken betrug die Mehrkosten, die das Spital wegen gestiegener Strompreise belasteten, 2022 hatte dieser Wert noch 2,2 Millionen Franken betragen – eine Steigerung um mehr als den Faktor acht in einem Jahr.

Die Energiekosten waren aber nur einer von mehreren Faktoren, die dem Unispital rote Zahlen bescherten. Auch an anderen Stellen wirkte sich die Teuerung aus, etwa beim medizinischen Bedarf. Zudem seien die Tarife weiterhin nicht kostendeckend, wie es gestern hiess.

## Gewünschte Marge ist in weiter Ferne

Die Jahresrechnung 2023 schliesst mit einem Verlust von 50,2 Millionen Franken ab (Vorjahr: + 6,1 Millionen). Die Ebitdar-Marge, also der Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen und Mieten, sank von 6,7 auf 2,2 Prozent. Die Zielvorgabe des Spitaleigners Basel-Stadt lautet, eine Gewinnmarge vor Steuern (Ebitda) von 10 Prozent zu erzielen. Dieser Wert liegt in weiter Ferne.

Es ist das erste Mal, dass das USB seit der Verselbstständigung im Jahr 2012 einen Verlust einfährt. «Das ist natürlich nicht lässig zu kommunizieren», sagte USB-Finanzchef Martin Gerber. Zwar habe es auch 2020, im ersten Coronajahr, einen Verlust gegeben, doch das sei keine ordentliche Situation gewesen. Den 50-Millionen-Fehlbetrag müsse man mit dem Eigenkapital ausgleichen. Über die Jahre habe man sich Reserven von 81 Millionen angespart. «So betrachtet trifft uns der Verlust schon hart», sagte Gerber.

USB-Verwaltungsratspräsident Robert-Jan Bumbacher sagte, man rechne auch für das laufende Jahr mit einem Defizit. Es solle jedoch geringer ausfallen. Mittelfristig sehe man das USB auf dem Weg, weiter ins Personal investieren und die Investitionen in die Campus-Ersatzbauten selber finanzieren zu können.

Im weltweiten Ranking einen Platz gut gemacht

Andere Zahlen, die gestern präsentiert wurden, waren für die Spitalleitung erbaulich. So konnte das USB mehr Patientinnen und Patienten begrüßen. Die Zahl der stationären Aufenthalte nahm um 1,3 Prozent zu, auf neu 42'244. Der Anteil der ausserkantonalen Fälle macht neu über 58 Prozent aus, im Vorjahr waren es 57 Prozent. Seit 2014 hat sich das Plus bei den Patientenzahlen auf rund 22 Prozent summiert.

Und beim viel beachteten Spital-Ranking «World's Best Hospitals» der Zeitschrift Newsweek machte man einen Platz gut: Das USB liegt neu auf Rang 14.

«Wir haben viel Erfreuliches zu berichten», sagte Spitalpräsident Bumbacher. So habe man mit Versicherern höhere Tarife verhandeln können, die nun einen geringen Teil der Teuerung kompensieren würden. Spitaldirektor Werner Kübler hob die Bedeutung der regionalen Kooperationen hervor.

Erst am Dienstag hatten das USB und das Kantonsspital Baselland (KSBL) vermeldet, [dass die Pathologie des KSBL in jene des USB integriert wird](#). Mitte Mai wurde bekannt, [dass das Bethesda-Spital die Hildegard-Klinik übernimmt](#). Bereits 2022 hatte das USB die Mehrheit der Aktien der Bethesda Spital AG erworben.

## Weiterhin keine Klarheit zu Klinikum 3

Kübler erwähnte weiter die Bauvorhaben, die das Spital stemmen will. Im Januar war Spatenstich für den Turm des Neubaus des Klinikums 2. In einer Phase 2 ist dann das Klinikum 3 an der Schanzenstrasse vorgesehen. Der Grosse Rat hat Mitte Mai zwei Darlehen von je 150 Millionen Franken für die zwei Projekte gesprochen.

Weiterhin ist dem USB aber noch gar nicht klar, ob es das Klinikum 3 tatsächlich in der geplanten Form realisieren will. «Wir sind jetzt in der Abstimmung», sagte Kübler. «Diese Arbeiten laufen bis Spätsommer. Erst dann können wir definitiv sagen, ob wir beim Bebauungsplan für das K3 bleiben oder eine andere Lösung favorisieren.»

In Sachen Strom kann das USB ebenfalls Besserung vermelden. 2024 sollte die Teuerung nur noch 2,4 Millionen Franken betragen. Laut USB konnte man mit den IWB einen günstigeren Tarif verhandeln.

Der Kurzschluss an der Medienkonferenz am Mittwoch hatte eine ganz andere Ursache: Offenbar flog wegen einer Kaffeemaschine eine Sicherung raus.

# ZH – Kooperation mit Klinik Hirslanden wird intensiviert

 Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster | 29.05.2024

Das Spital Uster und die Klinik Hirslanden erweitern ihre Zusammenarbeit auch im Bereich der Lungenkrankheiten.

Das Spital Uster und die Klinik Hirslanden erweitern ihre Kooperation nun auch im Bereich der Pneumologie. Schon im vergangenen Jahr hat das Spital Uster komplexere Operationen, insbesondere Krebsoperationen am Enddarm, in die Klinik Hirslanden ausgelagert. Nun wird die Zusammenarbeit auch auf Lungenkrankheiten ausgeweitet, wie aus einer Medienmitteilung des Spitals Uster hervorgeht.

Die Fälle von Patientinnen und Patienten im Spital Uster, bei denen komplexe medizinische Eingriffe anstünden, würden von einem spitalübergreifenden Ärzteteam besprochen, wobei das beste Vorgehen gemeinsam festgelegt werde. Daniel Franzen, Departementsvorsteher und Chefarzt der Inneren Medizin und Co-Chefarzt der Pneumologie am Spital Uster, sei als akkreditierter Belegarzt auch an der Klinik Hirslanden im Einsatz.

Die medizinische Zusammenarbeit zwischen dem Spital Uster und der Klinik Hirslanden entspreche dem Anliegen der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), Eingriffe in der hoch spezialisierten Medizin auf wenige Standorte zu konzentrieren, gibt das Spital Uster als Begründung an. Dies aus Kosten- und vor allem aus Qualitätsgründen.

Die Stärken beider Spitäler würden dahingehend genutzt, für das obere Glattal weiterhin eine gute medizinische Versorgung zu bieten «sowie die Expertise und die Ressourcen beider Institutionen für Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen optimal zu nutzen», heisst es in der Mitteilung. (eru)

KANTONAL / REGIONAL

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# TI – Immer weniger Patient:innen lassen sich ausserhalb des Kantons behandeln

 [srf.ch](https://www.srf.ch) | 31.05.2024

Immer weniger Patientinnen und Patienten lassen sich ausserhalb des Kantons behandeln. Das zeigt die Bilanz der kantonalen Spitalbehörde

 [Audio starten, Start: 21:10, Ende: 28:00](#)

KANTONAL / REGIONAL

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# TI – Cure a domicilio, una stretta per frenare l'esplosione dei costi

 Corriere del Ticino | 31.05.2024

Il Consiglio di Stato ha messo in consultazione l'adozione di una moratoria per sospendere il rilascio di nuove autorizzazioni a infermieri e organizzazioni di assistenza - De Rosa: «In Ticino la spesa è cresciuta del 153% nell'ultimo decennio, triplicati gli spitex privati»

## Martina Salvini

Serve una stretta nel settore delle cure a domicilio. Il Consiglio di Stato non ha dubbi: occorre intervenire, soprattutto per frenare l'esplosione dei costi, che in Ticino sono tra i più alti a livello federale. Nella seduta di mercoledì il Governo ha quindi deciso di mettere in consultazione l'adozione di una moratoria al rilascio di nuove autorizzazioni a esercitare a carico della LAMal per infermieri e organizzazioni di assistenza e cura a domicilio. L'Esecutivo, insomma, non intende restare con le mani in mano a osservare una spesa in continua ascesa. «Negli ultimi anni - spiega il direttore del Dipartimento sanità e socialità Raffaele De Rosa - abbiamo assistito a un'esplosione del numero di spitex privati, così come degli infermieri indipendenti ».

Un incremento marcato, evidenzia il consigliere di Stato, «che comporta una spesa sanitaria accresciuta a carico della LAMal, con un riverbero evidente sui premi di cassa malati». Per questo, dice De Rosa, «abbiamo deciso di sfruttare al massimo i pur limitati margini di manovra concessi dalla legislazione federale: vogliamo utilizzare l'articolo di legge che entrerà in vigore a luglio per cercare di limitare l'esplosione della spesa sanitaria, che come detto pesa sui premi, ma anche sulla spesa di Cantone e Comuni ».

## Strumento di controllo

Lattuazione dell'iniziativa popolare «Per cure infermieristiche forti» approvata nel 2021 prevede, tra le altre cose, di consentire agli infermieri - e alle organizzazioni che li impiegano - di prestare alcune tipologie di cure senza la necessità di una prescrizione medica. Ma per evitare che questa modifica legislativa porti a un aumento ingiustificato delle prestazioni, e di riflesso a un incremento dei costi della sanità, è stato inserito un doppio meccanismo di controllo. Da un lato, è previsto l'obbligo di stipulare delle convenzioni tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori malattia. Dall'altro, è data la possibilità ai Cantoni (attraverso un nuovo articolo della Legge sull'assicurazione malattie che entrerà in vigore a luglio) di limitare le nuove autorizzazioni concesse agli infermieri per poter operare a carico della LAMal. Questo a patto che i costi delle cure per ogni assicurato aumentino in misura maggiore rispetto alla media svizzera.

Ed è proprio qui che si inserisce la mossa del Ticino. Già, perché secondo i dati dell'Ufficio federale della sanità pubblica, negli ultimi dieci anni nel nostro cantone la spesa media per assicurato, nel settore delle cure a domicilio, è stata tra le più alte a livello nazionale, «fissandosi costantemente al di sopra del valore medio», evidenzia il Governo. Per esempio, nel 2022 la spesa ammontava a 224,80 franchi per assicurato, contro una media nazionale di 131,50. In dieci anni, invece, l'incremento è stato quasi del 153% e «rappresenta il tasso di crescita più elevato di tutta la Svizzera, a fronte di una media nazionale dell'85%».

Dati che - osserva l'Esecutivo - «sono evidentemente almeno in parte riconducibili alla particolare situazione demografica del nostro cantone, caratterizzata da una quota di popolazione anziana più alta rispetto al resto della Svizzera, e anche alla chiara strategia volta a mantenere il più a lungo possibile le persone anziane al proprio domicilio», ma che al contempo «confermano che i presupposti per attivare una moratoria delle nuove autorizzazioni sono adempiuti».

## Numeri triplicati

Anche perché, dal 2011 a oggi, sono anche triplicati i servizi di assistenza e cura a domicilio privati, passando da 21 a 64, e quasi triplicato è anche il numero di infermieri indipendenti attivi nel settore, cresciuti da 200 a 550. Il risultato? Sono cresciuti il volume delle prestazioni erogate, con un impatto sui premi di cassa malati, ma anche l'impegno finanziario richiesto a Cantone e Comuni, tenuti a versare il finanziamento residuo dei costi non coperti dai contributi dell'assicurazione malattia nella misura del 20% e dell'80%. Da qui la stretta decisa dal Governo, che «conferma la volontà di applicare con rigore gli strumenti concessi ai Cantoni per cercare di contenere la crescita dei costi sanitari e quindi dei premi dell'assicurazione malattia».

«Ma se la moratoria consentirà sì di bloccare il numero di spitex privati e degli infermieri indipendenti, non permetterà comunque di intervenire sul volume delle prestazioni erogate dai fornitori che hanno già ottenuto l'autorizzazione, né sull'assunzione di nuovi operatori da parte delle realtà già attive. Ciononostante, secondo il Governo il provvedimento «potrà comunque avere una certa efficacia, consentendo pure di frenare l'emorragia di personale infermieristico dalle strutture stazionarie verso il settore ambulatoriale, in un contesto di crescente difficoltà di reclutamento ». Infatti, osserva De Rosa, «sono sempre di più gli operatori sanitari che si mettono in proprio e riteniamo importante tenere monitorato questo fenomeno, in modo da garantire anche la continuità del servizio fornito negli ospedali, nelle case per anziani e anche nell'ambito dell'assistenza e cura a domicilio».

## Dal prossimo anno

La necessità di regolamentare meglio il settore era peraltro stata sollevata qualche mese fa anche dagli spitex che operano con mandato pubblico in Ticino ed è condivisa «in maniera trasversale dalle organizzazioni di categoria, in un contesto particolarmente teso e concorrenziale». La proposta rimarrà ora in consultazione fino al 21 giugno, dopodiché sarà licenziato il messaggio che passerà al vaglio del Parlamento. La moratoria dovrebbe quindi entrare in vigore a partire dal prossimo anno.

# GE – Antoine Flahault: «Le monde a tourné trop vite la page de la pandémie» - Interview

 24 heures | 29.05.2024

Les membres de l'OMS, réunis cette semaine à Genève, doivent décider de l'avenir des négociations sur un plan pandémie. L'épidémiologiste genevois Antoine Flahault fait le point.

## Aurélie Toninato

Quelles leçons tirer de la pandémie de Covid-19? Que mettre en place pour mieux coordonner la prévention et la lutte face à de futures pandémies? Jusqu'à samedi, les 194 membres de l'OMS sont réunis à Genève pour l'Assemblée mondiale de la santé (AMS). Ils doivent notamment décider de prolonger ou non les négociations visant à l'adoption d'un accord-cadre sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies.

Fin 2021, l'ASM avait donné deux ans à ses négociateurs pour élaborer ce plan international. Or, le délai a pris fin sans aboutir à un consensus. Antoine Flahault, épidémiologiste et directeur de l'Institut de santé globale de l'Université de Genève, revient sur les points d'achoppement et la nécessité d'un tel plan.

*Deux ans de négociations sans réussir à trouver un terrain d'entente. Est-ce un constat d'échec?*

Deux ans, ce n'est pas très long au regard d'autres conventions internationales en matière de santé, comme celle contre le tabagisme qui a pris plus de cinq ans avant sa signature. Mais le traité sur le risque nucléaire après Tchernobyl, lui, n'a pas pris plus de six mois avant d'être signé. Donc quand la communauté internationale le souhaite, elle y arrive avec succès. Le constat d'échec aujourd'hui est de voir que la communauté internationale n'a pas réussi à trouver un accord, car elle a tourné trop vite la page de la pandémie de Covid-19, malgré les plus de 7 millions de morts (30 millions selon certaines estimations) et des pertes économiques colossales.

*Quelles conséquences aurait un abandon des négociations?*

Cela signifierait le retour à la case départ en matière de préparation en cas de nouvelle pandémie. Or, tous les experts sont au moins d'accord sur un point, c'est qu'il y aura de nouvelles pandémies.

*Quels sont les principaux points d'achoppement des États membres?*

Les pays du Sud, qui comptent parmi les plus pauvres de la planète, sont souvent des lieux d'émergence épidémique, pour des raisons environnementales, climatiques et démographiques, mais aussi en raison de leur pauvreté. Ces pays exigent que le partage des séquences des souches émergentes d'agents pathogènes découverts sur leur territoire soit assorti de clauses pour bénéficier en retour d'un accès aux produits que l'industrie pharmaceutique pourrait tirer de ces informations. On parle ici de tests, de vaccins et de médicaments. Cette demande est légitime mais se heurte aux règles de propriété intellectuelle protégeant les brevets sur les produits de santé.

*La levée des brevets durant la phase d'urgence de santé publique est demandée par certains. Utopique?*

Tous les États, dont la Suisse, plaident pour un partage large des informations épidémiologiques portant sur les agents pathogènes émergents. Mais les États qui abritent les grands producteurs mondiaux de tests, vaccins et médicaments, dont la Suisse, sont aussi ceux qui se montrent les plus protecteurs vis-à-vis

des brevets des produits de santé fabriqués à partir de ces mêmes séquences, y compris durant les phases d'urgence épidémique.

*Les dissensions concernent aussi le rôle même de l'OMS..*

Certains veulent voir l'OMS comme un chef d'orchestre en cas de crise sanitaire, sans lui en donner les moyens par ailleurs, et d'autres voudraient la cantonner à un rôle seulement normatif sans pouvoir de décision. Il y a cependant certains points sur lesquels plusieurs États et des experts ont exprimé le besoin d'une plus grande coordination multilatérale au niveau de l'OMS, que ce soit un renforcement de son pouvoir d'inspection en matière de préparation des États à une riposte épidémique ou le partage d'information et de matériel biologique avec les chercheurs et les fabricants de tests ou vaccins.

*Quels éléments fondamentaux devraient figurer dans l'accord-cadre?*

L'OMS a mis plus de trois semaines à reconnaître la transmission interhumaine du SARS-CoV-2. Durant ce délai, les avions ont continué d'affluer vers Wuhan et d'en repartir, disséminant dans le monde entier le coronavirus à un stade où l'on aurait pu encore espérer l'endiguer. On a reproché par la suite à l'OMS ses tergiversations tout en ne lui octroyant pas la possibilité d'envoyer de missions indépendantes d'experts qui auraient probablement pu sonner l'alarme et demander la suspension temporaire des échanges avec la métropole chinoise. Il faudrait donc que l'OMS puisse envoyer en tout temps des équipes d'inspection indépendantes sur le territoire de ses États membres en cas de notification de phénomène épidémiologique suspect, comme c'est le cas avec d'autres traités internationaux – sur la non-prolifération des armes chimiques par exemple.

**«Tous les experts sont au moins d'accord sur un point, c'est qu'il y aura de nouvelles pandémies.» - Antoine Flahault, épidémiologiste**

*Autre élément nécessaire: l'assurance d'une meilleure répartition des tests, vaccins et traitements*

En effet. En moins d'un an, des vaccins ont pu être développés mais seuls les pays les plus riches ont pu en bénéficier largement et rapidement. COVAX, une coalition internationale conduite avec l'OMS (mais pas par l'OMS) a permis d'envoyer au Sud les miettes qui restaient du Nord. La faible couverture vaccinale des pays du Sud a ensuite été très préjudiciable. Des estimations récentes publiées dans «The Lancet» indiquent une surmortalité durant les premières années de la pandémie plus importante en Afrique subsaharienne que dans le reste du monde. Il est donc temps d'équiper les différentes régions du monde d'infrastructures leur permettant de développer et produire elles-mêmes des tests et des traitements en cas de pandémies. Entre les épidémies, ces usines permettraient de produire les produits listés comme essentiels par l'OMS.



Antoine Flahault, épidémiologiste, est le directeur de l'Institut de Santé Globale de l'UNIGE.

# FR – Une clinique au sein de l'école

 La Liberté | 28.05.2024

La Haute Ecole de santé Fribourg propose des soins pour les étudiants, appliqués par des étudiants.

## Rémi Alt

Pourquoi aller chez le médecin, quand on a une clinique au rez inférieur de son école? C'est le principe de CoSaMo, ou Consultation Santé Mozaïk, qui offre aux étudiants la possibilité de se faire soigner à moindre prix au sein même des locaux de la Haute Ecole de santé Fribourg (HEdSFR). Pour ce soir, il n'y aura que deux patients en consultation. Les étudiants, au nombre de trois, se regrouperont pour les recevoir.

Le concept de CoSaMo voit le jour en février 2020, un mois à peine avant le début des mesures Covid. Mais il était en gestation depuis 2018 déjà: «Nous avons la volonté de créer un lieu clinique de contact direct au sein de notre établissement», soutient Nataly Viens Python, directrice de la HEdS-FR. «En collaboration avec le médecin cantonal, nous avons cherché à cibler notre offre afin qu'elle complète celle du réseau de santé et qu'elle n'entre pas en concurrence avec d'autres services existants.»

## Une offre accessible

La clinique est ouverte à toute personne en étude dès l'âge de 18 ans, sans limite supérieure. Les consultations ont lieu sur rendez-vous les mardis et jeudis de 16 h 30 à 18 h 30 durant toute l'année académique, excepté en période d'examen. «Il faut bien que nos praticiens en herbe puissent étudier, s'amuse Florence Carrea-Bassin. Si des demandes nous parviennent durant la période de révision, nous les redirigeons vers d'autres structures adaptées.» Ce qui représente en tout une soixantaine de consultations par semestre.

Le prix de la consultation est par ailleurs adapté au porte-monnaie des étudiants, puisqu'il suffit de déboursier quinze francs pour une entrevue. «Nous comptons un certain nombre de patients Erasmus, ainsi que des jeunes venus d'autres cantons pour étudier à Fribourg», était la responsable du programme. L'offre leur est d'autant plus adaptée qu'ils n'ont pas forcément de contact sur place pour une consultation de premier recours.

[«La première intention reste celle de la formation» - Florence Carrea-Bassin](#)

## Interdisciplinarité

Rapidement, il s'est avéré que les soins pour les jeunes seraient la possibilité la plus adaptée pour cette nouvelle clinique. «Notre système a très vite pu se mettre en place. On nous a immédiatement ouvert les portes de la Société de médecine», assure la directrice. Ainsi est né un modèle original et unique en Suisse: un lieu où des jeunes peuvent se faire soigner par des étudiants, situé dans un établissement académique, sous la supervision de professionnels. «Cette polyclinique est un projet qui est resté depuis unique au

niveau national», indique Nataly Viens Python. Le projet bénéficie d'une autorisation d'exploiter, faisant du lieu une clinique officielle et fonctionnelle au sein de la haute école.

Responsable du programme, Florence Carrea-Bassin insiste sur l'aspect premièrement pédagogique de la démarche. «La première intention reste celle de la formation, appuie-t-elle. Et puis, c'est un excellent moyen de développer l'interprofessionnalité.» De fait, la clinique compte trois spécialités: soins infirmiers, ostéopathie et médecine de famille. Pour cette dernière, une collaboration avec l'Université de Fribourg (Unifr) est en vigueur.

Comme à l'accoutumée, les étudiants qui dispenseront les soins entament leur activité en fin de journée par un briefing. Un point essentiel lors duquel on étudie en groupe le dossier du patient et se répartit les examens qui lui seront appliqués. Ce premier contact avec la pratique directement sur le patient n'inquiète cependant pas Alena, étudiante en médecine en première année de master: «C'est plutôt motivant, d'autant plus avec cet aspect d'interprofessionnalité». «On essaie d'être systématiquement deux professions différentes pour un même patient, rebondit Jules, étudiant en ostéopathie en première année de master. Le principe étant que sa prise en charge soit la plus globale possible.»

Hélas, ce jeudi, pas de patient pour l'ostéopathe en étude. Celui-ci assistera à défaut à l'anamnèse d'un visiteur. Souvent ignorée, il s'agit pourtant d'une discipline de premier recours dans les soins: «Cela veut dire que les gens peuvent consulter en ostéopathie sans être référés par un médecin», détaille Marcel Paturel, responsable de l'équipe intégration ostéopathie et sémiologie. La profession étant encore jeune, ce genre de démarche permettrait d'après lui de faire connaître l'ostéopathie: «L'idée sur le plan pédagogique est également d'apprendre aux étudiants à travailler ensemble, ce qui développe des synergies.»

Le programme collabore en outre avec l'académie de police pour la vaccination, ou encore avec le Centre de santé sexuelle pour la contraception d'urgence. A relever également que CoSaMo n'effectue pas de suivi du patient, mais propose simplement une évaluation de premier recours.



CoSaMo accueille en tout une soixantaine de patients par semestre. Charly Rappo

KANTONAL / REGIONAL

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# ZH – Lohnrückerei an Schule für Pflegende

 Tages-Anzeiger | Careum | 28.05.2024

Verteilkampf - Der Kanton zahlt dem privaten Careum Millionen, damit es Pflegepersonal ausbildet. Doch was mit einem Teil des überwiesenen Geldes geschieht, ist unklar. Es läuft eine Untersuchung.

**Daniel Schneebeli**

Es ist eine edle Aufgabe, die das private Careum-Bildungszentrum seit 20 Jahren erledigt. Im Auftrag des Kantons bildet es dringend benötigtes Pflegepersonal aus. Derzeit lernen über 2500 junge Erwachsene - meist Frauen - im Careum einen Pflegeberuf, rund zwei Drittel tun das als Lehrlinge, meist als Fachperson Gesundheit (FaGe). Sie besuchen im Bildungszentrum eine Berufsschule.

Wie wichtig die Careum-Ausbildung für die Öffentlichkeit ist, zeigte sich vor einigen Wochen, als der Kantonsrat praktisch diskussionslos knapp zehn Millionen Franken bewilligte. So kann das Bildungszentrum seine Ausbildungsgänge weiter anbieten, ohne Studiengebühren zu verlangen.

Damit ist es für die nächsten vier Jahre vollständig durch die Öffentlichkeit finanziert, hauptsächlich vom Kanton Zürich, aber auch von anderen Kantonen. Geldsorgen muss sich das Bildungszentrum also bis ins Jahr 2028 keine mehr machen.

## Um bis zu 2000 Franken tiefere Monatslöhne

Alles paletti, könnte man meinen. Ist es aber nicht - denn hinter den Kulissen schwelt im Careum seit einiger Zeit ein Verteilkampf ums Geld. Grund ist die Lohnpolitik. Eigentlich wären die Vorgaben klar. Da die Öffentlichkeit die Kosten voll trägt, untersteht das Bildungsinstitut dem kantonalen Personalrecht und müsste an seiner Berufsschule Löhne zahlen wie an den staatlichen Berufsschulen, zum Beispiel am kantonalen Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen (ZAG) in Winterthur.

Doch an der Berufsfachschule im Careum sind die meisten Löhne tiefer, zumindest für die Lehrpersonen. Dies wird unter den Angestellten am Careum schon länger vermutet, wie mehrere von ihnen dieser Redaktion bestätigen.

So verdienen Lehrpersonen teils 2000 Franken pro Monat mehr, wenn sie an eine kantonale Berufsschule abwandern und dort die gleiche Arbeit übernehmen wie am Careum. Diese Redaktion hatte Einblick in Arbeitsverträge von Personen, die einen solchen Wechsel vollzogen haben. Bei einem vollen Jahreslohn beträgt der Unterschied 20'000 Franken oder noch mehr.

Im Careum sind ausgebildete Lehrerinnen und Lehrer mit langjähriger Erfahrung in den Lohnstufen 2 bis 7 eingeteilt. Diese sind aber für Berufseinsteigerinnen gedacht. Auf eine Vollzeitstelle hochgerechnet entspricht das einem Brutto-Jahreslohn von 113'000 bis 132'000 Franken.

Beim Kanton werden Personen mit langjähriger Erfahrung den Stufen 10 und höher zugewiesen, was einen Jahreslohn von 135'000 bis maximal 165'000 Franken ergibt. So steht es in den offiziellen Lohn Tabellen, und dieser Redaktion liegen auch entsprechende Lohnauszüge vor.

Konrad Kuoni, der Präsident des Zürcher Verbandes der Lehrkräfte in der Berufsbildung (ZLB), bestätigt die tieferen Löhne im Careum auf Anfrage. Und weil ihm weitere Fälle bekannt sind, spricht er von systematischer Lohndrückerei.

Besonders auffällig sei dies bei Lehrpersonen, die mehr verdienen müssten, weil sie eine Zusatzausbildung machten. Diese, so Kuoni, stiegen zwar nach Abschluss der Ausbildung in der Lohnklasse. Im Gegenzug senkte das Careum-Bildungszentrum aber die Lohnstufe, was dazu führe, dass der Lohn kaum ansteige.

## Mehr arbeiten, weniger verdienen

In einem Fall verdiente jemand hochgerechnet auf ein Vollpensum mit dem neuen Diplom zwar 124'000 statt 118'000 Franken. Wäre diese Person in der gleichen Lohnstufe geblieben, wie beim Kanton üblich, hätte sie allerdings 149'000 Franken pro Jahr bekommen.

Laut Kuoni und mehreren betroffenen Careum-Lehrpersonen, mit denen diese Redaktion in Kontakt steht, sind weitere Ungereimtheiten bekannt. So würden nach einer Fortbildung die höheren Löhne immer erst im Folgejahr gewährt und nicht wie beim Kanton im Folgemonat. Ausserdem würden im Careum die Arbeitspensen bei der Berechnung des Lohnes immer in 5-Prozent-Schritten gerundet. Wenn eine Lehrerin also ein Pensum von 72 Prozent hat, wird sie nur für 70 Prozent bezahlt.

Im Unterschied zu kantonal angestellten Berufsschullehrpersonen unterstehen Lehrpersonen an der Berufsschule im Careum einem Berufsauftrag. Dieser verlangt bei Vollbeschäftigung 281 Arbeitsstunden, die ausserhalb des regulären Unterrichts zu leisten sind, das sind 23 Stunden pro Monat. So müssen die Careum-Lehrerinnen zum vereinbarten Lohn auch noch Mentorate und Stellvertretungen übernehmen, Lernateliers durchführen oder an Schulprojekten mitarbeiten.

## Für die Gewerkschaft «eindeutig rechtswidrig»

In der Realität sei es kaum möglich, so viele Stunden abzuarbeiten. Die meisten würden deshalb eine grosse Zahl von Minusstunden vor sich herschieben, sagt eine der betroffenen Personen.

Die Lehrpersonen haben sich bei der Schulleitung schon mehrfach über die Nachteile beschwert. Bisher erfolglos. Meist werde unterschwellig mit Stellenverlust gedroht, findet eine der Betroffenen. «Es wird ein Klima der Verunsicherung gefördert.» So seien kürzlich nach einer Personalinformation alle, die eine kritische Frage zu den Arbeitsbedingungen gestellt hätten, zum Einzelgespräch zitiert worden.

Unterdessen hat sich Konrad Kuoni, der Präsident der Lehrgewerkschaft, offiziell beim Mittelschul- und Berufsbildungsamt (MBA) eingeschaltet. Für ihn ist die Anstellungs- und Lohnpraxis am Careum «eindeutig rechtswidrig». Der Kanton zahle schliesslich den ganzen Betrieb an der Berufsfachschule im Bildungszentrum Careum.

Vom Geld, das die Institution für die Lehrerlöhne erhalte, komme etwa ein Sechstel nicht bei den Lehrpersonen an. Laut Kuonis Schätzungen geht es dabei jedes Jahr um einen Millionenbetrag, bei dem intransparent sei, was damit geschehe.

Die Lehrpersonen vermuten, dass das Geld in andere Teile der Stiftung Careum fliesse - etwa an die Hochschule für Gesundheit oder die Weiterbildungsabteilung. Unklar ist laut Kuoni auch, ob die Geschäftsleitung stattdessen höher entschädigt wird.

Unterdessen ist auch der Kanton aktiv geworden. Die Finanzkontrolle hat die Schule vor einiger Zeit genauer unter die Lupe genommen. Ihr Bericht liegt den zuständigen Kantonsratskommissionen vor, ist aber vertraulich. Im letzten Jahr hat das Mittelschul- und Berufsbildungsamt (MBA) vom Careum die Offenlegung der Löhne an der Berufsfachschule verlangt.

## Kanton stellt Differenzen fest

Am 16. April hat die Schulleitung die Lehrpersonen darüber informiert. Der Kanton habe Differenzen zwischen den Anstellungsbedingungen beim Careum und beim Kanton festgestellt. Man habe nun den Auftrag, bis Ende Mai «einen Vorschlag zum weiteren Vorgehen zu machen».

Inzwischen hat ein beträchtlicher Teil der Careum-Lehrerschaft die Nase voll von der Arbeitgeberin. Allein in diesem Schuljahr haben an der Berufsfachschule von den rund 60 Lehrpersonen 13 gekündigt. Sie sind dieser Redaktion namentlich bekannt. Gleichzeitig haben sich im Verband ZLB 30 Lehrerinnen und Lehrer aus dem Careum neu angemeldet, wie Präsident Kuoni bekannt gibt.

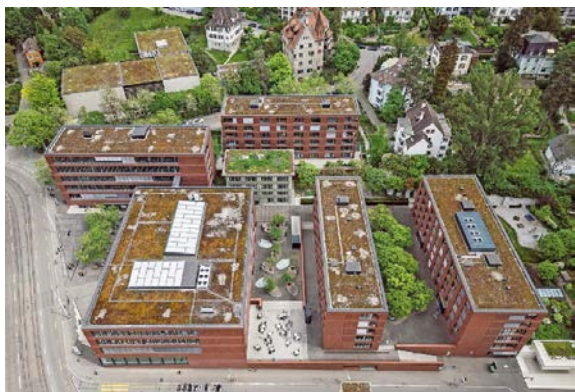
Diese Redaktion hat das kantonale Mittelschul- und Berufsbildungsamt mit einem Fragenkatalog um eine Stellungnahme gebeten. Das Amt bestätigt lediglich, dass es die erhobenen Vorwürfe prüfe, und schreibt: «Diese sehr detaillierten Untersuchungen dauern noch an, weshalb derzeit leider keine weiteren Informationen gegeben werden können.»

## Leistungsauftrag werde «singgemäss» umgesetzt

CEO im Careum-Bildungszentrum ist Christian Schär, der auch den Verband Zürcher Krankenhäuser präsidiert. Ihm hat die Redaktion sämtliche im Artikel erwähnten Vorwürfe in einem Fragenkatalog vorgelegt.

Aber auch Schär geht mit Verweis auf die laufenden Gespräche mit dem MBA nicht detailliert darauf ein. Er betont aber, das Careum setze die Leistungsvereinbarung mit dem Kanton «singgemäss» um, wie es verlangt sei. Insgesamt würden die Careum-Angestellten nicht schlechtergestellt als kantonale Angestellte. So «können einzelne Regeln im Careum zurückhaltender, andere grosszügiger ausgestaltet sein», schreibt Schär.

Weiter hält er fest, dass alle Mittel in die Qualität der Ausbildung investiert würden: «Wenn das Careum-Bildungszentrum einen Überschuss erzielt, wird er in Reserven für Schulprojekte angelegt oder dem Kanton zurückbezahlt.» Aus dem online verfügbaren Jahresbericht 2023 geht nicht hervor, um wie viel Geld es dabei geht. Auch über die Höhe der Löhne in der Geschäftsleitung äussert sich Schär nicht.



Die Lehrpersonen im Careum-Bildungszentrum im Kreis 6 verdienen deutlich weniger als die kantonalen Angestellten.  
Foto:Jonathan Labusch

---

# Private Schule für Pflegende drückt die Löhne ihrer Lehrpersonen

Seitenzahl

Seitenzahl  
Titelseitenanriss

Bildungszentrum - Das Careum wird vom Kanton Zürich finanziert. Was mit einem Teil der Steuergelder passiert, ist unklar.

## Daniel Schneeblei

Am Careum-Bildungszentrum am Zürichberg schwelt ein Konflikt zwischen der Lehrerschaft und der Schulleitung. In der dortigen Berufsfachschule werden Jugendliche unterrichtet, die eine Lehre im Pflegebereich absolvieren. Die private Institution tut dies im Auftrag des Kantons und ist vollständig über Steuergelder finanziert. Sie müsste sich deshalb ans kantonale Personalreglement halten und die gleichen Löhne zahlen wie an kantonalen Schulen.

Das tut sie aber nicht. Hochgerechnet auf Vollpensen, liegen die Löhne im Careum im Jahr teilweise nachweislich über 20'000 Franken tiefer als beim Kanton. Die Lehrpersonen und ihr Berufsverband wehren sich gegen diese aus ihrer Sicht «rechtswidrige Praxis». Unterdessen hat auch die kantonale Bildungsdirektion Differenzen festgestellt und verlangt vom Careum-Bildungszentrum, diese zu beseitigen. Offen ist, was die private Institution mit dem eingesparten Geld macht.

Die Lehrerschaft verdächtigt die Schulleitung, die eigenen Löhne aufzubessern oder andere Tätigkeiten der Careum-Stiftung quer zu subventionieren. Gegenwärtig hat das Careum-Bildungszentrum mit einer Kündigungswelle in der Berufsschule zu kämpfen. CEO Christian Schär will sich nicht detailliert zu den Vorwürfen äussern. Pauschal betont er aber, seine Institution halte sich «sinngemäss» an die Leistungsvereinbarung mit dem Kanton. Das kantonale Mittelschul- und Berufsbildungsamt hat Kenntnis von den erhobenen Vorwürfen und sagt auf Anfrage, man prüfe sie.

# BL – Thomi Jourdan - «Die Motivation der Pflegenden würde steigen, wir hätten weniger Abgänge» - Interview

 Basler Zeitung | 03.06.2024

Baselbieter Gesundheitsdirektor Thomi Jourdan will die Administration in den Spitälern und Heimen reduzieren. Das sei der grösste Hebel gegen den Fachkräftemangel.

## Susanne Anderegg

Kaum als Regierungsrat im Amt, hat sich Thomi Jourdan dem Projekt der Zürcher Ärztin Brida von Castelberg angeschlossen. Er will mit dem Bürokratieabbau vorwärtskommen und nicht auf andere Kantone warten.

*Herr Jourdan, Sie riefen Frau von Castelberg an, nachdem Sie von deren Initiative für weniger Bürokratie im Gesundheitswesen gelesen hatten. Weshalb interessiert Sie das Thema?*

Es beschäftigt mich seit langem. Ich war früher mal Personalleiter in einem Spital und beim Stadtzürcher Gesundheitsdepartement. Da habe ich mitbekommen, welche oft unnötigen Erschwernisse und Leiden die Bürokratie im Gesundheitswesen verursacht. Als Regierungsrat habe ich die Möglichkeit, das System zumindest zu hinterfragen und bestenfalls etwas besser zu gestalten.

*Wie gehen Sie dabei vor?*

Als neuer Gesundheitsdirektor habe ich im vergangenen Jahr viele Beteiligte im Gesundheitswesen zu Antrittsbesuchen empfangen und hörte immer wieder, dass das Problem brennt. Meine erste Frage war dann: Wer ist eigentlich für welchen Teil der Administration zuständig? Wer ist der Treiber? Niemand konnte das abschliessend sagen. Die Liste wurde nur immer länger: Von den Krankenkassen über den Bund und die Kantone bis zu den Betrieben - alle wollen Daten. Die Idee von Frau von Castelberg kam gerade richtig. Ich fand es super, dass jemand aus der Branche so ein Projekt plant, und ich sagte meinem Amtsleiter Gesundheit: Da machen wir mit!

*Haben Sie schon konkret etwas unternommen?*

Wir analysieren derzeit, welche administrativen Arbeiten wir als Kanton auslösen. Wir sind aber auch Eigner eines Spitals. Daher hat auch der Pflegedirektor des Kantonsspitals Baselland den Auftrag, eine Bestandesaufnahme zu machen. Vermutlich sind mittlerweile 50 Prozent der Pflege administrative Arbeiten. Wenn es uns gelingen würde, diesen Anteil auf 25 Prozent zu senken, hätte ich von 100 Leuten 25 freigespielt für die Arbeit an den Patienten. Die Motivation der Pflegenden würde steigen, und wir hätten weniger Abgänge, davon bin ich überzeugt. Die Berufszufriedenheit ist der grösste Hebel gegen den Fachkräftemangel, das gilt auch für die Ärztinnen und Ärzte.

*Was versprechen Sie sich vom Projekt von Frau von Castelberg?*

Es ist wie ein Thinktank. Und es zwingt uns, etwas zu machen. Am Schluss muss es in Pilotversuchen münden. Wir wollen direkt vom und im Alltag der Betroffenen lernen.

*Das klingt nach einem langen Weg.*

Den grossen 100-Millionen-Wurf gibt es im Gesundheitswesen auf kantonaler Ebene nicht. Gesundheitspolitik heisst beharrlich dranbleiben, vieles muss im Kleinen passieren. Vielleicht ist es bei diesem Projekt zuerst nur eine Abteilung, die in Absprache mit der Spitalleitung und den Krankenkassen einen Versuch macht. Das bedingt auch ein anderes Grundverständnis: Es braucht mehr Vertrauen in die Kompetenz und Erfahrung der Mitarbeitenden statt primär Zahlengläubigkeit und Kontrolle.

*Im Kleinen ist das möglich, aber wie wollen Sie das ganze System zum Umdenken bringen?*

Wir müssen aufzeigen, dass es sich finanziell und bezüglich Qualität lohnt, auf gewisse administrative Arbeiten zu verzichten - weil wir kompetente Fachleute haben, die sich tagtäglich engagieren. Den Beweis können wir mit Feldversuchen erbringen.

*Und Sie gehen mit gutem Beispiel voran?*

Ich strebe Versuche in verschiedenen Bereichen an, also bestenfalls im Spital, in der Langzeitpflege und in der Psychiatrie. Das Vorgehen entwickeln wir zusammen mit den Betrieben und den Verbänden, und es wird wissenschaftlich begleitet. Ich wünsche mir Erkenntnisse darüber, wo wir als Kanton etwas ändern müssen, wo die Betriebe selbst zur Entadministrierung beitragen können und wo die Kantone das Gespräch mit anderen Beteiligten suchen müssen.

*Was machen andere Kantone? Haben Sie das Thema schon mit Ihren Kolleginnen und Kollegen Gesundheitsdirektoren besprochen?*

Ich habe das Thema schon an verschiedenen Orten eingebracht, und ich freue mich, dass auch seitens Bund die Herausforderung erkannt wird. Nun braucht es konkrete Schritte. Und da ist es für mich wichtig, dass wir in unserem Kanton vorwärtsgehen.

*Die Komplexität der Materie schreckt viele ab. Sie sind erst seit Juli 2023 im Amt. Ist das ein Vorteil, um Probleme unbefangen anzupacken?*

Vermutlich schon. Das Gesundheitswesen hat die Kraft zu ermüden, weil es so komplex ist. Mein Selbstverständnis als Politiker ist, die Aussensicht zu behalten. Wenn ich eines Tages geruhsam werde, höre ich auf.

### **Viel Frust bei Ärzteschaft und Pflege**

Brida von Castelberg, frühere Chefärztin der Frauenklinik am Triemli in Zürich, ärgert sich schon lange über die zunehmende Bürokratie im Gesundheitswesen. Aufwendige Büroarbeiten würden bei Ärzteschaft und Pflege für viel Frust sorgen, was viele Berufsaussteiger zur Folge hätte. Vergangenes Jahr hat sie im «Tagesanzeiger» ein Experiment lanciert und ein Spital gesucht, das bereit ist, seine Administration auf ein Minimum herunterzufahren. Zwar gibt es noch keine Klinik, die diesen radikalen Schritt wagt. Doch der Baselbieter Gesundheitsdirektor Thomi Jourdan hegt Sympathien für die Idee. **(bwi)**



Thomi Jourdan ist überzeugt, dass es sich sowohl finanziell als auch bezüglich Qualität lohnt, auf gewisse administrative Arbeiten zu verzichten. Foto: Kostas Maros

# TI – «La pianificazione va bene se ci sono altri cantoni»

 Corriere del Ticino | 28.05.2024

Gli assicuratori di Curafutura tengono nel mirino il progetto ticinese e pongono le condizioni per evitare un ricorso al Tribunale federale amministrativo – Zängerle: «Bisogna pensare anche in forma sovracantonale; siamo critici verso un assetto che perpetua il passato con i quattro siti, senza sviluppo»

## Giovanni Galli

Dal 1. gennaio anche gli assicuratori hanno la facoltà di ricorrere contro le pianificazioni ospedaliere cantonali. Curafutura ha subito dimostrato di fare sul serio: il mese scorso, insieme a Santésuisse, ha presentato un ricorso al Tribunale amministrativo federale contro la creazione di un cardiocentro nella Svizzera orientale, promosso da San Gallo, Appenzello Esterno e Appenzello Interno. Già l'anno scorso, Curafutura si era espressa criticamente sul nuovo documento pianificatorio ticinese, ora in Gran Consiglio, dicendo che non è sufficientemente ambizioso.

Ieri a Lugano, nel corso di un incontro con la stampa, il direttore Pius Zängerle ha precisato le aspettative degli assicuratori in vista delle scelte concrete che farà il Cantone. «Ci aspettiamo che il Ticino consideri nella sua pianificazione le offerte ospedaliere di altri cantoni e ragioni in un'ottica sovracantonale. Auspicheremmo una pianificazione che fa un passo avanti nella concentrazione di alcune prestazioni nei diversi ospedali e non un'offerta completa in tutti e quattro gli ospedali. Siamo critici verso un assetto che perpetua il passato con i quattro siti, senza sviluppo. Si deve accettare il cambiamento. L'evoluzione medica non richiede più la presenza in Ticino di quattro siti ospedalieri multifunzionali».

In concreto, secondo l'associazione che riunisce le casse CSS, Helsana, Sanitas e CPT, bisogna prevedere la possibilità di effettuare alcuni tipi di intervento fuori cantone perché in Ticino non esiste la massa critica. Una buona pianificazione deve avere conseguenze positive sia sulla qualità, garantendo un numero minimo di casi per le operazioni specializzate, sia sui costi delle cure, sia nella lotta alla sovramedicalizzazione. Bisogna quindi pensare in termini di regioni ospedaliere sovracantonali, ha sottolineato Zängerle. Questo permetterebbe anche di liberare personale specializzato per il settore ambulatoriale, dove le persone possono essere curate altrettanto bene e a costi più contenuti. Il vero problema, è che in Svizzera non è più possibile mantenere il personale specializzato distribuito su 574 siti ospedalieri.

Inoltre, il discorso dei costi è legato a quello dei premi. Zängerle ha quindi replicato al «ministro» della Sanità ticinese Raffaele De Rosa che aveva definito l'ultimo aumento ingiusto e ingiustificato. «Il fatto è che i premi devono coprire i costi. Se il Ticino fa i compiti, con una pianificazione ospedaliera adeguata, potrà contribuire a frenare l'aumento dei costi». Un'osservazione alla quale ha già parzialmente risposto il direttore dell'EOC Glauco Martinetti. «All'Ente vogliamo mantenere lo stesso numero di ospedali, specializzando allo stesso tempo sempre più le singole sedi», ha dichiarato la settimana scorsa in un'intervista al CdT. «Lo faremo tramite la nuova pianificazione attualmente in discussione a livello di commissione parlamentare. Come EOC i compiti li abbiamo quindi fatti».

## Avanti con le riforme

Curafutura non ha voluto fare previsioni sui premi di cassa malati 2025 (secondo il sito Comparis ci sarà un rincaro del 6%), ma alla luce dell'evoluzione dei costi potrebbe esserci un aumento inferiore a quello di quest'anno. Due riforme in particolare potrebbero contribuire in futuro al contenimento dei costi. La prima è il nuovo sistema di finanziamento uniforme delle cure ambulatoriali e stazionarie, che potrebbe consentire risparmi dell'ordine di 1-3 miliardi di franchi all'anno e portare a modelli assicurativi alternativi con premi più bassi. Questa riforma, conosciuta con l'acronimo Efas, sarà sottoposta a referendum, verosimilmente in novembre. L'altra riguarda il nuovo tariffario medico ambulatoriale Tardoc, elaborato di comune intesa da Curafutura e dalla FMH, la Federazione dei medici svizzeri. L'attuale tariffario, il Tarmed, in vigore da vent'anni e considerato ormai obsoleto.

Il tariffario interessa prestazioni per quasi 13 miliardi di franchi, praticamente un terzo dei costi a carico dell'assicurazione obbligatoria. Dopo vari tentativi e un iter di ormai cinque anni, una decisione da parte del Consiglio federale è attesa per la fine di giugno. Il Tarmed non è più adeguato, ha spiegato la presidente della FMH Yvonne Gilli, perché non rappresenta più i costi reali e non ha mai potuto evolversi. La sua introduzione «è urgente, perché un'assistenza efficiente dal punto di vista dei costi necessita di una tariffa adeguata».

# LU – Luzerner Psychiatrie: Defizit ist grösser als budgetiert

 Luzerner Zeitung | 29.05.2024

Anstatt eines budgetierten Defizits von 3,93 Millionen Franken fällt der Jahresverlust der Luzerner Psychiatrie AG (Lups) noch deutlicher aus. Das Geschäftsjahr 2023 schliesst mit einem Minus von 4,48 Millionen Franken ab, heisst es in einer Mitteilung. Das Ergebnis sei wie schon im Vorjahr stark durch die gestiegenen Kosten infolge Teuerung beeinflusst worden. Doch abgesehen vom Betriebsergebnis seien wichtige Parameter auf Grün, heisst es weiter. So stieg der Umsatz 2023 um rund 5,1 Prozent auf 149,9 Millionen Franken. Auch bei den ambulanten Behandlungen verzeichnet die Lups eine deutliche Leistungssteigerung.

Die Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen im Kinder-, Jugend- und Erwachsenenbereich sei weiterhin sehr hoch. Und der Fachkräftemangel werde zu einer immer grösseren Herausforderung. «Die Finanzierung und damit verbunden die Aufrechterhaltung der gewünschten Versorgung wird zur grössten Herausforderung der nächsten Jahre», wird Peter Schwegler, CEO und Vorsitzender der Geschäftsleitung der Lups, in der Mitteilung zitiert. «Wir sind kontinuierlich bestrebt, unsere Hausaufgaben im Sinne einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung zu machen. Dringend notwendige Anpassungen am System müssen jedoch auf übergeordneter Ebene vollzogen werden», so Schwegler weiter.

Trotz Fachkräftemangel konnte die Lups zusätzliche Mitarbeitende gewinnen. Ende 2023 waren 1445 Personen bei der Lups beschäftigt. Im Vorjahr waren es 1365 Personen. **(sb)**

# Pflegeberufe sind attraktiver als ihr Image

 Radio SRF 1 | 29.05.2024

Wer in einem Pflegeberuf arbeitet, bewertet diesen attraktiver, als es die Öffentlichkeit tut. Das hat eine Befragung zutage gefördert, die das Gesundheitszentrum Xund in Auftrag gegeben hat. Insbesondere Weiterbildungsmöglichkeiten, Spass und Wertschätzung stufen die Mitarbeitenden besser ein.

 [Audio starten](#), Start: 00:10, Ende: 03:21

# Höhere Preise als im Ausland

 Schweiz am Wochenende - Ausgabe national | 01.06.2024

Medikamente und vor allem Generika sind in der Schweiz teurer.

Alle Jahre wieder zeigt der grosse Preisvergleich das gleiche Bild: Pillen, Tropfen und Spritzen sind in der Schweiz deutlich teurer als in anderen europäischen Ländern. Und diesmal ist der Preisunterschied sogar noch grösser geworden. Das zeigt der neueste Auslandspreisvergleich, den der Pharmaverband Interpharma und der Krankenkassenverband Santésuisse gestern in Bern vorgestellt haben.

Konkret ist das Preisniveau patentgeschützter Medikamente in den europäischen Vergleichsländern im Schnitt 8,9 Prozent günstiger als in der Schweiz. Deutlich billiger sind die patentgeschützten Präparate vor allem in Finnland und Deutschland, praktisch gleich teuer wie hierzulande sind sie in Grossbritannien, Dänemark und Belgien. Patentabgelaufene Originalpräparate wiederum kosten im Ausland im Schnitt gar 14,3 Prozent weniger als in der Schweiz. Mit Abstand am grössten sind die Preisunterschiede – wie bereits seit Jahren – bei den Nachahmerprodukten. Generika sind im Ausland um 45,3 Prozent günstiger. Sie kosten in praktisch allen Vergleichsländern nur rund halb so viel. Biosimilars, das heisst Nachahmerprodukte von Biopharmaka, kosten im Schnitt 29,9 Prozent weniger.

Grund für die steigenden Preisdifferenzen ist der starke Franken. Interpharma-Chef René Buholzer, der die Interessen der forschenden Pharmaindustrie vertritt, betont denn auch, dass der Preisunterschied zum Ausland bei patentgeschützten Medikamenten bei konstanten Wechselkursen nur noch 2 Prozentpunkte betrage. Sein Fazit: «Die Preise patentgeschützter Medikamente sind auf europäischem Niveau.» Zudem verweist Buholzer auf den Sparbeitrag, den seine Branche bereits heute erbringt: «Medikamentenpreise sinken stetig. Die Preissenkungen bringen jährlich wiederkehrende Einsparungen von 1,5 Milliarden Franken für das Gesundheitswesen.»

Doch das reicht gemäss Santésuisse-Chefin Verena Nold nicht. Sie ortet vor allem bei den «überhöhten Preisen» für Generika Handelsbedarf. Insgesamt könnten bei den Arzneimitteln jährlich mehr als 1,3 Milliarden Franken gespart werden. «Und das völlig ohne Qualitätsverlust.» **(fv)**

#### Gleichen tags erschienen in

- Appenzeller Zeitung
- Badener Tagblatt
- Bote der Urschweiz
- bz – Zeitung für die Region Basel
- Der Rheintaler
- Grenchner Tagblatt
- Limmattaler Zeitung
- Luzerner Zeitung
- Nidwaldner Zeitung
- Obwaldner Zeitung
- Oltner Tagblatt
- Schaffhauser Nachrichten
- Solothurner Zeitung
- St. Galler Tagblatt
- Thurgauer Zeitung
- Toggenburger Tagblatt
- Zuger Zeitung
- Wiler Zeitung
- Werdenberger & Obertoggenburger
- Walliser Bote
- Urner Zeitung
- Freiburger Nachrichten

# Prix des médicaments: l'écart se creuse avec l'étranger

 Le Temps | 01.06.2024

Santé - Selon un rapport présenté vendredi à Berne, les médicaments sont de plus en plus chers en Suisse par rapport à neuf pays européens. Les génériques sont presque deux fois plus onéreux

## Annick Chevillot

Pour la quinzième année consécutive, Interpharma (faïtière de l'industrie pharmaceutique) et Santésuisse (faïtière de l'assurance maladie) ont mené une comparaison des prix des médicaments entre la Suisse et neuf pays européens. Le constat est amer: l'écart de prix se creuse.

La tendance est notable dans trois secteurs étudiés sur quatre:

Pour les médicaments protégés par un brevet: ils sont 8,9% moins chers dans les neuf pays comparés qu'en Suisse. Une différence qui était de 5,4% l'an dernier.

Pour ceux tombés dans le domaine public y sont 14,3% moins chers. Une différence qui était de 10,8% l'an dernier.

Pour les génériques, ils sont 45,3% moins chers à l'étranger qu'en Suisse. L'an dernier, le différentiel était de 45,5%.

Enfin, pour les biosimilaires coûtent 29,9% moins cher, contre un différentiel de 27,5% l'an dernier.

Plusieurs raisons expliquent cet écart, mais René Buholzer, directeur d'Interpharma, assure que «les prix des médicaments protégés par un brevet sont au niveau européen. A taux de change constants, la différence de prix avec l'étranger n'est plus que de deux points. En outre, les prix des médicaments baissent régulièrement. Année après année, les baisses de prix entraînent des économies de 1,5 milliard de francs. Mais la focalisation unilatérale des cercles politiques sur les coûts met de plus en plus en danger l'accès des patientes et patients aux médicaments innovants.» Selon lui, il faut arrêter de propager des «fake news. Les médicaments ne sont pas trop chers en Suisse. On en consomme simplement de plus en plus, ce qui explique la croissance du secteur.» Une hausse de 4,9% en 2023. Cette demande accrue est due au «vieillissement de la population et à la migration», note encore René Buholzer.

Pour appuyer ses affirmations, le directeur cite notamment une étude américaine publiée en 2022 par Frank Lichtenberg, économiste et spécialiste de l'industrie pharmaceutique. Il s'est penché sur l'effet des médicaments innovants sur les coûts de la santé entre 1994 et 2010. Il estime ainsi qu'ils permettent de réduire la durée des séjours hospitaliers de 14,8%. Pour le directeur d'Interpharma, cela signifie que «les produits innovants permettent de réduire les coûts de la santé», en faisant baisser la facture hospitalière.

De son côté, Verena Nold, directrice de Santésuisse, analyse la situation de manière très différente. Trop chers ou non, les médicaments sont plus onéreux en Suisse qu'à l'étranger et «les différences de prix se sont encore accentuées par rapport à l'an dernier. Nous attendons de la Confédération qu'elle prenne des mesures immédiates pour faire revenir les prix excessifs au niveau européen, en particulier ceux des génériques. Au total, on pourrait économiser plus de 1,6 milliard de francs par année sans porter atteinte à la qualité.» Soit 4% des primes d'assurance maladie.

Pour y arriver, elle plaide pour une série de mesures ciblées: aligner les prix de tous les médicaments, des génériques et des biosimilaires sur ceux pratiqués à l'étranger et contrôler les prix de tous les

médicaments tous les ans. Ces mesures permettraient d'atteindre un milliard d'économies.

Les 600 millions d'économies supplémentaires pourraient être obtenus grâce à une hausse des ventes des génériques et à une diminution des marges de distribution. Ce dernier point concerne directement les pharmaciens.

## Une pression politique qui s'accroît

Dans le secteur, les économies pourraient également passer par une lutte contre le gaspillage. Au parlement, le sujet a été évoqué au Conseil national ce jeudi. Pour Elisabeth Baume-Schneider, conseillère fédérale chargée de la Santé, «la problématique est importante. Trop de médicaments doivent être détruits en raison de la taille de l'emballage ou de durées de conservation courtes.» La proportion de médicaments jetés est évaluée entre 10% et 20%, ce qui représente entre 300 et 600 millions de francs. Pour la conseillère nationale Brigitte Crottaz (PS/VD), «il est nécessaire que la pharma prenne conscience du rôle qu'elle joue dans le gaspillage».

Verena Nold, de Santésuisse, est très favorable à une telle motion qui doit encore passer au Conseil des Etats: «On doit tout faire pour éviter ces gaspillages. Reste à savoir comment un tel projet sera appliqué concrètement: il pourrait générer des problèmes de logistique.» René Buholzer, d'Interpharma, est, quant à lui, moins enthousiaste: «Personne ne veut jeter de médicaments, mais certains sont prescrits en fonction du poids des patients. Les emballages doivent donc être adaptés selon des fourchettes assez larges.»

«La Confédération doit faire revenir les prix excessifs au niveau européen, en particulier ceux des génériques» - Verena Nold, Directrice de santésuisse

# Visana-Chef sieht Sparpotenzial von 20 Prozent

 Der Bund | 30.05.2024

Hohe Gesundheitskosten - Der grösste Berner Krankenversicherer ist zurück in den schwarzen Zahlen. In der Grundversicherung sind die Prämien aber nicht kostendeckend.

**Julian Witschi**

Die Visana-Gruppe hat im Jahr 2023 einen Gewinn von 4,7 Millionen Franken erzielt. Der grösste Krankenversicherer im Espace Mittelland kehrte damit in die Gewinnzone zurück. 2022 hatte er einen Verlust von 76 Millionen Franken verbuchen müssen.

Die Wende gelang insbesondere dank der Erfolge an den Finanzmärkten. Das Ergebnis im Anlagegeschäft verbesserte sich von rund -24 Millionen Franken im Vorjahr auf +59 Millionen. Und im Zusatzversicherungsgeschäft stieg der Gewinn von 34 auf 48 Millionen Franken.

Auch der Versichertenbestand wachse kontinuierlich und durchs Band: bei den Privatversicherten, in der Grundversicherung und bei Unternehmenskunden, sagt Visana-Chef Angelo Eggli. Mittlerweile sind 655'500 Menschen bei der Krankenkasse grundversichert - 11'300 mehr als im vergangenen Jahr.

## Millionenverlust in Grundversicherung

In der Grundversicherung schreibt Visana allerdings ein Minus von 99,7 Millionen Franken. Die ganze Branche sei hier defizitär, erklärt Eggli, «weil die Prämien in der Grundversicherung trotz substanzieller Erhöhung den ungebremsten Kostenanstieg nicht decken».

Der Vergleichsdienst Comparis hat daher für nächstes Jahr eine weitere Prämienhöhung von durchschnittlich 6 Prozent in der Schweiz prognostiziert. Zur Frage, wie die Prämienrunde bei Visana ausfallen wird, äussert sich Eggli nicht.

Visana stehe bei den Kapitalanforderungen mit einer überdurchschnittlichen Solvabilität gut da. «Klar ist: Steigen die Kosten ungebremst, steigen zwangsläufig auch die Prämien», sagt der Visana-Chef.

Angelo Eggli sieht im Gesundheitswesen grosses Sparpotenzial, wie er eineinhalb Wochen vor der Abstimmung über die beiden Prämieninitiativen sagt: «Würden diese Sparpotenziale genutzt, wären die Prämien ohne Qualitätsverlust 20 Prozent tiefer.»

Mindestens 400 Millionen Franken könnten laut Eggli allein dadurch gespart werden, wenn Generika statt teurerer Originalpräparate verabreicht würden. Grosses Sparpotenzial gäbe es auch bei den überhöhten Spitaltarifen.

Ein weiterer grosser Millionenbetrag könnte laut dem Visana-Chef gespart werden, wenn Rechnungen aus dem Ausland zum Beispiel für Arzt- und Spitalleistungen oder Medikamente anerkannt würden. Vor allem Medikamente seien in der Schweiz oft doppelt so teuer wie im nahen europäischen Ausland.

## Eggli Vorschlag: Nur bezahlen, was wirkt

Insgesamt rechnet Egli dank Effizienzsteigerungen mit einem jährlichen Sparpotenzial von 5 bis 8 Milliarden Franken. «Denn 20 Prozent aller Kosten in der obligatorischen Krankenversicherung sind aufgrund von Fehlanreizen überflüssig. Studien belegen dies.»

Sollen also Grundversicherungen weniger Behandlungen zahlen, der Leistungskatalog zusammengestrichen werden? Für Egli steht dies nicht im Fokus. Er plädiert aber für eine Diskussion über Kosteneffizienz. «Unser Gesundheitswesen muss bei gesicherter Qualität konsequent auf Wirksamkeit ausgerichtet werden.»

Neue Wege geht Visana deshalb bei der sogenannten integrierten Versorgung: Im Berner Jura lancierte sie Anfang 2024 mit Swiss Medical Network und dem Kanton Bern das Ärztenetzwerk «Réseau de l'Arc».

Dabei arbeiten die Leistungserbringer wie Spital, Hausärztinnen, der Kanton Bern und die Krankenkasse zusammen. Koordiniert wird die gesamte Betreuung durch die Hausärztin oder den Hausarzt. Sie sollen Doppelspurigkeiten erkennen und unnütze medizinische Behandlungen vermeiden. Visana plant, das Modell in weiteren Regionen zu etablieren.

## Fusion mit der Konkurrentin Atupri

Auf 2024 kündigte Visana auch die Fusion mit der kleineren Berner Krankenkasse Atupri an. Unter dem Dach einer Stiftung sollen beide Versicherer operativ und unternehmerisch unabhängig bleiben.

Das Genehmigungsverfahren des Zusammenschlusses durch die Behörden ist noch im Gang. Es wird erwartet, dass es in den nächsten Monaten abgeschlossen wird. Zusammen wären Visana und Atupri mit gut 800'000 Grundversicherten die Nummer 5 in der Schweiz, hinter CSS, Helsana, Groupe Mutuel und Swica.

### Gleichen tags erschienen in

- Thuner Tagblatt
- Langenthaler Tagblatt
- Berner Oberländer
- Berner Zeitung Burgdorf Emmental
- Berner Zeitung Stadt + Region Bern
- Bieler Tagblatt

# Viele sind von der Komplexität überfordert - und bezahlen zu viel

 Tages-Anzeiger | 30.05.2024

Krankenkassensystem - Wer eine tiefe Schulbildung oder einen Migrationshintergrund hat, ist öfter bei teuren Modellen versichert. Fachleute sehen die Verantwortung dafür auch bei den Versicherungen.

## Konrad Staehelin

Der Anstieg der Krankenkassenprämien in der Schweiz ist für weniger wohlhabende Personen belastend: Anders als die Steuerrechnung orientiert sich die Prämie nicht daran, wie viel jemand besitzt und verdient.

Drei Viertel der Leistungen in der Grundversorgung im Umfang von jährlich rund 50 Milliarden Franken finanzieren sich entweder aus diesen sogenannten Kopfprämien oder werden von den Patienten über die Franchise und den Selbstbehalt selbst bezahlt.

Dass die Prämien auf nächstes Jahr im Schnitt nochmals um 6 Prozent ansteigen könnten, wie vergangene Woche bekannt geworden ist, trifft also weniger wohlhabende Schichten absolut gesehen stärker als Reiche.

Die Prämienverbilligungen durch die öffentliche Hand ändern wenig an diesem Befund. Personen aus dem unteren Mittelstand geben oft deutlich mehr als 10 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für Prämien aus. Die SP will dem mit ihrer Prämien-Initiative ein Ende bereiten, über die die Bevölkerung in anderthalb Wochen abstimmt.

## Die Hälfte aller Personen wählt die teuerste Option

Ein bisher kaum beachteter Fakt verschärft die ungleiche Verteilung der Last zusätzlich: Viele Personen, die tendenziell weniger vermögend sind, kennen die Möglichkeiten gar nicht, wie sie deutlich Krankenkassenprämien sparen können. Das zeigt ein Bericht des Gesundheitsobservatoriums (Obsan), einer Anstalt des Bundes und der Kantone, das vergangenen Dezember Daten zur Beliebtheit verschiedener Versicherungsmodelle veröffentlicht hat.

Gemäss diesen ist die Hälfte aller Personen in der Schweiz, die nur die obligatorische Schulzeit absolviert haben, nach wie vor im Standardmodell mit freier Arztwahl versichert. Dieses ist die teuerste Option und kostet teilweise über 100 Franken pro Monat mehr als Alternativen wie das HMO-, Hausarzt- oder Telemedizin-Modell. Von den 86 Prozent der Bevölkerung, die einen Sekundar- oder Hochschulabschluss haben, ist dagegen nur rund ein Drittel so versichert.

Nicht ganz so extrem ist der Unterschied bei Personen mit Migrationshintergrund: 40 Prozent aller Personen mit Migrationshintergrund sind im Standardmodell versichert, während es bei Personen ohne Migrationshintergrund 30 Prozent sind.

Zwei von fünf in der Schweiz lebenden Personen haben einen Migrationshintergrund. Sowohl sie als auch Personen mit tieferer Bildung sind tendenziell weniger wohlhabend als der Rest der Gesellschaft.

Mit anderen Worten heisst das: Hunderttausende Personen bezahlen höhere Krankenkassenprämien, obwohl sie in der Tendenz eher aufs Geld angewiesen sind.

Die finanziellen Auswirkungen davon, das Standardmodell zu wählen, sind nicht bloss für die Individuen bedeutend, sondern auch volkswirtschaftlich. Grob gerechnet dürften die betroffenen Gruppen kumuliert mehrere Hundert Millionen Franken im Jahr mehr an Prämien ausgeben, als wenn sie bei der Wahl des Versicherungsmodells nicht von der Bevölkerungsmehrheit abweichen würden. Es ist denkbar, dass Personen mit tiefem Bildungsstand oder mit Migrationshintergrund sich bewusst für eine grössere Wahlfreiheit und höhere Prämien entscheiden. Bloss ist es nicht plausibel.

Fachpersonen erklären den Befund vielmehr damit, dass Hunderttausende Personen im Land mit der Komplexität des Systems überfordert sind. «Personen mit hoher Bildung haben auch günstigere Handyverträge», sagt Pascal Pfister, Geschäftsleiter des Verbands Schuldenberatung Schweiz. «Es fällt ihnen leichter, sich im Dickicht zurechtzufinden, egal um welches Thema es geht.» Bei den Personen mit Migrationshintergrund komme die Sprachbarriere hinzu.

## Nicht alle Kassen empfehlen günstige Modelle

Unter allen Personen, die sich bei den verschiedenen Schuldenberatungsstellen in der Schweiz Hilfe holen, kämpft ein Viertel mit administrativer Überforderung.

Hinzu kommt, sagt Pfister, dass Personen in finanziellen Schwierigkeiten oft kurzfristig denken. «Dass sie mit einem Wechsel auf das jeweils neue Jahr hin viel Geld einsparen könnten, kommt ihnen oft gar nicht in den Sinn.»

Dafür brauche es oft Hilfe von aussen, wie zum Beispiel eine Budgetoptimierung bei der Schuldenberatung, sagt Pfister. «Dass es sich aber um ein systematisches Problem handelt, dürfte auch vielen unserer Beraterinnen und Berater nicht bewusst sein», sagt Pfister.

Mit Felix Schneuwly vom Vergleichsportale Comparis sieht ein namhafter Fachmann aber auch eine Teilschuld bei den Krankenkassen. «Sie müssten die Versicherten aktiv darauf hinweisen, dass es günstigere Modelle gibt», sagt er. «Das tun jedoch noch nicht alle.»

Wer auf den Websites der drei grössten Krankenkassen der Schweiz nach Angeboten für die Grundversicherung sucht, sieht: Während CSS und Swica günstige Modelle als Empfehlung anpreisen, zeigt Helsana die verschiedenen Modelle gleichberechtigt nebeneinander an.

## Vermittler verdienen an Vertragsabschlüssen

Schneuwly stellt auch ein Problem bei den Vermittlern fest, die im Auftrag der Kassen Policen verkaufen: «Sie kennen die Verträge zwischen Kassen und Ärztenetzwerken kaum und gehen davon aus, dass das Standardmodell ohne Einschränkungen besser ist.»

Diese Vermittler verdienen an Vertragsabschlüssen und nicht an guter und verständlicher Information, sagt Schneuwly. Insbesondere Personen mit Migrationshintergrund oder tiefer Bildung, die das System nicht durchblickten, liessen sich auf diese ein.

Eine Sprecherin des Krankenkassen-Verbands Curafutura, in dem unter anderem CSS und Helsana Mitglieder sind, geht auf diese letzte Kritik nicht ein. Sie schreibt jedoch, es sei eines der strategischen Ziele des Verbands, mehr Personen in den alternativen Modellen zu versichern.

### Auch Daten der Haushaltsbudgeterhebung stützen den Befund des Obsan-Berichts

Ob die Zahlen aus dem Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) bis ins Detail die Realität in der Bevölkerung wiedergeben, ist nicht klar. Sie wurden per Online- und Telefonumfrage bei einer repräsentativen Gruppe von Versicherten erhoben, was die Möglichkeit für falsche Antworten zulässt.

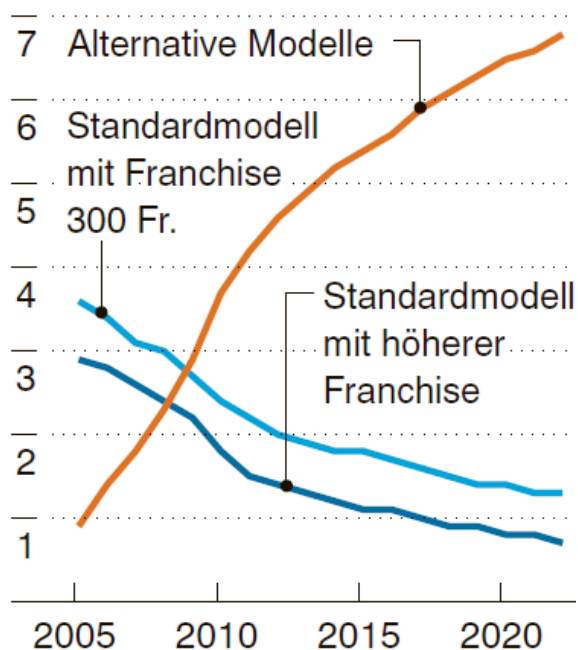
Laut dem Bericht ist schweizweit ein Drittel aller Personen im Standardmodell versichert. Weniger als ein Viertel ist es dagegen laut dem Bundesamt für Gesundheit, das jeweils die Versicherungen selbst befragt. Das scheint die präzisere Methode zu sein.

Die beschriebenen Aussagen aus dem Bericht dürften im Grundsatz trotzdem zutreffen. Hinweise darauf finden sich in der Haushaltsbudgeterhebung des Bundesamtes für Statistik.

Deren letzte vollständige Ausgabe ist zwar hoffnungslos veraltet; sie stammt aus den Jahren 2015 bis 2017. Sie zeigt jedoch unter anderem, dass Singles und Paare ohne Kinder unter 65 Jahren im Schnitt höhere Prämien bezahlen, je weniger sie verdienen. (kst)

## Das Standardmodell wird laufend unbeliebter

Gewählte Modelle in der Krankengrundversicherung, in Millionen



Grafik: kst / Quelle: BFG

---

# Viele bezahlen zu viel - aus Unwissen

Seitenzahl

Seitenzahl  
Titelseitenanriss

Krankenkassen Ein neuer Bericht zeigt: Viele Personen, die eher wenig verdienen, sind im Standardmodell versichert, der teuersten Option. Fachleute erklären das damit, dass viele Betroffene mit der Komplexität des Systems überfordert seien. Sie sehen aber auch eine Teilschuld bei den Kassen, die ihre Versicherten nicht auf günstigere Optionen hinweisen.  
**(red)**

## Gleichen tags erschienen in

- Der Bund
- Thuner Tagblatt
- Langenthaler Tagblatt
- Berner Oberländer
- Berner Zeitung Burgdorf Emmental
- Berner Zeitung Stadt + Region Bern
- Basler Zeitung
- Der Landbote