

## Inhaltsverzeichnis

### H+ - DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ

Regine Sauter: «Gerade im Spitalbereich haben wir zu viel Staat» - Interview

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 22.06.2024

### KANTONAL / REGIONAL

TI – «Più valore ai medici di famiglia»

 Corriere del Ticino | 24.06.2024

### SPITÄLER

VD – Crise au CHUV: la droite regrette «du bricolage»

 24 heures | 24.06.2024

ZG – Zuger Klinik kämpft seit Jahrzehnten ums Überleben

 srf.ch | 22.06.2024

ZH – Unsichere Zukunft des GZO Spitals Wetzikon: Hausärzte nehmen eine Verunsicherung wahr

 Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster | 22.06.2024

VD – Quand la gouvernance du CHUV «vacille»

 Le Temps | 22.06.2024

BE – Das Spitalzentrum muss die Ambulanzen neu organisieren

 Bieler Tagblatt | 20.06.2024

BS, BL – Gemeinsame Spitalplanung auf dem Prüfstand

 bz – Zeitung für die Region Basel | 20.06.2024

VS – Pilotversuch zur Entlastung des Spitals

 Walliser Bote | 21.06.2024

### KRANKENKASSEN

Ce que va changer la faïtière unique

 Le Temps | 22.06.2024

GE – A Genève, la caisse publique compromise

 Le Temps | 21.06.2024

Cassa unica, un test sarebbe utile - Commenti

 Corriere del Ticino | 22.06.2024

Les assureurs maladie dynamitent leurs faïtières

 24 heures | 21.06.2024

Casse malati, nasce una nuova associazione mantello

 La Regione | 21.06.2024

Knall bei Krankenkassen

 Tages-Anzeiger | 21.06.2024

Thomas Harnischberg: «Das permanente Hickhack war manchmal fast schon peinlich» - Interview

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 21.06.2024

## DIVERSES

### Yvonne Gilli: Wie stark brodelt es unter den Ärztinnen und Ärzten?

 Radio SRF 1 | 22.06.2024

---

## FORSCHUNG

### Claudio Bassetti: «Es schmerzt, zu sehen, wie man überall schlecht über die Insel spricht» - Interview

 Der Bund | 22.06.2024

---

## GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

### Einheitskrankenkasse: Der Griff in die Mottenkiste

 nebelspalter.ch | 23.06.2024

---

# Regine Sauter: «Gerade im Spitalbereich haben wir zu viel Staat» - Interview

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 22.06.2024

## Beilage - Nachhaltig handeln

Gesellschaft - Die Stossrichtung ist klar: Das Gesundheitssystem muss effizienter, nachhaltiger und digitaler werden. Nationalrätin Regine Sauter (FDP) setzt auf mehr Wettbewerb und die Förderung neuer Modelle. Ausserdem sei es an der Zeit, die Belange der Frauen stärker in den Fokus zu rücken, auch in der Medizin.

### Interview: Viktoria Stauffenegger

*Sie fordern weniger Staat und mehr Effizienz im Gesundheitswesen. Was läuft derzeit alles schief?*

**Regine Sauter:** Ich möchte gerne mit dem Positiven beginnen und festhalten, dass wir ein hervorragendes Gesundheitswesen in der Schweiz haben. Umfragen bestätigen die hohe Qualität des Schweizer Systems. Die Frage ist: Was müssen wir tun, um dieses hohe Qualitätsniveau halten, aber auch die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens gewährleisten zu können? Dafür muss man dort ansetzen, wo das System ineffizient ist. Zu viel Regulierung, also Staat, verhindert eine zielführende Entwicklung.

*Wo sehen Sie den grössten Handlungsbedarf?*

Wenn wir von Ineffizienzen sprechen: Viel mehr Behandlungen müssten ambulant erfolgen und nicht stationär. Da haben wir heute einfach die falschen Anreize und die falschen Finanzierungsstrukturen. Was Regulierungen betrifft: Das Krankenversicherungsgesetz wurde in den vergangenen Jahren unzählige Male revidiert. Für Spitäler, Ärztinnen und Ärzte sowie alle Leistungserbringer bedeutet dies in den meisten Fällen mehr administrativen Aufwand.

*Greift der Staat hier aus Ihrer Sicht zu sehr ein?*

Ja, gerade im Spitalbereich haben wir heute statt Wettbewerb, wie es eigentlich gedacht war, zu viel Staat. Die öffentliche Hand ist oft Eigentümerin, Finanziererin und Planerin von Spitalangeboten; vielfach besteht darüber auch zu wenig Transparenz, oder die öffentlichen Subventionen greifen relativ willkürlich. Dies führt zu ungleich langen Spiesen.

*Was muss sich denn ändern?*

Die Gesundheitsversorgung muss überdacht werden. Wir sind heute an vielen Orten zu kleinräumig organisiert. Stattdessen sollte man zu grösseren Versorgungsräumen übergehen und partnerschaftliche Modelle aufbauen. Das sogenannte Hub-and-Spoke-Modell zum Beispiel sieht ein Spitalzentrum pro Region vor, mit kleineren Gesundheitszentren in den Aussenbereichen. Auch auf diese Weise haben wir eine sichere Versorgung für die Bevölkerung, aber eine effizientere.

*Sie setzen sich stark für Innovationen und digitale Technologien im Gesundheitswesen ein, Stichwort elektronische Patientendossiers. Welche Anwendungsbereiche und Vorteile sehen Sie dafür?*

Ein Vorteil ist bestimmt, dass bei mehreren behandelnden Ärztinnen und Ärzten alle den gleichen Wissensstand über den aktuellen Zustand der Patientinnen und Patienten haben. Das dient der Patientensicherheit, es können aber auch Doppelspurigkeiten vermieden werden, was wiederum Kosten spart. Letztlich dient es aber auch der Entlastung der Ärztinnen und Ärzte, weil sie auf einen Blick alle nötigen Informationen haben. Somit kann der administrative Aufwand reduziert werden. Dort sehe ich auch Sparpotenzial.

*Warum wurde das E-Dossier bisher noch nicht grossflächig umgesetzt?*

Die heutige Version entspricht den genannten Anforderungen noch überhaupt nicht. Zudem ist ein grosser Widerstand von Seiten der Ärzteschaft zu spüren. Es geht letztlich um eine Investition, die mit Kosten verbunden ist, zudem scheut man die Transparenz oder bezweifelt den Nutzen. Ärztinnen und Ärzte sind heute auch nicht verpflichtet, mit einem E-Dossier zu arbeiten. Man hat damals im Gesetz darauf verzichtet. Mit anderen Worten, es nützt einem Patienten nichts, ein E-Dossier zu haben, wenn sein Arzt dann nicht damit arbeitet. Damit die E-Dossiers vermehrt zum Einsatz kommen, muss deren Nutzen klar ausgewiesen werden und allen Beteiligten etwas bringen. Es ist wie bei anderen technologischen Neuerungen: Sie muss breit getragen sein und alle mitnehmen.

*Was macht die Politik, um die Einführung von E-Dossiers zu beschleunigen?*

Wir haben im Parlament in der letzten Session einen Kredit bewilligt, der Anreize schaffen soll, dass mehr Patientendossiers eröffnet werden. Pro eröffnetem Patientendossier gibt es einen Beitrag des Bundes und des Kantons. Es ist ein Anreiz, um die Hürden der Anfangsinvestition etwas tiefer zu setzen. Die heutige Lösung überzeugt jedoch noch nicht, das hat auch der Bundesrat erkannt, der nun eine Überarbeitung vorschlägt.

*Sie setzen sich speziell für die Bedürfnisse von Frauen im Gesundheitssystem ein, Stichwort Femtech. Was ist damit gemeint?*

Die Bedürfnisse der Frauen im Bereich der Gesundheitsversorgung sind andere als jene der Männer. Dem hat man bis jetzt zu wenig Beachtung geschenkt, unter anderem in der Diagnostik. So können Frauen ganz andere Symptome aufweisen als Männer bei derselben Krankheit. Bei einem Herzinfarkt zum Beispiel sind die Symptome je nach Geschlecht unterschiedlich. Das kann dazu führen, dass das Krankheitsbild bei einer Frau nicht sofort erkannt wird.

*Das Problem beginnt bereits in der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte?*

Ja, es wird in der Lehre zu wenig auf die Unterschiede der Geschlechter in der Medizin eingegangen. Das hat man erkannt, indem man zum Beispiel in Zürich jetzt einen Lehrstuhl für Gendermedizin eingerichtet hat, was eine sehr gute Sache ist. Aber nicht nur in der Lehre, sondern auch in der Forschung wird noch zu wenig in den Fokus genommen, dass zum Beispiel neu entwickelte Medikamente bei Männern und Frauen unterschiedlich wirken können.

*Worauf muss sonst noch der Fokus gelegt werden?*

Auf die Innovations- und Forschungsförderung. Hier geht es darum, Projekte von Frauen für Frauen stärker zu unterstützen. Dahinter steht die Überlegung, dass man nicht die eine Hälfte der Bevölkerung aus dem Blick verliert.

*Seit über einem Jahr sind Sie Präsidentin des Spitalverbands H+, des nationalen Spitzenverbands der öffentlichen und privaten Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Im Interview mit der NZZ sagten Sie, dass die Spitäler, die Einrichtungen des Gesundheitswesens und die FDP das gleiche Ziel hätten, nämlich die Kosten zu senken. Ohne Qualitätseinbusse natürlich. Inwiefern konnte dieses Ziel bereits umgesetzt werden?*

Dies so rasch umsetzen zu können wäre ein hoher Anspruch. Aber wir haben die richtige Stossrichtung. Auch die Spitäler tragen die Forderung nach einer grossräumigeren überregionalen Gesundheitsversorgung mit. Zu denken ist an Versorgungsnetzwerke, welche es auch bereits gibt. Zudem beginnen die Spitäler, auch neue Modelle wie etwa «Hospital at Home» zu testen – eine Erweiterung der gängigen Pflege zu Hause: Patientinnen und Patienten werden nach einer Behandlung, die üblicherweise

eine Hospitalisation erfordert, im häuslichen Umfeld therapiert. Auf diesem Gebiet hat die Schweiz, im Vergleich mit anderen Ländern, durchaus Nachholbedarf. Die Spitäler haben erkannt, dass es neue Wege für die Zukunft braucht.

*Neuerungen verursachen meist auch Kosten. Greift die Politik den Gesundheitseinrichtungen dafür unter die Arme? Bietet sie Anreize, neue Wege zu beschreiten?*

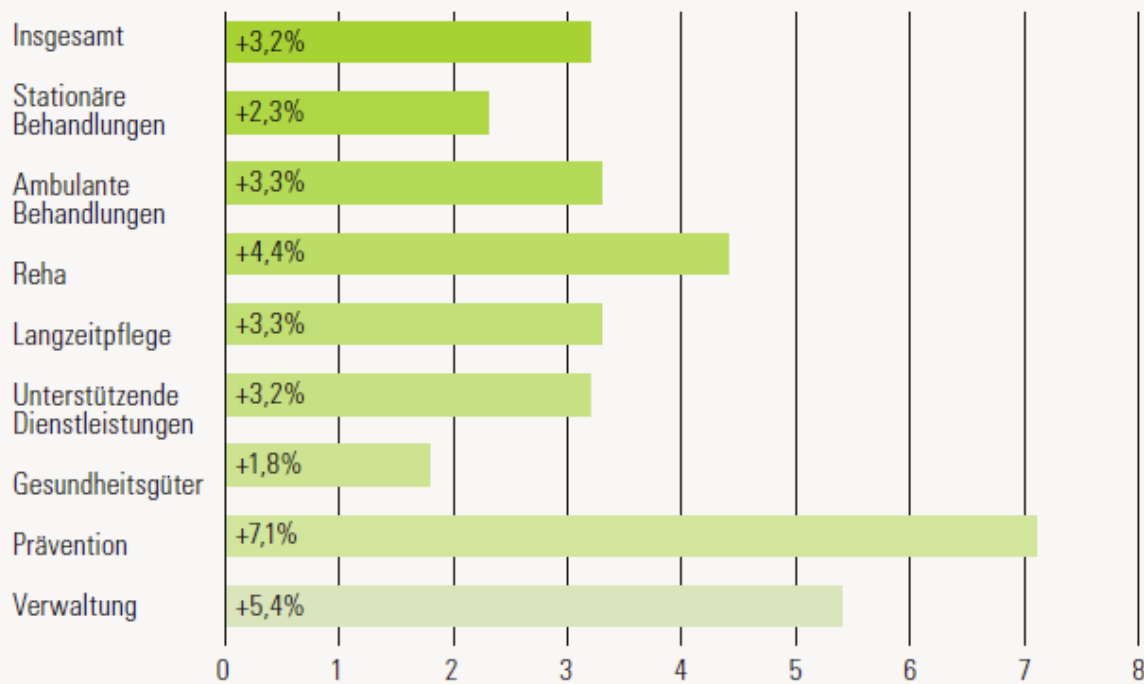
Klar ist für mich: Spitäler, die wirtschaftlich arbeiten und ihre Leistungen in der geforderten Qualität erbringen, müssen adäquat finanziert werden. Das ist leider aktuell nicht gegeben – ein Problem, das sich in den finanziellen Schwierigkeiten vieler Spitäler im Moment zeigt. Die Tarife, die wir heute haben, sind nicht kostendeckend, das muss sich ändern, und es braucht eine neue Tarifstruktur. Ansonsten kommt es zu einer willkürlichen Entwicklung der Spitallandschaft. Einzelne Spitäler werden subventioniert, andere nicht. Es sollte stattdessen eine Entwicklung der Spitallandschaft geben, die sich am Bedarf, an Qualität und Wirtschaftlichkeit orientiert.

## Gesundheitsausgaben in der Schweiz: Entwicklung bis 2025

Bis 2025 werden die Gesundheitsausgaben hierzulande auf fast 100 Milliarden Franken steigen. 2022 betrug sie rund 91,5 Milliarden Franken. Nach Angaben der Konjunkturforschungsstelle der ETH werden vor allem die Kosten bei Prävention, Verwaltung und Reha deutlich zulegen.

Quelle: Statista

### Erwartete Veränderungen nach Leistungen 2022 bis 2025, in Prozent:





# TI – «Più valore ai medici di famiglia»

 Corriere del Ticino | 24.06.2024

La collaborazione tra EOC, USI e Ordine dei medici ha portato alla creazione dell'IMF e di un nuovo concetto di medicina sul territorio. Il professor Luca Gabutti è tra i motori dell'operazione - La sua traiettoria è esemplare - E vede «una formazione che porti a un titolo da specialista»

## Paolo Galli

Era il 4 novembre del 2021, quando Franco Denti, presidente dell'Ordine dei medici, spiegava: «Nel 2012, i medici di famiglia erano 320; oggi sono 280 e di questi soltanto 240 lavorano a tempo pieno. Non solo: una buona parte di loro è nella fascia d'età tra i 56 e i 65 anni». Lo diceva nel quadro della presentazione del progetto di nuovo Istituto di medicina di famiglia in seno alla Facoltà di Scienze biomediche dell'USI. Sono passati quasi tre anni, e ci siamo. La collaborazione tra EOC, USI e Ordine dei medici ha portato finalmente alla creazione del nuovo istituto (IMF). L'EOC ne ospiterà il comparto clinico, una sorta di servizio di medicina di comunità, di territorio, che avrà sede presso l'Ospedale regionale di Lugano, all'Italiano. Questo nuovo Servizio andrà a riorientare e ampliare l'attuale offerta del Pronto Soccorso. Nel ruolo di professore titolare della cattedra in medicina di famiglia, l'USI ha nominato il professor Luca Gabutti, fino allo scorso mese di marzo primary di medicina interna all'Ospedale regionale di Bellinzona. Oggi lui è un medico di famiglia, e la sua traiettoria è indicativa della direzione presa da EOC e USI.

## Un concetto che cambia

Una traiettoria non scontata, insomma, quella di Gabutti. Classe 1963, è passato da una specializzazione - in nefrologia - alla medicina interna generale. Dopo essersi occupato del reparto di dialisi e dell'ambulatorio di nefrologia presso l'Ospedale regionale di Locarno, si è riorientato verso la medicina interna generale diventando primary del reparto di medicina interna dello stesso ospedale e trasferendosi poi a Bellinzona nel 2016. Come lui stesso ammette, lungo il percorso si è ritrovato sempre più coinvolto nella medicina sul territorio. Da lì all'USI - con la responsabilità di portare in avanti il progetto dell'IMF -, dalla medicina ospedaliera a quella ambulatoriale, si è «avvicinato ancora di più all'obiettivo». Lo definisce proprio così, «obiettivo». «L'idea, riorientando la mia scelta professionale e accettando di occuparmi del nuovo istituto, era proprio di contribuire a ridare valore alla medicina di famiglia, e di farlo attraverso un concetto di formazione con un nuovo progetto di Master in questo stesso ambito». L'idea, per rilanciare la medicina di famiglia, è proprio questa: dare il valore che merita a questa formazione, «riconoscendole un nuovo titolo di specialista, promuovendone l'immagine e rendendo più efficace l'attività in termini di presa in carico dei pazienti. Come? Facilitando l'interazione con strutture ospedaliere, specialisti e altre professioni sanitarie attraverso la messa in rete di competenze, la ricerca e la formazione».

## Quando manca un riferimento

In questo senso, fa riflettere la proliferazione di centri medici, oltre che la rarefazione dei rapporti tra medici, intesi come riferimenti essenziali, e pazienti. Chiediamo allora al professore se non teme che l'eccessiva messa in rete delle cure possa allontanare le parti. «Non parliamo, in questo caso, di un grande comparto organizzato che includa ogni specializzazione, o di una megarete di cura, ma piuttosto di un modo per stimolare, attraverso la formazione e la ricerca, il colloquio, il lavoro comune e la trasmissione di informazioni, con lo scopo di facilitare le cure a favore del paziente ». A volte - e chi ha o ha avuto genitori anziani se ne sarà già reso conto - si ha la sensazione che i pazienti non abbiano i riferimenti sicuri, presenti, che avevano in passato. Gabutti non ragiona in termini nostalgici, guarda avanti ma sottolineando proprio questi aspetti: «Penso vada promosso quel ruolo, quella figura di riferimento, quindi non l'esponente di un'organizzazione medica, ma una persona che si metta a disposizione del paziente, che metta a disposizione le proprie competenze. E non soltanto nei confronti della persona malata, ma della persona nel suo complesso, anche in termini di prevenzione, di accompagnamento». Concetto essenziale anche di fronte all'invecchiamento della popolazione. «C'è l'idea che il medico di famiglia possa acquisire tutti i necessari strumenti

## È tutto pronto ormai per il lancio dell'istituto- I dettagli a settembre

I dettagli verranno presentati il prossimo mese di settembre, ma sembra tutto pronto per il lancio del nuovo Istituto di medicina di famiglia, ma anche di un nuovo Servizio di medicina di territorio, di comunità, che avrà sede all'italiano. Realizzare in Ticino, all'interno dell'USI, «un Istituto di medicina di famiglia a tutti gli effetti permetterà di avere un adeguato "contenitore" per tutte le offerte formative volte a incrementare il numero di medici di base sul lungo termine nel nostro cantone. Si potrebbe così dare vita a un'entità universitaria realmente al servizio della medicina di famiglia», aveva spiegato il consigliere di Stato Raffaele De Rosa. Franco Denti, presidente dell'OMCT, parlava anche di «accrescere (attraverso il nuovo istituto, ndr) la cultura della medicina».

solo attraverso una pratica decennale, ma dal mio punto di vista anche la formazione, una formazione mirata, può giocare un ruolo, fornendo strumenti di vario tipo, anche di comunicazione, di lavoro interdisciplinare, di presa in carico globale. Oggi come oggi, la formazione è concepita principalmente nell'ambito ospedaliero, non come presa in carico della persona in una forma continuativa». Gabutti poi va oltre: «Il mio sogno è di contribuire alla formazione di nuovi medici che possano dal primo giorno essere punti di riferimento per la cittadinanza, partner per affrontare ogni questione relativa alla salute, sia nella dinamica della malattia, sia nel quotidiano della prevenzione».

## Le difficoltà del settore

Insomma, due sono gli aspetti: dare una sorta di nuova dignità al ruolo, con tanto di titolo specialistico, e poi portare nel territorio un nuovo concetto formativo, «dando una chiara identità al percorso». Una necessità, vista la già citata mancanza di medici di famiglia. E torniamo, insomma, alle parole di Franco Denti. A Luca Gabutti chiediamo per quale motivo la missione, il fuoco sacro, della professione non spinga i giovani medici verso la medicina di famiglia. «L'ambizione è diventare specialisti, acquisire la competenza di punta in un determinato ambito. Alcune specialità sono quindi cresciute in modo importante e non pilotato, lasciando un attimo in secondo piano la medicina interna generale e la medicina sul territorio. Ciò che vogliamo fare è invertire questa tendenza, costruire un'immagine diversa che possa fungere da incentivo ai giovani medici a orientarsi in questa direzione. Proprio come le altre specialità». Non c'è solo questo aspetto. E Gabutti lo conferma: «I requisiti in termini amministrativi, gestionali, oltre che quelli posti dal sistema assicurativo in forma di limitazioni, sono diventati un peso molto importante da sopportare. Tutti requisiti giustificati, che hanno reso complicata la gestione della propria attività sul territorio ». La professione quindi non ha perso fascino, ci sono solo più ostacoli. Gabutti fa una pausa nella chiacchierata, ci pensa su e aggiunge: «A dirla tutta, credo che anche una

parte dei pazienti abbia smarrito il valore del rapportarsi a un medico di famiglia. È nostra responsabilità, allora, aiutare i pazienti a ricostruire questa relazione».

---

# La crisi delle “vocazioni”, una questione di «scelte scellerate»

Seitenzahl  
7

Seitenzahl  
Bericht

Il presidente Franco Denti parla dell'avvio dell'IMF come della «realizzazione di un sogno», ma guarda poi più in là, ricordandoci che c'è ancora molto da fare. Pure coinvolto nel futuro del settore - e come avrebbe potuto essere altrimenti -, lo abbiamo visto, è anche l'Ordine dei medici, in particolare grazie alla spinta del suo presidente, Franco Denti. Che ci ricorda: «L'avvio dell'Istituto di medicina di famiglia è la realizzazione di un mio sogno da quando ero parlamentare e avevo assicurato tutto il mio sostegno alla nascita del Master in medicina umana in Ticino. Mi sono battuto per questo progetto, superando innumerevoli pregiudizi, sia nel corpo medico che nella classe politica ticinese, mentre a livello nazionale l'idea di avere un IMF in Ticino era fortemente sostenuta». Denti ha però potuto contare sul sostegno di tre personalità: «Mario Bianchetti, Albino Zraggen e Mauro Martinoni, tra i primi a credere nell'ambizioso progetto dell'USI. Anche l'EOC ha giocato un ruolo importante, con il direttore generale Glauco Martinetti, che è riuscito a convincere i direttori degli ospedali che il progetto dell'IMF doveva superare i regionalismi». Per Denti la crisi delle “vocazioni” per la medicina di famiglia ha radici lontane ed è «il risultato delle scelte scellerate della Confederazione con le moratorie che hanno bloccato per più di un decennio molti giovani medici negli ospedali. Anche i Cantoni non si sono mai chinati sul bisogno di assicurare un corretto approvvigionamento di medici di famiglia sul territorio. È dal 2006 che chiamiamo l'attenzione della politica! Dapprima con la discesa in Piazza a Berna - erano più di 12.000 i camici bianchi -, poi nel 2009 con la riuscita di un'iniziativa popolare, ritirata in favore del controprogetto diretto “Sì alle cure mediche di base”, accettato nel 2014. Purtroppo, le condizioni di lavoro di un medico di famiglia sono sempre peggiorate. Confido che l'IMF possa garantire una formazione ottimale e fungere da “casa” per i medici di famiglia nella quale riconoscersi e svolgere una formazione continua di alto livello». E poi, guardando addirittura più in là? Il dottor Denti ha le idee chiarissime: «Tre cose: 1) rivedere l'esame federale di ammissione alle facoltà di medicina, poiché non permette di valutare la volontà dei candidati di fare il medico curante; 2) abolire il numero chiuso: da un lato, ci si lamenta della carenza di medici; dall'altro non c'è nessuna coordinazione a livello federale dei posti nelle facoltà; 3) sostenere il progetto di “Praxis Assistent”, frutto della collaborazione tra il DSS e l'OMCT, che mette a disposizione di giovani medici posti di assistente presso selezionati studi del territorio».

# VD – Crise au CHUV: la droite regrette «du bricolage»

24 heures | CHUV | 24.06.2024

La gouvernance de l'hôpital universitaire est à nouveau pointée du doigt après une série de départs et la multiplication des intérim au comité de direction.

## Romarc Haddou

La gouvernance du CHUV n'en finit plus de faire des vagues. Alors que son statut de service de l'État a maintes fois été remis en cause, c'est aujourd'hui une série de changements à sa tête qui fragilise l'hôpital universitaire. Dans une enquête du «Temps» publiée samedi, un observateur évoque même «un avion sans pilote». Récemment, le Conseil d'État annonçait que le poste de directeur général serait mis au concours à la rentrée 2024. L'actuel titulaire, le Pr Nicolas Demartines, avait été nommé en décembre 2022 à la suite du départ surprise de Philippe Eckert à cause de «divergences de vues» au comité de direction.

## Prolongation non prévue

Si le caractère ad interim («jusqu'au 31 décembre 2024 au plus tard») de cette nomination avait été annoncé, certains imaginaient que la mission de Nicolas Demartines serait prolongée. Le gouvernement assure aujourd'hui qu'il n'en a jamais été question. Une limpidité troublée par des témoignages ciblant «le sexisme de bas étage» de l'actuel directeur, décrit dans «Le Temps» comme «coutumier de blagues graveleuses et de remarques sexistes». Lui indique n'avoir «jamais reçu de plaintes» mais présente ses excuses aux éventuelles personnes blessées par des déclarations qui «étaient clairement de l'humour».

## Quatre départs

Autre élément qui interroge: une possible période transitoire entre le départ de Nicolas Demartines et l'arrivée de son successeur. «Le Temps» annonce que c'est Gianni Saitta, actuellement à la tête de la Direction générale de la santé, qui présidera temporairement le comité de direction du CHUV. Ce dernier est aussi président de la task force «Impulsion» (plan de réduction des coûts) et deviendra, le 1er août, directeur des opérations (une fonction nouvellement créée) ad interim à 50%. Une configuration qui n'a pas vocation à durer, selon la ministre de la Santé Rebecca Ruiz, mais qui ajoute à l'instabilité au sommet de l'hôpital après que le directeur financier a changé en 2023 et que trois autres directions ont perdu leur chef ce printemps: ressources humaines, constructions et logistique hospitalière.

## «Besoin d'une structure solide»

«La gestion du CHUV est devenue d'une complexité folle», admet Rebecca Ruiz dans «Le Temps». Si bien que la ministre envisage une refonte de la gouvernance interne. Un groupe de travail doit y réfléchir avec l'appui du tout nouveau Conseil stratégique. De quoi raviver les critiques de la droite envers le statut particulier du CHUV. «Comme après le départ de Philippe Eckert, il faut saluer la réactivité et les prises de

décisions de la conseillère d'État, même si de grandes questions demeurent, réagit Philippe Miauton, député PLR et membre de la commission de la santé publique. Il y a beaucoup de départs et on fonctionne à coups d'intérim alors qu'un hôpital de cette ampleur a besoin d'une structure solide. Quand on voit que l'intérim sera, en plus, assuré par le responsable d'un service de l'État, indépendamment de ses qualités personnelles, ça ressemble à du bricolage.» L'élu n'entend pas remettre l'autonomisation du CHUV sur la table mais estime que les problèmes actuels sont générés par le statut particulier de l'institution. «Depuis que la gauche a contourné l'idée d'un conseil d'administration, comme il en existe partout ailleurs, rien n'a été résolu. Et cette instabilité empêche de bien réfléchir aux défis de l'économicité pour l'hôpital et les coûts de la santé en général.» Côté syndical, on veut aussi voir plus large. «Nous sommes face à une crise du sommet mais notre vraie préoccupation, c'est la crise de la base avec un manque de moyens et le plan d'économie Impulsion, recadre David Gygax, secrétaire syndical au SSP Vaud. Le vrai problème est d'ordre politique et ne dépend pas des personnes qui composent la direction du CHUV.»



La conseillère d'État Rebecca Ruiz a annoncé le lancement d'une réflexion à propos de la gouvernance interne du CHUV.

# ZG – Zuger Klinik kämpft seit Jahrzehnten ums Überleben

 [srf.ch](https://www.srf.ch) | 22.06.2024

Aktuell steckt die Andreasklinik im Konflikt mit der Zuger Regierung, welche dem Spital gewisse Leistungen vorbehalten will. Der Blick ins Archiv zeigt: Schon immer war der Weg des Chamer Spitals steinig. [zentralplus](#) rollt das Langzeitdrama auf.

## Valeria Wieser

Geht es nach der Zuger Regierung, soll die [Andreasklinik](#) in [Cham](#) ihre Leistungen abbauen. Gemäss der Spitalliste 2023 soll das Zuger Kantonsspital künftig für die Grundversorgung zuständig bleiben, während die [Andreasklinik](#) ein Angebot an Wahleingriffen anbieten kann.

Dagegen wehrt sich die Chamer Klinik, die darin eine Verschlechterung der Gesundheitsversorgung für Zuger sieht. Aus diesem Grund zog die Klinik den Fall vors Bundesverwaltungsgericht in St. Gallen ([zentralplus berichtete](#)). Bis dort ein Entscheid vorliegt, wollen sich die Verantwortlichen nicht zu den aktuellen Umständen äussern.

## Chamer Spital und Regierung – eine alte Fehde

Ein Blick zurück in die Geschichte des Chamer Spitals zeigt: Es ist längst nicht das erste Mal, dass sich die Regierung und die [Andreasklinik](#) in den Haaren liegen. Im frühen 20. Jahrhundert gründete die Bürgergemeinde in [Cham](#) ein erstes Spital. 1909 wurde der Bau eröffnet, in dem unter anderem rund 18 Betagte und Pflegebedürftige, rund 15 Arme und auch ein paar «gutmütige Geisteskranke» Platz fanden. Dies entnimmt man dem Buch «Vom Asyl [Cham](#) zur Andreasklinik».

Die Institution florierte. Nicht zuletzt auch wegen der Spanischen Grippe, die zu jener Zeit grassierte. 1922 stimmte die Chamer Bürgergemeinde für eine Erweiterung, erstmals wurden im Operationssaal Sterilisationsapparate eingerichtet. 1928 wurden im Asyl [Cham](#) 175 Operationen durchgeführt. Die Leitung befand, es sei Zeit, dass der Kanton seine Spitäler unterstütze. Später wurde auch eine Geburtenabteilung gegründet.

1946 plante die Spitalleitung, das Asyl neu zu bauen. Nur: Ohne Subventionen von Bund und Kanton konnte sich die Bürgergemeinde keine neue Infrastruktur leisten. «Doch es bestand kaum Aussicht auf Unterstützung durch den Kanton. Während sich die Ordensschwester über die prekären Platzverhältnisse im Asyl beklagten, gab es im Dorf kritische Stimmen gegen einen Neubau», führt die Autorin Alice Odermatt aus. Einige seien der Meinung, das «Asyl» solle klein bleiben und sich bei der medizinischen Versorgung auf [Cham](#) beschränken. «Das grösste Hindernis blieb die Finanzierung.»

## Mehrere Spitäler buhlen um Gelder

Die Zuger Regierung beäugte die Baupläne im Jahr 1955 kritisch. Dies, da sich nicht nur Cham, sondern auch die anderen Zuger Spitäler, nämlich das [Spital](#) Baar, die Klinik Liebfrauenhof und das Bürgerspital in Zug finanzielle Unterstützung für ihre Aus- und Neubauten wünschten.

Der Kanton gab eine Studie in Auftrag, um die Zuger Spitalpolitik als Ganzes zu analysieren. Das Expertenbüro Aregger aus Zürich kam zum Schluss, dass ein einziges Krankenhaus im Kanton kostengünstiger und effektiver wäre. Sollten jedoch alle vier Spitäler weiterhin erhalten bleiben, sahen es die Experten als angebracht, dass sich diese unterschiedlich ausrichten.

1962 wurde das [Spital](#) Cham, wie es nun hiess, aufgrund Platzmangels erweitert. In jener Zeit stiegen die Personalkosten massiv. Allein zwischen 1960 und 1968 um das Vierfache. Dies insbesondere, da der Betrieb immer weniger auf die Hilfe von Heiligkreuz-Ordensschwestern und immer mehr auf Fachkräfte zählte. 1974 schrieb das [Spital](#) erstmals ein grösseres Betriebsdefizit.

Wie viele Spitäler braucht es in Zug? Die Frage stellte man sich früh

Ende der 1970er-Jahre stand für den Kanton fest: Vier Spitäler im kleinen Kanton Zug, das sind zu viele. Urs Wiederkehr kam 1977 ins Chamer Spital, zunächst als Belegarzt, später als ärztlicher Spitalleiter. 30 Jahre lang hielt er dem Betrieb die Treue.

Er erinnert sich: «Es war klar, dass das [Spital Cham](#) über die Klinge springen muss. Denn sowohl der Liebfrauenhof als auch das Bürgerspital Zug waren dominant. Die dortigen Leitungen hatten klar das Sagen im Kanton. Auch das [Spital](#) Baar war nicht gefährdet, da es wenige Jahre zuvor erst eröffnet worden war.» Die Sanitätskommission im Kantonsrat beantragte 1979, das [Spital Cham](#) zu schliessen. Damit begann eine turbulente Zeit.

## Jahre auf dem «Schleudersitz»

Wiederkehr erinnert sich lebhaft an diese Jahre. «Wir befanden uns immer auf dem Schleudersitz», fasst er zusammen. «Vonseiten Kanton wurden uns stets Schwierigkeiten bereitet, um eine Schliessung des Chamer Spitals zu legitimieren.»

Doch die Belegschaft wehrte sich. Im Rahmen einer Petition sammelte sie 5000 Unterschriften. «1000 davon sammelte ich selbst. Mir lag die Sache enorm am Herzen», sagt der ehemalige Spitalleiter.

1981 wurde an zwei Wochenenden zudem ein Spitalbazar durchgeführt. «Wir wollten damit der Bevölkerung in Erinnerung rufen, in welcher Situation sich das [Spital](#) befindet und hofften auf ihren Goodwill.» Ein Plan, der aufging. 420'000 Franken sammelte das [Spital](#) mit dem Anlass. «Der Regierungsrat wurde sich unseres Rückhalts in der Bevölkerung gewahr und krebste zurück. Nun sprach er sich – jedenfalls vordergründig – für den Erhalt des Spitals aus. Faktisch lief es anders. Mit allen Mitteln versuchte er, uns kleinzuhalten.»

Dem Chamer Spital wurde das Leben schwer gemacht

Will heissen? «Uns wurde beispielsweise kein Ultraschallgerät gewährt. Daraufhin organisierten wir selbst das Geld für ein Occasionsgerät. Dann aber verbot uns die Regierung, dieses zu nützen, da wir keinen Arzt mit profunder Ultraschallgerät-Kenntnis hatten. Worauf ich wiederum die Ausbildung dafür machte», erzählt Wiederkehr.

«Handkehrum arbeitete ein Arzt bei uns, der im Bereich endoskopischer Abdominalchirurgie ausgebildet war. Das Geld für die benötigten Gerätschaften erhielten wir vom Kanton nicht. Wir zapften also die eigenen Reserven an und leaseten die Geräte», so der ehemalige Arzt. «Somit waren wir das einzige [Spital](#) im Kanton, das zu dieser Zeit endoskopisch durchgeführte Operationen im Bereich Bauchchirurgie durchführen konnte. Das sorgte weit herum für böses Blut.»

Ebenfalls sei das Röntgengerät, das kaputtgegangen sei, vom Kanton nicht ersetzt worden. Auch hier fanden die Verantwortlichen des Spitals [Cham](#) eine Occasionslösung. 1994 folgte ein weiterer Tiefpunkt.

Das [Spital Cham](#) stand erneut vor dem Ende. Dies aufgrund eines Kantonsratsentscheids, der besagte, dass nur noch zwei Zuger Spitäler zu subventionieren seien: das Kantonsspital und das [Spital](#) Baar.

«Ich kann mich an den Namen der letzten Patientin erinnern, die im ansonsten leeren [Spital](#) stationiert war. Man hatte ihr die Gallenblase entfernt. Sobald sie entlassen worden war, kam der Kanton und schloss das Krankenhaus. Es war ein Verhungern im Fleischlager», sagt Wiederkehr. «Wir sahen zwar ein, dass vier Spitäler viel sind. Doch verstanden wir nicht, warum man überall expandierte, während wir wegschikaniert wurden.»

## Teilprivatisierung als vermeintliche Lösung

Um die endgültige Schliessung zu verhindern und einen notwendigen Neubau realisieren zu können, spannte die Bürgergemeinde [Cham](#) mit der American Medical International (AMI), einer amerikanischen Privatlinikgruppe, zusammen. Eine AG wurde gegründet, die Bürgergemeinde beteiligte sich als Minderheitsaktionärin mit einer Million Franken daran. Sie erteilte der AMI das Baurecht auf ihrem Land. Und plötzlich ging alles Schlag auf Schlag. Selbst der Kanton hatte gegen das Projekt kaum etwas einzuwenden.

Geplant war, dass die AMI-Klinik im Oktober 1996 eröffnet wird. Im Juni 1995 begann man mit dem Bau. «Doch dann erlaubte der damalige Sanitätsdirektor die Eröffnung nicht», sagt Wiederkehr. Der Grund: «Zwischen Baubeginn und -ende hatte das Gesetz geändert. Nur jene Spitäler, welche auf der Spitalliste waren, durften betrieben werden. Und wir waren nicht auf der Liste.»

*Ein SRF-Bericht von 1996:*

 [Video starten, Dauer: 02:24](#)

Eine absurde Situation: [Cham](#) verfügte also plötzlich über ein nigelnagelneues Spital, doch dieses stand leer. «Der AMI-Delegierte, der den Bau geleitet hatte, war anfangs als Mann von Welt aufgetreten. Als klar wurde, dass die AMI-Klinik nicht aufgehen kann, setzte er sich von einer Stunde auf die nächste in eher uncharmanter Manier nach Südfrankreich ab, um dort Schafe oder Ziegen zu hüten.»

## Der (vorerst) rettende Sprung auf die Spitalliste

Aufgeben war für die Verfechter des Chamer Spitals keine Option. «Schliesslich hatten wir ja quasi gratis eine Klinik erhalten. Das Geld hatte AMI in den Sand gesetzt, und das Land gehörte nach wie vor der Bürgergemeinde», so Wiederkehr. «Wir mussten schnell reagieren und gründeten gemeinsam mit der Klinik Liebfrauenhof, deren Liegenschaft baufällig geworden war, eine AG.»

Der Liebfrauenhof hatte genügend Geld, um Aktien zu erstehen, die Ärzte aus [Cham](#) beteiligten sich teils mit ihrem Privatvermögen, damit die Firmengründung möglich wurde. «Als neue Firma wurden wir auf die Spitalliste aufgenommen, und so konnten wir die [Andreasklinik](#) am 2. April 1998 eröffnen.»

Kehrte damit endlich Ruhe ein? Mitnichten. Im Jahr 2000 kündigten die Krankenkassen den Vertrag bezüglich der Grundversicherung mit der Klinik. Der Kanton sprang mit einem Darlehen ein, damit das [Spital](#) weiterhin Grundversicherte aus Ennetsee aufnehmen konnte. 2001 übernahm die Zürcher Hirslanden-Holding die Andreasklinik.

Die heutige Situation des Spitals rund um den drohenden Entzug des Leistungsauftrags für die Grund- und Notfallversorgung beobachtet Wiederkehr mit etwas Distanz. «Die [Andreasklinik](#) ist heute eine Firma, der es gut geht. Die Geschehnisse gehen mir heute nicht mehr so sehr an die emotionale Substanz, wie das früher der Fall war. Damals setzte ich mein ganzes Herz in den Erhalt dieses <Spitäli>.»

**Gleicherntags erschienen in**

- [zentralplus](#)

# ZH – Unsichere Zukunft des GZO Spitals Wetzikon: Hausärzte nehmen eine Verunsicherung wahr

 Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster | GZO Spital Wetzikon | 22.06.2024

Region - Wie wirkt sich die unsichere Zukunft des GZO Spitals Wetzikon auf Patientinnen und Patienten aus? Das Thema wird in Hausarztpraxen in der Region tatsächlich angesprochen.

## Aline Ilk

Die Zukunft um das GZO Spital Wetzikon ist ungewiss. Das Spital befindet sich nach wie vor in der provisorischen Nachlassstundung, der operative Betrieb geht aber normal weiter. Doch wie reagieren eigentlich Patientinnen und Patienten, die in das Spital eingewiesen oder darin behandelt werden müssen? Spürt man eine Unsicherheit oder kommt das Thema gar nicht erst zur Rede? Wir haben bei Beleg- und Hausärzten in der Region nachgefragt.

In Bauma sei schon eine gewisse Unsicherheit zu spüren, meint Markus Karzig, Facharzt in der Praxisgemeinschaft. «Ich würde sagen, jeder dritte Patient wirft Fragen auf, wenn es um eine Einweisung oder Zuweisung für eine Untersuchung ins GZO Spital Wetzikon geht», sagt Karzig.

Wenn er ihnen dann aber versichern würde, dass es die beste Option sei, sei alles wieder in Ordnung. «Für mich ist es medizinisch gesehen weiterhin die beste und naheliegendste Lösung in der Region», sagt Karzig. Mit der Schliessung des Spitals in Wetzikon würde laut ihm etwas Wichtiges in der Region fehlen.

## Grundeinstellung bleibt gleich

Die Ärzte der Praxisgemeinschaft Bauma arbeiten in ihren Notfalldiensten am Abend und an Wochenenden in der Hausarztpraxis am GZO Spital. Und dort würden sich laut Karzig nicht weniger Leute behandeln lassen.

«Wenn die Leute einen dringenden Notfall haben, gehen sie weiterhin ins Spital. Diese Grundeinstellung bleibt», bestätigt Karzig. Bisher sei nur einer seiner Patienten einer Behandlung im Wetziker Spital kritisch gegenübergestanden. Er dachte, dass, weil das Spital Geld bräuchte, er dort eher operiert werden würde, auch wenn es nicht nötig sei. Diese Überlegung sei natürlich falsch, bestätigt Karzig.

In Bäretswil seien die Patienten schockiert und verunsichert, wie Constantin Frei, Facharzt in der Arztpraxis Bäretswil, erzählt. Direkt angesprochen würde das Thema weniger. «Ich sehe einen Unterschied zwischen älteren und jüngeren Leuten», erzählt er weiter. Ältere würden sich mehr Gedanken machen, was denn nun sei, wenn das GZO Spital schliessen müsste. «Sie haben eine engere Beziehung mit dem Spital», sagt Frei. Junge seien dagegen besorgt um die Arbeitsstellen, die bei einer Schliessung verloren gehen würden.

## Rückfragen sind selten

Wie Frei sagt, würde er seine Patienten mit deren Einverständnis für Abklärungen oder stationäre Therapien bevorzugt ins GZO schicken, um das Spital zu unterstützen. Da gäbe es nur selten Rückfragen wie beispielsweise «Geht denn das überhaupt noch?». «In unserer Praxis haben wir nach wie vor eine sehr gute Beziehung zum Spital», sagt Frei.

Er persönlich wäre traurig, wenn das Spital schliessen müsste, und er könnte es sich – wie schon Karzig – gar nicht vorstellen. Laut Frei könne das Spital Uster niemals alle stationären und ambulanten Behandlungen übernehmen. Dass das Spital Wetzikon für das Zürcher Oberland nicht systemrelevant sei, stimme seiner Ansicht nach nicht.

Wetziker Patientinnen und Patienten würden Solidarität zeigen. «Wir erhalten sehr viel positives Feedback von unseren Patienten in Bezug auf das GZO. Viele wünschen sich sogar explizit, von mir im GZO Spital Wetzikon behandelt zu werden, um es zu unterstützen», sagt Olaf Büttner, orthopädischer Chirurg in der Orthopädie der Klinik-Impuls in Wetzikon und Belegarzt am GZO. «Meine Patienten zeigen keine Unsicherheit, sie äussern eher die Sorge, dass es das Spital möglicherweise irgendwann nicht mehr geben würde.»

Das bestätigt auch sein Kollege an der Ortho-Klinik, Urs Baumgartner, der ebenfalls Belegarzt am GZO Spital Wetzikon ist. Das ganze Ärzteteam schätze das Spital in Wetzikon. «Für unsere medizinische Arbeit ist es sehr wertvoll, ein Spital direkt vor der Haustüre zu haben», sagt Büttner.



Patientinnen und Patienten sind grundsätzlich nicht abgeneigt, sich weiterhin im GZO Spital Wetzikon behandeln zu lassen.  
Symbolfoto: Moritz Hegglin

# VD – Quand la gouvernance du CHUV «vacille»

 Le Temps | CHUV | 22.06.2024

Les changements s'accumulent au comité de direction du grand hôpital cantonal. L'incertitude règne alors que le Conseil d'Etat a décidé de ne pas prolonger le directeur général ad interim Nicolas Demartines

## Yan Pauchard

Le CHUV, c'est l'orgueil d'un canton, l'un des dix meilleurs hôpitaux du monde si l'on en croit le fameux magazine Newsweek. Et pourtant, le Centre hospitalier universitaire vaudois «vacille» à son sommet, pour reprendre le terme fort de l'un de ses médecins-chefs. En cause, des questions de gouvernance qui inquiètent la communauté médicale, tout comme le monde politique vaudois, jusqu'à ses représentants à Berne qui s'en ouvrent dans la salle des pas perdus. A l'intérieur de l'institution, les vives interrogations sont liées à un contexte compliqué. En raison du plan de retour à l'équilibre financier, baptisé «Impulsion», aucune voix ne s'élève. Toutes les personnes contactées par Le Temps dans le cadre de cette enquête ont expressément exigé un anonymat total.

«Le problème, c'est l'accumulation des changements et des intérimis au sein du comité de direction (Codir), résume un observateur. Le CHUV commence à ressembler à un avion sans pilote.» Le directeur financier a changé durant l'été 2023. Ce printemps, ce sont trois départs d'importance qui ont été enregistrés: ceux des directeurs de la logistique hospitalière et des ressources humaines, ainsi que celui de la directrice des constructions. Ces deux derniers postes, directement dépendants du Conseil d'Etat, sont stratégiques pour le géant aux 12 000 employés, alors que le nouvel Hôpital de l'enfance n'est pas achevé. Ce n'est pas tout.

## Départ précipité de Philippe Eckert

Le 6 juin, une communication interne surprend le personnel. Elle annonce que le directeur général ad interim, Nicolas Demartines, nommé pour un mandat de deux ans (du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2024) ne sera finalement pas prolongé. Il laissera la barre avant même l'arrivée de son successeur, le poste étant mis au concours à la rentrée d'août. «Beaucoup étaient persuadés qu'il serait maintenu, en tout cas jusqu'à l'arrivée du prochain directeur. Lui-même devait également le penser», confie un employé du CHUV. Un hôpital au sein duquel, personne n'a oublié les circonstances agitées qui ont vu Nicolas Demartines reprendre le poste, au pied levé.

Le 15 décembre 2022, la stupéfaction règne en effet quand tombe la démission précipitée de son prédécesseur, Philippe Eckert. Aux yeux de beaucoup, Philippe Eckert demeure celui «qui a su transformer le CHUV en hôpital de guerre durant le covid». Le communiqué officiel évoque alors «un commun accord». En réalité, le départ se déroule dans des conditions difficiles. Le directeur a été écarté par le Conseil d'Etat, payant le fait de s'être mis une partie de sa direction à dos à la suite de divergences de vues sur la conduite de l'institution. «Il a été sacrifié par ses pairs», analyse un fin connaisseur des rouages du CHUV.

«C'est un monde très hiérarchisé, comme à l'armée, image-t-il. Philippe Eckert est un spécialiste de médecine intensive et non pas un chirurgien. Ce fut comme un fantassin débarqué dans l'aviation, ils ne l'ont jamais écouté. Pour calmer la situation, il fallait donc un pilote». Ce «pilote», la conseillère d'Etat Rebecca Ruiz le trouve en la personne de Nicolas Demartines, le «patron» des chirurgiens. Spécialiste de renom de la chirurgie viscérale, salué pour son engagement en faveur de la relève, il apparaît comme «la solution», malgré un profil plus médical que managérial. «Nicolas Demartines, c'est une personnalité, un fort caractère, décrit une personne qui le connaît bien. Il est assis sur une forme d'autorité qui fonctionne dans ce milieu.» Mais cette autorité d'un autre temps passe mal auprès d'une partie du personnel, car le chirurgien est coutumier de blagues graveleuses et de remarques sexistes, comme l'ont confirmé de nombreuses personnes au Temps. Plusieurs sources sont revenues sur une récente séance où il a proposé à une collaboratrice de venir s'asseoir sur ses genoux. «Il a demandé à une autre qui prenait des notes si elle faisait sa liste de courses», s'indigne un témoin. «Il ne peut s'empêcher de faire des remarques aux femmes, c'est plus fort que lui», note un autre.

## «Machisme de bas étage» du directeur

S'il se limite, aux yeux de certains, à un «machisme de bas étage», le comportement est jugé problématique au sein d'une institution dont le personnel est composé à 70% de femmes et qui se veut à la pointe du combat contre le sexisme et le harcèlement sexuel. Sur le site internet du centre hospitalier, on peut d'ailleurs lire: «La direction générale prône une tolérance zéro à l'égard de ces comportements, quels que soient les collaborateurs, leurs fonctions ou leur niveau hiérarchique.» A l'interne, on décrit un Nicolas Demartines fragilisé; au moins une collaboratrice aurait menacé d'alerter la presse.

Le Temps a ainsi été contacté par une femme qui voulait dénoncer des propos sexistes tenus par le directeur à son encontre, avant de renoncer après l'annonce de sa non-prolongation.

Les propos sexistes du directeur général auraient-ils pu jouer un rôle dans le fait qu'il n'ait pas été prolongé? Si Rebecca Ruiz ne souhaite pas commenter le cas particulier d'un collaborateur du canton, se prévalant du «secret de fonction», elle ajoute qu'«il a toujours été clair pour le gouvernement que Nicolas Demartines n'irait pas au-delà de son mandat de deux ans, même si au CHUV, certains ont pu penser qu'il serait prolongé». Contacté, l'intéressé a quant à lui répondu au Temps par écrit. Nicolas Demartines assure n'avoir «jamais reçu de plainte». «Je peux entendre que certaines de mes déclarations, qui à mes yeux étaient clairement de l'humour, aient été mal perçues. Si malheureusement certains de mes propos ont pu blesser des personnes, homme ou femme, je leur présente mes excuses», rajoute-t-il, rappelant qu'il demeure «un fervent soutien de la cause de l'égalité en médecine». «Je me suis engagé activement toute ma vie professionnelle pour soutenir les carrières féminines», insiste encore le directeur général, évoquant, parmi d'autres exemples, le fait qu'il ait nommé 50% de femmes cheffes dans son ancien service de chirurgie viscérale.

Concernant une éventuelle prolongation, Nicolas Demartines se dit conscient que «certaines personnes ont manifesté leur souhait que je sois prolongé». Mais lui s'est «toujours projeté dans cette fenêtre de deux ans». «J'ai dépassé l'âge de la retraite et j'ai de nombreux projets scientifiques qui m'attendent», mentionne encore le chirurgien de 67 ans, qui précise qu'il demeurera en fonction jusqu'aux fêtes de fin d'année, comme prévu. Reste qu'entre son départ et l'arrivée de son successeur, il pourrait s'écouler quelques mois. Une solution transitoire a donc dû être trouvée par le Conseil d'Etat. Celle-ci ne fait pas l'unanimité.

Pour cette période où le CHUV se retrouverait sans directeur, le comité de direction sera présidé par Gianni Saitta, le directeur général de la Direction générale de la santé (DGS). Dès le 1er août, également, ce dernier assumera la toute nouvelle fonction de directeur des opérations (DOP), de manière intérimaire à 50%, tout en poursuivant son mandat de président de la task force «Impulsion».

Ce dispositif apparaît aussi complexe qu'il questionne, car Gianni Saitta, de par ses fonctions à la tête du Département de la santé, est un proche collaborateur de Rebecca Ruiz. «Cela fait quand même une sacrée concentration des pouvoirs entre les mains d'un tout petit nombre de personnes, on resserre drôlement la courroie entre le politique et le CHUV», s'alarme un médecin, rappelant la configuration unique de l'hôpital

qui demeure un service de l'Etat, donc directement lié au gouvernement. «C'est un dispositif qui ne durera que quelques mois», rassure de son côté Rebecca Ruiz. Elle justifie le choix de Gianni Saitta: «Vu cette très courte période d'intérim, il fallait une personne qui pouvait être rapidement efficace, ce qui aurait été moins le cas en allant chercher quelqu'un à l'extérieur. Et comme il ne postulera ni au poste de DG, ni à celui de DOP, il n'y aura pas d'interférence avec le processus de sélection». La conseillère d'Etat signale que plusieurs intérimis au sein du Codir, comme celui du DRH, seront de longue durée, les postes étant repourvus qu'après l'arrivée du futur directeur général. Mais la socialiste se refuse à parler de flottement. «Les personnes en place sont solides, avec une grande expérience, j'ai toute confiance en elles», insiste la magistrate.

## Réflexion sur une nouvelle gouvernance interne

Rebecca Ruiz reconnaît néanmoins que le système de gouvernance actuelle a atteint ses limites. «Avec 12 000 collaborateurs, une cité hospitalière en constant chantier et de fortes pressions financières, la gestion du CHUV est devenue d'une complexité folle», souligne-t-elle, annonçant la création d'un groupe de travail qui va réfléchir à réformer la gouvernance interne, y compris sur des questions comme la composition du Codir. Les travaux de ce groupe seront accompagnés par le Conseil stratégique. Fruit du contre-projet du Conseil d'Etat à l'initiative PLR visant à autonomiser le CHUV, cet organe est entré en fonction au début de l'année.

L'action de la conseillère d'Etat ne fait pas que des sceptiques. Député et lui-même ancien médecin Jacques-André Haury la juge même «courageuse». «On sent une volonté de remise à plat, c'est réjouissant car on ne peut plus continuer avec des changements et des intérimis à tout va». Membre de la commission de gestion, le vert libéral se veut rassurant. «Les turbulences ne sont certainement pas terminées, mais elles sont essentiellement administratives. Les patients continuent d'être bien soignés». Au sein de l'hôpital, certains ne partagent pas ce point de vue. «Le CHUV n'est pas qu'un hôpital de soins, c'est un centre universitaire de pointe engagé dans une compétition internationale féroce, rappelle un de ses cadres. La stabilité de sa direction est un élément essentiel, c'est un critère scruté par les grandes fondations pourvoyeuses de fonds». Pour d'autres, ces changements à la tête de l'hôpital provoquent aussi «des dysfonctionnements en cascade» paralysant la résolution de crises internes. Le service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme en serait un exemple.

## Service d'endocrinologie en crise

Depuis l'automne 2022, cette entité est en effet secouée par de violents conflits et des accusations de mobbing. Contactés par Le Temps, plusieurs employés confirment une «ambiance toxique», voire de «la maltraitance institutionnelle», faisant état de «propos rabaissants, de menaces et d'insultes». Les départs se multiplient. «Ce service connaît de graves dysfonctionnements, la crise est connue depuis des années, et c'est vrai qu'avec les intérimis à des postes clés comme les ressources humaines, cela n'aide pas à prendre des mesures», confirme un cadre. Dans le service en question, beaucoup se sentent «complètement abandonnés» par la hiérarchie. «Il ne se passe rien», appuie un collaborateur.

Aujourd'hui, deux procédures sont en cours: une conciliation, mais surtout une démarche lancée devant les tribunaux. En février 2024, un recours pour déni de justice a été déposé par un médecin contre le CHUV auprès du Tribunal de prud'hommes de l'Administration cantonale (Tripac). Il est reproché à l'institution de pas avoir procédé à des investigations à la suite d'accusations de mobbing, comme la contraint le Règlement relatif à la gestion des conflits au travail et la lutte contre le harcèlement (RCTH). Rebecca Ruiz a été alertée personnellement à deux reprises par des courriers d'avocat.

Là encore, la conseillère d'Etat se refuse à tout commentaire, liée par son secret de fonction, mais signale qu'une analyse interne va être réalisée.

Le CHUV confirme par écrit qu'une «investigation a été demandée et va être lancée prochainement». «En fonction de l'issue de cette démarche, les mesures adéquates et nécessaires seront mises en place rapidement», précise son service de communication. Ce dernier reconnaît que le service «vit une situation difficile, de longue date». L'institution conteste cependant le reproche de ne pas avoir agi. «Depuis fin 2022, de multiples démarches ont été menées sous l'égide de la direction des ressources humaines, répond le CHUV, admettant toutefois que celles-ci n'ont «pas porté tous les fruits escomptés». Et de conclure en assurant que, malgré le contexte, «la prise en charge des patients n'est aucunement impactée».

---

## Quand la gouvernance du CHUV «vacille»

Seitenzahl

Seitenzahl  
Titelseitenanriss

Santé - Le grand hôpital universitaire vaudois traverse une crise à son sommet. Le comité de direction connaît un nombre inhabituel de départs et d'intérimis. Une incertitude qui inquiète la communauté médicale

- Le gouvernement a décidé de ne pas prolonger le directeur général ad interim de l'institution, Nicolas Demartines; la conseillère d'Etat Rebecca Ruiz envisage quant à elle une refonte de la gouvernance interne
- «Avec 12 000 collaborateurs, une cité hospitalière en constant chantier et de fortes pressions financières, la gestion du CHUV est devenue d'une complexité folle», souligne-t-elle. «Le Temps» a mené l'enquête

# BE – Das Spitalzentrum muss die Ambulanzen neu organisieren

 Bieler Tagblatt | 20.06.2024

Da der Kanton Bern keine Patiententransporte bezahlen will, gründet das Spitalzentrum eine eigene Firma – gemeinsam mit dem TCS.

## Nicolas Geissbühler

Wenn jemand einen Notfall hat, rückt normalerweise die Ambulanz mit Rettungssanitätern aus. Auch wenn eine Patientin auf der Intensivstation in ein anderes Spital verlegt werden muss, kommt der Rettungsdienst zum Zug. Er überwacht Patienten und Patientinnen, die in kritischem Zustand sind, auch während des Transports.

Bisher kümmerte sich die Ambulanz auch um Transporte von Personen, die zwar nicht gefährdet sind, aber aus anderen Gründen trotzdem nicht mit dem Taxi hätten fahren können. Eine alte Person, die nicht sitzen kann, beispielsweise.

Das wird sich nun ändern: Der Kanton Bern, der eine Defizitgarantie für die Ambulanzunternehmen bereitstellt, will diese nur noch für tatsächliche Rettungseinsätze sprechen – und nicht für Transportfahrten, wie die nicht zwingenden Ambulanzfahrten genannt werden.

## Klare Trennung

Darauf hat das Spitalzentrum Biel, das auch die Tochtergesellschaft Ambulanz Region Biel AG (ARB) und damit den ambulanten Service der Region betreibt, nun reagiert. Sie wollen in Zukunft die Patiententransporte und die Rettungsfahrten klar trennen.

Dazu gehen sie eine Partnerschaft mit dem Touring Club Schweiz (TCS) ein, genauer mit deren Tochtergesellschaft TCS Swiss Ambulance Rescue AG (TCS SAR). Gemeinsam gründeten sie die neue Firma TCS Ambulance Services Mittelland AG, an der das Spitalzentrum mit einem Drittel und die TCS SAR mit zwei Dritteln der Aktien beteiligt sind. Ausserdem kauft sich die TCS SAR in die Bieler ARB ein. Dort hält das Spitalzentrum neu zwei Drittel der Aktien, die TCS SAR ein Drittel.

## Gewisse Grösse nötig

Ziel dieser Reorganisation ist, sich an die Strategie des Kantons anzupassen: Die Ambulanzen sollen demnach in vier Versorgungsregionen organisiert werden, wie der CEO des Spitalzentrums, Kristian Schneider, sagt.

«Wir werden auch mit dem Berner Jura und Aarberg sprechen, um eine grosse Ambulanzorganisation zu machen», sagt Schneider. Nur ab einer bestimmten Grösse ergebe eine Rettungs- oder

Transportorganisation Sinn, gerade im Patiententransport. In der kleinen Schweiz sei eine grossflächige Abdeckung einzelner Unternehmen zielführender, sie bringe sowohl qualitative als auch organisatorische Vorteile, so Schneider.

Mit der Partnerschaft mit dem TCS – eine erfahrene Schweizer Organisation, die ebenfalls nicht gewinnorientiert ist, wie Schneider es sagt – könne man diese Transformation angehen und als Organisation wachsen.

## Keine Entlassungen

Die neue Tochterfirma hat mit den Transportfahrten einen anderen Auftrag, als die Ambulanz. Dazu braucht es auch keine Ambulanzen, sondern minimal ausgestattete Transportfahrzeuge, in denen die Patientinnen und Patienten auch liegen können. Auch braucht es nicht Rettungssanitäterinnen, sondern weniger ausgebildete Transporthelfer und -helferinnen.

Die bereits bis anhin bei der Ambulanz arbeitenden Transporthelferinnen und -helfer würden nun in die Tochterfirma eingegliedert, wie der CEO des Spitalzentrums, Kristian Schneider, sagt. Und auch sonst würden keine der rund 80 Stellen abgebaut.

## Was ändert sich?

Dafür würden die Angestellten des neuen Transportunternehmens vorerst nur von Montag bis Freitag arbeiten. Auch Nachtschichten wird es laut Schneider nicht geben.

Und auch für die Betroffenen solle sich wenig ändern, sagt der Spitaldirektor. Bei den Rettungseinsätzen habe man ohnehin Tarife, an die man sich halten müsse. Und das neue Transportunternehmen werde seine Preise so wählen, dass dieses wirtschaftlich bestehen kann, so Kristian Schneider.

Der Fokus beim privaten Unternehmen werde aber auf der Qualität liegen, sagt er. Dennoch sollen «die Preise plus minus gleich bleiben», wie bis anhin, sagt Schneider.

---

# Ambulanzsystem in Biel wird umgestaltet

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Das Spitalzentrum Biel strukturiert das Ambulanzsystem neu: Der TCS steigt in die Aktiengesellschaft ein, zudem wurde eine neue private Firma gegründet, die sich um reine Patiententransporte – also planbare Fahrten von Patientinnen und Patienten, die sich nicht in kritischem Zustand befinden – kümmert. Grund für die Änderung ist eine strengere Regelung des Kantons. Der CEO des Spitals spricht von Vorteilen für alle. **(nge)**

# BS, BL – Gemeinsame Spitalplanung auf dem Prüfstand

 bz – Zeitung für die Region Basel | 20.06.2024

Die Gesundheitsdirektoren beider Basel haben eine Verlängerung der Spitallisten beantragt. Der Grund ist eine Wirkungsanalyse.

## Nora Hoffmann

Der Druck aus dem Landrat zeigt Wirkung: Die beiden Gesundheitsdirektionen von Basel-Stadt und Baselland wollen nun eine Wirkungsanalyse zu getroffenen Massnahmen der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) durchführen, «um Erkenntnisse für die weitere Zusammenarbeit zu gewinnen». Deswegen werde die Überarbeitung der gleichlautenden Spitallisten Akutsomatik um mindestens ein Jahr bis Ende 2025 verzögert.

Die beiden Halbkantone verfügen seit fünf Jahren über eine gemeinsame Planung und Regulierung der Gesundheitsversorgung innerhalb der GGR. Die gemeinsame Spitalliste mit Leistungsaufträgen an die regionalen Spitäler im Bereich der Akutsomatik besteht seit 2021.

Namentlich gibt es bisher in beiden Basel die Spitallisten neben der Akutmedizin in der Psychiatrie (seit Januar 2024) sowie die gleichlautenden Spitallisten in der Rehabilitation, die voraussichtlich per Januar 2025 in Kraft treten werden. Die beiden Basel planen und regulieren also das Angebot in diesen Bereichen gemeinsam. Ein Ziel ist das Kostenwachstum im Gesundheitswesen so dämpfen zu können.

## Der Druck kam aus dem Landrat

Sven Inäbnit (FDP) forderte im Landrat vor einem Jahr in einem Postulat die Neubeurteilung der GGR – sie sei dringend notwendig. Inäbnit begründete damals: «Die kürzliche Wertberichtigung von 92 Millionen Franken durch die Basler Regierung für das Felix Platter Spital zeigt exemplarisch auf, dass in Basel-Stadt bezüglich staatlicher Spitalfinanzierung ganz andere Massstäbe gelten als im Kanton Baselland.» Er verlangte sogar ein Ausstiegsszenario, «sollte der Vertrag für das Baselbiet unvorteilhaft sein oder mit Basel-Stadt keine Übereinkunft gefunden werden». Ein Ausstieg sei aber nicht das primäre Ziel, so Inäbnit am Mittwoch. Der Landrat hatte den Vorstoss mit grossem Mehr überwiesen.

Zur Ankündigung der beiden Regierungen betreffend der Wirkungsanalyse sagt der Baselbieter Politiker: «Wir haben in der Baselbieter FDP davon Kenntnis genommen und hoffen sehr, dass mehr dabei herauskommt, als ob die Spitallisten kostendämpfend wirkten.» Dass nun ein Teil des Postulats umgesetzt werde, sei erfreulich, dass es so lange gedauert habe, bis etwas geschehe, sei hingegen ungenügend. Seiner Meinung nach reiche es nicht aus, die Analyse nur in Bezug auf die Listen zu machen. Untersucht werden müsse auch das Verhältnis zwischen grossen und kleinen Spitälern, öffentlichen und privaten und Stadt und Land. «Ich hoffe sehr, dass man dadurch mehr Erkenntnisse gewinnt und die aktuelle Verteilung und geplante Kapazität der stationären Infrastruktur in der Region noch mehr hinterfragt», sagt Inäbnit.

## Ein Novum in der Schweiz

Auf den Druck aus dem Landrat angesprochen heisst es bei der von Regierungsrat Thomi Jourdan geführten Volks- und Gesundheitsdirektion (VGD): «Die gleichlautenden Spitallisten sind ein Novum in der Schweiz. Die Wirkungsanalyse ist der notwendige Schritt, um die Wirkung der Erstaussgabe der Spitallisten zu evaluieren.» Eine Wirkungsanalyse werde später auch für die beiden Spitallisten Psychiatrie und Reha erfolgen müssen. In der ersten Zeit der Spitallisten hätten mit der Pandemie ausserordentliche Verhältnisse statt gefunden. «Deshalb nehmen wir uns mit der Evaluation nun mehr Zeit, um zu prüfen, ob wir die gemeinsamen Ziele erreichen», heisst es aus dem von Regierungsrat Lukas Engelberger geführten Gesundheitsdepartement Basel-Stadt.

Auf die Frage, ob die Gemeinsame Gesundheitsregion auf der Kippe stehe, sollte die Analyse ergeben, dass etwas in der Zusammenarbeit nicht wie gewünscht funktioniere. teilt die VGD mit: «Diese Frage wird nicht im Rahmen der Wirkungsanalyse beantwortet.» Im Raum steht sie aber. Basel-Stadt zeigt sich optimistisch: «Aus unserer Sicht ist klar, dass wir auch die weitere Planung gemeinsam angehen. Als nächster Schritt steht beispielsweise der Erlass der gleichlautenden Spitallisten in der Rehabilitation an.»

### Gleichen Tags erschienen in

- Aargauer Zeitung - Ausgabe Fricktal

# VS – Pilotversuch zur Entlastung des Spitals

 Walliser Bote | Spital Sitten | 21.06.2024

Sitten - Im Rahmen eines viermonatigen Pilotprojekts arbeiten Notfallmedizin und medizinische Grundversorgung im Spital Sitten zusammen. Ein Projekt, das sich auch dauerhaft etablieren könnte. Die Notdienste der Spitäler sind häufig überlastet. Das lässt sich unter anderem auf den Patientenstrom ausserhalb der Sprechzeiten der Arztpraxen zurückführen. Um die Belastung des Notfalldienstes im Spital Sitten zu verringern, hat der Kanton das Gespräch mit den Allgemeinärzten der Region gesucht. So wurde Anfang Juni ein hausärztlicher Notfalldienst am Standort des Notfalls in Sitten eingerichtet. Patienten, die das Spital wegen eines nicht schwerwiegenden medizinischen Notfalls aufsuchen, werden fortan zwischen 18.00 und 22.00 Uhr, 7 Tage die Woche, an diesen spezifischen Dienst weitergeleitet. **(wh)**

# Ce que va changer la faïtière unique

 Le Temps | 22.06.2024

Dès le 1er janvier 2025, les caisses seront représentées par une seule association, comme le révélait «Le Temps» jeudi. Bonne ou mauvaise nouvelle? Décryptage

## Annick Chevillot

L'information a surpris et pris de court de nombreux acteurs du système de santé: Santésuisse et Curafutura n'existeront plus à la fin de l'année. A la guerre des clans qui aura duré un peu plus de dix ans, les assureurs ont préféré l'union qui fédère. Habitué, mais aussi lassé, par les prises de position différenciées voire opposées des deux faïtières, les politiciens et autres acteurs du système saluent ce ralliement. Ce rapprochement est également vu d'un bon oeil jusqu'au Département fédéral de l'intérieur (DFI), dont la cheffe Elisabeth Baume-Schneider dirige la santé.

C'est même avec soulagement que les responsables de la mise en oeuvre du futur tarif médical, validé mercredi 19 juin par le Conseil fédéral, ont appris la nouvelle. Cela simplifiera grandement leurs travaux maintenant que les deux opposants majeurs baissent leurs armes.

## Les payeurs de primes devront attendre

Ce coup de théâtre dans le monde très régulé de l'assurance maladie est de taille et va profondément modifier les relations entre les différents acteurs du système, premiers concernés: les faïtières des médecins et des hôpitaux, les cliniques privées, la Confédération et les cantons. Et c'est normal: de nombreuses tâches d'intérêt public sont déléguées aux assureurs, dont la fixation des tarifs et les négociations avec les cantons sur la valeur du point du tarif médical ambulatoire Tarmed. Celui qui permet aux médecins de facturer leurs prestations. Un fin connaisseur du système le dit sans mâcher ses mots: «Les deux faïtières se tirent la bourre presque tout le temps, ça ne va pas.» Le changement devrait donc au moins apporter du calme dans le secteur qui désire revenir à la base de son métier: assurer.

«Si la nouvelle faïtière permet aux assureurs de retrouver leur rôle majeur, à savoir la maîtrise des coûts, la dénonciation des excès des prestataires de soins et le contrôle des factures, le débat autour des coûts de la santé va retrouver une certaine clarté», estime Pierre-Yves Maillard, conseiller aux Etats (PS/ VD) et membre de la commission de la santé.

C'est sur ce point précis – les coûts de la santé – que les assurés peuvent légitimement attendre des réponses et des solutions de la part de la nouvelle faïtière. Elle ne dégainera pas pour autant la panacée dès le 1er janvier prochain pour soulager le porte-monnaie des payeurs de primes. Mais elle augmentera la pression pour maîtriser les coûts de la santé. C'est peut-être contre-intuitif pour une bonne partie des assurés, mais les caisses maladie n'ont pas le droit d'engranger des bénéfices dans l'assurance obligatoire et n'ont pas intérêt à voir les coûts exploser. Cela génère automatiquement une hausse des primes. Ce qui, à son tour, augmente les chances de voir la population basculer en faveur d'une caisse maladie unique gérée par l'Etat.

## Tout dépendra de la pression

Plusieurs observateurs du secteur notent que l'union retrouvée des assureurs est aussi leur manière de se préparer à la volonté du Parti socialiste de lancer une nouvelle initiative sur le sujet à fin 2024, début 2025. Pierre-Yves Maillard estime de son côté que pour la caisse unique, cela ne «change pas grand-chose. Les deux faïtières actuelles auraient été unies contre le projet».

Les assurés pourraient donc bénéficier de cette union à moyen terme et en fonction de l'ampleur de la pression que la nouvelle association sera capable d'exercer sur le système et ses plus grands centres de coûts: les hôpitaux, les médecins et le prix des médicaments, notamment. Pour Thomas Bläsi, conseiller national (UDC/GE) et pharmacien, les assureurs «tentent de se poser en modérateurs du système, alors qu'ils en sont des acteurs et qu'ils génèrent aussi des coûts, notamment administratifs. Cette nouvelle faïtière devrait donc aussi analyser son fonctionnement au regard de ce que faisaient ces deux précédentes, plutôt que de se poser en victime et avant de vouloir devenir contributeur du changement».

«Les assureurs tentent de se poser en modérateurs du système, alors qu'ils en sont des acteurs» - Thomas Bläsi, conseiller national (UDC/GE)

# GE – A Genève, la caisse publique compromise

 Le Temps | 21.06.2024

Le conseiller d'Etat Pierre Maudet a remis un rapport au Grand Conseil sur la faisabilité de créer une caisse d'assurance maladie cantonale publique. L'analyse conclut à de grands écueils et privilégie un réseau de soins, sur le modèle développé dans le Jura bernois.

## Marc Guéniat

Durant la campagne qui l'a mené au Conseil d'Etat, Pierre Maudet promettait de réaliser à Genève une caisse d'assurance maladie cantonale publique. Ceux qui l'ont élu sur cette base pourraient bien déchanter, car sa faisabilité paraît compromise. C'est ce qui transparait du rapport, remis mercredi par le gouvernement au Grand Conseil, sur la motion, adoptée en octobre dernier, invitant l'exécutif à «évaluer la possibilité» de créer une telle entité. On se souvient d'ailleurs que, peu avant les élections, le magistrat socialiste Thierry Apothéloz avait qualifié, dans nos colonnes, le projet de Pierre Maudet de «miroir aux alouettes», l'«illusion démagogique» d'un combat ne pouvant se dérouler que sur le terrain de la Berne fédérale.

Certes, ce rapport constitue un «premier état des lieux» explorant des «pistes potentielles» et privilégiant une «variante possible, qui fera l'objet d'un examen plus approfondi» ces prochains mois. Mais l'optimisme ne paraît pas de rigueur. D'abord, les services de Pierre Maudet, à la tête du Département de la santé et des mobilités (DSM), rappellent que la législation fédérale, à savoir la loi sur l'assurance maladie et la loi sur la surveillance de l'assurance maladie, ne permet pas de créer une caisse cantonale monopolistique, en évinçant les assureurs privés. Cela même dans le cadre d'un projet pilote que la Confédération accepterait de tester.

Seconde option: la caisse cantonale de compensation qu'appelait notamment de ses vœux Delphine Bachmann, conseillère d'Etat centriste. Ayant pour mission de fixer le montant des primes et de transmettre les factures aux assureurs, tout en garantissant la transparence du processus, cette caisse serait «extrêmement complexe à mettre en œuvre», souligne le DSM. Là aussi, des «modifications fondamentales» de la loi seraient nécessaires, «sans garantie de résultat». L'administration doute qu'elle contribue à faire baisser les coûts et donc les primes.

Quant à la caisse publique qui serait en concurrence avec des assureurs privés, elle serait soumise aux mêmes contraintes en termes de réserves à constituer, de fixation des primes et de personnel. D'ailleurs, de telles caisses ayant existé à Bâle-Ville et dans le canton de Vaud ont fini par être privatisées au début du millénaire. Dès lors, l'expérience est possible, mais se révèle peu probante.

«J'ai signé cette motion pour qu'on débatte, relève le député du Centre Jean-Marc Guinchard, qui s'était joint à la formation de Pierre Maudet, Libertés et justice sociale. Mais on voit bien que la seule issue réside dans la caisse publique nationale. Comme dans le domaine des accidents, les assureurs privés continueraient leur activité profitable avec les complémentaires.»

## Modèle alternatif

Au bout du compte, le Conseil d'Etat propose de poursuivre ses travaux devant mener à une plus grande transparence dans le calcul des primes, la maîtrise des coûts et le pouvoir d'achat de la population. Cette intention peu détaillée pourrait prendre la forme d'un réseau de soins intégrés, à expérimenter durant «la deuxième partie de la présente décennie». Un modèle d'assurance «sous seing public» qui optimiserait les parcours de soins. La tâche serait déléguée à un partenaire privé et privilégierait le forfait de soins par tête, afin de réduire les coûts et inciter à l'exécution de tâches peu rentables pour les prestataires, comme la prévention. De cette façon, ce réseau offrirait des primes inférieures à la moyenne cantonale. Cette idée s'inspire, sans que cela soit dit, du modèle du Réseau de l'Arc SA, découlant d'un accord scellé en 2022 entre le groupe privé Swiss Medical Network, l'assureur Visana et l'Hôpital du Jura bernois.

Contacté, le DSM n'a pas donné suite, notamment pour préciser le calendrier de mise en œuvre de ce réseau de soins.

# Cassa unica, un test sarebbe utile - Commenti

 Corriere del Ticino | 22.06.2024

**Giovanni Galli**

un recente sondaggio, nella speranza di una riduzione dei premi due terzi degli svizzeri sarebbero a favore di una cassa malati unica. Scontati, invece, saranno gli argomenti pro e contro. Con da una parte chi ritiene che le casse malati siano un falso bersaglio (il problema sono i costi sanitari e non chi incassa i premi per saldare le fatture) e che l'uscita dall'assicurazione obbligatoria di questi intermediari con compiti di controllo non porterebbe nulla di buono; e dall'altra chi, a causa delle spese amministrative e degli oneri per i cambiamenti di cassa considera le compagnie private un fattore di aumento dei costi, e il sistema della concorrenza un fallimento.

L'ennesimo confronto fotocopia potrebbe essere evitato, o almeno arricchito di nuovi elementi, se oltre alle questioni di principio ci fosse anche un punto di riferimento empirico su cui dibattere. Il sito «comparis», che per l'anno prossimo ha stimato un aumento dei premi del 6%, ha riproposto un suo vecchio cavallo di battaglia. Prima di una nuova votazione bisognerebbe avviare un progetto pilota per testare la cassa malati unica in un cantone e confrontarla con la concorrenza nel resto della Svizzera, per poi ottenere dati oggettivi sulla sua efficacia. Sarebbe un'occasione per vedere se il monopolio è davvero più economico del sistema attuale. C'è però un problema: oggi la legge non consente questo genere di esperimento. Per farlo sarebbero necessarie due cose: modificare la LAMal e poi trovare qualcuno disposto a fungere da cavia. Sembra fantapolitica, ma l'idea merita di essere approfondita, non foss'altro per evitare che la prossima votazione si risolva in un'ennesima prova di forza fra blocchi contrapposti, senza una base fattuale. L'operazione è difficile, perché politicamente sarebbe destinata a incontrare forti resistenze, ma non impossibile. In passato, l'esperto di «comparis» Felix Schneuwly aveva più volte indicato il Canton Vaud come possibile sede del test, che idealmente dovrebbe avere una durata di cinque anni. Vaud è fra i quattro Cantoni che nel 2014 avevano approvato l'iniziativa sulla cassa unica (56% di sì) e per le sue dimensioni è anche rappresentativo per poter dare un riscontro attendibile.

L'idea sta prendendo piede anche nel settore assicurativo. Intervistato giovedì dalla NZZ, il direttore della KPT Thomas Harnischberg ha detto: «Non mi dispiacerebbe se la Confederazione permettesse a un Cantone come Ginevra o Neuchâtel di sperimentare per qualche anno una cassa unica.

Poi vediamo se i costi della sanità e i premi aumentano meno per davvero». È una presa di posizione sorprendente visto che solo qualche anno fa Santésuisse si era detta contraria a svolgere questo tipo di test.

Servirà un lavoro accurato di preparazione. Bisognerà stabilire a chi affidare l'incarico (una delle attuali casse tramite un concorso?), fissare obiettivi e criteri di valutazione dell'esperimento (entità dei costi di gestione, soddisfazione degli assicurati, trasparenza nei flussi finanziari) e naturalmente prevedere una clausola di reversibilità, se i risultati a livello locale si dimostrassero poco incoraggianti. Ma il dibattito che ne seguirà avrà solo da guadagnare da un'esperienza diretta sul campo. Se questa funziona, i fautori della cassa unica avranno più argomenti per portarla alle urne; se invece si rivela un «flop» si potrà eventualmente chiudere il discorso e concentrarsi su misure più efficaci per affrontare il problema dei costi della salute.

---

# Cassa unica, un test sarebbe utile

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

**Giovanni Galli**

È ancora troppo presto per dire se la futura associazione mantello unica delle casse malati sarà davvero in grado di imprimere una svolta alla politica degli assicuratori.

Ma il passo era necessario per dare credibilità a un settore che con i suoi dissidi interni ha condizionato in più di un'occasione le decisioni in ambito sanitario. Oltre alle riforme in cantiere, che metteranno alla prova l'unità d'intenti e la disponibilità al compromesso del nuovo soggetto, a medio termine si riproporrà anche la sfida della cassa unica. Il Partito socialista, fresco di sconfitta alle urne sul tetto ai premi, intende tornare alla carica con un'iniziativa popolare,

il cui testo è ancora in fase di affinamento. Sul principio di un istituto pubblico destinato a sostituire la quarantina di casse malati attive a livello nazionale si è già votato, in forme diverse, a quattro riprese. E in tutti questi casi le proposte sono state respinte nettamente: i no sono stati il 77% nel 1994 (finanziamento con trattenute salariali), il 73% nel 2003 (premi in base al reddito), il 71% nel 2007 (cassa unica e sociale) e il 61,5% nel 2014 (per una cassa pubblica). Visto che con il passare degli anni le opposizioni sono calate mentre il problema dell'assicurazione malattia si è acuito, è possibile che l'esito del futuro scontro alle urne sia meno scontato dei precedenti. Non a caso, secondo

# Les assureurs maladie dynamitent leurs faïtières

 24 heures | 21.06.2024

Une dizaine d'assurances maladie représentant 90% du marché vont créer une nouvelle organisation. Un putsch mené contre SantéSuisse et Curafutura dans le plus grand secret.

## Florent Quiquerez

C'est un véritable tremblement de terre qui ébranle tout le domaine de la santé, et dont on ignore encore l'effet des secousses. Treize caisses, qui représentent plus de 90% du marché, ont décidé de quitter SantéSuisse et Curafutura pour créer une nouvelle association, révèle «Le Temps». Cette nouvelle alliance signe la fin des deux faïtières actuelles. Ni Verena Nold, ni Pius Zangerle, leurs patrons respectifs, ne seront de la partie.

Parmi les assureurs «frondeurs», on compte tous les grands noms du secteur: Assura, Atupri, Concordia, CSS, EGK, Groupe Mutuel, Helsana, KPT, ÖKK, Sanitas, Swica, Sympany et Visana. La nouvelle organisation est prévue pour démarrer le 1er janvier 2025. L'objectif des assureurs maladie? S'engager ensemble pour un système de santé durable, finançable, de haute qualité et centré sur le patient, et promouvoir un dialogue constructif.

«J'espère aussi que cela n'aura pas de répercussion, ni pour les assurés, ni sur les primes. J'attends des explications plus détaillées des caisses maladie sur les raisons de cette table rase.» - Céline Amaudruz, vice-présidente de l'UDC Suisse

Ça, c'est pour le discours officiel. Officieusement, ils étaient nombreux parmi les politiques et autres acteurs de la santé à ne plus supporter de voir Curafutura et SantéSuisse se tirer dans les pattes. Si la grogne était palpable depuis des mois, les tractations qui ont mené à cette sorte de putsch ont été menées dans le plus grand secret.

Céline Amaudruz (UDC/GE), pourtant membre de la Commission de la santé, ne s'attendait pas du tout à cette nouvelle. «C'est quand même inquiétant, réagit-elle. Les faïtières ont un rôle de contrôle dans le domaine de la santé. J'espère que les assureurs feront tout ce qu'il faut pour qu'il n'y ait pas de problème à ce niveau-là. Et j'espère aussi que cela n'aura pas de répercussion, ni pour les assurés, ni sur les primes. J'attends enfin des explications plus détaillées des caisses maladie sur les raisons de cette table rase.»

## Des questions ouvertes

Pris de court lui aussi, Olivier Feller (PLR/VD) reconnaît que les deux faïtières actuelles ne parlaient plus d'une seule voix. Il est possible, selon lui, que cette décision soit liée aux négociations sur les tarifs médicaux (TarDoc) et à la réapparition de projets de caisse unique. Il se questionne déjà sur l'impact de

cette implosion sur d'autres structures externes comme Sasis, société propriété de SantéSuisse. «Sasis fournit des données à l'Office fédéral de la santé publique pour le contrôle des coûts. L'OFSP a toujours dit que son travail était indispensable. Que deviendra-t-elle?»

Pour Pierre-Yves Maillard (PS/ VD), le rôle joué par Curafutura aura été central dans cette implosion. «Sous l'impulsion d'un directeur très politisé, la question du pouvoir l'a emporté sur celle des coûts. Et dans cette lutte pour le pouvoir, l'ennemi, c'était l'État. Ainsi Curafutura a fait alliance avec la FMH (ndlr: faïtière des médecins) et les fournisseurs de prestation pour faire échec à beaucoup de mesures de maîtrise des coûts. Cette stratégie n'a fait que creuser la division avec Santé-Suisse. Avec tout cela, on aura perdu cinq ans pour avancer des réformes sensées dans le système de santé.»

«Sasis fournit des données à l'Office fédéral de la santé publique pour le contrôle des coûts. L'OFSP a toujours dit que son travail était indispensable. Que deviendra-t-elle?» Olivier Feller, conseiller national (PLR/VD)

Président de la Fédération suisse des patients, Baptiste Hurni (PS/NE) parle quant à lui d'une «demi-surprise». «On savait que c'était tendu entre elles, réagit le sénateur. Sur le TarDoc par exemple, Curafutura disait l'inverse de SantéSuisse. Paradoxalement, j'ai l'impression que c'est plutôt une bonne nouvelle. Il faut être clair, pour les assurés, cela ne changera rien. Pour les primes non plus. Par contre, si les relations continueront d'être musclées entre notre fédération et les assureurs, cela nous permettra au moins d'avoir enfin un seul interlocuteur avec qui parler.»

Si l'annonce a fait l'effet d'une bombe ce jeudi après-midi à Berne, des prémices avaient pourtant pointé le bout de leur nez. Fin novembre, l'assureur KPT avait déjà décidé de mettre fin à son affiliation à Curafutura pour la fin de cette année, estimant que les buts qu'elle s'était fixés en 2013 n'étaient pas atteints. L'assurance faisait pourtant partie des membres fondateurs. C'était elle qui – avec CSS, Helsana et Sanitas – avait décidé en 2013 de quitter SantéSuisse, la faïtière historique, afin de poursuivre un autre chemin.

## À couteaux tirés

Ces dernières années, les deux faïtières étaient toutefois régulièrement à couteaux tirés sur des questions pourtant cruciales. Lors des dernières votations, Santé-Suisse avait décidé de soutenir le frein aux coûts de la santé. Un projet que combattait farouchement Curafutura. Plus récemment, c'est sur le TarDoc qu'elles s'étaient écharpées.

Ce mercredi, Elisabeth Baume-Schneider, ministre de l'Intérieur, a d'ailleurs appelé les acteurs de la santé à se mettre d'accord sur ce futur tarif médical, leur imposant un ultimatum jusqu'au 1er novembre 2024. Savait-elle le clash imminent? Une chose est sûre, avec une seule faïtière, ce sera plus facile de négocier.



Treize assureurs maladie quittent les deux faïtières. (Image d'illustration) © KEYSTONE/CHRISTIAN BEUTLER

**Gleichen tags erschienen in**

- Tribune de Genève

# Casse malati, nasce una nuova associazione mantello

 La Regione | 21.06.2024

## I 13 maggiori gruppi riuniti sotto un'unica organizzazione

I maggiori assicuratori malattia della Confederazione hanno fondato una nuova associazione di categoria, che diventerà attiva all'inizio del prossimo anno. Vogliono così mettere fine all'attuale duopolio delle associazioni mantello e rafforzare la rappresentanza degli interessi del settore.

“Il settore svizzero delle assicurazioni malattia ha compiuto un passo importante verso un'unica associazione di categoria”, si legge in un comunicato diffuso da Kpt a nome delle casse malattia aderenti.

In seguito alla creazione della nuova associazione di categoria – il cui nome verrà comunicato nei prossimi mesi –, Assura, Atupri, Concordia, Css, Egk, Groupe Mutuel, Helsana, Kpt, Ökk, Sanitas, Swica, Sympany e Visana disdiranno le loro adesioni a Santésuisse e Curafutura. Questi membri fondatori rappresentano in totale oltre il 90 per cento delle persone che hanno stipulato un'assicurazione base in Svizzera. La adesione alla nuova organizzazione è aperta anche ad altre casse.

“Con questa nuova associazione di categoria, gli assicuratori malattia uniscono le loro forze a favore di un sistema sanitario sostenibile, finanziabile, di alta qualità e incentrato sui pazienti, e promuovono un dialogo costruttivo – viene affermato nella nota –. Questa alleanza aumenterà l'impatto a livello politico e la credibilità del settore e consentirà di rappresentare in modo unitario gli interessi di chi paga i premi”.

# Knall bei Krankenkassen

 Tages-Anzeiger | 21.06.2024

Grosse Versicherer gründen neuen Verband - Jahrelang haben sich die Krankenversicherer zwei Verbände geleistet, die sich bekämpften. Nun werden diese gesprengt. Ein neuer Verband soll mit einer Stimme sprechen.

## Iwan Städler

Der Streit um den neuen Arzttarif hat es einmal mehr gezeigt: Die Krankenkassen sind untereinander heillos zerstritten. Helsana, CSS und Sanitas waren bisher im Verband Curafutura organisiert, die meisten übrigen Versicherer bei Santésuisse. Entsprechend hat die Branche nicht mit einer Stimme gesprochen, ganz im Gegenteil.

Santésuisse spannte bei der Auseinandersetzung um den neuen Arzttarif mit den Spitälern zusammen. Derweil verbrüdete sich Curafutura mit den Ärzten. Beide Lager schenken sich nichts, sondern gingen heftig aufeinander los. Dies hat offenbar selbst den Krankenkassen klargemacht, dass es so nicht mehr weitergehen kann. Nun kommt es zum grossen Knall.

Die 13 grössten Krankenversicherer gründen einen neuen Verband, der bereits Anfang 2025 seine Arbeit aufnehmen soll. Parallel dazu beenden sie ihre Mitgliedschaften in den Verbänden Santésuisse und Curafutura. Damit sind diese faktisch tot, zumindest was ihren politischen Teil betrifft.

## «Konstruktiver Dialog»

Curafutura wird künftig gar keine Mitglieder mehr haben. Und Santésuisse fast keine mehr. Denn bei den 13 grossen Krankenkassen sind über 90 Prozent aller Prämienzahlenden versichert. Es handelt sich um Assura, Atupri, Concordia, CSS, EGK, Groupe Mutuel, Helsana, KPT, ÖKK, Sanitas, Swica, Sympany und Visana. Weitere Mitglieder sind im neuen Verband, der noch keinen Namen hat, willkommen.

Gestern haben die grossen Versicherer eine gemeinsame Medienmitteilung verschickt. Dort machen sie klar: «Zweck des neuen Verbands ist, die Krankenversicherungsbranche zu einen und deren Interessen auf eine ausgewogene und breite Basis zu stellen.» Die Kassen wollen künftig «gemeinsam und mit einer Stimme» sprechen sowie den «konstruktiven Dialog» fördern.

Streithähne sind also offenbar nicht mehr gefragt. Stattdessen erwarten die Versicherer vom gemeinsamen Auftritt eine höhere Glaubwürdigkeit und mehr politische Schlagkraft.

Wer aber steckt hinter der Revolution? Den ersten Schritt machte die KPT im letzten Herbst, als sie ihren Austritt aus Curafutura per Ende 2023 bekannt gab. Sie wechselte nicht etwa zu Santésuisse, sondern blieb blockfrei. Bereits damals hielt die KPT in ihrer Medienmitteilung fest: «Es wäre zentral, dass die Branche in wichtigen gesundheitspolitischen Themen ihre Reihen schliesst.»

Aus dem Schneeball, den die KPT geworfen hat, wurde eine Lawine. «Wir sind nicht die Einzigen, die nicht mehr glücklich waren», sagt Beni Meier, Mediensprecher bei der KPT. Jetzt geht die Lawine ab, und die KPT

spielt wiederum eine wichtige Rolle. Sie hat die Kommunikation der aufständischen Kassen übernommen - zusammen mit der Groupe Mutuel.

Letztere hatte im März dieses Jahres den zweiten Schneeball geworfen, indem sie öffentlich damit drohte, Santésuisse zu verlassen. Zwei Dachverbände, die in Opposition zueinander stünden, würden keinen Sinn machen, sagte Groupe-Mutuel-Chef Thomas Boyer in einem Interview mit der Westschweizer Zeitung «Le Temps».

Nun entsteht ein dritter Verband, der schon bald der einzige sein soll. Vieles bleibt aber noch offen - nicht nur der Name. Obwohl die Organisation bereits Anfang 2025 starten soll, ist noch unklar, wer sie führen soll. Offensichtlich ist man aber interessiert, Mitarbeitende der beiden heutigen Verbände zu übernehmen. Jedenfalls verspricht ihnen das Communiqué «spannende Perspektiven».

## «Soziale Verantwortung»

Gegenwärtig beschäftigt Curafutura rund 15 Mitarbeitende, bei der Santésuisse-Gruppe sind es rund 200 Personen. Sie werden sich nun wohl Gedanken machen, was der Knall für ihre berufliche Zukunft bedeutet. Falls der neue Verband nicht mehr oder weniger die Struktur einer der beiden bisherigen Organisationen übernimmt - samt Büroräumlichkeiten, Mobiliar und Informatik -, dürfte der Start per Anfang 2025 sehr anspruchsvoll werden.

KPT-Chef Thomas Harnischberg spricht denn auch von einem «sehr ambitionierten» Plan, vor dem er «grossen Respekt» habe. Man müsse das Problem jetzt aber rasch angehen. Wenn es nicht reiche bis am 1. Januar, dann eben später. Zunächst soll ein Nominationskomitee den Direktor oder die Direktorin des neuen Verbands suchen.

Es bestehe auch eine «soziale Verantwortung» gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der beiden bisherigen Verbände, so Harnischberg. Die neue Organisation sei an ihnen interessiert. Der KPT-Chef könnte sich überdies vorstellen, dass der neue Verband in Solothurn einzieht, wo gegenwärtig Santésuisse domiziliert ist. Den Dienstleistungsteil der Santésuisse-Gruppe wolle man ohnehin belassen. Es gehe nur um den politischen Teil.

Santésuisse-Direktorin Verena Nold begrüsst die Gründung des neuen Verbands. Es sei richtig, dass die Branche künftig wieder mit einer Stimme spreche. Curafutura nimmt den Entscheid der Krankenkassen «zur Kenntnis».

---

# Krankenkassen kämpfen neu miteinander statt gegeneinander

Seitenzahl  
Seitenzahl  
Titelseitenanriss

Lobbying - Jahrelang haben sich die Krankenversicherer zwei Verbände geleistet, die oft als Rivalen auftraten. Nun wechseln die 13 grössten Kassen zu einem neuen Verband, der mit einer Stimme sprechen soll.

## Iwan Städler

In der Gesundheitspolitik wird häufig und intensiv gestritten. Schliesslich geht es um viel Geld. Weniger nachvollziehbar war in den letzten Jahren, weshalb die Krankenkassen oft gegeneinander statt miteinander kämpften.

Zum Beispiel beim Ringen um den neuen Arzttarif. Hier stellte sich der eine Krankenkassenverband, Santésuisse, auf die Seite der Spitäler, während der andere Krankenkassenverband, Curafutura, mit den Ärzten zusammenspannte. Nicht nur Politiker schüttelten darob den Kopf.

Auch die Krankenkassen haben inzwischen realisiert, dass ihre Interessen so nicht ideal vertreten werden. Nun schreiten sie ein. Und wie. Die 13 grössten Krankenversicherer gründen einen neuen - dritten - Verband. Gleichzeitig kündigen sie ihre Mitgliedschaft bei ihrer bisherigen Organisation. Mit dem Ziel, dass aus dem dritten Verband künftig der einzige wird. Denn die 13 Kassen vereinen über 90 Prozent aller Prämienzahlenden.

Mit den verbleibenden Kleinkassen lässt sich nicht mehr viel ausrichten. Auch diese Versicherer werden im neuen Verband willkommen sein. Bereits im kommenden Januar will er die Arbeit aufnehmen. Das ist freilich sehr ambitioniert. Zumal die neue Organisation bis heute weder einen Namen noch eine Führung, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Büroräumlichkeiten hat.

### Gleichentags erschienen in

- Der Bund
- Berner Zeitung Stadt + Region Bern
- Berner Zeitung Burgdorf Emmental
- Berner Oberländer
- Langenthaler Tagblatt
- Thuner Tagblatt
- Basler Zeitung

# Thomas Harnischberg: «Das permanente Hickhack war manchmal fast schon peinlich» - Interview

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 21.06.2024

Thomas Harnischberg hat den Coup gegen die Krankenkassenverbände mitorchestriert

## Interview: Fabian Schäfer

*Herr Harnischberg, es gibt bereits zwei Krankenkassenverbände: Santésuisse und Curafutura. Nun wollen Sie noch einen dritten gründen. Wieso das?*

Wir wollen nicht einen dritten Verband gründen – sondern den einzigen. Wir sind zurzeit bereits 13 grosse Versicherer, die mit über 90 Prozent der Grundversicherten die klare Mehrheit vertreten. Das ist ein starkes Zeichen für eine einheitliche Lösung. Die Gründungsmitglieder werden ihre Mitgliedschaften in den bestehenden Verbänden kündigen. Wir gehen daher davon aus, dass es Curafutura und Santésuisse in der heutigen Form nicht mehr geben wird. Curafutura dürfte aufgelöst werden. Bei Santésuisse möchten wir, dass die Tochtergesellschaften als Dienstleister für die ganze Branche bestehen bleiben. Die gesamte politische Arbeit jedoch soll an den neuen Verband übergehen.

*Das ist ein regelrechter Paukenschlag. Weshalb haben Sie und Ihre Mitstreiter sich für diesen relativ brachialen Weg entschieden?*

Es war schon lange klar, dass es so nicht weitergehen kann. Die beiden Verbände haben sich in der Öffentlichkeit und im Austausch mit der Politik ein permanentes Hickhack geliefert. Nicht einmal in wichtigen Dossiers und vor Volksabstimmungen waren sie in der Lage, am gleichen Strick zu ziehen. Das war manchmal fast schon peinlich. Dabei haben die Krankenkassen bei den meisten Themen dieselben Anliegen und Bedürfnisse. Wegen der Unstimmigkeiten konnten wir unsere Interessen weniger gut durchsetzen, unsere Schlagkraft und unser Ansehen haben gelitten. Deshalb haben wir als KPT bereits letztes Jahr die Mitgliedschaft bei Curafutura gekündigt. Ein Verband muss für seine Mitglieder da sein, nicht umgekehrt. Das war hier nicht mehr der Fall.

*Wie brachten Sie die anderen Krankenkassen dazu, ebenfalls auszutreten und einen Neustart zu riskieren?*

Der Wunsch, einheitlich aufzutreten, ist in der ganzen Branche vorhanden. Die meisten Krankenkassenchefs wissen schon lange, dass sich etwas ändern muss. Die Frage war nur, wann und wie wir den Neuanfang machen. Der Streit um den ambulanten Tarif in den letzten Wochen war der Tropfen, der das Fass zum Überlaufen gebracht hat. Das ist gesundheitspolitisch das wichtigste Geschäft seit langem. Dass es die Verbände hier nicht schafften, eine gemeinsame Position zu finden, hat weder die Bevölkerung noch die Politik verstanden – und wir in der Branche erst recht nicht. Man nimmt uns nicht mehr ernst, wenn unsere Vertreter sich bei derart wichtigen Fragen gegenseitig widersprechen.

*Weshalb gründen Sie einen neuen Verband? Man könnte das als Beispiel dafür sehen, dass es im Gesundheitswesen immer noch zu viel Geld gibt: In anderen Branchen würde man bestehende Verbände*

*umbauen, den Kurs ändern, die Chefs austauschen. Warum planen Sie nicht einfach eine Fusion und setzen einen neuen Direktor ein?*

Es gab in der Vergangenheit auch schon Fusionsbestrebungen. Vorübergehend hat es gut ausgesehen, als die Präsidien neu besetzt wurden. Doch letztlich sind alle Versuche gescheitert, weil eine Fusion zu viele Verlierer produziert. Jetzt fehlt uns die Zeit für weitere Anläufe. Verbesserungen sind in den gegenwärtigen Strukturen nicht möglich, es braucht einen Neuanfang. Unabhängig davon werden die Kosten mit unserem Plan garantiert sinken. Wir finanzieren künftig nur noch einen Verband für die politische Arbeit.

*Was geschieht mit den Angestellten der bestehenden Verbände?*

Wir sind bestrebt, gute Lösungen für alle zu finden. Die Mitarbeitenden beider Verbände leisten fachlich gute Arbeit. Wir sind sehr daran interessiert, viele Fachleute für den neuen Verband zu gewinnen.

*Können Sie sich vorstellen, dass einer der beiden Direktoren der bestehenden Verbände den neuen Chefposten übernimmt?*

Die Personalien sind noch offen. Eines steht für mich aber gerade nach den Erfahrungen der vergangenen Jahre fest: Die Person an der Spitze ist extrem wichtig. Ihr Charakter, ihr Rollenverständnis, ihre Offenheit werden darüber entscheiden, ob der neue Verband ein Erfolg wird. Wir brauchen jemanden, der mit allen reden kann und den Konsens sucht.

*Sind es diese Eigenschaften, die Sie bei den amtierenden Verbandschefs vermisst haben?*

Das habe ich nicht gesagt. Generell wünsche ich mir weniger Konfrontation und mehr Pragmatismus. Und natürlich haben die derzeitigen Probleme auch mit zwischenmenschlichen Schwierigkeiten zu tun. Was objektiv fehlte, ist der Wille zum Kompromiss.

*Lange gab es einen einzigen Verband: Santésuisse. 2013 ist er an inneren Spannungen zerbrochen, Curafutura entstand. Was macht Sie so sicher, dass es den neuen Verband in ein paar Jahren nicht genauso zerreißen wird?*

Wir werden uns genau überlegen müssen, wie wir die Strukturen und die Spielregeln des neuen Verbands festlegen. Vor allem müssen wir klären, wie wir unsere Positionen definieren und mit internen Differenzen umgehen, die es weiterhin geben wird. Aber andere Branchen, die heterogener sind als wir, schaffen das auch, zum Beispiel der Versicherungsverband. Bei uns sind die Unterschiede in den vergangenen Jahren sogar noch kleiner geworden. Die Geschäftsmodelle der Krankenkassen nähern sich mehr und mehr an. Und noch etwas stimmt mich zuversichtlich: In den letzten Jahren haben wir die Erfahrung gemacht, dass zwei Verbände nicht zielführend sind.

*Sprich: Schlimmer als heute kann es nicht werden?*

Das ist salopp ausgedrückt, aber nicht ganz falsch.

*Ist es wirklich so schlimm?*

Das ist jetzt meine persönliche Meinung: Ja, es ist schlimm. Mit unseren internen Fehden geben wir in der Öffentlichkeit und der Politik ein schlechtes Bild ab. Da fragt sich doch jeder Stimmbürger, was los ist mit den Krankenkassen, wenn die selber nicht wissen, was sie wollen. Ich kann es ihnen nicht einmal verargen. Ich anerkenne, dass beide Verbände stets das Beste wollten und von ihren Lösungen überzeugt waren. Aber das reicht nicht. Man muss sich auch zusammenraufen können. Sonst entsteht in der Bevölkerung eine ungute Stimmung. Dann werden plötzlich politische Schnellschüsse mehrheitsfähig, weil man ein Zeichen gegen die zerstrittenen Krankenkassen setzen will.

*Gründen Sie den neuen Verband vor allem, um die Einführung einer staatlichen Einheitskasse zu verhindern?*

Vom neuen Verband erwarten wir, dass wir wieder mit einer Stimme sprechen und unsere Argumente besser zum Ausdruck bringen können. Wenn uns das gelingt, können wir den Leuten auch erklären, dass es illusorisch ist, wenn die SP behauptet, man könne mit einer staatlichen Einheitskasse Geld sparen. Ich habe früher beim Staat gearbeitet und kenne dieses Umfeld. Es ärgert mich, wenn SP-Präsidentin Mattea

Meyer die Arbeit der Krankenkassen und ihrer Mitarbeitenden schlechtmacht. Ich lade sie ein, unsere Leute hier am Hauptsitz einen Tag bei der Arbeit zu begleiten, zu schauen, was wir wirklich machen. Aber wer weiss, vielleicht sollten wir es einfach einmal drauf ankommen lassen.

*Wie meinen Sie das?*

Ich sage das jetzt als absolut persönliche Meinung: Ich hätte nichts dagegen, wenn der Bund in einem Kanton wie Genf oder Neuenburg erlauben würde, eine staatliche Einheitskasse während ein paar Jahren auszuprobieren. Dann wollen wir mal sehen, ob die Gesundheitskosten und Prämien wirklich weniger steigen. Das gehört auch zur Offenheit, die ich mir für die Zukunft wünsche.

*Am Mittwoch hat der Bundesrat über den ambulanten Tarif entschieden, bei dem die bestehenden Verbände ebenfalls uneins waren. Wie beurteilen Sie den Entscheid und die Arbeit der Gesundheitsministerin Elisabeth Baume-Schneider?*

Positiv. Ich erkenne einen Willen, zuzuhören und Lösungen zu suchen, der gerade im Vergleich mit dem früheren Gesundheitsminister sehr erfreulich ist. In den Diskussionen um den Tarif hat sich die Bundesrätin stark engagiert und das Gespräch mit vielen Akteuren gesucht, um diesen Kompromiss aufzugleisen – obwohl dies eigentlich die Aufgabe der gesamten Gesundheitsbranche gewesen wäre: der Versicherer, der Spitäler, der Ärzte. Wir müssen die Tarifpartnerschaft dringend neu beleben. Die Wiedervereinigung der Krankenkassen ist ein erster Schritt dorthin.

### **Ein politischer Krankenkassenchef**

Thomas Harnischberg ist ein untypischer Krankenkassenchef: Der CEO der Berner KPT hat eine eminent politische Vergangenheit. Seine Wurzeln liegen in der bernischen SVP. Der Rechtsanwalt war in den Stäben mehrerer Bundesräte von Adolf Ogi über Christoph Blocher bis zu Eveline Widmer-Schlumpf tätig. Später fand er via die Mobiliar zur KPT, die er seit dem Jahr 2022 führt. Die KPT hat in letzter Zeit mit einem starken Wachstum Aufsehen erregt. **fab.**

# Krankenkassen rüsten sich für Kampf gegen die Einheitskasse

 [blick.ch \(de\)](#) | 23.06.2024

## Neuer Verband angekündigt

Es ist ein Coup gegen Santésuisse und Curafutura: Die 13 grössten Schweizer Krankenversicherer gründen einen neuen Branchenverband. Mit geeinter Stimme wollen sie dem Angriff der SP entgegentreten.

### Lino Schaeren

Die Krankenkassenverbände Santésuisse und Curafutura sind bald Geschichte: Die 13 grössten Schweizer Versicherer gründen einen neuen Branchenverband, der bereits 2025 mit vereinter Stimme auftreten soll.

Santésuisse und Curafutura liegen damit auf dem Sterbebett. «Unsere Branche gab in der Öffentlichkeit und der Politik kein gutes Bild ab», sagt KPT-CEO Thomas Harnischberg. «Dringend notwendige Reformen sind seit Jahren blockiert, es fehlt der Wille für mutige, neue Wege. Aus dieser Blockade kommen wir nur raus, wenn wir uns zusammenraufen und alle gemeinsam an einem Strick ziehen.»

## Druck auf Versicherer nimmt zu

Die Versuche der Verbände, sich zusammenzuraufen, sind in den letzten Jahren gescheitert. Jetzt ist der Handlungsdruck aus Sicht der grossen Versicherer zu gross geworden. Das Fass zum Überlaufen gebracht hat offenbar der Streit um den neuen Tarif für ambulante Leistungen. Was die Initianten des neuen Branchenverbandes nicht sagen: Die Hauruckübung dürfte auch mit der Angst vor der Einheitskasse zu tun haben. Die SP steht mit einer neuen Initiative für eine «öffentliche Krankenkasse» in den Startlöchern.

Zwar haben die Stimmberechtigten die Einheitskasse vor zehn Jahren mit 62 Prozent Nein-Stimmen wuchtig abgelehnt. Doch die Ausgangslage hat sich seither mit den stark steigenden Prämien geändert. Die Gefahr für die Versicherer, für die es um nicht weniger als ihr Geschäftsmodell geht, ist real: In einer jüngst publizierten Deloitte-Umfrage befürworten zwei Drittel die Einheitskasse.

## Initiative macht Versicherungen Beine

KPT-Chef Harnischberg sagt, die Notwendigkeit eines einzigen, starken Branchenverbands bestehe unabhängig von aktuellen Initiativen. «Es liegt aber auf der Hand, dass die Branche glaubwürdiger gegen eine staatliche Einheitskasse argumentieren kann, wenn sie geschlossen für die Vorteile eines wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitssystems eintritt.»

Der neuerliche Kampf um die Einheitskasse, er hat begonnen, bevor die SP ihre Initiative überhaupt lanciert hat.



DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Yvonne Gilli: Wie stark brodeln es unter den Ärztinnen und Ärzten?

 Radio SRF 1 | FMH | 22.06.2024

Zwanzig Jahre haben sich Ärztinnen und Ärzte, Spitäler und Krankenkassen gestritten, jetzt ist die Entscheidung gefallen: Der Bundesrat gibt grünes Licht für ein neues Tarifmodell für ambulante Leistungen. Haus- und Kinderarztpraxen sollen gestärkt werden. Die Frage bleibt, auf welche Kosten?

Der Ärzteverband fordert schon lange, dass die alten ambulanten Tarife (Tarmed) erneuert werden durch neue Tarife (Tardoc). Gewisse medizinische Leistungen seien zu gut entlohnt – etwa die Operation des grauen Stars. Andere Behandlungen zu schlecht bezahlt – etwa eine kinderärztliche oder psychiatrische Untersuchung. Das führe zu Fehlanreizen auf der einen Seite und zu Unterangeboten auf der anderen Seite. Mit der Entscheidung des Bundesrats kann sich das nun ändern. Das neue Abrechnungsmodell soll die Grundversorgung stärken. So weit so gut.

Dennoch ist die Ärzteschaft verunsichert, denn der Bundesrat spricht sich nicht nur für die von den Ärzten und dem Krankenkassenverband curafutura vorgeschlagenen Tardoc-Tarife aus, sondern auch für das von den Spitälern und dem Krankenkassenverband santésuisse ausgearbeitete Modell für Leistungspauschalen. Beide Modelle sollen 2026 gleichzeitig eingeführt werden, und zwar kostenneutral. Damit beginnt jetzt eine neue Phase des Aushandelns: Wer bekommt wieviel und wofür? Nach zwanzig Jahren Streit, müssen nun Krankenkassen, Spitäler und Ärzteschaft innerhalb von vier Monaten eine Einigung erreichen, so will es der Bundesrat. Wie soll das gehen? Sind die gutbezahlten Ärztinnen und Ärzte bereit, gewisse Privilegien abzugeben? Und sind am Schluss doch die Haus- und Kinderärzte wieder die Leidtragenden? Wie stark brodeln es unter der Ärzteschaft?

Die oberste Ärztin der Schweiz, Yvonne Gilli, Präsidentin des Ärztinnen- und Ärzteverbands FMH, ist Gast in der «Samstagsrundschau» bei Eliane Leiser.

 [Audio starten, Dauer: 30:09](#)

# Claudio Bassetti: «Es schmerzt, zu sehen, wie man überall schlecht über die Insel spricht» - Interview

 Der Bund | Inselspital | 22.06.2024

Forschung unter Druck - Verliert das Berner Inselspital seinen universitären Charakter? Der Dekan der Medizinischen Fakultät schlägt Alarm und sagt, was es jetzt braucht.

## Marius Aschwanden

Uwe E. Jocham ist weg. Der Chef der Berner Insel-Gruppe musste vor rund einem Monat seinen Sessel räumen. Dem Eklat ging eine Palastrevolution am Berner Universitätsspital voraus.

Ende März haben sich 42 Klinikdirektoren und Chefärztinnen mit einem Brief an die Direktion gewandt, in dem sie diese massiv kritisieren. Sie seien nicht genügend eingebunden und machten sich «grösste Sorgen um die Zukunft der universitären Medizin am Standort Bern», hiess es darin.

Kurze Zeit später wurden Vorwürfe erhoben, wonach die Spitalleitung die 100 Millionen Franken, die vom Kanton via Universität an die Insel fliessen, falsch einsetzen würde. Das neue Führungsduo mit Christian Leumann, Ex-Rektor der Universität Bern, und Bernhard Pulver, Verwaltungsratspräsident, dementierte dies zwar, kündigte aber auch eine Untersuchung an.

Einer, der bisher zu all dem geschwiegen hat, ist Claudio Bassetti. Als Dekan der Medizinischen Fakultät ist er quasi der oberste Forscher in der Berner Spitzenmedizin. Bis vor kurzem war er zudem Direktor der Klinik für Neurologie.

Jetzt bricht Bassetti sein Schweigen und nimmt Stellung zu den Problemen, zur neuen Führung und zum Forschungsstandort Bern.

*Herr Bassetti, ein Monat ist vergangen, seit beim Inselspital die Führung ausgewechselt wurde. Ist jetzt alles besser geworden?*

Ich erlebe die Situation sehr positiv. Die Stimmung hat sich geändert, ein Aufbruch liegt in der Luft. Daraus könnte etwas Gutes entstehen.

*Also fanden Sie es richtig, dass die Chefärztinnen und Klinikdirektoren quasi gemeutert haben?*

Ich bin sehr glücklich darüber, dass sie sich zusammengetan und ihre Stimme erhoben haben. Es passiert nicht häufig, dass sich die Chefärztinnen und Chefarzte auf eine einstimmige Aktion einigen können. Diesmal ist das gelungen. Von einer Meuterei kann aber nicht gesprochen werden.

*Trotzdem: Waren Sie daran beteiligt?*

Nein. Da ich als Dekan auch in der Direktion der Insel-Gruppe bin, habe ich mich gehütet, bei dieser Aktion eine Rolle zu übernehmen. Deshalb habe ich auch den Brief nicht unterschrieben. Ich wollte die Rollen nicht vermischen.

*Aber Sie teilen die Einschätzung, wonach die medizinische Forschung und die Spitzenmedizin in Bern in akuter Gefahr sind. Weshalb sind Sie dieser Meinung?*

Die Medizinische Fakultät hat sich in den letzten Jahren sehr gut entwickelt, und im anerkannten Shanghai-Ranking waren wir 2023 erstmals die Nummer eins in der Schweiz. Mit anderen Worten: Dank den strukturellen und personellen Investitionen sowie unserem Engagement sind wir hervorragend aufgestellt. Jetzt ist das aber gefährdet. Die Insel-Gruppe befindet sich mitten in einer riesigen finanziellen Krise. Dass darunter auch die Akademie leiden könnte, ist naheliegend. Wir sind nicht getrennt, sondern mit dem Spital eng verbunden.

*Das klingt aber eher so, als würden Sie und die Chefärzte auf Vorrat jammern.*

Nein, die Gefahr ist real. Schon heute ist es so, dass aufgrund der Teuerung und der gestiegenen Kosten faktisch weniger Geld für die Lehre und Forschung zur Verfügung steht als noch vor wenigen Jahren. Wir befürchten, dass durch die finanzielle Krise das Wesen des Universitätsspitals gefährdet wird. Die grosse Frage der kommenden Monate wird sein: Kann das Inselspital seinen Unicharakter bewahren? Gelingt dies nicht, ist es irgendwann einfach noch ein Kantonsspital mit einer Universität in der Nachbarschaft.

*Konkret steht in Bern der Vorwurf im Raum, dass die Spitalleitung die eigenen Finanzlöcher mit Forschungsgeldern stopft. Glauben Sie das auch?*

Dafür habe ich keine Hinweise. Aber ich möchte in Anbetracht der knappen Finanzen ganz genau wissen, wo das Geld hingehet. Diese Transparenz ist heute nicht genügend vorhanden und muss verbessert werden. Nur so können wir entscheiden, ob wir das Geld wirklich dort ausgeben wollen oder woanders. Hinzu kommt die Sache mit den Kosten für Miete, Informatik, Strom, die uns vom Spital verrechnet werden. Diese haben stark zugenommen, und wir fragen uns, ob das Berechnungsschema dafür noch den aktuellen Gegebenheiten entspricht.

*Wer bestimmt heute, was mit den 100 Millionen Franken des Kantons für die Forschung gemacht wird?*

Die Leistungsvereinbarung zwischen Universität und Spital besagt, dass die Verwendung in der Verantwortung der Medizinischen Fakultät liegt und die Umsetzung im Spital geschieht.

*Und wie sieht es in der Realität aus?*

In der Realität ist die Zusammenarbeit nicht immer ideal gelaufen. Es ist Optimierungsbedarf vorhanden. Sowohl die Universität als auch das Spital überlegen sich momentan, wie man das gemeinsam verbessern könnte.

*Mit anderen Worten: Sie finden, die Universität hat heute zu wenig zu sagen?*

Sehen Sie: Heute gibt es eine Direktion Lehre und Forschung. Deren Leitung wird durch die Spitaldirektion bestimmt, und sie verwaltet faktisch auch die Gelder. Dabei sollte diese Rolle eigentlich der Dekan innehaben, der in einem demokratischen Prozess vom Kollegium der Medizinischen Fakultät gewählt wird.

*Aber auch Sie sind Mitglied der Insel-Direktion - nur ohne Stimmrecht. Wie kommt das?*

Das geht zurück auf die Zeit, als Universität und Spital zunehmend auseinandergedriftet sind. Damals ging es darum, dass die Spitäler eine Stimme in der Akademie haben wollten, damit dort die Spitalwelt mehr gewichtet wird. Das war zu dieser Zeit sicher eine begründete Forderung. Nur ist man etwas zu weit gegangen und hat eine Asymmetrie auf die andere Seite geschaffen. In guten Zeiten ist das kein Problem. Wenn aber die Finanzen knapp sind, dreht jeder jeden Rappen zweimal um, und solche Strukturen werden wichtiger.

*Also fordern Sie ein Stimmrecht in der Insel-Direktion?*

Ja. In einem Unispital müsste der Dekan als höchste Person in der Akademie auch eine Stimme in der Spitalleitung haben.

*Die Insel-Gruppe schreibt hohe Defizite und wird sparen müssen. Wäre es so verkehrt, wenn auch die Forschung ihren Teil beitragen muss?*

Lehre und Forschung sind nicht verantwortlich für die Probleme des Spitals. Der Standort Bern lebt vielmehr vom Universitätscharakter. Man muss sehen: Anders als bei einem Privat- oder Kantonsspital sind die Chefärzte wegen des Zusatzes «Uni» an der Insel. Eine entscheidende Motivation, hier zu arbeiten, ist, zu lehren und zu forschen. Wenn die Mittel gekürzt werden und die Ärztinnen und Ärzte diese nicht mehr selbst verwalten können, dann wird das ein echtes Problem.

*Also braucht es mehr statt weniger Geld für die Forschung?*

Ja. Die Politik muss anerkennen, dass ein Unispital auch etwas kostet. Sie darf im Gegenzug aber auch Forderungen stellen.

*Was meinen Sie damit?*

Es darf verlangt werden, dass wir uns in den Strukturen und Prozessen verbessern. Es gibt immer noch viele Doppelspurigkeiten. Teilweise kümmert sich sowohl in der Uni als auch im Spital je ein Gremium um dasselbe Thema. Das können wir uns nicht mehr leisten.

*Hat das frühere Führungsduo Uwe E. Jocham und Urs Mosimann der Akademie zu wenig Gewicht gegeben?*

Ja. Der Fokus lag zu sehr auf den klinischen Strukturen und den Finanzen. Eigentlich sollte an einem Universitätsspital in jeder Diskussion die Lehre und Forschung präsent sein. Das heisst nicht, dass ihr jede Entscheidung untergeordnet wird. Aber man sollte immer auch an die Akademie denken.

*Ist es so falsch, wenn das Gewicht stark auf der Versorgung liegt? Forschung muss ja letztlich auch den Patientinnen und Patienten zugutekommen.*

Klar, dessen sind sich heute auch die meisten Klinikdirektorinnen und Klinikdirektoren bewusst. Es ist nicht mehr so wie vor zwanzig Jahren, als man einfach Geld ausgeben konnte, und niemanden interessierte es. Die neue Generation ist sich bewusst, dass Rahmenbedingungen und Zwänge bestehen. Aber noch einmal: Die Topmedizinerinnen, die den Standort prägen und dem Spital seine Ausstrahlung geben, sind wegen des Universitären hier.

*Spüren Sie bereits, dass es schwieriger geworden ist, hoch qualifizierte Professoren zu rekrutieren?*

Ja. Als die Insel noch schwarze Zahlen geschrieben hat, war sie attraktiver. Aber man muss fairerweise auch sagen, dass das Problem nicht nur in der Medizin besteht. Es hat auch mit dem Ausschluss aus dem Forschungsprogramm Horizon der EU zu tun.

*Hat man mit dem Wechsel an der Insel-Spitze zu lange gewartet?*

Meiner Meinung nach ja. Ich bin seit 1988 in Bern und habe für dieses Spital und die Akademie gelebt. Es schmerzt, zu sehen, wie man jetzt überall schlecht über die Insel spricht.

*Christian Leumann, der heutige Insel-Direktor und Ex-Rektor der Universität, möchte höchstens ein Jahr bleiben. Was für eine Person braucht es danach an der Spitze?*

Es braucht jemanden, der führen kann, der sich in einer komplexen Organisation bewegen kann und der auch zuhören kann. Ich bin zudem überzeugt, dass Universitätsspitäler von Ärztinnen und Ärzten geführt werden sollten. Nicht weil sie intelligenter sind, sondern weil sie ein Verständnis für die Grundmaterie mitbringen. Man muss verstehen, was eine Krankheit ist, was ein Patient ist, was Akademie heisst. Im deutschsprachigen Ausland steht schon heute in der Regel ein Arzt an der Spitze der Unikliniken.

*Und diese Spitäler arbeiten erfolgreicher als die Insel-Gruppe?*

(lacht) Nein, nicht zwingend. Aber es geht ja auch um die Atmosphäre in einem Spital und auch um die Akzeptanz der Führung bei der Belegschaft.



Er ist der oberste Arzt an der Universität Bern: Claudio Bassetti, Dekan der Medizinischen Fakultät. Foto: Adrian Moser

# Höchster Forscher warnt vor Abstieg des Inselspitals

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Bern - Professor Claudio Bassetti sieht mit Sorge, dass für die Forschung immer weniger Geld zur Verfügung steht.

**Marius Aschwanden / sny**

Die Verantwortlichen der Insel-Gruppe verstehen diese als führend in der Schweizer Spitzenmedizin. Doch das Spital steckt finanziell in einer Schieflage. Nun meldet sich Claudio Bassetti, der Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Bern, zu Wort. Er betont, dass Bern im Bereich Medizin nach wie vor führend sei. Doch seine Sorgen begründet er so: «Die Insel-Gruppe befindet sich in einer riesigen finanziellen Krise. Dass darunter auch die Akademie leiden könnte, ist naheliegend.» Und er warnt vor einem Abstieg: «Die grosse Frage der kommenden Monate wird sein: Kann das Inselspital seinen Uni-Charakter bewahren? Gelingt dies nicht, ist es irgendwann einfach noch ein Kantonsspital mit einer Universität in der Nachbarschaft.» Zwecks Gegensteuer solle der Medizin-Dekan Einsitz in der Insel-Direktion erhalten. Es gibt auch Hoffnung. Der ehemalige Uni-Rektor Christian Leumann ist neuer Insel-Chef. «Die Stimmung hat sich geändert, ein Aufbruch liegt in der Luft. Daraus könnte etwas Gutes entstehen», so Bassetti.

## Gleichentags erschienen in

- Berner Zeitung Burgdorf Emmental
- Berner Zeitung Stadt + Region Bern
- Berner Oberländer
- Langenthaler Tagblatt
- Thuner Tagblatt
- Bieler Tagblatt



# Einheitskrankenkasse: Der Griff in die Mottenkiste

 [nebspalter.ch](https://nebspalter.ch) | 23.06.2024

Noch am Tag der deutlichen Ablehnung der Prämienbegrenzungsinitiative durch das Volk hat die SP das nächste Projekt angekündigt: Sie will erneut eine Volksinitiative für eine Einheitskrankenkasse lancieren. Entsprechende Vorstösse wurden vom Volk schon vier Mal abgelehnt.

## Peter Morf

Die Fakten: Noch am Tag der deutlichen Ablehnung der Prämienbegrenzungsinitiative durch das Volk hat die SP das nächste Projekt angekündigt: Sie will erneut eine Volksinitiative für eine Einheitskrankenkasse lancieren. Entsprechende Vorstösse wurden vom Volk schon vier Mal abgelehnt.

Warum das wichtig ist: Die Linke will um jeden Preis den Einfluss des Staates in Wirtschaft und Gesellschaft ausdehnen. Dabei interessiert es sie offenbar nicht, dass das Volk, auch im konkreten Fall der Gesundheitspolitik, andere Vorstellungen hat als die SP. Abstimmungsniederlagen werden ignoriert – die Linke erweist sich einmal mehr als schlechte Verliererin. In ihrer Verzweiflung über das wenig gehorsame Volk greift die SP gleichsam in die Mottenkiste und will es erneut mit einem alten, bisher äusserst erfolglosen Anliegen versuchen. Wider Markt und Wettbewerb Im Jahr 2007 hat der Stimmbürger die Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» mit über 70 Prozent der Stimmen abgelehnt. Der Schluss daraus wäre: Das Volk will das nicht. Die Linke zieht keine solchen Schlüsse – sie will, das reicht ihr. Die SP moniert, der «ineffiziente Pseudo-Wettbewerb zwischen den privaten Kassen müsse gestoppt werden». Daraus spricht in letzter Konsequenz die tiefsitzende, letztlich irrationale Ablehnung gegen alles, was mit Markt und Wettbewerb zu tun hat.

Die SP-Äusserung liesse aber auch den Schluss zu, dass zu wenig Wettbewerb herrscht – auch wenn es die SP wohl eher nicht so meint. Und in der Tat: Das Gesundheitswesen ist zu einem Selbstbedienungsladen degeneriert, weil zu wenig Wettbewerb herrscht. Es braucht nicht mehr Staat, sondern mehr Wettbewerb. So wären etwa die Anreize der Leistungserbringer für sparsames Verhalten zu stärken, der Vertragszwang zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern wäre aufzuheben. Von diesen und anderen Massnahmen wollen die Linke, und leider auch viele Leistungserbringer, nichts wissen.

Eine Einheitskrankenkasse wirkt genau in die entgegengesetzte Richtung. Der letzte Wettbewerb wird eliminiert, Sparanreize verschwinden ebenso. Resultat: Die Kosten müssten erst recht explodieren bei tendenziell schlechteren Leistungen – der britische National Health Service (NHS) lässt grüssen. Enteignen In der Debatte um die Einheitskrankenkasse gehen zwei Aspekte völlig vergessen. Erstens müssten die bestehenden 49 privaten Krankenkassen, welche die obligatorische Grundversicherung ausrichten, letztlich enteignet werden. Im Initiativtext der 2007 abgelehnten Initiative stand dazu lediglich der lapidare Satz: Die Einheitskasse «übernimmt die Aktiven und Passiven der bestehenden Einrichtungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.»

Was einfach tönt, wird hochkomplex: Die genannten Aktiven sind Eigentum der Versicherungen bzw. ihrer Eigentümer (Aktionäre, Genossenschafter, etc.). Dazu gehören neben Wertschriften und Barmitteln auch zum Teil grosse Immobilienbestände. Nur ein Hinweis zur Grössenordnung: Alleine die gesetzlich vorgeschriebenen Reserven der betroffenen Versicherer beliefen sich Ende 2023 auf 8,5 Milliarden Franken. Die gesamten Aktiven sind ein Mehrfaches höher. Die notwendigen Enteignungen kämen den Bund sehr teuer zu stehen und würden wohl jahrelange Rechtsstreitigkeiten nach sich ziehen. Zudem wäre dies wohl auch der erste Schritt zu einer völlig verstaatlichten Medizin. Immer mehr Staat Zweitens würde eine Übernahme der obligatorischen Krankenversicherung durch ein staatliches Monopol ein weiteres, letztlich

irreversibles Vordringen des Staates in privatwirtschaftlich organisierte Sphären bedeuten. Man darf mutmassen, dass es der Linken in erster Linie genau um dies geht. Und diese Ausdehnung der Staatsmacht darf offenbar kosten, was sie will – der Ruin der marktwirtschaftlichen Ordnung rückt unaufhaltsam näher.

Es ist kaum zu glauben, dass bürgerliche Exponenten einem solchen Monopol trotz all seinen verheerenden Konsequenzen etliche Sympathien entgegenbringen, nur weil das Monopol nach der Idee der Linken dieses Mal kantonal organisiert werden soll. Mit solchen Anbieterungsversuchen Richtung Links werden die Bürgerlichen zu ihren eigenen Totengräbern.