

Inhaltsverzeichnis

H+ - DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ

L'idée d'un pilotage central des hôpitaux divise

 La Côte | 26.07.2024

SPITÄLER

BE – «Jedem Täli sis Spitäli»: Wie Spitäler unter Druck geraten sind

 Radio SRF 1 | 29.07.2024

Due ospedali elvetici su tre sono in perdita

 La Regione | 29.07.2024

Martin Fiedler: «Es wäre schön, wenn es für Spitäler ein Ampelsystem gäbe» - Interview

 infosperber.ch | 27.07.2024

ZH – Auf die neue Pflegeleiterin am KSW kommt einiges zu

 Der Landbote | 26.07.2024

Die Krise der Spitäler spitzt sich zu

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 27.07.2024

AG – Spital Zofingen: «Wer soll die Notfälle übernehmen?»

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 25.07.2024

ZH – Was, wenn sich Spitäler überkantonal verbündeten?

 Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster | 24.07.2024

AG – Spitäler verlieren Millionen

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 23.07.2024

Prognose: Die Schweizer Spitäler brauchen nochmals 4,5 Milliarden Franken

 Medinside | 29.07.2024

Les hôpitaux suisses sont en majorité déficitaires

 24 heures | 29.07.2024

GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

Loi fédérale sur la santé: les cantons gagnants - Tribune libre

 Le Matin Dimanche | 28.07.2024

Kürzere Öffnungszeiten als Drohung

 CH Media national | 26.07.2024

Patientendaten für die Forschung nutzen - Kommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 24.07.2024

Pierre Alain Schnegg's Sprung ins Haifischbecken

 Der Bund | 23.07.2024

FORSCHUNG

Mieux lutter contre les infections post-chirurgicales

 Le Journal du Jura | 26.07.2024

HEILKUNDE

Corona-Variante Flirt breitet sich in der Schweiz aus

 Tages-Anzeiger | 25.07.2024

PHARMA

Die Erwartungen an die Abnehmspritze sind zu hoch - Kommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 25.07.2024

En Suisse, les médicaments attendent leur autorisation plus longtemps

 Le Temps | 25.07.2024

KRANKENKASSEN

ZG – La proposition de Zoug pour baisser les primes «n'est pas une bonne idée»

 L'Agefi | 24.07.2024

KANTONAL / REGIONAL

VD – «Ces soignantes offrent une prise en charge sur mesure à Romain»

 24 heures | 24.07.2024

DIVERSES

In der Rehaklinik und beim SRF wird wieder Maske getragen

 blick.ch (de) | 23.07.2024

L'idée d'un pilotage central des hôpitaux divise

 La Côte | 26.07.2024

En réponse à la situation financière difficile des hôpitaux suisses, les partis veulent revoir la planification hospitalière. La faïtière H+ s'oppose à un pilotage par la Confédération. Décryptage.

Valérie Favez

Suppressions de 200 à 300 postes au sein du groupe hospitalier bernois Insel, plus important de Suisse, juste après la fermeture de deux hôpitaux l'an dernier, 175 millions d'aide publique au HFR de Fribourg, 240 millions pour l'hôpital cantonal d'Aarau, un hôpital récemment construit à Saint-Gall qui n'a jamais ouvert, menaces sur l'hôpital de Wetzikon (ZH).

Les hôpitaux suisses affichent une santé chancelante et multiplient les plans d'économies. Cette situation n'a pas échappé au monde politique, qui remet désormais en question la planification hospitalière par les cantons. C'est en effet aujourd'hui chaque canton qui, à l'issue d'un processus complexe, décide comment couvrir les besoins en soins hospitaliers de sa population.

Pour le conseiller national Christian Lohr (Le Centre/TG), «cette mentalité de libre-service, qui a des conséquences financières élevées pour ceux qui paient les primes et le contribuable, n'est guère viable», écrit-il dans sa motion déposée il y a un an.

Une planification purement cantonale entraîne à moyen terme une offre insuffisante dans certains domaines et une offre excédentaire dans d'autres, estime la conseillère nationale Sarah Wyss (PS/BS) dans son postulat daté de février, d'ores et déjà accepté par le Conseil fédéral. Plus d'un tiers des coûts de la santé relève des hôpitaux, soit environ 30 milliards de francs par année.

Ces deux élus sont loin d'être les seuls à pointer des dysfonctionnements. Depuis un an, une quinzaine d'interventions parlementaires demandent de revoir l'offre hospitalière, un domaine de la compétence des cantons.

Impliquer la Confédération

Un élu du Parti vert/libéral propose que «la planification hospitalière soit dorénavant réalisée par la Confédération en étroite collaboration avec les cantons». Le Centre, lui, veut la création de régions de soins à l'échelle intercantonale. Le PS aimerait que le Conseil fédéral étudie une planification intercantonale contraignante.

Le Parti libéral-radical (PLR) plaide, lui, pour un programme financé par la Confédération afin d'inciter les hôpitaux à se regrouper. «La Suisse connaît une densité hospitalière particulièrement forte, ce qui se traduit par d'importantes réserves de capacités et des coûts d'investissement et d'exploitation extrêmement élevés», relève le conseiller national Andri Silberschmidt (PLR/ZH) dans son postulat.

La mise en place au niveau régional d'une planification hospitalière faisait partie des recommandations d'un groupe d'experts mandatés par la Confédération en 2017 pour freiner les coûts de la santé. Aujourd'hui, d'anciens membres de ce groupe critiquent une mise en œuvre insuffisante.

Mesures en 2022

Dans sa réponse aux parlementaires, le Conseil fédéral est aussi d'avis qu'il y a matière à amélioration. Il a ainsi déjà pris des mesures. Depuis 2022, les cantons ont l'obligation de tenir compte du potentiel de concentration des prestations non seulement à l'échelon cantonal, mais aussi au-delà de leurs frontières. Ils ont quatre ans pour s'adapter.

Le Conseil fédéral estime qu'il faut attendre les résultats avant de prendre d'autres décisions. La médecine hautement spécialisée est déjà soumise à des règles strictes.

Cantons opposés

Les principaux concernés, les cantons, voient d'un mauvais œil l'idée d'accorder à la Confédération un droit de regard sur la planification hospitalière. «Les systèmes de santé dont le pilotage est centralisé ne sont en soi pas plus performants ni moins coûteux», indique la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS) dans une prise de position écrite.

L'offre de soins a fait ses preuves lors de la pandémie du Covid-19, ajoute-t-elle. En outre, la planification hospitalière doit être incluse dans un système de santé régional et avec la population concernée. Contrairement aux cantons, «la Confédération n'a pas cette proximité».

Il existe déjà des collaborations intercantionales, par exemple entre les deux cantons de Bâle, entre le canton de Saint-Gall et les deux Appenzell, de même qu'entre Vaud et Valais.

«Au sein de la CDS se pose la question de savoir s'il est possible de renforcer la collaboration par-delà les frontières cantonales et, si oui, comment?», ajoute la conférence. Reste que les soins hospitaliers ne sont pas le domaine qui fait grimper les coûts de la santé, précise-t-elle.

Mais pour la socialiste Sarah Wyss, les cantons n'ont pas les mêmes intérêts. «Chacun regarde encore pour soi.» Comme ils paient 55% des soins hospitaliers stationnaires, ils veulent décider de l'offre sur leur territoire sans devoir payer les tarifs fixés par un autre canton.

Le cas de Bâle-Ville, qui accueille 45% de patients de Bâle-Campagne, illustre les tensions qu'il peut y avoir, malgré une collaboration étroite.

“Cette mentalité de libre-service, qui a des conséquences financières élevées pour ceux qui paient les primes et le contribuable, n'est guère viable.”

Comme les cantons paient 55% des soins hospitaliers stationnaires, ils veulent décider de l'offre sur leur territoire sans devoir payer les tarifs fixés par un autre canton.

«Les hôpitaux ont une expertise à faire valoir»

Réagissant aux multiples interventions parlementaires qui demandent une refonte de l'offre hospitalière impliquant la Confédération, les hôpitaux de Suisse, par leur faitière H+, estiment que cela n'est pas

nécessaire. «Outre le fait que cela ne relève pas de sa compétence, cela rend le système lourd et inefficace», indique leur directrice, Anne-Geneviève Bütikofer.

Hôpitaux déjà adaptés

La question d'une centralisation accrue de la planification hospitalière doit impérativement être discutée avec tous les acteurs impliqués, à commencer par les cantons qui ont la responsabilité d'assurer une couverture sanitaire pour leur territoire, mais aussi avec les fournisseurs de prestations. Selon elle, les hôpitaux se sont déjà adaptés. Et de citer les groupes hospitaliers supracantonaux comme l'Hôpital intercantonal de la Broye ou Riviera Chablais.

Certains établissements ont en outre signé des coopérations, par exemple l'Hôpital cantonal d'Uri et l'Hôpital cantonal de Lucerne. Les hôpitaux ont en outre beaucoup fait progresser l'ambulatorio, comme le Centre hospitalier de Bienne.

Interrogée sur la prise en compte de l'avis des fournisseurs de soins dans l'organisation du paysage hospitalier, Anne-Geneviève Bütikofer souligne l'importance d'associer les hôpitaux et cliniques à la discussion. Ils ont une expertise à faire valoir dans les domaines de la prise en charge de proximité, de la médecine spécialisée, de la formation et de la mise en réseau, souligne la directrice de H+. ATS

“Cela rendrait le système lourd et inefficace.” - Anne-Geneviève Bütikofer, Directrice H+

Moitié moins d'hôpitaux généraux en 25 ans

Le redimensionnement du paysage hospitalier en Suisse est en cours depuis longtemps. Le nombre d'hôpitaux généraux est passé de 200 à 100 au cours des 25 dernières années, selon l'Office fédéral de la santé publique. Il y avait 278 établissements en 2022, soit 264 hôpitaux et 14 maisons de naissance. Sur ce total, 44 étaient des entreprises publiques qui ont accueilli 40% des hospitalisations. Ils totalisent 38 000 lits, dont environ deux tiers dans les hôpitaux de soins généraux et un tiers dans les cliniques spécialisées.

En 2002, il y en avait encore 44 000 pour 363 hôpitaux. Environ 1,5 million de patients par an vont dans un hôpital suisse suivre un traitement. La part des soins hospitaliers représente 35,2% de l'ensemble des coûts de la santé (86 milliards), soit 30,4 milliards de francs. Les charges de personnel constituent 62% des frais d'exploitation et les coûts d'investissement 8,2%.

Les hôpitaux tournent avec 180 818 équivalents plein-temps, dont 140 000 dans les établissements de soins généraux et 40 000 dans les cliniques spécialisées. Quinze pour cent sont des médecins. ATS

Gleichentags erschienen in

- Arcinfo
- Le Journal du Jura
- Le Nouvelliste

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

BE – «Jedem Täli sis Spitäli»: Wie Spitäler unter Druck geraten sind

 Radio SRF 1 | 29.07.2024

Die Berner Spitallandschaft ist geprägt von grossen Umwälzungen. Gab es vor 30 Jahren in jedem «Tal» ein Spital, wurden mittlerweile fast die Hälfte aller öffentlichen Spitäler geschlossen.

 **Audio starten, Dauer: 02:38**

Due ospedali elvetici su tre sono in perdita

 La Regione | 29.07.2024

È ormai crisi aperta per gli ospedali e le cliniche in Svizzera: stando a un'analisi della società di consulenza Kpmg l'anno scorso due su tre erano nelle cifre rosse e complessivamente hanno generato una perdita di 1 miliardo di franchi. Ad accendere nuovamente i riflettori sul tema è stata la Neue Zürcher Zeitung. Il quotidiano riferisce dell'analisi Kpmg, che ha tenuto conto di 48 strutture sanitarie: di queste solo 14 hanno mostrato nel 2023 un avanzo d'esercizio. Gli ospedali non sono stati in grado di riprendersi dalla crisi in cui li ha fatti precipitare il Covid. Stando alla testata zurighese, a prima vista il problema non sembrerebbero essere le entrate, cresciute del 13% dal 2019. Le operazioni ambulatoriali rappresentano però una parte sempre più consistente degli introiti: e secondo gli ospedali le tariffe in questo settore sono così basse che non riescono a coprire i costi.

Ancora più grave è l'evoluzione delle spese: negli ultimi cinque anni sono cresciute più rapidamente delle entrate, precisamente del 17%. Ciò è dovuto principalmente ai costi del personale, che costituiscono una parte consistente del bilancio. Da un lato i salari sono aumentati a causa dell'inflazione, mentre dall'altro la carenza di manodopera qualificata ha costretto gli operatori a offrire condizioni di lavoro più interessanti a infermieri e medici.

Alcune strutture stanno ad esempio sperimentando nuovi modelli che prevedono lo stesso stipendio a fronte di un minore tempo di lavoro, oppure viene potenziata la percentuale di personale per evitare che i professionisti dell'assistenza vadano in esaurimento e scappino dalla professione. L'attuazione dell'iniziativa "per cure infermieristiche forti" (accolta dal popolo nel 2021) potrebbe far lievitare ulteriormente i costi. Per questo motivo i responsabili finanziari (Cfo) degli ospedali intervistati da Kpmg prevedono solo un leggero miglioramento dei margini per l'anno in corso e per il 2025. Ciò è possibile grazie ai Cantoni che hanno ascoltato le richieste degli operatori ospedalieri di aumentare le tariffe. La carenza di denaro porterà a una moria delle strutture? Non secondo Kpmg, visto che il 68% dei Cfo ritiene che il proprio ospedale abbia una garanzia statale implicita: la maggior parte dei nosocomi è di proprietà di Cantoni o Comuni, che sono pronti a tappare buchi anche profondi. L'anno scorso Argovia ha salvato l'ospedale di Aarau con 240 milioni, San Gallo hamesso 163 milioni nei suoi nosocomi

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

Martin Fiedler: «Es wäre schön, wenn es für Spitäler ein Ampelsystem gäbe» - Interview

 infosperber.ch | 27.07.2024

Die Qualität der Behandlungen ist für die Öffentlichkeit schwer zu beurteilen. Dazu der medizinische Direktor des Inselspitals.

Urs P. Gasche

Infosperber: Herr Professor Fiedler, gegenwärtig sind Sie ärztlicher Leiter des Medizinbereichs innere Medizin der Insel-Gruppe. Sie leiten zudem das Zentrum für Labormedizin, sind oberster Verantwortlicher für die ärztliche Nachwuchsförderung, für die Aus- und Weiterbildung der Ärzte und mitverantwortlich für die Anstellung des Topkaders. Überdies sind Sie auch noch zuständig für das Qualitätsmanagement. – Kommt bei dieser Aufgabenfülle die Kontrolle der Qualität der Behandlungen nicht zu kurz?

Martin Fiedler: Ich muss diese Aufzählung relativieren. Die ärztliche Endverantwortung haben die jeweiligen Klinikdirektorinnen und Klinikdirektoren. Die Anstellungen des Topkaders erfolgen durch die Universität Bern. Ich bin ex officio Mitglied der Berufungskommission und habe dabei nur eine Stimme^[1]. Die Qualität der Behandlungen und die Patientensicherheit haben einen extrem hohen Stellenwert. Das automatisierte und moderne Zentrum für Labormedizin, für das ich verantwortlich bin, hat seit Längerem das höchste Qualitäts-Niveau, das es gibt. Auch in anderen Bereichen haben Qualitätsindikatoren und Transparenz die höchste Priorität.

Bereits im Jahr 1996 gab das Krankenversicherungsgesetz KVG dem Bundesrat die Kompetenz, «systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität» durchzuführen. Der Bundesrat delegierte – aus meiner Sicht sträflicherweise – seine Kompetenz an die Ärzteschaft und die Spitäler. Wie steht es aus Ihrer Sicht fast dreissig Jahre später um die wissenschaftlich erfasste Qualitätssicherung in Spitälern?

Ich kann nur für die Insel-Gruppe sprechen. Wir tun heute extrem viel. Das beweisen viele Qualitäts-Zertifizierungen. Ein interdisziplinäres Monitoring bei schweren Fällen ist bei uns Standard. Wir liefern dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern (ANQ) Messergebnisse.

Sie haben meine Frage nicht beantwortet: Haben die Spitäler seit 1996 die gesetzliche Vorgabe erfüllt und die Qualität mit «systematischen wissenschaftliche Kontrollen» erfasst?

Ich schaue ungern nach hinten, sondern lieber nach vorne. Ich bin einverstanden, dass wir rasch Fortschritte erzielen müssen. Im Inselspital sind wir schon sehr weit. Früher wurden Patientinnen und Patienten von einer fachspezifischen Abteilung in eine andere verschoben. Das Spital war – historisch gewachsen – in hierarchischen Silos organisiert. Die Patientinnen und Patienten mussten diese Silos durchlaufen. Heute dagegen sind klare Patientenpfade definiert vom Eintritt bis zur Operation und den Anschlussbehandlungen.

Dazu haben wir am 2. März 2024 als erste universitäre Spitalgruppe im deutschsprachigen Raum das neue Klinikinformations- und Steuerungssystem KISS des Software-Herstellers Epic eingeführt. Es verbindet alle Fachbereiche und Berufsgruppen. Wir übernehmen damit in der digitalen Medizin eine Vorreiterrolle. Alle Behandelnden haben Zugang zu sämtlichen Daten, was die Qualität und die Sicherheit der Behandlung erhöht.

Auch die Patientinnen und Patienten selber haben mit einer Gratis-App Zugang zu den eigenen Gesundheitsinformationen und können zum Beispiel auch Behandlungstermine online verwalten. Zuweisende Hausärztinnen und Hausärzte sowie Spezialistinnen und Spezialisten können sich registrieren und klinische Befunde sowie Labortests einsehen, Behandlungstermine online abrufen und Patientinnen und Patienten zum Spital zuweisen.

In der Schweiz erhalten jedes Jahr fast 50'000 Frauen und Männer zum ersten Mal ein neues Knie- oder Hüftgelenk. Manche Orthopäden interessieren sich nicht mehr für ihre Patientinnen und Patienten, nachdem diese das Spital verlassen haben. Ob und wie sich die Implantate und die gewählten Operationsmethoden nach einem oder nach fünf Jahren bewähren, scheint manchen Chirurgen egal zu sein. Ich kenne Leute, die sich im Inselspital operieren liessen und nachher nie mehr etwas vom Chirurgen oder vom Spital hörten. Wo bleibt die Qualitätskontrolle?

Das Interesse der Chirurgeninnen und Chirurgen ist bestimmt da. Sie schauen die Nachversorgung an. Eine systematischere Nachkontrolle wäre jedoch sicher zu begrüssen.

Josef E. Brandenburg erklärte im Jahr 2007 als Präsident des Chirurgenverbands FMCH an einer Pressekonferenz: Das neue Register SIRIS für Implantate werde es erlauben, «erstmal Qualitätsvergleiche zwischen Produkten, Spitälern und operierenden Ärztinnen und Ärzten zu machen». Wo finden Interessierte heute diese Qualitätsvergleiche?

Der ANQ verarbeitet und veröffentlicht die SIRIS-Daten...

...aber nur die Fallzahlen der Spitäler, nicht die Fallzahlen der Chirurgen, wie von Brandenberger vor 17 Jahren versprochen.

Bei hochspezialisierten Operationen stehen immer ganze Teams im Einsatz. Entscheidend ist deshalb, wie häufig ein Eingriff in einem Spital vorgenommen wird. Das ist auf der ANQ-Homepage öffentlich einsehbar.

Trotzdem ist es für die Öffentlichkeit sehr schwierig herauszufinden, welches Spital für bestimmte Eingriffe bessere Behandlungsergebnisse aufweist als andere.

Es wäre schön, wenn es ein Ampel- oder Sternesystem gäbe. [Red. In den USA beispielsweise vergeben die Centers for Medicare & Medicaid Services wie bei Hotels fünf Sterne unter Berücksichtigung von Mortalität, Sicherheit, ungeplante Nachbehandlungen, Patientenbeurteilung und zeitnahe und effektive Behandlung.]

Ganz clevere Chirurgen beteiligen sich finanziell an Firmen, welche Implantate herstellen. Oder sie profitieren von geldwerten Leistungen, wenn sie ein bestimmtes Gelenk-Fabrikat bevorzugen. Der Fall des Berner Star-Orthopäden Max Aebi ist noch in Erinnerung. Er besass Kaufoptionen auf Aktien der Firma, die das von ihm propagierte Implantat herstellte. Das Implantat zerbröselte mit der Zeit. Frage: Ist heute garantiert, dass kein Chirurg mehr Aktien oder Kaufoptionen einer Herstellerfirma hält oder von einer Herstellerfirma sonstwie finanziell profitiert?

Das Inselspital würde solche Interessenkonflikte nicht tolerieren. Alle Nebentätigkeiten und -einkünfte müssen deklariert werden, so dass solche Interessenkonflikte sichtbar würden. Verstösse würden disziplinarisch sanktioniert.

Nach dem Einsetzen von Knie- oder Hüftprothesen erfassen manche Spitäler vor und nach der Operation und bis zu fünf Jahren nach der Operation mit standardisierten Fragebogen, wie beweglich die Operierten wieder werden. Solche Fragebogen, PROMs genannt (Patient Reported Outcome Measurements) sind einsetzbar bei neuen Knie- oder Hüftgelenken, bei Wirbelsäulenoperationen, bei Herzoperationen, Dickdarmoperationen oder Organtransplantationen. Ich habe das Inselspital gebeten, mir Kopien der verwendeten Fragebogen zu schicken. Vergeblich.

PROMs werden heute in der Insel-Gruppe dezentral in den jeweiligen Kliniken erfasst. Eine zentrale Koordination der verschiedenen Fragebogen wird im Rahmen des neuen Klinikinformations- und Steuerungssystems KISS geprüft. Beiliegend der PROM-Fragebogen, den die [Wirbelsäulenchirurgie](#) verwendet.

Die Hirslanden-Spitäler haben in Bern ein Prothetikzentrum eröffnet, wo die Behandlungsergebnisse mit diesen international etablierten Fragebögen kontrolliert werden. Die Patienten füllen diese PROMs für künstliche [Knie-](#) und [Hüftgelenke](#) vor der Operation und bis fünf Jahre nach der Implantation eines Knie- oder Hüftgelenks mehrmals aus. Warum verwendet das Inselspital nicht die gleichen PROMs? Dann könnte die Behandlungsqualität der Insel mit derjenigen des Hirslandenzentrums und anderer Spitäler verglichen werden.

Wichtig ist, dass man solche PROMs überhaupt braucht und auswertet.

Doch wir müssen in der Schweiz zu vergleichbaren Standardisierungen kommen. Das unterstütze ich voll und ganz. Beispielsweise beteiligt sich die Insel-Gruppe am Pilotprojekt OpenPROMS, welches von der Eidgenössischen Qualitätskommission finanziert ist (Red. Pilotprojekt zur sektorübergreifenden Implementierung eines vollständigen, international etablierten und validierten PROMs-Sets für relevante Krankheiten und Operationen). Wobei klar ist, dass dies nicht bei allen Behandlungen möglich und das Erfassen von vergleichbaren Daten sehr herausfordernd ist.

Ein Qualitätsindikator ist ja auch die Häufigkeit ungeplanter Nachbehandlungen. Nach dem Einsetzen von Hüft- und Knieprothesen in den Jahren 2017 bis 2020 musste man im Inselspital im Zeitraum von zwei Jahren nach den Operationen mehr als doppelt so viele Revisions-Operationen machen wie im Durchschnitt der Schweizer Spitäler.

Bei uns im Inselspital ist die Orthopädieabteilung gleichzeitig für die Unfallchirurgie zuständig. Wir haben hier im Inselspital auch das zentrale Traumazentrum. In Zürich beispielsweise verteilen sich die Notfälle im Gegensatz zu Bern auf verschiedene Spitäler. In Bern werden die meisten elektiven (nicht notfallmässigen) Knie- und Hüftprothesen in Spitälern mit privater Trägerschaft eingesetzt und nicht im Inselspital. Im Gegensatz zu früher erfassen wir heute die Komplexität der Fälle, so dass dies bei kommenden Vergleichen klar ersichtlich ist.

Nach Operationen des Dickdarms (Colon) kam es im Inselspital zu 160 Prozent mehr Infektionen als im Durchschnitt der Schweizer Spitäler. Alle anderen Universitäts- und Kantonsspitäler schnitten deutlich besser ab. Nach Dickdarm-Operationen war das Infektionsrisiko im Inselspital schon in den Jahren 2017 bis 2018 und 2019 bis 2020 signifikant grösser als in anderen Universitäts- und Kantonsspitalen. Das erweckt den Eindruck, dass man nicht genügend Massnahmen ergriffen und deshalb Patientinnen und Patienten fahrlässig gefährdet hatte.

Dieser Eindruck ist falsch. Es sind die gleichen Operationsteams, die für Dickdarm und Mastdarm (Rectum) zuständig sind. Würden diese Teams systematisch ungenügende Qualität liefern, müsste es auch nach Mastdarm-Operationen zu ungewöhnlich vielen Infektionen kommen. Bei den Mastdarm-Operationen hatten wir jedoch nie eine überdurchschnittliche Infektionsrate.

Die hohen Infektionsraten bei den Dickdarm-Operationen sind darauf zurückzuführen, dass wir im Inselspital überwiegend schwere Fälle behandeln. Die «normalen» Fälle gehen in Bern in andere Spitäler. Das geht aus den erfassten Komplikations- und Risikokriterien der eingelieferten Patientinnen und Patienten klar hervor.

Warum ist denn der ANQ nicht in der Lage, diese erfassten Risikofaktoren beim Vergleich der Infektionsraten zu berücksichtigen?

Der ANQ erklärt selber, dass unterschiedliche Infektionsraten nichts mit der medizinischen Qualität zu tun haben müssen. Die Risikofaktoren sind eben nicht ausreichend erfassbar. Im Inselspital behandeln wir eine Selektion von besonders schweren Fällen. Wir haben extrem viel unternommen, um Infektionen auch bei diesen schweren Fällen zu vermeiden. Der Vorwurf, wir hätten auf die Statistik des ANQ zu wenig reagiert, ist nicht berechtigt.

Der Erfolg oder Misserfolg der einzelnen Operationsmethoden kann mit folgenden Daten erfasst werden – alle unter Berücksichtigung von Alter und bestehenden Grunderkrankungen:

1. *Wieviel Prozent der PatientInnen sind nach Wirbelsäulenoperationen gelähmt?*
2. *Wieviel Prozent müssen ein zweites Mal nicht geplant operiert werden?*

3. *Wie lange geht es bis zur vollen Arbeitsfähigkeit?*

4. *Wie viele physische Beeinträchtigungen bleiben bestehen?*

Erfasst das Inselspital diese Resultate der Behandlungen?

Seit zwei oder drei Jahren erfasst das SIRIS-Register ausgewählte Rückenoperationen. Verpflichtend sind folgende Eingriffe: Spondylodesen im lumbalen Bereich (*Red.* Versteifungen der Wirbelsäule im Lendenbereich), Vertebroplastik (*Red.* Gebrochener Wirbel wird mit Knochenzement stabilisiert) und die Kyphoplastik (*Red.* Minimal-invasives Verfahren zur Therapie von Wirbelfrakturen der mittleren und unteren Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule).

Die Neurochirurgie und die Orthopädie sind da involviert.

Kommen wir zu vermeidbaren Pannen und Fehlern. Vor vier Jahren hat die Swissmedic das Inselspital gebüsst, weil dieses in den Jahren 2016 und 2017 fast hundert «schwerwiegende Vorkommnisse» der Swissmedic nicht gemeldet hatte. Es habe sich «um äusserst gravierende Ereignisse gehandelt, die allesamt zu schwerwiegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen bis hin zum Tod führen könnten». Es ging u.a. um Hüftprothesen, Stents und Herzpumpen. Auch hier hat die Führung des Inselspitals nicht sofort für Remedur gesorgt. Im rechtskräftigen Strafbefehl vom Jahr 2020 hiess es: «Das vorliegende Strafverfahren verdeutlicht, dass nach wie vor schwerwiegende Vorkommnisse, welche das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Patienten unmittelbar gefährden oder gefährden könnten, nicht gemeldet werden.»

Warum wurde das Inselspital damals zu einer Wiederholungstäterin? Ist heute garantiert, dass «schwerwiegende Vorkommnisse» lückenlos gemeldet werden?

Die Insel-Gruppe hat die Mängel sehr ernst genommen und geeignete und wirkungsvolle Korrekturmassnahmen ergriffen. Heute ist der Prozess der Vigilanz von Medizinprodukten in der Insel-Gruppe etabliert, und die Pflicht, (potentiell) schwerwiegende Vorkommnisse im Zusammenhang mit der Anwendung von Medizinprodukten an Swissmedic zu melden, wird adäquat umgesetzt.

Auch der Vigilanz von Blutprodukten (Hämovigilanz) und Arzneimitteln (Pharmakovigilanz) misst die Insel-Gruppe grosse Bedeutung bei. (*Ausführliche Antwort in Fussnote^[2]*)

Jetzt zu falschen finanziellen Anreizen: Die Finanzen eines Spitals sehen besser aus, wenn Ärzte kompliziertere Diagnosen stellen als nötig. Oder wenn Chirurgen eilig – oder voreilig – operieren, statt abzuwarten. Stimmen Sie dieser Diagnose zu?

Nein, wirklich nicht. Am Inselspital haben wir heute fixe Löhne. Und wir haben eher zu wenig Operationssäle, so dass bei uns sicher nicht zu häufig operiert wird.

Angestellte Chirurgen sollen keinerlei finanzielle Zuschläge erhalten, wenn sie häufiger operieren. Sind Sie damit einverstanden?

Ja. Solche Zuschläge gibt es bei uns nicht. Wir haben wie gesagt fixe Gehälter.

Jetzt geht es noch um vermeidbare Pannen und Irrtümer. Die Folgen sind längere Spitalaufenthalte, Komplikationen und Nachbehandlungen. Vor zehn Jahren (2014) erklärte das BAG: «Jeder zehnte Spitalpatient erleidet einen gesundheitlichen Schaden und die Hälfte dieser Schäden wäre vermeidbar.» Das sind 2000 bis 3000 vermeidbare Todesfälle pro Jahr und rund 60'000 vermeidbare gesundheitliche Schadensfälle. Im Jahr 2020 musste Gesundheitsökonom Heinz Locher erneut feststellen: «Wir haben in der Schweiz noch 2000 vermeidbare Todesfälle.»

Dies, obwohl es in Schweizer Spitälern schon lange das Meldesystem CIRS gibt: Pannen und Fast-Pannen oder das Nichteinhalten von Hygienefehlern werden zentral gemeldet, um Massnahmen ergreifen zu können. Ist dieses Meldesystem unzureichend?

Die genannten Zahlen zur Schweiz wurden von WHO-Zahlen abgeleitet. Ich weiss nicht, woher Herr Locher seine Zahlen hat. Ich kann für das Inselspital sprechen: Unser Meldesystem ist äusserst sensitiv. Das Personal kann vermutete Fehler oder Unterlassungen anonym melden, so dass es keine Nachteile befürchten muss.

Bei der Wartung von Flugzeugen werden Pannen und Fehler viel akribischer verfolgt und es wird schneller daraus gelernt als bei Pannen und Fehlern in Spitälern. Kann ein Grund sein, dass bei einem Flugzeugabsturz auch der Pilot und die Flugzeug-Crew tot sind, während die Chirurgen und ihre Teams in Spitälern stets am Leben bleiben?

Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden geht es sehr nahe, wenn Fehler passieren. Es geht um Beziehungen von Mensch zu Mensch. Auch gibt es in Spitälern keine Hierarchien mehr wie früher, welche einer Fehlervermeidungskultur hinderlich waren. Unsere Mechanismen, um aus Beinahepannen und Fehlern zu lernen, sind sehr gut implementiert.

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

ZH – Auf die neue Pflegeleiterin am KSW kommt einiges zu

 Der Landbote | 26.07.2024

Nachfolge - Der Spitalrat des Kantonsspitals Winterthur hat mit Doris Rathgeb eine neue Pflegedirektorin gewählt. In ihre Zeit wird die Umsetzung der Pflegeinitiative fallen.

Menoa Stauffer

Im Februar verliess die bisherige Chief Nursing Officer (CNO), Susanna Oechslin, das Kantonsspital Winterthur (KSW). Sie war während 26 Jahren in leitenden Positionen tätig, darunter die letzten zwei als Leiterin der Pflege und der Patientenversorgung. Nun hat der Spitalrat eine Nachfolgerin bestimmt: Ab nächstem Februar wird Doris Rathgeb die Aufgabe als Chief Nursing Officer (CNO) übernehmen.

In der einjährigen Übergangsphase ohne CNO teilen sich drei Führungskräfte die Leitung der Pflege. Dass die Übergangszeit so lange dauert, hat gemäss KSW-Sprecherin Melanie Frei zwei Gründe: Das KSW wollte den neuen CEO Guido Speck in die Wahl der CNO einbeziehen und wartete deshalb mit der Ausschreibung. Dann liess sich zunächst keine passende Person finden. «Für das KSW war die Sicherstellung einer geeigneten Nachfolge wichtiger als eine zeitnahe Besetzung.» Dies sei nun aber mit Doris Rathgeb in der zweiten Runde gelungen.

Branche kämpft mit Fachkräftemangel

Nach ihrer Ausbildung zur diplomierten Pflegefachfrau am Ostschweizer Kinderspital in St. Gallen bildete Doris Rathgeb sich im Gesundheitsmanagement weiter. Seit elf Jahren leitet sie den Bereich Pflege am Kantonsspital Frauenfeld. In Winterthur wird sie als CNO die Pflege fachlich leiten und die Patientenversorgung koordinieren. Zu ihren Aufgaben gehört die Ausbildung der Pflegefachkräfte, der Gästeservice, die Patientenverteilung und das Sprechstundenzentrum. Zudem wird sie in der Geschäftsleitung vertreten sein.

Ihre Schlüsselfunktion am KSW übernimmt Doris Rathgeb in einer relevanten Phase: Sie wird voraussichtlich die Pflegeinitiative mit umsetzen. Die Initiative will den akuten Mangel an Pflegepersonal lösen und deren Arbeitsbedingungen verbessern. «Klatschen reicht nicht» war einer der Slogans, als die Initiative Ende 2021 deutlich angenommen wurde.

Auch zwei Jahre nach der Annahme der Initiative kämpft die Gesundheitsbranche noch mit dem Fachkräftemangel. Inzwischen ist die erste Etappe umgesetzt: Mit der Ausbildungsoffensive soll es mehr Abschlüsse in der Pflege geben. Der Bund stellt dafür seit dem 1. Juli für acht Jahre rund eine halbe Milliarde Franken zur Verfügung. Mit dem Geld werden Institutionen, welche Ausbildungsplätze anbieten, aber auch Pflegende in Ausbildung finanziell unterstützt.

Kritik der Zürcher Gesundheitsdirektion

In einem zweiten Schritt geht es jetzt darum, die Arbeitsbedingungen der Pflegenden zu verbessern. Der Entwurf für ein neues Bundesgesetz liegt vor. Dazu gehören etwa strengere Vorgaben zur Erstellung von Dienstplänen, aber auch zur Höchstarbeitszeit, der Umkleidezeit und Überstunden. Besonders häufige ungeplante Arbeitseinsätze sind gemäss dem Bundesamt für Gesundheit sehr belastend - das werde bei Pflegenden oft als Grund genannt, warum sie den Pflegeberuf verlassen.

Der Regierungsrat und die Zürcher Gesundheitsdirektion kritisieren den Entwurf allerdings. Es werde quasi ein zweites Arbeitsgesetz speziell für die Pflege eingeführt, was nicht effizient sei. Ausserdem äussere sich der Bundesrat zu vage dazu, wie die verbesserten Arbeitsbedingungen in der Pflege finanziert werden sollten. Die Vernehmlassung läuft noch bis zum 29. August 2024. Die weitere Umsetzung wird weitere Jahre in Anspruch nehmen.

Neue oberste Pflegerin am KSW

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Der Spitalrat wählte Doris Rathgeb als neue Leiterin der Pflege in Winterthur.

Die Krise der Spitäler spitzt sich zu

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 27.07.2024

Schweizer Kliniken machten letztes Jahr eine Milliarde Franken Verlust – dennoch können sie das Gärtchendenken nicht überwinden

Simon Hehli

So weit muss man erst einmal danebenhauen. Bei einer Umfrage der Beratungsgesellschaft KPMG im letzten Jahr erwarteten die Finanzchefs der Spitäler, dass ihr Betriebsergebnis 2023 vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen (Ebitda) bei 4 Prozent liegen würde – ein lausiger Wert, denn eine Faustregel besagt, dass es einen Ebitda von mindestens 10 Prozent braucht, um Investitionen tätigen zu können. Doch es kam noch weit schlimmer: Der reale Wert lag bei gerade noch 1,8 Prozent. Das zeigt die neuste Ausgabe der KPMG-Studie namens «Clarity on Healthcare».

Die finanzielle Situation der meisten Spitäler ist also miserabel. Nur 14 der für die Studie untersuchten 48 Institutionen – Universitätskliniken, kleinere und mittlere Akutspitäler, Psychiatrien, Rehakliniken und Spezialkliniken – konnten im letzten Jahr einen Gewinn ausweisen. Hochgerechnet auf die gesamte Spitallandschaft beträgt das Minus laut KPMG insgesamt eine Milliarde Franken. Von der Krise, in die die Spitäler wegen Corona gerutscht sind, haben sie sich nie mehr erholen können – im Gegenteil.

Erhöhter Finanzierungsbedarf

Das Problem sind auf den ersten Blick nicht die Einnahmen. Diese sind seit 2019 um 13 Prozent gewachsen. Doch ambulante Operationen machen einen immer grösseren Teil der Einkünfte aus. Und in diesem Bereich sind die Tarife laut den Spitalern so tief, dass sie nicht kostendeckend arbeiten können. Ein Beispiel dafür ist eine Klinik mittlerer Grösse, über die die NZZ kürzlich berichtet hat. Eine ambulante Hämorrhoiden-Behandlung wird mit 1480 Franken vergütet, kostet das Spital aber fast doppelt so viel.

Noch gravierender für die Spitäler sind die Entwicklungen bei den Ausgaben: Sie sind in den vergangenen fünf Jahren stärker gestiegen als die Einnahmen, nämlich um 17 Prozent. Dies vor allem wegen der Personalkosten, die einen grossen Teil des Budgets eines Spitals ausmachen. Einerseits wurden wegen der Inflation die Löhne erhöht, andererseits sind die Spitäler aufgrund des Fachkräftemangels gezwungen, den Pflegenden und Medizinerinnen attraktivere Arbeitsbedingungen zu gewähren.

So experimentieren manche mit neuen Modellen, die den gleichen Lohn für weniger Arbeit vorsehen, oder erhöhen den Personalschlüssel, um zu verhindern, dass Pflegefachleute ausbrennen und davonlaufen. Die Umsetzung der Pflegeinitiative könnte die Personalkosten noch weiter nach oben treiben. Deshalb gehen die 28 befragten Finanzverantwortlichen auch für das laufende Jahr und für 2025 nur von einer geringfügigen Verbesserung der Margen aus. Ermöglicht wird dies durch jene Kantone, die die Rufe der Spitalbetreiber nach höheren Tarifen erhört haben.

86 Prozent der CFO geben trotz der leichten Entspannung an, dass sie einen erhöhten Finanzierungsbedarf haben. Sei es, um Neubauten stemmen zu können, sei es, um frühere Kredite refinanzieren zu können. Laut Hochrechnung der KPMG liegt der zusätzliche Kapitalbedarf aller Schweizer

Spitäler für die nächsten fünf Jahre bei stolzen 4,5 Milliarden Franken. Doch Geld aufzunehmen, wird immer teurer. Denn die Kapitalgeber sehen Investitionen in Spitäler zunehmend als Risiko und verlangen höhere Zinsen.

Grosse Verunsicherung

«Die Verunsicherung in der Branche ist spürbar», sagt der KPMG-Gesundheitsexperte Florian Schmid. Besonders misslich ist die Situation der kleineren Spitäler, die vor allem in der medizinischen Grundversorgung tätig sind. Deshalb geht die Mehrheit der Finanzverantwortlichen davon aus, dass sich die Zahl der kleinen Kliniken reduzieren wird. Jeder zweite erwartet jedoch, dass es auch Kantonsspitäler treffen wird.

Irgendwann dürfte sich ein Hybridmodell durchsetzen: mit einigen spezialisierten Zentrumsspitalern, wo die Patienten für planbare Eingriffe hinreisen, und wohnortnahen, teilweise rein ambulanten Gesundheitseinrichtungen, die als Anlaufstellen für Notfälle dienen. Und das alles dürfte in grösseren Verbänden organisiert sein als heute.

Einzelspitäler seien ein Auslaufmodell, wird Rolf Zehnder, der CEO des Spitals Thurgau, in der Studie zitiert. «Die Zukunft liegt in Spitalgruppen, innerhalb deren die Standorte auf Augenhöhe agieren und Themen wie IT, Supply-Chain oder Bautätigkeit zentralisieren», erklärt Zehnder.

Führt die Geldnot also in den nächsten fünf Jahren zum grossen Spitalsterben? Das glaube er nicht, sagt der KPMG-Studienautor Schmid. Und verweist auf jene 68 Prozent der Finanzchefs, die davon ausgehen, dass ihre Klinik eine implizite Staatsgarantie hat. Die öffentlichen Spitäler sind grösstenteils im Besitz der Kantone oder der Gemeinden. Und diese sind weiterhin bereit, auch tiefe Löcher zu stopfen. Im letzten Jahr rettete der Aargau das Kantonsspital Aarau mit 240 Millionen Franken, St. Gallen steckte 163 Millionen in seine Spitäler. Das sind nur zwei Beispiele von vielen.

Florian Schmid erwartet deshalb, dass die öffentliche Hand einen Teil des Investitionsbedarfs von 4,5 Milliarden für die kommenden fünf Jahre übernehmen muss und wird. Aber in manchen Fällen reiche es den Kreditgebern schon aus, wenn der Kanton oder die Gemeinde für den Kredit bürge.

Eine der Ursachen für das Malaise ist der Rückstand der Schweizer Spitäler bei der Digitalisierung. 29 Prozent sind erst in der Anfangsphase und haben bloss kleinere IT-Projekte umgesetzt, weitere 46 Prozent sehen sich in der Entwicklungsphase, in der sie noch lange nicht alle Effizienzgewinne realisiert haben.

Die angespannte finanzielle Lage ermöglicht es den Spitälern jedoch kaum, grosse Investitionen in die Digitalisierung zu tätigen und damit auf lange Frist die Kosten zu senken. Nur 2,5 Prozent des Gesamtertrags sind durchschnittlich für Investitionen in IT- und Digitalisierungsprojekte budgetiert. «Das ist zu wenig, gerade weil die Spitäler so viel aufholen müssen», sagt Florian Schmid. Und zeigt sich überrascht, wie wenig kooperativ sich die Kliniken zeigen.

Nur jede dritte Spitalleitung plant laut der Umfrage, für IT-Projekte mit anderen Spitälern zusammenzuarbeiten. Das Gärtchendenken dominiert also nach wie vor, trotz dem grossen ökonomischen Druck. Schmid erklärt sich diesen Umstand damit, dass die Klinikchefs mit dem anspruchsvollen Tagesgeschäft ausgelastet seien – und so kaum Zeit für strategische Überlegungen bleibe.



Die Kosten für das Personal steigen stark und bringen die Kliniken in Bedrängnis. Eine Pflegerin im Berner Inselspital. Gaëtan Bally / Keystone

AG – Spital Zofingen: «Wer soll die Notfälle übernehmen?»

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | Spital Zofingen | 25.07.2024

Bei den Angestellten des Spitals Zofingen herrscht Verunsicherung über die Zukunft – sie betonen die Bedeutung des Standorts mit 17000 Notfällen und 4000 Operationen.

Fabian Hägler

«Des Öfteren übernehmen wir im Spital Zofingen Notfälle des Kantonsspitals Aarau, weil das KSA diese nicht in der nötigen Frist abarbeiten kann.» Das schreiben Angestellte, vertreten durch Nicole Schmitter (Leitung Anästhesiepflege) und Irene Giger (stv. Leiterin der Abteilung Anästhesie) in einem Leserbrief im «Zofinger Tagblatt». Zuletzt sei dies am vergangenen Freitag, 19. Juli, wieder vorgekommen. «Die Patienten sind jeweils sehr froh, dass sie bei uns so schnell operiert werden.»

Die Angestellten schreiben weiter: «Also sind wir doch, in unseren Augen, ein wichtiger Standort für die Bevölkerung in der Gesundheitsversorgung in der Region.» Mit Verwunderung hätten sie die Aussagen von Grossrat und Gesundheitskommissions-Präsident Severin Lüscher gelesen. Dieser sagte in der Ausgabe vom 22. Juli, er mache sich keine Sorgen um die Angestellten des Spitals Zofingen, diese würden bei einer allfälligen Schliessung schnell wieder eine Stelle finden.

Spitalpersonal kritisiert Grossrat Lüscher

Der Grünen-Grossrat sagte weiter, wenn man auf die Landkarte schaue, sei Zofingen als Standort für die Gesundheitsversorgung in der Region nicht zwingend nötig. Lüscher bezeichnete eine Nutzung als ambulantes Zentrum als weniger sinnvoll, ein Umbau zum Standort für Altersmedizin oder chronische Leiden könnte indes eine Option sein. Die Angestellten sehen das anders und fragen, «wer die fast 4000 Operationen und die vielen Notfälle, rund 17000 im Jahr, von Zofingen auffangen kann?»

Mitarbeitende des Spitals Zofingen seien momentan «sehr in Angst um ihren Arbeitsplatz», heisst es im Leserbrief weiter. Grund dafür sind sistierte Investitionen in die Sanierung des Operationsbereichs, Unklarheit über die künftige Strategie und der Abgang der Standortleiterin.

Eine Sprecherin des Kantonsspitals Aarau, zu dem das Spital Zofingen gehört, dementierte zwar Schliessungspläne. Wie es am Aussenstandort weitergeht, wird sich aber erst im Herbst entscheiden, die Strategie des KSA beruhe auf der Eigentümerstrategie des Regierungsrats.

Zu bedenken sei, «dass viele Mitarbeitende in der Region verwurzelt sind und nicht weite Arbeitswege gehen möchten», heisst es im Leserbrief. Der Rummel, der durch die Berichte über die ungewisse Zukunft des Spitals Zofingen ausgelöst wurde, sei belastend für die Angestellten. «Viele gute Mitarbeitende machen sich Sorgen und schauen sich nach einem neuen Arbeitgeber um». Es sei schwierig, Personal zu rekrutieren – ähnlich äussert sich Christina Maurer, Leiterin der Notfallstation, in einem Beitrag auf LinkedIn.

Pflegeverband findet Lage der Angestellten unhaltbar

Auch der Verband des Pflegefachpersonals ist besorgt über die Entwicklung in Zofingen, wie das Regionaljournal von «Radio SRF» meldet. Ignatius Ounde, Co-Präsident des Verbands und GLP-Grossrat, findet es unhaltbar, dass die Angestellten und Gewerkschaften ihre Informationen aus den Medien erhielten, und nicht vom KSA-Verwaltungsrat oder vom Kanton als Besitzer des Spitals.

Er fordert vor allem von der Führung der KSA-Gruppe eine schnelle und offene Kommunikation. Der Berufsverband befürchtet, dass es am Spital Zofingen nun zu Abgängen beim Personal komme, weil manche Angestellte lieber jetzt kündigen und eine Stelle suchen, als noch lange mit der Ungewissheit über die Zukunft leben wollten.

Gleichen tags erschienen in

- Badener Tagblatt

ZH – Was, wenn sich Spitäler überkantonal verbündeten?

 Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster | 24.07.2024

Jetzt schaltet sich die Lokalpolitik in die Krise des GZO Wetzikon ein – und fordert die Prüfung von Synergien. Könnte es funktionieren, wenn Spitäler sich über die Kantonsgrenze hinaus zusammenschliessen?

Eleanor Rutman

Das Gesundheitssystem lahmt über die regionalen Grenzen hinaus: Viele Spitäler schreiben rote Zahlen. Ob das an den geplanten und abgesagten Neubauten liegt, an den steigenden Gesundheits- oder Lohnkosten, dem Fachkräftemangel oder den neuen Fallpauschalen der Krankenkassen – es ist ein komplexes Thema.

Stark diskutiert wird über das GZO Spital Wetzikon, das sich in einer finanziellen Krise befindet. [Ideen für eine Besserung der Situation des GZO kommen von verschiedenen Seiten](#). So auch ein Vorstoss aus der rechten Ecke des Bezirks Hinwil, welcher von den Aktionärsgemeinden, dem Verwaltungsrat der GZO AG und von der kantonalen Politik Folgendes fordert: Neben überregionalen sollen zeitnah auch überkantonalen Spitalverbunde geprüft werden.

Die künftigen Strukturen der regionalen Gesundheitsversorgung seien mit Weitblick zugunsten der Bevölkerung zu planen, schreibt die SVP Bezirk Hinwil in einer Medienmitteilung.

Spitäler in der Region

Mit den überkantonalen Spitälern sind in der Nähe des Zürcher Oberlands vor allem das Spital Lachen im Kanton Schwyz und das Spital Linth in Uznach im Kanton St. Gallen gemeint – für Spitäler in der Region könnten aufgrund ihrer geografischen Lage das Spital Uster, das GZO Spital Wetzikon, das Spital Zollikerberg und das Spital Männedorf ins Feld geführt werden.

Überkantonalen Spitalverbunde ausserhalb des Kantons Zürich gibt es schon. Zum Beispiel im Westen der Schweiz: Das Spital Riviera-Chablais Waadt-Wallis untersteht der gemeinsamen Aufsicht der Kantone Waadt und Wallis. Eine Leistungserbringung und eine Abrechnung durch überkantonalen Spitalverbunde sind also grundsätzlich möglich. Voraussetzung wäre, dass der entsprechende Leistungserbringer in der Spitalliste aufgeführt ist.

Überkantonaler Verbund theoretisch möglich

Der Kanton Zürich übernimmt momentan 55 Prozent der Gesundheitskosten bei jedem stationären Krankheitsfall. Er macht alle zehn Jahre eine Spitalplanung mit dem Ziel, «eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Versorgung der Zürcher Bevölkerung mit stationären Leistungen sicherzustellen», schreibt der Kanton auf seiner Website.

Spitalverbunde könnten eine Überlegung sein, sagt Patrick Borer, Leiter Kommunikation der Zürcher Gesundheitsdirektion (GD). «Im Hinblick auf die neue Spitalplanung im Jahr 2033 werden wir die Zuteilung der Leistungsaufträge wieder neu prüfen.» Falls sich davor schon konkrete Änderungen bei der Trägerschaft ergeben würden, könne bei der Gesundheitsdirektion ein Gesuch eingereicht werden.

Spital Linth fusioniert mit anderen Partnern

Das Spital Linth war kürzlich in den Schlagzeilen, weil es mit Problemen kämpfte: Der Kanton St. Gallen setzte Anfang dieses Jahrs ein Ultimatum. Das Spital müsse die stationären Fallkosten bis 2027 senken, ansonsten werde es keinen Leistungsauftrag mehr erhalten.

Wäre das Spital in Uznach bereit für einen überkantonalen Verbund? «Unser Fokus liegt woanders», sagt Sabrina Good, Leiterin Kommunikation und Marketing des Spitals Linth. Denn das Regionalspital Linth wird Anfang nächsten Jahrs mit drei anderen Regionalspitälern und dem Kantonsspital St. Gallen fusionieren.

Anfang 2025 ist es so weit: Die Standorte St. Gallen, Grabs/Altstätten, Wil und Uznach werden eine gemeinsame Geschäftsleitung erhalten. «Das neue Unternehmen tritt unter einem neuen, gemeinsamen Namen auf», sagt Good.

Trotz geplanter Fusion mit anderen Playern pflege das Spital Linth eine gute Beziehung zum GZO in Wetzikon: Beim [Rettungsdienst Regio 144](#) kooperieren die beiden Spitäler und sind dabei gleichberechtigte Partner. «Auch die Ärzte sind spitalübergreifend gut untereinander vernetzt.» Kooperationen gibt es also sowieso schon.

Ist man gemeinsam stärker?

Für das Spital Lachen im Kanton Schwyz seien allgemein «Kooperationen in vielfältigen Formen ein zentrales Element der Strategie», sagt Martin Kaspar, Leiter Kommunikation und Marketing des Spitals. «Neuen Chancen im sich wandelnden Spitalmarkt stehen wir grundsätzlich offen gegenüber und prüfen diese, sobald sie konkret und sinnvoll sind.» Kurz: Wenn die Möglichkeiten und Chancen für die Partner in der Zusammenarbeit grösser seien als im Alleingang. Zum Thema Spitalverbund möchte er aber konkret keine Stellung nehmen.

Auch dieses Spital ist finanziell nicht auf Rosen gebettet. So vermeldete es kürzlich, dass der geplante Neubau nicht stattfinden wird. Dieser hätte 150 Millionen Franken gekostet. Doch dann brachen die Verantwortlichen die Übung ab. Ein Neubau wäre zu teuer gewesen. Stattdessen soll das bestehende Gebäude jetzt in Etappen saniert werden.

Was die Regionalspitäler von der Idee halten

Schon zu Beginn der Krise am GZO Spital Wetzikon liess Verwaltungsratspräsident Jörg Kündig verlauten, dass sie für einen Spitalverbund oder sogar zu einer Fusion bereit wären. Da sich das Spital zurzeit in der provisorischen Nachlassstundung befindet, kann das GZO jedoch nicht weiter auf einen möglichen Verbund eingehen.

«Das GZO Spital Wetzikon war stets offen für Kooperationen mit anderen Spitälern. Daran hat sich nichts geändert», sagt Sascha Natalie Fisler, Mediensprecherin des GZO. Verwaltungsrat und Geschäftsleitung seien offen für Gespräche.

Auch für das Spital Uster ist ein Verbund denkbar, wie Vital Schreiber, CEO ad interim, auf Anfrage bestätigt. Damit könnten beispielsweise administrative Aufgaben zentralisiert werden. Wenn Fachspezialisten an mehreren Standorten arbeiteten, würden zudem Kosten gespart. Das sei unter anderem bei Operationen oder Geburten möglich.

Zudem müsse einheitlich geregelt sein, wie viel die Kantone an ausserkantonale Behandlungen zahlten. Die Beteiligung an den Kosten fällt teils unterschiedlich hoch aus, je nachdem, ob sich ein Patient im Kanton selbst oder ausserhalb ärztlich versorgen lässt. Damit verweist Schreiber auf eine kostentechnische und administrative Hürde: «Heute ist es oft einfacher, Patienten aus dem Ausland zu behandeln als ausserkantonale.»

Auch das Spital Männedorf hat bereits erste Erfahrungen mit Kooperationen gesammelt. Dieses arbeitete mit dem Spital Linth bei der Sterilisation von Operationsmaterialien zusammen. Ein Spitalverbund, ob regional oder überkantonale, kommt für Männedorf infrage.

«Allerdings scheitern die Ansätze in den medizinischen Bereichen meist an den Bedürfnissen der Bevölkerung, die sich an den Hauptverkehrswegen entlang bewegt», sagt Marco Stücheli, Mediensprecher des Spitals Männedorf. Das Potenzial für Synergien sieht das Spital Männedorf bei der IT, im Rechnungswesen, in der Technik oder bei der Personaladministration.

«Die Verhandlungen zwischen beteiligten Spitälern müssten auf Augenhöhe geführt werden», erklärt Stücheli weiter. Jedoch bedürfe dies der vollen Unterstützung und der Finanzierung der kantonalen Regierungen.

Nur ein regionales Spital will nicht

Dementsprechend stehen drei der vier regionalen Spitäler einem überkantonalen Spitalverbund offen gegenüber. Für die Spitäler hängt das Interesse an einem Verbund aber von der konkreten Form und den Rahmenbedingungen ab. Der grosse Vorteil sei für alle Beteiligten, wenn die Spitäler finanziell nicht am Ergebnis eines einzelnen Standorts, sondern an dem des Verbunds gemessen würden.

Lediglich für das Spital Zollikerberg ist ein Verbund keine Option. Im April äusserte sich Alina Bolz, stellvertretende Leiterin Marketing und Kommunikation, [dass ein Beitritt zu einem regionalen Spitalverbund nicht der strategischen Ausrichtung entspricht](#). Ob das auch bei einem überkantonalen Verbund der Fall wäre, konnte der Spitaldirektor abwesenheitsbedingt nicht beantworten.

Die Idee eines überkantonalen Spitalverbunds stösst auf Interesse

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Die SVP Bezirk Hinwil hat den Vorschlag eingebracht, eine engere Zusammenarbeit unter den Spitalern zu prüfen. Während man sich in Lachen SZ offen zeigt, winkt man in Uznach SG ab.

Eleanor Rutman

Einen möglichen überregionalen oder sogar überkantonalen Spitalverbund – das fordert die SVP Bezirk Hinwil. Mit den überkantonalen Spitalern sind in der Nähe des Zürcher Oberlands vor allem das Spital Lachen im Kanton Schwyz und das Spital Linth in Uznach im Kanton St. Gallen gemeint. Die Idee ist nicht neu und wird in den Kantonen Waadt und Wallis schon umgesetzt. Wie realistisch ist die Machbarkeit in der Region? Das GZO Spital Wetzikon ist offen für Gespräche. Auch für das Spital Uster kommt ein Spitalverbund infrage. Es müsse jedoch klar geregelt sein, wie viel die Kantone an ausserkantonale Behandlungen bezahlten. Vital Schreiber, CEO ad interim des Spitals Uster, verweist auf administrative und kostentechnische Hürden: «Heute ist es oft einfacher, Patienten aus dem Ausland zu behandeln als ausserkantonale.» Auch das Spital Männedorf hat schon erste Erfahrungen mit ausserkantonalen Kooperationen gemacht. Positive Signale sendet das Spital Lachen im Kanton Schwyz. Das Spital Linth im Kanton St. Gallen verfolgt jedoch Pläne im eigenen Kanton.

AG – Spitäler verlieren Millionen

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 23.07.2024

Zofingen steht vor einer ungewissen Zukunft – andere Aargauer Kliniken schreiben ebenfalls rote Zahlen.

Matthias Niederberger

Die Chefin geht, Investitionen werden gestoppt, Mitarbeitende sind verunsichert: Dem Spital Zofingen weht derzeit ein rauer Wind entgegen. Es stellt sich die Frage, ob eine Verkleinerung oder gar die Schliessung droht. Im vergangenen Jahr musste die Klinik einen Verlust von fast 4 Millionen Franken ausweisen. Das Spital Zofingen gehört zur Gruppe des Kantonsspitals Aarau (KSA-Gruppe). Dessen Mediensprecherin sagte auf Nachfrage der AZ, dass es aktuell keine Schliessungspläne gebe.

Ungewiss ist die Zukunft des Spitals aber dennoch: In Zofingen sind in den nächsten zehn Jahren Investitionen von 60 bis 70 Millionen Franken nötig. Es ist offen, wie viel Geld das KSA in den Standort stecken will – die Sanierung des OP-Bereichs wurde vorerst sistiert.

Viele Aargauer Spitäler schreiben rote Zahlen

Der KSA-Verwaltungsratspräsident Daniel Lüscher erklärte im April in einem Interview, dass bei kleinen Spitälern die Kosten oft höher seien im Vergleich zu den Einnahmen, die sie generieren könnten. «Wir werden uns in Zukunft Gedanken machen müssen, wie die Strategie für das Spital Zofingen aussehen soll. Ziel ist es, dass wir uns auch dort verbessern und von den roten Zahlen wegkommen», sagte er der AZ.

Das Spital Zofingen ist kein Einzelfall. In der Schweiz geraten kleinere Spitäler zunehmend unter Druck, wie jüngst etwa die Spitäler Wetzikon oder Uster im Kanton Zürich. Um den Anstieg der Gesundheitskosten zu bremsen, soll es künftig weniger Spitäler geben. Zudem soll der Bund bei der Spitalplanung mitreden können – diese Forderung gewinnt in der Politik an Zuspruch. Der Gesundheitsökonom Tilman Slembeck forderte jüngst in der NZZ, dass die Kantone und Gemeinden besser in gut ausgebaute Permanenzen und Notfallstationen investieren sollten, als mit viel Geld möglichst viele Spitalstandorte zu erhalten.

Im Aargau gibt es in fast allen grösseren Regionen ein Spital. Die Wege zur nächsten Klinik sind vergleichsweise kurz. Insgesamt gibt es hier 22 Akutspitäler, Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken sowie Spezialkliniken.

Relevant für eine gute Gesundheitsversorgung sind aber nicht nur die Spitäler innerhalb der Kantonsgrenze, sondern alle, die in der Umgebung liegen. Von Zofingen beispielsweise sind die Kliniken in Aarau, Olten, Sursee und Langenthal mit dem Auto in gut 20 Minuten erreichbar. Nebst der finanziellen Situation ist das ein weiterer Grund, weshalb dieses Spital noch mehr unter Druck geraten könnte.

Die grössten Kliniken im Aargau sind die Kantonsspitäler in Aarau (KSA) und Baden (KSB) sowie die Psychiatrischen Dienste (PDAG). Im Gegensatz zu zahlreichen anderen Schweizer Spitälern konnten 2023 alle drei einen Gewinn verbuchen. Beim KSB war dieser jedoch deutlich kleiner als im Vorjahr, und das KSA

kam quasi mit einer schwarzen Null raus, nachdem es im Jahr zuvor mit 240 Millionen Franken vom Kanton gerettet werden musste.

Alle anderen Aargauer Spitäler machten 2023 Verluste in Millionenhöhe.

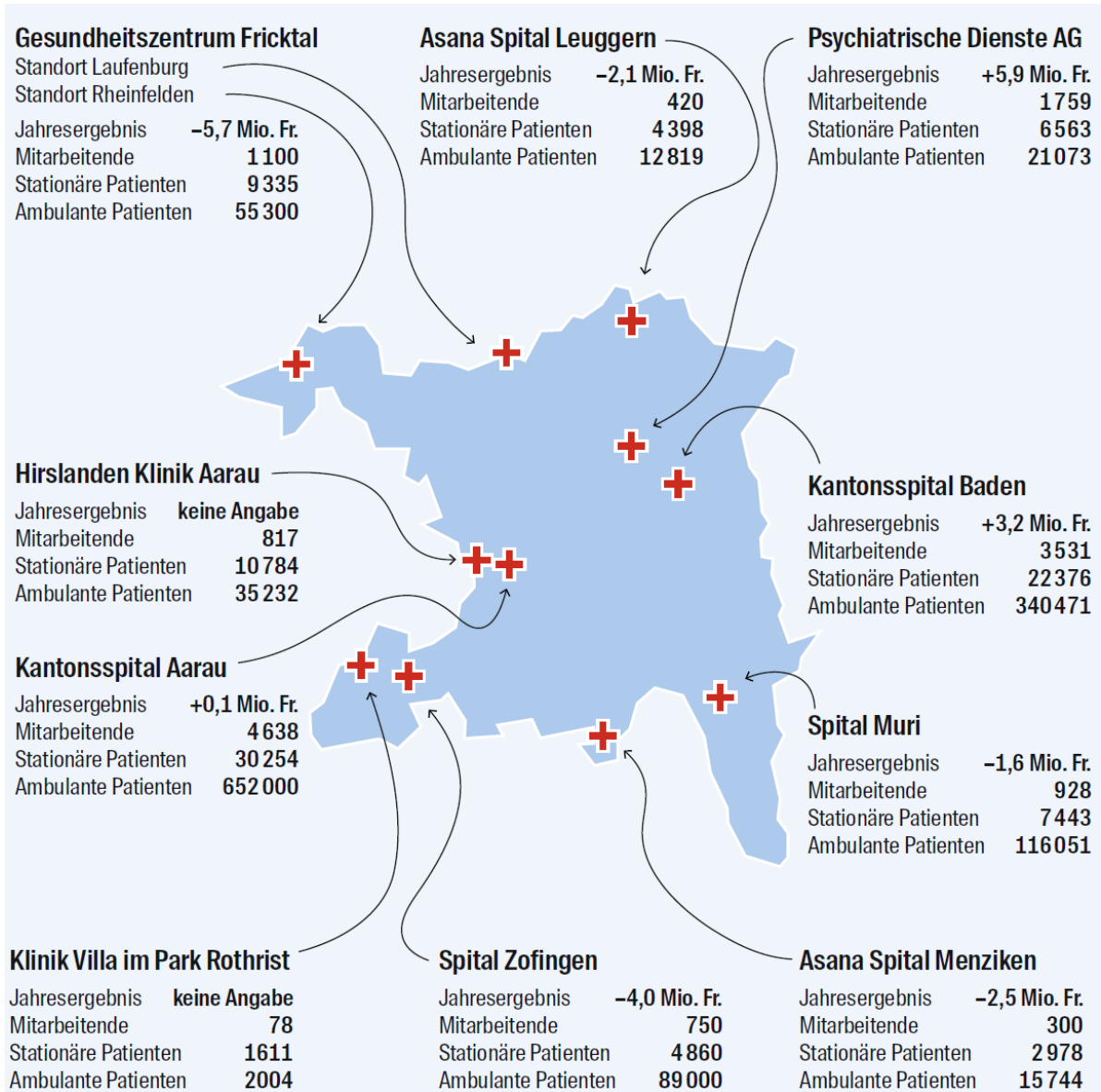
Von der Hirslanden Klinik Aarau sowie der Klinik Villa im Park in Rothrist konnten bis Redaktionsschluss keine Angaben über das Jahresergebnis in Erfahrung gebracht werden.

In Brugg wurde zum letzten Mal ein Spital geschlossen

Sollte es in Zofingen tatsächlich zur Schliessung kommen, wäre das keine Premiere im Aargau. Mit dem Bezirksspital Brugg wurde 2005 letztmals ein öffentliches Spital im Kanton geschlossen. Der Grosse Rat beschloss damals die Aufhebung des Standorts Brugg. Bei der Bevölkerung kam das gar nicht gut an: An einer Kundgebung setzten sich rund 6000 Personen für den Erhalt des Bezirksspitals ein. Vergebens.

Heute sind die Kantonsspitäler privatrechtlich organisiert, der Kanton ist jedoch Alleinaktionär von KSA sowie KSB. Käme es in Zofingen tatsächlich zu einer Verkleinerung oder gar zur Schliessung, wäre das ein Entscheid des KSA und nicht – wie im Fall Brugg – des Kantons.

Den Zofingerinnen und Zofingern dürfte das letztlich egal sein: Die meisten wünschen sich wohl, dass die Geschäftsleitung des KSA weiterhin am Standort Zofingen festhält. Andernfalls wäre dem KSA politischer Widerstand gewiss.



Zofingen steht unter Druck – aber andere Spitäler sind es auch

Seitenzahl
Seitenzahl
Titelseitenanriss

Gesundheit - Das Spital Zofingen steht vor einer ungewissen Zukunft: Die Chefin geht Ende Jahr, Investitionen werden gestoppt, Mitarbeitende sind verunsichert und befürchten, dass das Spital verkleinert oder sogar geschlossen werden könnte. Im vergangenen Jahr musste die Klinik zudem einen Verlust von fast 4 Millionen Franken ausweisen. Damit ist das Spital Zofingen aber keine Ausnahme, auch andere Aargauer Kliniken schreiben rote Zahlen. Einzig die Psychiatrie sowie die Kantonsspitäler Aarau und Baden machten 2023 Gewinn. Was bedeutet das für die Spitallandschaft? Könnte es wieder zu Schliessungen kommen wie zuletzt 2005 in Brugg? (mn)

Zofingen steht unter Druck – aber andere Spitäler sind es auch

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Gesundheit - Das Spital Zofingen steht vor einer ungewissen Zukunft: Die Chefin geht Ende Jahr, Investitionen werden gestoppt, Mitarbeitende sind verunsichert und befürchten, dass das Spital verkleinert oder sogar geschlossen werden könnte. Im vergangenen Jahr musste die Klinik zudem einen Verlust von fast 4 Millionen Franken ausweisen. Damit ist das Spital Zofingen aber keine Ausnahme, auch andere Aargauer Kliniken schreiben rote Zahlen. Einzig die Psychiatrie sowie die Kantonsspitäler Aarau und Baden machten 2023 Gewinn. Was bedeutet das für die Spitallandschaft? Könnte es wieder zu Schliessungen kommen wie zuletzt 2005 in Brugg? (mn)

Gleichen tags erschienen in

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

Prognose: Die Schweizer Spitäler brauchen nochmals 4,5 Milliarden Franken

 Medinside | 29.07.2024

Ihr Personalaufwand stieg letztes Jahr um 8 Prozent. Es war das stärkste Wachstum seit 2019. Und die Lage wird kaum besser.

1 Milliarde Franken: So viel betrug die Verluste der Schweizer Spitäler, Reha-Kliniken und Psychiatrien im vergangenen Jahr. Die Zahl stammt aus einer Studie der Auditing- und Beratungsfirma KPMG, welche wiederum die Geschäftsberichte von 48 Gesundheits-Organisationen analysierte und Gespräche mit CFOs und CEOs führte.

Laut der Hochrechnung schrieben sieben von zehn Gesundheitsinstitutionen in der Schweiz im Geschäftsjahr 2023 rote Zahlen – kumuliert dürfte sich dann der erwähnte Milliardenbetrag ergeben haben. Die durchschnittliche Ebitda-Marge lag bei 1,8 Prozent. Einzig die Reha-Kliniken schafften es, sich dem Trend entgegenzustemmen: Hier stieg die durchschnittliche Ebitda-Marge 2023 leicht an.

KPMG Schweiz: [«Clarity on Healthcare 2024. Schweizer Spitäler und Kliniken: Momentaufnahme 2024 & Ausblick 2024»](#). Juli 2024.

Aus den Aussagen der befragten CFO und Spitalchefs rechnet die Beratungsfirma hoch, dass die Krankenhäuser einen zusätzlichen Kapitalbedarf von 4,5 Milliarden Franken haben. Das entspricht etwa dem, was die Eidgenossenschaft jährlich für die Bahn-Infrastruktur ausgibt.

Denn die Aussichten bleiben trübe. Für das laufende Jahr 2024 prognostiziert die Hälfte der CFO, dass die Ebitda-Margen weiter sinken werden, während die andere Hälfte mit einem Plus rechnet. «Im Schnitt geht die Branche von einer Zunahme der Ebitda-Margen von 0,6 Prozent aus», so der Bericht. Dieser Trend werde sich 2025 fortsetzen, wobei der Anteil der positiven Prognosen unter den CFOs immerhin leicht zunimmt – auf 60 Prozent.

Oder anders: Der Betriebsgewinn bleibt auf einem Niveau, das nicht nachhaltig sein kann. Darin sind sich die befragten Spital-Finanzchefs (fast) einig: 96 Prozent sehen keine Möglichkeit, dass sie langfristig eine Ebitda-Marge von 10 Prozent erreichen können – also jene magische Grenze, die in der Theorie eine solide Langfrist-Finanzierung sichert.

Und folglich sagen ebenfalls fast alle (86 Prozent), dass sie demnächst einen ausserordentlichen Finanzbedarf haben werden.

Kurzfristige Verbesserungen bei den Betriebsgewinnen scheinen kaum möglich, so die KPMG-Autoren. Angesichts anstehender Kosten bei Infrastruktur und Digitalisierung, aber auch wegen der höheren Zinsen werden sich die Verluste noch erhöhen. Immerhin: Mittelfristig gebe es ein gewisses Potential durch Effizienzsteigerungen.

Die klamme Lage der Spitäler ist insofern bemerkenswert, als die Umsätze im letzten Jahr stiegen: Sie legten laut der KPMG-Erhebung um 3,3 Prozent zu. Dies insbesondere wegen steigenden Einnahmen im ambulanten Bereich.

«Der Warnschuss beim GZO Spital in Wetzikon wird offenbar genauso wahrgenommen: als Warnschuss. Aber nicht als Regel.»

Aber eben: Das Kostenwachstum war 2023 noch deutlicher. Laut den KPMG-Daten stieg beispielsweise der Personalaufwand um 8 Prozent – es war das stärkste Wachstum seit 2019.

Anderswo würde man bei all diesen Zahlen längst von einer Krisen- oder Pleitebranche sprechen, aber Spitäler sind auch «too important to fail»: Zwei von drei CFOs gehen von einer impliziten Staatsgarantie aus. Der Warnschuss beim GZO Spital in Wetzikon – dem die Zürcher Regierung solch eine Garantie verweigerte – wird offenbar genauso wahrgenommen: als Warnschuss. Aber nicht als Regel.

2,5 Prozent für die Digitalisierung

Allerdings dürfte die schwierige Lage der Klinikbranche bald für viel Bewegung sorgen. Im Umfrage-Sample von KPMG erwägen drei von vier Spitalmanager in den nächsten zwölf Monaten Kooperationen; und ein Viertel prüft Akquisitionen.

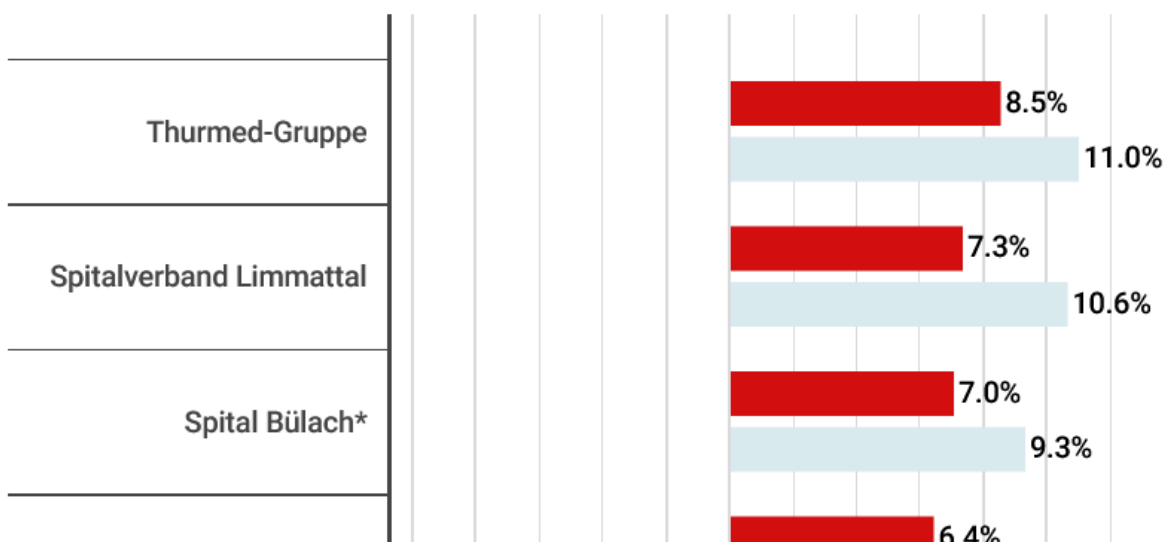
Zusammenarbeits-Formen werden vor allem im Bereich der Patientenversorgung (54 Prozent) und der IT (43 Prozent) anvisiert. Im Hintergrund steht dabei auch, dass die CFOs im Schnitt 2,5 Prozent des Umsatzes für die IT und die Digitalisierung vorsehen. Dies ist ein Wert, der bei den anstehenden Herausforderungen wohl arg knapp bemessen ist – und der damit auch die Zwangslage der Häuser spüren lässt.

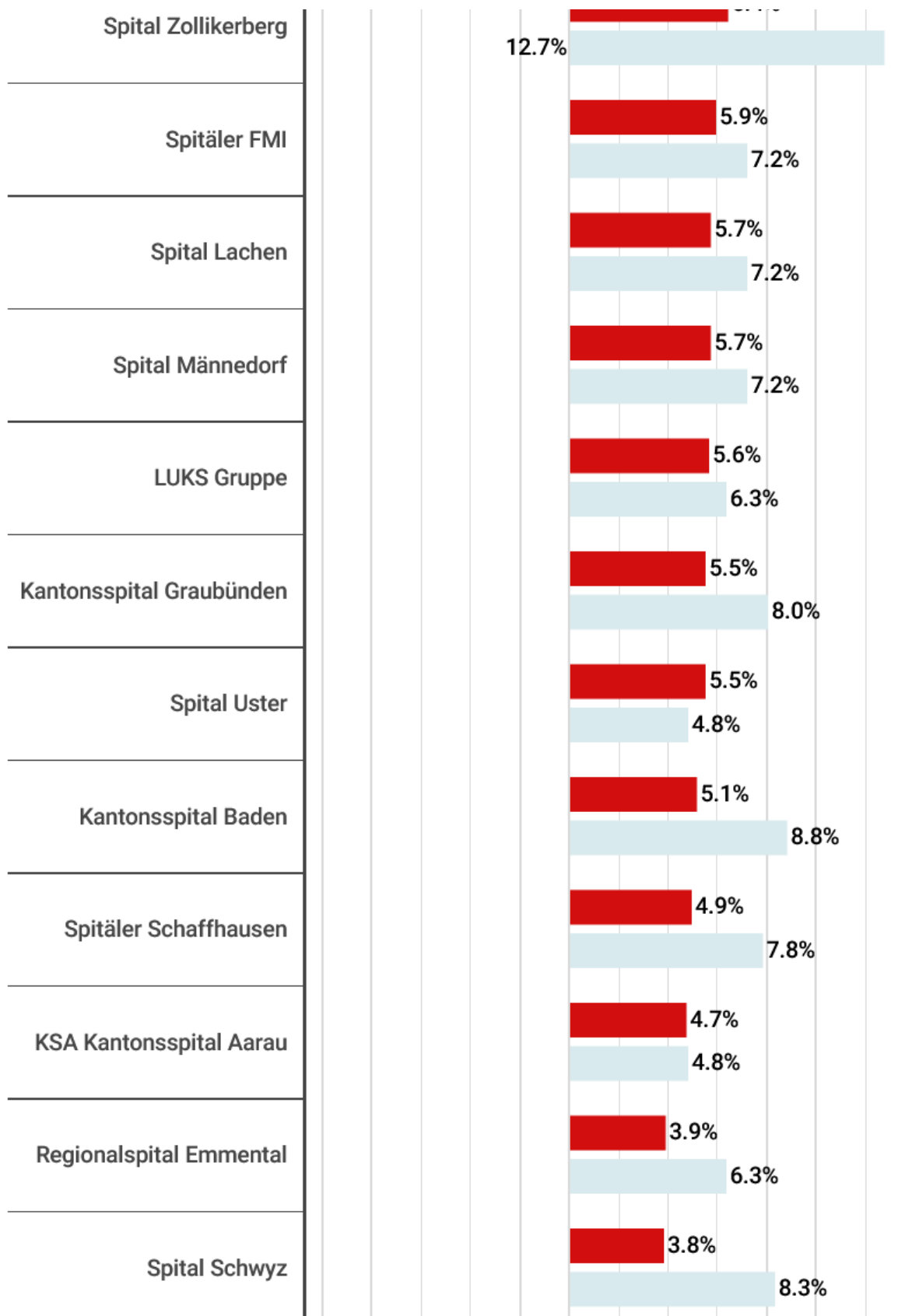
Insgesamt scheint klar: Die Anzahl der Gesundheitseinrichtungen wird und muss sinken.

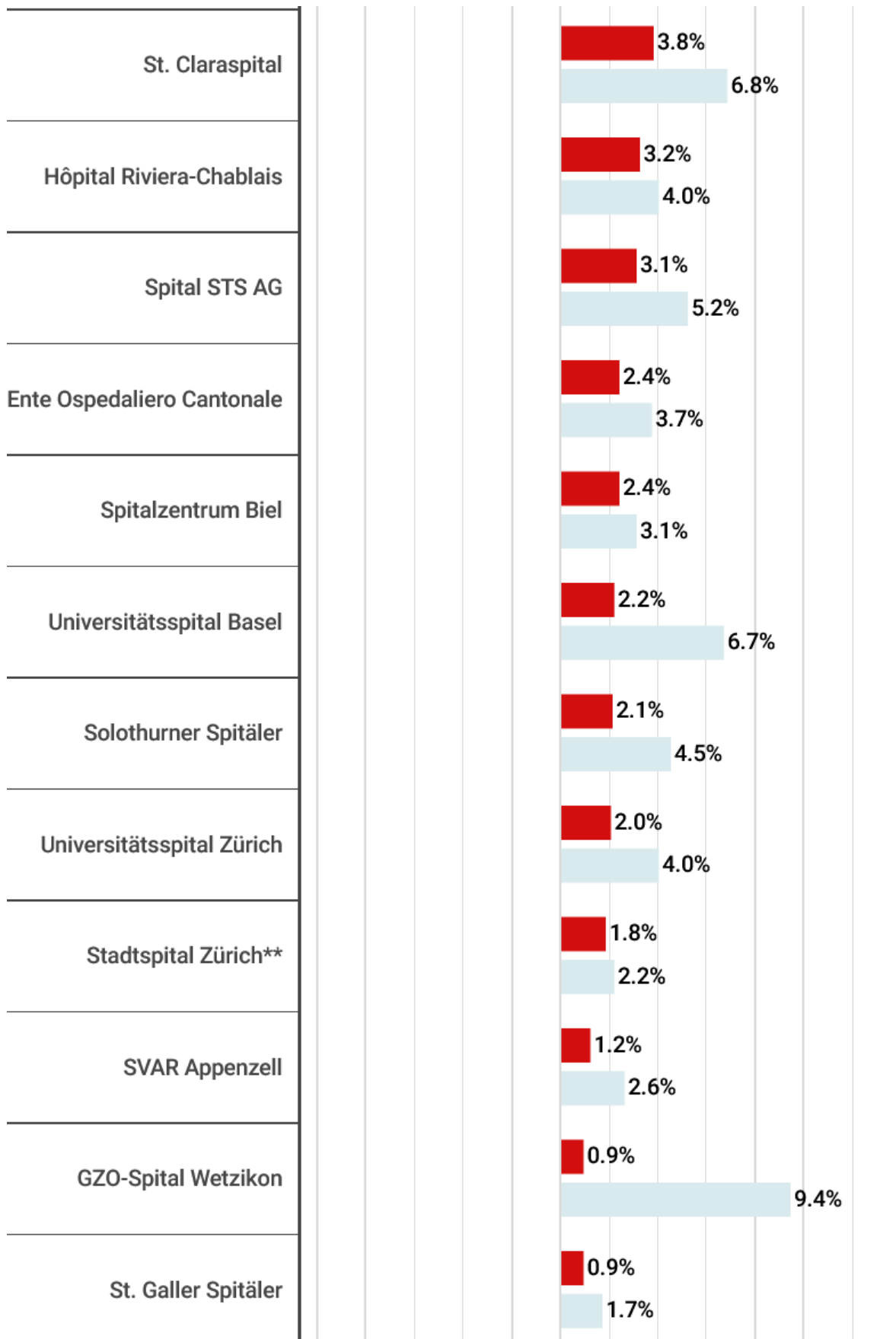
Drei von vier der CFO stimmen der Aussage zu, dass die Zukunft in einem Hybridmodell liegt, bestehend aus Zentren für spezialisierte Behandlungen sowie dezentrale Einheiten für die Grundversorgung. Als am ehesten verzichtbar gelten Allgemeinspitäler der Grundversorgung (57 Prozent der Experten nennen diese Gruppe); aber auch gewisse weitere Zentrumsversorger sowie Spezialkliniken werden öfters als gefährdet betrachtet (50 Prozent).

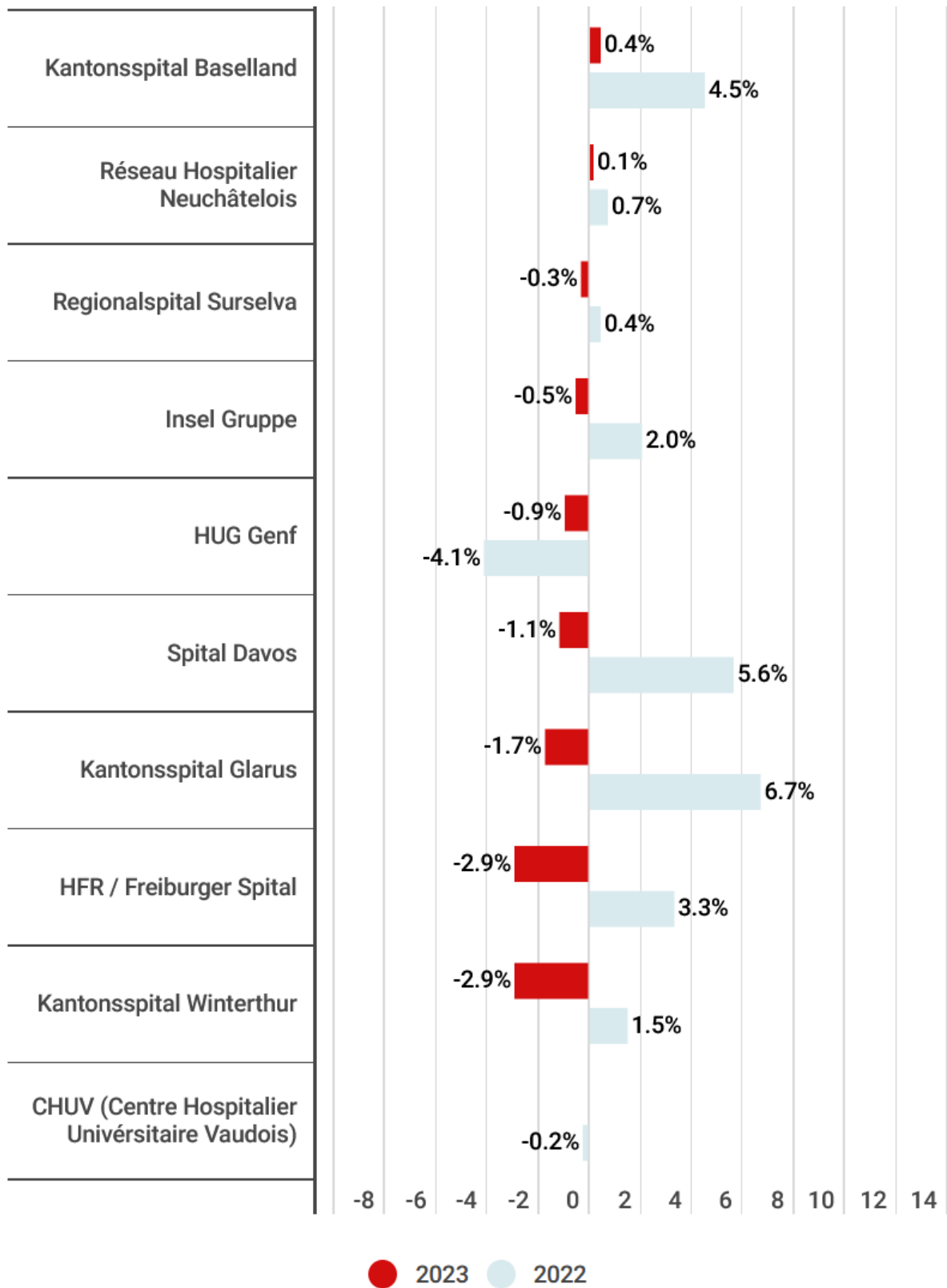
Die Ebitda-Margen wichtiger Schweizer Spitäler

2023 im Vergleich zu 2022









Quelle: Jahresberichte (Zahlen 2023 teilweise noch nicht publiziert).

* 2023 teils gestützt durch Tarifrückerstattungen für Jahre 2020 bis 2022.

** Vergleich schwierig, da 2023 erstmals konsolidierte Zahlen Waid- & Triemli-Spital.

Les hôpitaux suisses sont en majorité déficitaires

 24 heures | 29.07.2024

Étude

Les hôpitaux et cliniques doivent faire face à des coûts qui s'envolent au niveau du personnel et des fournitures médicales. Leur dépendance aux fonds publics croît.

Les hôpitaux suisses ont subi des pertes d'un milliard de francs en 2023, selon une étude de la société de conseil KPMG, relayée samedi par la «NZZ». N'atteignant pas le seuil nécessaire de revenus pour investir, la plupart dépendent de la manne publique.

Sur les 48 institutions sondées, 68% des directeurs financiers ont indiqué partir du principe de disposer d'une garantie implicite de l'État. Dans le cadre de son étude intitulée «Clarté sur la santé», dont Keystone-ATS a obtenu une copie, KPMG a sondé des hôpitaux ainsi que des cliniques psychiatriques et de rééducation.

Seules 14 des 48 institutions sondées ont enregistré un bénéfice en 2023, ce qui veut dire que 70% sont dans les chiffres rouges.

Le secteur ne s'est donc pas remis de la crise du Covid-19, bien au contraire: la situation financière des hôpitaux suit une tendance négative persistante qui met la branche sous une pression toujours plus forte. En effet, trouver de l'argent devient de plus en plus difficile pour les institutions de soins car le marché évalue les risques comme étant élevés.

Incapables d'investir

La numérisation figure parmi les grands défis que les hôpitaux auront à relever ces prochaines années, selon KPMG, alors que la plupart ne se trouvent qu'au début du processus. Mais sans de grandes capacités d'investissement, cela ne sera pas réalisable.

Pour augmenter leur rentabilité, les hôpitaux de Suisse procèdent à des restructurations, alors que deux ont fermé leurs portes l'an dernier. Le groupe hospitalier bernois Insel, le plus grand de Suisse, veut par exemple supprimer de 200 à 300 postes.

Si le chiffre d'affaires des institutions de soins a continué d'augmenter en 2023, les taux de croissance sont inférieurs à ceux enregistrés immédiatement après la pandémie de Covid-19. Les traitements ambulatoires, en hausse constante, ont atteint pour la première fois la barre d'un tiers du chiffre d'affaires dans le domaine des soins somatiques aigus.

Mais en même temps, les coûts s'envolent. Les charges liées au personnel ont augmenté de 8% en 2023, soit la plus forte hausse annuelle depuis 2019. Cette tendance est due à la hausse des salaires, qui va de pair avec la pénurie de personnel qualifié dans la branche. Les tarifs qui ne couvrent pas les coûts réels

sont aussi responsables de cette hausse. Au total, KPMG a calculé que les coûts ont augmenté de 17% au cours des cinq dernières années. **ATS**

Loi fédérale sur la santé: les cantons gagnants - Tribune libre

 Le Matin Dimanche | 28.07.2024

Laurent Kurth, Ancien conseiller d'État, directeur de la Santé, canton de Neuchâtel

Thomas Heiniger, Ancien conseiller d'État, directeur de la Santé, canton de Zurich

La Suisse se trouve dans une situation politique paradoxale: les initiatives portant sur l'allègement des primes et le frein aux coûts ont été rejetées, des contre-projets indirects vont entrer en vigueur. Néanmoins, il émerge un consensus pour considérer qu'on ne peut plus se satisfaire de la situation actuelle. Face aux gigantesques défis du système de santé, les appels à davantage de pilotage et de compétences fédérales se multiplient.

Le système de santé suisse s'est développé ces 30 dernières années à coups de révisions de la LAMal et d'ajouts de compétences sectorielles à la Confédération, sans cohérence ni lignes directrices. Il en résulte une grande fragmentation, un morcellement des responsabilités, des structures tarifaires différentes. Là où des changements ont été décidés, ils sont immédiatement remis en question («référendum EFAS»). C'est une mauvaise situation de départ face à des défis tels que la numérisation, la pression de l'innovation ou l'épuisement des professionnels de santé.

À cela s'ajoute le fait que l'architecture législative actuelle régit le système de soins via une loi d'assurance sociale (LAMal). La LAMal restreint les compétences des cantons sans renforcer celles de la Confédération. Tous les remèdes envisagés dans ce cadre ne seront donc que des pansements sur un corps malade.

Il faut donc changer de paradigme et doter la Suisse d'une véritable politique de santé publique. La santé doit être considérée dans sa globalité, dans le sens du concept «Une seule santé», à l'interface entre l'être humain, l'animal et l'environnement. Cela signifie considérer la santé dans tous les domaines de la vie et donc dans toutes les politiques. Le cadre nécessaire serait un article constitutionnel sur la santé et, sur cette base, une loi fédérale. C'est ce que propose justement l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM).

Une telle législation permettrait de doter la Suisse d'objectifs de santé publique et d'outils de pilotage du système de santé. Une loi fédérale sur la santé permettrait aussi de clarifier les compétences respectives de la Confédération et des cantons et de renforcer la voix des organisations de patients. Les avantages? Des règles claires, un désenchevêtrement des compétences, des processus gérables, la clarification des flux de financement, plus de qualité, plus d'efficacité.

Que signifie une telle loi pour les cantons? Le fédéralisme est dans l'ADN de la Suisse, mais il ne doit pas empêcher de trouver des solutions adaptées à notre temps. Par ailleurs, si les cantons considèrent objectivement la façon dont aujourd'hui la LAMal les restreint dans leur autonomie, s'ils examinent franchement la part de leur budget «santé» qui dépend encore de décisions cantonales ainsi que le temps que leurs services consacrent à des sujets qui ne relèvent pas simplement de l'exécution de cette même LAMal, ils devraient au contraire soutenir la perspective d'une législation fédérale qui clarifierait leurs compétences bien plus qu'elle ne les menacerait.

Notre santé mérite d'être explicitement inscrite dans la Constitution. Pour le bien des 9 millions d'habitants de notre pays et des 650'000 employés du système de santé suisse. Et pour le bien des

cantons.

Kürzere Öffnungszeiten als Drohung

 CH Media national | 26.07.2024

Weil die Versicherer keinen Zuschlag mehr zahlen, stellt sich die Frage: Wer finanziert die privaten Notfallpraxen?

Leandra Sommaruga

Ob Unfall, Infekt oder harmloser Check: Private Gruppenpraxen bieten heute beispielsweise an Bahnhöfen noch bis um 22 Uhr abends ihre Dienste an. Doch ein Urteil des Bundesgerichts bringt ihr Geschäft nun in Gefahr.

Das Gericht hat am 24. Juni beschlossen: Walk-in-Praxen und Permanences dürfen für Beratungen nach 19 Uhr keinen Notfallzuschlag verrechnen, wenn der Arztbesuch innerhalb der angegebenen Öffnungszeiten stattfindet. Die Richter in Lausanne begründeten das Urteil damit, dass es sich bei den verlängerten Öffnungszeiten um ein Geschäftsmodell handelt.

Nun drohen die Praxen: Wenn sie für diese Leistungen keinen Zuschlag mehr erhalten – die sogenannte Dringlichkeits-Inkonvenienz-Pauschale –, dann gelte es zu prüfen, ob die Öffnungszeiten verkürzt werden müssten. Eine mögliche Folge: Patientinnen und Patienten gehen stattdessen in den Notfall eines Spitals. Das würde mutmasslich teurer und für den Notfall überlastend.

Notfallpraxen äussern Existenzängste

Doch von Anfang an: Die Krankenversicherer Helsana ist gegen die Berner Notfallpraxis City Notfall Bern vorgegangen, weil sie für ihre Leistungen nach 19 Uhr die Notfallpauschale verrechnet hat, obwohl diese bis 22 Uhr regulär geöffnet hat. Die gleiche Leistung kostete dann 40 Franken mehr. Das Bundesgericht hat entschieden, dass die Praxis den Versicherungen rückwirkend 1,4 Millionen Franken zurückzahlen muss.

Das Gericht unterstrich in seinem Urteil, dass die Pauschale von 40 Franken nur verlangt werden darf, wenn eine Konsultation ausserhalb der regulären Sprechstunden stattfindet. Also beispielsweise, wenn eine Hausärztin nach Feierabend nochmals ausrückt, um einen Patienten zu Hause zu besuchen.

Daniel Galli, Leiter Management Services und Mitglied der Geschäftsleitung von City Notfall, sagt zum Urteil: «Mit diesem Entscheid können wir das jetzige Angebot nicht aufrechterhalten.» Welche Konsequenzen die Praxis daraus ziehen wird, ist noch offen. Eine Option seien kürzere Öffnungszeiten. Eine andere sei, dass der Kanton Unterstützung leiste und die von der Krankenkasse bezahlte Leistung übernehme, sagt Galli.

Rettung durch Kantone?

Bitte private Unternehmen die öffentliche Hand um Hilfe, lässt die Reaktion aus der Politik nicht lang auf sich warten. Gesundheitspolitikerin und SP-Nationalrätin Sarah Wyss warnt davor, Permanences und Walk-in-Praxen hängen zu lassen. Durch die Ambulantisierung – die Verschiebung der medizinischen Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich – seien solche Praxen heute versorgungsrelevant. In einem Meinungsbeitrag des Onlinemediums Medinside schreibt sie: «Das Urteil ist weder im Sinne der Kosteneffizienz noch der Versorgungssicherheit.»

Doch das Urteil berge auch eine Chance, erklärt Wyss auf Anfrage: «Jetzt können neue Finanzierungsmodelle im ambulanten Bereich geprüft werden, die nicht über die Prämien bezahlt werden.» Dieses System sei nach wie vor stark auf die stationäre Versorgung in Spitälern ausgelegt. Während sich also die Versorgungslandschaft verändere, seien die Vergütungsformen noch in einem alten System verhaftet. Um die Notfallpraxen auch künftig am Leben zu erhalten, sieht Wyss die Lösung in erster Linie bei den Kantonen. Sie sagt: «Wo es einen versorgungsrelevanten Aspekt gibt, soll der Kanton einspringen.» Besonders bei der Kinder- und Jugendmedizin seien die Notfallpraxen heute schon essenziell.

«Es müssen nicht alle Praxen gerettet werden»

Komme die Unterstützung von den Kantonen, könnten diese zudem bestimmen, dass Praxen zum Beispiel Ausbildungsplätze anbieten oder keine unverhältnismässig hohe Gewinnmarge schreiben, wenn sie unterstützt werden wollen. Ausserdem solle geprüft werden, wo eine Zusammenlegung von Notfallzentren sinnvoll sei. Denn: «Ich glaube nicht, dass alle Notfallpraxen gerettet werden müssen», so Wyss.

Was die Nationalrätin am Urteil dennoch schwierig findet, ist, dass es rückwirkend und ab sofort gilt. Dies könne Notfallpraxen ins Schlingern bringen, die versorgungsrelevant seien, bisher aber auf die Notfallpauschale angewiesen gewesen seien. «Daher hoffe ich auf eine pragmatische Übergangslösung», erklärt Wyss.

Wenig überzeugt vom Vorschlag der SP-Nationalrätin ist die Gesundheitsdirektion des Kantons Bern. Ihr Sprecher, Gundekar Giebel, sagte gegenüber der Zeitung «Der Bund», die Verantwortung liege aktuell bei den Praxen selbst. Die Praxistätigkeit im ambulanten Bereich sei nicht reguliert. Auf Anfrage sagte er: Aktuell fehle dem Kanton die gesetzliche Grundlage, um private Angebote zu unterstützen.



Wer nicht gleich ins Spital will, sich aber trotzdem nicht gut fühlt, besucht zuerst oft eine Walk-in-Praxis. Bild: Christian Beutler/Keystone

Patientendaten für die Forschung nutzen - Kommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 24.07.2024

Es ist Zeit für den Aufbau einer zentralen anonymisierten und breit verfügbaren Datenbank für Gesundheitsdaten. Das Bundesamt für Statistik sollte diese betreuen.

Gastkommentar von Riccardo Bentele und Rolf Weder

Digital verfügbare Gesundheitsdaten werden immer wichtiger sowohl für eine effiziente Gesundheitsversorgung wie auch für die Pharmaforschung und die personalisierte Medizin. Schweizer Gesundheitsdaten werden zwar täglich in grosser Zahl gesammelt. Doch der Umgang mit ihnen ist völlig veraltet. Die Mehrheit dieser Daten bleibt über verschiedene Institutionen, Datenbanken und Kantone hinweg fragmentiert, nichtstandardisiert, nichtdigitalisiert und somit für sekundäre Zwecke unzugänglich oder unbrauchbar.

Dabei sind sich die meisten Akteure in der Schweiz einig: Gäbe es einen umfassenden Datenpool, würden Patienten eine bessere Behandlung erhalten, das Gesundheitswesen würde effizienter und effektiver. Therapien könnten durch eine vergleichende Analyse von digitalisierten Daten optimiert werden; Ärztinnen würden dabei durch Algorithmen unterstützt. Doppelspurigkeiten und die langwierige Suche nach und Übermittlung von Daten entfielen. Das könnte in manchen Fällen gar Leben retten. Obwohl die Thematik in der Gesundheitsbranche und beim Bund seit Jahren bekannt ist, hat sich in der föderalistischen Schweiz bisher viel zu wenig bewegt. Exemplarisch zeigt sich dies an der bedauernswerten Entwicklung des elektronischen Patientendossiers.

Das Politikversagen gefährdet zusehends auch den Forschungsstandort Schweiz. Das mag auf den ersten Blick überraschen, verwendet doch die Pharmaindustrie mit ihren Global Players in Basel sehr erfolgreich Patientendaten aus der ganzen Welt für die Entwicklung neuer Medikamente und Therapien. Zudem sind Daten doch mobil und konnten zumindest bisher aus anderen Ländern mit besserem Datenzugang teilweise importiert werden – warum also sollen Schweizer Daten wichtig für den Forschungsstandort Schweiz sein?

Die in einem Land vorhandene Nachfrage nach Medikamenten, die Therapiebedürfnisse der Menschen und die vom Regulator ermöglichten Behandlungen beeinflussen massgebend die Richtung der dortigen Forschung und Medikamentenentwicklung. Ökonomen reden diesbezüglich von einem Heimmarkt-Effekt. Inländische Daten begünstigen die Richtung und den Erfolg des Forschungs- und Entwicklungsprozesses auch am Standort Schweiz. In der präklinischen Phase erleichtert ein breiter und qualitativ hochstehender Pool von lokalen Daten, unterstützt durch persönliche Fachgespräche, die Entwicklung neuer Therapien für lokale Bedürfnisse, bei denen die Schweiz zudem weltweiten Trends vorangehen könnte.

In der klinischen Phase erfolgen klinische Tests von vielversprechenden Medikamenten an Patientinnen und Kontrollgruppen. Auch hier können vorhandene Gesundheitsdaten den Forschungsprozess effizienter gestalten. Nach der Zulassung neuer Behandlungsmethoden folgt die Post-Zulassungs-Phase. Mithilfe einer koordinierten Datenerhebung können hier neue Erkenntnisse für die Anwendung und Anpassung der Therapie im Heimmarkt oder für die nächste Innovation gewonnen werden. Die Datenerhebung im

Heimmarkt hat den Vorteil, dass Forschende und Datenverantwortliche im engen Kontakt die Art und die Qualität der Daten positiv beeinflussen.

Die zunehmende Bedeutung personalisierter Behandlungen und Medikamente wird dazu führen, dass der Datenzugang für alle Stufen des Forschungs- und Entwicklungsprozesses wichtiger werden wird. Die Schweiz hätte das Potenzial, in der personalisierten Medizin eine Vorreiterrolle einzunehmen. Allerdings wird es dazu einen breiten Pool von Schweizer Gesundheitsdaten brauchen. Das ökonomische Problem, wieso es diesen nicht so einfach gibt, besteht darin, dass Daten ein öffentliches Gut darstellen: Kaum jemand ist bereit, einen grossen Aufwand zu betreiben, die Daten zu sammeln und allen anderen zur Verfügung zu stellen. Wenn die Daten aber da sind, wollen (und sollen!) sie von allen genutzt werden.

Was also ist zu tun? Bund und Kantone sollten endlich in einem gemeinsamen Kraftakt die Schaffung eines zentralen, modernen, qualitativ hochstehenden Pools von Gesundheitsdaten mit allen Mitteln unterstützen. Tun sie das nicht, schadet dies nicht nur den Patientinnen und Krankenkassenprämienzahlern, sondern auch dem für die ganze Wirtschaft bedeutenden Forschungsstandort Schweiz.

Wir sehen zwei Eckpunkte einer Vorwärtsstrategie. Erstens sollten Daten von Patienten standardmässig in den Datenpool aufgenommen werden, ausser Individuen entscheiden sich explizit dagegen (Opt-out); Letztere akzeptieren damit aber eine potenziell suboptimale persönliche Behandlung, weil ihre Daten nicht vollständig verfügbar sind. Zweitens sollte das Bundesamt für Statistik (BfS) federführend sein bei der Standardisierung, Sammlung, Sicherung und Bereitstellung von anonymisierten Gesundheitsdaten für die Forschung. Das BfS verfügt heute schon über heikle Daten und weiss damit umzugehen.

Rolf Weder ist Professor für internationale Ökonomie, Riccardo Bentele ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich Ökonomie an der Universität Basel.

Pierre Alain Schneggs Sprung ins Haifischbecken

 Der Bund | 23.07.2024

Jahrzehntelanger Streit Seit über 15 Jahren streiten sich Ärzte, Spitäler und Krankenkassen um 13 Milliarden Franken. 2021 stieg auch Pierre Alain Schnegg in den Ring. Nun sollen bald Resultate vorliegen.

Marius Aschwanden

Nicht einmal mehr vier Monate haben Krankenkassen, Ärzte und Spitäler noch Zeit, sich irgendwie zu einigen. Einigen in der Frage, wie der finanzielle Verteilschlüssel für ambulante Behandlungen künftig im Detail aussehen soll. Wie ambitioniert der Zeitplan ist, zeigt der Blick in die Vergangenheit. Seit 15 Jahren streiten sich die verschiedenen Parteien über die Weiterentwicklung der ambulanten Tarife. Es ist eine der erbittertsten Auseinandersetzungen der letzten Jahrzehnte im Schweizer Gesundheitswesen. Und jetzt also: Vier Monate Zeit, bis 1. November.

Dieses Datum jedenfalls setzte SP-Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider kürzlich, als sie den lang ersehnten Entscheid bekannt gab. Der Bundesrat hat das neue Regelwerk endlich genehmigt. Zwar unter gewissen Bedingungen, aber immerhin.

Als Baume-Schneider die Vorgaben für den Endspurt verkündete, sass im Medienzentrum des Bundeshauses neben ihr Pierre Alain Schnegg. Der Berner SVP-Gesundheitsdirektor hat in diesem Projekt eine Schlüsselrolle.

Er, der in seinem Heimatkanton nicht gerade dafür bekannt ist, Konsens zwischen verschiedenen Anspruchsgruppen herstellen zu können, sollte bei den ambulanten Tarifen genau das tun: die Streithähne an einen Tisch bringen und dazu bewegen, endlich gemeinsam nach vorne zu schauen.

Der Entscheid des Bundesrats zeigt, dass ihm dies tatsächlich gelungen ist.

Anspruchsvolle Verhandlungen

Angeboten wurde Schnegg die Projektleitung zur Gründung einer neuen Tariforganisation im ambulanten ärztlichen Bereich vom früheren SP-Bundesrat Alain Berset vor drei Jahren - mitten in der Corona-Pandemie.

Und Schnegg sagte tatsächlich zu. Obschon er für die Aufgabe nicht entschädigt und von verschiedenen Seiten gewarnt wurde. Zu vertrackt sei die Situation, zu erbittert würden die Streitigkeiten geführt. «Man konnte fast nur verlieren», sagt Schnegg heute. Die Positionen seien zementiert gewesen.

In diversen Verhandlungsrunden sei es aber gelungen, dass sich die Parteien auf den kleinsten gemeinsamen Nenner geeinigt haben. Wer dabei am starrsinnigsten war, will Schnegg nicht verraten. «Es war mit allen anspruchsvoll», sagt er.

Für ihn persönlich am schwierigsten war, zu merken, «wie stark die Leute ihre Positionen verteidigen, ohne das Gesamtsystem zu betrachten». Er habe jedenfalls mehrmals gedacht, das Projekt sei zum Scheitern verurteilt.

Für manche eine Geldmaschine

Klar ist: Es geht um extrem viel Geld. 13'000'000'000 Franken. 13 Milliarden. Ein Drittel aller Prämieinnahmen.

So viel verrechnen Spitäler und Ärzte jedes Jahr für Behandlungen, bei welchen die Patientinnen und Patienten am selben Tag wieder zu Hause sind. Einfache Kontrollbesuche, Warzenentfernungen, Augenoperationen.

Das Regelwerk, nach welchem diese 13 Milliarden verteilt werden, ist allerdings hoffnungslos veraltet. Es wurde vor 20 Jahren definiert und nie mehr geändert. Mit der Realität hat es oftmals nicht mehr viel zu tun.

Davon profitieren insbesondere Spezialisten, die mit technischen Geräten arbeiten. Dank schnelleren Maschinen dauern Behandlungen heute oft nur noch einen Bruchteil der Zeit, die im Tarif abgebildet ist. Die Folge: Für manche Ärzte ist er eine Geldmaschine, für andere - etwa Hausärzte - ein Verlustgeschäft.

Unterschiedliche Ansätze

Dies war letztlich auch der Grund, weshalb Schnegg die Rolle des Moderators überhaupt übernommen hat. «Ob man es will oder nicht: Tarifstrukturen spielen eine unglaublich wichtige Rolle in unserem Gesundheitswesen. Und im ambulanten Bereich haben wir ein riesiges Problem und komplett falsche Anreize», sagt Schnegg. Darin sind sich auch die Streitparteien einig. In der Lösung hingegen existieren bis heute unterschiedliche Ansichten.

Auf der einen Seite stehen Ärzte und der Krankenkassenverband Curafutura. Sie haben gemeinsam einen neuen Tarif entwickelt, den Tardoc. Er basiert wie das ursprüngliche Regelwerk auf der Abrechnung von Einzelleistungen. Eine erste Version reichten die Urheber beim Bundesrat schon 2019 ein. Doch dieser hat ihn immer wieder zurückgewiesen.

Auf der anderen Seite stehen die Spitäler und der Krankenkassenverband Santésuisse. Auch sie haben einen Tarif entworfen, der aber mit Pauschalen arbeitet.

Die beiden Tarife schliessen sich gegenseitig zwar nicht aus. Aber Ärzte und Curafutura halten die Pauschalen für zu wenig ausgereift und befürchteten, die Spitäler würden weiterhin zu viel, die niedergelassenen Ärzte zu wenig Geld erhalten.

Es bleibt nur noch wenig Zeit

Der Bundesrat hat nun beide Tarifsysteme teilweise genehmigt. Jetzt müssen sich die Partner bis zum 1. November einigen, bei welchen Behandlungen welcher Tarif gelten wird. Und sie müssen sicherstellen, dass die Systemumstellung keine Mehrkosten generiert.

Dass für die anstehende Arbeit nur so wenig Zeit zur Verfügung steht, sei sehr anspruchsvoll, sagt Schnegg. «Aber der Bundesrat hat klar gesagt, was noch zu tun ist, und die Arbeiten laufen auf Hochtouren. Wir wollen es schaffen.»

Grabenkämpfe befürchtet Schnegg keine mehr. Schliesslich beinhaltet die kleinste gemeinsame Nenner, welchen die Tarifpartner gefunden haben, eine Abmachung, dass ein Entscheid des Bundesrats von allen mitgetragen wird. Egal, ob er einem passt oder nicht.

Es gibt auch warnende Stimmen

Trotzdem gibt es nach wie vor skeptische Stimmen von Leuten, die in das Projekt involviert sind. So werden die anstehenden Arbeiten als «enorm anspruchsvoll» bezeichnet und die Frage aufgeworfen, ob Schnegg wirklich genügend Zeit investieren kann. Schliesslich ist der ambulante Tarif nicht seine einzige Baustelle: Insel-Gruppe, Psychiatrie, die Oberländer Spitallandschaft: Auch im Kanton Bern brennt es an verschiedenen Orten lichterloh.

Gesundheitsdirektor Schnegg sagt dazu: «Gefragt sind jetzt vor allem die Partner sowie die neue Geschäftsstelle.» Aber auch der Verwaltungsrat der neuen Tariforganisation, der von Schnegg präsiert wird, trifft sich regelmässig. Alle würden wissen, was auf dem Spiel steht:

Schaffen es die Krankenkassen, Ärzte und Spitäler nicht, sich definitiv zu einigen, wird der Bundesrat selber den Tarif per Anfang nächsten Jahres verfügen. «Ohne dass jemand mitreden kann», so Schnegg.



Freuen sich über den Entscheid des Bundesrats: Regierungsrat Pierre Alain Schnegg und Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider bei der Medienkonferenz zur Revision der ambulanten Arzttarife. Foto: Keystone

Gleichen tags erschienen in

- Berner Zeitung Stadt + Region Bern

Mieux lutter contre les infections post-chirurgicales

 Le Journal du Jura | 26.07.2024

Berne - Une étude menée sous la direction de l'Hôpital de l'Île et de l'Université de Berne montre que l'âge des patients, l'indice de masse corporelle et la durée de l'opération ont une influence importante sur la composition des bactéries lors d'infections post-opératoires. Cet effet est indépendant du type d'intervention.

Les infections du site chirurgical (ISC) font partie des complications les plus fréquentes après une opération. Elles sont généralement dues à des bactéries qui passent de la flore endogène du patient à la plaie pendant l'opération.

Parmi les agents pathogènes les plus fréquents, on trouve des bactéries cutanées comme les staphylocoques et les streptocoques, ainsi que des bactéries intestinales comme *Escherichia coli* et les entérocoques, a indiqué l'Hôpital universitaire bernois dans un communiqué.

Selon les caractéristiques du patient

Des études antérieures ont montré que certaines bactéries sont plus fréquentes après certaines opérations. Les staphylocoques sont par exemple plus fréquents dans les infections de plaies après des interventions orthopédiques, de chirurgie cardiaque et de chirurgie vasculaire. Les entérocoques, quant à eux, sont plus fréquents après des opérations abdominales.

Outre les facteurs liés à l'opération elle-même, il existe également des caractéristiques liées au patient, telles que l'âge, l'obésité, le tabagisme ou un système immunitaire affaibli, qui augmentent le risque d'ISC.

Dans le cadre de cette étude dirigée par l'Hôpital de l'Île, en collaboration avec Swissnoso (Centre national de prévention des infections), les scientifiques ont voulu identifier plus précisément les facteurs dépendant des patients eux-mêmes.

Pour ce faire, ils ont analysé les données de plus de 530'000 patients opérés entre janvier 2009 et décembre 2020. L'étude a révélé que l'âge, l'indice de masse corporelle (IMC) et la durée de l'opération sont les facteurs les plus importants pour la composition microbienne des infections de plaies.

Les patients particulièrement âgés, avec un IMC bas et des opérations de longue durée, présentent un risque plus élevé d'infection par des bactéries intestinales, quelle que soit l'opération réalisée.

Prophylaxie adaptée

Selon les auteurs, ces conclusions soulignent l'importance de prendre en compte les facteurs liés au patient dans l'apparition d'infections après une opération. Cela ouvre la possibilité de développer des stratégies plus précises pour la prévention et le traitement des ISC.

Selon Guido Beldi, responsable de l'étude à l'Hôpital de l'île, ces résultats ont plusieurs implications: ils soulignent qu'une mesure de prévention telle qu'une antibioprophylaxie devrait être adaptée individuellement au profil de risque du patient afin de maximiser son efficacité.

Les résultats, publiés dans le British Journal of Surgery, sont également importants après l'opération: sur la base des modèles de prédiction, une administration précoce et ciblée d'antibiotiques pourrait être envisagée.

Les ISC représentent plus d'un quart des infections associées aux soins. Selon Swissnoso, entre 1% et 20% des patients souffrent d'une telle complication après une intervention chirurgicale en Suisse. Les universités de Bâle et Lucerne ont également contribué à ces travaux. **ats**

Corona-Variante Flirt breitet sich in der Schweiz aus

 Tages-Anzeiger | 25.07.2024

Steigende Infektionszahlen - Ein neuer Omikron-Subtyp sorgt in diesem Sommer für eine Corona-Welle. Was ist über Flirt bekannt? Und woher kommt der seltsame Name?

Alexandra Bröhm und Anke Fossgreen

Nicht nur Joe Biden hat sich kürzlich wieder mit Covid angesteckt. Auch in der Schweiz verbreiten sich neue Varianten mit dem Namen Flirt. Wie krank machen die Flirt-Varianten, auch bekannt unter der nüchternen Bezeichnung KP.2 und KP.3? Und welche Symptome verursachen sie? Die wichtigsten Antworten:

Befinden wir uns gerade wieder in einer Corona-Welle?

«Wir sehen in der Schweiz und in anderen europäischen Ländern, dass die Zirkulation der Coronaviren Sars-CoV-2 zunimmt», sagt Tanja Stadler vom Departement Biosysteme der ETH Zürich in Basel. Das zeigen auch Abwasseruntersuchungen an 14 Standorten. «In allen 14 Regionen steigen seit April die Konzentrationen von Sars-CoV-2 an», sagt Stadler.

Wie stark ist diese Welle?

«Wir haben derzeit eine relevante Zirkulation», sagt Stadler. Das jetzige Infektionsgeschehen ähnele jenem vom letzten Frühherbst, als die Zahlen bis zum Höhepunkt im November und Dezember anstiegen. Im Januar sanken die Zahlen wieder, die Welle ebte ab. «Wir sind im Moment ungefähr auf dem Level vom Januar», sagt Stadler. «Wir können aber jetzt noch nicht abschätzen, wie hoch sich die Welle noch aufbaut.»

Welche Varianten kursieren?

Die neuen Varianten heissen Flirt. Mit der Art der Ansteckung hat das nichts zu tun. Die Buchstabenfolge ist eine Abkürzung und bezieht sich auf die charakteristischen Mutationen in den Stachelproteinen des Virus. Diese Proteine sind wichtig für die Viren, um in menschliche Zellen einzudringen.

Die Flirt-Varianten gehören zur Familie der Omikron-Varianten, die seit Ende 2021 weltweit dominieren. In Europa kursieren gegenwärtig die Untergruppen KP.2 und KP.3. Die Flirt-Varianten wurden zuerst in den USA nachgewiesen. «Das muss aber nicht heissen, dass sie auch dort entstanden sind», sagt Stadler.

Warum nehmen die Infektionen wieder zu?

Die Flirt-Varianten unterscheiden sich leicht von früher kursierenden Varianten. Deshalb erkennt sie unser Immunsystem nicht mehr ganz so gut. «Immunflucht» («Immunescape») nennt man dieses Phänomen in der Fachsprache. Deshalb stecken sich jetzt wieder mehr Menschen an, auch wenn inzwischen fast jeder einen gewissen Immunschutz durch Impfungen und Infektionen hat.

«Wir stellen bei unseren Routinetests im Spital, die wir bei Patientinnen und Patienten mit Symptomen durchführen, im Moment eine deutliche Zunahme der Infektionen fest», sagt der Infektiologe und Virenexperte Huldrych Günthard vom Universitätsspital Zürich.

Hinzu kämen Massenveranstaltungen wie Open-Air-Festivals oder die Public-Viewing-Anlässe zur Fussball-EM. Auch wenn all das draussen stattfindet, sei der enge Kontakt, beispielsweise an einem Konzert, wo man Schulter an Schulter steht, ausreichend für eine Ansteckung.

Ist das Infektionsgeschehen besorgniserregend?

«Die Flirt-Varianten sind weder gefährlicher noch ungefährlicher als vorherige Omikron-Varianten», sagt Stadler. «Das ist jetzt eine Situation, mit der wir auch künftig immer wieder rechnen müssen.» Die neuen Varianten führen zu den üblichen Erkältungssymptomen wie Husten, Schnupfen, Halsweh und teilweise auch Fieber.

«Wie bei den vorherigen Infektionen mit anderen Varianten ist das Spektrum, wie krank sich jemand während der Infektion fühlt, relativ breit», sagt Infektiologe Günthard. Wie zuvor kann es besonders gefährdete Personen schwerer treffen. Und in seltenen Fällen können auch bei den aktuellen Varianten Langzeitfolgen, Post-Covid, auftreten. «Bei gefährdeten Patientinnen und Patienten führen wir auch wieder mehr Frühtherapien im Spital durch, um potenziell schwere Verläufe zu verhindern. Das Gute ist aber, dass nur sehr wenige Menschen aufgrund des Coronavirus hospitalisiert werden müssen», sagt Günthard.

Woher weiss man, wer sich infiziert und wer nicht?

Die Situation ist heute eine andere als zu Beginn der Pandemie. «Im Jahr 2020 hatten wir alle keinen Kontakt mit Sars-CoV-2 gehabt, das heisst, wenn wir auf das Coronavirus getroffen sind, war unser Immunsystem nicht vorbereitet, und das Virus hat uns infiziert», sagt Stadler. Inzwischen haben die meisten Menschen hierzulande mehrere Impfungen und Infektionen hinter sich. «Der eine hat vor drei Monaten eine Infektion gehabt und ist viermal geimpft, die andere ist zuletzt vor zwei Monaten auf das Virus getroffen und hat zwei Impfdosen bekommen», sagt Stadler.

Warum kommt es zu einer Zunahme der Infektionen?

Grippewellen gibt es bei uns in der Regel nur in den Wintermonaten, wenn die Grippeviren ideale Bedingungen vorfinden: trockene Heizungsluft und geschlossene Räume. Hingegen hält sich das Coronavirus bis anhin nicht an diese Saisonalität und grassiert auch im Sommer.

Noch weiss man nicht sicher, woran das liegt. Doch es gibt Vermutungen: «Unsere Immunabwehr kennt das Coronavirus zwar inzwischen, aber vielleicht ist der Schutz doch noch nicht so robust wie beispielsweise gegen die Grippe. Wir sehen beim Coronavirus bisher relativ häufig neue Untervarianten, die irgendwann im Jahr auftreten und sich nicht nur saisonal verbreiten», sagt Günthard.

Offenbar gibt es Monate fast ohne Infektionen. Warum?

«Im November und im Dezember 2023 hatten wir eine verhältnismässig hohe Sars-CoV-2-Welle mit Omikron-Untervarianten, und weil sich viele Leute ansteckten, entwickelten sie eine bestimmte Immunantwort», sagt Stadler. Die Welle ebbt ab, wenn das Virus nicht mehr genügend Menschen infizieren kann. Erst als im Frühjahr die veränderten Flirt-Varianten auftraten, gingen die Infektionszahlen wieder hoch.

Was heisst das für die Impfungen?

Geimpft wird hauptsächlich, um schwere Krankheitsverläufe zu verhindern. Deshalb empfiehlt das Bundesamt für Gesundheit die Covid-Impfung nicht mehr der Allgemeinheit, sondern Personen ab 16 Jahren mit Vorerkrankungen oder Menschen ab 65 Jahren.

Einen exakt auf die neueste Variante passenden Impfstoff brauche man nicht, um vor schwerem Verlauf geschützt zu sein, sagt Stadler. «Es ist erfreulich, wie gut auch die jetzigen Impfstoffe mit leichten Anpassungen gegen die schweren Verläufe schützen.» Die Impfungen helfen jedoch nur bedingt, um Infektionen zu verhindern.

Die Erwartungen an die Abnehmspritze sind zu hoch - Kommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 25.07.2024

Dominik Feldges

Die Pandemie liegt hinter uns, doch es bahnt sich eine neue Gesundheitskrise an. Diese verläuft eher still und dürfte ihre unheilvollen Auswirkungen erst in Jahren, wenn nicht Jahrzehnten im grossen Stil zeigen: die wachsende Verbreitung von Fettleibigkeit. Fachleute aus dem Gesundheitswesen sind zu Recht alarmiert. Sie warnen davor, dass Gesellschaften nicht nur in reichen Industriestaaten, sondern auch in vielen Schwellenländern einen hohen Preis bezahlen werden, wenn die starke Zunahme deutlich übergewichtiger Personen nicht gestoppt werden kann.

Wer viel zu viele Kilos auf die Waage bringt, setzt sich nicht nur dem Risiko aus, an der nach wie vor unheilbaren Krankheit Diabetes zu erkranken. Fettleibige, deren Body-Mass-Index laut gängiger Definition 30 und mehr beträgt, sind etwa auch stark gefährdet, herz- oder nierenkrank zu werden.

Laut der Weltgesundheitsorganisation litten 2022 fast 900 Millionen Menschen an Fettleibigkeit, das ist jeder achte Erdenbewohner. Und es werden von Tag zu Tag mehr, wobei auch die stark steigende Zahl bloss übergewichtiger Personen berücksichtigt werden muss. 2022 hatten geschätzte 2,5 Milliarden Personen einen Body-Mass-Index von mindestens 25 und galten damit als übergewichtig.

Vor diesem Hintergrund erstaunt es nicht, dass grosse Hoffnungen in die Medikamente gesetzt werden, die neuerdings zur Gewichtsabnahme zur Verfügung stehen. Zwar gab es schon früher diverse Schlankheitspillen, doch die neuen Präparate aus der Kategorie der sogenannten GLP-1-Agonisten sprechen bei vielen Patienten schnell an und erlauben Gewichtseinbussen von über 10 oder sogar 20 Prozent und mehr. Bei älteren Therapien waren die Resultate meist deutlich bescheidener.

Zugleich wecken die vermeintlichen Wundermittel nicht nur bei Übergewichtigen sowie ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten hohe Erwartungen. Auch in der Finanzwelt ist man voller Hoffnungen. Es herrscht schon beinahe eine fiebrige Stimmung ob all dem Geld, das sich mit den neuen Medikamenten möglicherweise verdienen lässt.

Kaum eine Woche vergeht, in der Marktbeobachter eines Finanzinstituts ihre Schätzungen für den jährlichen Spitzenumsatz nicht nach oben schrauben. So gaben Analysten der UBS am vergangenen Montag bekannt, dass sie den Gesamtmarkt bis 2029 auf 90 Milliarden Dollar expandieren sehen – und nicht wie bisher erwartet auf 70 Milliarden. Vertreter der amerikanischen Investmentbank Goldman Sachs schwärmen gar von einem dereinst 130 Milliarden Dollar schweren Markt.

Den prognostizierten Beträgen steht ein Markt gegenüber, dessen Gesamtvolumen im letzten Jahr noch bei unter 5 Milliarden Dollar lag. Dabei konnte der dänische Medikamentenhersteller Novo Nordisk fast die gesamten Einnahmen einstreichen. Mittlerweile hat auch der amerikanische Konkurrent Eli Lilly eine GLP-1-Abnehmspritze auf den Markt gebracht, und die beiden Firmen dürften nach Erwartung der meisten Branchenexperten noch während mehrerer Jahre den Grossteil des Geschäfts beherrschen. Kein Wunder, haben auch die Börsenbewertungen dieser zwei Konzerne mit 600 Milliarden beziehungsweise über 800 Milliarden Dollar inzwischen stratosphärische Höhen erreicht.

Doch Anleger sollten ebenso wie Patienten und Ärzte keine übertriebenen Erwartungen hegen. Ja, die neuen Medikamente haben das Potenzial, einer wachsenden Gesundheitskrise entgegenzuwirken. Doch

zugleich bleiben wichtige Fragen offen. Lassen sich die Medikamente bedenkenlos über Jahre einnehmen, damit die Patienten ihr – reduziertes – Gewicht halten können? Und vor allem: Sind Regierungen und Krankenversicherer bereit, riesige Zusatzkosten in Kauf zu nehmen, um Fettleibigen auf einfachem Weg eine Abnahme ihrer ungesunden Leibesfülle zu ermöglichen?

En Suisse, les médicaments attendent leur autorisation plus longtemps

 Le Temps | 25.07.2024

Selon une étude, la mise sur le marché d'un produit prend en moyenne 249 jours de plus que dans les pays de l'Union européenne.

ATS

Il faut en moyenne 249 jours de plus pour autoriser la mise sur le marché d'un médicament en Suisse qu'au sein de l'Union européenne, selon une étude. Pour Interpharma, les patients helvétiques accèdent de moins en moins facilement à des médicaments parfois vitaux.

L'étude de benchmarking menée par l'industrie pharmaceutique et Swissmedic montre que les entreprises déposent leurs demandes d'autorisation plus tard que dans l'UE et que les procédures prennent plus de temps, critique l'association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche.

L'étude, publiée hier sur le site de Swissmedic, montre que l'autorité helvétique d'autorisation et de surveillance des produits thérapeutiques a été plus lente de 11% que son homologue européenne, l'EMA, à traiter les demandes concernant des médicaments contenant de nouveaux principes actifs. Pour les demandes d'extension d'indications, le retard est de 19%. L'écart est encore plus important avec les Etats-Unis: il est de 31% pour les nouveaux principes actifs et de 48% pour les extensions d'indication.

Selon Interpharma, un médicament est ainsi autorisé en moyenne 249 jours plus tard qu'auprès de l'Agence européenne des médicaments (EMA). Soit une augmentation de 48% par rapport à 2022. Pour Interpharma, ces retards sont dus à une détérioration des conditions-cadres en Suisse. Ce qui rend le marché helvétique moins attrayant.

Par ailleurs, selon des données d'Interpharma, le délai d'attente pour accéder aux médicaments est désormais de 301 jours, depuis leur autorisation jusqu'à leur prise en charge par la caisse maladie.

Berne se défend

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) rejette les critiques d'Interpharma. La fixation des prix doit permettre de trouver un équilibre entre un accès rapide aux médicaments et le juste prix, a-t-il expliqué à Keystone-ATS. En comparaison européenne, la Suisse se classe troisième en ce qui concerne la rapidité entre l'autorisation de mise sur le marché et le remboursement.

La longueur des procédures dépend dans une large mesure de la coopération de l'industrie pharmaceutique, ajoute l'OFSP. Un rapport du Contrôle fédéral des finances montre que les retards dans le processus de remboursement sont presque exclusivement dus à la durée des négociations des prix basées sur des exigences très élevées de l'industrie pharmaceutique, note-t-il.

ZG – La proposition de Zoug pour baisser les primes «n'est pas une bonne idée»

 L'Agefi | 24.07.2024

L'utilisation des réserves cantonales pour alléger les charges des ménages risque d'avoir à terme des effets pervers, selon plusieurs experts interrogés.

Nathalie Praz

Dans une initiative sans précédent, le canton de Zoug propose d'utiliser une partie de ses excédents budgétaires en augmentant de 220 millions de francs environ sa participation dans la prise en charge des frais d'hospitalisation stationnaires pour les années 2026 et 2027. Conséquence? Les primes d'assurance maladie de ses habitants seront allégées en moyenne de 18% ou 700 francs par an selon les modèles d'assurance, l'âge ou la caisse maladie.

A priori, l'initiative paraît intéressante, mais plusieurs experts sollicités par L'Agefi ne sont pas de cet avis. «La proposition zougoise n'est pas une bonne idée, affirme sans hésitation Stefan Felder, professeur d'économie de la santé à l'Université de Bâle. En effet, cela va inciter davantage les hospitalisations par rapport aux soins ambulatoires, car les assureurs ne paieront que 1%, les 99% restant étant pris en charge par le canton, alors qu'ils assument la totalité des coûts, moins la quote-part, si le patient rentre chez lui le jour même.» Selon lui, ceci est en opposition totale avec le projet de financement moniste de prestations des soins (Efas) validé par le gouvernement et dont la votation sur le référendum est fixée au 24 novembre. L'économiste estime même qu'à terme, cela risque d'accroître les coûts de la santé, ce qui est fortement préjudiciable.

Même son de cloche du côté de l'expert en caisses maladie de Comparis, Felix Schneuwly: «Soutenir financièrement les traitements stationnaires n'est pas une bonne idée, et cela va à l'encontre de la tendance qui veut que les soins ambulatoires soient privilégiés.»

Un cadeau dangereux aux administrés

Il n'est d'ailleurs pas certain que le parlement zougais va accepter ce projet. Cette proposition du gouvernement, qui met en place parallèlement une consultation avec les communes, les partis et les groupes d'intérêts, devra être validée d'ici le printemps 2025 pour une éventuelle réduction des primes dès 2026. Le conseiller d'Etat en charge de la Santé, Martin Pfister, se veut confiant, assurant que «de manière générale, la mesure a été très bien accueillie et qu'hormis quelques voix isolées, il n'y a pas eu d'objections fondamentales».

«Bien sûr, la proposition de Zoug va soulager financièrement les ménages, reconnaît Felix Schneuwly. Les personnes vont s'adapter très rapidement à disposer de plus d'argent dans leur porte-monnaie, mais lorsque leurs charges vont réaugmenter, ils vont avoir de la peine, et certains pourraient même ne plus arriver à s'acquitter de leurs primes.»

Un avis que partage Stefan Felder. «Cet allègement des primes pour les Zougois équivaut à arroser financièrement la population sans faire de distinction entre ceux qui en ont besoin.» Lui aussi s'attend à ce que dans deux ans, certains assurés aient alors de la peine à payer leurs factures d'assurance. Par ailleurs, celui qui dirige aussi le Basel Center for Health Economics rappelle qu'il est important que les assurés aient une idée des coûts du système de santé. Et si les cantons contribuent à baisser la prime avec de telles mesures, cela envoie une mauvaise information, car les assurés ne peuvent pas se rendre compte de l'augmentation réelle des coûts. De plus, il s'attend à un effet boomerang: «Si cette initiative va peut-être encourager des venues à Zoug – après la fiscalité, les primes sont aussi un critère pour choisir de s'établir dans une région –, cela va tendre encore davantage le marché immobilier dans une région où les prix tant à l'achat qu'à la location sont déjà extrêmement élevés.»

Felix Schneuwly rappelle par ailleurs que cela ne réglera pas le problème des coûts trop élevés. Le conseiller d'Etat genevois en charge de la Santé, Pierre Maudet, qui dit «suivre avec intérêt la décision du Conseil d'Etat zougais» abonde: «Cette mesure temporaire agit comme une solution palliative, à court terme, qui ne permet pas de résoudre le problème de l'augmentation constante des primes d'assurances maladie sur le long terme. Bien qu'elle provoque une baisse significative des primes, elle implique une augmentation d'une proportion au moins équivalente dans deux ans, qui sera d'autant plus douloureuse.» Il préfère pour sa part prioriser la mise en place d'une caisse d'assurance maladie cantonale publique afin de «s'attaquer aux causes du problème».

Pas de charge supplémentaire

Selon la loi actuelle sur l'assurance maladie, en attendant la réforme Efas, les cantons doivent prendre en charge au minimum 55% des coûts des traitements stationnaires. Ainsi, dans la pratique, l'hôpital facture 55% au canton et 45% à l'assurance. Si la proposition zougaise est acceptée, 99% seront facturés au canton et 1% à l'assurance. «Il n'y aura pas de charge administrative supplémentaire pour le canton ou les assureurs, explique Martin Pfister. C'est justement l'avantage de cette mesure.»



Hôpitaux. Le canton de Zoug propose d'utiliser une partie de ses excédents budgétaires dans la prise en charge des frais d'hospitalisation stationnaires. Les primes d'assurance maladie de ses habitants seront ainsi allégées.

VD – «Ces soignantes offrent une prise en charge sur mesure à Romain»

 24 heures | 24.07.2024

Au CHUV, une unité spécialisée aide les enfants malades et leurs familles à affronter le jargon médical, les choix thérapeutiques et les épreuves du quotidien.

Romarc Haddou

Romain a 16 ans et, depuis toujours, sa vie est rythmée par les visites au CHUV. Atteint de myopathie, le jeune homme nous reçoit dans le salon de la maison familiale, à Marsens (FR), pour raconter son histoire. Il parle de cette maladie génétique rare qui le contraint à se déplacer en fauteuil roulant, des hospitalisations régulières et de la grosse épreuve qu'il a traversée en 2021.

Ce jour-là, son état se dégrade beaucoup et il doit être admis aux soins intensifs. «Sa maladie est tellement complexe qu'elle touche beaucoup de services médicaux: gastro-entérologie, pneumologie, neurologie... C'est très dur à coordonner et il peut arriver que la prise en charge ne soit pas complètement fluide», rapporte sa maman.

C'est ce qui s'est passé en 2021 et c'est à la suite de ces «dysfonctionnements» que Romain a été orienté vers l'Unité mobile d'accompagnement pédiatrique spécialisé (Umaps). Composée d'infirmières, de médecins, d'une psychologue ou encore d'une accompagnante spirituelle, cette équipe est spécialisée en soins palliatifs pédiatriques.

Contrairement aux idées reçues, ceux-ci ne se limitent pas à la fin de vie. «Chez les enfants suivis en soins palliatifs, c'est encore moins le cas puisque nos patients souffrent de maladies graves, souvent chroniques et complexes, et que leur vie n'est souvent pas menacée à court terme», souligne la Dre Alexandra Lipp, pédiatre et médecin cadre à l'Umaps.

Le rôle des spécialistes est d'accompagner les enfants et leurs familles, de soutenir les soignants, d'apporter une expertise clinique et éthique, et de coordonner la prise en charge médicale. Une sorte de courroie entre les patients et le monde hospitalier. «L'équipe a une vision très complète de la situation de Romain: sa personnalité, son parcours, son environnement familial, son domicile... Les soignantes sont à la fois des référentes, des conseillères, des facilitatrices. Elles permettent une prise en charge sur mesure», décrit sa maman.

Face à la complexité de l'univers et du jargon hospitalier, l'Umaps assure aussi «la traduction». C'est ce que mettent en avant Ralph et Audrey, les parents de Fiona. Âgée de 17 ans, l'adolescente vaudoise est accompagnée depuis dix années par l'unité. «Dans les périodes les plus rudes, quand vous n'arrivez pas à extérioriser ou que vous avez l'impression de ne pas vous faire entendre, c'est bien d'avoir une personne qui peut traduire votre vie et votre ressenti auprès du corps médical.»

Proche des familles

Isabelle Albrecht Frick, l'infirmière spécialisée qui suit Fiona, est constamment joignable. Elle connaît l'école de la jeune femme, son lieu de vie, son historique médical et a traversé plusieurs épreuves avec la famille. «En novembre 2022, il y a eu un moment critique. L'école spécialisée où se rend Fiona a directement contacté les soins palliatifs. Isabelle s'est tout de suite rendue sur place. Nous avons l'impression que notre fille était en fin de vie.»

Les parents, l'infirmière et les pédiatres discutent alors des options thérapeutiques. Décision est prise de «ne pas forcer les choses pour ne pas accentuer les souffrances de Fiona». Elle rentre à la maison plutôt que d'être hospitalisée. Après plusieurs jours d'angoisse, son état s'améliore. «Sur ces enjeux de fin de vie, l'Umeps a été d'un grand soutien. Nous échangeons, nous décidons d'un protocole et nous le confirmons régulièrement.»

Puisque Fiona ne peut pas s'exprimer ni faire de gestes, il est difficile d'évaluer ses souffrances. «L'Umeps est justement spécialisée dans la gestion de la douleur. Avec eux nous avons mis en place une échelle qui permet d'interpréter certains signes pour savoir à quel point elle a mal. C'est un outil très important pour l'école.»

Le fait que l'accompagnement dépasse le cadre hospitalier est loué par les familles. «Grâce à eux, j'ai pu faire un vol en hélicoptère, sourit Romain. Depuis ma chambre, j'avais une vue directe sur l'héliport du CHUV. J'en ai parlé avec l'infirmier et il m'a organisé une visite d'une base de la Rega suivie d'un vol.»

Le jeune homme vante aussi le tact des soignants de l'Umeps. «Ils ont souvent une manière plus douce ou plus adaptée d'expliquer les choses. Parfois, les spécialistes sont un peu directs et, face à des options thérapeutiques précises, c'est l'Umeps qui vous explique concrètement ce que ça implique.»

Inédit en Suisse romande

Cette capacité à expliciter la prise en charge permet aux parents d'être plus sereins. «Dans notre situation, l'aspect émotionnel est très intense. Durant les périodes de crise, c'est Isabelle qui nous a apaisés, se souviennent les parents de Fiona. Aujourd'hui, nous n'avons plus d'attentes en termes de diagnostic, nous voulons juste le bien-être de notre fille, alors Isabelle facilite les interactions avec le corps médical. Au fil du temps et des épreuves, elle est devenue proche de notre famille.»

Ce soutien qui englobe toutes les dimensions de la maladie correspond à la vision holistique prônée par les soins palliatifs et par l'Umeps. «Encore une fois, il n'est majoritairement pas question de fin de vie. En Suisse, nous sommes très en avance dans le domaine des soins en général, mais pas du tout en termes de soins palliatifs pédiatriques», observe la Dre Victoria Corvest, pédiatre et médecin cadre à l'Umeps.

Si bien que l'Umeps est la seule unité «avec autant de moyens» en Suisse romande. Il existe des dispositifs similaires à Zurich et à Saint-Gall, et quelques équipes plus petites dans d'autres centres. Ses soignantes estiment que «moins de 10% des patients qui auraient besoin de soins palliatifs pédiatriques spécialisés peuvent actuellement en bénéficier». Ce qui est «plus faible que chez les adultes».

De délicates questions éthiques

Omniprésents dans le milieu médical, les questionnements éthiques sont encore plus saillants quand il faut accompagner la maladie grave ou la fin de vie d'un enfant. Quels sont ses droits et ceux de ses parents? Comment agir s'il y a des désaccords? L'Umeps y réfléchit en permanence.

«Il y a une pensée sociétale qui veut que les décisions soient prises sans considérer l'autonomie décisionnelle de l'enfant. Celui-ci a des droits, mais ils sont rarement respectés, car on imagine qu'il faut le protéger face à des choix très difficiles, y compris pour des adultes, observe la Dre Alexandra Lipp. Ça peut venir des parents ou de soignants qui sont mal à l'aise d'en parler avec le jeune patient. Pourtant, la Convention des droits de l'enfant de l'ONU et les directives de l'Académie suisse des sciences médicales indiquent qu'il doit être informé et intégré au processus de décision quel que soit son âge.»

La difficulté est parfois de faire cohabiter deux concepts: l'autonomie de l'enfant et son «intérêt supérieur». Dans tous les cas, il faut que l'équipe médicale, le patient et sa famille dialoguent pour choisir la meilleure des options thérapeutiques.

Lors de ces discussions, l'Umeps apporte un regard particulier. «Notre vision est bio-psycho-socio-spirituelle, et nous mettons la qualité de vie de l'enfant au centre de tout, résume l'infirmière spécialisée Isabelle Albrecht Frick. Nous sommes donc très attentives aux notions d'acharnement thérapeutique ou d'obstination déraisonnable. C'est l'une des caractéristiques des palliativistes, nous avons fait le deuil de guérir à tout prix.» Dans les faits, les conflits sont peu nombreux, assurent les spécialistes. «Néanmoins, nous avons déjà été confrontés à des situations où la réflexion des parents est plus avancée que celle des soignants, rapporte la Dre Victoria Corvest. Par exemple, face à une cardiopathie sévère, le corps médical a envie de croire aux chances de survie potentielle de l'enfant grâce au recours à de nombreuses chirurgies tandis que certains parents peuvent considérer que les souffrances seront trop lourdes pour une qualité de vie acceptable dans le futur, selon leur représentation et leurs valeurs. Ce sont des moments compliqués, il faut trouver un terrain d'entente.»

Chaque année, «une poignée» de décisions finissent par aller à l'encontre du premier avis médical. Et quelquefois, ce sont les médecins qui «font cheminer les parents vers une option qu'ils ne souhaitaient pas au départ». Dans les cas très difficiles, l'unité d'éthique clinique peut être appelée en soutien.



Romain et sa maman dans le salon de leur maison, à Marsens (FR). MARIE-LOU DUMAETHIOZ

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

In der Rehaklinik und beim SRF wird wieder Maske getragen

 [blick.ch \(de\)](https://www.blick.ch/de) | 23.07.2024

Corona-Fallzahlen innerhalb von einem Monat um 50 Prozent angestiegen

Wegen einer neuen Corona-Mutation vermeldet das BAG immer mehr Neuinfektionen. Die Reha-Klinik in Bad Zurzach hat darauf reagiert und eine Maskenpflicht eingeführt – und auch an anderen Orten gibt es Empfehlungen.

Natalie Zumkeller

Um rund 50 Prozent sind die laborbestätigten Fälle von [Corona-Infektionen in den vergangenen vier Wochen angestiegen](#). Grund dafür sind vor allem die neuen Flirt-Varianten des Virus. Zwar bewegen sich die Zahlen weiterhin auf einem «tiefen Niveau», wie das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mitteilt. Vorsicht sollte man jedoch trotzdem walten lassen.

Die Rehaklinik in Bad Zurzach AG hat bereits reagiert – im direkten Kontakt mit Patienten und Patientinnen gilt für alle, auch Besucher und Besucherinnen, die Maskenpflicht. Das bestätigt die Klinik gegenüber Blick. Aber nicht nur im Gesundheitsbereich wird wieder Maske getragen.

Im Newsroom des SRF sind die steigenden Fallzahlen ein Thema. «Aktuell gibt es bei SRF keine Maskenpflicht. Häufen sich jedoch die Coronafälle, empfiehlt SRF eine Maske zu tragen, wie das aktuell etwa im Newsroom der Fall ist», heisst es auf Blick-Anfrage.

Geben Masken nun also ihr Comeback? Blick hat bei verschiedenen Spitälern und dem BAG nachgefragt.

«Situation wird laufend evaluiert»

Im Insspital Bern ist eine Maskenpflicht momentan noch kein Thema. Die steigenden Fallzahlen werden jedoch genaustens beobachtet. «Die Situation wird laufend evaluiert. Kranken und Menschen mit Symptomen wird empfohlen, eine Maske zu tragen, eine Pflicht im Spital gibt es jedoch nicht.»

Das Basler Unispital erklärt, dass bei ihnen die «respiratorische Etikette» gilt – Besucher mit Erkältungssymptomen sollten das Spital nicht besuchen, Patienten und Mitarbeiter tragen Masken. Eine allgemeine Maskenpflicht gilt momentan nicht. Die Kommission für Infektionsgeschehen des Spitals beurteilt jedoch laufend die Corona-Situation – aufgrund der momentanen Ferienphase sei eine Maskenpflicht in Zukunft auch nicht ausgeschlossen.

Keine schwereren Verläufe

An ähnlichen Grundsätzen orientieren sich das Kantonsspital Baden und das Unispital Zürich: Wer Symptome aufweist, soll eine Maske tragen, von einer Pflicht sieht man ab. Diese käme nur bei einem

Anstieg der Fälle infrage.

Das BAG erklärt derweilen, dass die «Massnahmen zum Schutz der Bevölkerung in der Verantwortung der Kantone liegen». Das Bundesamt betont weiter, dass die momentan zirkulierenden Varianten «keinen schwereren Krankheitsverlauf als bisherige Omikron-Varianten» aufzeigen und «die Zahl der Hospitalisationen weiterhin sehr gering» sind. Eine allgemeine Maskenpflicht ist folglich unwahrscheinlich.