

Inhaltsverzeichnis

H+ - DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ

Neue Plattform soll alle Spitaldaten sammeln

 universimed.ch | 20.12.2024

Psychotherapeuten droht Lohnkürzung

 Tages-Anzeiger | 18.12.2024

Ces hôpitaux qui surfacturent leurs achats, une pratique courante?

 Le Temps | 17.12.2024

GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

Quanto dovrebbe costare una seduta di psicoterapia?

 rsi.ch | 23.12.2024

Tassa d'urgenza, trovata una «soluzione pragmatica»

 tio.ch | 21.12.2024

Initiative für medizinische Versorgungssicherheit ist zustande gekommen

 cash.ch | 20.12.2024

Hausärzte erhalten keinen Zuschlag mehr, wenn sie in der Nacht ausrücken

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 20.12.2024

Taxes d'urgence: Les politiques concrétisent leur pression sur les assureurs

 Le Temps | 19.12.2024

Il Parlamento vuole alzare la franchigia minima

 La Regione | 17.12.2024

Patienten sollen mehr bezahlen

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 17.12.2024

Hausärzte atmen auf, Notfallpraxen bangen weiter

 SonntagsBlick | 22.12.2024

Santé – Taxe d'urgence: accord entre la FMH et prio.swiss

 lacote.ch | 22.12.2024

KRANKENKASSEN

La publicité restera payée avec les primes

 L'Agefi | 18.12.2024

Il Parlamento vuole alzare la franchigia minima

 La Regione | 18.12.2024

Krankenkassen wollen Psychotherapeuten die Löhne kürzen

 tagesanzeiger.ch | 17.12.2024

Ärzte-Telefon nach Spanien umgeleitet

 CH Media national | 23.12.2024

Zusatzversicherte bleiben auf ihren Spitalrechnungen sitzen

 CH Media national | 19.12.2024

KANTONAL / REGIONAL

BE – Wohin, wenn der Finger blutet?

 Der Bund | 18.12.2024

BS – Alles hustet und schnäuzt: Notfall-Praxen überlastet

 bz – Zeitung für die Region Basel | 23.12.2024

SPITÄLER

BE – Christian Leumann bleibt weiterhin Spitaldirektor

 Der Bund | 23.12.2024

LU – LUKS: Ulrich Fricker - «Der Kostendruck ist immens» - Interview

 Luzerner Zeitung | 21.12.2024

ZH – Das Spital Wetzikon bekommt Zeit für seinen Sanierungsplan

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 21.12.2024

ZH – Kantonale Spitäler sparen beim Teuerungsausgleich

 Tages-Anzeiger | 20.12.2024

FR – L'hôpital appelé à la rescousse

 La Liberté | 19.12.2024

AR, AI, SG – Zweite gemeinsame Spitalliste gilt Reha

 St. Galler Tagblatt | 19.12.2024

AG – Spital Zofingen: Spital als «reines Renditeobjekt»?

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 19.12.2024

SG – Nun kann «Hoch» starten

 St. Galler Tagblatt | 21.12.2024

PSYCHIATRIE/PSYCHOLOGIE

BE – Gesundheitsdirektor Pierre Alain Schnegg: «UPD haben 50 Millionen Franken nicht fakturiert» - Interview

 Bieler Tagblatt | 19.12.2024

Neue Plattform soll alle Spitaldaten sammeln

 universimed.ch | 20.12.2024

Der Bundesrat möchte eine einmalige Datenerhebung im Spitalbereich forcieren. Dazu sollen nun mehrere Gesetze geändert werden.

Bern. Die gesetzlich vorgesehene Übermittlung von Spitaldaten soll zukünftig über eine vom Bundesamt für Statistik (BFS) geführte Webseite passieren, wo alle (anonymisierten) Daten gesammelt werden. Ziel ist die einmalige Erhebung der Daten («once only»). Eine entsprechende Vernehmlassung zur Änderung des Gesetzes wurde vom Bundesrat in der Sitzung am 13. Dezember eröffnet. Derzeit müssen Spitalbetriebe ihre zum Teil deckungsgleichen Daten über verschiedene Plattformen oder Erhebungen dem BFS, der SwissDRG AG, den Versicherern oder dem Spitalverband H+ liefern. Die erwarteten Vorteile der einmaligen Datenerhebung sind die Vermeidung redundanter Erhebungen, eine bessere Organisation und Transparenz der Datenflüsse sowie ein verbesserter Datenzugang.

Der neue Entwurf zur Änderung des Gesetzes sieht vor, Artikel 59a KVG, der das Prinzip der einmaligen Erhebung der Daten nur teilweise umsetzt, aufzuheben und seinen Inhalt auf zwei neue, präzisere Artikel zu übertragen, die eine vereinfachte Übermittlung der Daten von Leistungserbringern ermöglichen sollen. Mit dieser Lösung haben Kantone, Versicherer, Spitäler und Gerichte eine gemeinsame Grundlage zur Datennutzung für Planungszwecke und Preisgestaltung. Die Daten bleiben jedoch anonymisiert. Zur Umsetzung des Prinzips der einmaligen Erhebung der Daten wurde unter Federführung des BFS eine technische Lösung mit den betroffenen Akteuren erarbeitet: Leistungserbringer, Bundesamt für Gesundheit, Versicherer, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und Konferenz der regionalen statistischen Ämter der Schweiz.

Konkret betroffen sind von der geplanten Gesetzesänderung das Bundesstatistikgesetz, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung, das Bundesgesetz über die Unfallversicherung, das Bundesgesetz über die Militärversicherung und das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung. Die angepassten Rechtsgrundlagen sollen eine spätere Integration der Verarbeitung ambulanter Daten in die vom BFS betriebene Lösung ermöglichen. **(kagr)**

Psychotherapeuten droht Lohnkürzung

 Tages-Anzeiger | 18.12.2024

Arbeitstarif im Visier - Seit 2022 können Psychologinnen und Psychologen über die Grundversicherung abrechnen. Doch weil die Kosten gestiegen sind, wollen die Kassen den Tarif senken. Glarus tut dies als erster Kanton.

Markus Brotschi

Lange haben die Psychologinnen und Psychologen mit Therapieausbildung dafür gekämpft, dass sie ihre Leistungen direkt über die Grundversicherung abrechnen dürfen. Seit Mitte 2022 ist das möglich, wenn die Therapie von einer Hausärztin oder von einem Psychiater angeordnet wird (Anordnungsmodell). Gleichzeitig mit der Aufwertung ihrer Arbeit erhielten die psychologischen Psychotherapeuten auch eine Erhöhung ihres Lohnes von 135 auf 155 Franken pro Stunde.

Doch jetzt wollen die Krankenversicherer diese Erhöhung rückgängig machen. Sie haben in den meisten Kantonen Anträge eingereicht, die eine Senkung auf 140 Franken pro Stunde oder sogar noch tiefer verlangen. Der Verband Santésuisse begründet die Forderung mit den gestiegenen Kosten für psychologische Psychotherapie. Seit der Einführung des Anordnungsmodells beliefen sich die Mehrkosten für die Grundversicherung auf über 350 Millionen Franken, schreibt der Kassenverband. Ein grosser Teil sei auf die Tarifierhöhung zurückzuführen.

Vorgehen stösst auf Unverständnis

Hintergrund der Kürzungsforderung ist, dass es für die psychologische Psychotherapie erst einen provisorischen Tarif gibt. Zurzeit laufen Verhandlungen über einen definitiven Tarifvertrag. Diese befänden sich auf der Zielgeraden, sagt Florian Näf, Sprecher der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP). Die FSP und der Spitalverband H+ hoffen, dass der neue Tarifvertrag bis Ende März 2025 dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt werden kann.

Allerdings geht es dabei nur um die Tarifstruktur. Nach deren Genehmigung muss die Tariffhöhe, der Arbeitstarif, festgelegt werden. Der aktuelle Arbeitstarif liegt bei 2.58 Franken pro Minute oder 155 Franken pro Stunde.

Die Kassen verlangen jedoch in den meisten Kantonen bereits auf den 1. Januar eine Senkung auf 2.32 Franken, was einem Stundenlohn von 140 Franken entspricht. Als erster Kanton hat Glarus diese Woche den Tarif entsprechend gesenkt und die FSP befürchtet, dass nun weitere folgen werden.

In einigen Kantonen fordern Kassen sogar eine Reduktion auf 133 Franken. Die Anpassung des Arbeitstarifs sei dringend, schreibt Santésuisse. Je länger der «überhöhte» Arbeitstarif gelte, desto grösser fielen dann auch allfällige Rückzahlungsforderungen aus. Praxisinhaber und -inhaberinnen könnten dadurch in finanzielle Nöte geraten und ihre Tätigkeit nicht mehr fortsetzen. Die Kassen werden also bei einer Reduktion des Arbeitstarifs voraussichtlich Rückforderungen stellen.

Bei der FSP stösst das Vorgehen auf Unverständnis. Dass die Kassen vor dem Abschluss der Verhandlungen über die Tarifstruktur nun den Arbeitstarif senken wollten, sei nicht nachvollziehbar, sagt Florian Näf. Das Sorge für grosse Verunsicherung bei den Therapeutinnen und Therapeuten.

Ausserdem hält die FSP eine Senkung inhaltlich für unberechtigt. Damit würde die Abgeltung für die psychologische Psychotherapie auf das Niveau gesenkt, das vor Mitte 2022 galt. Bis dann konnten die Psychologinnen und Psychologen nur in einer Art Anstellungsverhältnis mit einem Psychiater indirekt über die Grundversicherung abrechnen. Mit dem Übergang von diesem Delegations- zum Anordnungsmodell seien die Anforderungen an die psychologischen Psychotherapeutinnen stark gestiegen, so Florian Näf.

Psychotherapie nur noch über Zusatzversicherung?

Falls die Kantone auf die Forderungen der Kassen eingingen, würde das die Errungenschaft des Anordnungsmodells gefährden, sagt Näf. Viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten würden sich dann wohl überlegen, ob sie überhaupt noch über die Grundversicherung abrechnen wollten - oder ob sie nur noch Patienten mit Zusatzversicherung und Selbstzahlerinnen behandeln. Damit drohe bei der psychologischen Psychotherapie eine Zweiklassenmedizin. Nicht betroffen vom Tarifstreit sind die Psychotherapeuten mit einer ärztlichen Ausbildung.

Die bessere Entlohnung der psychologischen Psychotherapeuten wurde vor zweieinhalb Jahren trotz des Widerstands von Santésuisse gewährt. Der Konkurrenzverband Curafutura einigte sich damals mit den Verbänden der Psychologen und dem Spitalverband auf den provisorischen Tarif. Die Kantone erklärten dann diesen Tarif für verbindlich für alle Kassen. Nun verlangen aber auch die Curafutura-Kassen einen tieferen Tarif. Ohnehin wird die Konkurrenz der zwei Kassenverbände Ende Jahr ein Ende haben. Ab 2025 treten die Kassen nämlich gemeinsam im neuen Verband PrioSwiss auf.

Krankenkassen wollen den Psychologen ab 2025 die Löhne kürzen

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Gesundheitskosten - Die Versicherer fordern tiefere Tarife für Psychotherapeuten, obwohl das Land dringend Nachwuchs benötigt.

Markus Brotschi

Psychologinnen und Psychologen mit Therapieausbildung können seit Mitte 2022 auf ärztliche Anordnung selbstständig über die Grundversicherung abrechnen. Damit wurde das Angebot für Patientinnen und Patienten ohne Zusatzversicherung vergrössert. Die Kassen stören sich jedoch daran, dass damit die Kosten für die Grundversicherung gestiegen sind. Sie verlangen nun in den meisten Kantonen eine Tarifsenkung.

Glarus ist als erster Kanton dieser Forderung nachgekommen. Umgerechnet wird der Stundenlohn für psychologische Psychotherapie von heute 155 auf 140 Franken pro Stunde reduziert. Die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) kritisiert das Vorgehen der Krankenkassen. Mit der geforderten Tarifiereduktion sinke die Abgeltung für die psychologische Psychotherapie auf das Niveau, das vor Mitte 2022 gegolten habe. Bis dahin konnten die Psychologinnen und Psychologen nur im Anstellungsverhältnis mit einem Psychiater indirekt über die Grundversicherung abrechnen.

Falls die Tarife nun gesenkt würden, überlegten sich viele Therapeutinnen und Therapeuten, wieder nur noch Patientinnen und Patienten mit einer Zusatzversicherung sowie die Selbstzahlenden zu behandeln, so die FSP.

Gleichentags erschienen in

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

Ces hôpitaux qui surfacturent leurs achats, une pratique courante?

 Le Temps | 17.12.2024

La presse alémanique a révélé plusieurs cas de surfacturation de matériel médical. Une pratique qui n'est pas systématique, assure la directrice adjointe de la faîtière H+.

Céline Zünd

Certains hôpitaux en Suisse ont encaissé d'importantes sommes d'argent sur l'achat de dispositifs médicaux courants, révélait hier une enquête du Tages-Anzeiger. Le quotidien alémanique cite l'exemple d'un hôpital ayant facturé 17 000 francs à l'assurance maladie pour des stents et des ballonnets – instruments qui servent à maintenir ouvertes des artères bouchées – qu'il avait payés 1462 francs. Comment cette pratique de surfacturation est-elle possible?

Les établissements concernés auraient détourné une convention en vigueur depuis 2021: l'accord sur la répercussion des rabais. Selon ce règlement, lors d'achats de dispositifs médicaux ou de médicaments, les établissements qui obtiennent des rabais auprès des fournisseurs peuvent conserver jusqu'à 49% des économies réalisées, à condition qu'ils investissent ces montants dans l'amélioration de la qualité des traitements. Le reste de ces avantages doit revenir aux assurances donc, au final, servir à faire baisser les coûts pour les patients.

Des prix catalogue différents des prix du marché

Contrairement aux médicaments dont les prix de vente sont fixés par l'Etat, les prix des dispositifs médicaux ne sont pas connus par les autorités, ni par les assurances, et ils fluctuent fortement.

Il arrive donc qu'un produit voie son prix divisé par dix ou vingt peu de temps après son lancement. C'est ainsi que certains hôpitaux ont pu encaisser des rabais aussi importants que fictifs, en demandant aux fournisseurs d'indiquer les prix de lancement sur les bons de livraison. Or, ces prix «catalogue» ne reflètent pas ceux pratiqués sur le marché. Hirslanden, plus grand groupe hospitalier privé de Suisse, aurait notamment tiré avantage de cette pratique, indique le Tages-Anzeiger.

Plusieurs assureurs ont indiqué au journal qu'ils enquêtent sur d'éventuels abus. Et, au printemps de cette année, les caisses maladie ont dénoncé l'accord sur la répercussion des rabais. Une nouvelle convention doit entrer en vigueur en janvier 2025. Elle exclut simplement les dispositifs médicaux des avantages.

«Atteinte à la confiance dans les hôpitaux»

«Dès lors, cette pratique de surfacturation décrite dans l'article de Tages-Anzeiger ne sera plus possible dès janvier», fait remarquer Anne-Geneviève Bütikofer, directrice de H+. Contactée par Le Temps, l'association nationale des hôpitaux souligne qu'il s'agit toutefois de cas isolés: «Nous pouvons vous certifier que 70 hôpitaux sur 280 ont signé la convention pour la répercussion des rabais. Cela signifie que 210 hôpitaux et cliniques répercutent intégralement les rabais aux assureurs dont les patientes et patients peuvent profiter à 100%. Sur les 70 hôpitaux et cliniques qui font valoir des rabais auprès des assurances, seuls quatre hôpitaux et cliniques appliquent cette possibilité aux dispositifs médicaux. Parler d'un système sur la base d'un si petit nombre d'hôpitaux et de cliniques n'a aucun fondement».

Pour la conseillère aux Etats PLR Johanna Gapany, ces abus – s'ils sont confirmés – sont «inadmissibles» et «portent préjudice à la confiance qu'a la population dans les hôpitaux, alors qu'on parle d'une minorité». L'accord sur la répercussion des rabais conserve toute sa raison d'être, puisqu'il encourage les hôpitaux à obtenir des rabais, à en faire profiter les assurés et à réinvestir une partie de ces économies dans les mesures de qualité, estime l'élue qui siège au sein de la Commission de la santé du Conseil des Etats.

Mais selon elle, il faudrait améliorer la transparence sur les prix des dispositifs médicaux, via un prix de référence, comme c'est le cas pour les médicaments. «Cette transparence est toutefois aujourd'hui refusée par les fournisseurs de dispositifs et non pas par les hôpitaux», relève Johanna Gapany.

«Il devrait y avoir une autorité qui contrôle»

Pour le conseiller aux Etats socialiste Pierre-Yves Maillard, ces pratiques sont «le petit bout de la lorgnette» d'un problème global déjà identifié dans le secteur hospitalier. En particulier dans un domaine où il y a beaucoup d'actes techniques: «le contrôle des tarifications est complètement déficient».

Il cite en exemple les opérations chirurgicales surfacturées, dont plusieurs cas ont déjà été dénoncés par le Contrôle fédéral des finances par le passé. «Il devrait y avoir une autorité qui contrôle les pratiques, applique des sanctions et récupère l'argent en cas d'abus. A l'heure actuelle, ce contrôle dépend des assureurs, qui agissent de manière disparate. Il n'existe pas d'autre secteur dans lequel on traite les fraudes à l'argent public avec autant de légèreté».

Quanto dovrebbe costare una seduta di psicoterapia?

 [rsi.ch](https://www.rsi.ch) | 23.12.2024

Da due anni e mezzo gli psicoterapeuti possono fatturare direttamente alle casse malati, ma è aperta la discussione sulla tariffa oraria, che per ora è provvisoria

Philipp Schrämml (SRF)/sf

Dal luglio 2022, gli psicoterapeuti che lavorano in modo indipendente possono fatturare direttamente alle casse malati. Tuttavia, la tariffa per queste fatturazioni è provvisoria e deve ancora essere fissata definitivamente. Si profila ora una lotta tra le casse malati, che la vogliono ridurre, mentre la Federazione Svizzera delle Psicologhe e degli Psicologi (FSP) vuole almeno mantenerla. [Il redattore della SRF, Philipp Schrämml, fa il punto della situazione.](#)

Perché le casse malati vogliono una riduzione della tariffa?

Attualmente, gli psicoterapeuti possono fatturare 155 franchi per un'ora di terapia, una tariffa ritenuta eccessiva da Santésuisse. E l'associazione fornisce cifre: dal cambiamento del modello, i costi aggiuntivi sono stati di oltre 350 milioni di franchi all'anno per le casse malati. Soprattutto a causa di questo aumento dei costi, Santésuisse ora richiede una tariffa più bassa, di 140 franchi o meno.

Come reagiscono gli psicoterapeuti?

Con incomprendimento. Affermano che senza la tariffa attuale non potrebbero più lavorare in modo economicamente sostenibile. Florian Näf, portavoce della Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi (FSP), sottolinea che i liberi professionisti devono anche sostenere numerosi costi amministrativi, l'affitto dello studio o le spese per la segreteria. Con tariffe più basse, questi costi non potrebbero più essere coperti.

Quali potrebbero essere le conseguenze?

Florian Näf della FSP afferma: "Con tariffe più basse, molti psicoterapeuti potrebbero sentirsi costretti a non fatturare più tramite l'assicurazione di base, ma solo privatamente". Questo avrebbe come conseguenza che numerosi studi potrebbero accettare solo pazienti che pagano le loro fatture autonomamente, alle tariffe stabilite dagli studi stessi.

Cosa significherebbe per i pazienti?

Già oggi c'è una carenza di offerte di psicoterapia, le liste d'attesa sono lunghe. Se in futuro ci fossero meno psicoterapeuti che fatturano tramite l'assicurazione di base, ciò colpirebbe soprattutto le fasce di popolazione più povere. Per coloro che non hanno un'assicurazione complementare e non possono permettersi una terapia privata, potrebbe diventare ancora più difficile trovare un posto per la terapia.

Chi decide la tariffa?

Fino a quando non sarà raggiunto un accordo nazionale, saranno i Cantoni a decidere l'importo della tariffa provvisoria. Il Canton Glarona ha annunciato di volerla ridurre a 140 franchi. Basilea Città e Argovia hanno invece deciso di mantenere la tariffa di 155 franchi. La decisione di altri otto cantoni è attesa entro la fine dell'anno.

Perché c'è una carenza di posti per la terapia in Svizzera?

Da tempo in Svizzera ci sono troppo pochi psichiatri e psicoterapeuti in proporzione al numero di pazienti. Parallelamente, il numero di persone con malattie mentali è costantemente aumentato negli ultimi anni. Questo aumento è particolarmente evidente tra i giovani, in particolare le giovani donne. Secondo l'Ufficio federale di statistica, circa il 18% della popolazione in Svizzera è affetto da problemi psicologici di moderata o grave entità.

Tassa d'urgenza, trovata una «soluzione pragmatica»

 tio.ch | 21.12.2024

Non ci sarà più alcuna distinzione tra medici indipendenti e salariati

La Federazione dei medici svizzeri (FMH) e la nuova associazione di categoria delle casse malattia "Prio.Swiss" hanno trovato una «soluzione pragmatica» in merito alla vertenza sulla tassa d'urgenza. Non ci sarà più alcuna distinzione tra medici indipendenti e quelli salariati.

Una recente sentenza del Tribunale federale (TF) aveva annullato la tassa per il servizio di picchetto al di fuori degli orari di apertura degli studi medici. I giudici avevano anche disposto l'effetto retroattivo per cinque anni, il che ha fatto temere fallimenti e chiusure di centri medici d'emergenza.

Di fronte a questa situazione, i pediatri hanno annunciato uno sciopero. In Svizzera tedesca alcuni centri di pronto soccorso sono già stati chiusi, mentre altri hanno ridotto o abolito l'offerta di assistenza notturna, nei fine settimana e nei giorni festivi. La conseguenza, secondo il settore, è un travaso di prestazioni verso gli ospedali, con un conseguente aumento dei costi.

La soluzione, annunciata stamane dal quotidiano Le Temps, permette ora di risolvere il problema. Concretamente, i medici salariati potranno addebitare anche le spese per le urgenze mediche, sempre che la situazione corrisponda effettivamente a un'emergenza. La situazione rimane invariata per gli ospedali, che non possono fatturarle.

FMH e "Prio.Swiss" hanno anche convocato un gruppo di lavoro con l'obiettivo di trovare una soluzione all'interno del Tardoc, il nuovo modello tariffale per le cure ambulatoriali. Questa dovrebbe essere sottoposta all'approvazione del Consiglio federale entro fine gennaio.

Gleichentags erschienen in

- cdt.ch

Initiative für medizinische Versorgungssicherheit ist zustande gekommen

 [cash.ch](https://www.cash.ch) | 20.12.2024

Die eidgenössische Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit» ist formell zustande gekommen. Die Initiative fordert die Stärkung der Forschung, Entwicklung, Produktion und Lagerhaltung von Medikamenten in der Schweiz.

Die Prüfung der Unterschriftenlisten habe ergeben, dass von insgesamt 112'335 eingereichten Unterschriften 108'709 gültig seien, teilte die Bundeskanzlei (BK) am Donnerstag mit.

Mit dem Anliegen soll laut den Initianten die Versorgung der Schweiz mit Heilmitteln gewährleistet werden. Aktuell würden hierzulande gegen 600 Medikamente fehlen. Deshalb bestehe dringender Handlungsbedarf, und die Gesundheit der Bevölkerung sei gefährdet. Der Hauptgrund dafür liege im «jahrelangen, massiven, internationalen Preisdruck» auf Medikamenten, so dass diese nicht mehr in der Schweiz oder in Europa produziert werden könnten.

Abhängigkeit dämpfen

Um die Abhängigkeit von Indien und China zu dämpfen, müsse dafür gesorgt werden, dass der Import aus «verlässlichen Lieferländern» sichergestellt sei, so die Initianten. Weiter müsse die Pharmaindustrie in der Schweiz gestärkt und die Zuständigkeit für die Versorgungssicherheit dem Bund übertragen werden. Aktuell sind die Kantone dafür zuständig.

Hinter der Volksinitiative stehen 20 Verbände, Organisationen und Unternehmen des schweizerischen Gesundheitswesens. Dazu gehören etwa der Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (Interpharma), die Dachorganisation der Schweizer Apothekerinnen und Apotheker (Pharmasuisse) oder der Schweizer Drogistenverband. **sda**

Gleichen Tags erschienen in

- [blick.ch \(de\)](https://www.blick.ch)
- [nau.ch](https://www.nau.ch)

Hausärzte erhalten keinen Zuschlag mehr, wenn sie in der Nacht ausrücken

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 20.12.2024

Zwei Urteile des Bundesgerichts versetzen die Gesundheitsbranche in Aufruhr.

Simon Hehli

Wenn ein Kind um 20 Uhr aus dem Etagenbett herausfällt oder wenn eine Mutter am Sonntagnachmittag besorgt anruft, weil ihre Tochter 40 Grad Fieber hat: Dann ist Charles Etterlin parat. Der Kinderarzt eilt in seine Praxis beim Sihlcity in Zürich und behandelt ganz selbstverständlich seine kleinen Patienten. «Das bin ich ihnen schuldig», sagt er. Bis vor kurzem durfte er dafür, zusätzlich zur medizinischen Leistung, eine Notfall-Inkonvenienzpauschale von rund 100 Franken verrechnen, in der Nacht sogar rund 160 Franken. Doch nun ist alles anders. Wenn er am Wochenende einen Handwerker oder einen Informatiker brauche, dann bezahle er dafür auch einen höheren Preis – aber er selber dürfe keinen Zuschlag mehr verlangen, erklärt Etterlin. «Das ist doch absurd und unfair!» Grund für den Ärger ist ein Bundesgerichtsurteil vom 24. Juni. Darin unterstrichen die Richter, dass laut dem Ärztetarif Tarmed nur eine bestimmte Gruppe von Ärzten die Notfallpauschale nutzen darf: jene, die in Eigenregie eine kleine Praxis betreiben. Sie kann hingegen nicht durch «vom Spital oder Institut fix besoldeten Fachärzten abgerechnet» werden. Als «Institut» gilt für das Bundesgericht auch eine Gruppenpraxis. Und damit sind zahlreiche Ärzte betroffen.

Der Chef als Angestellter

Der Tarif hinkt mit seinen Formulierungen der heutigen Realität der Versorgungslandschaft hinterher. Denn laut der Ärztevereinigung FMH sind Hausarzt- und Pädiaterpraxen heute immer häufiger als Aktiengesellschaften organisiert. Dort sind Ärztinnen und Ärzte in der Regel «fix besoldet», sie arbeiten also in einem Angestelltenverhältnis. Das trifft auch auf Charles Etterlin zu; er hat seine Praxis als AG organisiert, weil er so mehr als zwei Ärzte beschäftigen konnte. «Das hat uns erlaubt, Kolleginnen, die eine Familienpause gemacht haben, mit einem Teilzeitpensum ins Team zu holen», erklärt er. Etterlin ist zwar der Praxisinhaber und medizinische Leiter, aber offiziell gilt er ebenfalls als Angestellter der AG. Dass er und seine Kollegen stärker in den Randzeiten gefragt sind, hat auch mit gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen zu tun. Heute sind häufig beide Elternteile am Arbeiten, die Kinder sind in der Krippe oder im Schulhort. «Wenn wir einen Termin um 11 Uhr anbieten, heisst es dann häufig: «Das geht nicht – können wir auch am Abend oder am Samstag vorbeikommen?»» Es ist nicht so, dass Etterlins Praxis finanziell in Bedrängnis kommt oder gar schliessen muss, weil das Geld aus den Notfallpauschalen fehlt. Dennoch sei das Bundesgerichtsurteil einschneidend, sagt Etterlin. «Die Zuschüsse gehören zu den wenigen Möglichkeiten, die eher schlecht honorierten Beratungs- und Präventionsgespräche querzusubventionieren – und damit die finanzielle Lücke zu den Spezialisten wenigstens etwas kleiner werden zu lassen.» Bereits heute besteht ein Fachkräftemangel in der Kindermedizin. «Wenn ich den jungen Ärztinnen und Ärzten nun sage, sie müssten auch in Randzeiten für die Patienten da sein, ohne Zusatzentgelt – dann macht das den Job gewiss nicht attraktiver», sagt Etterlin. In der Nacht oder am Wochenende auf Abruf parat zu sein, das sei anspruchsvoll und schränke die Lebensqualität ein. Der Medizinnachwuchs gehe dann lieber ins Spital, wo er auch viel arbeite, aber immerhin mehr verdiene.

«Und die Grundversorgung, die so wichtig ist für ein gutes und kosteneffizientes Gesundheitswesen, blutet aus.» Etterlin könnte einfach sagen: Ich bin am Abend nicht mehr erreichbar, geht doch gleich in eine Permanence- Praxis oder in den Notfall des Kinderspitals. «Das ist nicht nur für die Eltern und die Kinder mit viel längeren Wartezeiten verbunden, es kostet das Gesamtsystem auch viel mehr.» Dennoch werde genau dies wegen des Bundesgerichtsurteils öfter passieren. «Das sind absurde Fehlanreize.»

Permanenzen in Not

Etterlin hat bisher noch keine Post von den Krankenkassen bekommen. Monika Reber, Co-Präsidentin der Haus- und Kinderärzte Schweiz, weiss jedoch von einzelnen kleinen Gruppenpraxen, die sich mit Rückzahlungsforderungen in der Höhe von 50 000 bis 100 000 Franken konfrontiert sehen. «Das sind für kleine Praxen existenzgefährdende Beträge», sagte sie in den Tamedia-Zeitungen. Ähnliche Debatten hat ein weiteres, thematisch eng verwandtes Urteil aus Lausanne vom 24. Juni ausgelöst: Die Bundesrichter erklärten es für illegal, in den Abendstunden oder an den Wochenenden die Notfallpauschale zu erheben, wenn die Behandlungen in die regulären Öffnungszeiten einer medizinischen Institution fallen. Denn ein Arzt, der sowieso in den Praxisräumlichkeiten anwesend sei, erleide keine Inkonvenienz, wenn er in dieser Zeit einen Patienten behandeln müsse. Damit brachte das Bundesgericht das Geschäftsmodell vieler Permanence- Praxen ins Wanken. Diese sind für erwachsene Patienten, aber auch für die Eltern kranker Kinder oft die erste Anlaufstation, wenn die Hausarzt- und Kinderpraxen geschlossen sind und kein Mediziner wie Charles Etterlin telefonisch erreichbar ist. Mit dem Zuschlag bezahlten die Permanenzen bisher unter anderem die höheren Löhne der Ärzte und Pflegenden in den Randstunden. Aus Sicht der Krankenkassen ging es dabei allerdings vor allem um Profit. Charles Etterlin hält es ebenfalls für plausibel, dass es Grosspraxen gibt, die auf Gewinnmaximierung ausgerichtet sind und praktisch jede Untersuchung als Notfall deklarieren, um den Zuschlag zu kassieren. «Es gibt Akteure, die das System schamlos ausnutzen. Aber wir kleinen Praxisbetreiber gehören nicht dazu – und es frustriert mich, dass wir nun unter dem Fehlverhalten anderer zu leiden haben.» Ganz anders stellen die Vertreter der grossen Walk-in-Institutionen die Situation dar. Die Chefin von Swiss Medi Kids, der grössten Kinderpermanence der Schweiz mit Filialen in Zürich, Winterthur und Luzern, richtete im «Blick» einen dramatischen Aufruf an die Politik: Ihr Lebenswerk stehe vor dem Aus. Denn die 1,5 Millionen Franken, die wegen der gestrichenen Zuschüsse wegfallen, entsprächen rund 14 Prozent der Einnahmen. Ohne diese könne die Firma in einem Business mit tiefen Margen nicht überleben.

Bundesrat ist machtlos

Nun gelang es Swiss Medi Kids jedoch, den Konkurs abzuwenden: Weil grosse Krankenkassen doch noch bereit sind, eine Abend- und Wochenendpauschale zu bezahlen, ist der Betrieb fürs Jahr 2025 gesichert. Doch der Unmut in der Branche ist weiterhin gross – besonders in der Romandie: Die Genfer Kinderärzte wollen während der Festtage mit einem verkürzten Pikettendienst am Abend und am Wochenende gegen die Einbussen bei den Einnahmen protestieren. Es gibt deshalb in der Politik Bemühungen, die Schockwirkung der Bundesgerichtsurteile abzdämpfen. Denn eigentlich hat niemand ein Interesse daran, dass die Kinder- und Hausarztpraxen sowie die Permanenzen geschwächt werden und noch mehr Patienten, die das gar nicht nötig hätten, auf den bereits stark beanspruchten Notfallstationen der Spitäler landen. Am 12. Dezember reichte der Genfer Ständerat und frühere Gesundheitsdirektor Mauro Poggia einen Vorstoss ein, in dem er den Bundesrat zum Handeln auffordert. Gesundheitsministerin Elisabeth Baume-Schneider hatte allerdings bereits zuvor klargemacht, dass sie vorerst nicht viel tun könne. Der Bundesrat dürfe keine Urteile des Bundesgerichts umgehen. Und ohnehin sei es an den Tarifpartnern, eine Lösung zu finden. Tatsächlich laufen laut Informationen der NZZ zwischen der Ärztevereinigung und dem neuen Krankenkassenverband Prioswiss Verhandlungen. So können angestellte Ärzte wie Charles Etterlin darauf hoffen, die Notfallpauschale bald wieder abrechnen zu können, wenn sie am Abend ausrücken.

Taxes d'urgence: Les politiques concrétisent leur pression sur les assureurs

 Le Temps | 19.12.2024

Trois motions et une interpellation ont été déposées au parlement à la suite des révélations du «Temps» sur le danger de mort des permanences et des cabinets médicaux de groupe. La situation de crise accouche d'actions coordonnées à Berne

Annick Chevillot

La crise qui menace l'existence des permanences et cabinets de groupe du pays, à la suite de deux arrêts du Tribunal fédéral, a provoqué un séisme politique. Pour les parlementaires, il ne s'agit pas de contester la jurisprudence, mais de minimiser ses effets sur le système de santé. Et aussi de questionner la légalité de la volonté des assurances maladie d'encaisser les rétrocessions.

Durant cette session d'hiver qui se termine, les élus ont questionné le Conseil fédéral à de multiples reprises et aussi déposé des objets qui mettent la pression sur les assurances maladie et les partenaires tarifaires. Ces derniers négocient une convention depuis plusieurs jours. En attendant le résultat de ces tractations, les politiques agissent.

Sauver les soins d'urgence

Ils l'avaient promis, ils l'ont fait. Six conseillers nationaux ont formé une alliance transpartisane et ont déposé une motion ce mercredi demandant au Conseil fédéral de «soumettre sans délai un projet d'acte permettant d'instituer un moratoire sur l'application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral concernant la facturation de la prise en charge des urgences». Pour Benjamin Roduit (Le Centre/VS), ce moratoire doit «empêcher que la pratique de facturation des urgences ainsi que des demandes de remboursement rétroactives entraînent des faillites qui menaceraient sérieusement la sécurité de l'approvisionnement en médecine d'urgence». Au-delà du sursis demandé, il s'agit également de revoir les tarifs des urgences dans la future structure tarifaire (Tardoc et forfaits) qui doit entrer en vigueur début 2026. Les motionnaires estiment que dans le cadre de la modernisation du tarif médical il est important de tenir compte à l'avenir des «besoins spécifiques des soins d'urgence».

Si c'est le Valaisan Benjamin Roduit qui porte le projet, il a été réalisé en groupe. Six partis sont représentés: Le Centre, Vert'libéraux, UDC, PS, Les Vert·e·s et PLR. En s'associant de la sorte, Benjamin Roduit, Patrick Hässig, Thomas Bläsi, Sarah Wyss, Raphaël Mahaim et Bettina Balmer accentuent l'importance de la démarche.

Garantir l'intérêt des patients

Le premier à avoir dégainé est l'UDC genevois Thomas Bläsi. Le conseiller national a déposé une motion sur le sujet le 5 décembre déjà. Face aux exigences des assurances maladie, qui demandent le remboursement des taxes d'urgence facturées par les prestataires depuis cinq ans, l'élu estime que «le remboursement de la taxe d'urgence doit être restitué aux assurés et non pas transféré dans les réserves des caisses maladie. Ce qui ne serait pas conforme à la LAMal». En d'autres termes, les montants récoltés par les assureurs devraient être remboursés aux ayants droit – soit les patients qui ont payé ces taxes – et pas être conservés par les assureurs.

Le Conseil fédéral peut agir

De son côté, le conseiller aux Etats neuchâtelois Baptiste Hurni pose neuf questions au Conseil fédéral dans son interpellation du 16 décembre. Le socialiste interpelle l'exécutif et le rend attentif au fait qu'il a «la possibilité d'utiliser sa compétence subsidiaire sur la question». En d'autres termes, il peut agir, contrairement à ce qu'il affirme. Baptiste Hurni questionne également la légalité de la «décision des assurances maladie de verser dans les réserves des caisses les remboursements des taxes d'urgence effectuées par les prestataires de soins notamment celles payées par le patient».

Préserver le forfait d'urgence

Enfin, le conseiller aux Etats genevois Mauro Poggia va un peu plus loin avec sa motion déposée le 12 décembre. L'élu MCG demande au Conseil fédéral de «prendre sans délai les mesures nécessaires pour instaurer la possibilité de continuer à facturer le forfait d'urgence et cela jusqu'à l'entrée en vigueur de la prochaine structure tarifaire». Le sénateur ne cherche pas pour autant à «commenter, et encore moins critiquer, la décision judiciaire». Il désire «éviter les conséquences que l'interprétation de la convention tarifaire en vigueur, Tarmed, va avoir sur le réseau des urgences».

Les premières réponses à ces quatre interventions ne sont pas attendues avant le début de l'année 2025.

Il Parlamento vuole alzare la franchigia minima

 La Regione | 17.12.2024

Anche il Nazionale approva una mozione firmata Udc

La franchigia minima dei premi dell'assicurazione malattie obbligatoria (Lamal) potrebbe essere aumentata. Lunedì il Consiglio nazionale ha adottato con 114 voti a 75 una mozione di Diana Gutjahr (Udc/Tg) che chiedeva un adeguamento per tenere il passo con l'aumento dei costi sanitari. In settembre il Consiglio degli Stati aveva adottato una mozione simile, sempre a firma democristiana. L'ultimo aumento della franchigia minima della Lamal risale a 20 anni fa, ha ricordato l'autrice della mozione. Da allora, i costi sono aumentati notevolmente.

È quindi giustificato adeguare la franchigia, ha sostenuto la turgoviese. Gutjahr ha inoltre menzionato la necessità di rafforzare la responsabilità individuale. Questo potrebbe anche incentivare il ricorso a modelli assicurativi alternativi, che oggi sono ancora troppo poco utilizzati, ha aggiunto. I bambini, a ogni modo, sono esclusi dall'aumento della franchigia minima. Persone vulnerabili colpite Barbara Gysi (Ps/Sg) ha deplorato il fatto che così verranno colpiti in particolare i malati cronici, i poveri, gli anziani e le persone vulnerabili.

La socialista ha aggiunto che già oggi il 15% delle persone non va dal medico, o ci va troppo tardi, per ragioni finanziarie. Quando ci vanno, i casi sono più gravi e i costi più elevati. Nel confronto internazionale, gli svizzeri pagano già una parte consistente dei costi medici, ha spiegato. Il Consiglio federale è "cautamente aperto" alla misura, ha dichiarato la ministra della Sanità Elisabeth Baume-Schneider (Ps). L'importante è che gli aumenti siano "ragionevoli".

Con queste due mozioni, l'Udc torna a proporre un'idea che aveva contribuito ad affossare nel 2019. All'epoca, il Governo fu costretto a legiferare. Aveva sviluppato un concetto che non riguardava i bambini. Tutte le franchigie per adulti dovevano essere aumentate di 50 franchi non appena i costi medi lordi per persona assicurata superavano di tredici volte la franchigia standard. L'Udc, facendo dietrofront, e la sinistra avevano unito le forze per affossare il progetto alle votazioni finali in Parlamento.

I due rami del Parlamento dovranno pronunciarsi nuovamente sulla questione, dovendo adottare entrambe la mozione adottata nell'altra Camera. Dura la reazione dell'Unione sindacale svizzera, che parla di "cinico regalo di Natale": "L'aumento della franchigia minima colpirà soprattutto i malati cronici, che non possono permettersi di pagare una franchigia più alta né rinunciare alle cure necessarie. Inoltre, danneggerà seriamente la salute pubblica. La partecipazione ai costi oggi è già troppo alta e costringe sempre più pazienti a rinunciare a prestazioni necessarie, a loro rischio e pericolo»..

Patienten sollen mehr bezahlen

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 17.12.2024

Die Franchisen in der Grundversicherung sollen nach zwanzig Jahren wieder erhöht werden.

Wer sich beim Arzt oder im Spital behandeln lassen muss, bezahlt einen Teil der Kosten selbst. Politisch umstritten sind vor allem die Franchisen. Sie legen fest, bis zu welchem Betrag Patienten die Kosten aus der eigenen Tasche bezahlen. Die Höhe variiert zwischen mindestens 300 und maximal 2500 Franken im Jahr. Mit höheren Franchisen kann man Prämien sparen. Wer jedoch wenig Geld hat oder chronisch krank ist, wählt naturgemäss die tiefste Franchise.

Nun hat das Parlament einen Entscheid gefällt, der noch zu reden geben wird: Die heutige Mindestfranchise von 300 Franken soll erhöht werden – es wäre das erste Mal seit zwanzig Jahren. Somit müssten Patienten, welche die Mindestfranchise wählen, einen grösseren Teil der Kosten selbst tragen. Umgekehrt würden die Prämien für alle ein wenig sinken.

Am Montagabend hat der Nationalrat einen entsprechenden Vorstoss von Diana Gutjahr (SVP) angenommen. Die Befürworter sehen darin einen Beitrag zur Stärkung der Eigenverantwortung und des Kostenbewusstseins, die Gegner wiederum eine Benachteiligung von chronisch Kranken, Älteren und Ärmeren. SP und Grüne haben den Vorstoss abgelehnt. Unterstützt wurde er von FDP, SVP, Mitte und GLP, wobei nur die Freisinnigen geschlossen stimmten.

Prominentester «Abweichler» war der SVP-Präsident Marcel Dettling, der den Vorstoss zwar nicht ablehnte, sich aber der Stimme enthielt. Weil der Ständerat bereits im September eine gleichlautende Motion überwiesen hat, ist der Entscheid definitiv.

Baume-Schneider überstimmt

Die grosse Frage ist nun, was der Bundesrat macht. Der Vorstoss nennt weder eine konkrete Höhe der Mindestfranchise noch einen Zeitplan. Die Urheberin Diana Gutjahr hatte im Vorfeld einen Betrag von 400 Franken als Anhaltspunkt genannt. Nun ist die Gesundheitsministerin am Zug. Elisabeth Baume-Schneider muss widerwillig Vorschläge für die Umsetzung ausarbeiten. Zwar hat sie sich im Parlament im Namen des Bundesrats loyal für die Erhöhung ausgesprochen. Aus den öffentlich verfügbaren Unterlagen der verwaltungsisernen Konsultationen ist jedoch bekannt, dass sie persönlich den Vorstoss abgelehnt hat.

Wird es noch mal spannend?

Brisant ist die Frage, welchen Weg Baume-Schneider geht. Der Bundesrat kann die Mindestfranchise in eigener Kompetenz erhöhen, weil sie in einer Verordnung verankert ist. In diesem Fall ist kein Referendum möglich. Allerdings ist in der Begründung des Vorstosses die Rede von einer periodischen Anpassung der

Franchise mit einem verbindlichen Mechanismus. Um einen solchen einzuführen, müsste das Gesetz geändert werden.

Dass die Linke dagegen das Referendum ergreifen würde, wäre praktisch sicher. 2019 ist eine fixfertige Vorlage mit dieser Stossrichtung nach einer Kehrtwende der SVP im Parlament gescheitert. Mit anderen Worten: Wenn Baume-Schneider die Erhöhung mit einer Gesetzesänderung kombiniert, wird es noch einmal spannend, sobald das Parlament darüber entscheidet. **fab.**

Hausärzte atmen auf, Notfallpraxen bangen weiter

 SonntagsBlick | 22.12.2024

Ärzte und Versicherer haben sich im Streit um die Vergütung von Notfallbehandlungen geeinigt. Die Permanenzen gehen leer aus.

Lino Schaeren

Jetzt also doch: Krankenversicherer und Ärzteverbände haben am Freitagnachmittag mitgeteilt, dass eine Lösung im Streit um die Notfallpauschalen gefunden werden konnte. Der Konflikt geht zurück auf ein Urteil des Bundesgerichts, das so ziemlich alle in der Gesundheitsbranche auf dem falschen Fuss erwischt hat.

Das höchste Gericht kam zum Schluss, dass nur noch Ärztinnen und Ärzte die Notfallpauschalen abrechnen dürfen, die nicht bei einer Institution angestellt sind. Die Pauschale beträgt je nach Tages- und Nachtzeit 110 oder 160 Franken. Das Verdikt hatte massive Folgen, da heute mehr als jeder zweite Hausarzt bei einer GmbH oder AG angestellt ist – sei es in einer Gruppenpraxis oder im eigenen Unternehmen.

Weil der hausärztliche Notfalldienst ohne den Notfalltarif nicht finanziert werden kann, geriet die gesamte Versorgung in Gefahr. FMH-Direktorin Yvonne Gilli ist deshalb erleichtert über die Einigung kurz vor den Festtagen: «Ohne schnelle Lösung wäre die Notfallversorgung zusammengebrochen. Das wollte niemand.» Diese Dringlichkeit war laut Gilli die Basis für ein ernsthaftes Interesse aller Beteiligten an einer Einigung.

Die Übereinkunft geht auf einen Krisengipfel zwischen den Tarifpartnern, den Kantonen und dem Bund von vor zwei Wochen zurück. Die Einigung sieht vor, dass die Krankenkassen trotz Bundesgerichtsurteil keinen Unterschied machen zwischen selbständigen und angestellten Ärzten. Die massiven Rückforderungen der Versicherer, die etliche Arztpraxen in Existenznot stürzte, werden zudem sistiert. Hausärzte – und Notfallpatienten – können also aufatmen.

Anders die Notfallpraxen und Walk-in-Kliniken. Sie sind von einem zweiten Urteil des Bundesgerichts bedroht. Laut diesem dürfen Praxen, die zu Randzeiten am Abend oder am Wochenende geöffnet haben, keine Dringlichkeitszuschläge mehr verrechnen. Auch wegen dieser tariflichen Neuinterpretation drohen Praxisschliessungen oder verkürzte Öffnungszeiten. Doch die Dringlichkeitspauschalen für Notfallpraxen sind nicht Teil der Einigung zwischen Ärzten und Versicherern.

Dies, obschon vor allem der Fall der Kinder-Notfallpraxis Swiss Medi Kids zuletzt Schlagzeilen machte. Die Praxis konnte sich nur retten, weil es ihr gelungen ist, mit den Krankenkassen einzeln Vereinbarungen abzuschliessen. Andere Notfallversorger versuchen Ähnliches, so etwa die Permanence Winterthur, wie Co-Leiterin Esther Wiesendanger sagt. Mit Swica sei kürzlich eine Einigung gelungen, man sei dankbar, dass die Versicherung die medizinisch sinnvolle und kostengünstige Versorgung schätze, sagt Wiesendanger. Sie hofft, dass Einigungen mit weiteren Kassen gelingen.

Ihre Praxis kämpft wie alle Permanenzen derzeit für sich allein. Immerhin: Die Tarifpartner wollen bis Ende Januar auch für sie mögliche Lösungswege aufzeigen.

Santé – Taxe d’urgence: accord entre la FMH et prio.swiss

 [lacote.ch](https://www.lacote.ch) | 22.12.2024

La Fédération des médecins suisses (FMH) et l’association des assureurs-maladie prio.swiss ont trouvé un accord sur la taxe d’urgence. Une «solution pragmatique» qui met fin à une controverse qui menaçait la viabilité de nombreux centres médicaux.

La Fédération des médecins suisses (FMH) et la nouvelle association faitière des assureurs-maladie prio.swiss se sont mises d’accord sur «une solution pragmatique» concernant la taxe d’urgence. Plus aucune distinction n’est faite entre médecins indépendants et médecins salariés.

Un arrêt du Tribunal fédéral remettait en cause la taxe d’urgence pour les gardes en dehors des horaires d’ouverture des cabinets médicaux, admettant un recours des assureurs maladie. Avec un effet rétroactif possible sur cinq ans, ce qui laissait craindre des faillites et des fermetures de permanences et de centres médicaux.

Face à cette situation, des pédiatres ont menacé de faire grève dès le 21 décembre. Des centres d’urgence ont fermé en Suisse alémanique, alors que d’autres ont réduit voire supprimé leur offre de prise en charge les soirs, fins de semaine et jours fériés.

Répondre à «la réalité du terrain»

[Annoncée samedi dans Le Temps](#) et figurant dans un communiqué conjoint de la FMH et prio.swiss, la solution trouvée «répond à la réalité actuelle sur le terrain et permet d’assurer des soins d’urgence de qualité, également en dehors des hôpitaux», estiment les deux partenaires.

Elle mise en même temps sur une application correcte et uniforme des tarifs, «dont le contrôle relève de la responsabilité de chaque assureur-maladie».

Poursuites systématiques

En parallèle, les cas laissant suspecter un modèle commercial reposant sur la facturation non conforme des indemnités de dérangement seront poursuivis de manière systématique, précisent la FMH et prio.swiss.

Il s’agit notamment de cas dans lesquels les indemnités forfaitaires ont été facturées à une fréquence anormalement élevée et de manière systématique.

La solution trouvée permet aux médecins qui exercent en tant que salariés de facturer aussi les taxes d’urgence et de dérangement, pour autant que la situation corresponde effectivement à une urgence ou à un dérangement. La situation reste inchangée pour les hôpitaux, qui ne sont pas autorisés à les facturer.

Pour une solution dans le TARDOC

Prio.swiss et la FMH ont convoqué un groupe de travail dans le but de mettre sur pied une solution pour l'application des taxes d'urgences dans le Tardoc, qui devra également prendre en compte de manière adéquate les prestations des médecins salariés. Cette solution doit être présentée d'ici fin janvier au Conseil fédéral pour approbation.

La publicité restera payée avec les primes

 L'Agefi | 18.12.2024

Le National a enterré une initiative mardi demandant l'interdiction de financer les campagnes publicitaires avec l'argent des primes des assurés.

Les caisses maladie en charge de l'assurance de base pourront toujours financer leur publicité avec l'argent des primes des assurés. Le National a enterré mardi, par 122 voix contre 71, une initiative parlementaire de l'ancien député Baptiste Hurni (PS/NE), devenu sénateur.

Dans son texte, le Neuchâtelois souligne que les citoyennes et citoyens, sans le savoir, voient leurs primes être investies dans des spots, des panneaux publicitaires et des messages sur grands écrans. Or la plus-value pour l'assurance de base est inexistante, puisque cette dernière est obligatoire et que les assureurs ne peuvent pas faire de bénéfices.

De plus, les messages diffusés ne contiennent aucun élément lié à la prévention dans le domaine de la santé publique. Baptiste Hurni constate «avec consternation le matraquage publicitaire» déployé par les caisses dans le but d'augmenter leur nombre d'assurés, alors même que les primes maladies prennent l'ascenseur.

Les assurés n'ont pas à supporter ce poste de dépense superflu, a appuyé Brigitte Crottaz (PS/VD). De plus, une interdiction de la publicité conduirait à une baisse de primes. En 2023, les dépenses publicitaires se sont élevées à 80 millions de francs, a-t-elle ajouté.

Distinction difficile

La publicité représente un instrument légitime et nécessaire, a contré pour la commission Benjamin Roduit (Centre/ VS). La communication publicitaire rend la concurrence et l'innovation possibles, tout en permettant aux assureurs de se différencier. Sans cette publicité, ils ne pourraient par exemple pas attirer l'attention sur les différents produits et modèles alternatifs d'assurance qu'ils proposent, a-t-il continué. En outre, comme la plupart des assureurs sont également actifs dans le domaine des assurances complémentaires, il serait difficile de faire une distinction concrète entre la publicité pour celles-ci et pour l'assurance de base, a complété Kris Vietze (PLR/TG), également pour la commission.

Enfin, supprimer ces frais de promotion ne permettrait pas de réaliser des économies substantielles, selon Benjamin Roduit. L'interdiction de publicité n'aurait concerné que l'assurance obligatoire. **(ats)**

Il Parlamento vuole alzare la franchigia minima

 La Regione | 18.12.2024

La franchigia minima dei premi dell'assicurazione malattie obbligatoria (Lamal) potrebbe essere aumentata. Lunedì il Consiglio nazionale ha adottato con 114 voti a 75 una mozione di Diana Gutjahr (Udc/Tg) che chiedeva un adeguamento per tenere il passo con l'aumento dei costi sanitari.

In settembre il Consiglio degli Stati aveva adottato una mozione simile, sempre a firma democristiana. L'ultimo aumento della franchigia minima della Lamal risale a 20 anni fa, ha ricordato l'autrice della mozione. Da allora, i costi sono aumentati notevolmente. È quindi giustificato adeguare la franchigia, ha sostenuto la turgoviese. Gutjahr ha inoltre menzionato la necessità di rafforzare la responsabilità individuale. Questo potrebbe anche incentivare il ricorso a modelli assicurativi alternativi, che oggi sono ancora troppo poco utilizzati, ha aggiunto. I bambini, a ogni modo, sono esclusi dall'aumento della franchigia minima. Persone vulnerabili colpite Barbara Gysi (Ps/Sg) ha deplorato il fatto che così verranno colpiti in particolare i malati cronici, i poveri, gli anziani e le persone vulnerabili. La socialista ha aggiunto che già oggi il 15% delle persone non va dal medico, o ci va troppo tardi, per ragioni finanziarie. Quando ci vanno, i casi sono più gravi e i costi più elevati. Nel confronto internazionale, gli svizzeri pagano già una parte consistente dei costi medici, ha spiegato. Il Consiglio federale è "cautamente aperto" alla misura, ha dichiarato la ministra della Sanità Elisabeth Baume-Schneider (Ps). L'importante è che gli aumenti siano "ragionevoli". Con queste due mozioni, l'Udc torna a proporre un'idea che aveva contribuito ad affossare nel 2019. All'epoca, il Governo fu costretto a legiferare. Aveva sviluppato un concetto che non riguardava i bambini. Tutte le franchigie per adulti dovevano essere aumentate di 50 franchi non appena i costi medi lordi per persona assicurata superavano di tredici volte la franchigia standard. L'Udc, facendo dietrofront, e la sinistra avevano unito le forze per affossare il progetto alle votazioni finali in Parlamento. I due rami del Parlamento dovranno pronunciarsi nuovamente sulla questione, dovendo adottare entrambe la mozione adottata nell'altra Camera. Dura la reazione dell'Unione sindacale svizzera, che parla di "cinico regalo di Natale": "L'aumento della franchigia minima colpirà soprattutto i malati cronici, che non possono permettersi di pagare una franchigia più alta né rinunciare alle cure necessarie. Inoltre, danneggerà seriamente la salute pubblica. La partecipazione ai costi oggi è già troppo alta e costringe sempre più pazienti a rinunciare a prestazioni necessarie, a loro rischio e pericolo».

Krankenkassen wollen Psychotherapeuten die Löhne kürzen

 tagesanzeiger.ch | 17.12.2024

Seit 2022 können Psychologinnen und Psychologen über die Grundversicherung abrechnen. Doch weil die Kosten gestiegen sind, wollen die Kassen den Tarif senken. Glarus tut dies als erster Kanton.

Markus Brotschi

Lange haben die Psychologinnen und Psychologen mit Therapieausbildung dafür gekämpft, dass sie ihre Leistungen direkt über die Grundversicherung abrechnen dürfen. [Seit Mitte 2022 ist das möglich](#), wenn die Therapie von einer Hausärztin oder einem Psychiater angeordnet wird (Anordnungsmodell). Gleichzeitig mit der Aufwertung ihrer Arbeit erhielten die psychologischen Psychotherapeuten auch eine Erhöhung ihres Lohnes von 135 auf 155 Franken pro Stunde.

Doch nun wollen die Krankenversicherer diese Erhöhung rückgängig machen. Sie haben in den meisten Kantonen Anträge eingereicht, die eine Senkung auf 140 Franken pro Stunde oder sogar noch tiefer verlangen. Der Verband Santésuisse begründet die Forderung mit den [gestiegenen Kosten für psychologische Psychotherapie](#). Seit der Einführung des Anordnungsmodells beliefen sich die Mehrkosten für die Grundversicherung auf über 350 Millionen Franken, schreibt der Kassenverband. Ein grosser Teil sei auf die Tarifierhöhung zurückzuführen.

Glarus senkt Stundenlohn auf 140 Franken

Hintergrund der Kürzungsforderung ist, dass es für die psychologische Psychotherapie erst einen provisorischen Tarif gibt. Zurzeit laufen Verhandlungen über einen definitiven Tarifvertrag. Diese befänden sich auf der Zielgeraden, sagt Florian Näf, Sprecher der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP). Die FSP und der Spitalverband H+ hoffen, dass der neue Tarifvertrag bis Ende März 2025 dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt werden kann.

Allerdings geht es dabei nur um die Tarifstruktur. Nach deren Genehmigung muss die Tarifhöhe, der Arbeitstarif, festgelegt werden. Der aktuelle Arbeitstarif liegt bei 2.58 Franken pro Minute oder 155 Franken pro Stunde.

Die Kassen verlangen jedoch in den meisten Kantonen bereits auf den 1. Januar eine Senkung auf 2.32 Franken, was einem Stundenlohn von 140 Franken entspricht. Als erster Kanton hat Glarus diese Woche den Tarif entsprechend gesenkt und die FSP befürchtet, dass nun weitere folgen.

In einigen Kantonen fordern Kassen sogar eine Reduktion auf 133 Franken. Die Anpassung des Arbeitstarifs sei dringend, schreibt Santésuisse. Je länger der «überhöhte» Arbeitstarif gelte, desto grösser fielen auch allfällige Rückzahlungsforderungen aus. Praxisinhaberinnen und -inhaber könnten dadurch in finanzielle Nöte geraten und ihre Tätigkeit nicht mehr fortsetzen. Die Kassen werden also bei einer Reduktion des Arbeitstarifs voraussichtlich Rückforderungen stellen.

Psychotherapie nur noch über Zusatzversicherung?

Bei der FSP stösst das Vorgehen auf Unverständnis. Dass die Kassen vor dem Abschluss der Verhandlungen über die Tarifstruktur nun den Arbeitstarif senken wollten, sei nicht nachvollziehbar, sagt Näf. Dies Sorge für Verunsicherung bei den Therapeutinnen und Therapeuten.

Zudem hält die FSP eine Senkung inhaltlich für unberechtigt. Damit würde die Abgeltung für die psychologische Psychotherapie auf das Niveau gesenkt, das vor Mitte 2022 galt. Bis dann konnten die Psychologinnen und Psychologen nur in einer Art Anstellungsverhältnis mit einem Psychiater indirekt über die Grundversicherung abrechnen. Mit dem Übergang von diesem Delegations- zum Anordnungsmodell seien die Anforderungen an die psychologischen Psychotherapeutinnen deutlich gestiegen, so Näf.

Falls die Kantone auf die Forderungen der Kassen eingingen, würde dies die Errungenschaft des Anordnungsmodells gefährden, sagt Näf. Viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten würden sich dann wohl überlegen, ob sie überhaupt noch über die Grundversicherung abrechnen wollten – oder ob sie nur noch Patienten mit Zusatzversicherung und Selbstzahlerinnen behandeln. Damit drohe bei der psychologischen Psychotherapie eine Zweiklassenmedizin. Nicht betroffen vom Tarifstreit sind die Psychotherapeuten mit ärztlicher Ausbildung.

Die bessere Entlohnung der psychologischen Psychotherapeuten wurde vor zweieinhalb Jahren trotz des Widerstands von Santésuisse gewährt. Der [Konkurrenzverband Curafutura](#) einigte sich damals mit den Verbänden der Psychologen und dem Spitalverband auf den provisorischen Tarif. Die Kantone erklärten dann diesen Tarif für verbindlich für alle Kassen. Nun verlangen allerdings auch die Curafutura-Kassen einen tieferen Tarif. Ohnehin wird die Konkurrenz der zwei Kassenverbände Ende Jahr ein Ende haben. Ab 2025 treten die Kassen gemeinsam im neuen Verband PrioSwiss auf.

Ärzte-Telefon nach Spanien umgeleitet

 CH Media national | 23.12.2024

Auch Telemediziner arbeiten oft aus dem Ausland – die Beratungen dürfen aber nicht via obligatorische Versicherung abgerechnet werden.

Simon Maurer

Radiologie-Firmen haben ein neues Geschäftsmodell entwickelt: Sie beschäftigen ihre Ärzte nicht in der Schweiz, sondern lassen CT-, MRI- und Röntgenbilder im Ausland befunden. Darüber berichtete diese Zeitung bereits. Das Auslagern von medizinischen Leistungen ins Ausland wird indes auch in anderen Sparten der Medizin praktiziert – namentlich in der Telemedizin.

So arbeiten die Ärzte der wichtigsten Telemedizinfirma der Schweiz, Medgate, nicht immer von einem Schweizer Arbeitsplatz aus, wie das Unternehmen auf Anfrage selbst schreibt. Man beschäftige neben den Telemedizinern in der Schweiz auch solche, die von Deutschland oder Spanien aus online Schweizer Patienten betreuen. Derzeit sucht Medgate in einer Stellenanzeige auch Ärztinnen und Ärzte, die auf Italienisch und Französisch Telefonanrufe beantworten können. Die Arbeit aus einem Homeoffice in Italien oder Frankreich sei dabei «begrenzt möglich», schreibt das Unternehmen, das die Telemedizin in der Schweiz in den letzten 23 Jahren geprägt hat wie kein anderes.

Nicht finanzielle Motive seien Grund für die Praxis

Die Basler Firma mit über 300 Mitarbeitenden ist eine Pionierin bezüglich Telemedizin und probiert immer wieder neue Ideen aus. So betrieb sie während der Coronapandemie die Covid-Hotline des Bundesamts für Gesundheit. Neben dieser Zusammenarbeit mit den Behörden betreibt Medgate heute fast alle Notfallnummern der Deutschschweizer Kinderspitäler sowie Notdienstlinien in neun Kantonen. Das Unternehmen hat also eine wichtige Funktion in der hiesigen Gesundheitsversorgung.

Nun zeigt sich, dass die Firma Ärzte im Ausland anstellt. Das Outsourcen von Leistungen in andere Länder wird meist als Kniff genutzt, um Lohnkosten zu sparen. Medgate verneint jedoch dieses Motiv und bekräftigt ein anderes: «Auch wenn die Lohnkosten für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland tiefer sind als in der Schweiz, ist es für Medgate im Schnitt nicht günstiger, da für die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten im Ausland für den Einsatz im Schweizer Gesundheitssystem zusätzliche Kosten sowie höhere Lohnnebenkosten entstehen.» Nicht die Kosten seien der Grund für die Anstellung von Ärzten im Ausland, sondern der Mangel an Grundversorgern. Medgate rekrutiere in erster Linie Schweizer Allgemeinmediziner, doch aufgrund des Ärztemangels behelfe man sich mit Ärzten aus anderen Ländern.

Die Praxis wird in der Branche nicht gerne gesehen. Kritiker bemängeln, dass im Ausland arbeitende Ärzte nicht jeden Donnerstagnachmittag in persona eine medizinische Fortbildung von Schweizer Professoren besuchen können, so wie das unter Schweizer Ärzten üblich ist. Sie würden nur schon deshalb die in der Schweiz gängigen Praktiken und Eigenheiten der Medizin nicht so gut kennen wie hier wohnhafte Mediziner.

Neben Qualitätsfrage ist ein anderer Punkt umstritten

Medgate stellt sich diesbezüglich auf einen anderen Standpunkt: «Für die Qualität der ärztlichen Leistung ist nicht der Arbeitsort, sondern die medizinische fachliche Qualifikation ausschlaggebend.» Alle Medgate-Ärztinnen und -Ärzte würden über eine Schweizer Anerkennung verfügen und ein mehrwöchiges, zertifiziertes Einführungstraining durchlaufen. Ausserdem erfolge jährlich eine Rezertifizierung der Ärztinnen und Ärzte. Die gesetzlichen Vorgaben würden ausnahmslos eingehalten.

Letzteres beteuern alle telemedizinisch tätigen Firmen in der Schweiz. Dies gilt auch bezüglich des Schutzes von Patientendaten. Laut der Selbstdeklaration solcher Firmen gegenüber dem Schweizer Ärzteverband FMH haben nur zwei von acht Telemedizin-Firmen ihre Server teilweise oder ganz im Ausland.

Kritisch wird hingegen ein anderer Punkt gesehen: Die rechtlichen Aspekte beim Abrechnen von Leistungen, die nicht in der Schweiz erfolgen. Das ist wegen des Territorialitätsprinzips nämlich nicht so einfach möglich.

So erklärt das Bundesamt für Gesundheit gegenüber dieser Zeitung: «Telemedizinische Leistungen können grundsätzlich nur von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden, wenn diese in der Schweiz durch einen in der Schweiz zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden». Ausnahmen seien laut Artikel 34 des Krankenversicherungsgesetzes nur im Rahmen von grenzüberschreitender Zusammenarbeit möglich. Vom Gesetz her Handlungsbedarf sieht das BAG zurzeit nicht.

Das Amt nimmt aber die Kantone und Krankenkassen in die Pflicht. «Es ist die Aufgabe der Versicherer, die Leistungsabrechnung zu prüfen oder bei einem Verstoß etwa gegen die gesetzlichen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen beim Schiedsgericht Sanktionen zu beantragen.»

Krankenkassen können nicht kontrollieren

Die Krankenkassen ziehen eine klarere Linie: Es sei nicht legal, im Ausland erbrachte telemedizinische Leistungen über die obligatorische Krankenkasse abzurechnen. «Die Grundversicherung übernimmt im Ausland grundsätzlich nur Kosten für medizinische Notfälle», sagt Juristin Agnes Stäuble vom Krankenkassenverband Santésuisse.

Aus Sicht von Santésuisse handeln Spitäler und Firmen, die im Ausland erbrachte Leistungen über die obligatorische Krankenversicherung abrechnen, illegal. Auch das indirekte Abrechnungsprinzip, dass eine in der Schweiz zugelassene Arztpraxis die in Deutschland erfolgte Konsultation abrechnet und den deutschen Kollegen dafür ein Honorar bezahlt, sei nicht legal.

Das Problem ist, dass die Krankenkassen nicht überprüfen können, wo eine Konsultation erfolgt ist. Ihnen wird nur eine Konsultation von einem in der Schweiz ansässigen Spital oder einer Medizinfirma gemeldet und in Rechnung gestellt. «Es ist deshalb Aufgabe der Kantone, welche die Zulassungsbewilligungen für die Abrechnenden ausstellen, sicherzustellen, dass das Territorialitätsprinzip beim Erbringen der Leistung eingehalten wurde», sagt der Krankenkassenverband.

Laut Santésuisse sind für die Abrechnungen überdies die einzelnen Institutionen zuständig, welche die Abrechnung vornehmen. Wenn Spitäler oder Praxen solche im Ausland erbrachten Leistungen über die obligatorische Krankenkasse abrechnen, obwohl sie nicht in der Schweiz erbracht wurden, müssen Kassen die Vergütung ablehnen. «Wird von der Krankenversicherung eine fehlerhafte Rechnungsstellung festgestellt, wird diese zurückgewiesen», schreibt Santésuisse.

Was das für Spitäler und Firmen bedeutet, die bisher nach diesem Prinzip abgerechnet haben, ist noch nicht klar. Künftig könnten wohl nur noch Selbstzahler und Privatpatienten via Telemedizin vom Ausland aus betreut werden. CH Media liegen Berichte vor, dass mehrere Akteure des Gesundheitswesens jetzt auch

über die Bücher gehen und die Praktik des Outsourcens von medizinischen Leistungen ins Ausland nochmals genauer überprüfen – unter anderem Ärzteverbände wollen ihre Richtlinien dazu überarbeiten.

Mediziner im Ausland nehmen Schweizer Ärztetelefon ab

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Ausser Landes erbrachte Konsultationen dürfen aber nicht über die Grundversicherung abgerechnet werden.

Simon Maurer

Nachdem letzte Woche bekannt wurde, dass manche Spitäler ihre Röntgenbilder zur Befundung ins Ausland schicken, stellt das Bundesamt für Gesundheit klar: Im Ausland erbrachte medizinische Leistungen dürfen nicht von der obligatorischen Versicherung übernommen werden. Diese Sichtweise äussert auch Santésuisse, der grösste Krankenkassenverband der Schweiz.

Santésuisse präzisiert, dass auch das indirekte Abrechnungsprinzip, dass eine in der Schweiz zugelassene Arztpraxis die in Deutschland erfolgte Konsultation abrechnet und den deutschen Kollegen dafür ein Honorar bezahlt, nicht legal ist. Die Rechnungen für aus dem Ausland erbrachte Leistungen will der Dachverband zukünftig zurückweisen. Die Herausforderung dabei ist jedoch, dass die Kassen heute gar nicht wissen, welche verrechneten Konsultationen nicht in der Schweiz erbracht wurden.

Die Klarstellungen des Bundesamts für Gesundheit und der Krankenkassen sind nicht nur für teleradiologische Firmen von Bedeutung. Denn Recherchen dieser Zeitung zeigen: Auch Telemediziner halten ihre Konsultationen oft aus dem Ausland ab. So arbeiten Ärzte der wichtigsten Telemedizin-Firma Medgate aus dem Homeoffice in Deutschland oder Spanien.

Medgate beteuert, dass der Grund für das Outsourcen der Leistungen nicht finanzielle Motive seien, sondern der hiesige Ärztemangel.

Gleichen tags erschienen in

- Bote der Urschweiz
- Walliser Bote
- Appenzeller Zeitung
- Badener Tagblatt
- bz – Zeitung für die Region Basel
- CH Media national
- Der Rheintaler
- Grenchner Tagblatt
- Limmattaler Zeitung
- Luzerner Zeitung
- Nidwaldner Zeitung
- Obwaldner Zeitung
- Oltner Tagblatt
- Schaffhauser Nachrichten
- Solothurner Zeitung
- St. Galler Tagblatt
- Thurgauer Zeitung
- Toggenburger Tagblatt
- Urner Zeitung
- Werdenberger & Obertoggenburger
- Wiler Zeitung
- Zofinger Tagblatt
- Zuger Zeitung
- Bieler Tagblatt

Zusatzversicherte bleiben auf ihren Spitalrechnungen sitzen

 CH Media national | 19.12.2024

Nicht alle Ärzte und Spitäler haben neue Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen. Mit Folgen für die Zusatzversicherten.

Anna Wanner und Doris Kleck

Ab 2025 gilt es ernst: Krankenkassen dürfen Leistungen im Bereich der Zusatzversicherung nur noch dann finanzieren, wenn die zusätzlichen Kosten auch nachvollziehbar und transparent sind. Die Krankenkassen erhielten diese Vorgabe 2020 von der Finanzmarktaufsicht (Finma).

Die Vorgabe kann ungemütliche Folgen für privat- und halbprivat versicherte Personen haben: Ab Januar könnten Privatpatienten auf einem grossen Teil der Spitalrechnung sitzen bleiben. Fehlt eine transparente und nachvollziehbare Abrechnung der Zusatzkosten, muss der Versicherte diese teilweise oder vollständig selbst zahlen.

Was ist passiert? Nach dem Eingreifen der Finma haben sich die Krankenkassen unter der Federführung des Schweizerischen Versicherungsverbandes (SVV) eigene Regeln auferlegt, um das Geschäft mit Zusatzversicherungen zu retten. Elf Grundsätze wurden erarbeitet, die seit 2022 gültig sind und in die neu verhandelten Verträge mit den Spitälern und Ärzten einfliessen sollten. Die Branche gab sich eine Übergangsfrist bis Ende 2024.

Der Versicherungsverband schreibt von «intensiven Bemühungen», die neuen Vorgaben umzusetzen. Rund 1700 Verträge wurden neu verhandelt und den Anforderungen angepasst. Doch fällt so manchen Spitälern die neue Ordnung schwer. Der Versicherungsverband schätzt, dass immer noch 20 bis 30 Prozent der Ärzte und Spitäler in einem vertragslosen Zustand schweben. Doch die Regeln sind ab 2025 klar: Ohne konformen Vertrag können Mehrleistungen nur noch beschränkt vergütet werden.

Klar ist: Die Krankenkassen sind bemüht, unregelmässige Vertragsverhältnisse zu beseitigen, um die Versicherten nicht zu verärgern. Darum gehen die Verhandlungen weiter. «Wir sind auf Kurs», sagt Beni Meier von der KPT, «aber wir brauchen in der Romandie mehr Zeit.» Auch bei der Helsana heisst es, man verhandle mit Hochdruck. Doch Daniela Zimmermann-Fehr, Leiterin Einkauf bei der Helsana, verhehlt nicht, dass es ab Januar mehr vertragslose Zustände geben kann als heute. «Das ist unschön für unsere Versicherten, die Prämien für einen Mehrwert bezahlen», sagt Zimmermann-Fehr. Manchmal sei jedoch ein vorübergehender vertragsloser Zustand besser, um preisliche Forderungen durchsetzen zu können. Bei der Groupe Mutuel sind Stand jetzt von rund 140 Vertragssituationen mit Kliniken und Spitälern zwei Verhandlungen für 2025 gescheitert, und in einem Fall läuft ein Vertrag aus. «Dazu befinden wir uns in rund einem Dutzend noch offener Situationen», sagt Sprecherin Lisa Flückiger.

Besonders herausfordernd ist die Situation in der Genferseeregion. Denn in den Kantonen Waadt und Genf sind Belegärzte in kantonalen Verbänden zusammengeschlossen. Die Tarifverhandlungen laufen über diese mächtigen Ärztegesellschaften, das macht es komplizierter.

Wie sich Zusatzversicherte schützen können

Um Privatpatienten einen angenehmen Spitalaufenthalt ohne böse Überraschungen zu ermöglichen, rät der Verband, sich frühzeitig an die eigene Krankenkasse zu wenden. Dort können Kundinnen und Kunden anfragen, ob ein Spital beispielsweise auf einer schwarzen Liste steht, weil es keinen Vertrag mit der Krankenkasse abgeschlossen hat. Nur so kann der Betroffene herausfinden, ob die geplante Behandlung oder der Aufenthalt im Spital gedeckt ist – oder ob er ein anderes Spital wählen sollte. Verschiedene Versicherer publizieren schon heute solche Negativlisten online – und sie geben, wenn immer möglich, alternative Spitäler an.

Zimmermann-Fehr betont, dass die medizinische Versorgung nicht betroffen sei. Diese ist über die obligatorische Krankenversicherung gewährleistet.

Auch wenn es vorab nicht den Anschein macht – die Finma handelt im Sinne der Zusatzversicherten: Ihre Prämienfelder wurden zuweilen zweckentfremdet, Leistungen doppelt verrechnet oder Behandlungen schlicht zu hoch veranschlagt. Das ist rechtswidrig. Die Finma verlangte darum, die Mehrkosten in Abgrenzung zu den üblichen Leistungen der obligatorischen Grundversicherung klar auszuweisen.

Gleichen tags erschienen in

- Appenzeller Zeitung
- Badener Tagblatt
- bz – Zeitung für die Region Basel
- Der Rheintaler
- Grenchner Tagblatt
- Luzerner Zeitung
- Limmattaler Zeitung
- Nidwaldner Zeitung
- Obwaldner Zeitung
- Oltner Tagblatt
- Solothurner Zeitung
- Toggenburger Tagblatt
- Toggenburger Zeitung
- Urner Zeitung
- Walliser Bote
- Wiler Zeitung
- Werdenberger & Obertoggenburger
- Zuger Zeitung
- Bieler Tagblatt

BE – Wohin, wenn der Finger blutet?

 Der Bund | 18.12.2024

Notfalldienst im Kanton Bern - Der Ärztemangel führt im Kanton Bern zu neuen Lösungen beim Notfalldienst - und zu einer Zentrale, die den Überblick bewahrt.

Brigitte Walser

Nehmen wir an: Der Finger blutet. Der Schnitt ist tief und muss genäht werden. Ausgerechnet jetzt, da die Hausarztpraxis geschlossen ist. Wohin also?

Eine einheitliche Antwort auf diese Frage gibt es zwar nicht. Aber eine Telefonnummer, die Auskunft gibt - solange es um nicht lebensbedrohliche Fälle geht, denn für diese ist die Nummer 144 zuständig.

Die Notfallzentrale Medphone - Telefonnummer 0900 57 67 47 - ist rund um die Uhr erreichbar und koordiniert hausärztliche Notfälle. Sie deckt seit 20 Jahren grosse Teile des Kantons Bern ab. Eigene Lösungen haben der Oberaargau, das Seeland, Biel und der Berner Jura.

An diesem Vormittag ist es ruhig im Hauptquartier von Medphone im Berner Mattenhof. Die Farben auf dem grossen Bildschirm vorne an der Wand des Grossraumbüros sind im grünen Bereich: niemand in der Warteschlange. Zwei Mitarbeiterinnen sprechen gerade am Telefon, sie sind medizinisch ausgebildet und können eine erste Einschätzung vornehmen.

«Zum Nähen sechs Stunden»

Zum Beispiel des blutenden Fingers sagt Geschäftsleiterin Daniela Schudel: «Zum Nähen bleiben sechs Stunden Zeit.»

Schildert ein Patient der Mitarbeiterin am Telefon die Symptome und gibt seine Adresse an, kann sie am Bildschirm einerseits medizinische, andererseits organisatorische Informationen abrufen: «Wir wissen, welche Praxis im Gebiet Notfalldienst hat, ob diese näht, gipst oder röntgt, und können eine Patientin auch direkt mit dieser verbinden», so Schudel.

Medphone ist damit nicht nur Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten, sondern auch Koordinationsstelle für Arztpraxen im Notfalldienst. An diesem Dienst müssen sich grundsätzlich alle Ärztinnen und Ärzte in Praxen beteiligen. Sie nehmen sich hausärztlicher Notfälle nicht nur in ihrem Behandlungszimmer an, sondern rücken auch aus: zu einem Todesfall, in ein Heim, zu Patienten, die nicht aus dem Haus kommen oder in die psychiatrische Klinik eingewiesen werden müssen.

Doch das System kommt an Grenzen: Je weniger Ärzte auf dem Land tätig sind, desto mehr Notfalldienste bleiben an ihnen hängen. Saanen zum Beispiel musste handeln.

Neue Modelle

In der Gemeinde wurde ein Pop-up-Notfallposten eingerichtet. Aus anderen Regionen konnten sich Ärztinnen und Ärzte im vergangenen Winter für Feiertags- oder Wochenenddienste melden. Ihnen wurde eine Praxis sowie eine Wohnung zur Verfügung gestellt, sie erhielten eine Pikettenschädigung von 1000 Franken für 24 Stunden plus einen Pass für Ski- und Freizeitangebote. Hinzu kam die Hälfte der Einnahmen aus den Behandlungen. Die Gemeinden der Region finanzierten das Projekt. Weil es sich bewährte, wird es dieses Jahr wiederholt.

Auch andere Regionen benötigten Lösungen. Das Spital in Interlaken stellt ein Zimmer und das nötige Material zur Verfügung für Ärztinnen und Ärzte, die Ausrückdienste leisten. Diese erhalten neben den Einnahmen aus den Einsätzen 700 Franken Pikettenschädigung.

Dasselbe Modell ist soeben im Emmental eingeführt worden. Der Grosse Rat hat für diese zwei Pilotprojekte einen Kredit gesprochen, eventuell werden sie auf weitere Gebiete ausgedehnt. Bei all diesen neuen Lösungen blieb die telefonische Koordination bei Medphone.

Schweizweit im Umbruch

Viele Kantone haben ihre Notfalldienstsysteme umgekrempelt oder sind noch daran. Der Kanton Thurgau zum Beispiel hat das Prinzip der zwei Berner Pilotprojekte schon flächendeckend umgesetzt. Es gab auch gescheiterte Versuche: Eine Organisation, die unter anderem im Aargau und im Oberaargau Notfalldienste leistete, ging vor einem Jahr in Konkurs.

Neue Modelle müssen zwei Herausforderungen bewältigen: «Die Abgeltung des Notfalldienstes ist nicht geklärt», sagt Michael Hofer, ärztlicher Leiter bei Medphone. Die Ärzteschaften, Kantone und Krankenkassen müssen also einerseits finanzielle Lösungen finden.

Andererseits ist eine zeitgemässe Organisation gefordert. «Es braucht neue Ideen, wie man den Notfalldienst attraktiver gestalten und die Belastung senken kann», sagt Hofer. Er ist auch Geschäftsleiter des City-Notfalls in Bern und leistet selber Notfalldienste. «Für mich gehört das einfach dazu», sagt er. Für nachfolgende Generationen seien die Dienste aber zunehmend ein Hindernis und ein Grund, sich nicht in Regionen niederzulassen, wo die Notfalldienstbelastung hoch sei.

Der City-Notfall ist selbst eine Notfallpraxis, die sich zum Beispiel eines blutenden Fingers annimmt. Er entlastet damit das Notfalldienstsystem, aber auch den Spitalnotfall in der Stadt. «Je nach Region ist die Ausgangslage eine andere», sagt Hofer. Eine Universallösung für den gesamten Kanton gebe es deshalb wohl nicht.

Der Anruf ist nicht gratis

Ein Anruf bei der Notrufzentrale Medphone kostet 3.23 Franken pro Minute. Die Ärzteschaft, sie ist im Kanton Bern für die Organisation des Notfalldienstes zuständig, leistet ebenfalls einen finanziellen Beitrag. Geschäftsleiterin Schudel sagt: «Wir würden unsere Dienstleistung den Patienten gern gratis anbieten.» Sie vermutet, dass es Patienten gibt, die den Anruf aus Kostengründen meiden und direkt den Spitalnotfall aufsuchen.

Über die Krankenkasse lässt sich die Dienstleistung nicht abrechnen, und Gesuche um Unterstützung durch den Kanton brachten bisher nicht das erhoffte Resultat. In einer Vorstossantwort machte der Regierungsrat vor einigen Jahren jedoch deutlich, dass er einen Beitrag nicht ausschliesse - sofern sich die Ärzteschaft auf eine kantonsweit einheitliche Regelung einigt, was bisher nicht geschehen ist.

Ein Anruf dauert im Schnitt 3½ Minuten, kostet also gut 10 Franken. Gerade von Eltern hat Schudel auch schon gehört: Die Kosten spielten keine Rolle, Hauptsache, sie erhielten einen Rat für ihr krankes Kind.

Nach 22 Uhr ins Spital

Eine telefonische Beratungsstelle bieten inzwischen auch viele Krankenkassen an. Der Unterschied, den Medphone macht: «Wir wissen, wer konkret das Problem behandeln kann, und stellen den Kontakt her», sagt Schudel.

In ihrer Zentrale gingen immer wieder Anrufe von Patienten ein, die von der Versicherungshotline den Rat erhalten hätten, einen Notfallarzt aufzusuchen. Medphone kann dessen Adresse bekannt geben, macht je nachdem für die Anrufenden gleich einen Termin aus oder verbindet direkt mit der zuständigen Notfallärztin. Falls nötig, übernimmt die Zentrale auch die Anmeldung im Spital.

Noch nicht lösen konnte die Notrufzentrale das Problem, dass Telefonanbieter 0900er-Nummern auf Geschäftsanschlüssen gesperrt haben. All jene, deren Handyvertrag über das Geschäft läuft, können Medphone nicht erreichen. «Als Notlösung haben wir eine Festnetznummer eingerichtet, die wir aber nicht offiziell publizieren», sagt Schudel. Wer sie erfahren will, muss sich über einen funktionierenden Anschluss oder schriftlich bei Medphone melden.

Bei rund einem Viertel der Anrufe reicht eine telefonische Beratung. Bei den anderen entscheidet sich je nach Situation, ob abgewartet werden kann, bis die eigene Hausärztin wieder erreichbar ist, oder ob eine Notfallpraxis, ein Notfallarzt, das Spital oder direkt die Notrufnummer 144 eingeschaltet wird.

Und für die Situation mit dem Schnitt im Finger? «Es kommt auf die Tageszeit an», sagt Schudel. «Nach 22 Uhr würden wir den Patienten wohl an ein Spital verweisen.»

BS – Alles hustet und schnäuzt: Notfall-Praxen überlastet

 bz – Zeitung für die Region Basel | 23.12.2024

Derzeit sind besonders viele Menschen in der Region krank. Über die Festtage ist keine Entspannung in Sicht.

Benjamin Wieland

Ob im Tram, auf der Strasse und an der Coop-Kasse: Überall wird geschnäuzt und gehustet. Eine Erkältungswelle überrollt gerade die Schweiz, hinzu kommen weitere Infekte. Das spüren auch oder vor allem die Notfallpraxen. Jene von Medbase am Bahnhof Basel SBB ist wegen der grossen Nachfrage jetzt dazu übergegangen, eine Triage vorzunehmen. Das heisst: Wer nur leichtere Symptome verspürt, wird schon am Empfang an seinen Hausarzt oder seine Hausärztin verwiesen. Wer bleiben darf, verbringt nicht selten einige Stunden im Warteraum.

«Bei einem erhöhten Patientenaufkommen sind wir gefordert, eine Triage vorzunehmen», sagt Caroline Trutmann, ärztliche Leiterin von Medbase Bahnhof SBB. «Dann bitten wir Patientinnen und Patienten, die einen Hausarzt haben, in der jeweiligen Praxis einen Termin zu vereinbaren.»

Vielen Personen sei nicht bekannt, fügt Trutmann an, dass Hausärztinnen und Hausärzte oft auch Notfalltermine anbieten. «Durch die Triage können wir Menschen, die keinen Hausarzt haben, eine zeitnahe Behandlung anbieten», sagt die Ärztin. «Wenn die Zahl der wartenden Personen sehr hoch ist, können wir nur noch akute medizinische Notfälle aufnehmen.»

Pneumonien, Covid-19, Influenza und RSV

Dieses Vorgehen sei sinnvoll, heisst es vom Baselstädtischen Apotheker-Verband. Notfallpraxen und Notfallstationen sollten in solchen Situationen schwere Fälle prioritär behandeln, sagt Verbandspräsidentin Lydia Isler-Christ. So würden diese Einrichtungen nicht unnötig belastet: «Gerade in leichteren Fällen sollte man deshalb zuerst die Apotheke aufsuchen. Bei Bedarf verweisen wir auf einen Arzt.»

Regelmässig an den Anschlag gerät die Notfallstation des Universitäts-Kinderspitals beider Basel (UKBB). «Unsere Notfallstation verzeichnet auf die Festtage hin einen deutlichen Anstieg an Patientinnen und Patienten», schreibt Mediensprecher Martin Bruni. «Ein grosser Teil davon sind Kinder mit Infektionskrankheiten, darunter vor allem Atemwegserkrankungen, auch Pneumonien.» Insgesamt sei die Belegungssituation aber typisch für die Jahreszeit; die Patientenzahlen lägen noch auf dem Niveau vor der Coronapandemie. Trotzdem: «Mit längeren Wartezeiten muss derzeit gerechnet werden.»

Aber was grassiert denn derzeit an Erkrankungen, ausser den Pneumonien, welche das UKBB erwähnt? Laut Apotheker-Verband sind es vor allem Rhinoviren, also Erkältungsviren, aber auch Sars-Cov-2. Interessant sei der Fall mit RSV-Infektionen (Respiratorisches Synzytial-Virus). Dort würden bei Kindern mehrheitlich die Ungeimpften erkranken.

RS-Viren treten vor allem im Winterhalbjahr in Erscheinung. Sie verursachen Erkältungen, grippeartige Erkrankungen und Bronchiolitis. Gerade bei Säuglingen, älteren Personen und solchen mit Immunschwäche kann es auch zu Lungenentzündungen kommen, womit nicht zu spassen ist – in schweren Fällen müssen die Betroffenen hospitalisiert werden.

Viele Praxen schliessen in der Altjahrswoche

Das ist aktuell aber glücklicherweise nicht übermässig häufig der Fall. Das Universitätsspital Basel (USB) teilt mit, die saisonale Häufung der respiratorischen Infekte bewege sich im erwarteten Rahmen.

Doch die Lage dürfte sich über die Feiertage nicht entspannen. Viele Hausarztpraxen bleiben geschlossen. Und die Notfallpraxen reduzieren ihre Öffnungszeiten. Patientinnen und Patienten müssen sich auf lange Wartezeiten einstellen.

BE – Christian Leumann bleibt weiterhin Spitaldirektor

 Der Bund | Insel-Gruppe | 23.12.2024

Inselspital sucht CEO - Die Suche nach einer neuen Direktorin oder einem neuen Direktor für das Berner Inselspital gestaltet sich zäh. Eine erste Ausschreibungsrunde im Herbst blieb ergebnislos. Die aktuelle Übergangsführung unter Alt-Universitätsrektor Christian Leumann und Verwaltungsratspräsident Bernhard Pulver wird bis Ende 2025 verlängert. So soll eine «sorgfältige Auswahl ohne unnötigen Zeitdruck» ermöglicht werden, wie aus einer Mitteilung des Inselspitals vom Freitag hervorgeht. Leumann erklärte sich bereit, seine Funktion als Direktionspräsident bis Ende 2025 weiterzuführen. Pulver will ebenfalls bis 2025 seine Doppelfunktion als Verwaltungsratspräsident und Delegierter des Verwaltungsrats ausüben. Bereits vergangenen Herbst hiess es vonseiten der Insel-Gruppe, die Interimsführung bleibe länger als ein Jahr, wenn es die Situation erfordere. **(SDA)**

Gleichen tags erschienen in

- Berner Zeitung Stadt + Region Bern

LU – LUKS: Ulrich Fricker - «Der Kostendruck ist immens» - Interview

 Luzerner Zeitung | LUKS | 21.12.2024

Nach sieben Jahren an der Spitze der Luzerner Kantonsspital-Gruppe tritt Ulrich Fricker in den Ruhestand.

Alexander von Däniken

Geduld ist sicher eine Stärke von Ulrich Fricker. Der 71-Jährige kann auf das neue Jahr sein Amt als Verwaltungsratspräsident der Luks-Gruppe mit ein paar Monaten Verspätung in neue Hände übergeben. Wie es war, während sieben Jahren der Unternehmensgruppe um das Luzerner Kantonsspital (Luks) vorzustehen, erzählt Fricker in einem Sitzungszimmer im Spital Nidwalden, das eine Viertelstunde später als geplant frei wird. «Dann trinken wir halt noch einen Kaffee», sagt er gut gelaunt, und deutet auf ein Lounge-Tischchen neben dem Eingang.

Wir treffen uns hier in Stans. Weshalb?

Ulrich Fricker: Auf den 1. Juli 2021 trat das Spital Nidwalden der Luks-Gruppe bei. Das war ein bedeutender Schritt für eine interkantonale Spitalversorgung, wie sie es schweizweit kaum gibt. Derzeit laufen die politischen Diskussionen für einen Beitritt des Kantonsspitals Obwalden. Auch hier bin ich zuversichtlich, dass das klappt.

Werden künftig auch andere Zentralschweizer Spitäler zur Luks-Gruppe gehören?

Das sind letztlich politische Entscheide. In vielen Bereichen gibt es bereits eine enge Zusammenarbeit zwischen der Luks-Gruppe und anderen Zentralschweizer Spitalern. Dass zum Beispiel das Spital Schwyz oder das Kantonsspital Uri irgendwann unter dem Luks-Dach zu finden sind, ist meiner Meinung nach nicht ausgeschlossen. Ein Anstoss dafür sollte aber niemals von der Luks-Gruppe kommen, sondern ausschliesslich von der Politik. Wir können nur die Grundsteine dafür legen und bereits jetzt partnerschaftlich eng zusammenarbeiten.

Was würden Sie sonst

noch als Höhepunkte in den letzten sieben Jahren beschreiben?

Da gibt es viele. Die Beschaffung und Inbetriebnahme des Klinikinformationssystems Epic zum Beispiel hat nicht nur die Abläufe vereinfacht, sondern auch die Art des Umgangs mit den Patientinnen und Patienten revolutioniert. Das hat sich bei der «Mein Luks»-App gezeigt, die auf Epic aufbaut und sich während der Pandemie etwa für die Covid-Impfungen sehr bewährt hat. (Fricker zückt sein Smartphone und startet die App.) Auch sonst ist die App genial und nimmt das meiste vorweg, was als elektronisches Patientendossier geplant ist. Ein weiterer Höhepunkt ist das geplante neue Kinderspital mit angeschlossener Frauenklinik. Sowohl beim Datum der Inbetriebnahme 2026 als auch bei den Kosten sind wir auf Kurs. Die verstärkte Zusammenarbeit mit der Uni Luzern und die Einführung des Joint Medical Master bezeichne ich ebenfalls als Meilensteine. Und dann gibt es als durchgängiger Höhepunkt die gute Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung um CEO Benno Fuchs sowie spannende und anregende

Projekte und Gespräche mit Menschen aus Ärzteschaft, Pflege und dem weiteren Betrieb sowie auch mit Patientinnen und Patienten.

Was bezeichnen Sie als die Tiefpunkte in Ihrer Karriere als Spitalpräsident?

Da gab es zum Glück nicht so viele. Generell hat es mich beschäftigt, wenn enge Mitarbeitende zwischenzeitlich aus gesundheitlichen Gründen ausgefallen sind. Aktuell zieht sich die Lösung für die Zukunft der Luzerner Höhenklinik Montana hin. Hier bleibe ich aber zuversichtlich. Ausserdem muss ich meinem Nachfolger Martin Nufer eine Spitalgruppe übergeben, die wie alle Schweizer Spitäler wirtschaftlich nicht so erfolgreich ist, wie sie sein sollte.

Immerhin liegt die Luks-Gruppe wirtschaftlich nicht auf der Intensivstation.

Das stimmt, aber der Kostendruck ist immens. Der Bund hat ein Interesse daran, dass die Krankenkassenprämien nicht mehr so stark steigen. Die Kantone wollen wiederum eine möglichst flächendeckende medizinische Versorgung. Die muss aber irgendwie bezahlt werden. Dann werden Eingriffe vermehrt ambulant statt stationär vorgenommen. Das ist grundsätzlich positiv, führt aber zu Kostenverzerrungen. Die im November vom Volk angenommene einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist vor diesem Hintergrund sehr wichtig, aber die wirtschaftliche Situation der Spitäler wird angespannt bleiben.

Wie blicken Sie auf die Pandemie zurück?

Das war eine prägende Zeit. Ich erinnere mich gut an eine Sitzung mit dem Führungsteam zu Beginn der Pandemie. Als wir die Bilder aus Bergamo mit den Särgen sahen, wussten wir, dass wir nun alle gefordert sind. Unter anderem haben wir strategische Überlegungen zugunsten von schnellen Entscheiden auf operativer Ebene hintangestellt. Unter dem Strich haben wir als Luks-Gruppe wie auch die Schweiz die Situation sehr gut gemeistert – gerade auch angesichts der Ungewissheit, die in jener Zeit herrschte.

Am 1. April wird Florian Aschbrenner die Nachfolge von Benno Fuchs als CEO der Luks-Gruppe antreten. Ist es für einen Manager aus Deutschland nicht schwierig, sich in der Schweizer Spitallandschaft zurechtzufinden?

Wir haben es uns mit der Suche nach einem neuen CEO nicht einfach gemacht und ein mehrstufiges Auswahlverfahren durchgeführt, bei dem gegen Ende auch mein Nachfolger Martin Nufer beteiligt war. Schliesslich müssen der Verwaltungsratspräsident und der CEO ein gut funktionierendes Tandem bilden. Florian Aschbrenner weiss nicht nur, wie ein einzelnes Spital geführt wird, sondern auch, was es bedeutet, eine Spitalgruppe zu leiten und auf regionale Bedürfnisse einzugehen. Er kommt zwar aus Deutschland, hat aber durch sein Wirken in Süddeutschland eine ähnliche Mentalität wie ein Schweizer. Natürlich wird er sich in das Schweizer Gesundheitswesen einarbeiten und ein Kontaktnetz knüpfen müssen. Das ist viel Arbeit. Aber ich bin überzeugt, dass er das schafft. Nicht zuletzt, weil Martin Nufer sich bestens auskennt.

Damian Müller, der zuerst als Ihr Nachfolger in Frage kam, hätte zwar mit politischen Kontakten helfen können, nicht aber in detaillierten Spitalfragen. Inwiefern waren Sie bei den Gesprächen um den FDP-Ständerat involviert?

Nur am Rande. Bei Martin Nufer war das anders. Da war das Auswahlverfahren deutlich breiter abgestützt. Ich kannte ihn schon von früheren Kontakten und durfte ihn jetzt besser kennenlernen. Er ist für die Luks-Gruppe eine sehr gute Wahl.

Was geben Sie Martin Nufer mit?

Das Amt ist sehr sinnstiftend, erfordert ein hohes persönliches Engagement, aber auch Gelassenheit und Geduld. Der permanente Ausgleich zwischen analogen und digitalen Investitionen, den Ansprüchen zwischen hochspezialisierter Medizin und Grundversorgung sowie die Bedürfnisse der verschiedenen Standorte wird auch ihn fordern.

Welche Pläne haben Sie nach Ihrem Luks-Engagement?

Ein Verwaltungsratsmandat habe ich noch behalten. Ich freue mich aufs Skifahren und Langlaufen im Winter und aufs E-Mountainbike fahren, Wandern und Schwimmen im Sommer. Daneben möchte ich

wieder vermehrt spannende Bücher lesen.

Zur Person

Ulrich Fricker (71) ist in Rapperswil AG aufgewachsen und hat in Aarau die Schulen besucht. Nach dem Studium und der Promotion an der Hochschule St. Gallen arbeitete Fricker in verschiedenen Führungsfunktionen bei der damaligen Elvia-Gruppe, der KPMG und der Suva. 2017 wurde er Mitglied des damaligen Spitalrats des Luks. Ein Jahr später und bis Ende 2024 präsidierte er den heutigen Verwaltungsrat der Luks-Gruppe, mit rund 8500 Mitarbeitenden die grösste Arbeitgeberin der Zentralschweiz. Fricker wohnt mit seiner Lebenspartnerin im Kanton Obwalden.

Gleichen tags erschienen in

- Obwaldner Zeitung
- Nidwaldner Zeitung
- Urner Zeitung
- Zuger Zeitung

ZH – Das Spital Wetzikon bekommt Zeit für seinen Sanierungsplan

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | GZO Spital Wetzikon | 21.12.2024

Trotz dem jüngsten Gerichtsentscheid bleibt auch das Szenario eines Konkurses möglich

Jan Hudec, Marius Huber

Im Spital Wetzikon hat man diese Woche mit wachsender Anspannung auf einen überlebenswichtigen Entscheid gewartet. Das Bezirksgericht Hinwil musste beschliessen, ob die provisorische Nachlassstundung in eine definitive übergeführt wird. Was technisch klingt, hat handfeste Konsequenzen: Die definitive Nachlassstundung würde dem Spital bis zu zwei weitere Jahre Zeit geben, um den in akute Not geratenen Betrieb mit einem Sanierungsplan zu retten. Ohne Nachlassstundung hingegen drohte der Konkurs für das Spital mit seinen 900 Mitarbeitenden.

Jetzt hat das Gericht entschieden: Die definitive Nachlassstundung ist Realität, die Spitalführung kann also aufatmen. Aus dem Schneider ist sie damit allerdings noch nicht. Sie hat zähe Aufgaben vor sich und ist von weiteren Entscheiden abhängig, die über Sein oder Nichtsein entscheiden. In die Krise geraten ist das Spital wegen einer Anleihe über 170 Millionen Franken, die es vor zehn Jahren am Markt aufgenommen hat. Geld, das es für einen Neubau benötigte, um im härter werdenden Wettbewerb unter den Spitälern auch in Zukunft zu bestehen. Eigentlich hätte das Spital diese 170 Millionen im Juni dieses Jahres den Gläubigern zurückzahlen müssen. Doch es war dazu nicht in der Lage.

Forderungen eingefroren

Die Spitalführung hatte bis Anfang 2024 noch versucht, jemanden zu finden, der die Anleihe ablöst, doch die Finanzlage des Betriebs war zu angespannt. Niemand war bereit, so viel Geld aufzubringen. Nur wenige Monate später zerschlugen sich auch die Hoffnungen auf staatliche Hilfe. Am 4. April verkündete die Zürcher Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli, der Kanton werde das Spital nicht aus seiner Finanzmisere retten – selbst wenn dies sein Ende bedeuten sollte. Der Betrieb sei entbehrlich. Seit Ende April befindet sich das Spital in der Nachlassstundung, und das bedeutet: Alle finanziellen Forderungen sind eingefroren. Dieser Zustand hat nun aufgrund des Gerichtsentscheids für weitere sechs Monate Bestand und kann bis Ende 2026 verlängert werden. So viel Zeit braucht es auch, wenn der Plan der Spitalführung aufgehen soll.

Zwei Punkte dieses Plans sind zentral: Das Spital braucht neues Geld und muss gleichzeitig seine Schulden reduzieren. Das neue Geld soll von den 14 Gemeinden kommen, denen das Spital gehört. Sie sollen gemeinsam 50 Millionen Franken einschiessen. Die entsprechenden Kredite wird aber die Bevölkerung erst noch bewilligen müssen. Auf der anderen Seite sollen die Gläubiger des Spitals auf einen beträchtlichen Teil ihrer Forderungen verzichten: auf 65 bis 70 Prozent. Dabei geht es nicht nur um die Anleihe, sondern um weitere Schulden, die sich zum Beispiel im Zusammenhang mit dem noch nicht fertiggestellten Neubau angehäuft haben. Insgesamt sollen die Schuldner auf rund 180 Millionen Franken verzichten.

Investoren üben Kritik

Diese haben den Schuldenschnitt in den letzten Wochen denn auch vehement bekämpft. Allen voran eine aktivistische Investorengruppe: Der Vorschlag sei alles andere als ausgewogen, kritisierte sie. Sie argumentierte, die Eigentümer, also die Gemeinden, sollten die Schulden bezahlen: Entweder indem sie das Land, die Häuser und allenfalls gleich den ganzen Spitalbetrieb verkaufen. Oder indem sie eine explizite Staatsgarantie sprechen, damit das Spital am Markt neues Geld aufnehmen kann. Das Spital müsse deshalb aus der Nachlassstundung entlassen werden. Man habe unter den Gläubigern die nötige Zweidrittelmehrheit für die eigenen Pläne.

Dass die Nachlassstundung nun definitiv wird, ist auch eine Niederlage für die Gläubiger: Diese haben jüngst auch die Absetzung der zwei Sachwalter gefordert, die während des Verfahrens ihre Interessen wahren sollen. Der Grund: Eine der beiden, Brigitte Umbach-Spahn, sei nicht unabhängig, weil sie mit einem Gossauer Gemeinderat verheiratet sei – und Gemeindepräsident ist dort Jörg Kündig (FDP), der Verwaltungsratspräsident des Spitals. Umbach-Spahn verwahrte sich gegen die Vorwürfe. Auch das Gericht sah offensichtlich keinen Anlass, sie auszuwechseln. Die beiden Sachwalter waren es, die den Antrag auf eine definitive Nachlassstundung gestellt haben. Sie begründen dies in einer Mitteilung damit, dass das Spital gut funktioniere. Es könne alle neu anfallenden Rechnungen aus dem laufenden Betrieb bezahlen.

Das Spital ist nun aber weiterhin auf die Gunst von Gemeinden und Schuldnern angewiesen. Der Verwaltungsratspräsident Jörg Kündig gibt sich in einer Medienmitteilung unmittelbar nach dem Gerichtsentscheid optimistisch: «Die definitive Nachlassstundung gibt uns die nötige Zeit, die Interessengruppen zusammenzuführen.» Sollte eine der beiden Seiten die Unterstützung für den Sanierungsplan verwehren, geht das Spital in Konkurs.

In den Gemeinden muss also die Bevölkerung in Abstimmungen und Gemeindeversammlungen die Kredite gutheissen. Und gleichzeitig muss das Spital darauf hoffen, dass die Gläubiger den Schuldenschnitt nicht ablehnen – dies könnten sie mit einer Zweidrittelmehrheit tun. Letztlich rechnet das Spital mit dem Pragmatismus der Gläubiger. Denn laut Berechnungen des Spitals bekommen die Gläubiger bei einem Konkurs nur noch gut 20 Prozent ihres Geldes – und damit nochmals deutlich weniger als beim massiven Schuldenschnitt, der ihnen immerhin noch 30 bis 35 Prozent einbringen würde.



Auf der Baustelle für den Neubau des Spitals stehen die Arbeiten seit geraumer Zeit still. Annick Ramp / NZZ

ZH – Kantonale Spitäler sparen beim Teuerungsausgleich

 Tages-Anzeiger | 20.12.2024

Löhne - Trotz Fachkräftemangel und Pflegeinitiative erhält das Gesundheitspersonal weniger Lohnzustupf als die kantonalen Angestellten.

Pascal Unternährer

Die gut 17'000 Angestellten des Universitätsspitals Zürich (USZ), des Kantonsspitals Winterthur (KSW), der Psychiatrischen Uniklinik (PUK) und der Integrierten Psychiatrie Winterthur (IPW) haben kürzlich eine unerfreuliche Mitteilung erhalten.

Im Fall von KSW, PUK und IPW ist der Teuerungsausgleich ganz gestrichen, im USZ beträgt die Zulage für das nächste Jahr 0,5 Prozent. Das kantonale Personal hingegen erhält den vollständigen Ausgleich von 1,1 Prozent. Der Regierungsrat orientiert sich dabei jeweils an der Teuerung per Ende August.

Hintergrund für diese Lohnpolitik ist die finanzielle Not vieler Spitäler. Einige wie in Bern, Aarau oder St. Gallen mussten vom Staat gerettet werden. Auch das Kinderspital Zürich entging einem Konkurs nur dank Darlehen und Subventionen des Kantons Zürich. Das Spital Uster brauchte ebenfalls Steuergelder, das Spital Wetzikon ist in grober Schieflage, weil der Kanton nicht aushalf. Das Kispi und Wetzikon kamen wegen kostspieliger Neubauten ins Straucheln.

In der Mitteilung vom Mittwoch an die Angestellten bezieht sich das KSW denn auch auf die «herausfordernde finanzielle Situation» des Spitals. Es hatte im Jahr 2023 einen Rekordverlust von 49,5 Millionen Franken verzeichnet. Die Zahlen für 2024 sind noch nicht bekannt. Das Winterthurer Spital betont in der Info, dass für individuelle Lohnerhöhungen und Einmalzahlungen 0,7 Prozent der Lohnsumme zur Verfügung stehen. Ebenfalls mit der wirtschaftlichen Lage argumentiert die PUK, die IPW erwähnt die Finanzen in ihrer Personalmitteilung nur indirekt. Die beiden psychiatrischen Anstalten haben 0,5 Prozent der Lohnsumme für individuelle Erhöhungen eingestellt.

Spitäler beziehen sich auf andere Spitäler

Etwas grosszügiger ist das USZ, das im Vorjahr 49 Millionen Verlust geschrieben hat: Es gewährt eine generelle Lohnerhöhung von 0,5 Prozent und sieht 0,5 Prozent für Einmalzulagen vor.

Das Vorgehen scheint koordiniert, alle vier Gesundheitsinstitute erwähnen in ihren Mitteilungen, dass sie die Entwicklungen in den anderen Spitälern berücksichtigt haben. Entscheidungsträger für die Massnahmen sind die jeweiligen Spitalräte.

Der Vergleich mit dem Staatspersonal ist für die Angestellten aus dem Gesundheitsbereich auch deshalb schmerzlich, weil sich die Spitäler seit zwei Jahren nicht mehr an die Vorgaben des Kantons halten müssen.

Der Regierungsrat wollte den Spitälern 2022 die Möglichkeit geben, grosszügiger zu sein. Es müsse den Spitalräten möglich sein, ihre Institutionen «auf dem Arbeitsmarkt als attraktive Arbeitgeber positionieren zu können», heisst es in der damaligen Begründung für die Änderung der Personalreglemente.

In der Wirklichkeit nutzten die Spitäler ihre neue Freiheit, um weniger grosszügig zu sein als der Kanton. Der Verband des Personals öffentlicher Dienste (VPOD) hat ausgerechnet, dass die Spitäler inzwischen 1,6 (USZ), 2,1 (KSW) und 2,2 Prozent (PUK, IPW) weniger Teuerungsausgleich bezahlten als der Kanton.

VPOD beklagt Reallohnverlust

Stephanie Fuchs, Regionalsekretärin des VPOD Zürich, kritisiert auf Anfrage die Spitalräte. «Das Gesundheitspersonal ist stark beansprucht und hat auch dieses Jahr vollen Einsatz gezeigt», sagt sie. Und doch müsse es im nächsten Jahr einen Reallohnverlust hinnehmen. Die Angestellten seien nicht verantwortlich für die teuren Neubauten und die Defizite der Spitäler, sagt Fuchs. Sie gibt zu bedenken, dass sich der insbesondere im Gesundheitsbereich grosse Fachkräftemangel gerade nicht mit einer knausrigen Lohnpolitik beheben lasse. Auch zahle sich Letztere gar nicht aus. Abgänge bei der Belegschaft zwingen die Betriebe, Temporärpersonal einzustellen, sagt Fuchs. Und dieses sei teurer und fürs Stammpersonal wegen der Einarbeitungszeit eine Zusatzbelastung.

Fuchs argumentiert weiter, das Stimmvolk habe mit dem klaren Ja zur Pflegeinitiative unter anderem zum Ausdruck gebracht, dass die Pflegenden besser behandelt werden sollen. Von den individuellen Lohnerhöhungen und Einmalzulagen profitierten nur wenige, sagt Fuchs.

Gleichen tags erschienen in

- Der Bund
- Der Landbote
- Neue Zürcher Zeitung NZZ

FR – L'hôpital appelé à la rescousse

 La Liberté | 19.12.2024

Les places d'urgence pour les enfants à protéger manquent. Une solution a été trouvée avec l'hôpital

Dominique Meylan

Enfance - Il manque cruellement de places pour les enfants qui ont urgemment besoin d'une protection dans le canton. La situation est tendue au point qu'une solution inédite a été mise en place. Si toutes les institutions affichent complet, c'est l'hôpital qui servira d'abri à ces enfants. Ce dispositif est en vigueur depuis le début de la semaine et le restera jusqu'à la fin des vacances scolaires. Pour prendre soin des enfants, des enseignants ont accepté de venir prêter main-forte, a appris La Liberté.

Les cantons de Vaud et de Genève, notamment, connaissent les hospitalisations sociales depuis plusieurs années. A Fribourg, où l'on parle de placement protectionnel à l'hôpital, c'est nouveau. Un enfant avait été accueilli en 2023, mais il avait un réel besoin médical. Ce ne sera pas le cas cette fois. «Mettre un enfant avec des besoins protectionnels à l'hôpital n'est pas la solution la plus adaptée. Il s'agit vraiment d'une roue de secours», admet Estelle Papaux, cheffe du Service de l'enfance et de la jeunesse (SEJ).

Il existe plusieurs places d'urgence pour les enfants en danger, à la fondation Transit pour les plus grands et au Bosquet pour les plus jeunes. Pour que le système fonctionne, il devrait y avoir constamment des disponibilités, ce qui est loin d'être le cas. «C'est arrivé plusieurs fois qu'on doive refuser un placement d'urgence», relate Pascal Schweizer, directeur de Transit. Le canton veut disposer d'une alternative pour les fêtes, une période traditionnellement difficile. L'hôpital ne sera mobilisé qu'en cas de besoin. «Mon objectif est que cette solution ne soit pas ou extrêmement peu utilisée», précise Estelle Papaux.

Secteur inoccupé

Les enfants ne seront pas accueillis en pédiatrie, un service déjà surchargé. Ils iront dans un secteur qui connaît une pause pendant les fêtes de fin d'année. Pour des raisons de sécurité, le SEJ ne communique pas davantage de détail. Jusqu'à mercredi soir, aucun enfant n'avait bénéficié de ce dispositif. Les placements se font via un service de piquet qui est assuré par le SEJ de jour comme de nuit. La police s'y adresse lorsque des mineurs doivent potentiellement bénéficier d'une protection.

C'est par solidarité que les enseignants fribourgeois se sont mis à disposition pour venir en aide à ces enfants. Ce travail sera réalisé sur leurs jours de congé et leurs vacances, mais ils seront indemnisés. La Direction de la formation et des affaires culturelles a formellement autorisé son personnel à mener cette activité accessoire pendant les fêtes.

Une telle hospitalisation ne sera logiquement pas prise en charge par l'assurance-maladie ou accident. Les coûts, calculés sur la base d'un accord financier, sont à la charge du canton. «Cela me fait chaud au cœur de savoir que, et l'hôpital, et les enseignants s'inquiètent de cette situation et sont prêts à faire des efforts», souligne Estelle Papaux.

«Triste et malheureux»

Les directeurs d'institutions vivent au quotidien ce manque de places dans le canton. «Il est important que l'idée d'une hospitalisation sociale d'un enfant reste choquante. Dans d'autres cantons, ce sont des solutions qui durent depuis des années. Il faut éviter ce glissement à Fribourg», estime Pascal Schweizer, directeur de Transit. «Je trouve cela triste et malheureux d'en arriver là. Hospitaliser un enfant, parce qu'il n'y a pas d'autre option, cela reste difficile à entendre», ajoute Océane Morand, directrice du Bosquet.

«Il s'agit vraiment d'une roue de secours» - Estelle Papaux

La période de Noël est particulièrement compliquée. «Cela ravive les blessures et c'est souvent à ce moment que tout explose dans les familles», explique Laure Oberson Corpataux, coresponsable du Foyer Saint-Etienne. Depuis début décembre, le SEJ reçoit jusqu'à 100 appels par jour de parents ou de partenaires inquiets. Il y a trois mois, une première mesure a été prise avec le rehaussement du niveau de gravité qui nécessite le placement d'un enfant. «Nous sommes dans le niveau le plus haut de la mise en danger pour un placement. Ce n'est plus la zone rouge, mais la zone violette. Malgré cela, nous sommes toujours à la limite», expose Estelle Papaux.

Solutions à trouver

Une solution a ensuite été examinée avec les institutions en place. «Mais les murs et le personnel éducatif ne sont pas extensibles», poursuit la cheffe du SEJ. Il arrive que des placements surnuméraires soient réalisés. «Nous mettons les enfants dans la cuisine s'il le faut. Mais ce sont des solutions bancales. Et nous ne pouvons pas prendre le risque de faire implorer une institution en faisant du surnuméraire de manière importante. Cela augmenterait encore nos difficultés», relate Estelle Papaux.

Le dispositif se terminera en même temps que les vacances scolaires. Est-ce que cela sera suffisant? «Il faut l'espérer», répond la cheffe du SEJ. L'année prochaine s'annonce difficile. De nouvelles places sont planifiées, mais elles ne devraient pas ouvrir avant le deuxième semestre 2025.

Ce recours à l'hôpital, un lieu peu approprié pour des enfants en bonne santé, doit rester exceptionnel, estime le directeur de l'HFR Marc Devaud. Charly Rappo/photo prétexte

Enseignants et soignants solidaires

L'hôpital et les enseignants ont fait plus qu'offrir des locaux et du temps. Ils se sont investis dans l'organisation.

Le directeur de l'Hôpital fribourgeois et la coprésidente de Formation Fribourg, Marc Devaud et Raphaëlle Giossi sont les chevilles ouvrières de ce dispositif. Ce sont eux qui ont travaillé à concrétiser cet accueil d'urgence pour les enfants à l'hôpital, s'occupant des brosses à dents comme des ressources humaines, sans oublier les plateaux-repas. «Ce n'est pas la mission de l'hôpital, affirme d'emblée Marc Devaud. Nous sommes d'accord de faire cela à titre exceptionnel, parce que nous avons été émus par cette situation.» Raphaëlle Giossi abonde: «Pour nous, ce n'est pas une solution pérenne.»

Quand il a été interpellé pour la première fois, Marc Devaud a d'abord refusé. Puis il a mal dormi en pensant aux enfants concernés et l'idée a fait peu à peu son chemin. Le personnel de l'hôpital, d'autant qu'il ne s'agira pas du service de pédiatrie, a aussi exprimé certaines craintes. «Nous avons organisé quelques colloques pour les rassurer», raconte-t-il. C'est une citation de Nelson Mandela qui l'a porté pendant tout ce processus: «Rien ne révèle mieux l'âme d'une société que la façon dont elle traite ses enfants.»

Pour les enseignants, «c'était une évidence qu'il fallait faire quelque chose. Il y a eu beaucoup de solidarité, ne serait-ce que pour trouver des habits ou des jouets», relate Raphaëlle Giossi. Les sept personnes engagées sont volontaires. Les enseignants, qui accompagnent déjà des élèves souffrant de maltraitance, ont été privilégiés. Deux éducatrices, issues du monde de l'école, participent également au dispositif.

Les enseignants accueilleront et accompagneront les enfants pendant la journée. L'hôpital assurera les soirées et la nuit. Normalement, les séjours ne devraient pas dépasser deux à trois jours. «Il peut s'agir d'un enfant seul ou d'une fratrie. Nous savons juste qu'ils auront entre 7 et 17 ans», explique Raphaëlle Giossi. L'activité normale de l'HFR ne devrait pas être perturbée. DM

L'hôpital accueille les enfants menacés

Seitenzahl
1

Seitenzahl
Titelseitenanriss

Fribourg - Les places d'urgence pour les enfants à protéger manquent dans le canton de Fribourg. Pendant les fêtes, l'hôpital pourrait prendre le relais, à titre exceptionnel. Vaud et Genève, notamment, connaissent déjà les hospitalisations sociales. A Fribourg, où l'on parle de placement protectionnel à l'hôpital, c'est nouveau. Ce dispositif restera en vigueur jusqu'à la fin des vacances scolaires. Des enseignants encadreront les enfants.

AR, AI, SG – Zweite gemeinsame Spitalliste gilt Reha

 St. Galler Tagblatt | 19.12.2024

Die Kantone St. Gallen und beide Appenzell erlassen nach der Akutsomatik auch einheitliche Liste für Kliniken zur Rehabilitation.

Marcel Elsener

Von einem historischen Durchbruch war im März die Rede: Die Kantone St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden erliessen erstmals eine gemeinsame Spitalliste in der Akutsomatik. Damit definierten sie die Leistungen der medizinischen Grundversorgung, die für ihre gesamthaft rund 600'000 Einwohnerinnen und Einwohner von der obligatorischen Krankenversicherung und den Kantonen finanziert werden. Die Liste ist im April in Kraft getreten und gilt bis 2031.

Nun legen die drei Kantone die gemeinsame Spitalliste für die Angebote zur Rehabilitation vor. Von den 23 Standorten, die sich mit insgesamt 111 Leistungsgruppen bewarben, wurden laut Mitteilung der drei Kantone 21 Standorte und 77 Leistungsgruppen berücksichtigt. Davon befinden sich fünf Reha-Kliniken im Kanton St. Gallen (Oberwaid, St. Gallen, Walenstadtberg, Valens, Bad Ragaz), drei in Ausserrhoden (Gais, Niederteufen, Walzenhausen) und eine in Innerrhoden (Weissbad). Die restlichen zwölf Kliniken auf der Liste verteilen sich auf sechs weitere Kantone.

Konzentration zugunsten der qualitativen Versorgung

Die Regierungen stützten sich bei der Auswahl auf einen gemeinsamen Planungsbericht, den ein Projektteam unter Leitung von Stefania Mojon vom St. Galler Amt für Gesundheit verfasste. Dazu gehören eine Analyse des aktuellen Bedarfs und eine Prognose bis 2032. In der gemeinsamen Planung wandten die drei Ostschweizer Kantone neu auch ein vom Kanton Zürich entwickeltes System zur differenzierten Zuordnung der Leistungen zu den Gruppen an. Somit konnten sie Leistungsaufträge, die spezialisierte Infrastruktur, Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern, nicht mehr den Unternehmen, sondern den entsprechenden Klinikstandorten zuweisen. Und neu führen sie zudem Mindestfallzahlen ein.

Dass sich die Zahl der 111 eingereichten Leistungsgruppen auf 77 reduzierte, habe hauptsächlich mit der gezielten Vergabe an die Standorte zu tun, erklärt der St. Galler Gesundheitschef Bruno Damann. Anders als vor acht Jahren benenne man nun den spezialisierten Ort, um mit der Konzentration vermehrte Qualität zu schaffen. Neue Angebote wie in der Akutsomatik-Liste die Herzchirurgie finden sich laut Damann in der Reha-Spitalliste nicht. Und die berücksichtigten Kliniken seien die gleichen, die bereits bisher auf den kantonalen Listen figurierten.

Absagen an Chur und St. Katharinental

Nicht berücksichtigt wurden das Rehaszentrum Chur und die Klinik St. Katharimental der Spital Thurgau AG. Der von Chur anvisierte Bedarf werde bereits durch die bestehenden Angebote in der Region (Reha-Zentren Valens und Walenstadtberg, Clinic Bad Ragaz, Reha-Klinik Seewis) gedeckt, die neben zahlreichen Leistungsgruppen auch die Querschnittsbereiche der geriatrischen und überwachungspflichtigen Rehabilitation abdecken, heisst es in der Begründung. Und St. Katharimental erreiche für die Bevölkerung der Planungsregion in keiner Leistungsgruppe die Versorgungsrelevanz.

Nichts Neues, wenig Überraschendes, konstatiert Gesundheitschef Damann. Erstaunt war er allerdings über den Ort mit den umfangreichsten Leistungen ausserhalb der Region SG/AR/AI: Die Reha-Klinik Dussnang schwingt bei den ausserkantonalen Angeboten mit 697 Patienten klar obenaus, gefolgt von Zihlschlacht (273 Patienten).

Die drei Kantone rechnen nicht mit Einsprachen

Aufgrund der «sehr positiven Vernehmlassung», so Damann, rechnen die drei Kantone nicht mit Einsprachen. Am ehesten nicht zufrieden sei wohl der Kanton Thurgau, der seine Kritik bereits in der Vernehmlassung äusserte. Für eine allfällige Beschwerde gegen die Spitalliste der drei Nachbarkantone hätte er nun 30 Tage Zeit. Angefochten werden kann die Liste beim Bundesverwaltungsgericht, das aber in der Regel in solchen Fällen zwei bis drei Jahre für einen Entscheid braucht.

Folglich sind die sieben Beschwerden, die von Kliniken und Krankenversicherern im Frühling gegen die gemeinsame Akutsomatik-Liste eingingen (unter anderem gegen den Ausbau der Herzchirurgie), allesamt hängig – und dies wohl noch länger.

Die nächste gemeinsame Spitalliste der drei Kantone gilt der Psychiatrie: Sie wird ab 2026 erstellt und soll ab 2028 gelten. Möglich, dass in diesem Bereich auch der Kanton Thurgau erstmals einsteigt, wie Bruno Damann andeutet. «Unsere Türen sind offen.»



Die Klinik Gais – ein Teil der Valens-Gruppe – ist auf der neuen gemeinsamen Reha-Liste. Bild: Ralph Ribl

Drei Kantone legen Reha-Spittalliste vor

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Gesundheitspolitik - Im Frühling erliessen die Kantone St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden erstmals eine gemeinsame Spittalliste für die Akutsomatik – «ein historischer Tag», wie es hiess. Nun haben sie folgerichtig auch die Liste für die Rehabilitationskliniken vereinheitlicht, die ab 2025 gilt. Die drei Kantone einigten sich auf 21 Standorte für insgesamt 77 Leistungsgruppen. Davon liegen neun Standorte in ihrer Planungsregion, zwölf in sechs anderen Kantonen wie Thurgau, Zürich oder Basel. Während es bei der Liste für Akutsomatik mehrere Beschwerden gab, rechnen die Regierungen bei der Reha-Liste nicht mit Einsprachen. **(mel)**

AG – Spital Zofingen: Spital als «reines Renditeobjekt»?

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | Spital Zofingen | 19.12.2024

Die SP kritisiert den Verkauf des Spitals Zofingen – und Nationalrat Cédric Wermuth wendet sich an den Bundesrat.

Matthias Niederberger

Vor einer Woche verkaufte das Kantonsspital Aarau (KSA) das Spital Zofingen an die Swiss Medical Network Holding SA. Fortan gehört es einem privaten Unternehmen, an dem das KSA neu als Aktionärin beteiligt ist. Der Aargauer Gesundheitsdirektor Jean-Pierre Gallati (SVP) steht vollends hinter dieser Lösung. Stadtpräsidentin Christiane Guyer gibt sich erleichtert. Gesundheitskommissionspräsident Severin Lüscher (Grüne) sieht in der Übernahme die einzige Alternative zur Schliessung.

Die Gewerkschaft VPOD hingegen hielt den Verkauf des Regionalspitals von Anfang an für «eine kurzsichtige Entscheidung mit gefährlichen Konsequenzen». Solche kritischen Stimmen häuften sich in den vergangenen Tagen. Am Dienstag äusserten sich die Sozialdemokraten im Grossen Rat mit einer Fraktionserklärung zum Verkauf des Spitals Zofingen. Dieses sei Teil eines «dubiosen und hoch verschuldeten» Investment-Konglomerates namens Aegis Victoria, sagte Grossrat Jürg Knuchel. Die SP zeigt sich «zutiefst besorgt über den hinterrücks erfolgten Verkauf des Spitals Zofingen an einen dubiosen Investor, auch wenn wir die Erleichterung der Mitarbeitenden und der ganzen Region Zofingen über die kurzfristige Verschnaufpause gut verstehen und nachvollziehen können.»

Zusätzlich reichte die Aargauer SP-Fraktion am Dienstag eine Interpellation ein. Darin stellt sie dem Regierungsrat detaillierte Fragen zum Spital Zofingen. Etwa, welche Einfluss- und Handlungsmöglichkeiten der öffentlichen Hand in Zukunft noch bleiben, falls Swiss Medical Network in einigen Jahren zum Schluss kommen sollte, das Spital sei aufgrund einer zu geringen Rendite doch zu schliessen. Oder welche öffentlich-rechtlichen Optionen als Alternative zur Privatisierung vor dem nun erfolgten Verkauf überhaupt geprüft wurden. Ausserdem wollen die Interpellanten wissen, welche Gründe für eine Minderheitsbeteiligung des KSA an Swiss Medical Network sprechen und mit welchen Erwartungen diese verbunden ist.

Cédric Wermuth befürchtet weitere Privatisierungen

Auch im Bundeshaus gibt das Spital Zofingen zu reden. Cédric Wermuth, Nationalrat und Co-Präsident der SP Schweiz, wird diese Woche eine Interpellation beim Bundesrat einreichen. Darin heisst es, dass mit dem Aufkauf von öffentlichen Spitälern durch private Klinikgruppen ein wachsendes Netzwerk der koordinierten Versorgung auf privater Basis geschaffen werde. «Somit wird ein stetig grösserer Teil der Grundversorgung privatisiert und gerät zumindest in den Einflussbereich ausländischer Investoren.»

Das Spital Zofingen stehe exemplarisch für viele weitere Spitälern mit finanziellen Problemen, begründet Wermuth seinen Vorstoss. Auf Anfrage sagt er: «Ich befürchte, dass solche Privatisierungen bei anderen

bürgerlichen Regierungen als Vorbild dienen könnten.» Private Investoren hätten andere Interessen als eine gute, bezahlbare Gesundheitsversorgung. «Meine Sorge ist, dass das Spital Zofingen mittelfristig zu einem reinen Renditeobjekt umgewandelt wird», sagt der SP-Politiker. Insbesondere, wenn er sehe, wer an der Muttergesellschaft Aegis Victoria beteiligt sei. Es handle sich um amerikanische Privatinvestoren wie MPT Medical Properties Trust, das Emirat Kuwait und den Walliser Privatinvestor Antoine Hubert.

Inside Paradeplatz berichtete 2023 über die angeblich hoch verschuldete Aegis Victoria. Mitte vergangenes Jahr hätten die verzinslichen Schulden eine Milliarde Franken erreicht, trotzdem schütete die Gesellschaft ungewöhnlich hohe Dividenden an Hubert und die Mitaktionäre aus, lautete die Kritik. «Spitalkönig wandelt am Abgrund», titelte Inside Paradeplatz. Ein Mediensprecher von Aegis Victoria dementiert: Der Artikel sei «tendenziös und falsch». Die umfassenden Vermögenswerte des Unternehmens würden bewusst weggelassen. Aegis sei solide finanziert und erziele seit vielen Jahren organisches Wachstum: «Es ist ein gesundes Unternehmen.»

Mehr Geld aus öffentlicher Hand gefordert

Cédric Wermuth sagt, vor allem bei den Angestellten könne er die kurzfristige Erleichterung nachvollziehen. «Aber ein solcher Verkauf kann nicht mehr korrigiert werden.» Aus seiner Sicht wäre es wichtig, dass die öffentliche Hand die Finanzierung der Spitallandschaft grundsätzlich ändert: «Dass sich die Spitäler selbst finanzieren, erweist sich offensichtlich als Illusion.»

Es gehe ihm nicht um das zwanghafte Erhalten sämtlicher Leistungen an allen Spitälern: «Ich diskutiere gerne darüber, welche Ausrichtungen kleinere Spitäler in Zukunft haben sollen», sagt Wermuth. Aber mit Privatisierungen gebe man die Zügel aus der Hand und riskiere, mit grossen Schritten Richtung Zweiklassenmedizin zu gehen.

Vom Bundesrat möchte der SP-Politiker unter anderem wissen, ob sich dieser bewusst sei, «dass die finanzielle Notlage von kleineren Spitälern von Privatspitälern ausgenutzt wird und zu einer zunehmenden Privatisierung der Grundversorgung führen kann». Zudem fragt Wermuth in der Interpellation, ob es der Bundesrat als problematisch erachte, dass ein öffentliches Spital – wie in diesem Fall das KSA – Aktionärin bei einem Privatspital wird. Ausserdem möchte er wissen, wie Standortgemeinden unterstützt werden könnten, die ihre regionalen Spitäler in der öffentlichen Hand behalten möchten.

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

SG – Nun kann «Hoch» starten

 St. Galler Tagblatt | St. Galler Spitalverbunde | 21.12.2024

Die Interimsleitung des neuen St.Galler Spitalunternehmens ist komplett – der Verwaltungsrat plant länger mit ihr.

Regula Weik

In knapp zwei Wochen startet das neue St. Galler Spitalunternehmen «Hoch» Health Ostschweiz, der Zusammenschluss der bisher vier Spitalverbunde. Von aussen schien alles bestens aufgegleist, die Fusion hatte den Segen der Politik, der CEO des neuen Grossunternehmens war bestimmt – dann Anfang Monat der Knall: Der Spitalverwaltungsrat und Stefan Lichtensteiger, designierter «Hoch»-CEO, gehen getrennte Wege. Stellvertreter Simon Wildermuth übernahm per sofort und wird der erste CEO des neuen Unternehmens sein – ad interim.

Nun hat der Verwaltungsrat die dadurch entstandenen offenen Positionen in der Geschäftsleitung bestimmt. Stellvertretender CEO wird Roger Theiler, Leiter Departement Entwicklung & Innovation. Chief Medical Officer – dafür war Wildermuth vorgesehen – wird neu Wolfram Jochum, Chefarzt Pathologie. Sein Stellvertreter wird Oliver Bozinov, Chefarzt Neurochirurgie. Alle sind aktuelle Mitglieder der GL des KSSG – «erfahrene Leute, die in der Lage sind, unsere Ziele und Strategie umzusetzen», sagt VR-Präsident Stefan Kuhn. «Sie geniessen unser volles Vertrauen.»

Der Verwaltungsrat war nach der Trennung von Lichtensteiger harsch kritisiert worden. Nun scheint das Gremium Ruhe anzustreben. So sagt Kuhn auf Anfrage: Er gehe davon aus, dass die GL in der nun vorgestellten Zusammensetzung 2025 Bestand haben werde. «Wir geben ihr Zeit, dass sie den Transformationsprozess fokussiert umsetzen kann.» Allenfalls werde die Stelle des CEO zu einem späteren Zeitpunkt extern ausgeschrieben.

Gleichen Tags erschienen in

- Appenzeller Zeitung
- Toggenburger Tagblatt
- Wiler Zeitung

BE – Gesundheitsdirektor Pierre Alain Schnegg: «UPD haben 50 Millionen Franken nicht fakturiert» - Interview

 Bieler Tagblatt | UPD Bern | 19.12.2024

Gesundheitsdirektor Pierre Alain Schnegg (SVP) kritisiert den ehemaligen Verwaltungsrat der Universitären Psychiatrischen Kliniken scharf. Er begründet, warum es zum Zerwürfnis kam und skizziert die Zukunft der Berner Psychiatrie.

Marina Bolzli und Joël Widmer, Hauptstadt

Pierre Alain Schnegg, im Frühling ist der gesamte Verwaltungsrat der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) mit einem lauten Knall abgetreten. Das waren alles Menschen, die der Regierungsrat selbst ins Amt gewählt hat. Wie kam es zum Zerwürfnis zwischen Ihnen und der UPD-Führung?

Pierre Alain Schnegg: Wir haben gemerkt, dass der Verwaltungsrat nicht in der Lage ist, die nötigen Änderungen umzusetzen.

Das heisst?

Er hat zu wenig professionell gearbeitet. Er hat zum Beispiel bei Patienten Nebendiagnosen nicht in Rechnung gestellt. Ich habe Ihnen dazu eine Präsentation vorbereitet.

Schnegg zeigt eine Folie. Dar- auf sieht man Vergleichszahlen verschiedener Psychiatrieanbieter aus der ganzen Schweiz, konkret auch UPD und Psychiatriezentrum Münsingen (PZM). Die UPD haben im Durchschnitt 2,2 Nebendiagnosen verrechnet, alle anderen mehr, zum Beispiel das PZM 4,1 Nebendiagnosen, die Psychiatrie Graubünden gar 6,3. Der nationale Durchschnitt liegt bei rund 4 verrechneten Nebendiagnosen.

Und warum sind die Nebendiagnosen so wichtig?

Weil man mehr Ertrag pro Fall generieren kann, wenn die Nebendiagnosen vollständig erfasst werden. Es braucht ein bisschen Arbeit, die Nebendiagnosen zu erfassen. Aber die UPD fanden es einfacher, beim Kanton eine Tariferhöhung und mehr Geld zu fordern, anstatt den Job wirklich korrekt durchzuführen.

Was hätten Sie denn erwartet?

Dass der Verwaltungsrat diese Firma führt und nicht nur jammert. Wir haben einen Vorschlag gemacht, gewisse Änderungen im Verwaltungsrat anzugehen. Daraufhin hat der Verwaltungsrat entschieden, sich ganz zurückzuziehen. Und haben Sie den Bericht zur Fusion zwischen UPD und Psychiatriezentrum Münsingen (PZM) gelesen?

Warum meinen Sie?

Der Bericht ist viel zu wenig ausgereift. Das Einzige, was drinsteht und wichtig und korrekt ist: dass eine Fusion Sinn machen würde. Das unterstützen wir hundertprozentig. Aber dazu braucht man einen klaren Plan, wie man das erreichen will. Und nicht einen Plan, der irgendwo auf dem Mond ist. Einen wie im Bericht geforderten und dem Businessplan zugrunde gelegten Tarif von 965 Franken pro Tag in der Psychiatrie – gegenüber heute 765 Franken – werden Sie nie bekommen in der Schweiz. Nie. Wenn ein Verwaltungsrat das nicht sieht, macht mir das Sorgen.

Aber der neue Verwaltungsrat macht ja nichts anderes. Er will auch fusionieren und beantragt einen Rettungskredit.

Die Situation ist nun völlig anders. Der neue Verwaltungsrat hat die Probleme erkannt und sofort gewisse Massnahmen getroffen. Das heisst, die Differenz zwischen UPD und PZM verkleinert sich. Die UPD verbessern die Erfassung, die Nebendiagnosen werden jetzt gestellt. Sie haben eine bessere Auslastung. Sie haben Kosten gesenkt. Sie haben auch gewisse Personalmassnahmen getroffen.

Ende Januar wurde der langjährige Psychiatrie-Chefarzt Werner Strik pensioniert. Laut dem ehemaligen Verwaltungsrat hat er Effizienzmassnahmen behindert. Man wusste, dass es mit der neuen Leiterin besser werden würde.

Das stimmt. Ich gehe nicht davon aus, dass der neue Verwaltungsrat diesbezüglich schlechter gestellt ist. Aber auch der vorherige Verwaltungsrat war Verwaltungsrat. Dann muss man gewisse Massnahmen treffen.

Der Regierungsrat hat aber den umstrittenen Leiter vor zwölf Jahren trotz Kritik explizit im Amt belassen.

Ich will nicht über diese alte Geschichte sprechen. Ich war nicht da. Nicht in der Politik, nicht im Grosse Rat, nicht im Regierungsrat. Der ehemalige Leiter hat auch nichts zu tun mit dem Fusionsprojekt, das völlig im Nebel war. Das war ein Wolkenprojekt. Dabei haben wir immer kommuniziert, dass wir mit dem Grundsatz der Fusion einverstanden sind. Warum zwei psychiatrische Notfalldienste betreiben, warum zwei Geriatrie-Psychiatrien, warum zwei Erwachsenen-Psychiatrien?

Ihre Kritik war ja, dass die Institutionen zuerst für sich selbst gesunden müssten, bevor sie sich zusammenschliessen.

Das ist genau, was sie jetzt machen. Sie haben Massnahmen ergriffen und setzen sie um. Und zum Glück haben wir nicht fusioniert, denn heute würde man ein hundertprozentiges k.o. haben in der Berner Psychiatrie. Man hätte das PZM zerstört und die UPD nicht gestärkt. Jetzt haben UPD und PZM zwar immer noch Schwierigkeiten, aber die UPD machen Schritte in die gute Richtung.

Bei der Verselbständigung der UPD auf Januar 2017 gab es viele Altlasten, vor allem, was die Bauten betrifft – und gleichzeitig wurden vom Kanton zu wenig Mittel mitgegeben. War nicht letztlich die Hypothek der UPD einfach zu gross?

Ich bestreite diese Aussage nicht unbedingt. Seinerzeit war ich als Verwaltungsratspräsident vom Hôpital du Jura Bernois auf der anderen Seite. Wir wollten mit der Psychiatrie in Bellelay fusionieren und entschieden, die Gebäude nicht wie die UPD im Baurecht zu übernehmen, sondern zu mieten, auch wenn der Mietpreis meiner Meinung nach zu hoch war.

Warum mieteten Sie?

So ist man flexibler zu entscheiden, wie es weitergeht. Auch wenn es ein paar Jahre lang mehr kostet. Heute bin ich froh für die Region, dass wir die Gebäude nicht im Baurecht übernommen haben. Auch die UPD hatten die Wahl. Ich will damit nicht sagen, dass es ein Fehler der UPD war, die Gebäude auf dem Waldau-Areal im Baurecht zu übernehmen. Es könnte vielleicht sogar eine gute Entscheidung sein, wenn man später auszieht und der Kanton bei einem Heimfall bezahlen muss.

Wie wichtig ist Ihnen die psychiatrische Versorgung?

Ich weiss, es gibt Leute, die gesagt haben, ich sei orientierungslos, ich sei verantwortungslos. Psychiatrische Versorgung ist sehr wichtig. Dafür habe ich auch schon im Berner Jura gekämpft. Im Idealfall ist die Psychiatrie auch nahe der Akutsomatik. Das ist nicht überall machbar, aber wenn es

machbar ist, dann ist es besser so. Warum probieren wir nun eine Lösung für Bern zu finden? Etwa, weil ich nicht an die Psychiatrie glaube?

Das ist eine rhetorische Frage.

Ja, ich stelle die Frage an Leute, die solche Sachen erzählen. Es geht hier nicht um Politik, es geht hier um Psychiatrie und Menschen. Und es gibt gewisse Leute, die versuchen, daraus ein Politikum zu machen. Vielleicht sind diese Leute jetzt ein bisschen stiller geworden, weil sie merken, was läuft.

Sie sagen also, Psychiatrie ist Ihnen wichtig, aber es muss sich trotzdem rechnen?

Klar, das geht sehr gut zusammen. Das PZM ist der Beweis, dass es laufen kann. Oder die Psychiatrie im Berner Jura: Hat sie einen Kreditantrag gestellt? Wenn man seinen Job macht, ist es möglich. Und warum können die psychiatrischen Dienste Aargau finanziell so gut unterwegs sein? Weil sie korrekt arbeiten. Und wenn ich sage, «korrekt arbeiten», denke ich nicht an die Pflegerin, die ihren Job macht. Die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der UPD engagieren sich sehr stark. Aber wenn in den oberen Etagen der Job nicht gemacht wird, ist es schon traurig.

Jetzt nochmal konkret zu den Krediten. Über die UPD wurde ein Rettungsschirm von 52 Millionen Franken gespannt. Mitte November wurde die erste Tranche über 25 Millionen gesprochen. Wie viel Geld wurde schon überwiesen?

Die erste Tranche wurde überwiesen. Heute ist die UPD-Führung nicht sicher, ob sie die nächsten Tranchen wie vertraglich zugesichert brauchen werden, weil gewisse Verbesserungsmaßnahmen jetzt schon Früchte tragen. Diesen Überbrückungskredit werden wir aber bis 2027 mit einer definitiven Lösung ablösen müssen.

Sind die Notkredite beim Kanton schon als Verlust abgeschrieben?

Die UPD werden den Kredit von 52 Millionen formell zurückzahlen. Aber der Kredit wird abgelöst durch eine Finanzspritze des Kantons, die eine Fusion und eine Neuaufstellung der Psychiatrie im Kanton Bern möglich macht. Wie viel der Kanton investieren wird, ist noch nicht definiert. Klar ist: Es waren 50 bis 60 Millionen Franken, die während der letzten fünf Jahre von der UPD nicht fakturiert wurden, und diese sind verloren.

Was heisst das?

Wenn die UPD richtig fakturiert hätte, hätte man jetzt kein Steuergeld geben müssen.

Und wie viel wird das Fusionsprojekt kosten?

Das wird davon abhängig sein, wo die verschiedenen Betten angesiedelt werden. Brauchen wir einen Neubau, kann man ein existierendes Gebäude nutzen? Können wir gewisse Betten zum Beispiel auf dem Insel-Areal haben? Denn die Zusammenarbeit zwischen Neurologie und Psychiatrie wird in Zukunft sicherlich noch wichtiger.

Die neue fusionierte Psychiatrie soll also nicht am historischen Standort der UPD in der Waldau aufgebaut werden?

Das ist noch nicht entschieden. Jetzt machen die Leute von PZM und UPD eine Analyse. Sie berechnen, wie viel sie in die Gebäude investieren können, damit es refinanzierbar sein wird. Sie überlegen, wo man die Gebäude haben wird. Es könnte sein, dass nichts mehr auf dem heutigen UPD-Areal ist und alles in Münsingen und auf dem Inselareal angesiedelt wird. Aber auch eine Variante mit einem von mehreren Standorten auf dem Waldau-Areal ist denkbar. Alles ist offen.

Und wie sollte die Psychiatrie im Kanton Bern laut Ihnen in zehn Jahren aussehen?

Ich bin der Meinung, dass wir in jeder Region eine gewisse Anzahl Betten brauchen für die psychiatrische Grundversorgung. Im Spital, nahe beim Spital oder in Zusammenarbeit mit dem Spital. Das haben wir in Langenthal, in Burgdorf, in Interlaken, im Berner Jura. Wir haben eine grosse Lücke in der Region Biel-Seeland. Die Betten, die wir künftig in den Regionen haben, brauchen wir nicht mehr im Zentrum.

Sie würden im Zentrum abbauen zugunsten der Regionen?

Da gehen Sie ein bisschen zu schnell vor. Was klar ist, wir brauchen Betten. Und in der Region haben wir jetzt Betten. Aber ist die Versorgung mit Betten auch ausreichend? Brauchen wir mehr? Das werden wir durch die Analyse erfahren, die jetzt läuft. Den Rest der Bedürfnisse werden wir durch PZM und UPD decken. Manche Fälle können nur dort behandelt werden. Zum Beispiel Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diese soll es nicht im ganzen Kanton verteilt geben. Klar ist: Wir brauchen in jeder Region eine gute Grundversorgung und im Zentrum zusätzlich eine für alle spezialisierten Bedürfnisse.

Was wird sich sonst noch ändern?

Die Ambulantisierung wird wichtiger werden. Das heisst nicht, dass wir keine stationären Betten mehr brauchen. Aber alles, was wir ambulant machen können, ist ein Plus für alle: für die Betroffenen, die Angehörigen und die Behandelnden. Wir sollten jetzt also besser keinen Palast mit unzähligen Betten bauen. Wir brauchen viel mehr Flexibilität.

Sie vermuten, dass es mehr Behandlungen, aber weniger Betten braucht?

Nicht heute, aber morgen. Ich kann mir vorstellen, dass wir noch mehr ambulant behandeln werden oder anders. Nehmen Sie zum Beispiel jemanden, der in einem Pflegeheim lebt. Heute wird die Person vom Pflegeheim in eine psychiatrische Klinik transportiert, behandelt und zurücktransportiert. Pflegeheime dürfen diese Dienstleistungen gar nicht anbieten. Ich gehe davon aus, dass wir in einigen Jahren Leute aus der Klinik in die Heime schicken werden und die Patientinnen und Patienten dort behandeln.

Warum gibt es im Kanton Bern derzeit so viele Gesundheitsinstitutionen, die mit Problemen kämpfen?

Es sind nicht viele, bekannt sind das Inselspital und die UPD. Die anderen haben nicht mehr Probleme als alle in der Schweiz. Allen macht die Teuerung zu schaffen. Und alle müssen ambulantisieren. Das Inselspital hat sehr viele Projekte umgesetzt. Es hat die Bautätigkeit fast abgeschlossen. Es hat eine moderne Infrastruktur. Es hat digitalisiert. Es arbeitet mit einem Fixlohnsystem. Alle anderen Unispitäler haben diese Projekte noch vor sich. Das Inselspital hat also einen Vorsprung.

Und warum wurde dann der Insel-CEO Uwe E. Jocham entlassen?

Wenn man so viele harte Projekte in so kurzer Zeit erfolgreich umsetzt, kann man sich nur Feinde machen. Denn solche Projekte müssen sehr straff geführt werden. So ist das. Irgendwann braucht es einen Wechsel. Die Übergangsleitung macht es gut und gleichzeitig sucht die Insel eine definitive Lösung.

Aber anscheinend findet sie niemanden.

Wie viele Runden hat Zürich gebraucht, bis sie jemanden gefunden haben? Für solche Stellen ist es nicht selten, dass es zwei, drei Runden braucht, bis man das Gefühl hat, jetzt haben wir die richtige Person.

Fusion zwischen UPD und PZM

«Morgenrot» heisst das Projekt zur Abklärung einer Fusion zwischen Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) und Psychiatriezentrum Münsingen.

Die Gespräche dazu starteten im September 2022 unter dem in diesem Jahr abgetretenen Verwaltungsrat der UPD. Gleichzeitig wurde auch der Kanton informiert.

Der sportlich angestrebte Fusionszeitpunkt war Januar 2024. Unter anderem durch einen Vorstoss im Grossen Rat und Bedenken des Regierungsrates wurde das Projekt verzögert. Auch mit dem neuen Verwaltungsrat wird die Fusion angestrebt, nun auf Januar 2027. (**bol/jw**)

In eigener Sache

Liebe Leserinnen und Leser,

dieses Interview mit dem Berner Gesundheitsdirektor Pierre Alain Schnegg macht den Auftakt einer künftigen Zusammenarbeit zwischen dem «Bieler Tagblatt» /ajour.ch und dem unabhängigen Berner Online-Magazin «Hauptstadt».

Ab dem neuen Jahr werden wir online auf ajour.ch und im gedruckten «Bieler Tagblatt» regelmässig Reportagen, Berichte und Interviews unserer Berner Kolleginnen und Kollegen publizieren.

Mehr Informationen zum Angebot der «Hauptstadt» finden Sie auf www.hauptstadt.be

Wir freuen uns über die künftige Kooperation und wünschen Ihnen, geschätzte Leserinnen und Leser, gute Lektüre.

Nicoletta Cimmino, Publizistische Leiterin Gassmann Medien

Joël Widmer und Marina Bolzli / « Hauptstadt »

Für die Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) geht ein äusserst turbulentes Jahr zu Ende. Der gesamte Verwaltungsrat und der Vorsitzende der Geschäftsleitung der UPD wurden im Juni ausgewechselt. Am 11. Juni hat das Kantonsparlament einen Rettungsschirm für die UPD aufgespannt, indem es 100 Millionen Franken für die Liquiditätssicherung der Berner Spitäler gesprochen hat. Eine erste Tranche von 24 Millionen Franken wurde im November überwiesen.

Wie konnten die UPD in eine solche Schieflage geraten? Welchen Anteil daran trägt die ehemalige UPD-Führung? Und was ist die Rolle des Kantons, der Eigner der als Aktiengesellschaft organisierten Institution ist? Um Antworten auf diese Fragen zu finden, hat die «Hauptstadt» gestützt auf das Öffentlichkeitsgesetz die interne Kommunikation zwischen Kanton und UPD-Leitung von Frühling 2023 bis Januar 2024 herausverlangt, analysiert und mehrere RechercheGespräche mit involvierten Entscheidungsträgerinnen und -trägern geführt.

Dabei ist klar geworden: Der Ton zwischen UPD und Kanton hat sich in dieser Zeit zunehmend verschlechtert. Der zuständige Gesundheitsdirektor Pierre Alain Schnegg (SVP) schien ein Misstrauen gegen den UPD-Verwaltungsrat um Präsidentin Patricia Kellerhals zu entwickeln. Der Verwaltungsrat und die Gesundheitsdirektion kommunizierten aneinander vorbei.

Eine gewichtige Rolle spielen dabei Altlasten wie die denkmalgeschützten Bauten, für deren Unterhalt die UPD vom Kanton bei der Auslagerung in eine AG 2017 wohl zu wenig finanzielle Mittel erhalten haben. Nicht zu unterschätzen ist ein altes, verheimlichtes Tarifproblem, das zur verzögerten Kündigung der zu tiefen Tarife führte.

Zentral für die finanziellen Probleme scheint aber auch eine personelle Altlast: der im Januar 2024 pensionierte Chefarzt der Erwachsenen-Psychiatrie Werner Strik. Er war 2012 nach einer Entlassung durch die damalige UPD-Führung vom Regierungsrat wieder eingestellt worden. Laut dem Verwaltungsrat sträubte er sich aber weiterhin dagegen, wirtschaftliche Vorgaben und einnahmenrelevante Massnahmen richtig umzusetzen.

Die UPD legten zu grosse Hoffnungen in einen unrealistisch hohen provisorischen Tarif, den der Kanton hätte festlegen sollen. Und in die Fusion mit dem Psychiatriezentrum Münsingen.

Der Kanton stemmte sich gegen eine zu schnelle Fusion. Er sprach nicht die Tarife, mit denen die UPD gerne gerechnet hätte. Und er desavouierte damit Verwaltungsrätinnen und Verwaltungsräte, die er selbst eingesetzt hatte, bis sie in globo zurücktraten. Laut Regierungsrat Pierre Alain Schnegg hat der Verwaltungsrat «zu wenig professionell» gearbeitet. Laut mehreren Verwaltungsräten hat der Regierungsrat eine schnelle Lösung gegen die UPD-Führung blockiert.

Die Wahrheit liegt wohl irgendwo dazwischen.

Info: Lesen Sie die ganze Recherche auf ajour.ch