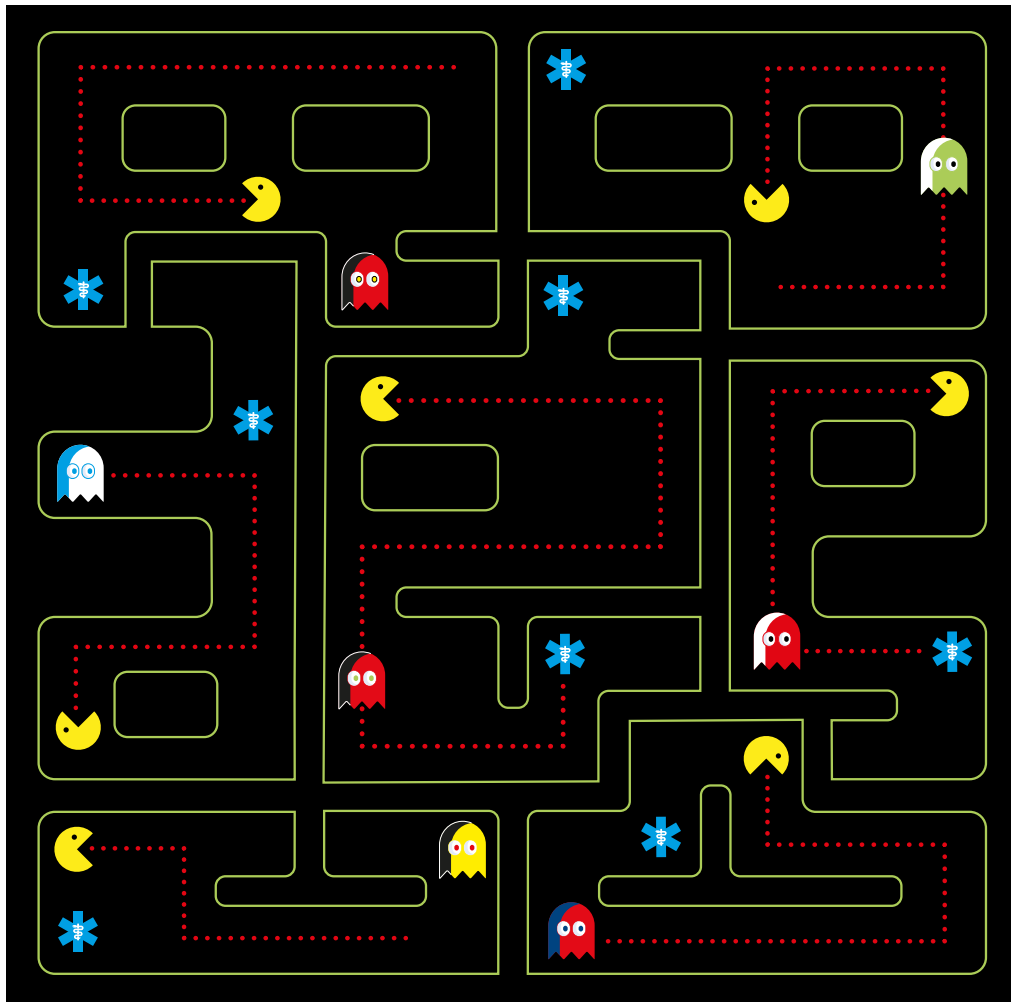


Mit mehr Steuerung aus
der Sackgasse? Seite 4

«Nicht jeder Kanton braucht
sein eigenes Spital» Seite 10



Falsches Spiel

Im Fokus: Das föderalistische Gesundheitssystem

Susanne Hochuli

Plötzlicher Sinneswandel

«Wir haben zu viele Spitäler, das ist klar.»

Präsidentin Schweizerische Stiftung für
Patientenschutz, Blick, 28.5.2017

Heinz Brand

Luxusresort als Rehaklinik?

«Aus rein wirtschaftlichen
Gründen erweitert hier ein Kanton
den Kreis der Leistungserbringer.»

Präsident Santésuisse, NZZ, 15.12.2017

Claude Chatelain

Sie tragen verschiedene Hüte

«Die Kantone sind gleichzeitig Spitalplaner, Spitalbesitzer und
Spitalbetreiber.»

Wirtschaftsjournalist, Tages-Anzeiger, 12.11.2010

Regierung Kanton St. Gallen

Vernunft siegt!

«In Anbetracht der hohen Dichte an Leistungs-
erbringern wäre das Verständnis auf nationaler
Ebene für ein zusätzliches Herzzentrum in St. Gallen
gering und dürfte auf Widerstand stossen.»

KR-Bericht 40.12.07, www.ratsinfo.sg.ch, 18.2.2018

Margrith Kessler

Mut tut gut

«Wir müssten endlich den Mut haben,
unsere 26 kantonalen Gesundheits-
systeme aufzugeben und die Schweiz in
sechs Versorgungsregionen zu denken.»

Alt Nationalrätin, Zeit Online, 6.11.2017



Folgen Sie uns auf Twitter:
twitter.com/CSSPolitik



Sanjay Singh ist Leiter
Leistungen und Produkte
der CSS Versicherung.

Die Qual der Wahl

Inhaltsverzeichnis

- 4 **Das föderalistische Gesundheitssystem**
Mit mehr Steuerung aus der Sackgasse?
- 7 **Standpunkt**
Spitalplanung – regional statt kantonal
- 8 **Hintergrund**
Das Gesundheitswesen Schweiz –
die Dunkelkammer der Nation?
- 10 **Im Gespräch**
«Nicht jeder Kanton braucht sein
eigenes Spital»
- 14 **Praxis**
Patienten sollen entscheiden,
nicht Politiker
- 15 **Die andere Sicht**
Das Hirn als modernes
Managementsystem
- 16 **Persönlich**
Es ist einfach «üusers Spitalou!»
- 18 **Santé!**
Bonussystem statt Föderalismus
- 19 **Wissenschaft**
Planung von oben, Innovation von unten



Die wichtigsten Beiträge
finden Sie ab sofort auch online
unter dialog.css.ch

Wissen Sie, wie viele Spitäler es in der Schweiz gibt? 2016 gab es 283 Spitalbetriebe, davon sind 102 akutsomatische Krankenhäuser, 51 Psychiatrien, 56 Rehabilitationskliniken und 74 Spezialkliniken mit besonderer fachlicher Ausrichtung. Die Zahl der Spitäler sank zwar in den letzten Jahren. Dies kaschiert jedoch die weiterhin kleinsträumige Realität bei der Infrastruktur. Aufgrund von Fusionen sind über einem Viertel der Spitäler mehrere Standorte zugeordnet. Es gibt mit 569 Spitalstandorten doppelt so viele Standorte wie Spitäler in der Schweiz.

Vergleicht man die Schweiz bezüglich Dichte an Spitalbetten mit anderen Ländern, stechen wir zwar nicht sonderlich hervor (4,6 Betten pro 1000 Einwohner entsprachen 2015 knapp dem OECD-Schnitt von 4,7). Betrachtet man jedoch die Gesundheitskosten, haben wir einen Spitzenplatz inne. Führt man sich vor Augen, dass in den nächsten zehn Jahren ca. 20 Milliarden Franken in Spitalneubauten investiert werden sollen, stellt sich die berechnete Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen der hohen Anzahl Spitäler und ihren Standorten und den steigenden Gesundheitskosten gibt.

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 verfolgte die Politik das Ziel, den Wettbewerb zwischen den Spitalern zu intensivieren, um damit die längst überfällige Konsolidierung des Spitalmarkts mit dem Abbau von bestehenden Überkapazitäten anzustossen. Das wiederum sollte die Kosten bremsen. Dieses Ziel wurde verfehlt: Statt Spitäler zu schliessen, wurden Standorte juristisch unter einem Dach zusammengefasst. Ein geschickter Schachzug der Spitäler – die publizierten Zahlen beruhigen die Politiker in Bundesbern, die Kosten steigen aber unaufhörlich weiter. Doch nicht nur die Kosten sind Thema dieser Ausgabe, auch die Qualität leidet unter den kleinräumigen Strukturen. Das hat auch die Politik gemerkt und immerhin im hochspezialisierten Bereich den Kantonen den Auftrag erteilt, gesamtschweizerisch zu planen (Art. 39 Abs. 2 bis KVG). Doch reichen diese Massnahmen aus, um dem unaufhörlichen Kostenwachstum entgegenzuwirken? Oder braucht es statt 26 kantonalen Gesundheitssysteme vermehrt Bestrebungen, die Versorgung regional oder gar gesamtschweizerisch zu betrachten? Wir versuchen im Dialog mit Expertinnen und Experten, Antworten zu finden.

Impressum

Erscheint dreimal jährlich in deutscher und französischer Sprache. Herausgeber: CSS Versicherung, Tribtschenstrasse 21, CH-6002 Luzern, E-Mail: dialog@css.ch, Internet: www.css.ch, Chefredaktion: Judith Dissler, Roland Hügi; Redaktionelle Mitarbeit, Produktion und Grafik: Infel AG, Katharina Rilling (Text) und Peter Kruppa (Art Director), Marina Maspoli (Editorial Design) | Bildnachweis: Raffael Waldner, Andreas Oppliger/Luzerner Zeitung, zVg, iStock/CostinT, Getty Images/Elke Selzle | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Druck: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg. Diese Publikation wird vollständig aus Mitteln aus dem Zusatzversicherungsgeschäft (VVG) finanziert.



Das schweizerische Gesundheitssystem ist stark föderalistisch geprägt. Ein Umstand, der einer vernünftigen Steuerung erschwerend im Weg steht. Das zeigten die Diskussionen am gesundheitspolitischen Anlass der CSS im Februar 2018.

Von Roland Hügi

Mit mehr Steuerung aus der Sackgasse?

Seine Worte liessen an Klarheit nichts zu wünschen übrig: Als «Monster, das mit Geld gefüttert werden muss» bezeichnete Thomas Mattig, Direktor von Gesundheitsförderung Schweiz, 2017 in einem Interview das einheimische Gesundheitswesen. Es sei durch einen typisch schweizerischen Kompromiss entstanden, habe man sich doch weder für ein staatliches noch für ein privatwirtschaftliches Gesundheitswesen entschieden. Zudem, so Mattig, «haben wir eine staatliche Steuerung, die nicht richtig funktioniert». Aber ist es überhaupt möglich, das hochkomplexe Schweizer Gesundheitswesen vor dem Hintergrund unseres Föderalismus vernünftig zu steuern? Und falls ja: Unternehmen die am System Beteiligten genug, um auf ein gemeinsames Ziel – ein gutes, bezahlbares Gesundheitssystem – hinzuwirken? Diesen Fragen widmete sich der gesundheitspolitische Dialog der CSS, der Anfang Februar 2018 in Bern durchgeführt wurde.

Die SBB als Beispiel?

Wie ein hochkomplexes System gesteuert werden kann, zeigte die Gastreferentin Kathrin Amacker, Konzernleitungsmitglied der SBB, auf. Einen zentralen Aspekt betonte sie gleich zu Beginn ihres Referates:

Die SBB wurden 1902 in erster Linie deshalb gegründet, weil das damalige Konglomerat von kantonalen Eisenbahnen schlicht zu komplex war, um eine sinnvolle Vernetzung und damit einen strukturierten öffentlichen Verkehr realisieren zu können. «Allerdings haben wir es im öffentlichen Verkehr auch heute noch mit einer extrem umfassenden Stakeholder-Landschaft zu tun», betonte Kathrin Amacker. Konkret seien derzeit 246 Unternehmen in 18 Verbänden daran beteiligt, dass heute praktisch das verlassenste Tal mit dem öffentlichen Verkehr erschlossen ist und die öffentlichen Verkehrsmittel erst noch

aufeinander abgestimmt sind. «Wenn es darum geht, Entscheide zu treffen, ist ein solch umfassendes System allerdings sehr langsam», so Amacker. «Radikale Lösungen sind nicht möglich. Vielmehr braucht es die Politik der kleinen Schritte.» Zudem müsse man auch immer wieder den Mut haben, die schöpferische Zerstörung zu üben und mögliche neue Mobilitätsformen zu testen. Als Beispiel dafür nannte Kathrin Amacker das Projekt «Cargo souterrain», einen innovativen Ansatz für einen unterirdischen Güterverkehr in der Schweiz.

Kantone vs. Krankenversicherung

Kann also der öffentliche Verkehr als Vorbild für das schweizerische Gesundheitswesen dienen, wenn es darum geht, die föderalistischen Strukturen zu überwinden und gemeinsame Lösungen zu finden? Und wie sieht es mit der schöpferischen Zerstörung bestehender Strukturen aus? Zu dieser Frage kreuzten der Zürcher Gesundheitsdirektor und Direktor der Gesundheitsdirektorenkonferenz, Thomas Heiniger, und CSS-CEO Philomena Colatrella am gesundheitspolitischen Dialog die Klänge. Mit einem indirekten «Nein» beantwortete Thomas Heiniger die Frage, inwiefern die SBB als Beispiel dienen könnten. «Die SBB sind ein Unternehmen, und das unterscheidet sie ganz wesentlich vom System des schweizerischen Gesundheitswesens, das ungleich komplexer ist und nicht einfach aus einer Hand gesteuert werden kann.» Dass auch Philomena Colatrella diese Sicht stützte, war praktisch die einzige Gemeinsamkeit in der Podiumsdiskussion. Diese zeigte auch, dass der Begriff der Steuerung eben ganz und gar unterschiedlich ausgelegt werden kann und vor allem auch ausgelegt wird.

Lokalpolitische Interessen

Philomena Colatrella nannte in diesem Zusammenhang die Einführung einer einheitlichen Spitalfinanzierung im Jahr 2012. «Wer sich davon mehr Wettbewerb versprochen hatte, wurde arg enttäuscht. Das sich bietende Potenzial wurde bei weitem nicht ausgeschöpft.» Vielmehr habe man sich bei der →

In Kürze

- Das schweizerische Gesundheitssystem ist stark föderalistisch geprägt.
- Eine übergeordnete Steuerung ist heute kaum spürbar.
- Eine solche wäre jedoch zwingend, um die Kostenspirale zu bremsen.

Die 288 Spitäler der Schweiz im Detail (Zahlen 2015)

Die Grafik zeigt auf, in welchen Kantonen es wie viele Spitäler gibt. Die Zahlen stammen aus dem Jahr 2015 und sind nach den Kennzahlen der Schweizer Spitäler gruppiert. Neben der Grösse der Spitäler (Bettenzahl) ist auch der Belegungsgrad ersichtlich. 111 der 288 Spitäler haben einen Belegungsgrad von unter 80%.

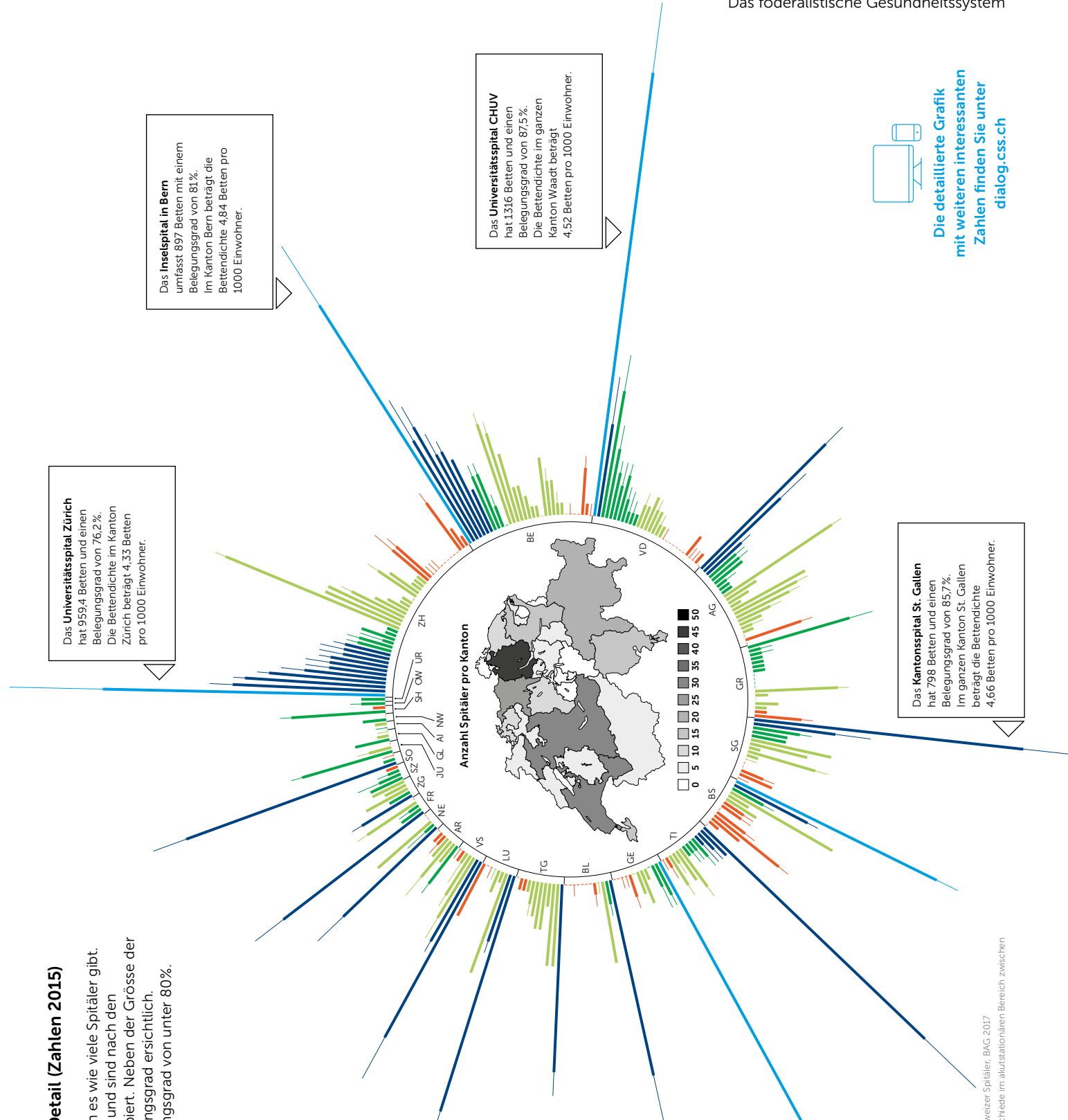
- Spitaltypen
- Universitätsspitäler (Typ 111)
- Akutsptäler Zentrumsversorgung (Typ 112)
- Akutsptäler Grundversorgung (Typ 121, 122, 123)
- Reha- und Psychiatriekliniken (Typ 211, 212, 221)
- Spezialkliniken (Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Geriatrie und Diverse) (Typ 231, 232, 233, 234, 235)



Im Uhrzeigersinn: Kantone geordnet nach Anzahl Spitäler.

Die dünne Linie weist die Anzahl Betten aus, die dickere Linie zeigt auf, wie hoch der Belegungsgrad ist.

Das HUG hat 1798,8 Betten und einen Belegungsgrad von 90,3%. Die Bettendichte im ganzen Kanton Genf beträgt 5,22 pro 1000 Einwohner.

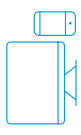


Das **Universitätsspital Zürich** hat 959,4 Betten und einen Belegungsgrad von 76,2%. Die Bettendichte im Kanton Zürich beträgt 4,33 Betten pro 1000 Einwohner.

Das **Inselelspital in Bern** umfasst 897 Betten mit einem Belegungsgrad von 81%. Im Kanton Bern beträgt die Bettendichte 4,84 Betten pro 1000 Einwohner.

Das **Universitätsspital CHUV** hat 1316 Betten und einen Belegungsgrad von 87,5%. Die Bettendichte im ganzen Kanton Waadt beträgt 4,52 Betten pro 1000 Einwohner.

Das **Kantonsspital St. Gallen** hat 798 Betten und einen Belegungsgrad von 85,7%. Im ganzen Kanton St. Gallen beträgt die Bettendichte 4,66 Betten pro 1000 Einwohner.

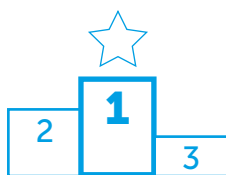


Die detaillierte Grafik mit weiteren interessanten Zahlen finden Sie unter dialog.css.ch

Quelle: Statistiken zur Krankenversicherung, Kennzahlen der Schweizer Spitäler, BAG 2017
Quelle Bettendichte: Felder 2017, Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutsptälerbereich öffentlichen Spitäler und Privatkliniken, 2013–2015.



Konkret seien derzeit **246 Unternehmen in 18 Verbänden** daran beteiligt, dass heute praktisch **das verlassenste Tal mit dem öffentlichen Verkehr erschlossen** ist und die öffentlichen Verkehrsmittel erst noch aufeinander abgestimmt sind.



Wer sich davon **mehr Wettbewerb** versprochen hatte, wurde **arg enttäuscht**. Das sich bietende Potenzial wurde bei weitem nicht ausgeschöpft.

→ Bedarfsplanung im Bereich der Spitäler in erster Linie lokalpolitisch leiten lassen und mehr oder weniger den Status quo zementiert. In diesem Kontext betonte Thomas Heiniger den Umstand, dass die Kantone gemäss Verfassung für eine angemessene und wirtschaftlich tragbare Gesundheitsversorgung zuständig seien. «Der Kanton setzt also im Sinne einer Steuerung den Rahmen, und innerhalb dieses Rahmens kann und muss der Wettbewerb stattfinden.» Als kantonaler Gesundheitsdirektor habe er dabei stets die Doppelrolle der Einwohnerinnen und Einwohner zu berücksichtigen: Als Steuerzahlende und als Prämienzahlende seien diese an einer wirtschaftlich tragbaren Gesundheitsversorgung interessiert. Auf der anderen Seite möchten sie – als Versicherte – eine Versorgung, die im Krankheitsfall ihren individuellen Ansprüchen gerecht werde. «Dann geht es um die Gesundheit, um Lebensqualität, manchmal sogar um Leben und Tod – und als kantonaler Gesundheitsdirektor habe ich dies zu berücksichtigen.»

Den Föderalismus abstreifen

Philomena Colatrella stellte zwar diesen Umstand nicht in Abrede. Aber sie vermisste in diesem Kontext die übergeordnete Planung. Eine Planung, die nicht an den Grenzen eines Kantons haltmacht. «Es

müssen deshalb Ziele formuliert werden, die unabhängig von unseren föderalistischen Strukturen sind. Und vor allem müssen wir diese Ziele mit Handlungsfeldern verknüpfen.» Nur so werde es möglich, dass sich das Schweizer Gesundheitswesen nicht länger im Kreis drehe und die Kosten nicht weiter explodierten. Philomena Colatrella nannte in diesem Zusammenhang den 2017 veröffentlichten Expertenbericht des Bundesrates. Dieser listet 38 Massnahmen auf, wie die Kostenspirale im Gesundheitswesen gebremst werden könnte. «Der Bericht kann wohl Impulse geben», so Colatrella. Allerdings bleibe es zentral, dass sich alle Akteure innerhalb des Systems zusammenraufen, um gemeinsam Ziele – zum Beispiel Kostenziele – zu definieren. Hier hakte Thomas Heiniger ein und betonte erneut, dass sein Kanton bereits heute wirtschaftlich tragbare Lösungen anstrebe. Auf die Frage des Moderators, ob es Steuerung eben vielmehr auf nationaler und nicht in erster Linie auf kantonaler Ebene brauche, betonte Thomas Heiniger: «Die Kantone sind am besten in der Lage, das Gesundheitswesen so zu ordnen, dass es weiterhin den Ansprüchen der Bevölkerung gerecht wird. Denn am Schluss muss es für die Patientinnen und Patienten stimmen.»

Das grosse Dilemma

Die Ausführungen von Thomas Heiniger und von Philomena Colatrella zeigten je länger, je klarer das grosse Dilemma. Während Letztere mehrfach eine übergeordnete Spitalplanung mit Versorgungsregionen einforderte, welche die Grenzen des Föderalismus sprengen, betonte Ersterer ebenso häufig die kantonale Autonomie und die damit verbundene Zufriedenheit der Patienten. Zudem stellte er in Abrede, dass nicht bereits heute eine kantonsüberschreitende Planung stattfinde. In diesem Zusammenhang verwies er auf die hochspezialisierte Medizin, wo in der Schweizer Spitallandschaft tatsächlich einigermassen scharfe Konturen erkennbar werden.

Die Prämien nicht ausblenden

In der abschliessenden Diskussionsrunde unter den rund 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde weniger die Frage diskutiert, wie viel oder wie wenig Steuerung denn nun im föderalistischen System nötig sei. Vielmehr wurde die mehr oder minder heisse Kartoffel der Kostenentwicklung im schweizerischen Gesundheitswesen herumgereicht und wer dafür verantwortlich sein könnte. Den vielleicht zentralsten Aspekt in der ganzen Diskussion rund um Planung, Versorgung und Patientenzufriedenheit brachte Ständerat Erich Ettlin ins Spiel: «Wir haben nun lange von unserem Gesundheitswesen gesprochen und wie dieses geplant und gesteuert werden müsste. Einen Punkt jedoch haben wir vor lauter wissenschaftlicher Ausführungen beiseitegelassen, nämlich die Krankenversicherungsprämien. Diese stellen für immer mehr Schweizerinnen und Schweizer eine fast untragbare Belastung dar.» Wenn man weiterhin bloss betone, wie gut doch das schweizerische Gesundheitswesen, wie hoch die Patientenzufriedenheit sei, und gleichzeitig die exorbitanten Kosten ausblende, werde die Situation eskalieren. «Wenn wir weiterhin lapidar festhalten, dass das Gesundheitswesen zwar gut, aber halt sehr teuer ist, wird uns dieses Argument irgendeinmal um die Ohren fliegen. Die Versicherten, welche die Prämien nicht mehr bezahlen können, werden Lösungen

finden – und an diesen dürfte weder die Gesundheitsbranche noch die Politik Freude haben.» Deshalb sei man gut beraten, die Sorgen der Basis ernst zu nehmen und möglichst rasch nach Auswegen zu suchen. Denn: «Das System hat versagt.» Eine Aussage, der per se aus dem Plenum nicht widersprochen wurde und die Michael Jordi, Zentralsekretär Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sowie Mitglied der oben zitierten Expertenkommission, zu einer Art Schlussvotum nutzte:

«Wir müssen uns davor hüten, die 38 Massnahmen voneinander gesondert zu betrachten und diese bereits heute gegeneinander auszuspielen.» Vielmehr habe man nun einen Strauss von Möglichkeiten auf dem Tisch, die, wenn sie gut ineinandergriffen, mithelfen könnten, die Kostenspirale zu dämpfen. Und mit Blick ins Plenum, in dem alle Akteure des schweizerischen Gesundheitswesens vertreten waren: «Uns allen ist klar, dass wir etwas unternehmen müssen – Sie alle können dazu beitragen.»

Die Kantone haben eine relativ grosse Autonomie in der Planung der Spitallandschaft. Die fehlende Koordination führt zu Überkapazitäten und Kosten – fördert der Föderalismus die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen?

Spitalplanung – regional statt kantonal



Fabian Sommerrock ist Leiter des Konzernbereichs Strategie und Corporate Services der CSS Versicherung.

Gemäss Bundesverfassung und Krankenversicherungsgesetz (KVG) kommt den Kantonen eine zentrale Rolle in der Planung der Gesundheitsversorgung zu. Durch die fehlende Koordination unter den Kantonen gibt es in vielen Regionen zu viele Spitäler. Diese Überkapazitäten werden häufig aufgrund regional- und wirtschaftspolitischer Interessen erhalten und ausgebaut. Wollen die Spitäler im Wettbewerb bestehen, müssen sie möglichst viele Patienten behandeln. Die Folge dieses ökonomischen Zwangs führt zur Überversorgung, trägt wesentlich zur Kostensteigerung bei und zieht darüber hinaus volkswirtschaftliche Schäden nach sich. Diese Strukturhaltung wird über offene und verdeckte Subventionen im Rahmen gemeinwirtschaftlicher Leistungen und anderer Steuergelder finanziert. Der Bürger kann diese komplexen Transaktionen weder nachvollziehen noch über ihren Nutzen befinden. In Abstimmungskämpfen über Spitalstrukturen (beispielsweise in Einsiedeln) wird man auch nicht mit Fakten bedient, sondern emotional gesteuert. Wer würde schon für die Schliessung des grössten Arbeitgebers stimmen, auch wenn dies im Interesse einer sinnvollen,

überregionalen Versorgungsplanung zu einer gezielteren Ressourcenverteilung, mehr Qualität und Effizienz in der Leistungserbringung und einer Dämpfung der Leistungskosten führen würde? Und das Argument der besseren Qualität wird mit der Nähe und dem Besuch durch das «Grosi» ausgehebelt.

Die Kleinräumigkeit ist historisch gewachsen und gehört zur Schweiz, keine Frage. Nichtsdestotrotz ist sie nicht immer sinnvoll, und dem Föderalismus sollte kein Feigenblatt umgehängt werden, wenn es darum geht, Lösungen für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu finden. Vielmehr müssten wir uns fragen, wohin sich unser Gesundheitswesen entwickeln soll. Innovative Versorgungskonzepte machen nicht an Kantons- und politischen Wahlabsichten abhängig sein. Viel wichtiger wäre eine gesamtschweizerische Sichtweise: Wir definieren nationale Ziele im Bereich der Kosten, Qualität und Versorgungsdichte, die eine umfassende, kosteneffiziente Versorgung ermöglichen, wie dies im KVG schon seit 1996 vorgesehen wäre.

Grundsätzlich sind wir mit unserer Gesundheitsversorgung zufrieden – wäre sie nur nicht so teuer. Wir sind so gesund wie noch nie, was höchstwahrscheinlich nicht an der hohen Spitaldichte liegt. Wird das Geld im Gesundheitswesen am richtigen Ort investiert?

Interview mit SAMW-Präsident Daniel Scheidegger

Das Gesundheitswesen Schweiz – die Dunkelkammer der Nation?

Herr Scheidegger, die Schweizer Bevölkerung ist so gesund wie noch nie. Liegt das an den 288 Spitälern, die wir in der Schweiz haben?

Nein, sicher nicht. Zur Gesundheit der Bevölkerung hat unser gutes, aber extrem teures Gesundheitssystem nur etwa 10 Prozent beigesteuert. Studien haben gezeigt, dass die Bildung, die Kultur, die Wirtschaft und die Ernährung zusammen ca. 50 Prozent zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen. 20 Prozent entfallen auf die Umwelt und 20 Prozent auf genetische Faktoren. Wir müssen uns daher eigentlich fragen, ob zur Verbesserung der Gesundheit das Geld nicht besser in die Umwelt, die Ausbildung oder die übrigen wichtigen Faktoren investiert werden sollte als in unser Gesundheitssystem.

Trotzdem werden in den nächsten 15 Jahren in der Schweiz über 15,6 Milliarden Franken in Klinikneubauten investiert (Quelle: medinside.ch). Dabei war das politische Ziel bei der Einführung der neuen Spitalfinanzierung eine Konsolidierung der Spitallandschaft. Was läuft falsch?

Das liegt sicher daran, dass wir in der Schweiz die Gesundheitsversorgung nicht regional, sondern kantonal planen. Solange die Kantone die Gesundheitsversorgung aus den Steuern bezahlen, ist die kantonale Planung per se nicht nur zu kritisieren. Wer zahlt, will mitbestimmen. Viele Kantone sind aber zu klein, um auf ihrem Hoheitsgebiet eine sinnvolle Planung durchzuführen; wir brauchen daher eine regionale Planung. Aufgrund ihrer geografischen Lage und Bevölkerungsdichte braucht nicht jede Region dieselbe

Versorgungsstruktur. Eine komplett zentrale Planung erachte ich übrigens nur in einem einzigen Bereich als sinnvoll, nämlich bei der hochspezialisierten Medizin, wo es um ganz seltene Erkrankungen oder Eingriffe geht. Zudem – und das meine ich für das gesamte Gesundheitssystem – muss die Transparenz verbessert werden. Die Outcome-Qualität in unserem Gesundheitswesen ist die Dunkelkammer der Nation.

Wie meinen Sie das?

Die Analogie der Dunkelkammer trifft auf verschiedene Bereiche im Gesundheitswesen zu, ich kann sie hier an einem Beispiel aus meinem eigenen Umfeld erklären. Bevor der Standort für das Universitäts-Kinderspital beider Basel im August 2000 auf das Areal der ehemaligen Frauenklinik in Basel festgelegt wurde, kochten die Emotionen in Basel hoch. In den politischen Diskussionen wurde die Rheinsicht (des ehemaligen Standorts) hochgehalten und dem heutigen Standort mit Sicht auf den Cityring entgegengehalten. Man sprach von besserer Genesung durch den Blick auf das Wasser, während Kosten- und Qualitätsüberlegungen kaum eine Rolle spielten. Der Bürger wurde also nicht mit den realen Fakten bedient, sondern bekam emotionale Argumente präsentiert, um seine Entscheidung zu treffen. Solche Beispiele findet man immer wieder und heute noch.

Wie beispielsweise bei der Schliessung des Spitals Einsiedeln?

Genau. Oft geht es in den Diskussionen um Spitalstandorte nicht um faktenbasierte



Daniel Scheidegger ist seit November 2016 Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Von 1988 bis 2013 war er Vorsteher des Departements Anästhesie und Intensivmedizin am Universitätsspital Basel und Professor für Anästhesiologie und Reanimation an der Universität Basel. Im Gesundheitswesen engagiert er sich in verschiedenen nationalen Gremien und Institutionen.

Wahrheiten, sondern um Faktoren wie Nähe zum Wohnort. Dabei geht vergessen, dass die Erfahrung des behandelnden Arztes und ein routiniertes Team viel wichtiger sind als die Nähe zum Spital, wo auch die Grossmutter den Enkel zu Fuss besuchen könnte. Das ist nett, aber nicht entscheidend. Der Bürger bleibt meist im Dunkeln: Er wird nicht explizit gefragt, wie viel Geld er in die lokale Gesundheitsversorgung fliessen lassen will. Und die wenigsten wissen, welche Kosten die Erhaltung eines Standortes mit sich zieht. Vielleicht würden die Bürger dieses Geld lieber in die Bildung oder Kultur investieren, wenn sie auch wüssten, wie die Qualität in gewissen Spitälern ist. Diese leidet nämlich, wenn komplexe Eingriffe wegen des kleinen Einzugsgebietes nur selten durchgeführt werden. Routine ist ein wichtiger Qualitätsfaktor.

Aber die Politik hätte ja genau diese Aufgabe. Die Kantone sind dafür zuständig, die Versorgung zu planen und den Willen der Bürgerinnen und Bürger in Bezug auf ihre Präferenzen umzusetzen. Werfen Sie den Kantonen Untätigkeit vor?

Nein, so pauschal kann man das nicht formulieren. In der Versorgungsplanung fehlt mir eine wissenschaftliche Analyse der Daten. Wir haben kaum Versorgungsstudien, lassen uns von anderen Ländern nur wenig inspirieren, und Outcome-Daten

fehlen, wie bereits gesagt. Ich frage Sie: Wie wollen wir planen ohne Daten und Messungen? Genauso wenig kennen wir die wirklichen Präferenzen der Bürgerinnen und Bürger. Es gibt zwar Spitalvergleiche, die basieren jedoch vor allem auf der individuellen Wahrnehmung und nicht auf Qualitätsdaten. Der Bürger wird zwar jährlich nach seiner Zufriedenheit mit unserem Gesundheitssystem gefragt, die übrigens immer sehr gut ist. Sie gibt aber kaum Auskunft über das Preis-Leistungs-Verhältnis der medizinischen Leistungen, das der Laie gar nicht beurteilen kann.

Ein Vorwurf also an die Politiker und Spitäler?

Kein Vorwurf, aber eine Aufforderung. Die jährlich steigenden Kosten sind ein Problem, und wir verpassen es, hilfreiche Reformen zu tätigen. Vielen Politikern fehlen der Mut und die Kreativität für Schritte wie Spitalschliessungen. Denn um Spitäler zu schliessen – was übrigens für Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen und Bürger aus Kosten- wie auch Qualitätsüberlegungen sinnvoll wäre –, braucht es Erfahrung und gute Kom-

munikation. Die Politik nimmt aus meiner Sicht eine zu passive Rolle ein. Viele Exponenten kritisieren zwar den Status quo, präsentieren aber keine eigenen Lösungen. So endet eine angedachte Reform oft im Personen-Bashing ohne konkrete Lösung für uns als Gesellschaft.

Wenn wir von Kritik ohne Lösungen sprechen: Was ist denn Ihr Rezept, um Licht ins Dunkel zu bringen?

Wir müssen Doppelspurigkeiten abbauen. Das funktioniert nur, wenn man mit gemeinsamen Ressourcen arbeiten muss. Nicht jedes Spital braucht ein CT, das ausgelastet werden muss. Die Spitäler müssten sich noch stärker zusammenschliessen, wie es etwa in der Region Nordwestschweiz und Baselland/Basel-Stadt angedacht ist. Wobei auch hier noch zu wenig stark gemeinsam über Kosten, Nutzen und Aufwand nachgedacht wird. Ein zweiter wichtiger Punkt ist die Transparenz: Wir müssen die Bürgerinnen und Bürger so informieren, dass sie auf der Grundlage von ehrlichen Argumenten mitentscheiden können. Gleichzeitig braucht es heikle, aber wichtige gesellschaftliche Entscheidungen: Eine Krankenversicherung sollte eine Hochrisikoversicherung sein, aber die Leute sehen sie als Bankkonto. Ohne funktionierenden Versicherungsgedanken wird das System kollabieren.

10% Gesundheitswesen

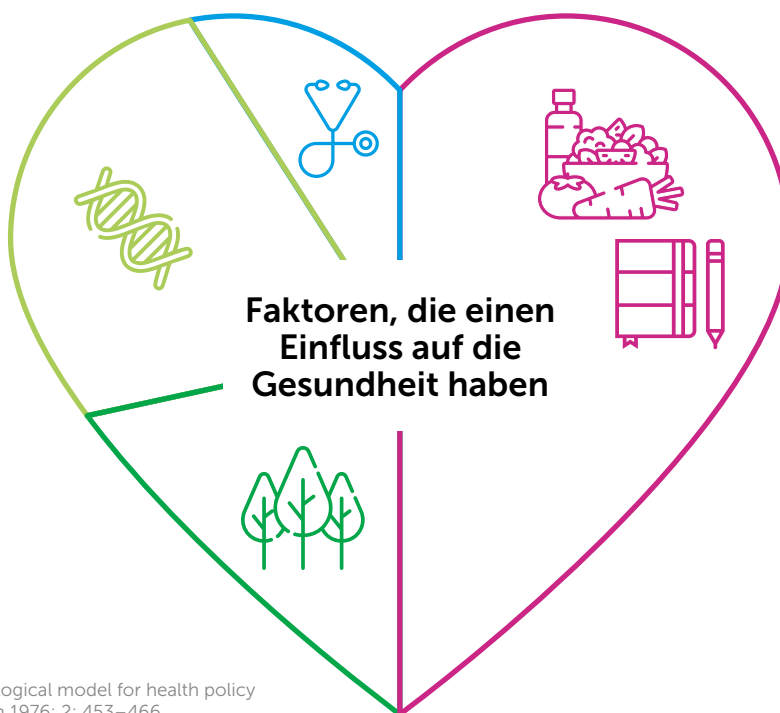
Die medizinische Versorgung leistet zur Gesundheit einen relativ kleinen Beitrag. Bei Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen ist der Beitrag sehr viel höher.

20% genetische Faktoren

Unsere genetische Veranlagung hat ungefähr den gleichen Einfluss wie die Umwelt, in der wir uns bewegen.

20% Umwelt

Die Umwelt, in der wir leben, beeinflusst unsere Gesundheit mit rund 20%.



50% sozioökonomische Bedingungen und Lebensstil

Kultur, Bildung, Wirtschaft und Ernährung haben den grössten Einfluss auf unsere Gesundheit.

Beispiel Ernährung: Der regelmässige Verzehr von Gemüse und Früchten trägt wesentlich zu einem gesunden Körpergewicht bei. Der Ernährungsempfehlung «5 pro Tag» folgen insbesondere Personen mit höherem Bildungsniveau. Seit 1997 ist das Bewusstsein für gesunde Ernährung in den höheren Einkommensgruppen angestiegen und bei Menschen mit tieferem Einkommen gesunken.

Quelle: Dever G.E.A., An epidemiological model for health policy analysis. Social Indicators Research 1976; 2: 453–466.

Verhindert der Föderalismus eine echte Kostenreduktion im Gesundheitswesen? Im Streitgespräch zwischen Krebsforscher Thomas Cerny und dem Berner Gesundheitsdirektor Pierre Alain Schnegg gibt es überraschende Schulterschlüsse.

Interview: Patrick Rohr

«Nicht jeder Kanton braucht sein eigenes Spital»



Der renommierte Krebsforscher **Thomas Cerny** (links im Bild) arbeitet als Oberarzt und stellvertretender Chefarzt am Institut für Medizinische Onkologie im Inselspital Bern, bevor er bis 2016 Chefarzt Onkologie/Hämatologie am Kantonsspital St. Gallen war. Cerny ist Präsident der Stiftung Krebsforschung Schweiz.

Pierre Alain Schnegg (rechts im Bild) ist seit 2016 Gesundheits- und Fürsorgedirektor des Kantons Bern. Davor war er als SVP-Grossrat Mitglied der Gesundheits- und Sozialkommission des Berner Kantonsparlaments und Unternehmer.

Patrick Rohr (PR): Herr Cerny, Sie haben vor einigen Jahren in einem Interview gesagt: «Der Föderalismus behindert die Qualität und tötet Patienten.» Würden Sie diesen Satz heute noch so unterschreiben?

Thomas Cerny (TC): Die Formulierung ist hart, ja, aber es ist tatsächlich so, dass wir für Effizienz und Qualität nicht mehr kleinräumig arbeiten können. Für Qualität braucht es auch die entsprechende Quantität, und die lässt sich nur in einem grösseren Verbund herstellen. Wir müssen in «catching areas» von Millionen denken, nicht in Kantonen, die vielleicht nur gerade 20 000 Einwohner haben.

PR: Sie würden also kleineren Kantonen das Recht auf ein eigenes Spital absprechen?

TC: Es braucht Verbundlösungen, damit man eine kritische Grösse erreicht. Wir haben zu viele Spitäler, und wir müssen schauen, dass die Qualität dort, wo sie heute schon hoch ist, weiterentwickelt wird. Und dass wir dort, wo es Defizite gibt, bereit sind, auch strukturelle Massnahmen zu ergreifen. Spitalschliessungen dürfen kein Tabu sein. Wobei das nicht heissen muss, dass ein Spital verschwindet, es kann zum Beispiel zu einem Dienstleistungszentrum in einem Versorgungsnetzwerk werden.

PR: Herr Regierungsrat, was sagen Sie zu den Vorschlägen von Herrn Cerny?

Pierre Alain Schnegg (PAS): Nehmen wir den Kanton Bern mit der Region «Oberland».

Eine Region, die flächenmässig grösser ist als der Kanton Zürich, in der aber nur gut 100 000 Menschen leben. Haben diese Leute kein Recht auf eine Versorgung? Natürlich müssen sie nicht alle Dienstleistungen zur Verfügung haben, aber eine gewisse Grundversorgung brauchen sie. Schliesst man in einer solchen Region das Spital, dann weiss man, dass es bald auch keine Hausärzte mehr gibt, und dann fehlt die Grundversorgung. Es gibt viele Angebote, die man konzentrieren kann und auch noch weiter konzentrieren soll, aber es braucht flächendeckend im ganzen Land eine gute Grundversorgung. Und die können wir nun einmal nicht auf einer anderen Ebene definieren als auf der Ebene der Kantone.

PR: Warum nicht? Braucht zum Beispiel der Kanton Uri tatsächlich auch ein eigenes Spital, würde nicht ein grosses in der Zentralschweiz reichen?

PAS: Ich kämpfe überhaupt nicht dafür, dass jeder Kanton sein eigenes Spital haben muss. Ich kann nur für den Kanton Bern sprechen und sage, dass wir hier flächendeckend eine gute Grundversorgung brauchen.

PR: Dann sind Sie mit Herrn Cerny also einig?

PAS: Wir liegen sicher nicht weit auseinander.

PR: Das werden Ihre Kollegen in der Gesundheitsdirektorenkonferenz, die kleinere Kantone vertreten, aber nicht gerne hören?

PAS: Herr Cerny und ich sind uns im Grundsatz einig, aber es gibt schon ein paar



«Es braucht flächendeckend im ganzen Land eine gute Grundversorgung.»

Pierre Alain Schnegg

Unterschiede: Wenn wir auf einer anderen Ebene als auf der Ebene der Kantone eine Lösung suchen wollen, dann gibt es nur den Bund. Dazwischen gibt es nichts. Wenn jetzt zwei oder drei Kantone eine gemeinsame Spitalliste entwickeln wollen – gut! Aber wer behandelt dann eine Beschwerde, wer ist die erste, wer die zweite Instanz? So einfach ist das nicht. Aber es ist sicher sinnvoll, wenn die Kantone zusammen diskutieren.

PR: Das heisst, Ihre Idee mit den grösseren Verbänden funktioniert schon rein strukturell nicht, Herr Cerny?

TC: Schauen wir uns doch zum Beispiel einmal Greater London an, ein Gebiet, das einwohnermässig etwa so gross ist wie die Schweiz: Gut acht Millionen Menschen leben da, und es gibt 32 Spitäler. Ich bin kein Freund des National Health Service in England, aber trotzdem: In diesen 32 Spitalern bekommen Sie alles, was die Medizin bieten kann. Wir müssen uns die Frage stellen: Sind wir in der Schweiz schon so weit, dass das System für viele Menschen nicht mehr bezahlbar ist, oder können wir uns mit kleinen Anpassungen weiterbewegen? Wenn ich nur schon die Entwicklung der Altersdemografie anschau, dann denke ich, dass wir uns dringend auf die Socken machen müssen. Unsere Politik ist sehr träge, und die Verantwortlichen denken in kleinen Räumen von drei, vielleicht vier Jahren. Ich bin nun schon fast 40 Jahre im Gesundheitswesen tätig, ich denke in grösseren Räumen, und ich muss Ihnen sagen: Wir sind in einer Situation, in der wir wirklich neu denken müssen.

PR: Also in Gesundheitsregionen statt Kantonen?

TC: Der Kanton Bern und der Kanton Zürich können von ihrer Grösse her problemlos eine Region bilden, aber wenn selbst ein Kanton, der halb so gross ist wie KÖniz, ein eigenes Spital will – dann müssen wir dringend neu denken!

PAS: Das kann ich nur unterstützen. Wenn wir so weiterfahren wie bis jetzt, dann werden wir nie eine Dämpfung des Wachstums erreichen. Aber rein strukturelle Änderungen bringen keine Lösung, da braucht es andere Ansätze. Ein Hauptpunkt wäre für mich, dass wir endlich alle Daten, die es gibt, nutzen können; nicht mit zwei Jahren Verspätung, sondern laufend. Dann würde man sehen, wenn zum Beispiel die Zahl gewisser Eingriffe plötzlich unerklärlich wächst.

PR: Aber führt denn nicht gerade der Wettbewerb zwischen den Kantonen zu solchen Exzessen, Herr Schnegg? Weil jedes Spital ausgelastet sein will? →

→ PAS: Ja, aber die Frage ist doch: Warum baut man überhaupt so viel? Das ist eine rein wirtschafts- und standortpolitische Entscheidung.

PR: Schauen wir es einmal so an, Herr Cerny: Volkswirtschaftlich haben die Spitäler eine grosse Bedeutung, sie sind wichtige Arbeitgeber – und entsprechen darüber hinaus einem Bedürfnis der Leute.

TC: Das kann man nicht wegdiskutieren, der Gesundheitsbereich ist der grösste Dienstleistungssektor in einer modernen Gesellschaft. Aber wenn ein Kanton über die Spitäler Beschäftigungspolitik macht und dann noch dieser oder jener Baufirma einen Auftrag zuschanzt, dann sollte er das deklarieren und einen grossen Teil der Investitionen selber übernehmen müssen – und das nicht auf die Prämienzahler abwälzen dürfen. Das passiert nämlich.

PR: Es passiert ja auch noch etwas anderes: Die Kantone schauen, dass immer mehr Behandlungen ambulant ausgeführt werden, nicht mehr stationär, weil sie sich dann nicht an den Kosten beteiligen müssen.

PAS: Wir können gerne über ein neues Finanzierungssystem diskutieren, persönlich bin ich offen dafür. Aber ein neues Finanzierungssystem würde keinen Rappen sparen. Wenn Sie eine Rechnung von 100 Franken auf dem Tisch haben, spielt es



«Das Problem ist, dass im Moment jeder auf seinen Vorteil schaut.»

Thomas Cerny

doch keine Rolle, ob Sie diese Rechnung bezahlen oder Ihre Frau oder ob beide je 50 Franken zahlen. Am Schluss kostet es 100 Franken.

TC: Ich bin einverstanden, wenn man das rein finanzierungstechnisch anschaut. Aber das Problem ist doch, dass im Moment jeder auf seinen Vorteil schaut. Jeder wartet, wie beim Mikado, darauf, dass der andere das Stäbchen zuerst in die Hand nimmt und verliert.

PR: Dazu passt auch, dass die Einführung der Fallpauschalen vor sechs Jahren nicht die gewünschten Verbesserungen gebracht hat – keine Spur von grossen Einsparungen, nach wie vor viel Intransparenz.

PAS: Ich bin der Meinung, dass wir im Kanton Bern einen grossen Teil unserer Hausaufgaben gemacht haben. Ich denke, das Einzige, was zu fundamentalen Systemänderungen führen würde, wäre der Konkurs eines öffentlichen Spitals. Das würde aufschrecken.

PR: Damit sagen Sie aber, dass man tatsächlich zu viele Spitäler rein künstlich am Leben erhält?

PAS: Das Problem ist nicht die Zahl der Spitäler. Die Frage ist: Was offerieren wir in einer Institution? Es braucht nicht in jeder Region des Kantons Bern eine Herzchirurgie, so etwas kann man problemlos zentralisieren.

TC: Wichtig ist, den Zugang zu haben, der muss gerecht verteilt sein! Schauen wir doch mal nach Schweden. Ein gigantisches Land. Dort gehen Frauen für eine Spitalgeburt bis zu 800 Kilometer weit, notfalls mit dem Flugzeug.

PR: Möchten Sie so weit gehen, dass eine Frau aus dem Engadin vom Flugplatz Samedan nach Bern fliegen muss für eine Geburt?

TC: Das ist ein Extrembeispiel. Aber wenn wir auch in 20 Jahren noch gut fahren wollen, auch vor dem Hintergrund steigender Investitionskosten, dann müssen wir gewisse Dienstleistungen zentralisieren.

PR: Herr Schnegg, das Problem ist doch, dass jeder Politiker, der ein Spital schliessen will, politischen Selbstmord begeht?

PAS: Das kann die Denkweise von gewissen Gesundheitsdirektoren sein, das kann ich mir durchaus vorstellen.

PR: Aber auch Sie spüren zurzeit heftigen Gegenwind – aus dem Oberland, wo Sie das Spital in Zweisimmen nicht subventionieren möchten.

PAS: Das ist mir völlig egal! Ich würde lieber abgewählt werden, als einen falschen Entscheid zu fällen – wenn ich weiss, dass er falsch ist.

TC: Das freut mich zu hören!

PAS: Ich wusste, dass diese Entscheidung schlecht sein würde für meine Wiederwahl. Viele Leute haben mich gefragt: «Warum tust du das so kurz vor den Wahlen?» Aber das ist doch genau das Problem in der Politik: Man muss Entscheidungen immer aufgrund der Frage fällen, was die Bevölkerung braucht und was nicht.





Der Journalist und Fotograf **Patrick Rohr** leitet eine eigene Agentur für Kommunikationsberatung und Medienproduktionen. Bis 2007 war er Moderator beim Schweizer Fernsehen (u.a. «Arena», «Quer»).

PR: Würden alle Politiker so denken, dann wären alle Probleme gelöst, Herr Cerny?

TC: Ich bin überzeugt, dass immer mehr Leute sehen, dass sich Politiker, die sich so exponieren, echt für das Volk einsetzen. Ich bin überzeugt, Herr Schnegg, dass es Leute gibt, die Sie genau wegen dieser Entscheidung gewählt haben. Man kann die Leute mit guten Argumenten gewinnen, das Problem ist immer die Kommunikation. Wenn ein Spital in einer Region der grösste Arbeitgeber ist, dann muss man Alternativen aufzeigen können. Ein Entscheid muss gesamtpolitisch eingebettet sein, dann ziehen die Leute mit. Verena Diener hat als Gesundheitsdirektorin in Zürich Spitäler geschlossen und wurde wiedergewählt. Sie kam sogar in den Ständerat. Warum? Weil sie der Bevölkerung klarmachen konnte, dass das nicht der Tod für eine Region bedeutet, sondern dass es neue Bedürfnisse gibt – Spitex, Palliative Care – und dass es auch dafür Leute braucht.

PR: Einverstanden, Herr Schnegg?

PAS: Ich bin nicht so weit weg von dem, was Sie sagen, Herr Cerny. Wir müssen uns vorbereiten auf die Zukunft. Und vielleicht muss man sich tatsächlich irgendwann fragen, ob die 26 Kantone noch die richtige Organisationsstruktur sind. Wenn sie es für die Gesundheit nicht mehr sind, dann sind sie es aber auch auf anderen Gebieten nicht mehr: Ausbildung, Transport...

TC: Wie wollen wir in einer Welt mit einem gigantisch wachsenden Asien mit unseren kleinräumigen Strukturen noch kompetitiv sein? Vielleicht funktioniert es noch auf der Ebene der Volksschule, aber danach?

2012 wurde die neue Spitalfinanzierung eingeführt. Sie sollte den Wettbewerb unter den Spitälern stärken und so zu einer Konsolidierung im Spitalmarkt führen. Was ist seither passiert?

Von Ole Wiesinger

Patienten sollen entscheiden, nicht Politiker

Erinnern wir uns: Die Idee hinter der 2012 neu eingeführten Spitalfinanzierung war einfach, aber wegweisend. Die Kantone finanzieren nicht mehr einzelne Spitäler (Objektfinanzierung), sondern übernehmen einen Teil der Behandlungskosten der Patientinnen und Patienten (Subjektfinanzierung). In Verbindung mit einer schweizweit freien Spitalwahl würden die Patienten ab diesem Zeitpunkt darüber entscheiden, welchen Spitälern sie ihr Vertrauen schenken und damit eine Zukunft geben – und welchen eben nicht. Soweit ist Theorie. Seit sechs Jahren ist die Neuordnung des KVG inzwischen wirksam – in dem Zuge wurden neben den DRGs (diagnosebezogene Fallgruppen) auch Finanzierungsschlüssel eingeführt, und die Objektfinanzierung wurde eben zugunsten der Subjektfinanzierung abgeschafft. Kurzum: Die Rahmenbedingungen wurden wesentlich verändert.

Die politisch verfolgten Ziele wurden jedoch nur teilweise erreicht. Zwar hat die Transparenz hinsichtlich der Behandlungskosten in Spitälern durch die Einführung von DRGs zugenommen – hinsichtlich der Transparenz der Behandlungsqualität gibt es allerdings noch viel Potenzial.

Viele Kantone kämpfen mehr denn je mit Konflikten infolge ihrer Mehrfachrollen. Insbesondere mit der Doppelrolle als Regulator und Spitaleigner sind einige von ihnen überfordert und fürchten den Wettbewerb mit privaten Listenspitälern. Die Bevorteilung der kantonseigenen Spitäler ist nichts anderes als die aktive Behinderung bzw. die Aushebelung des ausdrücklich vom KVG geforderten Wettbewerbs.

Eine unlängst veröffentlichte Studie der Universität Basel hat die fortwährenden kantonalen Subventionen offengelegt. Der Kanton Genf etwa unterstützt seine Spitäler nach wie vor mit Zuschüssen von mehr als 500 Millionen Franken (ca. 1080 Franken pro Einwohner). Am anderen Ende dieser Skala befindet sich der Kanton Thurgau: Hier belaufen sich die entsprechenden Subventionen auf 18,6 Millionen Franken – das ist mit 70 Franken pro Einwohner 14-mal weniger. Hinzu kommt, dass viele Spitäler vor 2012 von der öffentlichen Hand noch massiv Subventionen in Form von Investitionen für neue Infrastrukturvorhaben erhalten haben, um sich für den gefürchteten Wettbewerb fit zu machen.

Für einzelne Akteure ist der Wettbewerb offensichtlich schon zu stark ausgeprägt, obwohl er doch erst gemächlich spielt. Die Spitäler des Kantons Freiburg beispielsweise erwirtschaften trotz Subventionen einen Verlust in zweistelliger Millionenhöhe, wie unlängst in den Medien berichtet wurde. Die angekündigten oder bereits real existierenden ambulanten Listen in vielen Kantonen dürften diesen Trend akzentuieren, umso mehr, als der Bundesrat den ambulanten Tarif innert drei Jahren zweimal nach unten korrigiert hat. In den nächsten Jahren wird sich die wirtschaftliche Situation vieler Spitäler vor diesem Hintergrund noch weiter verschärfen.

Eine Strukturbereinigung ist unausweichlich und in den meisten Fällen auch angebracht. Allerdings sollte nicht die Politik über mögliche Spitalschliessungen – oder -rettungen! – entscheiden, sondern konsequent die Patienten. Die Kleinräumigkeit der Spitalplanung in der Schweiz macht diese Situation nicht besser. Vor fast sieben Jahren habe ich in einem Interview im Vorfeld der neuen Spitalfinanzierung gesagt, dass der Föderalismus im Gesundheitswesen teilweise mehr als hinderlich wirkt. An dieser Aussage hat sich leider seitdem grundlegend nicht viel verändert.

Kantone mit den höchsten und tiefsten Gesamtsubventionen 2015 (in CHF)

Kanton	Absolute Zahlen	Pro Fall
VD	553 317 653	4 983.3
GE	524 891 445	7 652.5
ZH	282 339 434	1 196.1
⋮		
AI	2 644 913	2 775.4
AR	4 277 871	297.9
NW	5 678 728	1 054.3
Gesamt CH	2 586 689 334	2 094.2

Quelle: Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken, 2013–2015, Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz, Stefan Felder, Universität Basel, September 2017, S. 44.

Dr. med. Ole Wiesinger ist seit Oktober 2008 CEO der Privatklinikgruppe Hirslanden. Zuvor war er Direktor der Klinik Hirslanden in Zürich und als Oberarzt, COO und CEO in medizinischen Institutionen in Deutschland tätig.



Die Zahlen aller Kantone finden Sie unter: dialog.css.ch

Inwiefern kann sich das Gesundheitswesen ein Vorbild an der Funktionsweise des menschlichen Gehirns nehmen? Die Neurologin Daniela Wiest* zieht interessante Parallelen.

Von Manuela Specker

Das Hirn als modernes Managementsystem

Unser Gehirn ist ein komplexes, sich selbst organisierendes und lernendes System. Es setzt sich strategische Ziele, die in ständigen Feedback-Regelkreisen (plan, do, check, act) auf deren Umsetzbarkeit überprüft und so angepasst werden, dass die Ziele quasi dem betriebswirtschaftlichen SMART-Prinzip entsprechen.

Zwei Beispiele: Wir trainieren auf einen Marathon, haben Muskelkrämpfe, stoppen das Training, weil die Muskeln melden: so nicht! Einen zu heissen Tee trinken wir nicht, weil das Feedback zwischen Zunge und Hirn das Stoppsignal «Verbrennung» sendet. Die gefassten Ziele werden laufend justiert und angepasst. Unser Körper stellt ein perfektes Feedback-System dar.

Das Hirn funktioniert nicht nach dem Top-down-Prinzip; es gibt keine Leitzentrale, die alles regelt. Auch in der Wirtschaft wurden die Top-down-Konzepte verlassen. Die modernen Managementansätze funktionieren ähnlich wie das Gehirn: Durch Einbezug aller Akteure, Ressourcen sowie der Innen- und Aussenwelt entsteht ein ganzheitliches Konzept, dessen strategische Ziele mittels Feedback-Regelsystem erreicht werden. Das System ist so im ständigen Lernprozess, genau wie das Gehirn.

Da gibt es durchaus Parallelen zum Gesundheitssystem. Stellen wir uns den Bund als «zentrales Nervensystem» vor, die Kantone als «peripheres Nervensystem» und die übrigen Akteure (Versicherer, Leistungserbringer, Patienten) als «Endorgane», wie die Muskeln in unserem Marathon-Beispiel.

Für das Ziel «Marathon» müssten alle Beteiligten nach den modernen Managementprinzipien agieren.

Unser Gesundheitssystem funktioniert leider nicht so optimal: Die Ziele entsprechen nicht den SMART-Kriterien für das Gesamtsystem, und es fehlen funktionierende Feedback-Regelkreise aus den verschiedenen Einheiten. Viele Akteure definieren eigene Ziele, verfolgen Partialinteressen, anstatt sich als Teamplayer in ein System mit gemeinsamen Zielen einzufügen.

«Unser Körper zeigt sehr schön, wie modernes und systemorientiertes Management funktioniert.»

Dr. med. Daniela Wiest



Dr. med. Daniela Wiest ist Fachärztin Neurologie FMH am Neurozentrum Biel-Seeland und Präsidentin der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft.

Als Notlösung folgen Top-down-Entscheidungen, wie der zweite bundesrätliche Tarifeingriff von Anfang 2018. Das heisst den Unmut der Mitwirkenden nur noch weiter an und begünstigt innere Kündigungen. Für jedes privatwirtschaftliche Unternehmen wäre dies ein erfolgskritisches Ereignis.

Unser Körper macht es besser: Die Zielvorstellungen (Marathon) müssen mit unseren Ressourcen (Muskeln) erreichbar sein, und die Ressourcen arbeiten alle auf das gleiche Ziel (Marathon) hin. Ist dem nicht so, müssen wir die Ziele anpassen, weil die Ressourcen nicht austauschbar sind.

So müsste es auch im Gesundheitswesen funktionieren: Ziele, die nach dem SMART-Prinzip festgelegt sind, und Akteure, die – wie ein Mobile im Gleichgewicht – bestrebt sind, diese Ziele gemeinsam im Sinne des Unternehmenserfolges zu erreichen.

Unser Körper zeigt sehr schön, wie modernes und systemorientiertes Management funktioniert. Wir sollten es ihm auch im Gesundheitssystem gleich tun.

Martina Krieg hat sich 2011 als Bürgerin für den Erhalt des Spitals Einsiedeln eingesetzt. Sie erklärt uns ihre Beweggründe, Erfahrungen und Überlegungen zur Spitalversorgung in der Schweiz.

Von Martina Krieg

Es ist einfach «üusers Spitoul»

Als vor sieben Jahren der Regierungsrat des Kantons Schwyz die Schliessung des Spitals Einsiedeln empfahl, fielen wir Bewohner von Einsiedeln aus allen Wolken. Das Spital gehört zu Einsiedeln, so wie die Schafböcke – ein traditionelles Gebäck aus süssem Honigteig, das ursprünglich für Pilger und Wallfahrer war, die nach Einsiedeln reisten. Das Spital mit 71 Betten (inkl. Säuglingen)¹ ist eine wichtige Infrastruktur unseres Dorfs, eine Schliessung hätte massive Auswirkungen mit sich gezogen.

Verluste

Auf der einen Seite hätte die Schliessung uns als Familie direkt betroffen. Wir müssten in weiter entfernte Spitäler* reisen, in denen sich die Betreuung weniger «persönlich» anfühlen würde. Da wir den direkten Vergleich mit einem grossen Spital gemacht haben, schätzen wir unser kleines Spital. Wir warteten vier Stunden mit einem schreienden, hungrigen Kleinkind mit einer klaffenden Platzwunde an der Stirn im Notfall auf einen Arzt – wir kamen uns vor wie eine unwichtige Nummer und fühlten uns völlig ausgeliefert.

Auf der anderen Seite betrifft eine Schliessung auch die ganze Bevölkerung von Einsiedeln. Durch die vielen Grossanlässe im Sport- und Kulturbereich und die

Nähe zum Skigebiet Hoch-Ybrig braucht es eine funktionierende Notaufnahme in der Nähe. Nicht zuletzt hätte das Dorf einen der grössten Arbeitgeber – Ende 2016 waren 337 Personen im Spital beschäftigt¹ – verloren, und das Gewerbe hätte bestimmt schmerzliche Einbussen hinnehmen müssen, da es Zulieferer für Güter des Alltags ist oder Handwerksarbeiten erledigt.

Unfälle und andere Geschichten

Als 2011 die Diskussionen um eine Schliessung aufka-

men, waren viele Einsiedler Hausärzte nahe dem Pensionsalter. Das hat uns Spitalbefürwortern sicher in die Hände gespielt. Heute hat sich die Situation etwas verbessert. Wir als Familie brauchen den Hausarzt jedoch selten und sind dankbar, dass wir so gesund sind. Aber gerade bei Unfällen und Notfällen mit den Kindern ist es schön, das Spital so nah zu wissen. Bei solchen Ereignissen geht man als Mutter durch einen Schwall an Emotionen. Das war beispielsweise der Fall, als sich unser Sohn mit der Axt den Zeigefinger abhackte. Innerhalb einer Stunde war der Finger wieder angenäht, und es kam alles gut. Hier waren wir dankbar für eine perfekt funktionierende Notfallaufnahme in der Nähe, mit Mitarbeitenden, die einen äusserst sensiblen und verständnisvollen Umgang pflegen.

Engagement für das Spital

Das Spital Einsiedeln ist einfach «üusers Spitoul». Als es um die Schliessung ging, standen die Einsiedler – so verschieden sie auch sind – zusammen und kämpften solidarisch für den Erhalt des Spitals. Ich habe mich insbesondere über die sozialen Medien und im persönlichen Umfeld dazu geäussert, einen Beitrag für das Initiativkomitee einbezahlt und mich so für den Erhalt engagiert. Im Vordergrund der Diskussionen vor sieben Jahren standen nicht die Kosten, sondern der Erhalt des Spitals für die Region. Aus meiner Sicht ist das eine Frage der Identitätsstiftung. Als Prämienzahlerin wäre ich sogar bereit gewesen, mehr zu bezahlen, damit unser Spital bestehen bleibt.

Grundversorgung

In der Tagespresse konnte man im letzten Jahr viel über Fallzahlen und die damit zusammenhängende Qualität lesen; ich kenne die Diskussionen zum Thema nicht detailliert. Aus wirtschaftlichen Gründen und Überlegungen der Spezialisierung kann ich jedoch nachvollziehen, dass das Thema diskutiert wird. Mit der Routine steigt sicher grundsätzlich die Qualität, aber kann zu viel Routine unter Umständen nicht auch zu einer verminderten Aufmerksamkeit führen? Hier verlasse ich mich auf die Professionalität der Ärzte und hoffe auf ihr Berufsethos, so dass sie nur dann operieren, wenn sie über eine hohe Kompetenz verfügen. Zudem bin ich der Meinung, dass sich ein Regional-

In Kürze

- 2011 empfahl die Schwyzer Regierung, das Spital Einsiedeln zu schliessen.
- Dank dem Engagement der Bürgerinnen und Bürger blieb der Spitalstandort in Einsiedeln bestehen.
- Die Nähe zum Spital ist vielen Bürgerinnen und Bürgern sehr wichtig.



Einsiedlerinnen und Einsiedler 2011 vor dem Rathaus in Schwyz, in dem der Kantonsrat tagt. Die Botschaft auf den Ballonen: «Pro Spital Einsiedeln».

spital auf gewisse Kompetenzfelder beschränken soll. Die Spezialdisziplinen könnten sie sich aufteilen, was innerkantonale oder gar interkantonale Absprachen bedingt. Am wenigsten dienlich ist, wenn Spitäler untereinander missgünstig sind.

Rolle der Politik

Wir haben in Einsiedeln unsere Spitalpolitik als Bürger mitgeprägt. Was wir als Bürger gemacht haben, erwarte ich auch von unseren Politikern. Wir wollen Regionalspitäler mit einer professionellen Grundversorgung, während die Spezialfelder – auch aus Gründen der schnellen und kostenintensiven Entwicklung – aufgeteilt werden müssen. Politiker müssen vorausdenken und vor allem über ihren eigenen Kanton hinaus vorausschauende Gespräche und Verhandlungen führen. Gewisse Politiker tendieren dazu, immer in die Richtung zu sprechen, aus der sie sich am meisten Zuspruch erhoffen. Das zeugt von Unwissenheit oder einem volatilen politischen Profil. Die verschiedenen Bedürfnisse aller Beteiligten, wirtschaftliche Interessen und weitere Themen gegeneinander abzuwägen, verlangen auch Kompromisse. Die Arbeit der Politiker ist nicht immer einfach, deshalb braucht es ausgereifte Persönlichkeiten mit überzeugender Führungsstärke. Generell würde ich sagen, ein bisschen weniger Föderalismus täte der Schweiz manchmal gut. Gefordert ist eine überregionale Zusammenarbeit statt Kantönligeist.



Martina Krieg (49) lebt mit ihrer Familie in Einsiedeln. Beruflich engagiert sie sich im Bereich Schulentwicklung im Kanton Zug. Sie hat sich 2011 persönlich für den Erhalt des Spitals Einsiedeln eingesetzt.

* Anmerkung der Redaktion: Von Einsiedeln nach Lachen sind es 23 Autominuten oder nach Schwyz 36 Autominuten – an beiden Orten gibt es ein Spital.

¹ Informationen aus dem Geschäftsbericht des Spitals Einsiedeln: https://www.spital-einsiedeln.ch/libraries.files/geschaeftsbericht_201621.pdf

Bonussystem statt Föderalismus



Beda M. Stadler, geboren 1950 in Visp (VS), ist emeritierter Professor und war Direktor des Instituts für Immunologie an der Universität Bern. Er ist bekannt für seine bissigen Aussagen zu medizinischen sowie gesundheits- und gesellschaftspolitischen Themen.

Als ich anlässlich meiner Pensionierung von Bern ins Wallis zog, sanken meine Krankenkassenprämien. Das war angenehm. Schau ich jetzt zum Fenster hinaus, sehe ich auf der anderen Seite des Tals Visperterminen. Würde ich meine Gesundheit dort hin zügeln, käme ich nochmal in den Genuss einer massiven Verbilligung. Ich tue es nicht, weil ich den staatlich ermöglichten Krankenkassenwechsel als eines der dümmsten Geschäftsmodelle betrachte. Zudem bin ich durch den Kantonswechsel nicht gesünder geworden und finde trotz Eigennutz den Föderalismus im Gesundheitssystem überholt.

Hinter den regionalen Prämienunterschieden versteckt sich möglicherweise aber etwas, das auch in Zukunft noch unterstützungswürdig sein könnte. So galten etwa die Krankenkassen von Zeneggen oder Gondo lange als die günstigsten schweizweit. Man könnte sich überlegen, weshalb dem so war. Von beiden Orten aus konnte man einen Arzt oder ein Regionalspital mit dem öffentlichen Verkehr nur mühsam und bloss ein paar Mal pro Tag erreichen. Bis der nächste Bus fuhr, ging es den Leuten wahrscheinlich bereits wieder besser. Natürlich will ich diesen historischen Zustand nicht idealisieren, aber zu bedenken geben, dass sich hinter den variablen kantonalen Gesundheitskosten auch Unterschiede im Verhalten verbergen könnten, etwa Patienten, die weniger medizinische Leistungen einfordern.

Sollten in nächster Zeit tatsächlich Anstrengungen unternommen werden, unser föderalistisches Gesundheitssystem umzubauen, sollte man nicht nur versuchen, einseitig die bekannten Kostentreiber zu eliminieren, sondern ein Anreizsystem schaffen, das ursprünglich zu derartigen positiven regionalen Unterschieden führte. Als Patient ist das aber auch nicht mehr so einfach wie früher, vor allem weil die Grundversorgung heute derart viel an medizinischen Leistungen beinhaltet, die zum Teil an Wellness grenzen, und damit meine ich nicht nur die Alternativmedizin.

Gesundheit hat nichts mit Kantönlicheit zu tun, aber solange die Kantone darüber zu entscheiden haben, werden die kantonalen Unterschiede wohl auch bleiben. Also sollten die Krankenkassen vorpellen und jedem Patienten einen Bonus geben, falls er prinzipiell bereit ist, seine zukünftigen Kosten drastisch zu senken. Damit meine ich nicht etwa das Versprechen, Sport zu treiben oder eine Diät zu machen, sondern den schriftlichen Beleg zu liefern, dass man entweder bei Dignitas oder Exit den jährlichen Beitrag zahlt.

«Die Krankenkassen müssten vorpellen und jedem Patienten einen Bonus geben, falls er bereit ist, seine Kosten drastisch zu senken.»



twitter.com/CSSPolitik

Ist der Föderalismus mitschuldig, dass unser Gesundheitssystem immer teurer wird? Oder macht gerade der Föderalismus Innovation möglich? Eine kurze Analyse.

Von Urs Zanoni

Planung von oben, Innovation von unten

Der Föderalismus muss für zahlreiche Unzulänglichkeiten im Schweizer Gesundheitswesen herhalten: Der Kantönliche Geist schafft übermässig viele Spitalbetten. Das Kompetenzgerangel zwischen Bund und Kantonen (und Kantonen und Gemeinden) behindert Innovationen. Die Rollenkonflikte der Kantone begünstigen Protektionismus. Und einiges mehr.

Andererseits verstellen die Klagen über den Föderalismus den Blick auf die Chancen. Denn Föderalismus meint in erster Linie Dezentralisierung. Und Föderalismus korrespondiert mit einer anderen helvetischen Eigenheit, die reichlich Chancen bietet: die Subsidiarität. Die Haltung also, dass nur «nach oben» delegiert wird, was auf der unteren Ebene nicht ausgeführt werden kann.

Ein blühendes Beispiel für den subsidiären Ansatz sind Gesundheitsregionen, wie sie an zahlreichen Orten in der Schweiz bestehen oder im Aufbau sind (siehe Grafik): regionale, bevölkerungsorientierte Versorgungsmodelle, welche die Vorzüge der örtlichen Nähe nutzen, zum Beispiel:

- Bessere Koordination und Kollaboration zwischen den Versorgungspartnern: Man kennt und vertraut sich.
- Regionale Identität: Patienten möchten hier behandelt werden, Gesundheitsfachpersonen hier arbeiten.
- Medizinisch-Pflegerisches und Soziales gehen Hand in Hand dank Einbezug der Gemeinden.

- Starke Freiwilligenarbeit als Voraussetzung für mehr Behandlung und Betreuung zu Hause.

Auf dieser Basis lassen sich optimal vernetzte Versorgungskonzepte für die wichtigste Patientengruppe der Zukunft entwickeln: hochaltrige, multimorbide, chronisch kranke Menschen. Gesundheitsregionen umfassen häufig einen Raum von etwa 50 000 bis 150 000 Personen, haben eine breit abgestützte Trägerschaft, pflegen eine ausgeprägte «Kultur des Gemeinsamen», setzen möglichst früh an (Schulen, Vereine) und sehen die Menschen – statt Krankheiten – im Zentrum.

Das Bundesamt für Gesundheit sieht Gesundheitsregionen als vielversprechenden Ansatz; auch die empirische Evidenz spricht für die regionale Perspektive als Erfolgsfaktor. Wichtig ist allerdings: Gesundheitsregionen sind keine Planungsräume. Denn Planung, besonders des stationären Bereichs, muss übergeordnet erfolgen, idealerweise interkantonal (Beispiel Basel-Stadt/Baselland) oder sogar national (Beispiel hochspezialisierte Medizin). Gesundheitsregionen dagegen gehen von der bestehenden Infrastruktur aus und versuchen mit Innovationskraft und Bürgernähe, bedarfs- und bedürfnisgerechte Angebote zu entwickeln.

Urs Zanoni, MPH, ist Geschäftsführer des fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (www.fmc.ch).

Gesundheitsregionen in der Schweiz (Auswahl)



Quelle: Urs Zanoni, fmc, Stand 7. März 2018

- | | |
|---|--|
| 1 Gesundheitszentrum Unterengadin
www.cseb.ch | 10 Krienser Infostelle Gesundheit
www.kig-kriens.ch |
| 2 Gesundheits-Netzwerk Werdenberg-Sarganserland
www.pizolcare.ch | 11 Gesundheitsnetzwerk Uri |
| 3 Thurvita
www.thurvita.ch | 12 xunds grauholz
www.xunds-grauholz.ch |
| 4 RaJoVita
www.rajovita.ch | 13 Healthy Emmental
www.healthymmental.ch |
| 5 Drehscheibe Pflege Höfe
www.pflege-hoefe.ch | 14 Réseau Fribourgeois santé mentale: RFSM
www.fr.ch/rfsm |
| 6 Gesundheitsnetz 2025 Stadt Zürich
www.gn2025.ch | 15 Association Réseau Orientation Santé Social
www.aross-ne.ch |
| 7 CareNet+
www.caretplus.ch | 16 Gesundheitsförderung Wallis
www.promotionsantevalais.ch |
| 8 Gesundes Laufental
www.gesundes-laufental.ch | 17 Réseaux de Santé Vaud
www.reseaux-sante-vaud.ch |
| 9 Gesundes Freiamt
www.gesundes-freiamt.ch | 18 Projet de Réseau Intégré de Soins aux Malades
www.prism-ge.ch |

Ein Ass im Ärmel

Zum Glück wohnen wir im Kanton Appenzell, unsere Prämien steigen dieses Jahr nicht so stark. Recht hast du, Heinz, zum Glück ist Bern hier nicht zuständig. Föderalismus ist halt immer Trumpf.

Ich bin aus dem Schneider

Bei meinem Erbgut und mit euch im Umfeld kann nichts schiefgehen mit meiner Gesundheit... Prost, darauf trinken wir noch einen.

Wir bedanken uns!

Unser Regierungsrat Studer hat sich als Einziger für unser Spital eingesetzt. Das ist ihm hoch anzurechnen – endlich einer, der was für unsere Gesundheit und den Wirtschaftsstandort tut.