

# Inhaltsverzeichnis

## H+ - Die Spitäler der Schweiz

---

29.11.2020

### Wenn bei schwierigen Operationen die Routine fehlt

*SonntagsZeitung*

29.11.2020

Wenn bei schwierigen Operationen die Routine fehlt  
*tagesanzeiger.ch 28.11.2020*

### Les opérations sont encore trop éparpillées

*Le Matin Dimanche*

29.11.2020

Selon une étude, les opérations chirurgicales sont trop éparpillées  
*24heures.ch 28.11.2020*

25.11.2020

### Spitäler stehen im Visier von Cyberkriminellen

*Neue Zürcher Zeitung*

25.11.2020

Spitalgruppe Hirslanden von Ransomware getroffen - Die Spitäler stehen wegen der Pandemie im Visier der Cyberkriminellen  
*nzz.ch 25.11.2020*

Face au manque de personnel qualifié, «les petites structures n'aident pas à régler cette pandémie»

*L'AGEFI*

25.11.2020

Spitalgruppe Hirslanden von Ransomware getroffen - Die Spitäler stehen wegen der Pandemie im Visier der Cyberkriminellen

*nzz.ch*

25.11.2020

## Medienspiegel vom 24. bis 30. November 2020

---

28.11.2020

Der oberste Kantonsarzt wurde überrascht

*Schweiz am Wochenende Gesamt*

28.11.2020

Im Impfzentrum oder auch in der Apotheke?

*Tages-Anzeiger*

28.11.2020

SG - KSSG: «Corona beschleunigt die Konzentration» - Interview

*Schweiz am Wochenende*

28.11.2020

Auf den Intensivstationen sinkt die Sterberate

*Neue Zürcher Zeitung*

28.11.2020

Krankenkassen setzen die Waffe der Negativlisten nur halbherzig ein

*Medinside*

28.11.2020

AG: Bund soll Ausfälle der Spitäler wegen Corona zahlen

*Schweiz am Wochenende*

28.11.2020

27.11.2020

---

Swissmedic pocht beim Impfstoff auf belastbare Daten <i>Radio SRF 4 News</i>	27.11.2020
Suisse Romande: Monitorer l'évolution des besoins en médecine <i>L'AGEFI</i>	27.11.2020
Corona-Krise: Hat Ausland Impfstoff früher? <i>SRF</i>	27.11.2020
Jenseits von Covid-19: die Zukunft der Gesundheit - Gastkommentar <i>Neue Zürcher Zeitung</i>	27.11.2020
Berset macht Swissmedic Beine <i>Blick</i>	27.11.2020
La volonté de se faire vacciner s'effrite en Suisse <i>rts.ch</i>	27.11.2020
Die Westschweiz lockert - und die Deutschschweiz soll verschärfen <i>Tages-Anzeiger</i>	27.11.2020
Corona-Krise: Patientenverfügung Ja oder Nein <i>SRF 1</i>	27.11.2020
<hr/> 26.11.2020	
BS: «Basel-Stadt ist kein Musterknabe» <i>Basler Zeitung</i>	26.11.2020
BS: Basel schnürt ein 60-Millionen-Paket für die Spitäler <i>bz Zeitung für die Region Basel</i>	26.11.2020
BE: Médecins-chefs - salaires publiés <i>Le Courrier</i>	26.11.2020
Même en temps de crise sanitaire, il ne faut pas négliger les urgences <i>Radio RTS La 1ère</i>	26.11.2020
Premières vaccinations espérées début 2021 en Suisse <i>rts.ch</i>	26.11.2020
<hr/> 25.11.2020	
Ces soignants vaccino-hésitants <i>Heidi News</i>	25.11.2020
Pflegepersonal: Beifall hilft wenig - Gastkommentar <i>Neue Zürcher Zeitung</i>	25.11.2020
BS/BL: Wann fordern Spitäler Genfer Weg? <i>bz Zeitung für die Region Basel</i>	25.11.2020
ZH: Spital Bülach lässt sich kritisch überprüfen <i>Zürcher Unterländer</i>	25.11.2020
<hr/> 24.11.2020	
Romandie: Des lits libres mais des soins intensifs en surchauffe en Suisse romande <i>RTS un</i>	24.11.2020
Corona-Experten des Bundes: Erstes Etappenziel erreicht <i>SRF 1</i>	24.11.2020
SG: Lassen sich die Spitalschliessungen noch stoppen? <i>St. Galler Tagblatt Gesamt</i>	24.11.2020

ZH - USZ: Übrissene Spitalrechnungen, hilflose Krankenkassen <i>K-Tipp</i>	24.11.2020
Cyberattaques: les hôpitaux romands vigilants <i>ictjournal.ch</i>	24.11.2020
Schweizer Gesundheitswesen hat eine neue Stimme <i>Medinside</i>	24.11.2020
ZH - Spital Affoltern: In der Krise wird auch das Kleinspital gebraucht <i>Tages-Anzeiger</i>	24.11.2020



Auflage: 194127  
Gewicht: Artikelgruppe

29. November 2020  
**Zurück zum Inhaltsverzeichnis**

WIRTSCHAFT SEITE 42

## Wenn bei schwierigen Operationen die Routine fehlt

**Eine neue Untersuchung zeigt, dass fast die Hälfte der Krankenhäuser die empfohlenen Mindestfallzahlen nicht einhält**

Caroline Zuercher

In der Schweiz führen viele Spitäler komplexe Operationen sehr selten durch. Aus der Forschung ist jedoch bekannt, dass höhere Fallzahlen bei schwierigen Eingriffen dank grösserer Routine und Erfahrung zu besseren Ergebnissen und weniger Komplikationen für Patientinnen und Patienten führen. Deshalb werden für bestimmte Eingriffe Mindestfallzahlen definiert und von der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) empfohlen.

47 Prozent, also fast die Hälfte der Spitäler, die solche Operationen durchführen, erreichen jedoch die empfohlenen Mindestfallzahlen nicht. In manchen Bereichen führen sie diese Eingriffe weniger als einmal pro Monat durch. Das zeigt die erste gesamtschweizerische Untersuchung der Mindestfallzahlen durch Daniel Zahnd. Er ist Medizininformatiker, ehemaliger Leiter Qualitätsmanagement am Inselspital und heute Berater in der Gesundheitsforschung. Die Studie entstand im Auftrag der Krankenkasse Groupe Mutuel und wird am Mittwoch in Bern an einer Tagung der Plattform Qualitätsmedizin Schweiz vorgestellt.

Daniel Zahnd nennt das Extrembeispiel der Hautkrebsoperationen: 43 von 62 Krankenhäusern haben 2018 nicht mehr als zehn solche Operationen durchgeführt. Im Durchschnitt waren es bloss drei im ganzen Jahr. «Dabei kann wohl kaum von Routine gesprochen werden», so Zahnd. Bei den Hüft- oder Kniegelenksoperationen erreichen zwar die meisten Spitäler die Mindestfallzahlen. Aber die Spitäler, die darunter liegen, behandeln im Schnitt nur rund 25 Fälle. In Deutschland gilt eine Fallzahl von 200 als optimal.

### Ein Grund für den Fachkräftemangel

Der Forscher weist darauf hin, dass für fast alle Behandlungen ein Zusammenhang zwischen der Fallzahl und dem Behandlungserfolg nachgewiesen ist: «Fachleute erwerben eine Routine. Insbesondere gibt es weniger Komplikationen nach der Operation.»

Dazu kommt ein finanzielles Argument: Die bessere Auslastung von hoch qualifiziertem Personal und teuren Geräten führt zu tieferen Kosten. Das Angebot solcher Leistungen in zu vielen Krankenhäusern sei auch ein Grund für den Mangel an qualifiziertem Personal, so Zahnd.

Vor allem in kleinen Kantonen erreichen die wenigsten Spitäler die empfohlenen Mindestfallzahlen. Am besten sieht es im Kanton Luzern aus, wo nur jedes fünfte Spital die Schwelle nicht erreicht. Angesichts der gut ausgebauten Kapazitäten und der geografischen Kleinräumigkeit der Spitallandschaft wäre es problemlos möglich, die wenigen betroffenen Patientinnen und Patienten in Häusern mit höheren Fallzahlen zu behandeln, ist Zahnd überzeugt.

Diese Ergebnisse sind für Thomas J. Griching, Generalsekretär der Groupe Mutuel, keine Überraschung. «Bis jetzt waren es nur Meinungen, jetzt haben wir ein genaues Bild der Situation.» Auf dem Spiel stehe die Qualität der medizinischen Versorgung und die Effizienz des Gesundheitssystems. «Beides wirkt sich direkt auf die Prämien und die Gesundheit der Versicherten aus», sagt Griching. Es brauche verbindliche Standards, welche die Kriterien für die Spitalplanung definieren.

«Eine Mindestfallzahl anzustreben, ist eine gute Sache», sagt Rebecca Ruiz, Vizepräsidentin der Gesundheitsdirektorenkonferenz und Waadtländer Staatsrätin. Deshalb habe die GDK entsprechende Empfehlungen herausgegeben. «Aber diese sind zwei Jahre alt, und der Prozess braucht Zeit.» Man müsse auch die Notwendigkeit berücksichtigen, den Zugang zur Gesundheitsversorgung in stadtfernen Regionen zu gewährleisten. Die Kantone wüssten, wie man den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht werde. «Sie haben kein Interesse daran, ein System aufrechtzuerhalten, das zu teuer oder ineffizient ist», sagt Ruiz.

H+, der Dachverband der Schweizer Spitäler, anerkennt zwar die Notwendigkeit, komplexe Operationen zu zentralisieren. Das Mindestfallzahl-Kriterium sei jedoch schwierig anzuwenden. Isoliert angewandt, könne es falsche Anreize setzen.

Daniel Zahnd findet es jedoch «problematisch, mit den gegenwärtigen Strukturen fortzufahren». Er glaubt, dass die durch die Covid-Krise verschärfte finanzielle Situation der Spitäler die Entwicklung beschleunigen wird.



Viele Operationen  
führen zu  
besseren  
Ergebnissen  
Foto: Keystone

Viele Operationen führen zu besseren Ergebnissen Foto: Keystone

---

## Viele Spitäler mit wenig Routine

Anteil der Spitalangebote, die die empfohlenen Mindestfallzahlen bei komplexen Eingriffen nicht erreichten, nach Kanton, 2018

Kanton	Anzahl Angebote	Anteil Spitäler unter Mindestfallzahl
JU	8	100%
OW	6	100%
UR	5	100%
NW	9	89%
GL	12	83%
AR	10	80%
SZ	23	74%
SH	12	67%
ZG	15	67%
GR	29	59%
BL	26	58%
VD	104	48%
VS	27	48%
SG	65	46%
FR	25	44%
TG	23	44%
TI	37	43%
BS	55	42%
AG	68	41%
BE	122	41%
ZH	159	41%
SO	19	37%
GE	28	32%
NE	15	27%
LU	40	20%

Quelle: Daniel Zahnd

- Wenn bei schwierigen Operationen die Routine fehlt  
tagesanzeiger.ch 28.11.2020

© SonntagsZeitung

[ONLINE, 28.11.2020](#)

Spitäler mit Qualitätsproblem

## Wenn bei schwierigen Operationen die Routine fehlt

**Eine neue Untersuchung zeigt, dass fast die Hälfte der Krankenhäuser die empfohlenen Mindestfallzahlen nicht einhält.**

Caroline Zuercher

In der Schweiz führen viele Spitäler komplexe Operationen sehr selten durch. Aus der Forschung ist jedoch bekannt, dass höhere Fallzahlen bei schwierigen Eingriffen dank grösserer Routine und Erfahrung zu besseren Ergebnissen und weniger Komplikationen für Patientinnen und Patienten führen. Deshalb werden für bestimmte Eingriffe Mindestfallzahlen definiert und von der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) empfohlen.

47 Prozent, also fast die Hälfte der Spitäler, die solche Operationen durchführen, erreichen jedoch die empfohlenen Mindestfallzahlen nicht. In manchen Bereichen führen sie diese Eingriffe weniger als einmal pro Monat durch. Das zeigt die erste gesamtschweizerische Untersuchung der Mindestfallzahlen durch Daniel Zahnd. Er ist Medizininformatiker, ehemaliger Leiter Qualitätsmanagement am Inselspital und heute Berater in der Gesundheitsforschung. Die Studie entstand im Auftrag der Krankenkasse Groupe Mutuel und wird am Mittwoch in Bern an einer Tagung der Plattform Qualitätsmedizin Schweiz vorgestellt.

### Nur drei Operationen pro Jahr

Daniel Zahnd nennt das Extrembeispiel der Hautkrebsoperationen: 43 von 62 Krankenhäusern haben 2018 nicht mehr als zehn solche Operationen durchgeführt. Im Durchschnitt waren es bloss drei im ganzen Jahr. «Dabei kann wohl kaum von Routine gesprochen werden», so Zahnd. Bei den Hüft- oder Kniegelenksoperationen erreichen zwar die meisten Spitäler die Mindestfallzahlen. Aber die Spitäler, die darunter liegen, behandeln im Schnitt nur rund 25 Fälle. In Deutschland gilt eine Fallzahl von 200 als optimal.

Der Forscher weist darauf hin, dass für fast alle Behandlungen ein Zusammenhang zwischen der Fallzahl und dem Behandlungserfolg nachgewiesen ist: «Fachleute erwerben eine Routine. Insbesondere gibt es weniger Komplikationen nach der Operation.»

### Ein Grund für den Fachkräftemangel

Dazu kommt ein finanzielles Argument: Die bessere Auslastung von hoch qualifiziertem Personal und teuren Geräten führt zu tieferen Kosten. Das Angebot solcher Leistungen in zu vielen Krankenhäusern sei auch ein Grund für den Mangel an qualifiziertem Personal, so Zahnd.

Vor allem in kleinen Kantonen erreichen die wenigsten Spitäler die empfohlenen Mindestfallzahlen. Am besten sieht es im Kanton Luzern aus, wo nur jedes fünfte Spital die Schwelle nicht erreicht. Angesichts der gut ausgebauten Kapazitäten und der geografischen Kleinräumigkeit der Spitallandschaft wäre es problemlos möglich, die wenigen betroffenen Patientinnen und Patienten in Häusern mit höheren Fallzahlen zu behandeln, ist Zahnd überzeugt.

### Auf dem Spiel stehen Qualität und Effizienz

Diese Ergebnisse sind für Thomas J. Grichting, Generalsekretär der Groupe Mutuel, keine Überraschung. «Bis jetzt waren es nur Meinungen, jetzt haben wir ein genaues Bild der Situation.» Auf dem Spiel stehe die Qualität der medizinischen Versorgung und die Effizienz des Gesundheitssystems. «Beides wirkt sich direkt auf die Prämien und die

Gesundheit der Versicherten aus», sagt Grichting. Es brauche verbindliche Standards, welche die Kriterien für die Spitalplanung definieren.

«Eine Mindestfallzahl anzustreben, ist eine gute Sache», sagt Rebecca Ruiz, Vizepräsidentin der Gesundheitsdirektorenkonferenz und Waadtländer Staatsrätin. Deshalb habe die GDK entsprechende Empfehlungen herausgegeben. «Aber diese sind zwei Jahre alt, und der Prozess braucht Zeit.» Man müsse auch die Notwendigkeit berücksichtigen, den Zugang zur Gesundheitsversorgung in stadtfernen Regionen zu gewährleisten. Die Kantone wüssten, wie man den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht werde. «Sie haben kein Interesse daran, ein System aufrechtzuerhalten, das zu teuer oder ineffizient ist», sagt Ruiz.

H+, der Dachverband der Schweizer Spitäler, anerkennt zwar die Notwendigkeit, komplexe Operationen zu zentralisieren. Das Mindestfallzahl-Kriterium sei jedoch schwierig anzuwenden. Isoliert angewandt, könne es falsche Anreize setzen.

Daniel Zahnd findet es jedoch «problematisch, mit den gegenwärtigen Strukturen fortzufahren». Er glaubt, dass die durch die Covid-Krise verschärfte finanzielle Situation der Spitäler die Entwicklung beschleunigen wird.

© **tagesanzeiger.ch**



Auflage: 147556  
Gewicht: Groupe d'articles29. November 2020  
[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

SUISSE PAGE 8

## Les opérations sont encore trop éparpillées

**Chirurgie - Pour le Groupe Mutuel, qui a mandaté une analyse sur les opérations en hôpitaux, la qualité et l'efficacité du système sont en jeu.**

Caroline Zuercher

En Suisse, trop d'hôpitaux font un petit nombre d'opérations. Cette conclusion ressort d'une étude mandatée par le Groupe Mutuel et réalisée par Daniel Zahnd, consultant en recherche sur les services de santé. Menée dans l'ensemble de la Suisse, cette analyse est la première du genre. Elle sera présentée le 2 décembre à Berne, lors d'un congrès digital consacré à la qualité des soins. Combien d'interventions un hôpital devrait-il effectuer? Le canton de Zurich a fixé un nombre minimum de cas (NMC) pour une trentaine de prestations complexes, comme le remplacement d'une hanche. Cette méthode a été adoptée par la plupart des cantons, et la Conférence des directeurs de la santé (CDS) en recommande l'utilisation.

### Près d'un hôpital sur deux

L'étude compare ces objectifs avec ce qu'il s'est passé en 2018. Résultat: 46,3% des hôpitaux qui effectuent ces opérations et les communiquent à leur faïtière H+ n'atteignent pas le NMC. Cette proportion représente 7% des patients en 2018. Daniel Zahnd donne l'exemple extrême des opérations en lien avec le cancer de la peau: «43 établissements, sur les 62 qui pratiquent ces interventions, n'en ont pas fait plus de dix en 2018. Dans ces lieux, la moyenne est de trois.»

Le chercheur précise que le rapport entre le nombre de cas et la qualité du résultat est démontré. «Les professionnels acquièrent une routine. Il y a notamment moins de complications postopératoires, et elles sont mieux gérées dans les grandes institutions.» Un autre argument est financier, car il faut maintenir les infrastructures nécessaires. Il conclut que l'offre des mêmes prestations dans de nombreux hôpitaux est une raison de la pénurie de travailleurs qualifiés.

### Qualité et efficacité

Ces résultats ne surprennent pas Thomas J. Grichting, secrétaire général du Groupe Mutuel: «Nous avons maintenant une photographie globale de la situation. Jusqu'à présent, ce n'étaient que des avis.» Son analyse? «Ce qui est en jeu ici, c'est clairement la qualité des soins médicaux et l'efficacité du système de santé - deux éléments qui ont des conséquences directes sur les primes et la santé des assurés. Il faudrait maintenant pousser les recherches pour définir les mesures nécessaires.»

Selon lui, il faudrait davantage de normes contraignantes définissant les critères de la planification hospitalière, une tâche qui est de la compétence des cantons. Et fermer des établissements? «D'autres études doivent être menées pour inspirer ces nouvelles planifications, qui doivent être intercantionales», répond Thomas J. Grichting.

Daniel Zahnd se montre plus catégorique. Pour lui, il devient «problématique de continuer avec les structures actuelles». Mais il pense que la situation financière des établissements, encore aggravée par la crise du Covid, finira par entraîner cette évolution.

### «Cela prend du temps»

«Viser un nombre minimum de cas est une bonne chose, réagit Rebecca Ruiz, vice-présidente de la Conférence des directeurs de la santé (CDS) et conseillère d'État vaudoise. C'est pour cela que la CDS a émis des recommandations sur le sujet. Mais celles-ci datent d'il y a deux ans, et ce processus prend du temps.»

La Vaudoise précise que, dans son canton, l'un des hôpitaux pris en compte dans l'étude ne figure pas sur la liste hospitalière pour l'activité étudiée. Elle ajoute qu'il faut tenir compte de la nécessité de garantir un accès aux soins dans les régions éloignées des villes. Des normes plus contraignantes? Pour elle, il faut laisser les cantons agir. «Ce sont eux qui savent comment répondre aux besoins de la population. Ils n'ont aucun intérêt à maintenir un système trop coûteux ou inefficent.»

H+ comprend que l'on centralise les opérations complexes. Mais la faitière souligne que «le critère du NMC est difficile à appliquer et, employé de manière isolée, il crée de fausses incitations à différents niveaux». D'autres éléments doivent être pris en compte pour mesurer la qualité, en particulier les données sur l'efficacité des traitements et l'indication médicale. Par exemple, le NMC n'indique pas si un chirurgien a une grande expérience ou pas. L'étude reconnaît que ce n'est pas là l'unique critère de qualité.

«Quand ils opèrent plus, les professionnels acquièrent une routine. Il y a notamment moins de complications postopératoires»  
Daniel Zahnd, auteur de l'étude



Thomas J. Grichting, secrétaire général du Groupe Mutuel. Keystone

- Selon une étude, les opérations chirurgicales sont trop éparpillées  
24heures.ch 28.11.2020

© Le Matin Dimanche

Gewicht: Online



28. November 2020

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

[ONLINE, 28.11.2020](#)

Interventions complexes dans les hôpitaux

## Selon une étude, les opérations chirurgicales sont trop éparpillées

**Pour le Groupe Mutuel, qui a mandaté cette analyse, la qualité et l'efficacité du système sont en jeu.**

Caroline Zuercher

En Suisse, trop d'hôpitaux font un petit nombre d'opérations. Cette conclusion ressort d'une étude mandatée par le Groupe Mutuel et réalisée par Daniel Zahnd, consultant en recherche sur les services de santé. Menée dans l'ensemble de la Suisse, cette analyse est la première du genre. Elle sera présentée le 2 décembre à Berne, lors d'un congrès digital consacré à la qualité des soins.

Combien d'interventions un hôpital devrait-il effectuer? Le canton de Zurich a fixé un nombre minimum de cas (NMC) pour une trentaine de prestations complexes, comme le remplacement d'une hanche. Cette méthode a été adoptée par la plupart des cantons et la Conférence des directeurs de la santé (CDS) en recommande l'utilisation.

### Près d'un hôpital sur deux

L'étude compare ces objectifs avec ce qu'il s'est passé en 2018. Résultat: 46,3% des hôpitaux qui effectuent ces opérations et les communiquent à leur faïtière H+ n'atteignent pas le NMC. Cette proportion représente 7% des patients en 2018. Daniel Zahnd donne l'exemple extrême des opérations en lien avec le cancer de la peau: «Quarante-trois établissements, sur les 62 qui pratiquent ces interventions, n'en ont pas fait plus de dix en 2018. La moyenne, dans ces lieux, est de trois.»

Le chercheur précise que, pour la quasi-totalité des traitements, le rapport entre le nombre de cas et le résultat des soins est démontré. «Les professionnels acquièrent une routine. Il y a notamment moins de complications postopératoires. Et celles-ci sont mieux gérées dans les grandes institutions.» Un autre argument est financier, car il faut maintenir les infrastructures nécessaires. Il conclut que l'offre des mêmes prestations dans de nombreux hôpitaux est une raison de la pénurie de travailleurs qualifiés.

### Qualité et efficacité

Ces résultats ne surprennent pas Thomas J. Grichting, secrétaire général du Groupe Mutuel: «Nous avons maintenant une photographie globale de la situation. Jusqu'à présent, ce n'étaient que des avis.» Son analyse? «Ce qui est en jeu ici, c'est clairement la qualité des soins médicaux et l'efficacité du système de santé – deux éléments qui ont des conséquences directes sur les primes et la santé des assurés. Il faudrait maintenant pousser les recherches plus loin pour définir les mesures nécessaires.»

Selon Thomas J. Grichting, il faudrait davantage de normes contraignantes définissant les critères de la planification hospitalière, une tâche qui est de la compétence des cantons. Et fermer des établissements? «D'autres études doivent être menées pour inspirer ces nouvelles planifications, qui doivent être intercantionales», répond Thomas J. Grichting.

Daniel Zahnd se montre plus catégorique. Pour lui, il devient «problématique de continuer avec les structures actuelles». Mais il pense que la situation financière des établissements, encore aggravée par la crise du Covid, finira par entraîner cette évolution.

**«Ce processus prend du temps»**

«Viser un nombre minimum de cas est une bonne chose, réagit Rebecca Ruiz, vice-présidente de la Conférence des directeurs de la santé (CDS) et conseillère d'État vaudoise. C'est pour cela que la CDS a émis des recommandations sur le sujet. Mais celles-ci datent d'il y a deux ans, et ce processus prend du temps.»

La Vaudoise précise que, dans son canton, l'un des hôpitaux pris en compte dans l'étude ne figure pas sur la liste hospitalière pour l'activité étudiée. Elle ajoute qu'il faut tenir compte de la nécessité de garantir un accès aux soins dans les régions éloignées des villes. Des normes plus contraignantes? Pour elle, il faut laisser les cantons agir. «Ce sont eux qui savent comment répondre aux besoins de la population. Ils n'ont aucun intérêt à maintenir un système trop coûteux ou inefficent.»

H+, la faîtière des hôpitaux suisses, comprend que l'on centralise les opérations complexes. Elle souligne toutefois que «le critère du NMC est difficile à appliquer et, employé de manière isolée, il crée de fausses incitations à différents niveaux». D'autres éléments doivent être pris en compte pour mesurer la qualité, en particulier les données sur l'efficacité des traitements et l'indication médicale. Par exemple, le NMC n'indique pas si un chirurgien ou une équipe ont une grande expérience ou pas. L'étude reconnaît que ce n'est pas l'unique critère de qualité.

© 24heures.ch

SCHWEIZ SEITE 10

## Spitäler stehen im Visier von Cyberkriminellen

**Die Pandemie macht Gesundheitseinrichtungen zu einem lohnenden Ziel – die Hirslanden-Gruppe ist Opfer eines Angriffs geworden.**

Lukas Mäder

Um ein Haar wäre jenes Szenario eingetreten, vor dem die Experten seit Monaten warnen: dass ein Cyberangriff ein Schweizer Spital aus dem Normalbetrieb reisst. Es ist jenes Szenario, das angesichts der überfüllten Intensivstationen und des entkräfteten Personals derzeit besonders beunruhigt: Die Computersysteme fallen aus, der Betrieb muss eingeschränkt werden, und das Personal kann nur noch mit Stift und Papier arbeiten. Ganz so weit kam es nicht bei der Hirslanden-Gruppe, als sie am 21. Juli Opfer eines Cyberangriffs wurde. Die Angreifer hätten nur einen Teil der zentralen Dateiablage verschlüsselt, schreibt die private Spitalkette Hirslanden auf Anfrage. Die Patientenversorgung sei zu keinem Zeitpunkt gefährdet gewesen.

Es handelt sich um den ersten erfolgreichen Cyberangriff auf ein Spital in der Schweiz seit Beginn der Corona-Pandemie. Öffentlich bekannt war er bisher nicht. Erst auf Anfrage bestätigt Hirslanden die Recherchen der NZZ. Dass es nicht schlimmer kam für die Spitalkette, war vermutlich nur Zufall oder Glück. Denn die Angreifer hatten es bereits bis ins Zentrum des Netzwerkes geschafft.

### Anfälliger für Erpressung

Ist es einem Angreifer einmal gelungen, in ein IT-Netzwerk einzudringen, breitet er sich üblicherweise aus, um möglichst viele Systeme in einem Netzwerk zu treffen. Oft kopieren die Cyberkriminellen auch die Daten aus dem Firmennetz heraus, bevor sie die sogenannte Ransomware starten, welche die Daten verschlüsselt und sie nur gegen Lösegeld wieder freigibt. Mit diesen gestohlenen Daten lässt sich das Opfer erpressen, wie das etwa im Mai bei Stadler Rail der Fall war.

Bei der Hirslanden-Gruppe gelangten die Angreifer über das Makro eines E-Mail-Anhangs, das die Schadsoftware «Trickbot» enthielt, in das IT-Netzwerk der privaten Spitalkette. Sie erlangten Zugriff auf diejenigen zentralen Server, auf denen Dokumente der gesamten Spitalkette gespeichert sind. Warum die Cyberkriminellen schliesslich nur einen Teil der Daten verschlüsselten oder verschlüsseln konnten, ist unklar. Daten seien keine gestohlen worden, betont die Spitalkette. Das habe man abgeklärt. Von der Verschlüsselung betroffen waren zudem einzig administrative Dokumente, keine medizinischen Patientendaten. Eine Lösegeldforderung erhielt Hirslanden nach eigenen Angaben nicht. Dank Sicherungskopien konnten Spezialisten die Dateien wiederherstellen. Der ganze Spuk dauerte rund sechs Tage. Der Angriff hätte sich mit den richtigen Vorkehrungen verhindern lassen können. Bereits seit Beginn der Corona-Pandemie warnen Behörden und Sicherheitsfirmen davor, dass Cyberkriminelle mit Erpressersoftware gezielt Spitäler ins Visier nehmen könnten.

Zuletzt sorgte im September ein Ransomware-Angriff auf die Universitätsklinik Düsseldorf für Aufsehen. Der Betrieb war für mehrere Tage massiv eingeschränkt. Die deutschen Behörden registrierten bis Ende Oktober laut der «Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung» 43 erfolgreiche Angriffe auf Gesundheitsdienstleister, doppelt so viele wie im Jahr zuvor. Auch in der Schweiz melden einige Spitäler vermehrte und gezielte Phishing-Angriffe. Doch das Problem ist nicht neu. Corona hat die Situation einzig verschärft. Bereits vor dem Ausbruch der Pandemie war der Gesundheitssektor ein beliebtes Ziel von Cyberkriminellen. Die Cybersicherheitsexperten des Bundes haben bereits 2019 begonnen, das Gesundheitswesen stärker für die drohenden Gefahren zu sensibilisieren und dazu Treffen zu organisieren. Denn die Spitäler und andere medizinische Einrichtungen galten lange als nicht ausreichend geschützt vor Cyberangriffen – und

sind auch heute noch anfällig.

### **Bund entwickelt Schutzfilter**

Der Bund bietet über die Melde- und Analysestelle Informationssicherung (Melani) bereits seit Jahren den kritischen Infrastrukturen spezifische Informationen über Gefahren sowie konkrete Vorfälle an. Diese Berichte sind nichtöffentlich und enthalten teilweise Details aus nachrichtendienstlichen Quellen. «Wir sind sehr froh über diese Informationen, die uns zur Frühwarnung dienen und zu denen wir sonst keinen Zugang hätten», sagt etwa Stefan Juon, der IT-Sicherheits-Verantwortliche des Kantonsspitals Graubünden. Als zusätzlichen Schutz machte Melani im letzten Herbst den Spitälern neu das Angebot, ein System zur Erkennung von Schadsoftware und zur direkten Alarmierung des Bundes einzurichten. Dabei handelt es sich um eine Art Sonde, die zusätzlich zu den firmeneigenen Sicherheitsmassnahmen installiert wird und den Internetverkehr beobachtet.

Mit dem Ausbruch der Pandemie Anfang dieses Jahres hat der Bund seine Anstrengungen im Gesundheitssektor weiter ausgebaut. So informierte das Nationale Zentrum für Cybersicherheit (NCSC), zu dem auch Melani gehört, zeitweise täglich über die aktuelle Lage und verschickte eine Gefährdungsanalyse aller möglichen Angriffsarten auch ausserhalb des geschlossenen Kundenkreises über den Spitalverband H+. Das NCSC entwickelte ausserdem im Frühjahr eine weitere technische Lösung, die im Notfall als zusätzlicher Schutzfilter eines Computernetzwerks eingesetzt werden kann. Dabei läuft der Internetverkehr eines Spitals über einen speziellen DNS-Server, der Zugriffe auf Malware- oder Phishing-Seiten blockiert. Laut NCSC kommt dieses System bei gezielten und systematischen Angriffen auf Schweizer Spitäler zum Einsatz. Ende Oktober setzten sechs Institutionen aus dem Gesundheitsbereich diesen speziellen Schutzfilter ein.

Die Spitäler sind grundsätzlich selbst dafür verantwortlich, dass ihre IT-Infrastruktur genügend geschützt ist. Sie müssen ihre Schutzvorkehrungen gegenüber dem Bund auch nicht offenlegen – zumal das Gesundheitswesen in der Verantwortung der Kantone liegt. Entsprechend kann und will das NCSC auch keine abschliessende Einschätzung abgeben, wie gut die Spitäler auf Cyberangriffe vorbereitet sind. Wer sich jedoch bei den Spezialisten des Bundes umhört, stellt rasch eine Unzufriedenheit fest. Das Thema Cybersicherheit stehe nicht bei allen genug weit oben auf der Prioritätenliste, sagt ein Kenner der Materie. Während die grösseren Spitäler und die Universitätsspitäler das Thema sehr wohl erkannt hätten, sei die Situation bei mittleren und kleineren Einrichtungen schlechter. Teilweise würden nicht einmal die Hilfsangebote des Bundes angenommen.

### **«Noch Potenzial vorhanden»**

Dass die Situation durchzogen ist, lässt auch das NCSC in seiner Stellungnahme durchblicken: «Während bei einigen das Interesse an unseren Dienstleistungen gross ist, ist hinsichtlich des Engagements des gesamten Sektors noch Potenzial für eine stärkere Zusammenarbeit vorhanden.» Sprich: Mit Ausnahme einiger Musterschüler haben die Spitäler noch Luft nach oben.

Dass die Schweizer Spitäler schlecht gegen Cyberangriffe geschützt seien, kann Stefan Juon vom Kantonsspital Graubünden nicht mehr hören. «Das ist ein Bild, das sich leider in der öffentlichen Wahrnehmung verfestigt hat.» Zwar habe es einen gewissen Nachholbedarf gegeben, den auch heute noch nicht alle behoben hätten. «Aber das Problem ist heute bis ins Management hinauf anerkannt», sagt Juon, der auch die Deutschschweizer Ansprechperson für Cybersicherheitsfragen bei H+ ist. Inzwischen sei man deutlich weiter als vor fünf Jahren.

Ein Problem ist der Kostendruck, unter dem die Spitäler heute stehen. Zwar hängt Cybersicherheit nicht alleine von den finanziellen Mitteln ab, aber sie ist ein Faktor. Die Spitäler hätten einen Zielkonflikt, schreibt das NCSC, nämlich «möglichst viel Geld in die Gesundheit zu investieren, um Patientinnen und Patienten zu versorgen, dabei aber die IT-Sicherheit nicht zu vernachlässigen».

Beim Bund ist man zur Einsicht gelangt, dass die Spitäler von sich aus zu wenig unternehmen. Dazu beigetragen hat auch der erfolgreiche Angriff auf die Hirslanden-Gruppe. Die Verantwortlichen des Bundes hätten bei der Spitalleitung eher wenig Sensibilität für das Thema gespürt, ist zu hören. Deshalb sollen jetzt die Kantone mit ins Boot geholt werden. Im September hat sich das NCSC deswegen an die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) gewandt und um Unterstützung bei der Sensibilisierung der Spitäler gebeten. Innerhalb der GDK haben bereits erste Diskussionen stattgefunden, wie die Medienstelle schreibt.

Die Hirslanden-Gruppe ist zwar seit drei Jahren Teil des geschlossenen Kundenkreises von Melani, doch die

zusätzlichen Schutzmassnahmen des Bundes nahm sie bisher nicht in Anspruch. Inzwischen läuft eine Evaluation – wegen des erfolgreichen Angriffs.



Ein Cyberangriff im Sommer fügte der Hirslanden-Gruppe einen verhältnismässig geringen Schaden zu. SELINA HABERLAND / NZZ

---

MEINUNG & DEBATTE SEITE 20

Kantone in der Verantwortung

## Spitäler benötigen mehr IT-Sicherheit - Kommentar

Lukas Mäder

Am Schluss wunderten sich alle, wie es so weit kommen konnte. Die Pandemie war als Risiko erkannt, der Bedarf war eruiert und die Verantwortung den Spitälern zugewiesen. Doch als das Coronavirus kam, gab es dennoch zu wenig Masken – trotz allen Warnungen. Dasselbe Versagen droht im Gesundheitswesen bei der Cybersicherheit.

Das Risiko eines Cyberangriffs auf Spitäler ist längst erkannt, Warnungen gibt es seit Jahren – und doch geschieht zu wenig. Die Schweizer Spitäler sind nicht alle genügend vorbereitet auf einen schwerwiegenden Angriff. Die gute Nachricht ist: Im Unterschied zu den fehlenden Hygienemasken ist es beim Schutz vor Cyberangriffen noch nicht zu spät. Aber die Zeit drängt.

Der erfolgreiche Angriff auf die Hirslanden-Gruppe, den die NZZ publik gemacht hat, erscheint wie eine letzte Warnung. Mit der Ausbreitung der Pandemie hat sich die Verletzlichkeit der Spitäler erhöht, was Cyberkriminelle auszunutzen versuchen. Dass der Bund deshalb seine Anstrengungen zum Schutz des Gesundheitswesens verstärkt hat, ist richtig. Doch Bern allein kann das Problem nicht lösen. Der Ruf nach zentralen Vorgaben des Bundes hilft nicht. Sicherheit lässt sich ganz allgemein nicht von oben verordnen, die Zuständigkeiten im Gesundheitswesen sind föderalistisch verteilt, und in der Medizin gibt es technische Besonderheiten. Die Lösung kann deshalb nicht eine einzelne Massnahme sein.

Weil die Spitäler eine vitale Funktion haben, kann ein erfolgreicher Cyberangriff tödliche Folgen haben. Investitionen in die IT-Sicherheit sind möglicherweise genauso lebensrettend wie in ein Röntgengerät. Viele, insbesondere die grösseren Spitäler haben dies erkannt und die Sicherheit ihrer Systeme in den letzten Jahren erhöht. Wo dies nicht geschehen ist, kann das an der Spitalleitung liegen, welche die Wichtigkeit des Themas noch nicht erkannt hat. Oder es gibt finanzielle Hürden bei der Umsetzung: Im Unterschied zur IT-Sicherheit lässt sich der Nutzen eines neuen Röntgengeräts klar beziffern, medizinisch und finanziell.

Hier stehen auch die Kantone in der Verantwortung: Gerade kleinere Spitäler stehen unter einem grossen finanziellen Druck, sind womöglich gar von einer Schliessung bedroht. Ein Ausbau der Cybersicherheit steht in so einem Fall kaum im Vordergrund. Diese Kosten müssen die Kantone in ihrer Spitalplanung ebenfalls berücksichtigen. Die Kantone nehmen dabei eine problematische Doppelrolle ein. Als Verantwortliche für das Gesundheitswesen liegt es an ihnen, die Einhaltung von Sicherheitsstandards zu überwachen. Gleichzeitig finanzieren sie die öffentlichen Spitäler aber auch. Kein Wunder, wird die Kontrollfunktion vernachlässigt – auch weil bis anhin spezifische Vorgaben für die Spitäler fehlen.

Als technische Besonderheit kommt die starke Regulierung der Medizinaltechnik hinzu. Weil nur die Hersteller die Software auf einem zertifizierten Gerät aktualisieren dürfen, kann es zu Verzögerungen oder Mehrkosten kommen. Im

schlimmsten Fall steht das Spital vor der Wahl, für mehrere zehntausend Franken ein neues Röntgengerät zu beschaffen – oder das alte trotz Sicherheitslücken weiterzubetreiben.

Die Pandemie hat die Gefahr eines Cyberangriffs auf Spitäler erhöht. Sie hat aber auch das Thema auf der Agenda nach oben rücken lassen. Es ist zu hoffen, dass nun die letzten Spitaldirektoren die Wichtigkeit von IT-Sicherheit erkennen. Und dass die kantonalen Gesundheitsdirektoren sich rasch auf verbindliche Vorgaben für die Spitäler einigen können – und sie auch umsetzen. Der Bund soll ein wachsames Auge darauf haben und auf die Mängel hinweisen. In der Verantwortung stehen aber die Spitäler und die Kantone.

(Tags: Klinik Hirslanden Zürich)

- Spitalgruppe Hirslanden von Ransomware getroffen - Die Spitäler stehen wegen der Pandemie im Visier der Cyberkriminellen  
nzz.ch 25.11.2020

© **Neue Zürcher Zeitung**



[ONLINE, 25.11.2020](#)

## Spitalgruppe Hirslanden von Ransomware getroffen: Die Spitäler stehen wegen der Pandemie im Visier der Cyberkriminellen

**Die Pandemie macht Gesundheitseinrichtungen zu einem lohnenden Ziel von Cyberkriminellen. Entsprechend bietet der Bund Unterstützung an – doch nicht alle nehmen sie an. Die Hirslanden-Gruppe wurde Opfer eines Angriffs.**

Lukas Mäder

Um ein Haar wäre jenes Szenario eingetreten, vor dem die Experten seit Monaten warnen: dass ein Cyberangriff ein Schweizer Spital aus dem Normalbetrieb reisst. Es ist jenes Szenario, das angesichts der überfüllten Intensivstationen und des entkräfteten Personals derzeit besonders beunruhigt: Die Computersysteme fallen aus, der Betrieb muss eingeschränkt werden, und das Personal kann nur noch mit Stift und Papier arbeiten.

Ganz so weit kam es nicht bei der Hirslanden-Gruppe, als sie am 21. Juli Opfer eines Cyberangriffs wurde. Die Angreifer hätten nur einen Teil der zentralen Dateiablage verschlüsselt, schreibt die private Spitalkette Hirslanden auf Anfrage. Die Patientenversorgung sei zu keinem Zeitpunkt gefährdet gewesen.

Es handelt sich um den ersten erfolgreichen Cyberangriff auf ein Spital in der Schweiz seit Beginn der Corona-Pandemie. Öffentlich bekannt war er bisher nicht. Erst auf Anfrage bestätigt Hirslanden die Recherchen der NZZ. Dass es nicht schlimmer kam für die Spitalkette, war vermutlich nur Zufall oder Glück. Denn die Angreifer hatten es bereits bis ins Zentrum des Netzwerkes geschafft.

Ist es einem Angreifer einmal gelungen, in ein IT-Netzwerk einzudringen, breitet er sich üblicherweise aus, um möglichst viele Systeme in einem Netzwerk zu treffen. Oft kopieren die Cyberkriminellen auch die Daten aus dem Firmennetz heraus, bevor sie die sogenannte Ransomware starten, welche die Daten verschlüsselt und sie nur gegen Lösegeld wieder freigibt. Mit diesen gestohlenen Daten lässt sich das Opfer erpressen, wie das etwa im Mai bei Stadler Rail der Fall war.

Bei der Hirslanden-Gruppe gelangten die Angreifer über das Makro eines E-Mail-Anhangs, das die Schadsoftware «Trickbot» enthielt, in das IT-Netzwerk der privaten Spitalkette. Sie erlangten Zugriff auf diejenigen zentralen Server, auf denen Dokumente der gesamten Spitalkette gespeichert sind. Warum die Cyberkriminellen schliesslich nur einen Teil der Daten verschlüsselten oder verschlüsseln konnten, ist unklar.

Daten seien keine gestohlen worden, betont die Spitalkette. Das habe man abgeklärt. Von der Verschlüsselung betroffen waren zudem einzig administrative Dokumente, keine medizinischen Patientendaten. Eine Lösegeldforderung erhielt Hirslanden nach eigenen Angaben keine. Dank Sicherungskopien konnten Spezialisten die Dateien wiederherstellen. Der ganze Spuk dauerte rund sechs Tage.

### Spitäler sind wegen Pandemie anfälliger für Erpressung

Der Angriff hätte sich mit den richtigen Vorkehrungen verhindern lassen können. Denn überraschend kam er nicht. Bereits seit Beginn der Corona-Pandemie warnen Behörden und Sicherheitsfirmen davor, dass Cyberkriminelle mit Erpressersoftware gezielt Spitäler ins Visier nehmen könnten. Denn arbeitet ein Spital wie in der aktuellen Situation bereits am Anschlag seiner Kapazität, ist die Bereitschaft möglicherweise grösser, den Kriminellen das verlangte

Lösegeld zu bezahlen – um so rasch wieder auf eine funktionierende Computerinfrastruktur zurückgreifen zu können.

Zuletzt sorgte im September ein Ransomware-Angriff auf die Universitätsklinik Düsseldorf für Aufsehen. Der Betrieb war für mehrere Tage massiv eingeschränkt. Zu Beginn war sogar von einem möglichen Todesopfer die Rede, da eine Frau auf dem Weg in ein anderes Spital verstarb. Inzwischen ist jedoch klar, dass selbst eine raschere Behandlung die Frau nicht gerettet hätte. Die deutschen Behörden registrierten bis Ende Oktober laut der «Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung» 43 erfolgreiche Angriffe auf Gesundheitsdienstleister, doppelt so viele wie im Jahr zuvor. Auch in der Schweiz melden einige Spitäler vermehrte und gezielte Phishing-Angriffe.

Doch das Problem ist nicht neu. Corona hat die Situation einzig verschärft. Bereits vor dem Ausbruch der Pandemie war der Gesundheitssektor ein beliebtes Ziel von Cyberkriminellen – etwa als vor einem Jahr mehrere Schweizer Spitäler mit Angriffen zu kämpfen hatten. Die Cybersicherheitsexperten des Bundes haben bereits 2019 begonnen, das Gesundheitswesen stärker für die drohenden Gefahren zu sensibilisieren und dazu Treffen zu organisieren. Denn die Spitäler und andere medizinische Einrichtungen galten lange als nicht ausreichend geschützt vor Cyberangriffen – und sind auch heute noch anfällig.

Der Bund bietet über die Melde- und Analysestelle Informationssicherung (Melani) bereits seit Jahren den kritischen Infrastrukturen spezifische Informationen über Gefahren sowie konkrete Vorfälle an. Diese Berichte sind nichtöffentlich und enthalten teilweise Details aus nachrichtendienstlichen Quellen. «Wir sind sehr froh über diese Informationen, die uns zur Frühwarnung dienen und zu denen wir sonst keinen Zugang hätten», sagt etwa Stefan Juon, der IT-Sicherheits-Verantwortliche des Kantonsspitals Graubünden.

Als zusätzlichen Schutz machte Melani im letzten Herbst den Spitalern neu das Angebot, ein System zur Erkennung von Schadsoftware und zur direkten Alarmierung des Bundes einzurichten. Dabei handelt es sich um eine Art Sonde, die zusätzlich zu den firmeneigenen Sicherheitsmassnahmen installiert wird und den Internetverkehr beobachtet. Diese Alarmfunktion des Bundes kommt etwa bei Energie- und Telekomfirmen bereits seit längerem zum Einsatz.

### **Bund entwickelt Schutzfilter für den Notfall**

Mit dem Ausbruch der Pandemie Anfang dieses Jahres hat der Bund seine Anstrengungen im Gesundheitssektor weiter ausgebaut. So informierte das Nationale Zentrum für Cybersicherheit (NCSC), zu dem auch Melani gehört, zeitweise täglich über die aktuelle Lage und verschickte eine Gefährdungsanalyse aller möglichen Angriffsarten auch ausserhalb des geschlossenen Kundenkreises über den Spitalverband H+.

Das NCSC entwickelte ausserdem im Frühjahr eine weitere technische Lösung, die im Notfall als zusätzlicher Schutzfilter eines Computernetzwerks eingesetzt werden kann. Dabei läuft der Internetverkehr eines Spitals über einen speziellen DNS-Server, der Zugriffe auf Malware- oder Phishing-Seiten blockiert. Laut NCSC kommt dieses System bei gezielten und systematischen Angriffen auf Schweizer Spitäler zum Einsatz. Ende Oktober setzten sechs Institutionen aus dem Gesundheitsbereich diesen speziellen Schutzfilter ein. Diese Dienstleistung soll künftig ausgebaut werden, so dass sie auch anderen kritischen Infrastrukturen zur Verfügung steht.

Die Spitäler sind grundsätzlich selbst dafür verantwortlich, dass ihre IT-Infrastruktur genügend geschützt ist. Sie müssen ihre Schutzvorkehrungen gegenüber dem Bund auch nicht offenlegen – zumal das Gesundheitswesen in der Verantwortung der Kantone liegt. Entsprechend kann und will das NCSC auch keine abschliessende Einschätzung abgeben, wie gut die Spitäler auf Cyberangriffe vorbereitet sind.

Wer sich jedoch bei den Spezialisten des Bundes umhört, stellt rasch eine Unzufriedenheit fest. Das Thema Cybersicherheit stehe nicht bei allen genug weit oben auf der Prioritätenliste, sagt ein Kenner der Materie. Während die grösseren Spitäler und die Universitätsspitäler das Thema sehr wohl erkannt hätten, sei die Situation bei mittleren und kleineren Einrichtungen schlechter. Teilweise würden nicht einmal die Hilfsangebote des Bundes angenommen.

Dass die Situation durchzogen ist, lässt auch das NCSC in seiner Stellungnahme durchblicken: «Während bei einigen das Interesse an unseren Dienstleistungen gross ist, ist hinsichtlich des Engagements des gesamten Sektors noch Potenzial für eine stärkere Zusammenarbeit vorhanden.» Sprich: Mit Ausnahme einiger Musterschüler haben die Spitäler noch Luft nach oben.

### **«Das Problem ist heute anerkannt»**

Dass die Schweizer Spitäler schlecht gegen Cyberangriffe geschützt seien, kann Stefan Juon vom Kantonsspital

Graubünden nicht mehr hören. «Das ist ein Bild, das sich leider in der öffentlichen Wahrnehmung verfestigt hat.» Zwar habe es einen gewissen Nachholbedarf gegeben, den auch heute noch nicht alle behoben hätten. «Aber das Problem ist heute bis ins Management hinauf anerkannt», sagt Juon, der auch die Deutschschweizer Ansprechperson für Cybersicherheitsfragen bei H+ ist. Inzwischen sei man deutlich weiter als vor fünf Jahren.

Ein Problem ist der Kostendruck, unter dem die Spitäler heute stehen. Zwar hängt Cybersicherheit nicht alleine von den finanziellen Mitteln ab, aber sie ist ein Faktor. Die Spitäler hätten einen Zielkonflikt, schreibt das NCSC, nämlich «möglichst viel Geld in die Gesundheit zu investieren, um Patientinnen und Patienten zu versorgen, dabei aber die IT-Sicherheit nicht zu vernachlässigen».

Ein konkretes Beispiel: Beim Kauf eines neuen MRI-Geräts könne man genau ausweisen, wie sich das auf den Ertrag auswirke, sagt der IT-Sicherheits-Verantwortliche eines Spitals. Bei Investitionen in die Cybersicherheit sei der Return of Invest viel schwieriger auszuweisen, erklärt er. Deswegen hätten es gewisse Sicherheitsmassnahmen möglicherweise schwer.

Beim Bund ist man zur Einsicht gelangt, dass die Spitäler von sich aus zu wenig unternehmen. Dazu beigetragen hat auch der erfolgreiche Angriff auf die Hirslanden-Gruppe. Die Verantwortlichen des Bundes hätten bei der Spitalleitung eher wenig Sensibilität für das Thema gespürt, ist zu hören. Deshalb sollen jetzt die Kantone mit ins Boot geholt werden.

Im September hat sich das NCSC deswegen an die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) gewandt und um Unterstützung bei der Sensibilisierung der Spitäler gebeten. Innerhalb der GDK haben bereits erste Diskussionen stattgefunden, wie die Medienstelle schreibt. Dabei geht es um die Frage, wie minimale Sicherheitsstandards für Listenspitäler festgelegt werden könnten – etwa über die GDK-Empfehlungen zur kantonalen Spitalplanung.

Die Hirslanden-Gruppe ist zwar seit drei Jahren Teil des geschlossenen Kundenkreises von Melani, doch die zusätzlichen Schutzmassnahmen des Bundes nahm sie bisher nicht in Anspruch. Inzwischen läuft eine Evaluation – wegen des erfolgreichen Angriffs.

© nzz.ch

LA UNE

## Désamour fatal entre soignants et hôpitaux? - Éditorial

Maude Bonvin

«On recrute.» «Bienvenue à bord de votre prochaine aventure.» «Entrée en fonction dès que possible.» Pas besoin de passer un entretien d'embauche pour se faire engager par un hôpital, à lire les annonces publiées récemment. Souvent, un seul coup de fil suffit.

La pandémie a mis en évidence un phénomène connu de longue date: la pénurie de personnel dont souffrent tout particulièrement les établissements hospitaliers. Comme l'a affirmé la responsable du contrôle de l'infection à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Virginie Masserey, au plus fort de cette deuxième vague: le nombre de lits en soins intensifs peut être augmenté mais ce sont les professionnels qui viendront alors à manquer. Cette pénurie ne touche pas que les soins intensifs. L'exemple neuchâtelois le démontre. Fin octobre, le canton de Neuchâtel a réactivé sa bourse de l'emploi en ligne mention santé.

L'ensemble des soignants, en activité ou non, était invité à se mobiliser. «Cet appel s'adresse à tous les professionnels (physiothérapeutes, ostéopathes, etc.) et pas uniquement aux médecins ou infirmiers», soulignait le gouvernement neuchâtelois. Horaires à rallonge et pénibles expliquent sans doute le désamour du personnel de santé pour l'hôpital. Après s'y être fait la main, ils sont nombreux à quitter le navire. Et ils seront encore plus nombreux demain à le désertier, après avoir vécu des semaines tendues en raison du coronavirus. Alors que faire? Doter les établissements de soins de davantage d'infirmiers pour améliorer les conditions de travail? Le Conseil national ne veut pas en entendre parler.

La solution des parlementaires passe par davantage d'argent pour la formation. En juin, le Conseil des Etats a décidé de délier les cordons de la bourse à hauteur de 400 millions de francs. Un premier pas qui risque toutefois d'être insuffisant pour contenir l'hémorragie qui touche les hôpitaux, les soignants trouvant facilement un emploi ailleurs. Un pas qui ne résout pas non plus les dysfonctionnements mis en avant par la crise du Covid.

---

POLITIQUE PAGE 8

## Face au manque de personnel qualifié, «les petites structures n'aident pas à régler cette pandémie»

**Dossier spécial - L'économiste de la santé Stefan Felder plaide pour un redimensionnement des hôpitaux. L'OFS a publié une nouvelle étude sur les coûts hospitaliers.**

Maude Bonvin

Pour l'économiste de la santé Stefan Felder, il y a trop de lits dans les hôpitaux. Et si le professeur à l'Université de Bâle admet que les établissements sont sous pression en raison du coronavirus, il s'agit plus d'un problème de pénurie de personnel que de manque de place. Ce problème est connu des autorités fédérales depuis longtemps.

Les élus n'ont toutefois pas encore trouvé de consensus pour former davantage de professionnels de la santé. D'ici à

2030, il manquera 65.000 soignants dans le pays. Les parlementaires reprendront le débat à ce sujet durant la session d'hiver, qui s'ouvre le 30 novembre. Les solutions de Stefan Felder pour rendre le système plus efficace tout en améliorant sa qualité.

*Le Covid-19 n'a-t-il pas montré les limites de notre système hospitalier?*

Non, malgré la pandémie – événement rare et très exceptionnel –, nous avons trop de capacités hospitalières. Dans certains cantons, les surcapacités excèdent 30%.

*Reste que les soins intensifs arrivent à saturation...*

Actuellement, nous disposons de suffisamment de lits. Ce qui manque? Le personnel formé aux soins intensifs. Dans ce contexte, les petites structures n'aident pas à régler cette pandémie. Les grandes structures sont plus appropriées pour gérer cette crise.

*Un redimensionnement du système est donc nécessaire?*

Oui. Redimensionner permet d'effectuer des économies tout en améliorant la qualité des soins. Il faut un certain nombre de patients pour assurer la sécurité des opérations chirurgicales. Comment un hôpital régional qui ne dispose pas de la masse critique de malades peut-il opérer sans danger? Prenez l'hôpital fribourgeois (HFR). Il se dirige vers davantage de centralisation à Fribourg au niveau des opérations chirurgicales stationnaires avec des centres régionaux spécialisés. C'est la voie à suivre. Avec ses cinq hôpitaux actuels, l'HFR perd 80 millions de francs par an. Il a aussi réduit le nombre de membres de son conseil d'administration pour gagner en efficacité.

*Pourtant les coûts sont plus élevés dans les grands sites hospitaliers...*

dans les grands sites hospitaliers... Effectivement, les coûts sont plus importants. Les grands hôpitaux permettent toutefois d'être plus efficaces. En outre, la concurrence entre établissements hospitaliers ne fonctionne pas comme elle devrait aujourd'hui. La situation serait meilleure avec davantage de concurrence.

*Quelle est donc la solution?*

Dans certains cantons alémaniques comme par exemple à Bâle-Ville, le canton garde l'actionnariat de ses hôpitaux publics. Mais l'hôpital ne dépend plus du Département dans la santé du canton concerné. Il possède une direction indépendante des autorités cantonales.

*Quel a été l'impact du Covid-19 sur les finances des hôpitaux?*

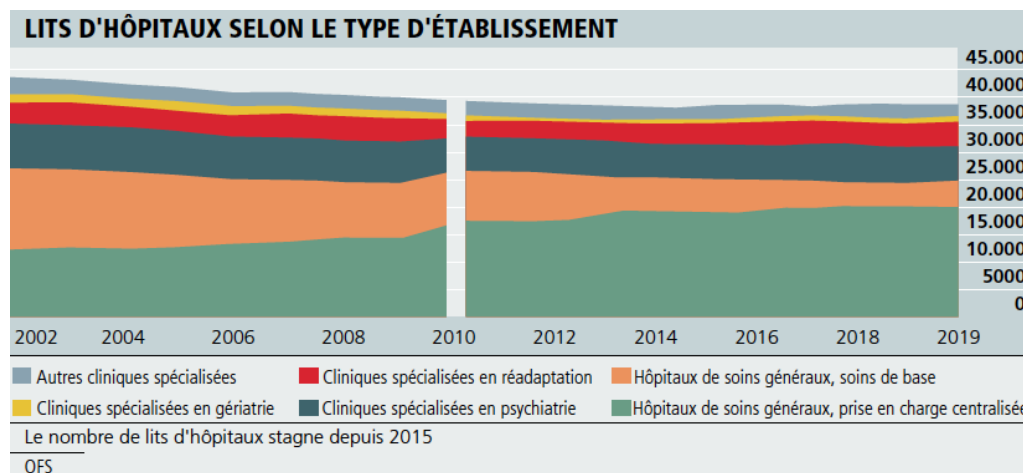
En avril et mai, l'interruption des opérations électives a augmenté le nombre de lits vides et donc généré une perte financière pour les établissements de soins. Cette situation a perduré jusqu'à juillet. Il y a ensuite eu un effet de rattrapage, même s'il n'a pas été complet. Quant aux patients Covid, il n'existe pas encore de calculs. Le débat sur la question de savoir si un tel malade coûte plus cher qu'un autre est lancé. La pandémie engendre toutefois des coûts supplémentaires au niveau du personnel. Un certain nombre de professionnels de la santé contractent aussi le virus et ne peuvent pas travailler. Un lit en soins intensifs représente quant à lui un coût de l'ordre de 3000 francs par jour.

*Les coûts de la santé vont donc continuer à progresser?*

Assurément, ils ne cessent de prendre l'ascenseur depuis 25 ans, même plus rapidement que les salaires. Les frais de personnel représentent 80% des coûts de la santé. Il y a aussi la technologie médicale qui s'améliore. De façon générale, plus un pays s'enrichit, plus la demande en matière de soins augmente. Lorsque l'économie d'un pays croît, les coûts de la santé progressent car l'exigence d'être en bonne santé augmente. Ce n'est pas un problème d'un point de vue économique. Le problème se situe au niveau de la prise en charge des frais de santé par l'assurance obligatoire des soins. A l'heure actuelle, 5% à 6% de ces coûts sont pris en charge par les complémentaires. Je suis favorable à plus de financement privé.

*Pour revenir à la pandémie, peut-on comparer la situation actuelle à celle de ce printemps?*

Non, les capacités sont aujourd'hui très fortement sollicitées. Il y a aussi des urgences différentes.



## Dépenses liées aux hospitalisations

L'année passée, la Suisse comptait 142 hôpitaux de soins aigus, selon une enquête de l'Office fédéral de la statistique (OFS) publiée vendredi. Elle possédait 38.057 lits pour près de 1,5 million d'hospitalisations. Ces deux chiffres sont stables depuis 2015. Les coûts du domaine stationnaire – 19,1 milliards de francs – ont augmenté de 2,1% par rapport à 2018.

Les dépenses du secteur hospitalier ambulatoire se montaient elles à 8,4 milliards, en hausse de 4,6%. Le nombre de prestations ambulatoires a aussi progressé de 7,4% sur un an. Pour l'association d'assureurs-maladie Curafutura, ce virage vers l'ambulatoire n'est pas problématique en soi. «La hausse du volume des prestations dans une tarification plus adaptée à la réalité l'est beaucoup plus», estime son porte-parole, Adrien Kay.

Le système tarifaire Tarmed a été introduit en 2004. Il ne permet plus de rémunérer les prestations selon le niveau actuel de la médecine, la technique médicale et les coûts de personnel. Cela se traduit par une allocation déséquilibrée des ressources, certaines prestations étant sous-dotées et d'autres surdotées. Curafutura a proposé un nouveau calcul au Conseil fédéral en juillet 2019: le Tardoc qui simplifie et actualise les règles. «Notre solution peut entrer en vigueur en 2022, si le gouvernement agit», précise Adrien Kay.

### Des différences de coûts

Au niveau des soins de plus longue durée, les coûts varient fortement, selon les cantons. En Valais, une journée d'hospitalisation coûte en moyenne 1259 francs. Ce montant passe à 1672 francs pour Fribourg, à 1881 francs pour Vaud et à 1938 francs pour Genève. Dans le canton de Neuchâtel, il atteint 1611 francs, contre 1149 francs dans le Jura. A Berne, la dépense se monte à 2252 francs. Selon Curafutura, il est normal d'avoir des coûts différents. Certains cantons n'ont par exemple pas d'hôpital universitaire aux frais plus élevés.

Il est, dès lors, plus pertinent de comparer des établissements de santé similaires. L'OFS a récemment publié des chiffres à ce propos. Aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), un patient coûte en moyenne 12.817 francs, contre 10.909 à l'Hôpital universitaire de Zurich. Au CHUV, ce montant s'élève à 11.129 francs. L'an dernier, les hôpitaux employaient 221.000 collaborateurs. Ils représentent environ 40% des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

## Premières estimations des coûts

Une étude de PWC estime entre 1,7 et 2,6 milliards de francs le préjudice financier subi par les hôpitaux en raison du coronavirus. H+ y voit la conséquence de l'interdiction des traitements non urgents décrétée par le Conseil fédéral le 13

mars. Selon la faïtière hospitalière, entre 67% et 75% des pertes sont liées à cette restriction.

A cela s'ajoutent des achats de matériel et des mesures de sécurité supplémentaires. «Ces chiffres ne tiennent pas compte de la deuxième vague. Nous serons en mesure de fournir, l'année prochaine, des données sur les pertes définitives», précise la directrice d'H+, Anne Bütikofer.

### Pertes à géométrie variable

L'impact financier de cette première vague varie selon les établissements. A l'Hôpital du Jura, il est évalué à cinq millions de francs, contre 115 millions aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). «La deuxième vague a été très forte et très largement supérieure aux prévisions. La facture totale pourrait s'élever à 175 millions», souligne Agnès Reffet, porte-parole des HUG.

La première phase de la pandémie a coûté 356 millions aux cinq hôpitaux universitaires du pays, d'après leurs calculs. Cet été, l'Hôpital fribourgeois enregistrait pour sa part un déficit cumulé d'environ 45 millions de francs. Du côté du Réseau hospitalier neuchâtelois, l'évaluation des pertes est estimée entre 15 et 20 millions pour la 1ère vague.

Au Chuv, c'est plus de 20 millions. Selon Anne Bütikofer, la situation financière des hôpitaux va continuer à se détériorer en raison de la crise du Covid-19. Trois quarts des 44 établissements de soins aigus analysés par PWC n'atteindront pas des résultats équilibrés dans les cinq à dix prochaines années. La question de la compensation des pertes subies durant la première vague de l'épidémie n'est par ailleurs pas réglée. H+ a proposé une participation commune de la Confédération, des cantons et des caisses maladie. Le Conseil fédéral s'est prononcé contre une participation de la Confédération.

### Prise en charge sous-évaluée

Autre question toujours en suspens: la prise en charge financière des patients Covid qui est jugée trop faible par les hôpitaux. D'après les établissements universitaires, le poids financier de ces patients est important. «Cet aspect n'est pas suffisamment pris en compte dans l'actuelle rémunération », indiquent-ils. Mardi, les hôpitaux ont accueilli 238 malades du coronavirus. L'OFSP estime qu'un patient hospitalisé sur dix a probablement contracté le virus sur place.

#### PERTES FINANCIÈRES LIÉES À LA PREMIÈRE VAGUE

Hôpitaux	Pertes
HUG	115 millions
<b>CHUV</b>	<b>20 millions</b>
Hôpital fribourgeois	45 millions
<b>Réseau hospitalier neuchâtelois</b>	<b>entre 15 et 20 millions</b>
Hôpital du Valais	pas communiqué
<b>Hôpital du Jura</b>	<b>5 millions</b>
Hôpital universitaire de Zurich	pas communiqué

Concernant la deuxième vague, les chiffres ne sont pas encore connus.

Hôpitaux

---

### Fribourg veut rattraper son retard

Le Valais l'a fait en 2004. Berne est en train de le faire. Fribourg n'en est qu'à la première étape. Fin septembre, l'hôpital fribourgeois (HFR) a posé les jalons de sa transformation en un réseau de soins prévue pour 2030. Objectif visé? Renforcer le site de Fribourg, via la construction d'un nouvel hôpital qui accueillera la médecine aiguë, et transformer les établissements régionaux en centres de santé. Cette stratégie vise aussi à devenir plus attractif afin de pouvoir engager davantage de médecins. Le site de Fribourg traitera des cas urgents et complexes. Les centres de santé fonctionneront comme un premier point de contact pour tous types de problèmes de santé, un centre de tri en somme

Le premier de ces centres devrait être opérationnel en 2022. Sur le plan sanitaire, l'HFR connaît actuellement une baisse du nombre de patients hospitalisés pour cause de coronavirus. Ils étaient 96 dans ce cas mardi contre 105 lundi. D'après sa porte-parole Katelijne Dick, la situation reste toutefois très tendue. «Un nombre élevé de malades nécessitent des soins intensifs et le transport de patients hors canton est toujours nécessaire», explique-t-elle. Mardi,

21 personnes atteintes du Covid-19 se trouvaient aux soins intensifs. Cela porte à plus de 100 le nombre d'individus dans cette situation au mois de novembre, contre 54 lors de la première vague ce printemps.

Ces dernières semaines, l'HFR a transféré une trentaine de Fribourgeois vers des sites hospitaliers hors canton, majoritairement à Berne. L'établissement qui collabore déjà depuis longtemps avec l'Hôpital universitaire de Berne ne rencontre pas de problème de transfert. La collaboration se passe bien.

© L'AGEFI



[ONLINE, 25.11.2020](#)

## Spitalgruppe Hirslanden von Ransomware getroffen: Die Spitäler stehen wegen der Pandemie im Visier der Cyberkriminellen

**Die Pandemie macht Gesundheitseinrichtungen zu einem lohnenden Ziel von Cyberkriminellen. Entsprechend bietet der Bund Unterstützung an – doch nicht alle nehmen sie an. Die Hirslanden-Gruppe wurde Opfer eines Angriffs.**

Lukas Mäder

Um ein Haar wäre jenes Szenario eingetreten, vor dem die Experten seit Monaten warnen: dass ein Cyberangriff ein Schweizer Spital aus dem Normalbetrieb reisst. Es ist jenes Szenario, das angesichts der überfüllten Intensivstationen und des entkräfteten Personals derzeit besonders beunruhigt: Die Computersysteme fallen aus, der Betrieb muss eingeschränkt werden, und das Personal kann nur noch mit Stift und Papier arbeiten.

Ganz so weit kam es nicht bei der Hirslanden-Gruppe, als sie am 21. Juli Opfer eines Cyberangriffs wurde. Die Angreifer hätten nur einen Teil der zentralen Dateiablage verschlüsselt, schreibt die private Spitalkette Hirslanden auf Anfrage. Die Patientenversorgung sei zu keinem Zeitpunkt gefährdet gewesen.

Es handelt sich um den ersten erfolgreichen Cyberangriff auf ein Spital in der Schweiz seit Beginn der Corona-Pandemie. Öffentlich bekannt war er bisher nicht. Erst auf Anfrage bestätigt Hirslanden die Recherchen der NZZ. Dass es nicht schlimmer kam für die Spitalkette, war vermutlich nur Zufall oder Glück. Denn die Angreifer hatten es bereits bis ins Zentrum des Netzwerkes geschafft.

Ist es einem Angreifer einmal gelungen, in ein IT-Netzwerk einzudringen, breitet er sich üblicherweise aus, um möglichst viele Systeme in einem Netzwerk zu treffen. Oft kopieren die Cyberkriminellen auch die Daten aus dem Firmennetz heraus, bevor sie die sogenannte Ransomware starten, welche die Daten verschlüsselt und sie nur gegen Lösegeld wieder freigibt. Mit diesen gestohlenen Daten lässt sich das Opfer erpressen, wie das etwa im Mai bei Stadler Rail der Fall war.

Bei der Hirslanden-Gruppe gelangten die Angreifer über das Makro eines E-Mail-Anhangs, das die Schadsoftware «Trickbot» enthielt, in das IT-Netzwerk der privaten Spitalkette. Sie erlangten Zugriff auf diejenigen zentralen Server, auf denen Dokumente der gesamten Spitalkette gespeichert sind. Warum die Cyberkriminellen schliesslich nur einen Teil der Daten verschlüsselten oder verschlüsseln konnten, ist unklar.

Daten seien keine gestohlen worden, betont die Spitalkette. Das habe man abgeklärt. Von der Verschlüsselung betroffen waren zudem einzig administrative Dokumente, keine medizinischen Patientendaten. Eine Lösegeldforderung erhielt Hirslanden nach eigenen Angaben keine. Dank Sicherungskopien konnten Spezialisten die Dateien wiederherstellen. Der ganze Spuk dauerte rund sechs Tage.

### Spitäler sind wegen Pandemie anfälliger für Erpressung

Der Angriff hätte sich mit den richtigen Vorkehrungen verhindern lassen können. Denn überraschend kam er nicht. Bereits seit Beginn der Corona-Pandemie warnen Behörden und Sicherheitsfirmen davor, dass Cyberkriminelle mit Erpressersoftware gezielt Spitäler ins Visier nehmen könnten. Denn arbeitet ein Spital wie in der aktuellen Situation bereits am Anschlag seiner Kapazität, ist die Bereitschaft möglicherweise grösser, den Kriminellen das verlangte

Lösegeld zu bezahlen – um so rasch wieder auf eine funktionierende Computerinfrastruktur zurückgreifen zu können.

Zuletzt sorgte im September ein Ransomware-Angriff auf die Universitätsklinik Düsseldorf für Aufsehen. Der Betrieb war für mehrere Tage massiv eingeschränkt. Zu Beginn war sogar von einem möglichen Todesopfer die Rede, da eine Frau auf dem Weg in ein anderes Spital verstarb. Inzwischen ist jedoch klar, dass selbst eine raschere Behandlung die Frau nicht gerettet hätte. Die deutschen Behörden registrierten bis Ende Oktober laut der «Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung» 43 erfolgreiche Angriffe auf Gesundheitsdienstleister, doppelt so viele wie im Jahr zuvor. Auch in der Schweiz melden einige Spitäler vermehrte und gezielte Phishing-Angriffe.

Doch das Problem ist nicht neu. Corona hat die Situation einzig verschärft. Bereits vor dem Ausbruch der Pandemie war der Gesundheitssektor ein beliebtes Ziel von Cyberkriminellen – etwa als vor einem Jahr mehrere Schweizer Spitäler mit Angriffen zu kämpfen hatten. Die Cybersicherheitsexperten des Bundes haben bereits 2019 begonnen, das Gesundheitswesen stärker für die drohenden Gefahren zu sensibilisieren und dazu Treffen zu organisieren. Denn die Spitäler und andere medizinische Einrichtungen galten lange als nicht ausreichend geschützt vor Cyberangriffen – und sind auch heute noch anfällig.

Der Bund bietet über die Melde- und Analysestelle Informationssicherung (Melani) bereits seit Jahren den kritischen Infrastrukturen spezifische Informationen über Gefahren sowie konkrete Vorfälle an. Diese Berichte sind nichtöffentlich und enthalten teilweise Details aus nachrichtendienstlichen Quellen. «Wir sind sehr froh über diese Informationen, die uns zur Frühwarnung dienen und zu denen wir sonst keinen Zugang hätten», sagt etwa Stefan Juon, der IT-Sicherheits-Verantwortliche des Kantonsspitals Graubünden.

Als zusätzlichen Schutz machte Melani im letzten Herbst den Spitalern neu das Angebot, ein System zur Erkennung von Schadsoftware und zur direkten Alarmierung des Bundes einzurichten. Dabei handelt es sich um eine Art Sonde, die zusätzlich zu den firmeneigenen Sicherheitsmassnahmen installiert wird und den Internetverkehr beobachtet. Diese Alarmfunktion des Bundes kommt etwa bei Energie- und Telekomfirmen bereits seit längerem zum Einsatz.

### **Bund entwickelt Schutzfilter für den Notfall**

Mit dem Ausbruch der Pandemie Anfang dieses Jahres hat der Bund seine Anstrengungen im Gesundheitssektor weiter ausgebaut. So informierte das Nationale Zentrum für Cybersicherheit (NCSC), zu dem auch Melani gehört, zeitweise täglich über die aktuelle Lage und verschickte eine Gefährdungsanalyse aller möglichen Angriffsarten auch ausserhalb des geschlossenen Kundenkreises über den Spitalverband H+.

Das NCSC entwickelte ausserdem im Frühjahr eine weitere technische Lösung, die im Notfall als zusätzlicher Schutzfilter eines Computernetzwerks eingesetzt werden kann. Dabei läuft der Internetverkehr eines Spitals über einen speziellen DNS-Server, der Zugriffe auf Malware- oder Phishing-Seiten blockiert. Laut NCSC kommt dieses System bei gezielten und systematischen Angriffen auf Schweizer Spitäler zum Einsatz. Ende Oktober setzten sechs Institutionen aus dem Gesundheitsbereich diesen speziellen Schutzfilter ein. Diese Dienstleistung soll künftig ausgebaut werden, so dass sie auch anderen kritischen Infrastrukturen zur Verfügung steht.

Die Spitäler sind grundsätzlich selbst dafür verantwortlich, dass ihre IT-Infrastruktur genügend geschützt ist. Sie müssen ihre Schutzvorkehrungen gegenüber dem Bund auch nicht offenlegen – zumal das Gesundheitswesen in der Verantwortung der Kantone liegt. Entsprechend kann und will das NCSC auch keine abschliessende Einschätzung abgeben, wie gut die Spitäler auf Cyberangriffe vorbereitet sind.

Wer sich jedoch bei den Spezialisten des Bundes umhört, stellt rasch eine Unzufriedenheit fest. Das Thema Cybersicherheit stehe nicht bei allen genug weit oben auf der Prioritätenliste, sagt ein Kenner der Materie. Während die grösseren Spitäler und die Universitätsspitäler das Thema sehr wohl erkannt hätten, sei die Situation bei mittleren und kleineren Einrichtungen schlechter. Teilweise würden nicht einmal die Hilfsangebote des Bundes angenommen.

Dass die Situation durchzogen ist, lässt auch das NCSC in seiner Stellungnahme durchblicken: «Während bei einigen das Interesse an unseren Dienstleistungen gross ist, ist hinsichtlich des Engagements des gesamten Sektors noch Potenzial für eine stärkere Zusammenarbeit vorhanden.» Sprich: Mit Ausnahme einiger Musterschüler haben die Spitäler noch Luft nach oben.

### **«Das Problem ist heute anerkannt»**

Dass die Schweizer Spitäler schlecht gegen Cyberangriffe geschützt seien, kann Stefan Juon vom Kantonsspital

Graubünden nicht mehr hören. «Das ist ein Bild, das sich leider in der öffentlichen Wahrnehmung verfestigt hat.» Zwar habe es einen gewissen Nachholbedarf gegeben, den auch heute noch nicht alle behoben hätten. «Aber das Problem ist heute bis ins Management hinauf anerkannt», sagt Juon, der auch die Deutschschweizer Ansprechperson für Cybersicherheitsfragen bei H+ ist. Inzwischen sei man deutlich weiter als vor fünf Jahren.

Ein Problem ist der Kostendruck, unter dem die Spitäler heute stehen. Zwar hängt Cybersicherheit nicht alleine von den finanziellen Mitteln ab, aber sie ist ein Faktor. Die Spitäler hätten einen Zielkonflikt, schreibt das NCSC, nämlich «möglichst viel Geld in die Gesundheit zu investieren, um Patientinnen und Patienten zu versorgen, dabei aber die IT-Sicherheit nicht zu vernachlässigen».

Ein konkretes Beispiel: Beim Kauf eines neuen MRI-Geräts könne man genau ausweisen, wie sich das auf den Ertrag auswirke, sagt der IT-Sicherheits-Verantwortliche eines Spitals. Bei Investitionen in die Cybersicherheit sei der Return of Invest viel schwieriger auszuweisen, erklärt er. Deswegen hätten es gewisse Sicherheitsmassnahmen möglicherweise schwer.

Beim Bund ist man zur Einsicht gelangt, dass die Spitäler von sich aus zu wenig unternehmen. Dazu beigetragen hat auch der erfolgreiche Angriff auf die Hirslanden-Gruppe. Die Verantwortlichen des Bundes hätten bei der Spitalleitung eher wenig Sensibilität für das Thema gespürt, ist zu hören. Deshalb sollen jetzt die Kantone mit ins Boot geholt werden.

Im September hat sich das NCSC deswegen an die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) gewandt und um Unterstützung bei der Sensibilisierung der Spitäler gebeten. Innerhalb der GDK haben bereits erste Diskussionen stattgefunden, wie die Medienstelle schreibt. Dabei geht es um die Frage, wie minimale Sicherheitsstandards für Listenspitäler festgelegt werden könnten – etwa über die GDK-Empfehlungen zur kantonalen Spitalplanung.

Die Hirslanden-Gruppe ist zwar seit drei Jahren Teil des geschlossenen Kundenkreises von Melani, doch die zusätzlichen Schutzmassnahmen des Bundes nahm sie bisher nicht in Anspruch. Inzwischen läuft eine Evaluation – wegen des erfolgreichen Angriffs.

© nzz.ch

AUSGABE NATIONAL, INLAND SEITE 4

## Der oberste Kantonsarzt wurde überrascht

**Rudolf Hauri erzählt, wie er die Dynamik der Pandemie Anfang Oktober unterschätzt habe und wie man das System verbessern könnte.**

Dominic Wirth

Rudolf Hauri, den alle nur Ruedi nennen, hat in all den Jahren schon so vieles gesehen, dass es nicht leicht ist, ihn noch zu überraschen. Mit einem aber hat er nie gerechnet: Dass er eines Tages zur Nation sprechen wird. Und das nicht einmal, nicht zweimal, sondern immer wieder. Doch genau so ist es gekommen. Auch an diesem Dienstag sitzt Hauri hinter einem der Mikrofone im Bauch des Bundes-Medienzentrums. Auf seinem Smartphone hat er notiert, was er sagen will.

Man kann die Botschaft so zusammenfassen: Es sieht zwar gerade etwas besser aus. Aber es ist noch lange nicht vorbei. Besonders beschäftigt Hauri, dass sich die Leute nicht mehr testen lassen. «Scheuen Sie den Test nicht», sagt er einmal; die Newsportale tickern den Satz ins Land hinaus. Hauri, der Mann, der die Schweiz ermahnt.

In jedem der 26 Kantone gibt es eine Kantonsärztin oder einen Kantonsarzt; manchenorts sind es sogar zwei, weil sie sich das Amt teilen. In normalen Zeiten erteilen sie den Ärzten eine Berufsausübungsbewilligung und schauen ihnen danach auf die Finger. Sie koordinieren die Suchtprävention und die Impfprogramme, kämpfen gegen Noroviren oder Tuberkulose. Sie sind wichtige Leute, aber es ist nicht so, dass man sie kennen würde; die Kantonsärzte bleiben im Hintergrund, und in aller Regel ist es ihnen dort wohl.

### **Eigentlich ist er nur ein Präsident ad interim**

Doch jetzt hat die Coronakrise sie ins Rampenlicht gezerrt. Das gilt besonders, seit die Kantone im Sommer im Kampf gegen Corona den Lead übernommen haben. Alle wollen seither etwas von den Kantonsärzten, und am allermeisten trifft das auf Rudolf Hauri zu, der seit 2002 in Zug dieses Amt innehat. Seit 2017 ist er Präsident der nationalen Vereinigung. Und also: der oberste Kantonsarzt der Schweiz.

Eigentlich wollte er den Posten im letzten Herbst abgeben, er hatte ihn für zwei Jahre interimsmässig übernommen. Doch dann klappte es mit der Nachfolge nicht wie geplant. Und Hauri blieb für zwei weitere Jahre. «Wenn ich da nur schon gewusst hätte, was auf mich zukommt», sagt er und lacht in seine Maske.

Hauri sieht man selten ohne sein Smartphone. Er nennt es sein Führungsinstrument. Seit März ist es auch sein Corona-Seismograf: Sobald ein positiver Test aus seinem Kanton beim Bund gemeldet wird, erhält Hauri ein SMS. Er könnte diese Funktion ausschalten, aber das hat er nicht gemacht, «ich muss doch wissen, was sich tut, und zwar jederzeit», sagt er.

Seit alles anfing, hat er zwei Wochenende frei gemacht, sonst arbeitet er, meist von acht Uhr morgens bis Mitternacht. Hauri gibt alles im Kampf gegen Corona, seit Monaten schon. Doch ist es genug? Als die Fallzahlen Anfang Oktober explodierten, kamen die Zuger Contact-Tracer an den Anschlag. Konnten nicht mehr alle infizierten Personen anrufen, um sie in Isolation zu versetzen. Ganz zu schweigen davon, ihre engen Kontaktpersonen abzufragen und diese aufzufordern, daheim zu bleiben.

### **Hat auch der oberste Kantonsarzt im Sommer geschlafen?**

Das Contact-Tracing, das letzte Auffangnetz im Kampf gegen die Pandemie, wurde plötzlich auch in Zug löchrig. Im Kanton des obersten Kantonsarztes. Dem Kanton, von dem es stets hiess, dass er vorbildlich aufgestellt sei. In aller

Eile musste Hauri umdisponieren. Er schuf eine Covid-19-Abteilung. Warum so spät? Haben auch Sie im Sommer zu wenig gemacht, Herr Hauri? Die Dynamik Anfang Oktober, antwortet er, habe auch ihn überrascht, «das muss ich zugeben»

Was man aber nicht vergessen dürfe: das Contact-Tracing habe seine Grenzen, sei nicht unbegrenzt skalierbar, auch wenn das die Epidemiologen gerne so hätten. «Wir können in den Kantonen nicht Hunderte Leute in Reserve haben», sagt Hauri. Das Contact-Tracing sei nur eines von vielen Instrumenten, um die Pandemie in Schach zu halten. «Es geht hier darum, nachzuputzen, wenn es doch noch Fälle gibt. Aber man darf das Putzen nicht vergessen.» Wobei man auch sagen muss, dass die Kantonsärzte sich das Nachputzen zuweilen selbst schwer machen: So haben sie es nicht einmal geschafft, sich auf ein gemeinsames Computerprogramm zur Verwaltung der Corona-Fälle zu einigen.

### Schon vier Kantonsärzte gaben dieses Jahr auf

Man kann Hauris Satz mit dem Putzen als Kritik an jenen lesen, die die Entscheidungen fällen. Die Kantonsärzte müssen die Krise managen, aber die Instrumente dafür drücken ihnen andere in die Hand. So gesehen haben sie gerade einen der kompliziertesten Jobs.

Rudolf Hauri sagt, dass das stimme, «und natürlich: ich hätte manchmal anders entschieden». Dann schiebt er nach, dass sein Verhältnis zur Politik gut sei. Es sind Sätze, die zu Hauri passen. Er ist keiner, der sich so leicht aus der Reserve locken lässt. Und auch keiner, der schnell aus der Ruhe gerät.

Im Corona-Jahr mussten schon vier Kantone einen neuen Kantonsarzt suchen, weil dem Amtsinhaber irgendwann alles zu viel wurde. Hauri dagegen sagt von sich, er möge Probleme

Letzte Woche sind im Kanton Zug sieben Personen am Coronavirus gestorben. Das sind mehr als je zuvor während der Pandemie, und es passt zur landesweiten Entwicklung. Im Verhältnis zur Bevölkerungszahl trifft die zweite Welle die Schweiz so hart wie kaum ein anderes Land in Europa. Ist es genug, Herr Hauri? Das sei eine berechtigte Frage, er habe sie sich auch schon gestellt. «Und ich kann keine schlaue Antwort geben», sagt er. Er spricht von der Lage der Schweiz im Herzen Europas, von der Bevölkerungsdichte, der hohen Mobilität.

Und er sagt, dass es eine Analyse brauche, wenn das alles vorbei sei. Man müsse dann über alles nachdenken, auch darüber sich zentraler aufzustellen in der Seuchenbekämpfung. Weniger Föderalismus im Kampf gegen Pandemien, vorgeschlagen vom obersten Kantonsarzt? «Wenn man merkt, dass das Auto in die Jahre gekommen ist, sich nicht mehr eignet, dann muss man es ersetzen», antwortet Hauri.



Nachdenklich: Kantonsarzt Rudolf Hauri im Contact-Tracing-Center in Zug. Bild: Dominik Wunderli (24. November 2020)

© Schweiz am Wochenende Gesamt

SCHWEIZ SEITE 5

## Im Impfzentrum oder auch in der Apotheke?

**Streit um Umsetzung - Aus Sicht der Krankenversicherer soll der Schutz gegen Covid-19 ausschliesslich in spezialisierten Impfzentren verabreicht werden. Die Kantone dagegen wollen, dass auch Ärzte und Apotheker die Impfungen durchführen.**

Fabian Renz

Man will ihn schnell, günstig und möglichst viel davon: den Impfstoff gegen Covid-19, wie er von den Pharmafirmen Pfizer, Biontech und Moderna in Aussicht gestellt worden ist. So weit herrscht in der Schweiz noch Einigkeit. Hinter den Kulissen ist um die neue Impfung aber ein Streit entbrannt. Offiziell halten sich sowohl Krankenkassen als auch Kantone und Bund mit Auskünften zurück, da derzeit intensiv verhandelt wird. Wie jedoch aus informierten Kreisen verlautet, geht es im Kern um die Frage, wo und wie sich die Leute impfen lassen sollen.

Insbesondere für die Krankenkassen ist der Fall klar: Von den Kantonen geführte, spezielle Zentren sollen die Impfungen verabreichen - so wie vor einem Jahrzehnt bei der Schweinegrippe-Pandemie. Abgerechnet würde dann quasi über eine «Strichli-Liste», mit der jedes Zentrum die Anzahl Impfungen festhält. Den resultierenden Gesamtbetrag teilen die Kassen, entsprechend ihrer Grösse, dann unter sich auf. Verena Nold, Direktorin des Krankenkassen-Dachverbands Santésuisse, formuliert es auf Anfrage so: «Wir setzen uns für ein Modell ein, das ein möglichst schnelles und unkompliziertes Impfen erlaubt. Das ist wichtig für die Gesundheit der Bevölkerung.»

### «Alle Optionen offenhalten»

Die Kantone wollen indes etwas anderes: Ihr Vorschlag ist darauf ausgelegt, dass sich die Menschen in Arztpraxen und Apotheken impfen lassen können. Jede einzelne Impfung soll, so schlägt es die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) offenbar vor, individuell über die jeweilige Krankenkasse der Versicherten abgerechnet werden.

GDK-Sprecher Tobias Bär formuliert es folgendermassen: «Die GDK plädiert für ein Modell, das es erlaubt, sich alle Optionen offenzuhalten. Dies, weil wir nicht nur kurzfristige Lösungen suchen, sondern mit einer länger andauernden Impphase rechnen.»

Die Krankenkassen setzen sich gegen die GDK-Idee vehement zur Wehr. Nicht aus finanziellen Gründen, wie betont wird. Man fürchte vielmehr, dass Chaos und Verzögerungen die Folge wären, würden viele Menschen zum Impfen die Arztpraxen und Apotheken aufsuchen. Die Versicherer verweisen auch darauf, dass es den Ärzten und Apothekern wohl nicht möglich wäre, die Covid-Impfstoffe wie erforderlich bei minus 70 Grad Celsius zu lagern.

Zudem seien Apotheken primär Verkaufslokale und für Massenimpfungen (sogenannte Reihenimpfungen) ungeeignet. Nur spezialisierte Impfzentren könnten die anstehende Herausforderung logistisch meistern, und daher brauche es Sammelabrechnungen statt individueller Einzelbeträge. Immerhin gehe es um 6 bis 8 Millionen Menschen, die sich möglicherweise impfen liessen.

Andere Länder sind weiter mit ihren Planungen. Deutschland etwa setzt voll auf Impfzentren; sie befinden sich derzeit im Aufbau. Den 3,7 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner von Berlin zum Beispiel sollen insgesamt sechs solcher Einrichtungen zur Verfügung stehen.

### Pionierkanton Basel-Stadt

In der Schweiz liess Gesundheitsminister Alain Berset (SP) zumindest indirekt durchblicken, dass er eine ähnliche

Lösung favorisiert. Bei einem Medienauftritt am Donnerstag hielt er ausdrücklich fest, dass er in dieser Frage die Kantone in der Hauptverantwortung sieht. Sie seien dafür zuständig, dass die Bevölkerung so rasch wie möglich geimpft werde.

Immerhin: Das erste Schweizer Impfzentrum könnte schon ab Januar einsatzbereit sein. Entstehen soll es in Basel. Das jedenfalls kündigte der Basler Kantonsarzt Thomas Steffen diese Woche an. Man habe schon vor rund eineinhalb Monaten mit der Planung angefangen und komme sehr gut voran.

Unklar ist freilich weiterhin, wann die Schweiz über einen Impfstoff verfügen wird - und ob sie nicht auch hierbei dem Ausland hinterherhinkt. Der deutsche Gesundheitsminister Jens Spahn rechnet mit den ersten Impfungen in seinem Land bereits für Mitte Dezember. In der Schweiz geht das Bundesamt für Gesundheit (BAG) dagegen von Januar als frühestmöglichem Termin aus.

BAG-Mitarbeiterin Virginie Masserey zeigte sich gestern vor den Medien allerdings zu versichtlich, mit den Nachbarländern gleichziehen zu können. Dass die Impfkation schon vor Januar startet, davon geht sie zwar nach wie vor nicht aus. Masserey machte aber deutlich, dass sie die Verlautbarungen aus Deutschland für zu vollmundig hält. Man werde dann ja sehen, ob irgendwer tatsächlich schon im Dezember mit den Impfungen beginne.



Bei Corona geht es nicht um Einzelfälle: Massenimpfungen könnten logistisch wohl eher in Impfzentren bewältigt werden. Foto: Luca Bruno (AP)

Gleichentags erschienen in: Basler Zeitung, BZ Berner Zeitung Gesamt, Der Bund, Der Landbote, Zürcher Oberländer, Zürcher Unterländer, Zürichsee-Zeitung Gesamt

© **Tages-Anzeiger**

AUSGABE ST. GALLER TAGBLATT, TITELSEITE

## Spitalchef lehnt Lohnerhöhung ab

Interview - Es werde individuelle Prämien für ausserordentliche Leistungen geben, aber nicht mehr Lohn für das gesamte Pflegepersonal, sagt Daniel Germann, Direktor des Kantonsspitals St.Gallen. Im Interview mit unserer Zeitung spricht er auch über die Schliessung von vier Landspitälern im Kanton. Dieser Entscheid sei vor, mit und ohne Corona richtig. Corona beschleunige diese Konzentration: Die Pandemie führe zu einer Zentralisierung der Leistungen, weil sehr hochstehende Leistungen gefragt seien (nw, cz)

---

OSTSCHWEIZ SEITE 25

### «Corona beschleunigt die Konzentration»

**Daniel Germann, Direktor des Kantonsspitals St.Gallen, über Hilferufe, Übersterblichkeit und die Pläne für Rorschach.**

Interview: Regula Weik und Christoph Zweifel

*Flüchten Sie vor dem Spitalalltag?*

**Daniel Germann:** Wie kommen Sie auf diese Idee?

*Ihr Büro ist ausserhalb des Spitalareals.*

Wir brauchen die Räume im Kernareal für die klinische Tätigkeit. Alle Abteilungen, die nicht unmittelbar mit den Patienten zu tun haben, sind in fünf Minuten Gehdistanz angesiedelt. Dazu gehört auch die Direktion.

*Was fordert Sie als CEO mehr: die Grossbaustelle auf dem Spitalareal oder die Coronapandemie?*

Eindeutig die Pandemie, weil wir da viel kurzfristiger reagieren müssen.

*Sie improvisieren also?*

Nein. Wir haben bereits im Frühling einen mehrstufigen Plan ausgearbeitet, wie wir auf eine allfällige Zunahme von Covid-19-Patienten reagieren.

*Wie bewältigt der Kanton St.Gallen bislang die Pandemie?*

Aus meiner Sicht läuft es gut. Gesundheitschef Bruno Damann bezieht die Spitäler ein und die Gespräche erfolgen rechtzeitig. Auch die Zusammenarbeit unter den Spitalverbunden und mit der privaten Hirslanden Klinik Stephanshorn funktioniert gut.

*Andere Kantone kritisieren St.Gallen. Braucht es rigorosere Massnahmen?*

Es ist schwierig zu beurteilen, welche Massnahme welche Wirkung hat. Das lässt sich wohl erst im Rückblick feststellen. Drastische Massnahmen wirken. Das ist so. Aber sind sie immer notwendig? Oder kann dasselbe Ziel auch mit milderem erreicht werden? Das ist und bleibt ein Abwägen.

*Die vielen Todesfälle im Kanton erschrecken Sie nicht?*



Doch, das tun sie. Es gibt eine Übersterblichkeit. Im Moment entsprechen die Ausschläge in etwa jenen bei schweren Grippeepidemien. Dennoch gilt eben schon, was Bundesrat Maurer gesagt hat: Ein verlorenes Leben ist nicht dasselbe wie verlorene Lebensjahre.

*Das heisst?*

Wenn wir eine Übersterblichkeit bei Jungen haben, verlieren wir mehr Lebensjahre als bei einer Übersterblichkeit bei Älteren. Auch «Life Years» sind ein Qualitätsmassstab in der Medizin, nicht nur die geretteten Leben.

*Viele hoffen auf einen raschen Impfstoff. Braucht es ein Impfblogatorium?*

Ein Obligatorium würde die Situation schnell beruhigen. Machbar ist das aber nicht. Es muss die freie Entscheidung jedes einzelnen sein, ob er oder sie sich impfen lässt – oder nicht. Wir müssen Überzeugungsarbeit leisten, dass sich möglichst viele freiwillig impfen lassen.

*Und das Gesundheitspersonal? Wird es zur Impfung gezwungen?*

Seine Impffreudigkeit ist nicht sehr hoch. Das wissen wir von der Grippeimpfung. Dieses Jahr brauchten wir allerdings deutlich mehr Impfstoff als in den Vorjahren. Es gibt also einen Angsteffekt, dass man etwas machen sollte, aber wir werden nie alle erreichen. Meine persönliche Meinung: Wir kaufen den Corona-Impfstoff und bieten ihn dem Personal gratis an.

*Erhält das Pflegepersonal eine Lohnerhöhung?*

Nein. Es leistet hervorragende Arbeit, das gilt aber auch für die Logistik oder die Gastronomie, die wegen der Pandemie alles auf den Kopf stellen mussten. Einzelne Kliniken und Stationen waren und sind hart gefordert, andere waren von der Pandemie weit weniger betroffen. Daher kann ich einer Lohnerhöhung für die ganze Berufsgruppe nicht zustimmen, individuellen Prämien bei ausserordentlichen Leistungen aber sehr wohl. Das gilt immer – auch ausserhalb der aktuellen Pandemie.

*Sie bauten bereits zweimal die Intensivstationen aus. Haben Sie genügend Personal?*

Wir schulten im Frühling internes Anästhesie- und Operationspersonal für den Einsatz auf den Intensivstationen, ebenso Personal, das früher dort gearbeitet hatte. Es kam damals nicht zum Einsatz, da wir nie an die Belastungsgrenze stiessen. In der zweiten Welle wird es nun eingesetzt.

*Wie oft klopfen andere Kantone an, ob Sie Covid-19-Patienten übernehmen können?*

Wir übernehmen jetzt im Herbst auch Intensivpatienten aus Appenzell, dem Thurgau, dem Wallis und dem Vorarlberg. Im Frühling hatten wir auch Patienten aus dem Elsass betreut.

*Beschleunigt Corona die Zusammenarbeit der Spitäler über die Kantonsgrenzen hinweg?*

Ich hoffe es. Dafür bräuchte es Corona allerdings nicht, das müsste selbstverständlich sein.

*Die Pandemie bringt viele Spitäler finanziell in Bedrängnis. Haben Sie die Finanzen noch im Griff?*

Ziemlich – immer unter der Prämisse, dass wir für die Ertragsausfälle entschädigt werden. Es sieht danach aus, dass der Kanton dazu bereit ist.

*Die Regierung sieht 42 Millionen Franken vor. Reicht das?*

Sie reichen nicht, um den ganzen Verlust zu decken. Der Kantonsbeitrag ist nur für die Lockdownphase vorgesehen und nur für die Grundversicherten. Wir haben natürlich auch Ausfälle bei den Zusatzversicherungen. Die Schieflage ist hauptsächlich auf die Ertragsverluste zurückzuführen und nicht auf übermässige Ausgaben.

*Der Bundesrat will sich nicht an den Ausfällen beteiligen, obwohl er das Operationsverbot im Frühling angeordnet hatte. Ärgert Sie das?*

In der Schweiz heisst es üblicherweise: Wer zahlt, befiehlt. Nun müsste das Umgekehrte gelten: Wer befiehlt, zahlt auch. Ich hätte es geschätzt, wenn sich auch der Bund an den Ertragsausfällen beteiligen würde – auch wenn die Kantone die Spitalbesitzer und Auftraggeber für die Leistungen sind.

*Der Kanton St.Gallen beschliesst mitten in der Pandemie, vier Spitäler zu schliessen. Ist das richtig?*

Auf jeden Fall. Der Entscheid war vor, mit und ohne Corona richtig. Wenn unsere Spitäler zukunftsfähig sein sollen, müssen wir das stationäre Angebot reduzieren und konzentrieren. Daran ändert Corona nichts, im Gegenteil: Die Pandemie beschleunigt den Prozess eher noch. Sie führt zu einer Zentralisierung der Leistungen, weil sehr hochstehende Leistungen gefragt sind.

*Einzelne Spitäler und Regionen hoffen, die zweite Welle könnte nächste Woche im Kantonsparlament zu einem Umdenken führen.*

Das ist Wunschdenken. Ich habe grosses Verständnis für das Argument der fehlenden Arbeitsplätze und Perspektiven, etwa im Toggenburg. Sachlich wäre ein Zurückkommen auf die vorliegende Spitalstrategie aber falsch.

*Das Kantonsspital verliert die Aussenstationen Flawil und Rorschach. Droht ein Engpass?*

Nein. Rorschach führt seit Frühling noch eine Station mit 20 bis 30 Patienten. Wir gehen davon aus, dass sich künftig etwa die Hälfte der Rorschacher Patienten in St.Gallen behandeln lässt. Das heisst, wir brauchen 15 Betten zusätzlich. Diese stehen mit dem Umbau des Hauses 02 zur Verfügung. In Flawil ist die Belegung mit 40 Patienten etwas höher. Dort hängt es vom Projekt des privaten Pflegeunternehmens Solviva ab, ob etwas bleibt oder nicht.

*Wird Rorschach wie geplant als erstes Spital 2021 geschlossen?*

Ja, vorgesehen ist, dass wir den Notfall und das stationäre Angebot nach der Schlussabstimmung im Parlament bereits in den ersten Wochen des neuen Jahres aufheben werden. Die ambulanten Angebote wie Dialyse oder die onkologische Sprechstunde bleiben noch drei, vier Jahre bestehen – so lange, bis die Nachfolgelösung von der Stadt Rorschach und den niedergelassenen Ärzten steht. Das geht nicht von heute auf morgen. Wir wollen daher beim Übergang zum Gesundheits- und Notfallzentrum und bei dessen Aufbau helfen.

*Ist das Hauptziel der neuen Spitalstrategie die Stärkung des KSSG?*

Das oberste Ziel der neuen Spitalstrategie ist eine flächendeckende Gesundheitsversorgung, die qualitativ zukunftsfähig und finanzierbar ist.

*Aber Sie wollen in der obersten Schweizer Spitalliga mitspielen?*

Klar will ich das. Von unserem Leistungsniveau her ist es ein legitimer Anspruch. Zudem bin ich überzeugt, in 30 Jahren wird es in der Schweiz noch sechs, sieben Gesundheitsregionen geben, je gruppiert um ein Zentrumsspital mit umfassendem Leistungsangebot. Wenn wir eines dieser Zentrumsspitäler sein wollen, müssen wir das Kantonsspital über die heutige Strategie hinaus stärken und ausbauen.

*Appenzell Innerrhoden verzichtet auf einen Spitalneubau. Haben Sie der Regierung zum Entscheid gratuliert und Betten angeboten?*

Ich habe ihr weder gratuliert noch etwas angeboten. Ich wurde von der Spitalleitung im Vorfeld informiert und für ein Gespräch angefragt - und ich habe zugesagt. Der Termin ist noch offen.



Daniel Germann: «Wir wollen in der obersten Spitalliga mitspielen.» Bild: Ralph Ribi

© **Schweiz am Wochenende**

FORSCHUNG UND TECHNIK SEITE 57

## Auf den Intensivstationen sinkt die Sterberate

**Im Vergleich zur ersten Epidemiewelle haben schwerstkranke Covid-19-Patienten heute eine bessere Überlebenschance. Weniger klar ist, woran genau das liegt.**

Alan Niederer

Wie andere Länder steckt die Schweiz mitten in der zweiten Corona-Welle. Nachdem Anfang Oktober die Zahl der täglich gemeldeten Neuinfektionen regelrecht explodiert ist, steigen etwas verzögert auch die Covid-19-bedingten Hospitalisationen und Todesfälle stark an. Mit täglich um die 80 Corona-Toten sind ab Mitte November sogar mehr Menschen gestorben als im Frühling während der ersten Epidemiewelle. Trotz solchen Zahlen ist hat sich die Situation für die einzelnen Patienten seit März/April aber verbessert – insbesondere für Schwerkranke, die intensivmedizinische Behandlung benötigen. Im Vergleich zum Frühling haben sie heute eine deutlich bessere Überlebenschance.

So waren nach einer englischen Analyse von Ende Oktober im Königreich im März noch 42 von 100 Covid-19-Patienten auf der Intensivstation gestorben. Ende Juni waren es knapp 20 von 100. Die Sterberate hatte sich also halbiert. Für die Schweiz liegen keine offiziellen Zahlen zur Entwicklung der Sterberate auf den Intensivstationen vor. Peter Steiger vom Universitätsspital Zürich (USZ) sagte aber Ende Oktober gegenüber der «Sonntags-Zeitung», der Wert sei im USZ von etwa 20 Prozent in der ersten Welle auf 10 Prozent gesunken.

### Einer von vier gestorben

Eine europäische Kohortenstudie unter Schweizer Leitung hat die Sterberate auf Intensivstationen im Frühling auf 24 Prozent beziffert. In die Analyse flossen Daten von 54 Spitälern in zehn Ländern ein. «Schaut man sich nur die Schweizer Intensivstationen an, liegt der Wert bei 21 Prozent», sagt der Studienkoordinator Matthias Hilty vom USZ. Für eine Aussage zur zweiten Welle sei es noch zu früh.

Die in der Kohorte analysierten 639 Covid-19-Patienten lagen durchschnittlich 12 Tage auf der Intensivstation. Bei drei Vierteln von ihnen entwickelte sich die Corona-bedingte Lungenentzündung zu einem akuten Lungenversagen. Als wichtige Risikofaktoren für einen tödlichen Ausgang identifizierten die Forscher die Zeichen einer schweren Lungenfunktionsstörung, Fehlfunktionen der Nieren und Blutgefässe sowie eine erhöhte Blutgerinnung.

Angesichts der erfreulichen Tatsache, dass die Sterberate vielerorts rückläufig ist, fragt man sich, ob das Virus harmloser geworden ist. Nach Meinung der meisten Wissenschaftler ist das nicht der Fall. Der Erreger hat sich zwar, wie für Viren üblich, im Lauf der Zeit genetisch leicht verändert. Die so entstandenen Virusvarianten scheinen sich aber in ihrer Virulenz nicht zu unterscheiden.

Es muss also andere Gründe geben. Eine erste Erklärung betrifft das Alter der Patienten. Dieses war zumindest zu Beginn der zweiten Welle tiefer als in der ersten, was sich auf den Schweregrad der Erkrankung und die Überlebenschancen auswirkt. Dass heute weniger alte Menschen auf die Intensivstationen kommen, dürfte auch damit zu tun haben, dass alte Patienten vermehrt auf eine intensivmedizinische Behandlung verzichten wollen.

«Diesen Effekt haben wir schon in der ersten Welle beobachtet», sagt der Intensivmediziner Hans Pargger vom Universitätsspital Basel. Der kantonsärztliche Dienst und andere Institutionen hätten rasch und mit dem nötigen Fingerspitzengefühl auf das Thema Patientenverfügung aufmerksam gemacht. «Wir sehen immer wieder Patienten, die seit Jahren an Vorerkrankungen leiden», erzählt Pargger. Komme dann noch Covid-19 dazu, sei das genau die eine Erkrankung zu viel, die den Patienten aus seinem wackligen Gesundheitsgleichgewicht in den Tod reisse.

Die tiefere Sterberate lässt sich aber nicht allein mit dem demografischen Wandel bei den Patienten erklären. Sie sei auch Ausdruck eines echten Fortschritts bei der Behandlung kritisch kranker Patienten, schreiben Forscher des NYU Langone Medical Center in New York. Für eine Studie haben sie das klinische Ergebnis («Outcome») von mehr als 5000 Covid-19-Patienten analysiert, die in ihren Spitälern behandelt wurden. Um nicht Äpfel mit Birnen zu vergleichen, berücksichtigten sie bei der Auswertung neben Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen der Patienten auch den Schweregrad der Covid-19-Symptome. Trotz dieser Korrektur verringerte sich die Sterberate von 26 Prozent im März auf 8 Prozent im August.

«Eine solche Verbesserung dürfte viele, teilweise regional unterschiedliche Gründe haben», sagt der Infektiologe Nicolas Müller vom USZ. Besonders wichtig sei, dass die Patienten frühzeitig ins Spital kämen und man genügend Zeit für sie habe. Die hohe Sterberate in England im Frühling sei teilweise der Überforderung des Gesundheitssystems geschuldet, erklärt Müller, der auch Mitglied der nationalen Covid-19-Task-Force ist. «In der Schweiz haben wir nichts Vergleichbares erlebt.»

Dem stimmt auch Pargger zu. «Anders als im Tessin sind in Basel schon in der ersten Welle wenige Patienten ins Spital gekommen, die wir direkt an die Beatmungsmaschine anschliessen mussten», sagt er. Solche späten Einweisungen seien jetzt noch seltener.

Kaum verbessert hat sich dagegen die Situation bei den Medikamenten. Die einzigen eindeutig wirksamen Substanzen sind laut Müller Dexamethason und andere sogenannte Steroid-Medikamente. Aber immerhin: «Wir haben den Eindruck, dass wir damit einzelne Patienten von der Intensivstation fernhalten können», sagt der Arzt.

Daneben gibt es viele weitere Mosaiksteinchen, die zur Senkung der Sterberate beigetragen haben dürften. Fachleute sprechen von einer steilen Lernkurve, was das Wissen über die Krankheit und ihre Behandlung angeht. So lag der ärztliche Fokus am Anfang fast nur auf den Lungenveränderungen der Patienten. Später realisierte man, dass oft auch andere Organe geschädigt sind. Weil viele Patienten potenziell tödliche Thrombosen und Embolien entwickelten, begannen die Ärzte, alle hospitalisierten Covid-19-Patienten mit blutverdünnenden Medikamenten zu behandeln. «Seither sehen wir praktisch keine Thrombosen mehr», sagt Müller.

Der Infektiologe warnt aber davor, alle beschriebenen Beschwerden als etwas Covid-19-Spezifisches anzusehen. «Vieles davon sehen wir auch bei anderen Infektionskrankheiten», erklärt er. Auch da gebe es, neben den typischen Manifestationen wie einer Lungenentzündung, atypische Verläufe. Um zu wissen, ob bestimmte Beschwerden bei Covid-19 besonders häufig seien, müsste man erst wissen, wie häufig diese Beschwerden bei verschiedenen Krankheiten seien, betont der Arzt. «Ohne solche Daten ist die Gefahr gross, dass wir in einer Pandemie mit sehr vielen Erkrankten die Häufigkeit von ungewöhnlichen Manifestationen überschätzen.»

Was sich laut Müller seit der ersten Welle ebenfalls klar verbessert hat: «Wir realisieren schneller, wenn sich beim Patienten eine Verschlechterung des Zustands abzeichnet.» Bei der Beurteilung könne er sich aber nicht nur auf die Atemnot des Patienten stützen. Denn bei dem subjektiven Gefühl gebe es eine grosse Bandbreite individueller Wahrnehmung, erklärt der Arzt. Die Beschwerden müssten daher mit der gemessenen Sauerstoffsättigung im Blut verglichen werden. Bei schwer erkrankten Patienten schaue er zudem, wie rasch die Sättigung unter eine kritische Schwelle falle, wenn er die Sauerstoffzufuhr kurz unterbreche. Das sei ein guter Test, um eine drohende Verschlechterung zu erkennen.

Auf der Intensivstation kann die Sauerstoffzufuhr erhöht werden. Bei der sogenannten High-Flow-Gabe können laut Pargger bis zu 80 Liter reiner Sauerstoff pro Minute über die Nase verabreicht werden. Mit der üblichen Methode auf der Abteilung sind es nur 6 bis 10 Liter. Der Sauerstoff helfe dem Patienten aber nicht, die Krankheit schneller zu überstehen, betont Pargger. «Er verhindert, dass der Mensch stirbt.»

### **Wenn Sauerstoff nicht reicht**

Bei einer schweren Lungenschädigung ist neben dem Sauerstoff- und dem Kohlendioxid-Austausch in den Lungenbläschen zudem oft die muskulär-mechanische Atemfunktion beeinträchtigt. Solche Patienten brauchen daher auch eine Atemhilfe. Viel häufiger als im Frühling wird heute dazu eine nichtinvasive Beatmungstechnik eingesetzt. Dabei wird der Patient über eine Maske beim Atmen unterstützt. Weil dafür – anders als bei der invasiven Beatmung in Vollnarkose – kein Schlauch in die Luftröhre eingelegt wird, kann der Patient wach bleiben.

Laut Pargger tolerieren nicht alle Patienten eine nichtinvasive Beatmung. «Viele entwickeln Angstgefühle, besonders

wenn sich die Behandlung über Tage hinzieht.» Auch eine zunehmende Erschöpfung könne eine invasive Beatmung nötig machen, betont der erfahrene Arzt.

Bei der Beatmung von Covid-19-Patienten ist Pargger aufgefallen, dass sich ihre Lungen nicht so rasch versteifen, wie das bei anderen viralen Lungenentzündungen der Fall ist. Sind das Good News für die Betroffenen? «Möglicherweise», sagt der Mediziner. Wenn sich die Erkrankung aber lange hinziehe, würden viele Lungen doch noch steif. Es sei daher noch zu früh für eine Aussage über die Langzeitfolgen bei diesen Patienten.

«Wir realisieren schneller, wenn sich beim Patienten eine Verschlechterung des Zustands abzeichnet.»

Nicolas Müller, Infektiologe am Zürcher Universitätsspital und Mitglied der Covid-19-Task-Force



Intensivstation in Barcelona. Ebenso wichtig wie die Geräte zur Überwachung des Patienten ist geschultes Fachpersonal. Alberto Estevez / EPA

© **Neue Zürcher Zeitung**



MEDINSIDE

Gewicht: Online

28. November 2020  
[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

[ONLINE, 28.11.2020](#)

## Krankenkassen setzen die Waffe der Negativlisten nur halbherzig ein

**Bei Tarifverhandlungen mit Spitälern sitzen Krankenversicherer am kürzeren Hebel. Das müsste nicht sein. Die Lösung heisst Negativlisten.**

Claude Chatelain

Sympany und Helsana gegen das Basler Universitätsspital, CSS und wiederum Helsana gegen die Solothurner Spitäler oder die KPT gegen die Genolier-Gruppe, wie die Westschweizer Spitalkette des Antoine Hubert damals noch hiess.

Das sind die in einer breiteren Öffentlichkeit bekannt gewordenen Tarifstreitigkeiten im Bereich der Spitalkostenzusatzversicherungen, die vorübergehend zu einem vertragslosen Zustand und mitunter zu einem Reputationsschaden der betroffenen Krankenversicherer führten.

### Kontrahierungszwang

Nach Einschätzung des Preisüberwachers unterliegen die Krankenversicherer einem Kontrahierungszwang, indem sie die von den Spitälern und zum Teil deren Ärzten vorgegebenen Tarife schlucken müssen. Und wenn sie es nicht tun, so endet eben der Tarifstreit in einem vertragslosen Zustand mit dem genannten Reputationsschaden. (Mehr dazu lesen Sie hier).

Umgekehrt können die Krankenversicherer nicht jeden Tarif akzeptieren, weil sie ja die Zusatzversicherungen privat und halbprivat dem Kunden schmackhaft machen müssen. Das geht nur bei vernünftigen Prämien.

### Negativlisten wäre die Lösung

Und doch gäbe es einen Ausweg: Spitalversicherungen ohne freie Spitalwahl. Helsana brachte vor zwei Jahren Hospital privat und halbprivat auf den Markt. Auf einer Negativliste sind Spitäler und Ärzte aufgeführt, deren Leistungen nicht gedeckt sind. Die herkömmlichen Spitalversicherungen mit freier Arztwahl werden nicht mehr verkauft. Sie bleiben bestehenden Kunden vorbehalten, die einen Kündigungsschutz geniessen.

Verglichen mit dem herkömmlichen, für Neukunden nicht mehr erhältlichen Produkt, verursacht die neue Spitalversicherung um 15 Prozent tiefere Fallkosten. Was freilich nicht heisst, dass auch die Prämie um 15 Prozent tiefer ausfällt.

### Nur halbherzig umgesetzt

Die Strategie besticht; deren Umsetzung vermag indessen nicht zu überzeugen. Gerade mal drei relativ unbedeutende Kliniken befinden sich auf der Negativliste der Helsana: Wo sind sie, all die Ausreisser, von denen hinter vorgehaltener Hand die Rede ist?

«Unsere Negativliste ist dynamisch, auch wenn heute nicht viele Spitäler darauf gelistet sind, heisst es nicht, dass es immer so war beziehungsweise in Zukunft so bleibt.», beschwichtigt die Mediensprecherin.

Zudem liefen derzeit Verhandlungen. Erst wenn sich gegen Ende Jahr abzeichne, dass keine Einigung zustande kommt, werde man das entsprechende Spital auf die Negativliste setzen.

### Gratwanderung

Gleichzeitig heisst es aber bei Helsana, es sei nicht ihr Ziel, «für unsere Kunden wichtige Spitäler über eine längere Dauer auf der Negativliste zu listen.»

Helsana spricht von einer Gratwanderung: Man will die Attraktivität des Produkts nicht zu stark beeinträchtigen und gleichzeitig genügend Druck auf die Spitäler ausüben, um die Preise zu senken.

Ob das auch gelingt? Helsana spricht von «guten Erfahrungen mit den neuen Spitalversicherungen.» Über ein Drittel der Kunden habe bereits in das neue Produkt gewechselt, in neun Kantonen seien es über 45 Prozent.

### **Die CSS ist rigoroser**

Auch die CSS führt Spitalversicherungen mit und ohne freie Spitalwahl im Angebot. Wobei – im Unterschied zu Helsana – das teurere Produkt mit freier Spitalwahl auch Neukunden offensteht. Die Spitalversicherung Myflex gibt es in drei Varianten. Die teuerste gewährt die freie Spitalwahl; für die beiden anderen führt die CSS eine Positivliste. Grundlage dazu ist eine Spitalliste mit ausgewählten Leistungserbringern für Spitalversicherungen MyFlex.

Auf der CSS-Liste fehlen in der Tat prominente Adressen wie die Häuser der beiden Spitalgruppen Hirslanden und Swiss Medical Network. Ebenfalls das Kantonsspital St. Gallen sucht man auf der Liste vergebens. Das ist wenig überraschend, wenn man den an dieser Stelle publizierten Vergleich der Fallkosten zur Hand nimmt. Siehe Artikel «Warum ist das Kantonsspital St. Gallen so viel teurer».

### **So machen es Sanitas und KPT**

Andere Kassen, wie etwa Sanitas oder die KPT, preisen ihre Spitalversicherung mit den Worten «Freie Arzt- und Spitalwahl» an. Klickt man sich durch, präzisiert die Sanitas «Freie Arzt- und Spitalwahl in allen Vertragsspitälern». Und bei der KPT steht zusätzlich «Gut zu wissen: Spitäler ohne Tarifvertrag». Dort steht dann die Bedingung, dass die freie Spitalwahl an die Bedingung geknüpft ist, dass die KPT mit dem entsprechenden Spital einen Tarifvertrag abgeschlossen hat.

Bei der Sanitas findet man eine Positivliste; bei der KPT eine Negativliste. Wobei auch bei der Negativliste der KPT nur ein knappes Dutzend relativ unbedeutender Somatik- und Rehakliniken aufgeführt sind. Wie bei Helsana figurieren die bekannten Ausreisser der Hirslandengruppe oder auch das Kantonsspital St. Gallen nicht auf der Negativliste der KPT.

© **Medinside**

AUSGABE AARGAUER ZEITUNG, AARGAU SEITE 26

## **Bund soll Ausfälle der Spitäler wegen Corona zahlen**

### **Grossratskommission hat Standesinitiative erarbeitet.**

Forderung - Der Bund und die Krankenkassen sollen sich an den Ertragsausfällen der Spitäler und Kliniken während der Coronapandemie im März und April beteiligen. Dies steht im Entwurf für eine Standesinitiative des Kantons Aargau. Der Grosse Rat wird darüber entscheiden, ob diese Standesinitiative an die eidgenössischen Räte geschickt wird. Der Regierungsrat unterstützt die Forderung, dass der Bund und andere Kostenträger wie Krankenkassen die Ausfälle mittragen sollen. Das geht aus einem am Freitag veröffentlichten Bericht der grossrätlichen Kommission für Gesundheit und Sozialwesen hervor. Der Grosse Rat hatte im September einen von fast allen Parteien lancierten Auftrag für eine Standesinitiative mit 111 zu 8 Stimmen gutgeheissen. Der Kanton will mit der Forderung Druck auf den Bund machen.

### **Schaden von 95 Millionen Franken für die Spitäler**

Der Bundesrat hatte per Notrecht verordnet, dass die Spitäler im Zeitraum vom 16. März bis 26. April auf nicht dringend angezeigte medizinische Eingriffe und Therapien verzichten. Das Behandlungs- und Operationsverbot führte im Aargau gemäss einer Schätzung des Kantons zu einem Schaden von rund 95 Millionen Franken.

Der Bundesrat machte wiederholt klar, dass sich der Bund nicht an den Kosten beteiligen werde. Dies sei Sache der Kantone. Die Parteien im Aargauer Parlament sind der Ansicht, dass dies nicht geht. Wer befehle, bezahle auch, hiess es. Die Regierung will auch, dass der Bund die Spitäler für angeordnete Ertragsausfälle und Mehrkosten rund um die Behandlung von Covid-Patientinnen und -Patienten angemessen entschädigt. Diese Forderung hatte der Regierungsrat bereits im April in einem Brief erhoben.

Gesundheitsdirektor Jean- Pierre Gallati (SVP) hatte im Juni gesagt, der Schaden dürfe nicht alleine am Kanton hängen bleiben. Bund, Versicherer und Kanton müssten den finanziellen Ausfall gemeinsam tragen. Die Entschädigung soll gemäss Gallati verhindern, dass die öffentlichen und privaten Spitäler im Kanton in finanzielle Schwierigkeiten geraten (sda)

© **Schweiz am Wochenende**





Gewicht: TV / Radio

27. November 2020

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

[ECHO DER ZEIT, 27.11.2020](#)

Gedämpfte Erwartungen

## Swissmedic pocht beim Impfstoff auf belastbare Daten

**Der Druck auf Politik und Behörden, Impfstoffe rasch zuzulassen, ist gross. Das spürt auch die Zulassungsbehörde.**

Katrin Zöfel

Einer der Menschen, die zurzeit besonders viele unangenehme Fragen gestellt bekommen, ist Claus Bolte von der Schweizer Zulassungsbehörde Swissmedic: Warum macht ihr nicht voran? Wann kriegen wir einen Impfstoff? Er sagt: «Nur wenn wir die notwendigen Daten zur Qualität der Herstellung, zur Sicherheit und zur Wirksamkeit haben, können wir eine Zulassung aussprechen.»

Der neidische Blick derer, denen es zu langsam geht, geht vor allem in die USA. Von dort heisst es, die FDA, die dort Arzneimittel zulässt, werde vielleicht schon am 10. Dezember entscheiden – dann könne der Impfstoff von Pfizer/Biontech unter die Leute gebracht werden.

Es wäre eine «Emergency Use Authorization», eine Notfallfreigabe bei laufendem Zulassungsverfahren: «Das haben wir nicht – Gott sei Dank!», sagt Bolte. Gott sei dank gebe das Schweizer Gesetz keine solche Möglichkeit her. Diese Aussage passt zum Ruf der Swissmedic.

Sie gilt international als strenge Zulassungsinstanz, die auf eine solide, breite Datengrundlage achtet. Ob es trotzdem noch im Dezember für eine Zulassung und erste Impfungen reicht, wie es auch manche europäische Länder ihren Bürgerinnen und Bürgern in Aussicht stellen, hänge von den Daten ab. Punkt. Ein klarer Dämpfer für allzu grosse Erwartungen ans Tempo.

Einen weiteren Dämpfer erteilt der Vorsitzende der Eidgenössischen Impfkommision, Infektiologe Christoph Berger. Man müsse davon ausgehen, dass die drei Impfstoffe, die zurzeit im Gespräch seien, die Ausbreitung des Coronavirus zwar bremsen, aber nicht komplett stoppen können: «Es ist eine schlechte Nachricht. Sie klärt aber die Situation.»

Stand jetzt können die getesteten Impfstoffe die Zahl der Fälle senken, bei denen sich Symptome zeigen. Aber ob sich das Virus auch unter Geimpften weiter unbemerkt verbreitet und asymptomatische Fälle auslöst, ist nicht klar. Das Coronavirus auf die Schnelle per Impfstoff auszurotten, sei also derzeit kein Ziel, sagt Berger: «Anders als bei Röteln, Masern oder Kinderlähmung.»

Wenn man dennoch möglichst schnell die Zahl schwerer Fälle senken will, wäre es gut, als erstes einen Impfstoff zu haben, der für ältere Menschen geeignet ist. Doch auch da gedämpfte Erwartungen. Denn es ist noch nicht klar, ob die

ersten Studiendaten reichen werden, um zu sagen, wie Ältere auf die Impfstoffe reagieren.

Deshalb kann es gut sein, dass es in der Schweiz zuerst eine Impfstoffzulassung für Jüngere geben wird und erst später für Ältere. Schlicht weil die Datengrundlage solider ist. Sollten die USA vorwärts machen, vielleicht dicht gefolgt von Grossbritannien und EU-Staaten, nutze das auch der Schweiz, sagt Bolte: «Dann werden wir diese Erfahrungen berücksichtigen können. Der Erkenntnisgewinn zur Sicherheit und Wirksamkeit wird auch uns dienen.»

Wer macht es richtig, die mit mehr Tempo, oder die, die die Sorgfalt betonen?

Die Antwort werde keiner so schnell kennen sagt einer, der schon lange in der Impfstoffforschung arbeitet: der Infektiologie Christian Burri vom Swiss Tropical Public Health Institut in Basel. «Wir werden vielleicht erst in ein paar Monaten oder gar erst in zehn Jahren sehen, wer richtig lag.»

Der Zeitplan, den Bundesrat Alain Berset skizziert hat – erste Impfungen früh im nächsten Jahr – ist eine Rechnung, die nur aufgeht, wenn alles perfekt läuft. Und die Daten, die die Firmen bei der Swissmedic einreichen, solide genug sind und klare Aussagen zulassen.

 Audio

(04:06)

© Radio SRF 4 News

## Monitorer l'évolution des besoins en médecine

**Cette semaine, une initiative intercantonale en faveur de la formation des médecins a vu le jour. Elle s'appelle Réformer, pour RÉorganisation de la FORmation post-graduée en MEdecine en Suisse Romande.**

Véronique Kämpfen

Son but: «produire des indicateurs sur la formation post-graduée et la démographie médicale, réguler et répartir les places de formation entre les différents établissements formateurs en Suisse romande, orienter les médecins en formation dans les disciplines en fonction des besoins [de la population]».

En lisant de manière critique le communiqué de presse, on peut se demander si les médecins sont si mal orientés qu'il faille les prendre par la main pour leur dire quelle spécialité exercer. Ou serait-ce parce qu'il manque des médecins dans certaines disciplines et qu'il faudrait donc ouvrir l'accès à la formation uniquement dans ces domaines et non dans d'autres? Les deux hypothèses sont sujettes à caution, sous-entendant qu'un jeune étudiant en médecine ne pourrait plus, in fine, choisir la spécialité qui le passionne, mais qu'il devra s'orienter là où il y a de la place.

On entend souvent parler de pénurie de médecins programmée à cause du nombre de praticiens qui partent à la retraite, du peu d'étudiants en médecine et de la féminisation de la profession, qui induirait davantage de temps partiels. De combien de médecins manquants parlons-nous? Selon Jürg Schlup, président de la FMH, la Confédération avait annoncé en 2011 que 1300 nouveaux médecins formés en Suisse suffiraient à faire face à la pénurie. L'année passée, cet objectif a quasiment été atteint. Bonne nouvelle, me direz-vous? Oui, sauf que dans la même année, 2940 médecins étrangers ont reçu une reconnaissance de leur diplôme pour pouvoir exercer en Suisse. Les calculs de la Confédération sont donc à prendre avec des pincettes.

Voulons-nous continuer à importer deux tiers des besoins en médecins de la Suisse – les cyniques parmi nous se réjouiront que la Confédération ne prenne pas en charge leurs coûts de formation – ou préférons-nous miser sur la relève indigène, évitant ainsi de contribuer à la création de déserts médicaux dans certaines régions des pays limitrophes? La question est épineuse et doit faire l'objet de toutes les attentions.

### **Pénurie de personnel soignant**

La pénurie de personnel soignant touche aussi le personnel infirmier, les aides-soignants et d'autres métiers qui gravitent autour des soins à la personne. Ces professions sont appelées à se développer ces prochaines années, notamment en raison du vieillissement de la population.

A ce titre, une motion intéressante est proposée au Grand Conseil genevois, qui vise à mettre en place un plan de transition professionnel, notamment pour les acteurs de secteurs gravement touchés par les conséquences économiques du coronavirus, comme l'hôtellerie, la restauration, les transports et le tourisme, vers les métiers de la santé et des soins. Pour accompagner cette transition, un pôle de formation de transition professionnelle «santé – soins» serait créé.

L'initiative Réformer sera intéressante à suivre, notamment du fait des indicateurs qu'elle produira pour la question du manque de médecins dans certaines régions, et notamment de généralistes, sera certainement traitée.

Néanmoins, même avec les données les plus complètes qui soient, il est difficile de prédire l'avenir dans ce domaine, tant les paramètres sont nombreux et l'imprévu présent. Jürg Schlup l'écrit avec ironie dans le dernier Bulletin des médecins suisses: «Alors qu'il peine actuellement pour prévoir le taux d'occupation des lits de réanimation dans les cinq

prochains jours, le Conseil fédéral affirme pouvoir prédire les coûts de la santé dans deux ans, en les détaillant par secteur de soins et par cantons».

Au vu de cette difficulté objective, le plus important est encore de laisser le libre choix d'une profession à celles et ceux motivés pour l'exercer, tout en mettant en place les conditions cadre les plus favorables pour développer de nouvelles vocations, et non pas les freiner. Nous aurons cruellement besoin de ces ressources ces prochaines années; ne coupons pas la motivation des personnes qui nous soigneront demain.



Véronique Kämpfen, Directrice de la communication FER Genève

© L'AGEFI



Gewicht: TV / Radio

27. November 2020

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

[10VOR10.27.11.2020](#)

## Corona-Krise: Hat Ausland Impfstoff früher?

Laut BAG kriegt die Schweiz den Corona-Impfstoff ebenso schnell wie die EU, im Dezember 2020. Frühestens Ende Januar 2021 sei es in der Schweiz soweit – sagte Gesundheitsminister Alain Berset. Welche Aussage stimmt nun?

Video

(04:06)

© SRF

## Jenseits von Covid-19: die Zukunft der Gesundheit

**Covid-19 beschleunigt das ohnehin Unausweichliche: den Umbau unseres Gesundheitswesens. Es wird zu einem vernetzten Ökosystem werden, in welchem dem Einzelnen eine Schlüsselrolle zukommt.**

Gastkommentar von Daniel Dettling und Corinna Mühlhausen

Die Corona-Pandemie hat in diesem Jahr das Gesundheitswesen europaweit einem Stresstest unterzogen und seine Schwachstellen aufgezeigt. Noch ist unklar, welche Auswirkungen die Pandemie auf unsere Gesundheitssysteme haben wird. Auch wenn sich die Zukunft nicht exakt vorhersagen lässt, können wir uns auf die kommenden dreissig Jahre besser vorbereiten, als wir es in der Vergangenheit getan haben. Es sind mehrere miteinander verbundene P, welche die Gesundheitswelt von morgen definieren: Personalisierung und Patientendemokratie, Prävention und Professionalisierung, Public Health, urbane Plattformen und neue Partnerschaften.

### Lebensqualität hat Priorität

Personalisierung und Patientendemokratie. Medizin wird bis 2050 zur präzisen und datenbasierten «Wissenschaft der Individualität» (Eric Topol). Es geht um die Verbindung von emotionaler, sozialer und künstlicher Intelligenz. Zu den Treibern werden der demografische, der gesellschaftliche und der digitale Wandel. Die Gesundheitswelt wird gleichberechtigt, individualisiert und altersübergreifend. «Patientendemokratie» wird zu ihrem neuen Leitbild. Die subjektive Verjüngung einer objektiv alternden Gesellschaft wird in den kommenden Jahren das Lebensgefühl des Einzelnen beherrschen und damit auch zu einem bestimmenden Faktor für das Gesundheitssystem werden. Lebensqualität wird wichtiger als Lebenserwartung.

Das Investment des Einzelnen in seine Lebensqualität – die Optimierung von Körper, Geist und Seele – wird höher, die Bereitschaft zur Zuzahlung oder die Inanspruchnahme von Selbstzahlerleistungen grösser sein. Digitale Werkzeuge wie Assistenzsysteme und Apps unterstützen die Patienten in ihrer Selbstständigkeit und fördern ihre Autonomie. «Home and self care» wird zum Standard. Normale Check-ups nehmen die Patienten selber vor, der Gang zum Arzt wird für immer mehr Menschen zur Ausnahme. In Zukunft kommt der Arzt zum Patienten, oder die beiden treffen sich digital in der Mitte.

Prävention und Professionalisierung werden zum Mainstream. Krankheiten können mithilfe von Datenanalyse und Algorithmen frühzeitig erkannt und behandelt werden. Prävention betrifft in Zukunft alle Bereiche des Lebens: die Frage, wie Städte organisiert werden, wie gut die Luft ist und in welchen Schulen der Unterricht stattfindet. Gesundheitskompetenz wird zum Schlüsselbegriff, der Hausarzt zum Präventionsmediziner, der den Patienten begleitet und berät.

Aus Achtsamkeit wird künftig Selbstwirksamkeit. Das Gefühl, selbst etwas zur eigenen Gesundheitsvorsorge beitragen zu können, wird zum Treiber eines individuell verantwortungsvollen Lebensstils. Die wachsende Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen für sein persönliches körperliches, mentales und seelisches Wohlbefinden und die Nachfrage nach einem fürsorglichen System, das die gesellschaftliche Gesundheit als Ganzes verfolgt, sind kein Widerspruch, im Gegenteil: Beides kann nur gemeinsam beantwortet werden.

Das Gesundheitssystem wird zu einem vernetzten Ökosystem aus neuen Akteuren wie Startups und Gesundheitszentren. Es entsteht ein Metaversum als kollektiver virtueller gemeinsamer Raum von Patienten, Ärzten und Gesundheitsberufen. Gesundheitsberufe werden multiprofessionell und weiblich. Im Jahr 2050 sind mehr als zwei Drittel der Ärzte Frauen. Familien- und lebensfreundliche Arbeitsbedingungen, wozu auch Home-Office und Telemedizin gehören, sind zum Standard geworden. Die zu Beginn des Jahrhunderts befürchtete Dystopie der totalen Digitalisierung

ist nicht eingetreten. Technologie bleibt künftig wichtig, wird aber nicht dominant. Menschen werden die Arbeitswelt der Zukunft prägen, nicht Maschinen.

Public Health, urbane Plattformen und neue Partnerschaften. Die Corona-Krise hat gezeigt: Die globale Gesundheitspolitik muss widerstandsfähiger werden. Die Förderung der öffentlichen Gesundheit (Public Health) wird damit zur grössten Herausforderung. Die «Infodemie», das Verbreiten von Fake-News, bedroht die globale Gesundheitswelt. Falschmeldungen können lebensgefährlich sein.

Prävention und Public Health sind zwei Seiten einer Medaille. Das eigene Wohlbefinden und das Wohlergehen des gesamten Planeten lassen sich nicht mehr voneinander trennen. Fragen betreffend Landwirtschaft, Ernährung, Umwelt und Artenvielfalt sowie soziale Kontakte erweitern den Gesundheitsbegriff nach aussen. Nach innen wird Einsamkeit zur neuen Volkskrankheit. Das Rezept ist die Steigerung des mentalen und sozialen Wohlbefindens. Die Menschen sind endlich bereit, mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, weil sie wissen, dass schlechte Ernährung, Fettleibigkeit und mangelnde Bewegung zentrale Faktoren für viele Krankheiten und Todesfälle sind.

### Die Städte als Plattformen

Zu Plattformen gesunder Ökosysteme werden die Städte. Das Konzept Stadt wandelt sich von der reinen Versorgungsumgebung zu einem Ort, der Gesundheit und Wohlbefinden aktiv fördert. In der «Healthy city»-Bewegung verpflichten sich immer mehr Städte, Gesundheit in alle wichtigen politischen Entscheidungsprozesse einzubringen.

Wien gilt auf den Gebieten Lebensqualität, Wohnen und Mobilität als Vorbild für die Metropolen weltweit. Die Palette von Services ist enorm und reicht von Seniorenwohnungen, die mit Sensoren ausgestattet werden, um Stürze zu erkennen, bis hin zu Tablets, mit deren Unterstützung Senioren mit ihren Freunden in Kontakt bleiben können. Das Projekt «Kultur-Token» verbindet Gesundheit mit Mobilität und Kultur: Mit einer App werden die Bürger spielerisch zu klimaschonendem Verhalten animiert. So können sie beispielsweise Punkte sammeln, wenn sie zu Fuss gehen, das Rad oder öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Diese Punkte können sie dann in den Kultureinrichtungen der Stadt einlösen. Was 2020 in Paris begann, hat sich 2050 weltweit durchgesetzt: das Modell der «15-Minuten-Stadt». Alle wichtigen Bedarfe wie Einkaufen, Kinderbetreuung, Arbeit, Ärzte, Kultur und Gastronomie sind für die Bürger innerhalb einer Viertelstunde erreichbar.

Um die alten und neuen Gesundheitsprobleme zu lösen, braucht es neue Partnerschaften zwischen Staat, Wirtschaft, Wissenschaft und Gesundheitssystem. Es geht um Partnerschaften, die weniger hierarchisch und stärker teamorientiert auf Augenhöhe miteinander agieren. «Teampay» wird zum Motto einer vernetzten und sektorübergreifenden Gesundheitswelt.

### Corona-Pandemie als Game-Changer

Aus der Gesundheitskatastrophe des Jahres 2020 kann ein Game-Changer werden. Innovations sprünge und Veränderungen werden möglich, die vorher kaum denkbar waren. Gesundheit wird individuell und öffentlich, digital und vernetzt, präventiv und personalisiert, global und lokal, effizient und solidarisch. Eine medizinische Grundversorgung für jeden und überall braucht eine starke und solidarische Weltgesundheitsorganisation, eine stärker koordinierende europäische Gesundheitspolitik sowie effektiv funktionierende Regionen und Städte. Europa wird zur Gesundheitsunion. Zum zentralen Gesundheitswert wird Resilienz. Gemeint ist die Fähigkeit, plötzliche Schocks wie eine Pandemie oder eine Naturkatastrophe zu überstehen.

Die Corona-Pandemie stellt die bisher grösste Bedrohung für die globale Gesundheit dar. Die Gefährlichkeit von Covid-19 liegt im Übertragungsweg: In kleinen Tröpfchen fliegt das Virus durch die Luft. Wir sind längst eine «immunologische Risikogemeinschaft» (Peter Sloterdijk). Was in einem kleinen, entlegenen Ort der Welt passiert, hat unmittelbare Folgen für uns alle. Die globale Gesundheitswelt wird zum Dorf. Ihre Bewohner werden zum Kompetenzzentrum für das eigene und das gemeinsame Wohlergehen und für das Weiterbestehen des Systems Erde.

*Daniel Dettling ist Zukunftsforscher und leitet das Berliner Büro des Zukunftsinstituts. Corinna Mühlhausen erstellt für das Institut den jährlich erscheinenden «Health Report». Der Text basiert auf den Ergebnissen von «Gesundheitswelt 2049: Ein Navigator für die Zukunft».*

© Neue Zürcher Zeitung



Auflage: 179181  
Gewicht: Titelseiten-Anriss u. Seitenaufmachung

27. November 2020

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

TITELSEITE

Alain Berset drückt auf die Tube

Erste Corona-Impfungen sollen im Januar kommen

---

BLICK SEITE 6

Schweizer Heilmittelbehörde lässt sich viel Zeit für Impfstoff-Zulassung

## Berset macht Swissmedic Beine

Fabian Vogt

Wann zündet die Schweiz den Impfturbo? In der EU beginnen die Corona-Impfungen Anfang Jahr, in den USA und Grossbritannien noch vor Weihnachten. In der Schweiz dagegen gibt es noch nicht einmal einen Impfplan! Das Bundesamt für Gesundheit sagt Anfang der Woche: «Wir geben in den kommenden Wochen einen Einblick in die Grundzüge der Covid-19-Impfstrategie.» Eine Impfung sei im ersten Halbjahr 2021 zu erwarten. Warum dauert es bei uns so lange?

Um impfen zu können, sind zwei Grundvoraussetzungen nötig: Die Arzneimittel müssen zur Verfügung stehen. Und die zuständige Behörde (Swissmedic) muss die Impfung in der Schweiz zugelassen haben.

Die erste Bedingung ist erfüllt. Pfizer hat mitgeteilt, erste Medikamente bereits Stunden nach der Genehmigung (in den USA) liefern zu können, andere Hersteller sind nicht weit dahinter. Das BAG hat Verträge über 12,8 Millionen Impfdosen abgeschlossen und sagt, die Schweiz soll laut den Unternehmen gleichzeitig beliefert werden wie die grösseren, wirtschaftlich interessanteren Märkte.

Zum Klotz am Bein wird die Zulassung. Während andere Länder den Impfstoff auf den Markt bringen wollen, bevor er fertig getestet wurde, will die Schweiz so lange warten, bis sämtliche Tests vorschriftsgemäss durchgeführt worden sind. Damit soll sichergestellt werden, dass eine Impfung erst eingeführt wird, wenn die Wirkung die Nebenwirkungen aufwiegt: «Trotz der hohen Dringlichkeit, einen wirksamen Impfstoff gegen das neue Coronavirus einsetzen zu können, hat für Swissmedic die Sicherheit der Schweizer Bevölkerung oberste Priorität», sagt die Behörde.

Dieses Vorgehen sorgt für Unruhe und Unverständnis. «Ich finde das peinlich», sagt Nationalrat Jörg Mäder (45, GLP) zu BLICK. «Es kann ja nicht sein, dass die anderen Zulassungsbehörden allesamt schludrig arbeiten.» Bei einem solchen Virus, das das gesamte gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben lähme, müsse schneller gehandelt und Ausnahmen gemacht werden. «Nächste Woche ist wieder Session. Wir Volksvertreter sind bereit, für dieses Thema Traktanden über den Haufen zu werfen. Der Bundesrat weiss, mit wem er reden kann.» Es sei aber leider grundsätzlich so, «dass der Bund, insbesondere das BAG, bei Medikamentenzulassungen sehr oft bremst».

Nationalrat Lorenz Hess (59, BDP) sieht das anders. «Es ist gut, dass in der Schweiz gründlicher und besser kontrolliert wird. Man stelle sich vor, in ein paar Monaten kommt heraus, dass in den Zulassungsphasen etwas nicht richtig lief und der Impfstoff Mängel aufweist.» Dann wäre das ohnehin schon nicht riesige Vertrauen in eine Impfung vollständig weg.

Was bei einer schnellen Zulassung fehlt, sind Langzeitdaten. Nur: Diese wird es auch nicht geben, wenn in der Schweiz erst im Frühling 2021 geimpft wird. Normalerweise dauert die Prüfung neuer Impfstoffe mehrere Jahre. Produkte, die



nun auf den Markt kommen, wurden innert weniger Monate entwickelt. Darum werden Antworten offen bleiben: Beispielsweise, ob die Impfung auch Übertragungen oder nur gewisse Erkrankungen verhindern kann. Oder wie sich die Wirkung verändert, wenn das Virus mutiert.

Auch die Schweiz muss diverse Fragen klären. Die Impfung ist gratis, das hat Bundesrat Alain Berset (48) am Donnerstag klargemacht. Aber wie teilen sich Bund, Kantone und Krankenkassen die Kosten auf? Wie sieht die Verteilung aus? Welche Impfquote wird angestrebt? Und: Wer haftet, falls nicht alles läuft wie erhofft?



«Gut, dass in der Schweiz besser kontrolliert wird.»  
Lorenz Hess, BDP-Nationalrat

Die anderen Länder sind sich dieser Risiken auch bewusst, der Vorwärtsgang ist trotzdem eingelegt. Das Bewusstsein ist da, dass in dieser ausserordentlichen Situation einmal mehr ausserordentliche Massnahmen gefordert sind. Die Schweiz kann das, das hat sie im Frühjahr bewiesen.



«Bund und BAG bremsen oft bei Zulassungen.»  
Jörg Mäder, GLP-Nationalrat

Jetzt macht auch der Bundesrat Dampf. Berset redet der Zulassungsbehörde ins Gewissen: «Bei Swissmedic ist man sich darüber im Klaren, dass es keine Weihnachtsferien gibt.» Und: Von einem Impfstoff erst im ersten Halbjahr ist plötzlich keine Rede mehr. Berset sagt, dass die ersten Impfdosen bereits im Januar verfügbar sein sollen. Massenimpfungen hingegen dürften erst im Frühjahr möglich sein – aber das ist auch in anderen Ländern der Fall.



Der Impfstoff, hier derjenige von Biontech/Pfizer, wäre im Falle einer Zulassung sofort bereit.



Im Januar sollen in der Schweiz erste Dosen eines Impfstoffs verfügbar sein, sagt Gesundheitsminister Alain Berset.

© **Blick**



Radio Télévision  
Suisse

Gewicht: Online

27. November 2020  
[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

[ONLINE, 27.11.2020](#)

15h58

## La volonté de se faire vacciner s'effrite en Suisse

Publiée vendredi, la dernière étude du centre de recherche Sotomo sur les comportements et la réception des mesures de prévention face au Covid-19 dans la population montre deux évolutions importantes. La volonté de se faire vacciner contre le virus diminue, tout comme la confiance dans les informations transmises par les autorités, indique l'enquête commandée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Entre le 22 et le 28 octobre, 49% seulement des 1633 personnes interrogées ont déclaré vouloir être vaccinées. Dans les enquêtes de mars et d'avril, la proportion dépassait encore les 60%. La manière dont les nouvelles positives des différents candidats vaccins affecteront les attitudes ne pourra être mesurée que dans les prochaines enquêtes, précise cependant Sotomo.

À tout point de vue, la confiance n'a cessé de décliner pendant la pandémie. Si la confiance vis-à-vis des médias s'est érodée entre le printemps et l'été, c'est au tour des autorités (Conseil fédéral, cantons et OFSP) d'être confrontées à une baisse de confiance entre l'été et l'automne.

### "Ressources émotionnelles épuisées"

En outre, les personnes interrogées ont évalué leur bien-être personnel comme étant pire qu'en été et aussi négatif qu'en mars. Selon le centre de recherche, c'est l'épuisement des ressources émotionnelles face à la longueur de la crise qui est désormais mis en évidence.

© rts.ch

TITELSEITE

## Die Westschweiz lockert - und die Deutschschweiz soll verschärfen

**Covid-Massnahmen - Die Romandie hat die Corona-Zahlen schneller heruntergebracht als die Deutschschweizer Kantone. Gesundheitsminister Alain Berset fordert nun Konsequenzen.**

Fabian Fellmann

«Das ist ein Appell an die Kantone: Bitte ergreift jetzt lieber weitere Massnahmen, bevor es schiefgeht.» Diesen Aufruf hat Bundesrat Alain Berset gestern an die Deutschschweiz gerichtet. In der Westschweiz seien die Ansteckungszahlen viel schneller gesunken, sagte Berset nach einem Treffen mit den Kantonen. Während die Romands am 10. Dezember die Restaurants wieder öffnen wollen, stehen die Zeichen im Rest des Landes damit eher auf Verschärfung der lockeren Massnahmen.

Mit St. Gallen verzeichnet nun erstmals ein Deutschschweizer Kanton mehr Ansteckungen als sämtliche Westschweizer Kantone. Das zeigt eine Auswertung des Wochenschnitts der neuen Fälle im Verhältnis zur Bevölkerung. Einzig im Tessin wachsen die Fallzahlen derzeit noch schneller, und zu allem Überdross musste der Kanton St. Gallen gestern mitteilen, dass Gesundheitsdirektor Bruno Damann selbst positiv auf das Virus getestet wurde.

Während die Neuinfektionen im Kanton Zürich langsam abnehmen, haben die meisten Deutschschweizer Kantone Mühe, die Lage weiter zu beruhigen. Lukas Engelberger, Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz, sagte: «Es stecken sich noch immer zu viele Personen an.» Sowohl Engelberger als auch Berset bezeichneten die nächsten Wochen als Test für die Schweizer Strategie. «Wenn wir jetzt nicht vorsichtig sind, werden wir an Weihnachten den Preis dafür zahlen», sagte Engelberger.

Eine Impfung soll ab Januar erhältlich und gratis sein, doch das reicht laut Berset nicht aus, um den Winter zu bewältigen.

---

SCHWEIZ SEITE 5

## Plötzlich stehen die Romands besser da

**Neue Covid-Infektionen - Lange grassierte das Virus in der Westschweiz am heftigsten. Nun beginnt sich das Blatt zu wenden. Gesundheitsminister Alain Berset fordert schärfere Massnahmen in der Deutschschweiz.**

Fabian Fellmann

In weissen Zelten in einer Lagerhalle nehmen die Genfer Abschied von ihren Corona-Toten. Niemand habe gedacht, dass es je so weit kommen könnte, schrieb die «Tribune de Genève» diese Woche, als sie über die Einrichtung der 14 provisorischen Aufbahrungszelte berichtete.

Mitten in der Trauer zeichnet sich für die Genfer nun ein Lichtblick ab - der dafür den Behörden in der Deutschschweiz Sorgen bereitet. Die Ansteckungszahlen gehen in Genf und der ganzen Romandie deutlich schneller zurück als im Rest des Landes. Just in diesen Tagen kommt der Wochenschnitt erstmals tiefer zu liegen als in einer Reihe von Deutschschweizer Kantonen. Seit Mittwoch etwa stehen St. Gallen und Basel-Stadt schlechter da als Genf, seit Donnerstag auch der Aargau. Das zeigen Auswertungen der Zahlen, welche das Interaktiv-Team dieser Redaktion sammelt

Die Tendenz dürfte anhalten: Für Genf ermittelten die Wissenschaftler der Bundes-Taskforce in ihrer jüngsten Analyse die zweittiefste Verbreitungsrate der Schweiz. In bis zu 15 Deutschschweizer Kantonen hingegen setzt sich das exponentielle Wachstum der Infektionen fort. Stark betroffen vom Virus ist beispielsweise St. Gallen. Zum ungewollten Symbol dafür geriet am Donnerstag Gesundheitsdirektor und Regierungspräsident Bruno Damann: Der CVP-Regierungsrat und Arzt wurde positiv getestet und isolierte sich mit leichten Symptomen, der ganze Regierungsrat musste zum Test antreten.

### **Schlechter ist die Lage nur noch im Tessin**

Zwar waren die Ansteckungszahlen und Spitaleinweisungen in St. Gallen in den vergangenen Wochen ebenfalls abnehmend. Deshalb entschied die Regierung am vergangenen Dienstag, die bisherigen Massnahmen wohl zu verlängern, aber nicht zu verschärfen. Inzwischen ist die Infektionskurve jedoch wieder leicht steigend, und am Mittwoch verzeichnete St. Gallen erstmals einen Wochenschnitt, der höher liegt als in sämtlichen Westschweizer Kantonen. Noch stärker verbreitet sich das Virus einzig im Tessin.

Gesundheitsminister Alain Berset bereitet die gegenläufige Entwicklung zwischen West- und Deutschschweiz Sorgen, wie er am Donnerstag nach einem Treffen mit den kantonalen Gesundheitsdirektoren sagte. «Das ist ein Appell an die Kantone: Bitte ergreift jetzt lieber weitere Massnahmen, bevor es schiefgeht», sagte der Freiburger mit Verweis auf die Deutschschweiz. «Wir mussten die Erfahrung machen, was geschieht, wenn sich die Lage sehr schnell zuspitzt. Die Romandie lässt grüssen.» Während also die Westschweizer Kantone ihre Restaurants und Einkaufsläden Mitte Dezember wieder öffnen, stehen die Zeichen in Teilen der Deutschschweiz eher auf Verschärfung. Bereits reagiert hat der Kanton Basel-Stadt, in dem seit Montag alle Restaurants geschlossen sind. Auch Bern prüft, die Schraube anzuziehen, weil die Infektionen wieder zunehmen. In Zürich hingegen sinken die Ansteckungszahlen langsam weiter.

### **Die Quittung folgt an Weihnachten**

Die Romandie habe gezeigt, dass starke Massnahmen rasch und deutlich Wirkung zeigten, sagte der Basler Lukas Engelberger, Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz: «Wir können uns an der Romandie ein Vorbild nehmen.» Die Lage sei insgesamt noch immer ernst. «Es stecken sich noch immer zu viele Personen an», sagte Engelberger. Die Spitäler hätten freie Kapazitäten, und das Personal arbeite sehr engagiert, aber die Situation sei angespannt und die Ressourcen endlich. «Wenn wir jetzt nicht vorsichtig sind, werden wir an Weihnachten den Preis dafür zahlen», sagte Engelberger. Besonders rief er dazu auf, beim Weihnachtsshopping Vorsicht walten zu lassen.

Die Weihnachtseinkäufe stellen auch für Berset einen Test dar. Die nächsten Wochen seien entscheidend dafür, ob die Schweizer Strategie mit ihren im Vergleich zu Nachbarländern milderem Eingriffen aufgehe. Das gelte auch für die Romandie: «Nur weil die Restaurants wieder aufgehen, ist die Situation noch lange nicht bewältigt», sagte Berset.

Der Bundesrat will demnächst mit einem Winterpaket Klarheit schaffen, wie es bis zum Frühling weitergehen soll. Dabei zeichnet sich ab, dass die aktuellen Einschränkungen auf Bundesebene bis auf weiteres in Kraft bleiben, was die Kantone begrüssen. Der Bundesrat will auch die Skigebiete offen lassen, aber mit den Bergkantonen dafür sorgen, dass die Schutzkonzepte strikte eingehalten werden.

### **Bund will Risikogruppen zuerst impfen lassen**

Ab Ende Januar sollen dann die ersten Impfungen zur Verfügung stehen. Swissmedic sicherte zu, die Zulassungsgesuche so schnell wie möglich zu bearbeiten. Dabei zeichnet sich bereits ein Zielkonflikt ab. Der Bund will voraussichtlich Risikogruppen an erster Stelle impfen lassen. Doch Swissmedic könnte den Impfstoff zuerst für gesunde Probanden freigeben, weil die Hersteller für diese Gruppe Daten liefern werden. Sicher ist bereits jetzt, dass der Impfstoff nicht sofort in genügender Menge vorhanden sein wird, um alle zu impfen. «Die Impfungen werden nie reichen, um uns über die Wintermonate zu helfen», sagte Berset. «Wir müssen diesen Winter aus eigener Kraft bewältigen.»

Die Impfung soll für alle Interessierten gratis sein und darum von Selbstbehalt und Franchise ausgenommen werden. Ein Obligatorium schloss Berset zum wiederholten Mal explizit aus. Kantonsvertreter Engelberger erwartet dennoch Kontroversen. Möglich sei unter anderem, dass andere Länder nur Immunisierte einreisen lassen. «Es ist auch denkbar, dass zum Beispiel ein Opernveranstalter Tickets nur an Geimpfte verkauft», sagte Engelberger. «Da stehen uns noch schwierige Diskussionen bevor.»

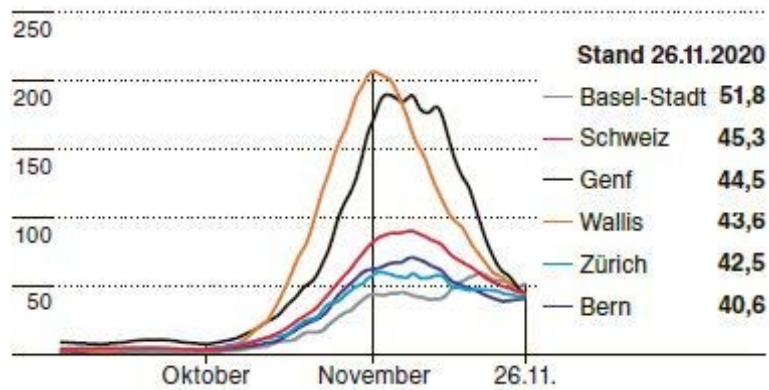


In der Westschweiz kann die Bevölkerung auf eine Lockerung der Corona-Massnahmen hoffen: Ein Paar diese Woche in Lausanne. Foto: Keystone

---

### Westschweizer senken Neuinfektionen schneller

7-Tage-Durchschnitt der täglichen Neuinfektionen pro 100'000 Einwohner



Grafik: niz / Quelle: Kantone

© Tages-Anzeiger



Gewicht: TV / Radio

27. November 2020  
**Zurück zum Inhaltsverzeichnis**

[TAGESCHAU, 27.11.2020](#)

## Corona-Krise: Patientenverfügung Ja oder Nein

In Corona-Zeiten kommen viele Intensivstationen an ihre Kapazitätsgrenzen. Patientenverfügungen können Klarheit schaffen über den Willen zur Behandlung oder eben nicht. Sie können ältere Menschen aber auch unter Druck setzen.

Video

(02:35)

© SRF 1

Gewicht: Titelseiten-Anriss u. Seitenaufmachung

**Basler Zeitung**  
Die Zeitung der Nordwestschweiz

26. November 2020  
**Zurück zum Inhaltsverzeichnis**

TITELSEITE

## Engelberger hält Kritik für inhaltlich nicht richtig

Teil-Lockdown - Der Basler Gesundheitsdirektor Lukas Engelberger musste wegen der beschlossenen Corona-Massnahmen in den vergangenen Tagen heftige Kritik einstecken. LDP-Grossrat André Auderset kürte ihn sogar spasses halber zum Mitarbeiter des Monats von Gastro Basel land. Im Interview mit der BaZ verteidigt der CVP-Regierungsrat aber die vorübergehende Schliessung der Restaurants. Das Virus verbreite sich rasch, und da es noch keine Impfung gebe, müsse man sich durch vorsichtiges Verhalten schützen. Die Kritik sei deshalb inhaltlich nicht richtig. Engelberger zeigt dennoch Verständnis dafür. Für die Betroffenen sei es sehr schwierig.

Der Basler Gesundheitsdirektor bezweifelt, dass es wegen der Schliessungen eine grosse Bewegung in Richtung Baselbiet oder Ähnliches geben wird. Das fände er abgesehen davon auch «dumm», und er bitte darum, dies zu unterlassen. Noch geht Lukas Engelberger davon aus, dass die Massnahmen wie geplant am 13. Dezember gelockert werden können. Obwohl: «Im Jahr 2020 ist wenig sicher<sup>(ake/amu)</sup>»

---

BASEL STADT LAND REGION SEITE 21

## «Basel-Stadt ist kein Musterknabe»

**Engelberger zu Beizen-Schliessung - Gesundheitsdirektor Lukas Engelberger verteidigt die schärferen Corona-Massnahmen in Basel-Stadt. Der Schritt sei nötig gewesen. Die Kritik aus der Gastroszene hält er nicht für unfair, aber für inhaltlich nicht richtig.**

Alessandra Paone und Alex Müller

*Herr Engelberger, die Gastrobranche und teilweise auch Politiker kritisieren die neuesten Corona-Massnahmen scharf. LDP-Grossrat André Auderset kürte Sie vor ein paar Tagen zum Mitarbeiter des Monats von Gastro Baselland. Wie gehen Sie damit um?*

Lukas Engelberger: Kritik gehört dazu. Ich wollte schliesslich Gesundheitsdirektor des Kantons Basel-Stadt werden und muss auch in heiklen Situationen Verantwortung übernehmen. Aber ich kann verstehen, dass es für die Betroffenen derzeit besonders schwierig ist und sie deshalb auch Gebrauch von ihren Rechtsmitteln machen.

*Finden Sie die Kritik unfair?*

Sie ist inhaltlich nicht richtig. Schliesslich stellt das Virus eine grosse Gefährdung für die Gesundheit unserer Einwohnerinnen und Einwohner dar. Es gibt viele Schwerkranke und leider auch täglich Menschen, die versterben. Es gibt noch keine Impfung, und wir können das Virus nicht effizient behandeln. Deshalb müssen wir uns durch vorsichtiges Verhalten schützen. Dennoch würde ich die Kritik nicht als unfair bezeichnen. Die Leute sind tatsächlich betroffen, nicht unbedingt der einzelne Grossrat, aber der Unternehmer, der sein Lokal schliessen muss, oder der Pfarrer, der seinen Adventsgottesdienst nicht im üblichen Rahmen abhalten kann. Es ist nicht unfair, dass diese sich nun wehren und die Dinge aus einer anderen Perspektive sehen.

*Ihnen wird vorgeworfen, Ihr Entscheid basiere nicht auf Fakten. Tatsächlich können Sie nicht belegen, dass Ansteckungen vor allem in den Restaurants geschehen.*

In zwei Dritteln der Fälle wissen wir nicht, wo die Ansteckungen passieren. Das liegt nicht daran, dass wir über



schlechte Daten verfügen oder zu wenig nachfragen. Das Problem ist vielmehr, dass es die Mehrheit der Infizierten nicht weiss. Wir ziehen daraus die Schlussfolgerung, dass sich das Virus stark verbreitet hat. Es ist an vielen Orten, an denen wir uns im Alltag bewegen. Und aufgrund der bekannten Übertragungswege müssen wir davon ausgehen, dass es überall dort ist, wo sich Leute während einer längeren Zeit ohne zuverlässigen Schutz und Abstand in Gruppen aufhalten. Das sind nicht nur Restaurants, sondern auch Sportanlagen, religiöse Begegnungsorte und eine ganze Reihe von Einrichtungen. Wenn wir für Massnahmen jeweils auf ganz harte Beweise warten würden, dann wären wir immer hoffnungslos zu spät. Das können wir nicht verantworten.

*Sie werfen den Restaurants indirekt ungenügende Schutzkonzepte vor?*

Wir machen bewusst keine Vorwürfe. Aber ein Restaurant birgt ein höheres Ansteckungsrisiko als ein Einzelbüro oder eine offene Strasse, weil man dort isst - ohne Maske - und den Abstand von eineinhalb Metern nicht einhält. Das ist tolerierbar, wenn es die Situation zulässt. Aber heute können wir aufgrund der Entwicklungen der letzten Wochen dieses Risiko nicht mehr in Kauf nehmen.

*Die Leute gehen jetzt zwar nicht mehr in Basel in den Ausgang, sie feiern stattdessen aber im Baselbiet oder zu Hause - ohne Schutzkonzept.*

Man darf die Massnahmen nicht nach den Umgehungsmöglichkeiten beurteilen. Es gibt auch viele Leute, die sich vernünftig und vorsichtig durch ihren Alltag bewegen und nicht das Risiko in Restaurants, Bars oder Fitnesscentern anderer Kantone suchen. Natürlich gibt es immer auch solche, die sich für besonders schlaue halten. Aber ich bezweifle, dass es eine grosse Bewegung in Richtung Baselland oder so geben wird. Das fände ich abgesehen davon auch dumm - das will ich hier in aller Deutlichkeit sagen - und bitte darum, dies zu unterlassen. Von den Behörden im Landkreis Lörrach wissen wir, dass sich viele Deutsche hier bei uns angesteckt haben, weil sie Einrichtungen in Basel besucht haben, die bei ihnen bereits geschlossen waren. Solche Strömungen sind nicht sinnvoll, weil insbesondere Städte weitere Verdichtungen möglichst vermeiden sollten. Zudem konnte man zum Beispiel im Wallis und auch in anderen Westschweizer Kantonen sehen, dass man mit solchen Massnahmen die Ansteckungsdynamik sehr wohl brechen kann. Ob das bei uns auch klappt, können wir erst in ein, zwei Wochen sagen.

*Sie richten sich immer nach Kantonen oder Gebieten mit schärferen Massnahmen. Der Erfolg ist aber nicht immer garantiert, wie man am Beispiel von Österreich sehen kann. Wieso gehen Sie nicht einmal den anderen Weg?*

Ich kann die Situation in Österreich nicht abschliessend beurteilen. Aber meines Wissens gibt es in Westeuropa kein Land mit weniger strengen Massnahmen als die Schweiz. Nicht einmal Schweden.

*Wieso ist es nicht gelungen, die Massnahmen mit den anderen Nordwestschweizer Kantonen zu koordinieren?*

Basel-Stadt pflegt einen intensiven Dialog mit Baselland, dem Aargau und Solothurn. Mit unserem Nachbarkanton ist der Austausch am grössten. Ich habe versucht, zu erreichen, dass Basel-Stadt und Baselland gleichzeitig dieselben Schritte unternehmen. Aber es sind nun mal zwei verschiedene Hoheitsgebiete mit zwei verschiedenen Kollegien. Das ist Teil der Rahmenbedingungen. Ich habe die Verantwortung und die Kompetenz für Basel-Stadt, mein Kollege Thomas Weber für Baselland.

*Wie stark hängt Ihre Entscheidung von Ihrer Rolle als Präsident der Gesundheitsdirektoren konferenz ab? Nimmt da Basel-Stadt eine Musterrolle ein?*

Überhaupt nicht. Basel-Stadt ist kein Musterknabe, sondern ein Kanton, der seine Verantwortung wahrnehmen will. Ich spreche nicht nur für mich, sondern für den gesamten Regierungsrat.

*Wie sicher ist es, dass die Restaurationsbetriebe am 13. Dezember wieder öffnen können?*

Das ist eine schwierige Frage - im Jahr 2020 ist wenig sicher. Es ist nicht geplant, die Frist zu verlängern. Ich sehe im Moment auch keinen Anlass dazu. Aber ich kann eine Verlängerung auch nicht ausschliessen. Das hängt von den Zahlen ab und der Situation in den Spitälern.

*Wäre auch eine frühere Öffnung möglich?*

Das halte ich für eher unwahrscheinlich. Aber ich kenne die Beschwerde des Wirtverbandes Basel-Stadt nicht. Vielleicht entscheidet plötzlich ein Gericht, dass die Massnahmen aufgehoben werden müssen. Das glaube ich jedoch eher nicht.



«Ein Restaurant birgt ein höheres Ansteckungsrisiko als ein Einzelbüro oder eine offene Strasse»: Lukas Engelberger. Foto: Dominik Plüss

© **Basler Zeitung**



Gewicht: Artikelgruppe

Zeitung für die Region Basel

26. November 2020

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

TITELSEITE

## 60 Millionen für die Basler Spitäler

Massnahmenpaket - Der Basler Gesundheitsdirektor Lukas Engelberger will die Basler Spitäler mit rund 60 Millionen Franken unterstützen. Vor allem sollen die Krankenhäuser für ihre Vorhalteleistungen entschädigt werden – Leistungen, welche einzig wegen der Corona-Pandemie erbracht worden sind. Die Privatspitäler fordern aber mehr: Sie wollen, dass der ganze Umsatzrückgang gedeckt wird.

---

BASEL-STADT SEITE 19

## Basel schnürt ein 60-Millionen-Paket für die Spitäler

**Gesundheitsdirektor Lukas Engelberger (CVP) will aber nicht alle Coronamehrkosten decken.**

Leif Simonsen und Hans-Martin Jermann

Auch die Basler Spitäler sind von der Pandemie stark gebeutelt. Anders als die Gastronomie, die Kultur und die Hotellerie haben die hiesigen Krankenhäuser allerdings bisher noch keine Entschädigungen zugesichert erhalten. Nun hat der baselstädtische Gesundheitsdirektor Lukas Engelberger (CVP) das erste Rettungspaket für die Gesundheitsbranche geschnürt, wie Recherchen der bz ergeben.

Das sogenannte «Basispaket» beläuft sich auf 50 Millionen Franken. Diese Summe hat das Gesundheitsdepartement (GD) bereits im August mit Hilfe der Berechnungen der Basler Spitäler zu den Vorhalteleistungen und pandemiebedingten Mehrkosten ermittelt. Engelberger plant, die Beträge über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen abzugelten. Weitere rund 10 Millionen Franken, so ist einem Bericht der grossrätlichen Finanzkommission zu entnehmen, sollen für «Materialien und Dienstleistungen» für die Pandemiebekämpfung gesprochen werden.

**Merian Iselin hat ein bis zwei Säle geschlossen**

Die regionalen Spitäler dürften mit dem 60-Millionen-Paket nur bedingt zufrieden sein. Denn dieses deckt knapp die Ausfälle der ersten Welle, als die Wahleingriffe im Frühjahr vom Bundesrat verboten wurden.

In der zweiten Welle ist dies den Spitalern explizit nicht untersagt. Dennoch haben sie de facto einen Umsatzrückgang zu verzeichnen. Denn die Privatspitäler wie das Merian Iselin oder das Bethesda müssen einen Teil ihrer Anästhesisten und Pflegenden für die Intensivpflege im Unispital und dem Claraspital zur Verfügung stellen. Merian-Iselin-Direktor Stephan Fricker sagt: «Diese externen Einsätze in Verbindung mit Personalausfällen aufgrund von Krankheit, aber auch aufgrund von Covid-Tests und Quarantänemassnahmen limitieren unsere Möglichkeiten zur Durchführung von operativen Eingriffen.» Je nach Wochentag seien im Merian Iselin derzeit ein bis zwei Operationssäle geschlossen. Die Belegärzte seien darüber informiert, dass «teilweise auch kurzfristig Absagen für Patienten mit bevorstehenden Eingriffen notwendig sind», sagt Fricker.

Dasselbe im Bethesda-Spital: Direktor Thomas Rudin betont, in seiner Klinik würden derzeit viele Operationen nicht durchgeführt. Sie würden «nach Dringlichkeit priorisiert», wie es heisst.

### **Engelberger hat Eingriffe nicht verboten**

Auf die volle Entschädigung der Ertragsausfälle müssen die Basler Spitäler wohl vergeblich warten. GD-Sprecherin Anne Tschudin sagt, der Kanton wolle die Spitäler für «anerkannte Mehrkosten für kantonal verordnete Coronamassnahmen» entschädigen. Damit verdeutlicht sie noch einmal, dass der Kanton nicht für die Ertragsausfälle im Frühjahr verantwortlich ist und der Bund dafür aufkommen soll, dass die Wahleingriffe während zweier Monate nicht erlaubt waren.

Interessant: Ein Verbot elektiver Eingriffe, zu dem Lukas Engelberger in seiner Rolle als Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz die Kantone Anfang November ermuntert hatte, hat er selber im Stadtkanton nicht durchgesetzt. Damit nimmt er den Kanton auch bei der Finanzierungsfrage aus der Verantwortung.

Besonders bei den Basler Privatspitälern war man über den verordneten Personalverleih deshalb nicht glücklich. Die Präsidentin der Privatspitäler, Anja Oswald, beklagte sich, der Kanton habe angeordnet, ohne vorher über die Finanzierung zu sprechen. Diese Kritik hat sich der städtische Gesundheitsdirektor Engelberger mit dem 60-Millionen-Paket nun offenbar zu Herzen genommen.

### **Baselland zahlt 24 Millionen für Vorhalteleistungen**

Auch im Landkanton müssen die Spitäler einen Umsatzrückgang verkraften. Die Münchensteiner Birshofklinik der Hirslanden-Gruppe stellt beispielsweise Personal für das Bruderholzspital zur Verfügung und verzeichnet einen Rückgang von 18 Prozent bei den operativen Eingriffen, nicht dringende Eingriffe würden verschoben. Auch hier werden die Einbussen teilweise aufgefangen: Die Baselbieter Regierung stellte im gestern veröffentlichten Bericht zur ersten Covid-Welle klar, dass sie 25 Millionen Franken für die Mehr- und Zusatzkosten sowie die Vorhalteleistungen der Spitäler spreche. Das Gesundheitsdepartement stellt darüber hinaus weitere Zahlungen an die gebeutelten Baselbieter Krankenhäuser in Aussicht. Abgerechnet werde aber erst «nach der Zeit der Notlage», wie es heisst.

«Dass die Frage nach der Entschädigung nicht vorher geklärt wurde, ist nicht glücklich.»  
Anja Oswald, Basler Privatspitäler



Teurer Einschnitt: Am Basler Unispital gab's im Frühling nur dringliche Operationen. Bild: Kenneth/bz-Archiv

Gleichentags erschienen in: Aargauer Zeitung Ausgabe Fricktal

© **bz Zeitung für die Region Basel**

## Médecins-chefs: salaires publiés

Canton de Berne - Les hôpitaux bernois devront désormais communiquer au canton les salaires des médecins-chefs qu'ils emploient après avoir rendu les données anonymes. Cette exigence figure dans la révision partielle de la loi sur les soins hospitaliers adoptée hier sans opposition par le Grand Conseil.

Les rémunérations variables comme les honoraires, les bonifications et les indemnités de départ devront également être communiquées. Le service compétent publiera chaque année sur internet les montants qui lui ont été transmis. Les hôpitaux pourront aussi donner à leurs patientes la possibilité de recourir à un accouchement confidentiel, sans que l'entourage de la mère ne soit mis au courant.

© Le Courrier



Gewicht: TV / Radio

26. November 2020

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)[CQFD, 26.11.2020](#)

## Même en temps de crise sanitaire, il ne faut pas négliger les urgences

"Les urgences accueillent tous les patients. Il est important de ne pas attendre qu'un problème de santé urgent se détériore avant de consulter." C'est le message publié par les Hôpitaux universitaires de Genève sur les réseaux sociaux. Anne Baecher s'intéresse à ce non-recours aux consultations d'urgence en cas de problème cardiaque et de suspicion d'AVC.

Avec Stéphane Cook, médecin chef en cardiologie à l'Hôpital de Fribourg, et Patrik Michel, médecin chef au Centre cérébro-vasculaire du Service de neurologie du Centre hospitalier universitaire vaudois.

[- Cardiologie à l'Hôpital de Fribourg](#)

[- Le Centre cérébro-vasculaire du Centre hospitalier universitaire vaudois](#)

 Audio

(18:48)

© Radio RTS La 1ère

Radio Télévision  
Suisse

Gewicht: Online

26. November 2020  
[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)[L'ACTU EN VIDEO, 26.11.2020](#)

## Premières vaccinations espérées début 2021 en Suisse

Lors de son intervention devant la presse à Berne, Alain Berset est revenu sur la question des vaccins.

"On peut s'attendre à ce que les premières doses soient disponibles, si tout va bien, vers fin janvier", a indiqué le Fribourgeois. "Cela signifierait que nous pourrions commencer à vacciner à ce moment-là, mais avec des volumes faibles. Il faut bien comprendre que c'est extrêmement compliqué du point de vue logistique. Les gros volumes, ça arrivera plus tard.

"Je crois pouvoir dire que nous sommes très tôt en comparaison internationale, avec l'Union européenne ou le Canada", a-t-il ajouté.

Mais "ces vaccins ne seront agréés qu'à condition de respecter toutes les exigences", a assuré le conseiller fédéral en rappelant qu'il n'y a pas de procédure d'homologation d'urgence prévue en Suisse.

"La vaccination ne sera pas obligatoire, j'insiste encore une fois là-dessus", a encore répété Alain Berset en précisant: "Nous sommes en discussion pour que la vaccination soit entièrement gratuite pour tout le monde".

 Video

(01:03)

© rts.ch

[ONLINE, 25.11.2020](#)

## Ces soignants vaccino-hésitants

Sami Zaibi

Alors que les annonces de Moderna, Pfizer et AstraZeneca sur leurs vaccins laissent entrevoir la lumière au bout du tunnel, les Suisses restent divisés sur le sujet: seuls 54% d'entre eux se feraient vacciner volontairement contre Covid-19, selon un récent sondage Tamedia. Un doute partagé par les soignants eux-mêmes, qui seront parmi les premiers à recevoir une injection. Certains disent avoir l'impression de faire office de «cobayes».

**Pourquoi c'est inquiétant.** Le milieu médical, infirmier en particulier, émet des réserves quant à une imminente campagne de vaccination. Outre l'attente de résultats solides et détaillés de la part des pharmas, une partie du personnel rejette de manière catégorique toute vaccination. Ce qui fait craindre pour la campagne à venir: comment convaincre la population de se faire vacciner si les soignants eux-mêmes rechignent à le faire?

**«Un peu des cobayes».** Christina\*, qui préfère rester anonyme, est infirmière au CHUV. Elle constate chez ses collègues une certaine méfiance à l'égard des vaccins en général, qui se cristallise chaque année avec la vaccination contre la grippe: «Certains collègues refusent de la recevoir. Pour ma part, je l'accepte, mais si je n'étais pas dans le système de santé, ce ne serait pas le cas».

Quant au vaccin à venir contre Covid-19, Christina s'oppose à le recevoir dès sa commercialisation:

«On a un peu l'impression de faire office de cobayes, alors que les conditions sont suffisamment dures comme ça pour nous, et que les normes d'hygiène, qui empêchent la propagation du virus, sont mieux respectées ici que partout ailleurs. Je ne vois pas pourquoi nous, on le ferait».

Autour d'elle, l'infirmière observe plus de soignants opposés au vaccin Covid-19 que favorables.

Mais alors, comment sortir rapidement de la crise? «Il faudrait voir si le vaccin serait la seule option, si de simples mesures d'hygiène ne suffisent pas ou certains moyens naturels, répond Christina. Il y en a eu des pandémies, et peut-être qu'en respectant les règles, un jour Covid-19 sera derrière nous et on en parlera plus. Le vaccin peut être la solution, mais il n'y a que le temps qui nous le dira».

**Changement générationnel.** Plusieurs autres témoignages similaires à celui de Christina nous sont parvenus, tous portant sur le milieu infirmier, qui semble être plus sujet à la vaccino-hésitation que les médecins. Le Pr Alessandro Diana, expert genevois en vaccinologie et pédiatre à la Clinique des Grangettes, confirme:

«Historiquement, il y a 70% à 80% de vaccination contre la grippe chez les médecins, contre 10% à 20% chez les infirmiers.»

Marie-Hélène Guyon, infirmière de l'antenne santé de la Haute école de santé de Genève (HEdS), qui effectue la vaccination -fortement recommandée- des étudiants avant leurs stages, constate cependant une évolution:

«Dans le milieu infirmier, il y a toujours eu une hésitation vaccinale, mais les nouvelles générations changent. Avant, environ 20% des étudiants étaient favorables à la vaccination, maintenant on est plus autour de 50%.»

L'infirmière se souvient de l'épidémie de rougeole, en 2004, pendant laquelle il a fallu soudainement mettre en place une campagne de vaccination. «D'un coup, les convictions des gens sont tombées».

**Un sondage édifiant.** Medinside, un portail alémanique consacré à la santé, a réalisé ce mois-ci un sondage en ligne auprès de 700 professionnels du milieu médical, dont un tiers de médecins et un tiers d'infirmiers. Résultat: seuls 32%



des sondés disent vouloir se faire vacciner «aussi vite que possible» contre Covid-19, et plus de la moitié s'opposent à une vaccination rapide.

**Ce qui est enseigné.** En première année de Bachelor, les étudiants de la HEdS reçoivent un enseignement de la Pr Claire-Anne Siegrist, directrice du Centre de vaccinologie des HUG et fervente défenseuse de la vaccination. Lors de ce cours, sont présentés «les bienfaits de différentes vaccinations, les problèmes de santé parfois graves rencontrés chez les enfants ou adultes non vaccinés contre certaines pathologies alors que le vaccin est disponible, mais aussi les représentations des personnes ou parents quant aux refus des vaccins avec parfois des effets délétères», explique Karine Jaggi, maître d'enseignement à la HES-SO Genève.

L'enseignante rappelle que le positionnement des soignants n'est pas seulement modelé par ce qu'ils apprennent durant leur formation:

«Les infirmiers et infirmières ont, comme les autres, des représentations sur les vaccins fondées sur leurs connaissances, leurs cultures et leurs croyances, représentations qui sont modifiées en permanence par les expériences qu'ils et elles vivent en ce moment de crise sanitaire sur les plans personnels, familiaux, professionnels et sociaux».

Ainsi, pour Karine Jaggi, «tout peut changer quand le vaccin sera disponible», l'essentiel étant que «les personnes ne se sentent pas contraintes mais puissent faire un choix éclairé».

Du côté de l'Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI), on reste très prudent:

«Tant que les vaccins contre Covid-19 ne sont pas sur le marché, on ne se prononce pas. De manière générale, nous ne sommes pas contre la vaccination, mais pour la liberté vaccinale, qui est de mise en Suisse».

**Professeurs qui alimentent la controverse.** Si la retenue est de mise, même chez les plus favorables à la vaccination, qui demandent à voir le détail des résultats de Moderna et Pfizer, l'opposition idéologique aux vaccins à venir est alimentée par plusieurs figures du monde médical.

La semaine dernière, suite aux annonces de Moderna et Pfizer, le biologiste marseillais Didier Raoult clamait à la télévision qu'«il n'y a pas de vaccin aujourd'hui, c'est de la science-fiction». Plusieurs docteurs et professeurs vont plus loin et véhiculent une culture «antivax» sur la toile. Alessandro Diana:

«Chez les professionnels de la santé comme chez les patients, l'hésitation vaccinale trouve la même source: internet.»

Ces médecins, qui se présentent souvent comme des «lanceurs d'alerte», sont très actifs sur YouTube. Que ce soit le Pr Joyeux, chirurgien français retraité et ancien membre de l'Académie nationale de chirurgie, ou le Dr Tal Schaller, ancien généraliste genevois et auteur d'un livre antivax en vente chez Payot, tous atteignent des centaines de milliers de vues.

En 2013, le référendum contre la révision de la loi sur les épidémies (LEp), qui donne le pouvoir à la Confédération de rendre la vaccination obligatoire dans un cadre très limité, a divisé dans le corps médical les pro et les antivaccins et révélé une asymétrie entre la Suisse romande et la Suisse alémanique. Le référendum, lancé par les milieux anti-vaccins, a finalement été rejeté à 60% et la loi est entrée en vigueur en 2016. Parmi les référendaires se trouvait une seule romande, la généraliste et homéopathe Nathalie Calame, du Centre prévention santé de Colombier. Contactée, elle n'a pas souhaité répondre aux questions de Heidi.news.

**Comment convaincre.** Bien que résolument favorable au vaccin, dont il dit que c'est «une science, pas une opinion», Alessandro Diana appelle à cultiver le doute:

«L'hésitation est saine. Moi aussi, je veux voir les études d'efficacité. D'ailleurs, sur 30% de vaccino-hésitants, seuls 1% ou 2% sont catégoriquement opposés à la vaccination. Il ne faut pas contrer la vaccino-hésitation, il faut la cueillir.»

Le médecin genevois s'emploie donc à comprendre les motivations de l'hésitation plus qu'à la juger en évoquant des études factuelles. «Les études interventionnelles ne sont pas efficaces pour faire changer d'avis. Vous pouvez toujours mettre le flingue sur la tempe de l'infirmier, il se vaccinera, mais pas l'année suivante. Il s'agit d'effectuer une pesée des intérêts, dont le résultat varie d'une personne à l'autre».

*\*Prénom d'emprunt*



MEINUNG & DEBATTE SEITE 18

Tribüne

## Pflegepersonal – Beifall hilft wenig

Monika Anderegg

Der Beifall der Bevölkerung vom Frühjahr dröhnt uns Pflegenden nach wie vor in den Ohren. Doch er hinterlässt einen bitteren Nachgeschmack. Denn auf diesen ermutigenden Beifall folgte trotz all unseren Forderungen und Bitten nur eines: nichts. Die Politiker und Politikerinnen blieben stumm, sie liessen den Worten der Bevölkerung keine Taten folgen. Beifall allein bringt die Pflegenden, die das Rückgrat des Schweizer Gesundheitswesens bilden, leider nicht weiter. Um uns Gehör zu verschaffen, wollten wir am 7. November in Zürich einen «Walk of Care» durchführen. Aufgrund der steigenden Corona-Fallzahlen mussten wir diesen zum Schutz unseres so dringend benötigten Personals absagen. Der erste «Walk of Care» konnte also aufgrund von Personalmangel während einer Pandemie nicht stattfinden.

Die Pflege ist längst am Anschlag. Die psychisch und physisch sehr anspruchsvolle Tätigkeit und die ungünstigen Rahmenbedingungen wirken als Stressoren und führen zu wiederkehrenden Ausfällen aufgrund von Krankheit, Burnout und hoher Mitarbeiterfluktuation. Dies war schon vor der Covid-19-Pandemie der Fall und spitzt sich nun zu. getrieben. Die Nachwirkungen vom Frühling sind noch nicht verdaut, und die zweite Welle ist nun sogar noch mächtiger, was Ungutes ahnen lässt. Die Umstände, die wir anprangern, sind chronischer Personalmangel, unqualifiziertes Personal, welches aufgrund des Mangels an qualifizierten Pflegefachpersonen eingestellt wird, zu wenig Zeit für eine humane Betreuung der Patienten, überlastetes und überarbeitetes Pflegepersonal, das zunehmend die Motivation verliert, und aus all diesen Faktoren resultierend teilweise schon eine mangelnde Versorgungssicherheit in einzelnen Institutionen.

Konkret fordern wir, dass der Inhalt der Pflegeinitiative des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und -männer (SBK) umgesetzt wird. Sie verlangt die Förderung einer hohen Pflegequalität, der Zufriedenheit des Personals (z. B. durch die Definition der maximalen Anzahl Patienten, die eine Pflegefachperson betreuen darf), Weiterbildung, Eigenständigkeit der Pflege durch das selbständige Verrechnen mit der Krankenkasse (ohne unnötige administrative Umwege über den Arzt). Ferner verlangt sie eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, verlässliche Dienstpläne und gibt uns die Garantie, dass dank finanzieller Unterstützung des Bundes genügend Pflegenden ausgebildet werden. Zurzeit werden jährlich nur so viele Pflegefachpersonen ausgebildet, dass etwa 43 Prozent des Bedarfs gedeckt sind; bis ins Jahr 2030 werden 65 000 zusätzliche Pflegenden benötigt. Dafür brauchen wir mehr Lohn, auch während der Grundausbildung, um Quereinsteigern ausreichende finanzielle Sicherheit zu geben.

Die Gegner der Pflegeinitiative argumentieren mit den hohen Kosten, welche durch das Begehren generiert würden, doch das Umgekehrte ist der Fall. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass mit steigendem Ausbildungslevel der Pflegenden die Rate an Komplikationen und Todesfällen und die Dauer der Spitalaufenthalte verringert werden können. Es ist jetzt Zeit zu handeln. Echte Wertschätzung kann nur gezeigt werden, wenn diese auch in Handlungen umgesetzt wird. Die Zeit für reinen Beifall ist nun definitiv vorbei.

*Monika Anderegg ist Präsidentin des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK ZH/GL/SH).*

Das Pflegepersonal ist überlastet und überarbeitet und verliert zunehmend die Motivation.

© Neue Zürcher Zeitung



Gewicht: Artikelgruppe

Zeitung für die Region Basel

25. November 2020

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

BASEL-STADT/BASELSTADT SEITE 23

## Wann fordern Spitäler Genfer Weg?

**In der Rhonestadt darf coronapositives Spitalpersonal arbeiten, in beiden Basel nicht. Doch der Druck steigt.**

Michael Nittnaus

Die zweite Welle hat die Spitäler der Region mittlerweile mit voller Wucht getroffen: 223 Coronapatienten liegen in beiden Basel derzeit im Spital, 34 davon auf einer Intensivstation. Zum Vergleich: Der Höchststand der ersten Welle lag Anfang April bei 218 Hospitalisierten und 36 Intensivpatienten. Gerade noch rechtzeitig hatten die Kantone vor einer Woche gegenüber der bz angekündigt, die Zahl der Intensivpflegebetten im Basler Universitätsspital (USB), Claraspital und Kantonsspital Baselland (KSBL) auf 64 zu erhöhen – praktisch eine Verdoppelung. Ein weiteres Indiz für die zunehmend angespannte Lage ist, dass das USB gestern ein grundsätzliches Besuchsverbot aussprach, wie «Radio Basilisk» vermeldete.

«Von einer Situation wie in Genf sind wir aber noch weit entfernt», sagt der Baselbieter Kantonsarzt Samuel Erny auf Anfrage. Dessen Genfer Amtskollege hatte jüngst das dortige Unispital autorisiert, unter bestimmten Voraussetzungen auch Personal einzusetzen, das positiv auf Corona getestet worden ist. Dies, weil sich dermassen viele Spitalangestellte infiziert hatten, dass ohne sie der Weiterbetrieb gefährdet wäre. Dieses Vorgehen entspricht einer aktuellen Empfehlung des nationalen Zentrums für Infektionsprävention Swissnoso.

### Pflegekräfte widersprechen dem Kantonsspital

Gegenüber der bz halten allerdings gleich mehrere Pflegefachkräfte aus verschiedenen Abteilungen des KSBL unabhängig voneinander fest: Ihnen sei intern klar gesagt worden, dass auch sie nach einem positiven Covid-19-Befund weiterarbeiten könnten, sofern sie keine Symptome aufweisen. Das erstaunt, denn offiziell heisst es beim KSBL klipp und klar: «Sobald ein positives Testergebnis eines Mitarbeitenden vorliegt, begibt sich dieser direkt in Isolation», wie die stellvertretende Sprecherin Sophie Thum schreibt. Was das KSBL aber erlaubt, ist, dass Mitarbeitende, die leicht erkältet sind und sonst keine Symptome einer Coronainfektion aufweisen, mit Maske weiterarbeiten, bis ein positives Testresultat vorliegt.

Damit hält sich das KSBL auch an die Weisung von Kantonsarzt Erny: «Zurzeit kommt es überhaupt nicht in Frage, dass positiv getestete Angestellte in Spitälern weiterarbeiten.» Er werde den anders lautenden Schilderungen des KSBL-Personals nachgehen. Überhaupt betont er, dass ihm die Baselbieter Spitäler jeden Fall einzeln melden müssten, sollten sie tatsächlich auch Coronapositive einsetzen wollen. Zwar habe der kantonsärztliche Dienst die Entscheidungsbefugnis an die Kliniken abgetreten, ihrem Personal selbstständig Quarantäne-Erleichterungen zu gewähren, doch, so Erny: «Von Laisser-faire kann keine Rede sein.»

Diese Handhabe sei auch mit Basel-Stadt abgesprochen worden. Der stellvertretende Basler Kantonsarzt Simon Fuchs hält denn auch fest, dass bis jetzt noch kein Basler Spital mit der Bitte auf den Kanton zugekommen sei, auch coronapositive Pflegefachkräfte einsetzen zu dürfen.

### USB verbietet Weiterarbeit ab 38,3 Grad Fieber

In der Tonalität zeigt sich Fuchs aber offener als Erny: «Wir begrüßen die Empfehlungen von Swissnoso. Coronapositiv getestetes Personal einzusetzen, wäre für uns denkbar, wenn ein relevanter Personalmangel besteht, unter dem eine adäquate Gesundheitsversorgung nicht mehr gewährleistet werden kann.»

Auch das Basler Unispital und das Claraspital beschäftigt die Personalsituation. «Mitarbeitende mit leichten Symptomen können, wenn es ihr Gesundheitszustand erlaubt, weiterarbeiten, während sie auf das Testresultat warten. Dies unter strenger Einhaltung der Hygiene- und Schutzmassnahmen», sagt Claraspital-Sprecherin Trix Sonderegger.

Thomas Pfluger vom USB sagt dasselbe, präzisiert aber, dass Fieber über 38,3 Grad Celsius eine Fortführung der Arbeit ausschliesse. Auch brauche es jeweils eine Genehmigung des Personalarztdienstes. Diese werde vor allem Mitarbeitenden «in den Schlüsselbereichen» erteilt, also der Intensiv- und Notfallstation, der Kohorte oder Labormedizin.

Pfluger hält aber auch fest: «Sollte bei uns in den Schlüsselbereichen akuter Personalmangel auftreten, müssen die Regeln neu evaluiert werden.»

«Coronapositiv getestetes Personal im Spital einzusetzen, wäre für uns denkbar, wenn ein relevanter Personalmangel besteht.»

Simon Fuchs, stv. Kantonsarzt Basel-Stadt



Das Kantonsspital Baselland hat mit seinen Corona-Arbeitsregeln das eigene Personal irritiert. Bild: Nicole Nars-Zimmer (Liestal, 2.November 2020)

© bz Zeitung für die Region Basel



Gewicht: Artikel auf regionalen Seiten, gross

25. November 2020

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

TITELSEITE

## Spital Bülach lässt sich kritisch überprüfen

**Bülach - Der Verwaltungsrat leitet Massnahmen zur Bewältigung des Konflikts zwischen Personal und Führung ein.**

Flavio Zwahlen

Seit über zwei Monaten herrscht am Spital Bülach nun schon Ausnahmezustand. Schuld daran ist nicht etwa das Coronavirus, sondern ein Konflikt zwischen Personal und Führung, welcher durch die Entlassung von Nic Zerkiebel, Chefarzt für Innere Medizin, ausgelöst wurde.

Vor einigen Tagen hat Spitaldirektor Rolf Gilgen seinen Rücktritt erklärt. Die Ärztinnen und Ärzte fordern zudem, dass Verwaltungsratspräsident Christian Schär seinen Platz räumt. Das geschieht vorerst nicht. Der Verwaltungsrat hat gestern Verbesserungsmassnahmen angekündigt. So soll das Spital Bülach einer vertieften, kritischen Prüfung unterzogen werden. Besonderes Augenmerk gilt dabei den Organisationsstrukturen. Konkret geprüft wird auch die Zusammensetzung des Verwaltungsrats und der Geschäftsleitung. Christian Schär sagt: «Der Verwaltungsrat will aus dem Geschehenen die nötigen Lehren ziehen.» Bis ein interner Konflikt derart eskaliere, müsse einiges schiefgelaufen sein. Die Überprüfung erfolgt einerseits in internen Arbeitsgruppen und Workshops. Zudem wird die Erfahrung und der Rat von externen Fachleuten beigezogen.

An der Aktionärsversammlung am Donnerstag werden die Trägergemeinden und der Verwaltungsrat eingehend über die neu kommunizierten Massnahmen diskutieren.

---

REGION SEITE 3

## So möchte der Verwaltungsrat die Krise am Spital Bülach bewältigen

**Konflikt zwischen Führung und Personal - Wenige Tage nach dem Rücktritt von Spitaldirektor Rolf Gilgen kündigt der Verwaltungsrat der Spital Bülach AG weitere Verbesserungsmassnahmen an.**

Flavio Zwahlen

Die Forderung der Trägergemeinden des Spitals Bülach ist klar. Der Verwaltungsrat muss aufzeigen, wie die Spannungen zwischen Führung und Personal gelöst werden können. Am Dienstag kommunizierte der Verwaltungsrat nun, dass sich das Spital Bülach einer vertieften, kritischen Prüfung unterziehe, «damit eine Eskalation wie im vorliegenden Fall künftig vermieden werden kann». Besonderes Augenmerk soll dabei auf die Organisationsstrukturen gelegt werden. Konkret geprüft wird sodann unter anderem die Zusammensetzung des Verwaltungsrats und der Geschäftsleitung.

**Verwaltungsratspräsident tritt nicht zurück**

Die Forderung der Ärztinnen und Ärzte ist unmissverständlich: Nachdem Spitaldirektor Rolf Gilgen kürzlich seinen Rücktritt erklärt habe, müsse nun auch Verwaltungsratspräsident Christian Schär seinen Platz so rasch wie möglich

räumen. Ist die «kritische Überprüfung» also ein erster Schritt in Richtung Einsicht, dass es mit der jetzigen Zusammensetzung des Verwaltungsrats kaum machbar ist, die Situation am Spital zu beruhigen? Wohl eher nicht. Laut Thomas Langholz, Leiter Marketing und Kommunikation am Spital Bülach, gilt es zu prüfen, ob im Verwaltungsrat alle für ein solch strategisches Führungsgremium wichtigen Kompetenzen und Erfahrungen vertreten sind. «Zudem schauen wir auch, ob allenfalls bestimmte Interessen besser vertreten sein sollten. Wir denken da etwa an die zuweisenden Ärzte.»

«Der Verwaltungsrat will aus dem Geschehenen die nötigen Lehren ziehen», führt Verwaltungsratspräsident Christian Schär aus. «Bis ein interner Konflikt derart eskaliert, wie wir das eben erlebt haben, muss einiges schiefgelaufen sein.» Jetzt gelte es, die Situation zu analysieren und daraus für die Mitarbeitenden sichtbare Erkenntnisse abzuleiten und umzusetzen.

### **Erste Ergebnisse bis Ende Dezember**

Die Überprüfung erfolgt einerseits in internen Arbeitsgruppen und Workshops. «Zudem ziehen wir die Erfahrung und den Rat von externen Fachleuten bei. Und wir sprechen unter anderem auch mit den Mitarbeitenden, den Aktionärsgruppen und den zuweisenden Ärzten», sagt Thomas Langholz. Ein weiterer Teil der Analyse gilt der im Spital zwischen Führung und Mitarbeitenden gelebten Kommunikations- und Gesprächskultur. Auch in dieser Hinsicht sollen rasch Verbesserungsmassnahmen gefunden und umgesetzt werden.

Der Verwaltungsrat erwartet zu den Themen Organisationsstruktur und Kommunikation bis Ende Dezember die wichtigsten Erkenntnisse, um diese umgehend umzusetzen. Langholz sagt zum ambitionierten Zeitplan: «Die ersten Gespräche laufen schon, und Anfang Dezember findet ein Workshop mit den internen Arbeitsgruppen statt.» Ergebnisse zur Zusammensetzung von Geschäftsleitung und Verwaltungsrat werden rechtzeitig für die kommende Generalversammlung bereitgestellt.

### **Vakanter Chefarzt-Posten ausgeschrieben**

Nicht zur Debatte steht für den Verwaltungsrat, dass der freigestellte Arzt Nic Zerkiebel – wie von einigen Spitalangestellten gefordert – ans Spital Bülach zurückkehrt. Seine Entlassung hat den Konflikt so richtig ins Rollen gebracht. In der neuerlichen Medienmitteilung heisst es sodann: «Der Verwaltungsrat hat beschlossen, die seit knapp drei Monaten vakante Stelle des Chefarztes Innere Medizin öffentlich auszuschreiben. Der Rekrutierungsprozess wurde ausgelöst.» Den Posten von CEO Rolf Gilgen hat Urs Müller, Mitglied des Verwaltungsrats der Spital Bülach AG seit 2016, übernommen. Die definitive Nachfolge von Gilgen wird ebenfalls ausgeschrieben. Ziel des Verwaltungsrats ist es, die Stelle im Laufe des Jahres 2021 zu besetzen.

Am Donnerstag, 26. November, findet die Aktionärsversammlung – unter Ausschluss der Öffentlichkeit – statt. Dabei werden die Trägergemeinden und der Verwaltungsrat eingehend über die neu kommunizierten Verbesserungsmassnahmen diskutieren. Es dürfte ein langer Abend werden.



Geht es nach dem Verwaltungsrat, soll am Spital Bülach bald wieder Ruhe einkehren. Foto: Balz Murer

© Zürcher Unterländer



Gewicht: TV / Radio

24. November 2020

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

[19H30, 24.11.2020](#)

## Des lits libres mais des soins intensifs en surchauffe en Suisse romande

**Face à la crise sanitaire, les hôpitaux ont augmenté leurs capacités malgré le manque de personnel qualifié. Mais plus de 40% des lits de soins intensifs romands ne satisfont pas les conditions optimales, selon un document obtenu mardi par la RTS.**

Valentin Tombez et Estelle Braconnier

Une cinquantaine de lits de soins intensifs restaient libres lundi soir en Suisse romande. De bon augure alors que l'épidémie de Covid-19 perd du terrain et que le nombre de malades hospitalisés se stabilise. Mais ce chiffre ne reflète pas la réalité au sein des unités de soins intensifs (USI), encore sous pression.

Pour conserver des places libres malgré la progression de l'épidémie, les USI ont augmenté leurs capacités d'accueil durant la deuxième vague. La plupart d'entre elles fonctionnent depuis plusieurs semaines en surrégime.

"On a créé des espaces, des lits, avec du personnel que nous avons récupéré d'autres services moins impactés que les soins intensifs", explique Jérôme Pugin, chef des soins intensifs des HUG, mardi dans le 19h30.

### Surcapacité dans toute la Suisse romande

Un document interne aux soins intensifs romands, obtenu par la RTS, révèle la situation actuelle dans le détail: sur les 312 lits en service, seuls 184 sont des lits certifiés, c'est-à-dire qu'ils remplissent tous les critères de la Société suisse de médecine intensive (SSMI). Ces lits certifiés correspondent aux capacités normales des hôpitaux.

D'après ce document, qui donne l'état des lieux lundi soir, le nombre de lits a augmenté dans tous les cantons romands. La plus forte hausse se situe à Neuchâtel: RHNe est passé de 10 à 26 lits, notamment en rouvrant début novembre un service de soins intensifs sur son site de La Chaux-de-Fonds.

Les hôpitaux vaudois fonctionnent également largement au-dessus de leurs capacités habituelles, puisque les établissements de Nyon, Morges, Rennaz et le CHUV ont plus que doublé leur nombre de lits.

A Genève, les HUG ont opté pour une stratégie différente. Les soins intensifs ont été un peu moins développés (+50%), mais la taille des soins intermédiaires a triplé.

### Impact sur la qualité des soins?

Cette augmentation des capacités n'est pas sans conséquence. Elle pose notamment la question de la qualité des soins.

D'après ces données, plus de 40% des lits de soins intensifs ne sont actuellement pas certifiés. Cela veut dire qu'ils ne remplissent pas tous les critères de la SSMI, qui vont du nombre minimum de prise électriques à celui des soignants par lit.

"Les lits de soins intensifs certifiés garantissent la plus haute qualité de soins", explique la Société suisse de médecine intensive. Les capacités peuvent être étendues "dans des situations exceptionnelles" mais le manque de personnel qualifié pose problème: "Comme les ressources sont limitées - surtout les ressources humaines -, les capacités ne peuvent pas être augmentées sans une perte de qualité du traitement à partir d'un certain point."

Selon Jérôme Pugin, la qualité est maintenue malgré la surcapacité actuelle. "On a du personnel non certifié en soins intensifs qui s'occupe de malades mais c'est du personnel qualifié", assure-t-il. "Les soins ne sont pas péjorés. Par

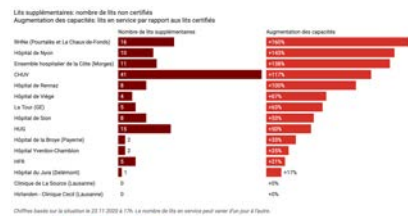


contre, ils sont d'une certaine manière priorisés, c'est-à-dire qu'on ne peut pas tout faire pendant la journée avec le personnel qu'on a mais on fait l'essentiel. La sécurité des malades est maintenue", poursuit le chef des soins intensifs aux HUG.

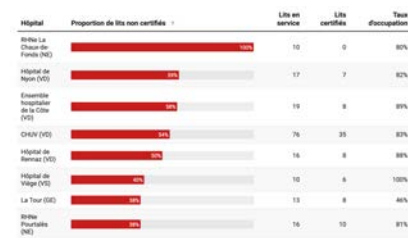
### Pas encore d'embellie aux soins intensifs

Combien de temps les services de soins intensifs peuvent-ils tenir en surcapacité? La question reste ouverte.

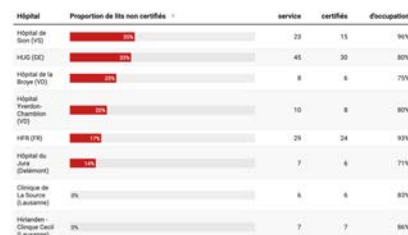
La baisse du nombre de nouvelles contaminations ne permet pas encore aux hôpitaux de souffler. En raison du décalage entre l'infection et l'entrée aux soins intensifs, ainsi que de la longue durée du traitement, ces services seront les derniers à ressentir l'amélioration de la situation épidémique.



(Pop-up) Augmentation des capacités des unités de soins intensifs



Chiffres basés sur la situation le 23.11.2020 à 17h. Ne pas utiliser de jour en jour.



Chiffres basés sur la situation le 23.11.2020 à 17h. Ne pas utiliser de jour en jour.

(Pop-up) Les chiffres détaillés par hôpital (23.11.2020)

### "En soins intensifs, on est toujours en activité pleine"

"Les équipes sont fatiguées", confirme Gervaise Barras, cheffe du bloc opératoire de l'Hôpital du Valais, dans le 19h30. D'une part, par la première vague, mais également en raison du flux tendu toujours en cours dans les hôpitaux, "car malgré les efforts de recrutement, le personnel spécialisé manque", indique la responsable.

A cela s'ajoute encore la formation et l'encadrement que les soignants des soins intensifs donnent aux collaborateurs venus d'autres services, en plus de s'occuper de cas lourds. "Je tiens à les remercier chaleureusement pour leur engagement sur le front", souligne la Valaisanne.

L'impression de calme qui revient - en raison de la diminution des hospitalisations - est donc trompeuse, assure Gervaise Barras. "En soins intensifs, on est toujours en activité pleine, et donc une bonne partie des activités de l'hôpital sont ralenties pour prendre en charge les patients Covid", explique-t-elle.

 Video

(03:01)

© RTS un



Gewicht: TV / Radio

24. November 2020

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

[TAGESCHAU, 24.11.2020](#)

## Corona-Experten des Bundes: Erstes Etappenziel erreicht

Die Fachleute des Bundes zeigen sich vorsichtig optimistisch über die Entwicklung der Corona-Fallzahlen. Man sei auf Kurs, das erklärte Ziel der Taskforce zu erreichen und die Corona-Fallzahlen alle zwei Wochen zu halbieren.

 Video

(03:11)

## Westschweiz hat Corona besser im Griff

Nirgends geht die Zahl der Covid-Ansteckungen so stark zurück wie in der Romandie. Die Mini-Lockdowns provozierten zwar Proteste, aber sie zahlen sich aus.

 Video

(02:26)

---

[ONLINE, 24.11.2020](#)

Corona-Pandemie

## Task-Force-Chef: «Das erste Etappenziel ist erreicht»

**Martin Ackermann, Leiter der Covid-Taskforce, rechnet damit, dass sich die Fallzahlen zielgemäss etwa alle zwei Wochen halbieren werden.**

Martin Ackermann, Präsident der wissenschaftlichen Covid-Taskforce des Bundes, sieht die Schweiz bei der Eindämmung des Coronavirus auf dem richtigen Weg. Momentan halbierten sich die Fallzahlen alle zwei Wochen.

«Das erste Etappenziel ist erreicht», sagt Ackermann am Dienstag vor den Bundeshausmedien. Es sei grossartig, wie viele Menschen dazu beitragen. Wenn die Entwicklung so weitergehe, erreiche man viel: «Wir bekommen mehr Luft, die Kapazitäten beim Contact Tracing, in den Spitälern, aber auch für die Unternehmen werden grösser.»

### Shutdown in der Westschweiz hat gewirkt

Aktuell verzeichnet die Romandie die tiefste Reproduktionszahl. Ackermann erklärt das mit den strengen Massnahmen in Form eines Shutdowns die in den Westschweizer Kantonen seit Wochen in Kraft sind. «Die Massnahmen haben dort sehr wahrscheinlich schon eine Wirkung gezeigt angesichts der hohen Infektionszahlen», sagt auch Virginie Masserey, Leiterin Sektion Infektionskontrolle beim Bundesamt für Gesundheit (BAG).

In den anderen Gebieten der Schweiz liege die Reproduktionsrate derzeit vielerorts über 0.8, und einige Regionen weisen derzeit eine Reproduktionsrate von mehr als 1 auf, was ein exponentielles Wachstum der Fallzahlen bedeutet. Dies weise darauf hin, dass die Situation weiterhin fragil sei, so Ackermann.

«Es könnte schnell wieder zum Anstieg der Fälle kommen», sagt Kantonsarzt und Präsident der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte, Rudolf Hauri, wenn man nun «zu rasch wieder die Maske ablegt oder näher zusammenrückt». «Stagnierende Fallzahlen sind kein Grund zur Entspannung», so Hauri weiter. Und auch Ackermann sagt, dass es auch für die Freiheiten jedes Einzelnen und die Wirtschaft jetzt zentral sei, weiter dranzubleiben.

---

[ONLINE, 25.11.2020](#)

Corona-Fallzahlen sinken

## Kantonsarzt Hauri: «Es ist Vorsicht angebracht»

Die Corona-Fallzahlen haben sich in den vergangenen zwei Wochen halbiert, doch mit täglich über 4000 Neuinfektionen ist das Niveau immer noch sehr hoch. Die Corona-Taskforce warnt denn auch davor, jetzt mit den Massnahmen nachlässig zu werden.

Das sieht auch Rudolf Hauri so. Für den Präsidenten der Kantonsärzte müssen wir zuerst wieder das tiefe Ansteckungsniveau vom Sommer erreichen, um von einer Entspannung der Situation sprechen zu können.

Das Gespräch führte Hans Ineichen.

*SRF News: Die Corona-Taskforce lobt den Rückgang der Fallzahlen in der Schweiz, warnt aber vor einer gewissen Nachlässigkeit. Was überwiegt in Ihren Augen?*

**Rudolf Hauri:** Es ist Lob angebracht, denn derzeit geht es mit den sinkenden Fallzahlen grundsätzlich in die richtige Richtung. Es ist aber auch Vorsicht angebracht: Was wir jetzt daran sind zu gewinnen, können wir auch leicht wieder verspielen.

*An der gestrigen Medienkonferenz mahnten Sie, dass sich nicht genügend Menschen testen liessen. Das sei ein Problem und könnte die Festtage gefährden. Weshalb diese Test-Unlust?*

Tatsächlich stellen wir fest, dass die Zahl der Tests nicht sehr hoch ist, dabei bleibt die Positivitätsrate relativ hoch.

Wir hören immer wieder von Personen, die sich absichtlich nicht testen lassen.

Auch hören wir beim Contact-Tracing immer wieder von Personen, die sich absichtlich nicht haben testen lassen, weil sie selber allenfalls in Isolation müssten und ihre nahen Bekannten möglicherweise in Quarantäne. Die Leute befürchten Probleme bei der Arbeit. Doch diese Probleme lassen sich beheben.

*Wie kann man die Leute motivieren, sich mehr testen zu lassen?*

Wenn wir viel testen, dann haben wir einen guten Überblick über das Virus-Geschehen – und auch die Getesteten haben Sicherheit darüber, ob sie positiv oder negativ sind. So schaffen wir Gewissheit und damit ein korrektes Verhalten.

Sich testen lassen ist ein Akt der Solidarität den anderen gegenüber.

Ungewissheit dagegen führt immer zu Unsicherheit. Ausserdem ist das Testen im Verdachtsfall ein Akt der Solidarität den anderen gegenüber. Und: Bei einem negativen Test kann man sich freier bewegen. Gerade im Hinblick auf die Festtage spielt das eine grosse Rolle.

*Die Kantonsärzte empfehlen dringend, sich auch bei bloss schwachen Symptomen sofort auf das Coronavirus testen zu lassen. Muss man die Kosten für den Test in diesem Fall selber übernehmen?*

Die Kosten für die Tests werden immer dann vom Bund übernommen, wenn ein Test angezeigt ist. Das ist nicht nur bei schweren Symptomen der Fall, sondern ein Test ist gerade auch bei milden Symptomen angezeigt.

### Ein Test ist auch bei milden Symptomen angezeigt – und er wird vom Bund bezahlt.

Die Kosten für den Test werden nur dann nicht übernommen, wenn sich jemand völlig symptomfrei testen lässt, beispielsweise, weil er verreisen will. Die Teststrategie wird laufend überprüft. Möglicherweise wird sie schon bald dahingehend geändert, dass möglichst viele Tests durchgeführt werden können.

*Trotz sinkender Fallzahlen sieht die Taskforce keinen Grund zur Entspannung. Was bräuchte es dafür zusätzlich?*

Von einer Entspannung kann man erst sprechen, wenn die Fallzahlen sehr deutlich und nachhaltig sinken. Das Niveau ist insgesamt immer noch sehr hoch, mit regionalen Unterschieden. In einigen Kantonen steigen die Zahlen immer noch an, in anderen stagnieren sie auf hohem Niveau.

### Die Zahl der Infektionen muss auf das Niveau vom Sommer sinken.

Die Situation ist nicht ungefährlich. Denn wenn die Zahlen von einem hohen Niveau aus wieder ansteigen sollten, sind wir sehr schnell in einem kritischen Bereich. Die Infektionszahlen müssen also auf das Niveau des Sommers – ein paar Hundert Ansteckungen pro Tag – herunterkommen und dort stabil bleiben.

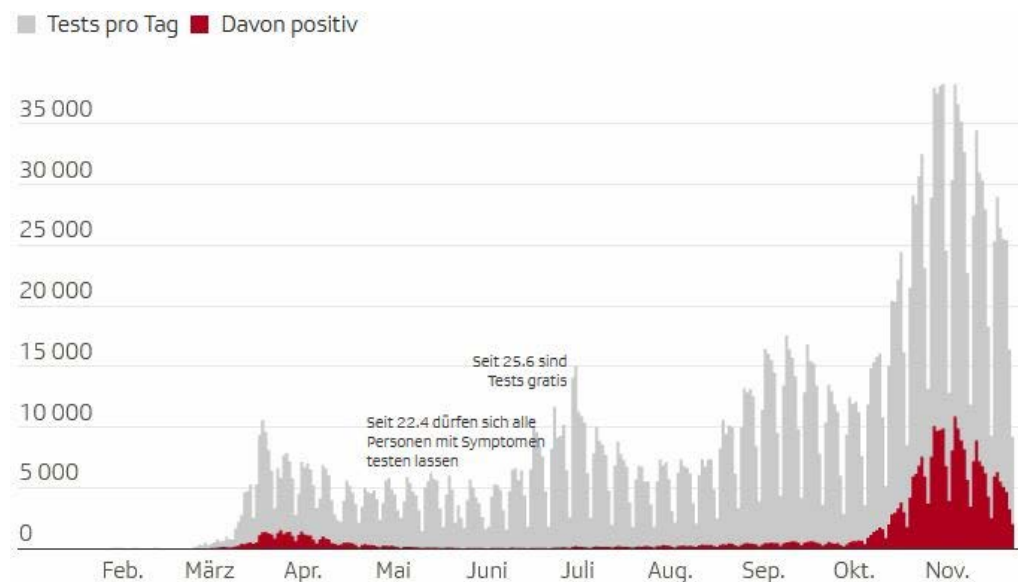
---

#### Rudolf Hauri

Rudolf Hauri ist seit 18 Jahren Zuger Kantonsarzt. Er ist Präsident der Vereinigung der Schweizer Kantonsärzte.

---

#### Anzahl durchgeführter Tests pro Tag



Hinweis: Die pos. getesteten Fälle entsprechen nicht exakt den bestätigten Fällen, da gewisse Personen mehrmals getestet wurden. Grafik: SRF Data Quelle: BAG

---

#### Schnelltests noch wenig nachgefragt

Die seit Anfang November verfügbaren Schnelltests werden bloss in bloss fünf Prozent der Fälle eingesetzt. Rudolf Hauri sagt dazu: «Bislang haben die Schnelltests bezüglich Motivation nicht das gebracht, was wir uns erhofft hatten. Möglicherweise muss man den Zugang zu ihnen noch stärker vereinfachen. Auch müssen wir jene Stellen, welche die Tests anbieten dürften, noch stärker dazu motivieren, das auch zu tun. Und erneut der Aufruf an die Bevölkerung: Lassen Sie sich testen – auch bei bloss geringen Symptomen!»

© SRF 1

## Lassen sich die Spitalschliessungen noch stoppen?

**Regierung und Kantonsparlament wollen vier St.Galler Regionalspitäler schliessen. Nun steht die zweite Lesung an.**

Regula Weik

Die Vertreter der Regionen haben hart gekämpft – doch nach viel Einsatz und stundenlanger Debatte standen sie ohne Spital da. Die Mehrheit des Kantonsparlaments entschied: Vier Spitäler werden geschlossen. Das war in der Septembersession. Seither sind einige Wochen ins Land gezogen. Und es blieb ruhig, mehrheitlich. Einzig im Toggenburg hält sich eine kämpferische Gruppe, welche für eine Grundversorgung der Landbevölkerung kämpfen will.

Ob sie ihre geplante Initiative allerdings lancieren wird, ist noch offen. Der anfängliche Enthusiasmus des Komitees ist etwas abgekühlt – dies, nachdem sich klar zeigt: Das Tal steht nicht geschlossen hinter seinem Spital. Nun steht die zweite Beratung der Spitalvorlage im Haus. Erste Aussagen der Fraktionen zeigen: Die vier bedrohten Landspitäler Altstätten, Flawil, Rorschach und Wattwil dürften kaum mehr zu retten sein.

Die SVP sieht keinen Grund, auf die Beschlüsse vom September zurückzukommen. Die Fraktion hält vielmehr fest: «Wir sind überzeugt, mit der Spitalstrategie auf dem richtigen Weg zu sein.» Sie sei erfreut, dass sich nach jahrelangen Diskussionen jetzt ein Weg zu einer zukunftsgerichteten Lösung abzeichne. Sie unterstütze die Regierung – «insbesondere Bruno Damann» – bei der weiteren Umsetzung der Spitalstrategie. Der Gesundheitschef hatte im Herbst mit seinem Votum bei der SVP gepunktet; er meinte damals, aus heutiger Sicht seien 2014 Fehlentscheide getroffen worden. Die Regierung hatte damals vorgeschlagen, mehrere hundert Millionen in die Erneuerung und den Ausbau der St.Galler Spitäler zu investieren.

### Das Volk soll bei Altstätten und Wattwil mitreden

Damals hatte die Bevölkerung auch den Baukrediten für die Spitäler Altstätten und Wattwil zugestimmt. Das Parlament will diese Entscheide nun rückgängig machen. Dagegen wehrt sich die SP. Fraktionspräsidentin Bettina Surber kündigte bereits im Herbst das Ratsreferendum an, denn: «Diese beiden Beschlüsse unterstehen dem fakultativen Referendum. Wir möchten sie im November per Ratsreferendum dem obligatorischen Referendum unterstellen.»

Davon wollen CVP und EVP nichts wissen. Die Fraktion hält fest: «Wir stehen hinter den Beschlüssen vom September und lehnen ein allfälliges Ratsreferendum einhellig ab.» Damit solle der Weg frei werden für eine zukunftsfähige Spitallandschaft, welche die Erst- und Notfallversorgung im Kanton flächendeckend garantiere und ein stationäres Angebot in guter Qualität sicherstelle. Die gleiche Haltung vertreten die Freisinnigen. Die Fraktion habe sich «überaus deutlich» gegen die Unterstützung eines Ratsreferendums ausgesprochen. Denn: «Ein Referendum ist nicht zielführend.» Schliesslich unterstützten die relevanten Beschlüsse, wie die Festlegung der Spitalstandorte, eben gerade nicht dem Referendum.

### Parlament legt Standorte fest

Auf unsere Anfrage, ob die Schliessung der vier Spitäler mit einem Ratsreferendum noch abgewendet werden könnte, hatte Staatssekretär Benedikt van Spyk im Herbst geantwortet: Dies sei nicht möglich. Das Ratsreferendum stehe nur bei Beschlüssen zur Verfügung, die dem fakultativen Referendum unterstünden. So sagte van Spyk denn auch: «Der Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte untersteht nicht dem fakultativen Referendum und daher auch nicht dem Ratsreferendum.»

Anders wäre dies, wenn die Spitalstandorte im Gesetz festgeschrieben wären. Verschiedene Parlamentarier hatten in der Septembersession eine solche Änderung angestrebt, waren damit aber deutlich gescheitert. Für das Ratsreferendum sind 40 Stimmen notwendig – es muss also ein Drittel des Kantonsparlaments das Anliegen unterstützen.

© St. Galler Tagblatt Gesamt





Auflage: 269136  
Gewicht: Artikel auf regionalen Seiten, gross

24. November 2020  
[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

SEITEN 6-7

## Überrissene Spitalrechnungen, hilflose Krankenkassen

Unispital Zürich: Renommierete Strafrechtler kritisieren, dass die Zürcher Staatsanwaltschaft nicht aktiv wird

**Das Unispital Zürich hat im grossen Rahmen fiktive ärztliche Leistungen in Rechnung gestellt. Krankenkassen wie Swica, Heisana und Concordia bezahlten. Es besteht der Verdacht auf Urkundenfälschung und Betrug. Doch die Staatsanwaltschaft bleibt passiv.**

Daniel Mennig, Marc Meschenmoser

Exakt 64 Tage hintereinander soll eine Gruppe von Kaderärzten diverser Fachgebiete über einen bestimmten Patienten ein sogenanntes «interdisziplinäres Arztgespräch» geführt haben. Pro Gespräch stellte die Herzklinik des Unispitals Zürich der Krankenkasse 1000 Franken in Rechnung - bei diesem Patienten also total 64000 Franken. Das geht aus Recherchen hervor, die der «Tages-Anzeiger» veröffentlichte.

Von Januar 2019 bis Juni 2020 soll das Spital 1700 solche Kaderarzt-Besprechungen für einen Gesamtbetrag von 1,3 Millionen Franken in Rechnung gestellt haben - und zwar durchwegs bei zusatzversicherten Patienten.

Nur: Mehrere Ärzte, in deren Namen diese Leistungen abgerechnet wurden, wussten nichts davon. Sie weilten teilweise an solchen Tagen im Ausland. Bei anderen sollen am gleichen Tag zur gleichen Zeit mehrere Besprechungen stattgefunden haben.

Prämienzahler fragen sich: Weshalb zahlen Krankenkassen Zehntausende von Franken an das Unispital Zürich für derart fragwürdige Rechnungen? Der K-Tipp fragte bei den fünf grössten Krankenversicherungen Assura, CSS, Heisana, Swica und Concordia nach.

Resultat: Swica, Helsana und Concordia bestätigen gegenüber dem K-Tipp, dass sie dem Unispital Rechnungen für diese fiktiven Arztgespräche bezahlen haben. Wie gross der finanzielle Schaden ist, klären die Kassen zurzeit ab.

### «64000 Franken müssten auffallen»

Die Helsana sage gegenüber dem K-Tipp allerdings, «eine Rechnung mit Kosten für Arztgespräche über 64 000 Franken sei an sich noch keine Auffälligkeit». Anders die Swica: «64 000 Franken für Arztgespräche über einen Patienten an 64 hintereinander folgenden Tagen müssten auffallen.»

Bei der Concordia prüfe man Rückforderungen und rechtliche Schritte gegen das Unispital. Und die CSS sagt, sie werde die Abrechnungen rückwirkend vertieft prüfen und Patientenakten einfordern, Stosse sie auf Unregelmässigkeiten, werde auch sie vom Unispital Geld zurückfordern.



## Selbstverständlich müsste die Staatsanwaltschaft von sich aus tätig werden Strafrechtsprofessor Mark Pieth

### Staatsanwaltschaft bleibt untätig

Die Rechnungsstellung für nicht erbrachte ärztliche Leistungen ist auch ein Fall für den Staatsanwalt. Die Recherchen des «Tages-Anzeigers» begründen einen dringenden Verdacht auf gewerbsmässigen Betrug und Urkundenfälschung, Dabei handelt es sich um Offizialdelikte, Das bedeutet: Die Staatsanwaltschaft müsste von sich aus Ermittlungen aufnehmen, Beweise sichern und den Sachverhalt abklären.

Doch die Staatsanwaltschaft Zürich hat im Unispital weder eine Hausdurchsuchung veranlasst noch Computer beschlagnahmt, um Spuren für systematische Betrügereien sicherzustellen. Begründung gegenüber dem K-Tipp: «Wir gehen davon aus, dass das Unispital Zürich nach Abschluss seiner internen Untersuchungen auch im

Fall der jüngst publik gewordenen Unregelmässigkeiten Strafanzeige einreichen wird, sofern sich der Verdacht auf strafbares Verhalten erhärten sollte.» Sprich: Die Staatsanwaltschaft wartet ab, bis sich der Täter selber anzeigt.

### «Bei grossen Fällen wartet man zu»

Der Basler Strafrechtsprofessor Mark Pieth verurteilt diese Untätigkeit: «Selbstverständlich müsste die Staatsanwaltschaft Zürich von sich aus tätig werden. Sie dürfte nicht warten, bis das Unispital eine Strafanzeige einreicht.» Aber die Staatsanwaltschaften würden lieber gegen kleine Leute ermitteln. "Bei grossen Fällen warten sie zu, bis jemand anders aktiv wird." Die Staatsanwaltschaften seien in einer echten Krise.

Markus Mohler war selbst jahrelang als Staatsanwalt in Basel tätig. Auch er sagt klar: "Die Staatsanwaltschaft Zürich müsste bei dieser Verdachtslage ein Vorverfahren einleiten. Das ist eine gesetzliche Pflicht.» Es gehe nicht an, zuzuwarten, bis das Unispital selbst tätig werde. Mohler: «Leitet die Staatsanwaltschaft kein Verfahren ein, könnte allenfalls eine Amtspflichtverletzung durch Unterlassung vorliegen.»

Peter Peilegrini ist im Kanton Zürich leitender Staatsanwalt und Chef der Abteilung für Wirtschaftsdelikte. In der aktuellen Ausgabe des Juristenmagazins «Plädoyer» stellt er nach 30 Jahren Berufserfahrung fest: Die Täter kämen heute öfter aus höheren Kreisen der Gesellschaft und würden Managerpositionen bekleiden. Viele würden nach dem Motto leben: «Bescheidenheit ist eine Zier, doch reicher wirst du nur mit Gier.»

Er geht davon aus, dass es bei Wirtschaftsdelikten eine «gigantische Dunkelziffer» gibt. Da hat er wohl nicht unrecht - vor allem wenn die Behörden auch bei offenkundigem Fehlverhalten die Augen schliessen.



KEYSTONE/DOMINIQUE SCHÜTZ

© K-Tipp

[ONLINE, 24.11.2020](#)

## Cyberattaques: les hôpitaux romands vigilants

**A l'heure où la pandémie joue les prolongations, des cybercriminels s'en prennent sans scrupules aux établissements de santé. Dans ce contexte sensible, l'hôpital de Bâle lance un appel d'offres pour la mise en place d'un SOC. En Suisse romande, les hôpitaux sont sur le qui-vive. Les explications du responsable sécurité IT des HUG et du CIO du CHUV.**

Yannick Chavanne

Le centre hospitalier universitaire de Bâle vient de publier un appel d'offres pour la mise en place d'un Security Operations Center (SOC) hybride. L'établissement observe un «niveau croissant de menaces informatiques», lit-on sur le portail simap.ch. L'hôpital bâlois compte confier la gestion de la surveillance de son environnement informatique standard à un prestataire de services externe. En revanche, un SOC interne sera créé pour les systèmes spécifiques, tel que le matériel et les logiciels pour des applications médicales spéciales.

### Les pirates n'épargnent pas les hôpitaux

Dans son appel d'offres, le centre hospitalier bâlois ne met pas explicitement en lien l'augmentation des attaques qu'il observe avec le contexte épidémique. Il n'en reste pas moins que depuis le début de la crise sanitaire, les cyberattaques sont globalement en augmentation. Et les hackers non éthiques n'épargnent hélas pas les hôpitaux ou laboratoires de recherche médicale. Microsoft a par exemple détecté ces derniers mois plusieurs cyberattaques contre des entreprises pharmaceutiques développant des vaccins anti-Covid, attaques attribuées à des groupes soutenus par des Etats.

Au mois de mars déjà, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris a fait les frais d'une attaque par déni de service. Dès cet été, Interpol a alerté contre une recrudescence de ransomware ciblant les hôpitaux. Mi-septembre, ce type d'opérations malveillantes a touché l'hôpital de Düsseldorf. Une patiente est décédée mais un lien de cause à effet n'a au final pas pu être établi. Reste que les assauts de cybercriminels contre des hôpitaux peuvent évidemment avoir des conséquences dramatiques, en particulier à l'heure où certaines unités sont débordées par les hospitalisations liées au Covid. Fin octobre, les agences fédérales américaines ont alerté sur une menace croissante. Une campagne de ransomware agressive prenait alors pour cible des hôpitaux américains et canadiens.

### Vigilance accrue aux HUG et au CHUV

Les hôpitaux suisses romands observent-ils également une augmentation des attaques à leur encontre? Que font-ils pour y faire face ou pour l'anticiper? Du côté des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), la crise pandémique n'a pas vraiment changé la donne. Joint par la rédaction, le responsable de la sécurité IT Franck Calcavecchia confie que tous les indicateurs de mesure de la menace (blocages firewall, blocages WAF, antispam, Antivirus, alertes SOC...) sont stables et conformes au niveau courant. Compte tenu du contexte, la surveillance est toutefois renforcée. Les HUG disposent d'un SOC externalisé chez un spécialiste suisse, précise Franck Calcavecchia. A ses yeux, la mise en place d'un SOC interne est trop coûteuse et nécessite des compétences extrêmes qu'il faut continuellement développer, ce qu'un hôpital ne peut pas s'offrir et encore moins conserver (fort turnover des spécialistes dans le domaine). «De plus le SOC ne remonte que des alertes qu'il faut ensuite traiter en interne (investigation, remédiation, amélioration continue...), avec à la fois un besoin d'expertise technologique et de connaissance précise du contexte et des enjeux», explique le responsable de la sécurité IT des HUG.

Le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) dispose également de services de SOC, confie à la rédaction son

CIO Pierre-Francois Regamey: «Leur mise en place ainsi que le suivi opérationnel fait l'objet d'une collaboration entre une société externe suisse et les spécialistes sécurité du CHUV.» Le nombre de tentatives de cyberattaques lancées contre l'établissement de santé croît régulièrement, mais la crise du Covid-19 n'a pas provoqué d'augmentation brutale ou très massive. Le CHUV a néanmoins augmenté son niveau de vigilance au niveau du monitoring et pris diverses mesures techniques de protection anticipée, sur la base des recommandations du Centre national pour la cybersécurité (NCSC, ex-Melani), explique le CIO du CHUV.

© [ictjournal.ch](http://ictjournal.ch)



Gewicht: Online

24. November 2020  
**Zurück zum Inhaltsverzeichnis**

[ONLINE, 24.11.2020](#)

## Schweizer Gesundheitswesen hat eine neue Stimme

**Eine neue Dachorganisation will ein Gegengewicht gegen Spitäler, Ärzte und Versicherer bilden. Präsidentin ist eine Nationalrätin.**

Stimmen von Patientinnen und Patienten, Versicherten sowie Konsumentinnen und Konsumenten finden offenbar kaum Gehör – obwohl diese das Gesundheitssystem mitfinanzieren. Dieser Meinung ist eine neu geschaffene Dachorganisation, die den Namen «Pro Salute» trägt.

Um dies zu ändern, tun sich Patientenorganisationen, Vertreter der Versicherten und Konsumenten nun zusammen. Unterstützt wurde die Organisation dabei von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

### **Einfluss der Patienten, Versicherten und Konsumenten stärken**

«Über die Organisation des Gesundheitssystems entscheiden Behörden, Leistungserbringer und Versicherer», begründet «Pro Salute» denn Sinn und Zweck der Gründung. Der neue Verband wolle gegenüber diesen Akteuren auftreten. Denn der Nutzer, die Nutzerin würde nur selten an der Entscheidungsfindung beteiligt.

Die neu geschaffene Dachorganisation hat sich dabei zum Ziel gesetzt, «sich künftig als einflussreiche Instanz für die Meinungsbildung und Interessenvertretung, gegenüber den gut organisierten Leistungserbringern und Versicherern zu etablieren.»

### **Sophie Michaud Gigon übernimmt Präsidium**

Der Verein wird präsiert von Sophie Michaud Gigon, Nationalrätin und Geschäftsleiterin der Fédération romande des consommateurs (FRC). Die 45-Jährige aus dem Kanton Waadt sitzt seit Dezember 2019 für die Grüne Partei in der grossen Kammer.

Die Aktivitäten richten sich auf Ideen- und Gedankenaustausch sowie auf die Koordination gemeinsamer gesundheitspolitischer Aktivitäten. Im Fokus stehen zudem die Mobilisierung der Prämienzahler, Patientinnen sowie Konsumenten. Darüber hinaus will «Pro Salute» sich für mehr Transparenz, Einfachheit und Vergleichbarkeit einsetzen.

---

Die sechs Gründungsmitglieder:

- ACSI Associazione consumatrici et consumatori della Svizzera italiana
- FRC Fédération romande des consommateurs
- DVSP Dachverband Schweizerischer Patientenstellen
- GELIKO Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz
- SKS Stiftung für Konsumentenschutz
- SPO Patientenschutz



TITELSEITE

## Kleinspital profiliert sich in der Krise

Gesundheitsversorgung - Braucht es das Regionalspital Affoltern noch? Bis vor kurzem schien die Antwort aus kantonaler Sicht klar: Nicht unbedingt, denn die Versorgung des Knonauer Amtes könnte auch von den umliegenden Spitälern übernommen werden, allen voran vom Zürcher Stadtspital Triemli. Doch in der Pandemie zeigt sich, dass auch das Kleinspital gebraucht wird. Derzeit liegen in Affoltern 16 Corona-Patienten. Während der zweiten Welle deckte das Spital rund fünf Prozent aller Hospitalisationen im Kanton Zürich ab und übernahm auch Patienten aus anderen Spitälern, die voll waren. Die Spitalleitung hofft nun, dass ihr dies im Hinblick auf die neue Spitalliste hilft. Sie will am bestehenden Angebot festhalten. 2023 wird der Regierungsrat die Leistungsaufträge neu vergeben.

---

ZÜRICH SEITE 17

## In der Krise wird auch das Kleinspital gebraucht

**Corona-Station - Das Regionalspital Affoltern kämpft ums Überleben. Die Pandemie, so schlimm sie ist, sieht es als Chance. Rund fünf Prozent aller Covid-Patienten des Kantons werden gegenwärtig hier behandelt.**

Susanne Anderegg

Es war ein Freitagabend, als Walter W. auf die Notfallstation des Spitals Affoltern kam. Ausgerechnet. «Es war voll, das Personal am Rotieren», erzählt der 75-Jährige aus Hedingen. Trotzdem seien alle freundlich gewesen. «Meine Angst war sofort weg.» Eine Woche zuvor hatte er den Corona-Test gemacht, der positiv ausfiel. «Ich hielt sieben Tage zu Hause durch, dann ging es nicht mehr.» Die Sauerstoffsättigung des Blutes fiel unter 90 Prozent - der Schwellenwert für eine Spitaleinweisung.

Walter W. ist ein Fan des kleinen Spitals Affoltern - auch wenn er natürlich nur ungern selber Patient ist. Im Mai 2019, als die Bevölkerung des Knonauer Amtes über die Zukunft ihres Spitals abstimmt, gehörte er zur grossen Mehrheit jener, die eine Weiterführung guthiessen.

«Jetzt sieht man, wie schnell es gehen kann, dass man die Betten braucht», sagt Walter W. und nimmt das Atemübungsgerät in die Hände, das Pflegefachmann Tobias Kliese ihm reicht. Er atmet ein, so tief es geht, und stösst die Luft durch den Schlauch. Diese Übung macht er mehrmals täglich, mit immer besserem Resultat: Sein Lungenvolumen wächst. Der Corona-Patient erhält zudem Sauerstoff über ein Schläuchlein in der Nase sowie Cortison und ein Antibiotikum. Auch das Medikament Remdesivir stünde zur Verfügung, wie Kliese sagt. «Dafür war ich aber zu wenig krank», bemerkt Walter W. schmunzelnd.

### Die Corona-Station war rasch eingerichtet

Im Spital Affoltern liegen 16 Co vid- Patientinnen und -Patienten. Die meisten sind in der Region wohnhaft. Es wurden aber auch schon Patienten aus Zürich, Winterthur und gar Schaffhausen ins Knonauer Amt verlegt, weil die anderen Spitäler voll waren. «Wir können alle aufnehmen, ausser sie brauchen künstliche Beatmung», sagt Corina Maron, die Leiterin Pflege. Gerade für Menschen, die bewusst auf eine Beatmung oder intensivmedizinische Betreuung verzichten, sei Affoltern ein guter Ort, so Maron: «Wir haben hier Fachwissen in Palliativmedizin.»

Das kleine Regionalspital ist bekannt für seine Spezialabteilungen: die Palliativstation, die Psychiatrie, die



Psychotherapie und die Akutgeriatrie. Daneben bietet es eine Grundversorgung in Chirurgie und innerer Medizin inklusive Notfall, aber ohne Intensivstation. Die Geburtsabteilung musste Ende 2019 schliessen, da sie zu wenig ausgelastet war. Die Betten wurden erst mal in den Keller gestellt.

Corina Maron wollte sie gerade entsorgen - da brach die Pandemie aus. Erste Welle, zweite Welle. In der Kürze passte Maron zusammen mit dem Krisenstab den Betrieb den neuen Bedürfnissen an. Im ersten Stock richtete man eine Corona-Station ein; dort befinden sich in einem neueren Anbau die Zimmer für Zusatzversicherte, die über eigene Nasszellen verfügen, was die Pflege von ansteckenden Patienten vereinfacht. Der dritte Stock, wo früher die Wöchnerinnen lagen, wurde wieder in Betrieb genommen und dient jetzt als normale Bettenstation.

Mit Betten ist es aber nicht getan, es braucht auch Personal, und dies nicht zu knapp, denn die Betreuung von Covid-Kranken ist wegen der strengen Schutzmassnahmen aufwendig. Momentan sind Pflegefachkräfte extrem gesucht, da der Normalbetrieb in den Spitälern - anders als während der ersten Welle - weiterläuft. Doch auch da hatte Corina Maron Glück. In einer Woche gelang es ihr, zehn zusätzliche Mitarbeitende zu rekrutieren. «Ich war eben schneller als die anderen.»

Seit mehreren Wochen ist die Corona-Station nun konstant belegt. Rund fünf Prozent aller Covid-Patienten im Kanton Zürich werden in Affoltern behandelt. «Das zeigt klar, welche wichtige Aufgabe unser Spital in dieser Pandemie erfüllt», sagt Stefan Gyseler. Der frühere Präsident der Betriebskommission, der überaus engagiert für das Spital gekämpft hatte, hat Anfang 2020 spontan die operative Leitung übernommen, weil der Spitaldirektor überraschend ausschied.

### Neuer Direktor ab nächstem Jahr

Gyseler und Maron wissen, dass es für ein Kleinspital schwierig ist, sich im Gesundheitsmarkt zu halten. Soeben musste das Paracelsus-Spital in Richterswil Konkurs anmelden. Auch in Affoltern gibt es einen Bereich, der nicht gut läuft: die Chirurgie. «Für Wahloperationen gehen die Leute lieber in ein spezialisiertes Spital mit schöner Infrastruktur», räumt Maron ein. Doch man brauche die Chirurgen für die Grundversorgung und für die akutgeriatrischen Patienten.

Wenn es um die neuen Leistungsaufträge geht, die der Kanton 2023 vergibt, will die Spitalleitung die bestehenden Stärken weiter ausbauen. Maron und Gyseler sind überzeugt, dass Affoltern als Regionalspital überlebt. Und sie sind damit nicht allein: Auf die Ausschreibung für den Direktorenjob seien viele Bewerbungen eingegangen, sagt Gyseler. Bis Ende Jahr soll sein Nachfolger bestimmt sein.

Zurück auf der Corona-Station. Im Zimmer neben Walter W. liegt ein Patient, der von der anderen Seite des Kantons kommt, aus dem Tösstal. Vor zehn Tagen ging es ihm nicht gut, und er sollte ins Kantonsspital Winterthur eingeliefert werden. Dort gab es aber keinen Platz. «Nachts um ein Uhr brachten sie mich mit dem Krankenwagen hierher», erzählt Hans B.

Hans B. fühlt sich gut aufgehoben im Spital Affoltern. Dass er im Knonauer Amt niemanden kennt, ist egal: Covid-Patienten dürfen ohnehin nur sehr eingeschränkt Besuch empfangen. Fleissig macht er seine Atemübungen und zwischendurch auch einige Kniebeugen. Das Reden fällt ihm zusehends leichter. Bald darf er nach Hause.

Es wurden schon Patienten aus Zürich, Winterthur und sogar Schaffhausen hierher verlegt.



Seit mehreren Wochen ausgelastet: Corona-Station im Spital Affoltern. Foto: Dominique Meienberg

---

## Die Spitäler sind voll

Am Montag hat die Zahl der Corona-Patienten, die in einem Zürcher Spital liegen, mit 400 einen Höchstwert erreicht. Während der ersten Welle hatte die Höchstzahl bei 207 gelegen. Intensivmedizinische Betreuung brauchen momentan 68 Patientinnen und Patienten. Die Spitäler sind derzeit voll ausgelastet, weil auch viele Operationen durchgeführt werden. Sie können aber ihre Corona-Kapazitäten laufend erhöhen, wenn dies nötig ist. Im Gegenzug müssen sie Wahloperationen absagen, um Personal und Platz freizuspüren.

© **Tages-Anzeiger**