

## Inhaltsverzeichnis

### H+ - DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ

ZH – Marion Schmid: «Das Stadtspital ist als Dienstabteilung besser aufgestellt» - Interview



Andere Quellen - Online | 05.04.2024

---

«Unsere Notfallstationen werden überrannt - und wir zahlen drauf»



Tages-Anzeiger | 05.04.2024

---

Argumente und Zahlen zur Kostenbremse-Initiative



Tages-Anzeiger | 06.04.2024

---

La santé en un clinic



La Liberté | 05.04.2024

---

ZH – Krankenhäuser in der Krise



Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 05.04.2024

---

Was ist bei den Spitälern los?



Walliser Bote | 05.04.2024

---

### DIVERSES

Prévoir et prévenir la future pandémie de la «maladie X»



Tribune de Genève | 08.04.2024

---

### FORSCHUNG

Ewiges gesundes Leben ist ein falsches Versprechen



Neue Zürcher Zeitung NZZ | 08.04.2024

---

### GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

Bummelnde Beamte oder gierige Pharma?



SonntagsBlick | 07.04.2024

---

Il Consiglio federale prescrive la sua ricetta: i controprogetti



La Regione | 06.04.2024

---

Ein Gruss aus der sozialistischen Planwirtschaft - Kommentar



Medinside | 06.04.2024

---

Ist die Kostenbremse Fluch oder Segen?



Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 08.04.2024

---

Die Kostenbremse-Initiative auf einen Blick



Neue Zürcher Zeitung NZZ | 08.04.2024

---

Gesundheitspolitik an der Urne: Es ist Zeit, in den Spiegel zu schauen - Kommentar



NZZ am Sonntag | 07.04.2024

---

Baume-Schneider im Milliarden-Marathon



Neue Zürcher Zeitung NZZ | 06.04.2024

---

Des primes maladie à 10% du revenu, est-ce réaliste?



Le Nouvelliste | 08.04.2024

---

## ZH – Pflegerinnen werden Unternehmerinnen

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 05.04.2024

## SPITÄLER

## Le système de santé suisse sous tension: un difficile équilibre entre soins et finances

 rts.ch | 05.04.2024

## FR – Grossratsmitglieder sorgen sich um Kosten wegen neuer Klinik

 Freiburger Nachrichten | 08.04.2024

## ZH – Absage der Regierung an Spital Wetzikon kommt vor Gericht

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 08.04.2024

## ZH – Wer jetzt zu kleinräumig denkt, verliert - Kommentar

 Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster | 06.04.2024

## Natalie Rickli - «Der Bund muss die Tarifstruktur anpassen» - Interview

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 06.04.2024

## ZH – Stararchitektur statt Sparsamkeit

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 06.04.2024

## ZH – Wie das Spital Wetzikon eine Spitalschliessung abwenden will

 Radio SRF 1 | 07.04.2024

## ZH – «Den Kispi-Neubau an zwei Stararchitekten zu vergeben, war unverantwortlich»

 SonntagsZeitung | 07.04.2024

## Heinz Locher: «Man hat sie aushungern lassen» - Interview

 Tages-Anzeiger | 06.04.2024

## Tilman Slembeck - «Wir müssen zu einer Struktur mit weniger Spitälern kommen» - Interview

 SRF 1 | 05.04.2024

## ZH – Kanton hilft Kispi mit 135 Millionen aus

 Tages-Anzeiger | 05.04.2024

## ZH – Das Kinderspital erhält Millionen aus der Staatskasse / GZO geht leer aus

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 05.04.2024

## PSYCHIATRIE/PSYCHOLOGIE

## ZH – Das Heim der Vergessenen

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 08.04.2024

## PFLEGEINSTITUTIONEN

## 50'000 Betagte im Altersheim erhalten einen Medikamenten-Cocktail

 SonntagsZeitung | 07.04.2024

# ZH – Marion Schmid: «Das Stadtspital ist als Dienstabteilung besser aufgestellt» - Interview

 [Andere Quellen - Online](#) | 05.04.2024

pszeitung.ch

Keine Ausgliederung des Stadtspitals Zürich in eine öffentlich-rechtliche Anstalt, das hat der Zürcher Gemeinderat letzte Woche beschlossen. Ist das wirklich eine derart schlechte Nachricht, wie die Bürgerlichen behaupten? Die Präsidentin der vorberatenden Kommission, SP-Gemeinderätin Marion Schmid, nimmt im schriftlich geführten Interview mit Nicole Soland Stellung.

## Nicole Soland

Nach eindreiviertelstündiger Debatte nahm der Zürcher Gemeinderat letzte Woche den Bericht ablehnend zur Kenntnis, der einen grösseren unternehmerischen Handlungsspielraum für das Stadtspital «unter angemessener demokratischer Mitbestimmung und Steuerung durch den Gemeinderat» zum Thema hatte. Die Mehrheit stellte sich sodann dagegen, dass der Stadtrat eine Vorlage zur Ausgliederung des Stadtspitals Zürich in eine öffentlich-rechtliche Anstalt ausarbeitet. Die Bürgerlichen reagierten harsch: Sie warfen der links-grünen Ratsseite unter anderem vor, sie «trötzele» – oder gar, sie verstehe die «komplexe Materie» nicht.

*Hand aufs Herz, Frau Schmid: Hat Rot-Grün keine Ahnung von Spitalpolitik, aber das Gefühl, besser drauszukommen als alle anderen?*

**Marion Schmid:** Im Gegenteil, wir als SP hatten diesen Bericht damals zusammen mit den Grünen und der EVP gefordert, um die Frage, ob Ausgliederung oder nicht, sachlich und differenziert zu prüfen. Im Gegensatz zu den Bürgerlichen (und der AL) haben wir den Bericht sehr ausführlich und kritisch diskutiert und sind dann zum Schluss gekommen, dass das Stadtspital aus verschiedenen Gründen als Dienstabteilung besser aufgestellt ist als in einer öffentlich-rechtlichen Anstalt.

*Sie sagten in der Debatte, der Bericht gehe auf viele Fragen gar nicht ein, sondern stelle vor allem dar, warum die Auslagerung die einzige und gleichzeitig die beste Option sei. Viele Bürgerliche sprachen von einer «massgeschneiderten Lösung». Dies deckt sich mit der Einschätzung des Stadtrats: Warum sind Sie so sicher, dass er damit falsch liegt?*

Während die Bürgerlichen und der Stadtrat primär ihr Kernanliegen «mehr Handlungsspielraum» für das Stadtspital im Auge hatten, haben wir als SP den Fokus auf unsere zentralen Anliegen wie hohe Versorgungsqualität für alle Menschen, gute Arbeitsbedingungen, demokratische Mitsprache sowie die Zukunftsfähigkeit des Stadtspitals gelegt. Bei der gründlichen Abwägung der Vor- und Nachteile entlang diesen SP-Forderungen haben die Nachteile einer öffentlich-rechtlichen Anstalt klar überwogen.

*Die linke Ratsseite zweifelte an, dass eine demokratische Mitsprache weiterhin möglich wäre, wenn das Spital eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit einem Spitalrat als Führungsgremium wäre. Worauf gründen*

*sich diese Zweifel?*

Mit dem Spitalrat wird ein zusätzliches Gremium zwischen der politischen Ebene – Gemeinderat und Stadtrat – und der Spitalleitung eingeschoben. Der Spitalrat führt das Spital mit einer unternehmerischen Perspektive und unterwirft sich damit naturgemäss der unsinnigen Marktlogik der von Mitte-Rechts geprägten Spitalpolitik. Für die SP ist klar: Um eine hochwertige Gesundheitsversorgung sicherzustellen, muss die Führung des Spitals der Bevölkerung verpflichtet sein. Die politische Verantwortung darf nicht verwässert werden.

*Das Stadtspital muss sich, wie alle Spitäler, nach Vorgaben des Kantons und des Bundes richten: Worin besteht angesichts dessen der angeblich so dringend benötigte Handlungsspielraum, den eine öffentlich-rechtliche Anstalt hätte?*

Die Spitäler wollen auf medizinische Fortschritte reagieren und mittels Kooperationen ihr Angebot stärken. Dagegen ist nichts einzuwenden, es dient auch den Patient:innen. Einen gröſseren Handlungsspielraum braucht es aber vor allem darum, weil es keine Bedarfsplanung gibt, sondern die bürgerliche Spitalpolitik meint, «der Markt regelt das». Nun, das tut er nicht, stattdessen kämpfen alle Spitäler in einem Pseudo-Wettbewerb, um die profitabelsten Leistungen und «lukrative Privatpatient:innen», weil sie sonst nicht kostendeckend arbeiten können.

*Sie wiesen in der Debatte darauf hin, dass die aktuell geltenden Spitaltarife nicht kostendeckend sind, eine öffentlich-rechtliche Anstalt aber wirtschaftlich selbsttragend sein muss. Das tönt, als hätte die linke Ratsseite potenziellen Schaden vom Stadtspital abgewendet – und dafür Haue gekriegt. Ihr Kommentar?*

So ist es, eine der zentralen Voraussetzungen für eine öffentlich-rechtliche Anstalt ist die wirtschaftliche Selbstständigkeit. Aber mit den aktuellen Spitaltarifen kann kein Spital kostendeckend arbeiten, das sagt selbst der Spitalverband H+ in seinem Positionspapier. Das Stadtspital macht, wie alle anderen Spitäler auch, jedes Jahr Defizite. Insofern ist es nicht nur sinnvoll, sondern zwingend, dass die Stadt diese Unterfinanzierung auffangen kann. Sonst wird dies zu einem massiven Kostendruck führen, der zulasten der Mitarbeitenden und der Patienten geht.

*Welche Schritte muss der Stadtrat nun einleiten, damit die von Gesundheitsvorsteher Andreas Hauri bereits angekündigte Vorlage «zur Erweiterung des Handlungsspielraums des Stadtspitals als städtischer Dienstabteilung» dereinst im Rat auf mehr Gegenliebe stösst?*

Die SP hat seit Jahren immer wieder Bereitschaft signalisiert, über zusätzlichen Handlungsspielraum zu diskutieren, wenn dieser klar dargelegt wird. Der im Gemeinderat diskutierte Bericht wurde diesem Anspruch nicht gerecht. Wenn der Stadtrat aufzeigen kann, wo es punktuell mehr Handlungsspielraum braucht und wie dies im Rahmen einer Dienstabteilung mit entsprechender demokratischer Mitsprache umsetzbar ist, dann bieten wir dafür weiterhin gerne Hand.

# «Unsere Notfallstationen werden überrannt - und wir zahlen drauf»

 Tages-Anzeiger | 05.04.2024

Klinik-Chefs schlagen Alarm - Die Schweizer Kinderspitäler sind gut ausgelastet. Trotz Ansturm der Patientinnen und Patienten sei die Lage aber katastrophal, warnt ein Experte. Was ist zu tun?

**Roland Gamp und Oliver Zihlmann**

Los geht es jeweils am Morgen um 11 Uhr. «Ab dann läuft bei uns der Notfall voll», sagt Marco Fischer vom Basler Kinderspital. Leute mit einer Grippe reihen sich ein. Oder auch ein kleiner Patient mit einem eingewachsenen Zehennagel. «Das hat absolut nichts mit einem Notfall zu tun», sagt Fischer. «Aber die Leute sind heute ängstlicher, und es gibt auch ein gewisses Konsumverhalten: Sie gehen ins Spital wie zum Shopping.»

Fischer ist CEO des Universitäts-Kinderspitals beider Basel (UKBB). Dort werden immer mehr Notfallbehandlungen durchgeführt. Ähnlich sieht es in anderen Kinderkliniken in diesem Land aus. Trotzdem schreiben viele von ihnen rote Zahlen. Wie am Donnerstag bekannt wurde, muss der Kanton Zürich das Kinderspital mit einem Darlehen von 100 Millionen Franken retten. Obwohl auch dort die Zahl der Austritte seit der Corona-Pandemie angestiegen ist. Wie ist das möglich?

## Die ständige Angst vor etwas Schlimmerem

An einzelnen Standorten spielen jeweils Sonderfaktoren eine wichtige Rolle, zum Beispiel ein Neubau in Zürich. Doch es gibt einen Effekt, der bei allen Kinderkliniken negativ zu Buche schlägt: Es fallen immer mehr defizitäre Behandlungen an. Malte Frenzel, Kinderarzt und Geschäftsführer der Allianz der Schweizer Kinderspitäler (Allkids), stellt schon seit längerem die Tendenz fest, bereits bei Bagatellen ins Spital zu gehen. «Die Sorge um die eigene Gesundheit hat sich durch die Corona-Pandemie nochmals erhöht», sagt er. «Früher hatte man vor einer Grippe keine Angst.» Nach der Pandemie seien die Eltern aber unsicherer geworden. «Viele haben Angst, dass es etwas Schlimmeres sein könnte, das man sofort abklären muss.»

In Basel etwa liegt die Zahl der Notfallbehandlungen heute höher als vor der Corona-Zeit. Doch genau das führt zu Problemen. Denn je mehr ambulante Fälle die Kinderspitäler haben, desto mehr kommen sie ins Minus. Allkids hat über alle grossen Schweizer Kliniken eine konkrete Zahl berechnet: «Bei jedem Notfall entstehen im Durchschnitt 100 Franken an Kosten, die nicht gedeckt sind», sagt Geschäftsführer Frenzel. «Bei ambulanten Operationen fehlen pro Eingriff im Mittel über 1000 Franken.»

In Basel machte man so schon vor Corona rund 3,6 Millionen Franken Verlust im Jahr, allein mit den Notfällen. Dieses Defizit hat sich seit 2019 nochmals um 100'000 Franken erhöht - wegen der zusätzlichen Patienten. «Unsere Notfallstationen werden überrannt», sagt Fischer. «Und für jeden Fall zahlen wir drauf.»

Das Hauptproblem liegt laut Experten in einem veralteten Tarif für ambulante Leistungen. Dieser macht nicht nur Kinderspitälern zu schaffen. Am Sonntag warnten drei CEOs von Kantonsspitalern vor drohenden Konkursen, weil immer mehr Leistungen nachgefragt werden, bei denen sie pro Fall draufzahlen. Das betrifft vor allem den ambulanten Bereich - und da ist die Nachfrage schweizweit enorm gestiegen.

Die Zahl der ambulanten Patientinnen und Patienten in den allgemeinen Krankenhäusern stieg zwischen 2016 und 2022 um 33 Prozent, wie Daten des Bundesamts für Statistik belegen. Zum Vergleich: Die Schweizer Bevölkerung wuchs in dieser Periode lediglich um 5 Prozent.

## «Die Lunte brennt schon. Sie ist einfach lang.»

«Die Unterfinanzierung bei den ambulanten Leistungen ist für die Spitäler katastrophal», sagt Gesundheitsökonom Heinz Locher. «Die Lunte brennt schon. Sie ist einfach so lang, dass wir gar nicht bemerken, wie ernst die Lage ist.»

Gerade für die Kinderspitäler sei diese Entwicklung noch schwieriger als bei Erwachsenen, erklärt Marco Fischer vom UKBB. «Kinder versucht man ja möglichst immer ambulant zu behandeln und mit den Eltern wieder nach Hause zu schicken», sagt der CEO. Dies spiegelt sich auch in den Zahlen. «Wir hatten letztes Jahr 113'000 ambulante Behandlungen, aber nur 6000 stationäre Patienten. Gleichzeitig kam nur ein Drittel des UKBB-Umsatzes aus dem ambulanten Bereich.»

Wenn man die Subventionen der Träger abziehe, oft zum Beispiel die Kantone, dann seien alle Kinderspitäler in der Schweiz defizitär, sagt Malte Frenzel. Und letztes Jahr habe sich die Lage praktisch überall weiter verschärft. «2023 fällt bei uns erneut schlechter aus als das Jahr davor», sagt CEO Fischer. «Und wir haben auch 2024 wieder ein happiges Defizit budgetiert.»

Warum die Behandlungen bei Kindern besonders defizitär sind, erklären Frenzel und Fischer mit drei konkreten Beispielen:

Leistungen für Kinder werden zum Teil gleich hoch vergütet wie für Erwachsene. Zum Beispiel die Untersuchung im sogenannten Magnetresonanztomografen. Bei Erwachsenen gehe diese Untersuchung «wie am Fließband», sagt Fischer. «Ein Patient zieht sich in der Kabine aus, der zweite ist schon in der Röhre, der dritte zieht sich bereits wieder an.» Bei einem Kind ist das undenkbar. «Sie müssen ihm den Apparat erst mal erklären, es motivieren, ruhig zu liegen», sagt der Spital-CEO. «Das klappt oft nicht beim ersten Mal, häufig braucht es eine Sedation.» Im Vergleich zu Erwachsenen falle mehr Zeit an, mehr Personal. «Aber für all das kriegen Sie die genau gleiche Abgeltung wie bei einem Erwachsenen.»

Die bezahlte Zeit für Konsultationen in der spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin ist limitiert. Maximal 20 Minuten vergüten die Kassen im Normalfall, bei Kindern unter sechs Jahren oder bei komplexen Fällen 30 Minuten. «Aber bei uns dauern die Konsultationen oft 60 Minuten oder länger», sagt Malte Frenzel. Das Spital führe die Leistung natürlich trotzdem durch, schliesslich habe man einen Versorgungsauftrag. «Den Teil, der über die 20 oder 30 Minuten hinausgeht, müssen wir dann auf Kosten des Spitals übernehmen.»

Seltene Krankheiten, die nur 5 von 10'000 Menschen betreffen, werden besonders häufig bei Minderjährigen diagnostiziert. «Auch die Erstbehandlung findet in der Regel im Kindesalter statt», sagt Fischer. Wenn man den Notfall ausklammere, so habe man am UKBB etwa bei einem Drittel aller ambulanten elektiven Fälle eine seltene Krankheit. Das könnten Fehlbildungen sein, Stoffwechselerkrankungen, Immundefekte. Fälle, für die es keine Standardbehandlungen gibt. «Bei der seltenen Krankheit brauchen Sie ein vertieftes Aktenstudium, mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit», sagt Fischer. «Was man da alles leisten muss, ist viel intensiver, als es die Tarife vorsehen.»

Laut den Krankenkassen ist eine hohe Behandlungsqualität gerade in der Kindermedizin eminent wichtig, wie es beim Branchenverband Santésuisse heisst. «Genau deshalb gelten Sonderregeln für die Behandlung von Kindern, die sicherstellen, dass mehr abgerechnet werden kann als bei der Behandlung von Erwachsenen», sagt Direktorin Verena Nold. Bei stationären Spitalaufenthalten etwa seien die Pauschaltarife für Kinder erst kürzlich verbessert worden. «Im ambulanten Bereich ist die Kindermedizin

ebenfalls bessergestellt.» Beispielsweise könne bei Konsultationen mehr Zeit abgerechnet werden als bei Erwachsenen, so Nold.

Ganz allgemein befürchtet Nold, dass sich die Spitäler gerade auch in der Kindermedizin mit gross angelegten Investitionen etwa in Form von teuren Neubauten finanziell übernommen haben. «Es darf nicht sein, dass dafür die Versicherten aufkommen müssen.»

Santésuisse hat zusammen mit dem Spitalverband H+ ambulante Pauschaltarife ausgearbeitet, welche die Abgeltung der Leistungen für Kinder noch genauer abbilden sollen. Zudem wurde ein neuer ambulanter Tarif («Tardoc») geschaffen. Allerdings treten diese beiden Instrumente frühestens 2025 in Kraft.

## Die Hoffnung auf ein Treffen mit der Bundesrätin

Die von Santésuisse angesprochenen Verbesserungen im ambulanten Bereich betreffen laut Malte Frenzel vor allem Arztpraxen. Bei den Spitälern habe sich die Situation hingegen verschlechtert. Tardoc wiederum würde eine Verbesserung bedeuten, aber keine Kehrtwende, ergänzt Marco Fischer. Er rechnet aber nicht mit einer zeitnahen Einführung. Darum blickt er einem baldigen Treffen mit Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider entgegen und erhofft sich davon einen Schub für die laufenden Notfalltarif-Gespräche mit dem BAG.

Um ambulante Behandlungen aber insgesamt wirklich kostendeckend zu machen, bräuchte es die Einsicht der Krankenversicherer, dass man Kinder nicht wie kleine Erwachsene im Tarifsysteem abbilden kann. «Aber davor haben alle Angst», wie es der CEO ausdrückt, «weil dann die Tarife höher sein müssten.» Und das bedeutet: noch mehr Prämienanstieg.

### Eltern toben wegen langer Wartezeit

Der Anstieg der Notfallpatienten ist nicht nur finanziell ein Verlustgeschäft. Er ist auch eine Belastung für das Personal. «Die Stimmung im Notfall wurde viel rauer seit Corona», sagt Marco Fischer vom Basler Universitäts-Kinderspital. «Unser Personal musste sich immer mehr Beschimpfungen und sogar Drohungen anhören.»

Wegen des grossen Andrangs kam es zu Wartezeiten von bis zu vier Stunden. Viele Eltern hätten das nicht verstanden. Wenn zwei Pfleger sich über einen Fall austauschten, hätten manche gedacht, das sei eine Plauderstunde, und verlangt, dass sie stattdessen sofort ihr Kind behandeln. «Ich kann das auch verstehen», sagt Fischer. «Wenn man selbst mit Schmerzen auf dem Notfall wartet, kann man einfach auf die Zähne beißen. Aber zuzusehen, wie das eigene Kind leidet, ist sehr viel schwieriger.»

In der Corona-Zeit ist die Problematik dann eskaliert. Selbst erfahrene Pflegende haben gekündigt, weil sie mit der Aggression nicht mehr umgehen konnten. Die Situation wurde derart gravierend, dass das Spital einen Sicherheitsdienst einstellen musste. **(oz/rog)**

#### **Gleichen tags erschienen in**

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



# Argumente und Zahlen zur Kostenbremse-Initiative

 Tages-Anzeiger | 06.04.2024

9.Juni Wie würden sich bei einer Annahme die Krankenkassenprämien entwickeln?

**Markus Brotschi**

## Was fordert die Kostenbremse-Initiative?

Die Initiative der Mitte-Partei verlangt eine Kostenbremse für das Gesundheitswesen. Sie soll greifen, sobald die Gesundheitskosten stärker steigen als die Löhne. Dann müssten Behörden und die Akteure im Gesundheitswesen Massnahmen ergreifen, um die Kosten zu stabilisieren. Die Mitte argumentiert, ihr Vorschlag bekämpfe die Ursache der steigenden Prämien, nämlich die explodierenden Gesundheitskosten. Zudem würden dank der Kostenbremse auch die Prämien künftig nur noch moderat steigen. Die Prämientlastungs-Initiative der SP gehe die Ursache des Problems hingegen nicht an.

## Wie funktioniert die Kostenbremse?

Die genaue Ausgestaltung sowie die von Bund und Kantonen zu ergreifenden Massnahmen zur Kostensenkung werden im Initiativtext nicht näher ausgeführt. Die Einzelheiten müssten später im Gesetz geregelt werden. Die Akteure des Gesundheitswesens - Ärzteschaft, Spitäler oder Pharmaindustrie - müssen nach Annahme der Initiative mit den Krankenversicherern verbindliche Massnahmen vereinbaren, um die Kosten zu dämpfen. Gelingt ihnen das nicht und steigen die Kosten in einem Jahr stärker als die Löhne, müssen Bund und Kantone eingreifen.

## Wie wollen die Initianten sparen?

Nach Ansicht des Initiativkomitees könnten jährlich mehrere Milliarden Franken an Gesundheitskosten eingespart werden, ohne dass es zu Qualitätsverlusten kommt. Die Mitte bezieht sich bei dieser Behauptung auf eine Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften von 2019, die der Bund in Auftrag gab. Diese kam zum Schluss, dass durch Effizienzsteigerungen bis zu einem Fünftel der Grundversicherungskosten eingespart werden könnten. Dies entspricht einem jährlichen Betrag von bis zu 10 Milliarden. Einsparungen seien möglich, indem einerseits auf unnötige medizinische Behandlungen verzichtet werde. Andererseits würden heute für bestimmte Leistungen zu hohe Preise verlangt.

## Bis wann müssen die Ziele erreicht sein?

Der Initiativtext sagt nicht, in welcher Frist die Kosten auf das Niveau der Lohnentwicklung gedrückt werden müssen. Klar ist aber, dass bereits zwei Jahre nach Annahme der Initiative, also Mitte 2026, das Kostenwachstum überprüft wird. Liegt es dann mehr als 20 Prozent über der Entwicklung der Nominallohne und haben die Akteure im Gesundheitswesen keine Sparmassnahmen vereinbart, dann müssen Bund und Kantone eingreifen. Deren Massnahmen müssen ab 2027 zu wirken beginnen. Offen ist jedoch, ob die heutigen Kompetenzen des Bundes ausreichen, um eine wirksame Kostensenkung zu betreiben. Denn zuständig für die Gesundheitsversorgung sind in erster Linie die Kantone.

## Wie argumentieren die Initianten?

Die Gesundheit kostet uns heute über 38 Milliarden Franken pro Jahr. Weder Pharmaindustrie, Krankenkassen, Spitäler noch Kantone wollten sparen - das heutige System sei voller Fehlanreize. Mit der Kostenbremse-Initiative müssten endlich alle Akteure Verantwortung für die Kostenentwicklung übernehmen. In der Schweiz seien die Preise für Medikamente bis zu fünfmal höher als im Ausland. Zahlreiche Eingriffe würden immer noch stationär im Spital vorgenommen statt ambulant. Das Sparpotenzial könne ohne Qualitätseinbussen für die Patientinnen und Patienten realisiert werden.

## Wer sind die Gegner, und was sagen sie?

Alle Parteien ausser der Mitte, der Bundesrat sowie alle Verbände der medizinischen Leistungserbringer lehnen die Kostenbremse ab. Auch der Kassenverband Curafutura sagt Nein. Hauptargument ist die befürchtete Rationierung medizinischer Leistungen, die die Kostenbremse bewirken könnte. Der medizinisch gerechtfertigte Kostenanstieg liege über dem Wirtschafts- und Lohnwachstum, sagt der Bundesrat. Als Gründe dafür führt er die demografische Entwicklung sowie die medizinische Innovation an. Werde dies nicht berücksichtigt, könne es zu Leistungseinschränkungen und einer Zweiklassenmedizin kommen. Für die FDP läuft die Kostenbremse auf eine staatlich zentralisierte Steuerung des Gesundheitswesens hinaus.

## Parolenspiegel

	Prämien- initiative	Kosten- bremse- initiative
	✗	✗
	✗	✗
	✗	✓
	offen*	offen*
	✓	✗
	offen**	offen**
	✓	✗
	✓	Freigabe
Economie- suisse	✗	✗
Arbeitgeber- verband	✗	offen
Gewerbe- verband	✗	✗
Santésuisse	✗	✓
Curafutura	✗	✗

Diese Organisationen lehnen die Kostenbremseinitiative ab: Ärzteverbindung FMH, Haus- und Kinderärzte, Spitalverband H+, Verband der Pflegefachleute, Spitex, Apothekerverband

\* Parolenfassung am 27. April

\*\* Parolenfassung am 6. April

# La santé en un clic

 La Liberté | 05.04.2024

Le dossier électronique du patient est à la peine. Esquisse de quelques pistes pour le revigorer.

## Sevan Pearson

Santé Retard dans sa mise en œuvre, faible succès auprès de la population, critiques de la part du corps médical: peut-on encore sauver le dossier électronique du patient (DEP)? Dans un récent audit, le Contrôle fédéral des finances met en lumière les problèmes tout en esquisant quelques solutions. Parmi elles, davantage de centralisation.

## 1. Centraliser l'infrastructure technologique

Qu'est-ce que le DEP? C'est un instrument qui vise à ce que «toutes les informations pertinentes pour la santé puissent y être stockées numériquement et en toute sécurité», répond l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Prise de médicament, examens, diagnostics: le patient concerné décide quelles informations doivent figurer dans le dossier électronique. L'objectif: une meilleure coordination entre professionnels de la santé. A l'heure actuelle, il n'existe pas d'instance unique qui gère le DEP. Cette fonction est portée par sept communautés de référence (voir encadré). CARA est l'une d'elles et couvre les cantons de Fribourg, Vaud, Genève, du Valais et du Jura. Son secrétaire général, Patrice Hof, estime qu'une centralisation de l'infrastructure technologique au niveau de la Confédération est nécessaire. «Cette infrastructure serait mise à la disposition des différentes communautés cantonales et intercantionales qui couvrent déjà tout le territoire.» Mais pour le responsable, l'autonomie des cantons doit demeurer en raison de leur proximité avec les terrains sanitaires et cliniques. «La santé étant une compétence cantonale, une gestion et un accès décentralisés seraient cependant garantis grâce aux communautés.»

## 2. Le rendre attractif auprès des médecins

Centraliser permettrait de faciliter la résolution d'un autre problème: celui de l'interopérabilité entre les centaines de logiciels différents utilisés par le corps médical. «Il est nécessaire de définir des standards permettant de les interconnecter», insiste Philippe Eggimann, viceprésident de la Fédération des médecins suisses (FMH). Patrice Hof renchérit: «A l'heure actuelle, les systèmes informatiques des cabinets médicaux ne sont pas connectés au dossier électronique, ce qui rend son utilisation par les médecins trop coûteuse en temps et pas suffisamment attractive.» Sa proposition: une connexion directe au DEP, afin d'alléger la charge administrative des professionnels de la santé. «C'est la raison pour laquelle CARA a proposé à la Confédération d'introduire dans la loi un label «compatible avec le DEP» pour les logiciels de cabinet.» Les critiques ne sont cependant pas nouvelles. En mai 2023, le médecin et ancien conseiller national vert/libéral genevois Michel Matter dénonçait les problèmes du DEP dans la Revue médicale

suisse. «On s'y perd, tout comme les dizaines de millions d'argent public engouffrés depuis plus de dix ans. Inutile dans son format actuel, trop complexe, pas patient friendly, ni utilisateur-compatible, un gouffre en termes de temps et d'énergie à déployer», écrivait-il. Pour Philippe Eggimann, «il faut une démarche bottom up proche des utilisateurs plutôt que chercher à imposer une démarche volontariste top down».

## «Le Conseil fédéral propose d'introduire le consentement présumé dès 2028» - Patrice Hof

### 3. Mieux associer hôpitaux et EMS

Si une majorité d'hôpitaux a désormais rejoint le DEP, celui-ci «n'offre guère de valeur ajoutée», selon Anne-Geneviève Bütikofer, la directrice de la faîtière H+. Outre le manque de convivialité et d'interopérabilité évoqué plus haut, la responsable pointe un «travail administratif supplémentaire pour le personnel spécialisé des hôpitaux, qui n'est pas rémunéré. En ces temps de pénurie de personnel qualifié, les ressources humaines sont utilisées là où elles sont nécessaires.» Anne-Geneviève Bütikofer rejoint donc le point de vue de la FMH et de Patrice Hof sur la nécessaire compatibilité entre les systèmes. Mais elle souhaite également une obligation de raccordement pour tous les fournisseurs de prestations, y compris pour les médecins. Et une indemnisation du surcoût du travail pour les hôpitaux est nécessaire, selon elle. «Seules les communautés de référence bénéficient du financement transitoire (de 30 millions de francs, ndlr) accordé par le parlement», déplore la responsable. Quant aux établissements médicosociaux (EMS), ils sont censés avoir rejoint le DEP depuis le 15 avril 2022. «Comme pour les hôpitaux, tous les EMS n'ont pas encore satisfait à cette obligation», reconnaît Anna Jörger, collaboratrice scientifique chez CURA-VIVA, l'association de branche des prestataires de services pour les personnes âgées. Selon elle, la connexion hésitante des hôpitaux déstabilise également les EMS, «beaucoup plus petits et dotés en ressources informatiques nettement moins importantes». Elle pointe également le manque de personnel. Et surtout, une diffusion insuffisante du DEP au sein de la population.

### 4. Convaincre la population de l'adopter

Pour Patrice Hof, «convaincre la population est plus facile si la recommandation vient d'un professionnel de la santé. Or il faut que celui-ci soit lui-même convaincu!» Mais la nouvelle loi fédérale, qui était en consultation l'automne dernier, pourrait donner un coup de pouce au DEP. «Le Conseil fédéral propose d'introduire le consentement présumé dès 2028. En clair, sauf indication contraire, chaque personne serait dotée d'un DEP», résume le secrétaire général de CARA. Car à l'heure actuelle, seuls 47 000 dossiers électroniques ont été ouverts dans le pays. Quels sont les avantages pour le patient? Il est particulièrement utile lorsqu'une coordination entre différents professionnels de la santé est nécessaire. Simon Zurich, vice-président de la Fédération suisse des patients, juge ainsi qu'un médecin peut mieux adapter ses prescriptions de médicaments en tenant compte des autres remèdes que le patient prend déjà. Autre exemple: le DEP permet d'éviter de refaire les mêmes examens, ce qui contribue à des économies dans le domaine de la santé.

## Communautés de référence

Ce que l'on appelle les communautés de référence – au nombre de sept – sont des fournisseurs du dossier électronique du patient (DEP). «Ces associations proposent aux patients l'ouverture de leur DEP personnel, le gèrent, notamment les consentements et les déclarations de révocation, et veillent à ce que les patients aient accès à leurs données et puissent gérer les droits d'accès. Le tout dans le cadre légal», indique l'Office fédéral de la santé publique. Mais ce n'est pas tout. Les communautés de référence doivent garantir que les données soient accessibles via le DEP et que chaque traitement de données soit consigné. Elles proposent également des connexions au réseau du DEP pour les professionnels de santé. **SP**

---

## Pourquoi ouvrir un dossier?

Seitenzahl

3

Seitenzahl

Bericht

Posséder un dossier électronique du patient présente quelques avantages, selon Simon Zurich. Que doit faire une personne qui souhaite ouvrir un dossier électronique du patient (DEP)? «Le plus simple est qu'elle prenne contact avec sa communauté de référence», répond Simon Zurich, vice-président de la Fédération suisse des patients (FSP). Dans les cantons de Fribourg et de Vaud, cette communauté se nomme CARA. «Elle se charge ensuite des démarches.» L'Office fédéral de la santé publique rappelle que la procédure est gratuite pour le patient. De manière générale, Simon Zurich estime qu'ouvrir un DEP dès la naissance d'un enfant est une bonne chose. «Cela permettra au corps médical d'avoir un dossier complet. Chaque personne a intérêt à en avoir un, mais il est encore davantage indiqué pour celles ayant des maladies chroniques.» Pour le responsable, le dossier électronique du patient présente d'autres avantages. Il pourrait accroître les compétences en santé de la population. «A l'heure actuelle, les médecins ont un rôle central dans le partage d'informations auprès de leur patientèle. Avec le dossier électronique, chaque personne peut mieux suivre l'évolution de sa propre santé», argumente Simon Zurich. Il reconnaît cependant que certaines compétences sont nécessaires pour décrypter les informations. «Par conséquent, la FSP appelle à un rôle central des organisations de patients, afin que ces derniers puissent être accompagnés.» **SP**

---

## Le dossier électronique à la peine

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Retard dans sa mise en œuvre, faible succès auprès de la population, critiques de la part du corps médical: peut-on encore sauver le dossier électronique du patient? Dans un récent audit, le Contrôle fédéral des finances met en lumière les problèmes tout en esquissant quelques solutions. Parmi elles, davantage de centralisation. Explications.

**Gleichen tags erschienen in**

- Le Courier

# ZH – Krankenhäuser in der Krise

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 05.04.2024

Der Kanton Zürich muss ein Spital retten. Auch in anderen Kantonen sind die Einrichtungen in finanzieller Schieflage. Die wichtigsten Fragen und Antworten.

**Anna Kappeler, Maja Briner**

## Gleich zwei Zürcher Spitäler bitten den Kanton um Geld. Warum geht eines leer aus?

Es ist kein einfacher Morgen für die Zürcher Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli (SVP). Vor den Medien erläutert sie, warum das Spital Wetzikon leer ausgeht – trotz Hilferuf an den Kanton. Es ersuchte um ein Darlehen von 180 Millionen, die Regierung lehnt ab. «Das Spital Wetzikon ist nicht unverzichtbar», sagt Rickli. Andere Spitäler könnten die Leistungen ebenfalls erbringen, und Patienten könnten mit dem Privatverkehr innert 30 Minuten in die Notaufnahme eines anderen Spitals gelangen.

Noch habe das Spital Wetzikon die Chance, sich zu retten. Die Besitzer sind die Gemeinden, sie seien in der Verantwortung, nicht der Kanton. Noch funktioniere der Spitalbetrieb, doch selbst eine Schliessung wäre «verkraftbar», sagt Rickli im Gespräch mit CH Media.

## Warum rettet der Kanton Zürich das Kispi?

Die Zürcher Regierung ebenfalls um Geld gebeten hat das Kinderspital Kispi. Hier springt der Kanton ein, unter Auflagen. Und zwar mit 100 Millionen als verzinsliches Darlehen, das innert 25 Jahren amortisiert werden muss. Ricklis Begründung: «Das Kispi ist systemrelevant.»

Mit jährlich rund 8000 stationären Fällen behandelt das Kispi rund die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen im Kanton Zürich. Zudem ist es hochspezialisiert und dadurch auch für andere Deutschschweizer Kantone wichtig.

## Wie steht es um die Spitäler in anderen Kantonen?

Viele Spitäler schreiben rote Zahlen. Die Berner Insel Gruppe etwa vermeldete für letztes Jahr stolze 113 Millionen Franken Verlust. Zürich ist denn auch nicht der erste Kanton, der eingreift: Der Aargau musste letztes Jahr das Kantonsspital Aarau mit einer Finanzspritze in der Höhe von 240 Millionen Franken retten, der Kanton St. Gallen griff den Spitälern 2022 mit 163 Millionen unter die Arme. Und die Berner Regierung kündigte soeben an, dass sie einen 100 Millionen Franken schweren Sicherheitsschirm für die Spitäler aufspannen will.



Kurz: Es brennt an vielen Ecken. «Dieses Jahr werden die meisten Kantons- und Zentrumsspitäler in finanzielle Nöte kommen», prognostizierte Hugo Keune, CEO des Kantonsspitals Chur, kürzlich in der «Sonntags-Zeitung».

## Weshalb sind die Spitäler in finanziellen Nöten?

Das hat mehrere Gründe. Die Teuerung treibt die Kosten für die Spitäler in die Höhe. Auch die Personalkosten steigen, nicht zuletzt aufgrund des Fachkräftemangels. Laut einer PwC-Studie wuchs der Personal- und Sachaufwand der Akutspitäler 2022 um 4 Prozent.

Zudem ist das veraltete Tarifsystem Tarmed insbesondere im spitalambulantem Bereich nicht kostendeckend. «Das ist bei einer zunehmenden Verlagerung hin zu ambulanten Behandlungen ein sich zuspitzendes Problem», erklärt Tobias Bär, Sprecher der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).

Betroffen sind nicht alle Spitäler gleichermassen. Laut einer Analyse der KPMG ist die sogenannte Ebitda-Marge bei Allgemeinspitälern besonders tief. Das bedeutet vereinfacht gesagt: Die Einnahmen decken die Kosten im Schnitt nur knapp, der Spielraum für Investitionen ist klein. Besser sieht es bei Spezialkliniken aus.

## Was müsste sich ändern?

Der Spitalverband H+ fordert eine «umgehende Tarifierhöhung von 5 Prozent». Die Spitäler sollen also für ihre Leistungen mehr Geld erhalten. In den kommenden vier Jahren müssten die Tarife um insgesamt 15 Prozent angehoben werden, verlangt H+. Zudem soll die Teuerung in Zukunft in die Tarife miteinfließen.

Letzteres wird auch von der Gesundheitsdirektorenkonferenz gefordert. Eine Verbesserung brächte laut ihr zudem die Ablösung der veralteten Tarifstruktur Tarmed. Auch die Reform EFAS ist nach Ansicht der Zürcher Gesundheitsdirektorin Rickli wichtig. Dazu später mehr. Die Krux dabei: Eine Tarifierhöhung, wie sie H+ fordert, würde zu steigenden Kosten führen – auch für die Prämienzahlenden.

## Was sagen die Krankenkassen?

Der Krankenkassenverband Santésuisse sieht die Sache ganz anders als der Spitalverband. Tarifsuisse habe für das Kispri «in den vergangenen Jahren wiederholt höhere Tarife» vereinbart, schreibt Santésuisse. Es komme zudem der Verdacht auf, dass sich diverse Spitäler «mit gross angelegten Investitionen etwa in Form von teuren Neubauten» finanziell übernommen hätten. «Es darf nicht sein, dass Kosten für Prestigebauten sowie die übermässig fragmentierte Spitallandschaft durch die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler getragen werden müssen.»

## Was ist das Problem mit dem Tarifsystem Tarmed?

Weil der Tarif veraltet ist, werden gewisse Leistungen überbezahlt, andere hingegen zu wenig gut entgolten. Seit Jahren wird um eine Reform gerungen. Nun liegen zwei Lösungen auf dem Tisch, die sich ergänzen sollen: der Tardoc und ein System mit ambulanten Pauschalen. Derzeit prüft der Bund die beiden Gesuche. Ziel sei, dass der Bundesrat so rasch wie möglich die nächsten Schritte entscheiden könne, heisst es beim Bundesamt für Gesundheit.

## Was ist EFAS und was soll es bringen?

Die Gesundheitsreform mit dem Kürzel EFAS ist eine der wichtigsten der letzten Jahre. Ambulante und stationäre Leistungen sollen künftig einheitlich finanziert werden. Heute werden stationäre Behandlungen – also mit Spitalübernachtung – von Krankenkassen und Kantonen gemeinsam finanziert, ambulante Leistungen zu 100 Prozent von den Krankenkassen. Das führt zu Fehlanreizen. Das Parlament hat die Reform nach jahrelangem Hin und Her Ende 2023 verabschiedet. Allerdings gibt es Widerstand: Die Gewerkschaft VPOD sammelt derzeit Unterschriften für ein Referendum.

# Was ist bei den Spitälern los?

 Walliser Bote | 05.04.2024

Zürich hilft seinem Kinderspital aus. Auch in anderen Kantonen sind Spitäler in Schieflage. Die wichtigsten Fragen und Antworten.

## Warum rettet der Kanton Zürich das Kinderspital Kispi?

Die Zürcher Regierung um Geld gebeten hat das Kinderspital Kispi. Hier springt der Kanton ein, unter Auflagen. Und zwar mit 100 Millionen als verzinsliches Darlehen, das innert 25 Jahren amortisiert werden muss. Ricklis Begründung: «Das Kispi ist systemrelevant.»

Mit jährlich rund 8000 stationären Fällen behandelt das Kispi rund die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen im Kanton Zürich. Zudem ist es hochspezialisiert und dadurch auch für andere Deutschschweizer Kantone wichtig.

## Wie steht es um die Spitäler in anderen Kantonen?

Viele Spitäler schreiben rote Zahlen. Die Berner Insel Gruppe etwa vermeldete für letztes Jahr stolze 113 Millionen Franken Verlust. Zürich ist denn auch nicht der erste Kanton, der eingreift: Der Aargau musste letztes Jahr das Kantonsspital Aarau mit einer Finanzspritze in der Höhe von 240 Millionen Franken retten, der Kanton St.Gallen griff den Spitälern 2022 mit 163 Millionen unter die Arme. Und die Berner Regierung kündigte soeben an, dass sie einen 100 Millionen Franken schweren Sicherheitsschirm für die Spitäler aufspannen will.

Kurz: Es brennt an vielen Ecken. «Dieses Jahr werden die meisten Kantons- und Zentrumsspitäler in finanzielle Nöte kommen», prognostizierte Hugo Keune, CEO des Kantonsspitals Chur, in der «Sonntags-Zeitung».

## Weshalb sind die Spitäler in finanziellen Nöten?

Das hat mehrere Gründe. Die Teuerung treibt die Kosten für die Spitäler in die Höhe. Auch die Personalkosten steigen, nicht zuletzt aufgrund des Fachkräftemangels. Laut einer PwC-Studie wuchs der Personal- und Sachaufwand der Akutspitäler 2022 um 4 Prozent.

Zudem ist das veraltete Tarifsystem Tarmed insbesondere im spitalambulanten Bereich nicht kostendeckend. «Das ist bei einer zunehmenden Verlagerung hin zu ambulanten Behandlungen ein sich zuspitzendes Problem», erklärt Tobias Bär, Sprecher der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).

Betroffen sind nicht alle Spitäler gleichermassen. Laut einer Analyse der KPMG ist die sogenannte Ebitda-Marge bei Allgemeinspitälern besonders tief. Das bedeutet vereinfacht gesagt: Die Einnahmen decken die Kosten im Schnitt nur knapp, der Spielraum für Investitionen ist klein. Besser sieht es bei Spezialkliniken aus.

## Was müsste sich ändern?

Der Spitalverband H+ fordert eine «umgehende Tarifierhöhung von 5 Prozent». Die Spitäler sollen also für ihre Leistungen mehr Geld erhalten. In den kommenden vier Jahren müssten die Tarife um insgesamt 15 Prozent angehoben werden, verlangt H+. Zudem soll die Teuerung in Zukunft in die Tarife miteinfließen.

Letzteres wird auch von der Gesundheitsdirektorenkonferenz gefordert. Eine Verbesserung brächte laut ihr zudem die Ablösung der veralteten Tarifstruktur Tarmed. Auch die Reform EFAS ist nach Ansicht der Zürcher Gesundheitsdirektorin Rickli wichtig. Dazu später mehr. Die Krux dabei: Eine Tarifierhöhung, wie sie H+ fordert, würde zu steigenden Kosten führen – auch für die Prämienzahlenden.

## Was sagen die Krankenkassen?

Der Krankenkassenverband Santésuisse sieht die Sache ganz anders als der Spitalverband. Tarifsuisse habe für das Kispi «in den vergangenen Jahren wiederholt höhere Tarife» vereinbart, schreibt Santésuisse. Es komme zudem der Verdacht auf, dass sich diverse Spitäler «mit gross angelegten Investitionen etwa in Form von teuren Neubauten» finanziell übernommen hätten. «Es darf nicht sein, dass Kosten für Prestigebauten sowie die übermässig fragmentierte Spitallandschaft durch die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler getragen werden müssen.»

### Gleichen Tags erschienen in

- Bote der Urschweiz

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# Prévoir et prévenir la future pandémie de la «maladie X»

 Tribune de Genève | 08.04.2024

Santé - Les scientifiques de l'IRD ont établi les conditions d'émergence des futures épidémies après le Covid-19.

**Rodolphe Gozlan et Marine Combe Institut de Recherche sur le Développement (IRD) Mathieu Nacher  
Université de Guyane Soushieta Jagadesh IRD**

Anticiper l'émergence de nouvelles maladies infectieuses est devenu l'un des défis majeurs de notre époque, comme nous l'a brutalement rappelé la pandémie de Covid-19. La question n'est pas tant de savoir «si» une prochaine pandémie va se produire, mais plutôt «quand». Pourrions-nous en détecter les signes avant-coureurs suffisamment tôt, afin de ménager aux agences de santé et aux structures étatiques un temps d'avance pour mettre en place une réponse adaptée?

Pour y parvenir, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a dressé une liste de maladies présentant un risque de santé publique à grande échelle, en raison de leur potentiel épidémique et de l'absence - ou du nombre limité - de traitements ou de mesures de contrôle.

Si la majorité des affections répertoriées sur cette liste est déjà connue (Ebola, Zika, MERS, etc.), on y trouve aussi une mystérieuse «maladie X». Causée par un nouvel agent pathogène, cette hypothétique mais probable «maladie X», encore inconnue, pourrait engendrer une grave épidémie internationale, pour laquelle l'OMS appelle à se préparer.

Peut-on vraiment espérer deviner quels microbes pourraient nous menacer, quand la majorité d'entre eux sont encore inconnus des scientifiques? À défaut de pouvoir lire l'avenir, le passé est riche d'enseignements. Des travaux avaient en effet mis en évidence, avant la pandémie de Covid-19, le risque lié aux coronavirus circulant en Chine et en Asie du Sud-Est. Tour d'horizon des risques.

«Le nombre de grandes épidémies a été multiplié par plus de dix entre 1940 et aujourd'hui.»

Qu'elles soient dues à des virus, des bactéries, ou des parasites, ces dernières décennies, plus de sept maladies infectieuses émergentes sur dix étaient d'origine animale (on parle de zoonoses). Ces épidémies peuvent être causées par un agent pathogène jusqu'alors inconnu, ou par un pathogène déjà répertorié qui se serait modifié pour donner naissance à un nouveau variant.

L'étude et la détection des zones les plus à risque sont difficiles. Mais des études montrent que l'émergence des maladies zoonotiques est étroitement liée aux paysages modifiés par l'homme. Par conséquent, les principaux moteurs des maladies infectieuses émergentes sont les processus écologiques, les modifications du paysage, les changements dans les écosystèmes aquatiques, la déforestation et la reforestation.

## Trois grandes familles de virus

S'il faut garder à l'esprit que certaines bactéries pourraient être responsables de l'émergence de maladies, entre 2020 et 2024, ce sont principalement des virus qui ont été responsables de flambées épidémiques majeures. Les virus, et en particulier ceux à ARN, ont un pouvoir d'émergence important: la petite taille de leur génome, la simplicité de leur code génétique ou la taille de leurs populations composée de milliards de variantes virales résultant de mutations.

Notre passé récent nous a appris que les virus non sexuellement transmissibles qui ont émergé au cours des dernières décennies appartenaient à trois grandes familles: les Filoviridae (Ebola, Marburg), les Coronaviridae (SARS-CoV-1 et SARS-CoV-2, MERS) et les Henipavirus (virus Nipah, virus de Hendra).

Il est donc probable que la «maladie X» sera liée à un virus appartenant à une de ces trois grandes familles. Il n'y a aucune certitude, mais au vu de l'expérience des dernières décennies, la probabilité qu'une maladie zoonotique émerge d'une famille de virus qui n'aurait encore jamais été impliquée dans des épidémies est relativement faible.

Son émergence sera plutôt liée à des familles de virus trouvées par le passé. Partant de ce constat, une approche «biogéographique» a déjà permis de prédire l'émergence de maladies infectieuses, ce qui témoigne de sa solidité. Concrètement, il s'agit dans un premier temps d'intégrer les informations concernant le milieu, la distribution des maladies infectieuses émergentes connues et leur environnement immédiat. Des modèles mathématiques permettent ensuite de mesurer le risque prédictif d'émergence de la «maladie X».

Les données proviennent de plusieurs sources: les températures maximales et minimales mensuelles, les précipitations et l'altitude, les changements d'utilisation des terres, la densité de la population humaine, les hôtes primaires et mammifères réservoirs.

En modélisant ces facteurs d'émergence, nous sommes en mesure d'identifier quels sont les critères environnementaux augmentant le plus significativement le risque d'émergence. Il suffit ensuite de passer en revue toutes les zones géographiques dans le monde où ces critères d'émergence sont présents pour espérer obtenir une cartographie des zones où la maladie X pourrait se développer.

Les altitudes élevées et les étendues d'eau peuvent jouer un rôle de barrières géographiques, en empêchant le déplacement des hôtes des virus. À l'inverse, des changements rapides du paysage comme la déforestation peuvent augmenter la probabilité de contact avec un hôte réservoir et favoriser l'émergence de microorganismes jusqu'alors inconnus de l'être humain.

## Biodiversité et climat jouent un rôle

L'augmentation de la température minimale a en général une influence directe sur l'émergence et la distribution des maladies émergentes. L'imprévisibilité des précipitations dues au changement climatique a aussi un effet indirect sur l'émergence de la maladie par le biais de changements soudains dans les habitats des mammifères réservoirs, de la perte de biodiversité et de la migration des petits mammifères.

La perte de biodiversité conduit à la disparition des prédateurs et à la migration des petits mammifères vers les habitations humaines. Par exemple, une diminution de prédateurs peut provoquer un déséquilibre du rapport prédateur-proie dans l'écosystème, entraînant une augmentation des réservoirs de virus tels que les micromammifères et ainsi la transmission de virus par des vecteurs de maladies tels que les tiques.

La moindre diversité des espèces et les interactions interspèces facilitent la propagation du virus vers des hôtes humains accidentels. Lorsque la biodiversité est importante, cette propagation est plus difficile: c'est ce que l'on appelle «l'effet de dilution».

En ce qui concerne les Filoviridae (Ebola, Marburg), nous avons observé que la température minimale et les précipitations étaient les prédicteurs significatifs des épidémies. Les émergences du virus Marburg sont par exemple corrélées positivement avec la température minimale, et négativement avec la température maximale. Pour le virus Ebola, c'est l'augmentation de la température minimale et les changements de la couverture terrestre induits par l'être humain qui favoriseraient l'émergence.

Cette dépendance spatiale de l'émergence de maladies infectieuses virales aux températures minimales est inquiétante. En effet, avec le changement climatique, l'augmentation des températures minimales nocturnes allonge la saison sans gel dans la plupart des régions de moyenne et haute latitude. L'ensemble de ces conditions pourraient donc favoriser l'émergence de la maladie X sous des latitudes plus larges.

Pour d'autres familles de virus comme les Coronaviridae, on observe une influence significative de la densité de population et des changements d'occupation du sol sur la distribution des points chauds d'émergence. Dans d'autres cas, comme pour les Henipavirus, l'altitude semble jouer un rôle négatif alors que l'augmentation des changements du paysage induit par l'être humain et les précipitations moyennes favoriseraient leur émergence.

## Particularités géographiques

Le nombre de grandes épidémies a été multiplié par plus de dix entre 1940 et aujourd'hui. Toutes ont été causées par un pathogène ayant émergé des continents africain et asiatique, et ce malgré le fait que des flambées épidémiques localisées se produisent régulièrement sur l'ensemble du globe. L'Ouganda et une partie de la Chine sont des régions du monde où les conditions socio-environnementales et climatiques pour l'émergence de la maladie X sont réunies.

### L'avenir se joue à Genève

Les pays membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont passé les deux dernières années à rédiger une ébauche d'accord international sur la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies. Mais les positions restent très éloignées sur l'équité en matière d'accès aux vaccins et la surveillance des agents pathogènes. Après deux semaines de discussions, les négociateurs se sont quittés juste avant les fêtes de Pâques sans résoudre leurs différends. Le temps presse, si un texte doit être adopté par les 194 États membres de l'OMS lors de leur assemblée annuelle qui débutera le 27 mai. **AFP**



Le Covid-19 a servi d'alerte. Une pandémie mondiale peut à nouveau survenir. ANDY WONG/AP





# Ewiges gesundes Leben ist ein falsches Versprechen

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 08.04.2024

Langlebigkeitsforscher können uns erklären, warum und wie unsere Zellen altern. Wir wollen lange gesund leben. Das zusammen ist ein Nährboden für zahlreiche Verheissungen. Wir dürfen nicht allen trauen.

## Stephanie Lahtz

Zum Frühstück ein Schälchen gedämpften Brokkoli, Tee mit Taurinpulver und ein Glas Multivitaminsaft. In der Mittagspause steht der Besuch beim Therapeuten des Vertrauens an, und es gibt eine halbe Stunde hyperbaren Sauerstoff. Danach eine Handvoll Heidelbeeren und eine Kollagenkapsel. Abends steht ein Teller Zwiebel-Bohnen-Eintopf auf dem Tisch, garniert mit Mikronährstoffen für die Darmgesundheit. Und irgendwann dazwischen wird die tägliche Sporteinheit absolviert.

Für einen Langlebigkeitsjünger wäre das ein richtig guter Tag. Auch der Rest seiner Woche, ja des ganzen Jahres ist streng reglementiert. Nur die Pillen, Säfte und Sportarten variieren. Oberste Maxime beim Essen lautet: nicht mehr als 1500 Kalorien und nur spezielle Produkte. Es geht nicht mehr darum, unserem Körper und unserer Seele Gutes zu tun. Das Ziel lautet: sehr lange sehr gesund leben, mit allen verfügbaren Mitteln.

## Was beim Altern passiert

Die Suche nach dem Jungbrunnen ist fast so alt wie die Menschheit. Doch etwas ist jetzt neu: Zum ersten Mal seit Jahrtausenden wissen wir sehr viel darüber, was beim Altern in unseren Zellen und unseren Organen passiert. So sammeln sich im Erbgut oder in den Kraftwerken unserer Zellen irreparable Schäden an. Unglücklicherweise wird auch die interne Müllabfuhr zunehmend ineffizient. Salopp gesagt: immer mehr Sand im Getriebe. Zudem machen die Nachschubzellen schlapp, aus denen neue, intakte Organzellen gebildet werden, wenn die alten defekt sind. Somit verbleiben kaputte Zellen, im Fachjargon seneszente Zellen genannt, im Gewebe. Es bilden sich kleine Entzündungsherde.

Ein weiteres gravierendes Problem ist, dass sich vom Tag der Geburt an die Verpackung unseres Erbguts kontinuierlich verändert. Es ist, als ob in einer Stadt ständig Stopp- und Vorfahrtschilder willkürlich umgestellt werden. Somit ist der reibungslose Ablauf des Verkehrs, sprich der Stoffwechselforgänge, nicht mehr gewährleistet. Wir können nun in der Petrischale testen, welche Substanzen wo in die Prozesse eingreifen und ob sie sie verändern. Die grosse Hoffnung ist: Weil wir nun so viel verstehen über unsere Zellen, lassen sich auch Mittel und Wege finden, um die schlechten Prozesse aufzuhalten und die guten zu stärken.

## Siebzig ist das neue Fünfzig

Das Bedürfnis nach einem langen und gesunden Leben ist auch deshalb für immer mehr Menschen ein drängendes Thema, weil sich die durchschnittliche Lebenserwartung in den letzten 150 Jahren nahezu verdoppelt hat. Frauen in der Schweiz oder Deutschland haben heutzutage eine Lebenserwartung von mehr als 83 Jahren, Männer um die 80.

Wir möchten nun die vielen Jahre, die uns nach der Kinder- und Berufsphase verbleiben, so richtig geniessen. Eine mehrwöchige Kreuzfahrt oder Safari, Trekkingtouren in Nepal oder Golfkurse an der Algarve, das steht nun auf dem Wunschzettel vieler Senioren. Dazwischen wird sich kulturell weitergebildet, und diverse Sporthobbys werden gepflegt. Doch für all das müssen wir geistig und körperlich fit sein bis ins vielzitierte hohe Alter. Geld für ein betriebsames Alter ist in unseren wohlhabenden Ländern ausreichend vorhanden. Also wollen wir uns auch das gesunde Alter dazu kaufen. Die derzeit beworbenen Langlebigkeitshilfen sind auch wahrlich nichts für kleine Geldbeutel. Denn sowohl die vielen einzelnen Produkte und Therapien als auch die empfohlenen Kombinationen sind keine Schnäppchen.

Gebaut auf Wissen und Wünschen, ist in den vergangenen Jahren ein regelrechter Hype um die Langlebigkeit, neudeutsch Longevity, entstanden. Es gibt Gigabytes an Informationen und Regalmeter an Ratgebern für den richtigen Tagesablauf für ein langes, gesundes Leben. Konferenzen und Therapiezentren präsentieren neueste Produkte und Ideen. Kein Resort für Detox kommt ohne Longevity-Anleitungen für den besten Lebensstil inklusive entsprechender Mittelchen aus. Ökonomen gehen davon aus, dass Menschen in den kommenden Jahren mehr als 30 Milliarden Dollar ausgeben werden für Longevity-Produkte und den entsprechenden Lebensstil.

Angeheizt wird die Suche nach dem modernen Jungbrunnen durch zahlreiche Risikokapitalgeber und Investoren, unter ihnen auch viele Silicon-Valley-Grössen. Jeff Bezos, Sam Altman, Mark Zuckerberg, Peter Thiel und andere investieren in ein Startup zur Erforschung neuer Produkte und Therapievarianten für ein langes und gesundes Leben. Vermutlich nur Zufall: Viele der Investoren sind nicht mehr ganz tafrisch.

## Beweise stehen aus

Doch die schöne neue Longevity-Welt hat einen grossen Haken. Fast das ganze Wissen über Lebensstile oder Wirkungen von Substanzen gegen das Altern stammt aus Analysen mit Zellkulturen oder Tierversuchen. So wurde kürzlich gezeigt, dass der regelmässige Verzehr der Aminosäure Taurin Mäuse länger leben lässt. Erkenntnisse beim Menschen? Fehlannonce. Die Mäusestudien sind somit allenfalls ein Hinweis darauf, was Taurin beim Menschen bewirkt. Derzeit ist noch nicht einmal klar, was genau Taurin in den Zellen macht und warum es also das Altern verlangsamen könnte.

Auch wissen wir, dass Proteine namens Sirtuine in der Zelle wichtige Alterungsprozessen aufhalten. Sie sind zum Beispiel an Reparaturmechanismen beteiligt und fördern den Abbau kaputter Zellen. In der Schale roter Trauben, in Kakao, Kurkuma, Brokkoli oder Heidelbeeren sind natürliche Pflanzenstoffe enthalten, die Sirtuine in der Zellkultur aktivieren. Es ist also plausibel, dass solche Lebensmittel auch unsere körpereigenen Sirtuine stimulieren und so manche Altersprozesse zumindest verlangsamen. Nur: Das wurde beim Menschen noch nie gezeigt. Man kann diese Lebensmittel natürlich trotzdem essen, sie schaden ja nicht – ausser wenn man den Kakao in Form von massenhaft süsser Schokolade zu sich nimmt.

Nicht einmal die positive Wirkung all der Pulver, Säfte und Pillen mit Vitaminen und Spurenelementen ist wirklich bewiesen. Somit ist auch alles andere als sicher, dass sie wie behauptet das Altern verlangsamen. Zweifellos brauchen wir Vitamine genauso wie Spurenelemente. Doch wer sich abwechslungsreich ernährt, bekommt sie ohnehin.

In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass isolierte Vitamine in Pillen, Pulvern oder Säften, also ohne Gemüse oder Obst, oftmals kaum einen positiven Effekt auf unseren Körper haben. Offenbar benötigen wir die Traube oder die Tomate, damit unser Körper sich daraus das holt, was er braucht. Viele Präparate

machen also vor allem teuren Urin. Zudem weiss man, dass einige Stoffe, darunter die Vitamine E und A, vermutlich auch B3, in grösseren Mengen schädlich sind.

Ganz unerfreulich für die Longevity-Community sind auch Hinweise, dass eine Kalorienreduktion womöglich nur dann unser Leben verlängert, wenn jemand mit diesem Essensregime in jungen Jahren beginnt und es durchhält. Zwar haben Studien mit einer Vielzahl von Tieren ergeben, dass Kalorienreduktion das Leben der Tiere verlängert. Somit war es plausibel, anzunehmen, dass dies auch beim Menschen der Fall ist. Doch kürzlich kam eine Nachricht, die das nun infrage stellt. Denn Mäuse, die erst im letzten Drittel ihres Lebens mit der Diät starteten, lebten nur geringfügig länger. Offenbar ändert sich der Stoffwechsel im Laufe eines Mäuselebens so, dass Best Ager nicht mehr von einem Start der Kalorienreduktion profitieren. Welcher Tierstudie glauben wir nun – sprich welche Resultate zu Kalorienreduktion lassen sich auf den Menschen übertragen? Das kann derzeit kein Experte sagen.

Eigentlich wissen wir schon aus Jahrzehnten der Medikamentenforschung, dass längst nicht alle Mittel, die in Labortieren eine Krankheit heilen oder zumindest aufhalten, dies auch beim Menschen schaffen. Um es klar zu sagen: Wir wissen derzeit kaum etwas darüber, wie wir beim Menschen zielgerichtet und wirksam in all die Alterungsprozesse eingreifen können. Das hält aber keinen Longevity-Propheten davon ab, neue Produkte und Lebensstile zu propagieren.

Der Boom der Longevity-Produkte zeigt derzeit vor allem drei Dinge: Wie dringend wir uns ein langes und gesundes Leben wünschen. Wie hoch der Druck ist, auch in der zweiten Lebenshälfte superaktiv zu sein. Und wie wirksam wissenschaftliche Erkenntnisse über zelluläre Prozesse als Nährboden für das Marketing von letztlich unbewiesenen Versprechungen verwendet werden können. Gefährlich wird es, wenn nicht so fitten 70-Jährigen dereinst vorgeworfen wird, schuld am eigenen Verfall zu sein.

Wir wissen derzeit kaum etwas darüber, wie wir beim Menschen zielgerichtet und wirksam in all die Alterungsprozesse eingreifen können.

# Bummelnde Beamte oder gierige Pharma?

 SonntagsBlick | 07.04.2024

Bis zum BAG-Entscheid, ob ein neues Arzneimittel von der Krankenkasse übernommen wird, vergehen zuletzt im Schnitt 322 Tage: ein neuer Höchstwert. Die Ursachen sind umstritten.

## Thomas Schlittler

Die Abnehmspritze Wegovy, von einigen als «Wundermittel» glorifiziert, steht seit dem 1. März auf der «Spezialitätenliste» des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Damit wird die Arznei neu von der Grundversicherung übernommen.

Stark Übergewichtige, die mit Wegovy abnehmen wollen, mussten lange auf diesen Moment warten. Die Arzneimittelbehörde Swissmedic hatte dem Produkt des dänischen Konzerns Novo Nordisk die Zulassung zwar Mitte 2022 erteilt. Bis zum Segen des BAG dauerte es aber nochmals eineinhalb Jahre.

Wegovy sei kein Einzelfall, moniert die Pharmaindustrie. Auch bei anderen Präparaten dauere es häufig sehr lang bis zur Aufnahme in die Spezialitätenliste. «Die Zulassungsprozesse bei Swissmedic sind in den vergangenen Jahren deutlich schneller geworden. Die Aufnahme in die BAG-Spezialitätenliste dauert dagegen immer länger», sagt Ernst Niemack (58), Geschäftsführer der Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (Vips).

Niemack untermauert seine Kritik mit einer neuen Time-to-Market-Analyse, die sein Verband in Auftrag gegeben hat. Gemäss der Studie brauchte das BAG 2023 durchschnittlich 322 Tage, um den Preis für ein Medikament festzulegen und es in die Grundversicherung aufzunehmen. 2022 waren es erst 290 Tage, 2016 gar nur 178. Analysiert wurden Originalpräparate wie auch Generika, also Nachahmermedikamente.

Die Untersuchung stellt zudem fest, dass es dem BAG kaum gelinge, innert 60 Tagen einen Entscheid zu fällen – obwohl die Krankenpflege-Leistungsverordnung dies eigentlich vorsieht. «Das kann für Betroffene, die auf ein neuartiges Medikament warten, sehr belastend sein», so Vips-Geschäftsführer Niemack. Zudem sei der «zermürbende Aufnahmeprozess» gerade für kleine Biotech-Startups abschreckend, die sich auf wenige Medikamente spezialisiert hätten.

Das BAG hat für diese Kritikpunkte wenig Verständnis: «Im internationalen Vergleich geht es in der Schweiz sehr schnell, bis Patienten Zugang zu neuen Medikamenten erhalten», sagt Jörg Indermitte (48), Co-Leiter der Abteilung Arzneimittel Krankenversicherung.

Dies belegten nicht nur unabhängige Untersuchungen der Uni Zürich und der Eidgenössischen Finanzkontrolle, sondern auch des Dachverbands europäischer Pharmaverbände (Efpia). Indermitte: «Demnach ist die Schweiz die Nummer drei in Europa bei der Zeit zwischen Zulassung und Vergütung von neuen Medikamenten.»

Dass es manchmal sehr lange dauert, bis die Kosten für ein Arzneimittel von den Kassen übernommen werden, bestreiten aber auch die Behörden nicht. Das BAG sieht die Schuld dafür aber nicht bei sich selbst, sondern bei den Herstellern.

So zeige der Bericht der Finanzkontrolle, dass die Hersteller ihre Gesuche für den kleinen Markt Schweiz oft deutlich später einreichen als in anderen, grösseren Ländern Europas. Mehr als die Hälfte der Zeit zwischen Zulassung und Vergütung brauchten zudem die Pharmafirmen selber, wenn sie dem BAG verzögert antworten oder ihre Medikamente noch nicht verfügbar seien. «All diese Umstände wurden in den Berechnungen der Pharmabranche ausgeblendet», kritisiert Indermitte.

Was in den Zahlen der Pharmavereinigung ebenfalls keine Rolle spielt, seien die Konditionen, zu denen die Hersteller auf die Spezialitätenliste wollen. Sie seien aber zentral, so Indermitte: «Zu Verzögerungen kommt es am häufigsten dann, wenn Pharmafirmen überhöhte Preisforderungen stellen.»

Neben Wirksamkeit und Zweckmässigkeit neuer Medikamente untersuche das BAG die Wirtschaftlichkeit der Preise: «Eine sorgfältige Prüfung ist wichtig. Die Krankenkassenprämien müssen für die Bevölkerung tragbar bleiben.» Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit – diese sogenannten WZW-Kriterien sind als Mantra bei der Zulassung neuer Medikamente allgegenwärtig.

Allerdings ist die Pharmaindustrie überzeugt, dass der Bund bei der Abwägung dieser drei Werte das Gleichgewicht verloren habe. «Das Problem ist, dass das BAG Nutzen und Wirksamkeit eines neuen Medikaments zu wenig Beachtung schenkt», kritisiert Vips-Geschäftsführer Niemack. Stattdessen würden einseitig die Kosten in den Vordergrund gestellt.

Von ungefähr kommt die Konzentration des BAG darauf aber nicht: Die Medikamentenkosten pro versicherte Person sind in den letzten acht Jahren stark gestiegen, von 750 Franken pro Kopf im Jahr 2015 auf knapp 1000 Franken im Jahr 2023. Im Mehrjahresvergleich sind die Kosten für Medikamente damit stärker angestiegen als alle anderen Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

«Das BAG stellt einseitig die Kosten in den Vordergrund» - Ernst Niemack,  
Vereinigung Pharmafirmen

«Pharmafirmen stellen überhöhte Preisforderungen» - Jörg Indermitte,  
Bundesamt für Gesundheit

# Il Consiglio federale prescrive la sua ricetta: i controprogetti

 La Regione | 06.04.2024

## 'No' alle iniziative su premi cassa malati e costi sanitari

Troppo onerose, troppo rigide, di difficile applicazione. Questi i motivi che spingono il Consiglio federale a raccomandare la bocciatura delle iniziative popolari per premi meno onerosi (Ps), per un freno ai costi sanitari (Centro) e per l'integrità fisica (lanciata dagli ambienti 'no-vax'), in votazione il 9 giugno.

Le prime due – ha detto ieri a Berna davanti ai media la ministra della Sanità Elisabeth Baume-Schneider (Ps) – toccano un nervo scoperto del sistema sanitario: il persistente aumento dei costi e, di conseguenza, dei premi malattia, fenomeno in cima alla lista delle preoccupazioni della popolazione. Tuttavia, le iniziative non sono la giusta risposta. L'iniziativa per premi meno onerosi chiede che nessuno paghi più del 10% del reddito disponibile per i premi. La quota in eccesso verrebbe finanziata per almeno due terzi dalla Confederazione e per il resto dai Cantoni. Il governo la respinge per due motivi: sarebbe la Confederazione a sobbarcarsi la maggior parte dei sussidi; e non è previsto alcun incentivo per i Cantoni al contenimento dei costi della salute. Nel 2020, l'iniziativa avrebbe comportato costi aggiuntivi di 3,5-5 miliardi di franchi l'anno, ha fatto notare Baume-Schneider. La giurassiana ha paventato tagli in altri settori (agricoltura, esercito), o addirittura un aumento del prelievo fiscale, in caso di accettazione. Oltre a ciò, il maggior contributo della Confederazione ai sussidi potrebbe disincentivare i Cantoni dall'adottare correttivi per contenere i costi sanitari. Il controprogetto indiretto di governo e parlamento è «più equilibrato».

Prevede un aumento del contributo dei Cantoni ai sussidi stimato in 360 milioni, spronandoli – cosa che l'iniziativa non fa – a tenere sotto controllo i costi. L'importo che un Cantone deve stanziare per i sussidi dipende infatti dai costi sanitari del Cantone interessato. A nome dei Cantoni, Lukas Engelberger, consigliere di Stato di Basilea Città, ha ricordato che l'iniziativa provocherebbe oneri annui supplementari a loro carico per un miliardo. L'iniziativa popolare del Centro per un freno alle spese prevede che i costi sanitari non siano nettamente superiori all'incremento dei salari e alla crescita dell'economia. In tal caso, andrebbero adottate misure correttive. Stando a governo e parlamento, ha spiegato Baume-Schneider, l'iniziativa non tiene conto dell'invecchiamento della popolazione e del conseguente aumento dei malati cronici e di affezioni come il diabete e il cancro, nonché dei progressi della medicina. Una rigidità che potrebbe ripercuotersi sull'offerta sanitaria, col pericolo di limitare l'accesso dei pazienti alle cure. Anche qui c'è un controprogetto indiretto: prevede che il Consiglio federale fissi ogni quattro anni l'aumento massimo dei costi dell'assicurazione obbligatoria. Se i costi crescessero più di quanto concordato e in maniera ingiustificata, Consiglio federale e Cantoni dovrebbero esaminare la possibilità di adottare correttivi.

# Ein Gruss aus der sozialistischen Planwirtschaft - Kommentar

 Medinside | 06.04.2024

Unklare Ziele, diffuse Verantwortung, aber viel Bürokratie: Der Qualitätsartikel im KVG ist ein fehlkonstruiertes Monster.

## Gastbeitrag von Felix Schneuwly

Nicht nur in der Medizin ist die Qualität ein wichtiges Element, um den Preis einer Ware oder Dienstleistung zu beurteilen. Deshalb ist die Qualität seit Beginn im KVG verankert.

Leider werden aber in der Politik selten die Gründe gesucht, warum etwas nicht funktioniert. Bei Gesetzesrevisionen wird auch selten seriös geprüft, welche Wirkungen und Nebenwirkungen die geplante Revision haben könnte oder ob es Alternativen gäbe. Und das obwohl Regulierungsfolge-Abschätzungen obligatorisch sind.

Nach ein paar Jahren wird auch selten evaluiert, ob mit einer Regulierung konkrete Ziele erreicht wurden, falls überhaupt messbare Ziele definiert wurden.

Felix Schneuwly ist Head of Public Affairs beim Vergleichsdienst Comparis und Vizepräsident des Bündnisses Freiheitliches Gesundheitswesen. Zuvor war er unter anderem Delegierter für Public Affairs bei Santésuisse.

Die Antwort auf die Frage, warum denn die im KVG seit seiner Inkraftsetzung mehrfach verankerte Qualität der versicherten medizinischen Leistungen jahrelang toter Buchstabe blieb, ist einfach: Was in Sachen Qualität geschehen soll, war in Anhängen der Tarifverträge der Krankenversicherer mit den medizinischen Leistungserbringern zwar vereinbart worden, wurde aber nicht umgesetzt.

Niemand beanstandete die fehlende Umsetzung. Es nützt halt nichts, wenn Behörden Verträge genehmigen, die nur teilweise umgesetzt werden.

Die in den Tarifverträgen vereinbarten Tarife wurden bezahlt, ohne dass die in den Anhängen vereinbarte Qualität ausgewiesen wurde. Kein einziger Versicherer klagte beim Bundesverwaltungsgericht gegen die Nichterfüllung der vertraglich vereinbarten Qualitätsbestimmungen. Anstatt von den Tarifpartner zu verlangen, dass sie sich nicht bloss an die vereinbarten Tarife halten, sondern auch an die vereinbarte Qualität, verbürokratisierte das Parlament auf Antrag des Bundesrats die Qualität mit den umfangreichen Bestimmungen im KVG massiv.

## Ein Musterbeispiel

So ging es auch mit anderen toten Buchstaben im KVG. In den letzten Jahren wurde eine KVG-Revision nach der anderen durchs Parlament gepeitscht, ohne dass eine Mehrheit Evaluationen der vergangenen Revisionen und Regulierungsfolge-Abschätzungen verlangte, welche wissenschaftliche Anforderungen

erfüllen. Im Gegenteil: Der seitenlange Qualitätsartikel 58 a bis h des KVG ist ein Musterbeispiel überbordender Regulierungsbürokratie.

Anstatt – wie in der Medizin üblich – erwünschte Wirkungen und unerwünschte Nebenwirkungen zu überprüfen, hat der Bundesrat zehn Qualitätsziele für die Jahre 2021 bis 2024 und nun für 2025 bis 2028 die [gleichen Ziele noch einmal präsentiert](#) – ohne im Detail festzuhalten, wo man auf Kurs ist und wo noch nicht. So wie man dies sonst nur aus der sozialistischen Planwirtschaft kennt.

«Wer danach sucht, welche der zehn Ziele in welchem Masse erreicht worden sind, findet nichts.»

Und wie immer, wenn der Staat plant, braucht er dazu Geld. Der Bundesrat beantragt dem Parlament einen Verpflichtungskredit von 47 Millionen Franken, damit die ausserparlamentarische «Eidgenössische Qualitätskommission (EQK)» Projekte finanzieren kann, welche die Qualität der medizinischen Leistungen stärken und die Patientensicherheit fördern.

Wer auf der [Website der EQK](#) danach sucht, welche der zehn für die Jahre 2021-2024 und für 2024-2028 wiederholten Ziele in welchem Masse erreicht worden sind beziehungsweise was noch getan werden muss, findet nichts.

## Für eine Verknüpfung von Preis und Qualität

Noch viel problematischer als die staatliche Planwirtschaft mit den nicht messbaren Zielen ist die fehlende Abgrenzung der Zuständigkeiten von Bund und Kantonen. Die Kantone haben als Zulasser der medizinischen Leistungserbringer die gesundheitspolizeiliche Verantwortung, die Patientensicherheit sicherzustellen. Wer die Patientensicherheit gefährdet, darf Patientinnen und Patienten weder untersuchen noch behandeln.

«Weil die Behörden den Qualitätswettbewerb scheuen wie der Teufel das Weihwasser, ist auch nicht vorgesehen, dass bessere Qualität besser vergütet wird.»

Das hat nichts mit dem KVG zu tun. Das KVG garantiert die freie Wahl der medizinischen Leistungserbringer und muss folglich sicherstellen, dass die von den Kantonen zugelassenen medizinischen Leistungserbringer Qualitätsdaten veröffentlichen, die für die Versicherten verständlich sind, damit deren freie Wahl der Leistungserbringer kein Blindflug ist.

Das ist die Basis eines Qualitätswettbewerbs. Aber das Wort «Qualitätswettbewerb» kommt im KVG nicht vor. Weil die Behörden den Qualitätswettbewerb scheuen wie der Teufel das Weihwasser, ist auch nicht vorgesehen, dass bessere Qualität auch besser vergütet wird.

## Qualitätswettbewerb statt Qualitätsbürokratie

Mit dieser klaren Zuteilung der Zuständigkeiten an Bund und Kantone wäre auch eine kurze und klare Formulierung des Qualitätsartikels 58 im KVG möglich:

- Medizinische Leistungserbringer und Krankenversicherer vereinbaren in ihren Tarifverträgen für sachgerechte Tarife auch die Qualitätstransparenz beziehungsweise die unterschiedliche Qualität berücksichtigen. Die Qualitätstransparenz beinhaltet sowohl aktuelle nicht öffentliche Qualitätsdaten



der einzelnen Leistungserbringer, damit sie sich direkt mit gleichen Leistungserbringern vergleichen können, als auch aktuelle öffentliche Qualitätsdaten, die für Laien verständlich sind, damit Versicherte sich bei ihrer freien Wahl der Leistungserbringer auf für sie verständliche Daten stützen können.

- Leistungserbringer, welche die Anforderungen an die Qualitätstransparenz nicht erfüllen, verlieren ihr Recht, zu Lasten der sozialen Krankenversicherung abzurechnen. Leistungserbringer, die effizienter und qualitativ besser sind als andere, erhalten höhere Tarife.

Diese allgemeinen Bestimmungen könnten auch im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts. (ATSG) verankert werden, damit sie für alle Sozialversicherungen gelten.

# Ist die Kostenbremse Fluch oder Segen?

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 08.04.2024

Steigende Krankenkassenprämien: Am 9. Juni stimmt die Bevölkerung über die Initiative der Mitte-Partei ab.

Anna Wanner

## Warum verlangt die Mitte-Partei eine Kostenbremse im Gesundheitswesen?

Die Gesundheitskosten steigen stetig und mit ihnen die Krankenkassenprämien. Zum Vergleich: Die Kosten für die obligatorische Krankenversicherung sind gemäss Bundesrat in den letzten zehn Jahren um etwa 31 Prozent gewachsen, die Löhne um rund 6 Prozent. Die Prämien belasten die Versicherten zunehmend. Doch die Politik scheint kein nachhaltiges Rezept dagegen zu finden. Aus Sicht der Mitte ist das Problem indes erkannt: Die meisten Akteure des Gesundheitswesens haben gar kein Interesse daran, Kosten zu senken, weil sie heute gut daran verdienen. Nur eine Kostenbremse erzeuge den nötigen Druck, um ineffiziente oder überflüssige Behandlungen zu streichen, ist die Mitte überzeugt. Dabei könnten rund 6 Milliarden Franken ohne Qualitätseinbussen gestrichen werden.

## Wie soll die Kostenbremse genau funktionieren?

Im Grundsatz will die Mitte per Initiative die Gesundheitskosten an die gesamtwirtschaftliche Entwicklung und die durchschnittlichen Löhne koppeln. Die genaue Umsetzung überlässt die Partei allerdings dem Parlament. Einen Hinweis gibt es in der Übergangsbestimmung der Initiative: Steigen die Krankenkassenprämien pro versicherte Person zwanzig Prozent stärker als die Nominallöhne, müssen Bund und Kantone Sparmassnahmen fürs Folgejahr ergreifen.

## Welche Sparmassnahmen sind vorgesehen?

Das lässt die Initiative komplett offen. Die Mitte hat auf ihrer Website drei konkrete Vorschläge aufgelistet: Die Senkung der Medikamentenpreise soll zu Einsparungen von rund 400 Millionen Franken führen, durch ambulante statt stationäre Eingriffe könnte 1 Milliarde gespart werden und mit dem elektronischen Patientendossier nochmals 300 Millionen. Zudem verweist die Partei auf Sparvorschläge einer Expertengruppe.

## Was ist von diesen Vorschlägen zu halten?

Tatsächlich rufen diese Kritiker auf den Plan: Zwei von drei Vorschlägen befinden sich derzeit in Umsetzung. Das Offenlassen konkreter (und realistischer) Sparmassnahmen wird als Zeichen der Schwäche gewertet. Schlimmstenfalls als deren Grundübel: Das führe direkt in eine Rationierung von medizinischen Leistungen und eine Zweiklassenmedizin, warnen Kritiker. Zu ihnen zählen fast alle Parteien – ausser Mitte und EVP.

## Muss es so schlimm kommen?

Nein. Die Umsetzung ist unbestimmt. Dass Kürzungen ganz ohne Qualitätseinbussen möglich sind, ist aber unrealistisch. Auch der Bund warnt deswegen vor der Annahme der Kostenbremse-Initiative: «Es ist nicht auszuschliessen, dass medizinisch notwendige Behandlungen dann nicht mehr oder nicht mehr sofort durchgeführt werden könnten.»

## Trotzdem: Reformen sind schwierig. Ist der Druck nicht notwendig, um weiterzukommen?

Bundesrat und Parlament halten eine bessere Kostenkontrolle nicht per se für falsch. Sie lehnen aber den vorgeschlagenen Mechanismus ab: Er sei zu starr. Denn er vernachlässigt andere Faktoren wie die Alterung der Bevölkerung, den technischen Fortschritt in der Medizin sowie eine mögliche Wirtschaftskrise oder eine Pandemie. Die Kostenbremse ist rigide: Sobald die Gesundheitsausgaben überproportional steigen, müssen Kürzungen her. Das Parlament blieb nicht ganz untätig. Es entschied sich für ein besseres Monitoring der Kosten, das zu mehr Transparenz führt. So können Sparmassnahmen einfacher definiert werden, um bestimmte Kostenziele zu erreichen.

## Wie verbindlich ist das?

Bei den Kostenzielen handelt es sich um einen indirekten Gegenvorschlag. Sie treten in Kraft, wenn die Initiative an der Urne durchfällt. Die Verbindlichkeit ist beim Gegenvorschlag aber nicht gleich hoch: Die Behörden müssen zusammen mit den Akteuren des Gesundheitswesens alle vier Jahre neue Kostenziele festlegen. Eine Kommission überwacht die Kosten und empfiehlt Massnahmen bei ungünstiger Entwicklung.

## Wie viel Sparpotenzial besteht im Gesundheitswesen?

Darauf gibt es keine eindeutige Antwort. Die Frage ist, ob auch auf Leistungen und Qualität verzichtet werden soll. Eine Expertengruppe fand im Auftrag des Bundes 2017, dass rund 20 Prozent der Leistungen ineffizient sind oder keinen medizinischen Mehrwert bringen, sie könnten ohne Qualitätsverlust gestrichen werden.

## Und warum tut denn bisher niemand etwas dagegen?

Es gibt immer mal wieder Anläufe, um Fehlanreize oder eine Überversorgung anzugehen, beispielsweise mit neuen Tarifen. Anne Lévy, Direktorin des Bundesamts für Gesundheit, hat eben erst eine Initiative zum

Thema Überversorgung lanciert. Allerdings erklärte sie gegenüber dieser Zeitung auch, dass Ineffizienzen nicht so leicht zu belegen seien. Und wenn das doch einmal gelingt, wehren sich meist viele gewichtige Akteure gegen eine Änderung. Dadurch lässt sich das System nur schwer verbessern. Hier setzt genau die Initiative der Mitte an: Eine Kostenbremse würde den Druck auf Reformen erhöhen.

# Braucht es eine Kostenbremse für das Gesundheitswesen?

Seitenzahl  
4

Seitenzahl  
Bericht

Maya Bally und Thomas de Courten sind unterschiedlicher Meinung. Die Argumente im Direktvergleich.

## Pro

Es ist logisch, eine Kostenbremse im Gesundheitswesen löst keine Begeisterungstürme bei den Gesundheitsakteuren aus, und von den Gegnern werden Ängste geschürt bezüglich «Aushungerung» des Gesundheitswesens. Tatsache ist aber, dass wir im Gesundheitswesen noch einige Hausaufgaben zu leisten haben, die wir nicht ohne einen gewissen Druck anpacken.

Experten schätzen, dass bis zu 6 Milliarden eingespart werden können, ohne jeglichen Qualitätsverlust. Alleine mit E-Health-Lösungen sind rund 1,3 Milliarden Franken Kostenreduktion möglich. Zudem haben wir bezüglich Übermedikation und Mehrfachbehandlung nach wie vor zu viele Fehlanreize, und die gesamte Bürokratie im System ist zu hoch. Es muss auch erwähnt sein, dass wir uns nach wie vor eine enorm hohe Spitaldichte leisten, was übrigens auch bezüglich Fachkräfteproblematik nicht ganz unproblematisch ist. Als Politikerin darf ich dies zwar nicht sagen, ohne gleich «einen Kopf kürzer» gemacht zu werden.

Zudem besteht bei den Medikamentenpreisen und auch bei der Abgabe (4800 Tonnen Medikamente landen jährlich im Abfall!) eine langjährige Baustelle. Eine grosse Wirkung wird auch die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen zeigen, denn aktuell erfolgen nach wie vor zu wenige Eingriffe ambulant, weil es sich nicht lohnt. Es liegt an uns, das unsägliche Referendum des VPOD abzulehnen, sollte es zustande kommen.

Wenn alle Akteure zusammen Verantwortung übernehmen und sich auf Massnahmen bezüglich der genannten Themenkreise einigen, die Digitalisierung vorangetrieben wird und die Ambulantisierung voranschreitet, sparen wir Kosten ohne jeglichen Qualitätsabbau. Und genau dies will die Kostenbremse-Initiative, nicht mehr und nicht weniger.

Und ja, auch wir Konsumentinnen und Konsumenten müssen uns an der Nase nehmen und aufhören, zu glauben, wir könnten immer mehr fordern für weniger Kosten.

Um unser übrigens hervorragendes Gesundheitswesen intakt zu behalten, braucht es mehr Effizienz und weniger Fehlanreize. Es braucht keine Prämientlastungsinitiative, um Kosten nur umzulagern, es braucht gemeinsame Massnahmen und Anstrengungen wie mit der Kostenbremse-Initiative gefordert. Alles andere ist Vogel-Strauss-Politik.

## Maya Bally, Mitte-Nationalrätin

---

## Kontra

Die Kostenbremse-Initiative verlangt einen Kostendeckel für grundversicherte Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung. Steigen die Prämien mehr als die Löhne, müssen Bund und Kantone kostensenkende Massnahmen beschliessen. Welche das sein sollen, darüber schweigen die Initianten.

Ihr Ansatz ist also: Deckel drauf, wegschauen – und warten, bis es überkocht. Dabei weiss jedes Kind, das eine Milchpfanne auf den Herd stellt, dass die «Morerei» nach dem Überkochen noch grösser als vorher ist, das Problem überhaupt nicht gelöst und das Aufräumen noch aufwendiger wird. Mit einem «Deckel drauf!» lässt sich das Problem der steigenden Kosten im Gesundheitswesen nicht lösen. Es wird im Gegenteil verschlimmert.

Medizinische Leistungen würden rationiert, das Angebot eingeschränkt, die Qualität reduziert. Nur noch diejenigen, die es sich leisten können, hätten Zugang. Eine «Zweiklassenmedizin» wäre die Folge. Der Versicherungsschutz, den wir heute für alle kennen und den wir alle auch mit unseren Prämien teuer bezahlen, würde ausgehebelt.

Wir alle ärgern uns über die stark steigenden Prämien. Das Kostenwachstum hat Gründe, die wir benennen können: Wir werden alle immer älter. Chronische Leiden und Wohlstandskrankheiten nehmen zu. Der medizinische Fortschritt gibt auch bisher Unheilbaren neue Hoffnung. Es bestehen weiterhin noch sehr viele Fehlanreize, Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen im System. Es wird immer mehr reguliert und kontrolliert. Das volle Rundum-Sorglos-Paket ist für alle im Land verfügbar – selbst für jene, die erst seit kurzem hier leben und noch keinen Beitrag zur Finanzierung geleistet haben.

Der Handlungsbedarf ist unbestritten, die Ansatzpunkte sind benannt. Das Parlament hat deshalb einen indirekten Gegenvorschlag erarbeitet. Er tritt aber nur in Kraft, wenn die Initiative abgelehnt wird. Parallel ist das Parlament mit Kostensenkungspaketen an der Arbeit. Damit werden konkrete Fehlanreize korrigiert, Medikamentenpreise gesenkt und Leistungserbringer ebenso wie Krankenkassen in die Pflicht genommen. Wir brauchen im Gesundheitswesen umsetzbare Lösungen und mehr Wettbewerb. Damit wir alle auch in Zukunft bei Krankheit oder Unfall auf die bestmögliche Gesundheitsversorgung zählen können.

**Thomas de Courten, SVP-Nationalrat**

# Die Kostenbremse-Initiative auf einen Blick

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 08.04.2024

Am 9. Juni stimmt das Volk über die Mitte-Initiative zur Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen ab

## Hansueli Schöchli

Viele Bürger beklagen sich in Umfragen über die hohen Krankenkassenprämien. Diese Prämien spiegeln die hohen Kosten der Versicherungen für Gesundheitsleistungen. Von 2000 bis 2022 haben sich in der obligatorischen Krankenversicherung vor allem wegen des Mehrkonsums die Kosten pro Versichertem verdoppelt (plus 104 Prozent), und das Gleiche gilt für die mittlere Prämie (ebenfalls plus 104 Prozent). Die Schweizer Wirtschaftsleistung pro Einwohner hat im gleichen Zeitraum «nur» um nominal 36 Prozent zugelegt. Die starke Kostensteigerung im Gesundheitswesen liegt grösstenteils nicht an Preiserhöhungen für unveränderte Leistungen, sondern am laufenden Ausbau des Konsums in Form von mehr Behandlungen beziehungsweise an teureren Behandlungsmethoden. Die Volksinitiative der Mitte-Partei verlangt eine Kostenbremse.

Was das genau heisst, bleibt im Initiativtext offen. Laut dem Text regelt der Bund in Zusammenarbeit mit Kantonen, Krankenversicherern und Leistungserbringern die Kostenübernahme so, dass sich «mit wirksamen Anreizen die Kosten entsprechend der schweizerischen Gesamtwirtschaft und der durchschnittlichen Löhne entwickeln». Der Bund führe dazu «eine Kostenbremse» ein. Die Einzelheiten habe das Gesetz zu regeln.

Die Initianten wollen mit ihrem Vorstoss vor allem Spardruck ins Gesundheitswesen bringen, das bis anhin durch Fehlanreize für die meisten Akteure von den Ärzten über die Spitäler und die Kantone bis zu den Patienten geprägt ist. Denn mehr Leistungen heissen für die Anbieter mehr Umsatz, und die Patienten können einen Grossteil der Zusatzkosten an die Allgemeinheit (sprich: die Gesamtheit der Prämien- und Steuerzahler) abwälzen.

## Darum ist die Vorlage von Bedeutung

Der Kern liegt in den «Einzelheiten». Die erste Kernfrage: Wo liegt die Kostengrenze? Die erwähnte Messlatte einer Kostenentwicklung «entsprechend der Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen» ist unklar. Die Initianten betonten bei der Lancierung, dass die Gesundheitskosten weiterhin prozentual stärker wachsen dürften als die Löhne, aber «nicht massiv stärker». Einen konkreteren Hinweis liefert die Übergangsbestimmung des Initiativtexts: Wenn die Durchschnittskosten pro Versicherten in der obligatorischen Krankenversicherung zwei Jahre nach Annahme der Initiative über 20 Prozent stärker steigen als die Durchschnittslöhne, «ergreift der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen Massnahmen zur Kostensenkung, die ab dem nachfolgenden Jahr wirksam werden».

Dies hiesse: Wenn die Löhne zum Beispiel um 1 Prozent zulegen, aber die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung um mehr als 1,2 Prozent wachsen, muss der Bund nach Konsultation der Kantone wirksame Kostendämpfungsmassnahmen ergreifen. Das ist eine äusserst forsche Kostenschwelle. In den

vergangenen Jahrzehnten sind die Kosten in der Krankenversicherung meistens mehr als ein Fünftel stärker gewachsen als die Löhne. Von 2000 bis 2022 wuchsen die Kosten der Krankenkassen pro Versicherten um das Doppelte bis Dreifache der Löhne.

Die Kosten im Gesundheitswesen wachsen zum Teil «natürlicherweise» stärker als die Gesamtwirtschaft und die Durchschnittslöhne. Dies liegt am steigenden Wohlstand (der bis zu einem gewissen Grad die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen überproportional erhöht), an der Alterung der Gesellschaft sowie am technischen Fortschritt. Die breiten Fehlanreize im System liefern zudem den Humus, der die laufende Ausweitung der Leistungen erleichtert.

Der Bundesrat hatte 2021 als Gegenvorschlag zur Initiative die Festlegung eines jährlichen Kostenziels mit der Prüfung von Massnahmen bei Überschreitung vorgeschlagen. Laut dem Vorschlag gäbe es ausgehend von einem Kostenziel für die gesamte obligatorische Krankenversicherung zusätzlich Kostenziele für die einzelnen Bereiche und Kantone. Die Höhe der tolerierten Kostensteigerung würde jedes Jahr neu festgelegt. Das Parlament hat im Herbst 2023 eine Gesetzesänderung als Gegenvorschlag zur Initiative verabschiedet, dabei aber ein zentrales Element des Regierungsvorschlags herausgenommen: Es kippte die vom Bundesrat vorgesehene Verpflichtung zur Prüfung von Massnahmen beim Überschreiten der Kostenziele. Zudem mutierte die Vorgabe von jährlichen Kostenzielen zu einer Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen für die jeweils folgenden vier Jahre.

Der Gegenvorschlag sieht zudem auch die Einsetzung einer Kommission für die Überwachung von Kosten und Qualität vor. Bei Bedarf soll die Kommission dem Bund und den Tarifpartnern geeignete Massnahmen empfehlen. Bei einem Volks-Nein zur Kostenbremse-Initiative würde der Gegenvorschlag in Kraft treten, sofern es kein erfolgreiches Referendum dagegen gibt.

## Die Argumente der Befürworter

Für die Initiative kämpft vor allem die Mitte-Partei. Die Krankenkassen sind derweil gespalten. Der Branchenverband Santésuisse sprach sich nach anfänglich kritischer Einschätzung zuletzt für den Volksvorstoss aus, der Verband Curafutura lehnt ihn ab. Die Befürworter sehen die Initiative vor allem als starkes Signal an die Akteure im Gesundheitswesen zur Kosteneindämmung.

## Die Argumente der Gegner

Im Parlament hatten alle Parteien mit Ausnahme der Mitte die Volksinitiative abgelehnt. Massive Kritik kommt vor allem von gewichtigen Anbietern im Gesundheitswesen, namentlich den Verbänden der Ärzte sowie der Spitäler. Auch die Kantone lehnen die Initiative ab. Die Kritiker warnen vor Rationierung und vor einer Zweiklassenmedizin. Für Kritik sorgt auch das starre Kostendach in der Übergangsbestimmung, die Lohnentwicklung als ungenügender Vergleichsmaßstab sowie die Unklarheit darüber, was bei einem Überschreiten des Kostendachs passieren würde.



# Gesundheitspolitik an der Urne: Es ist Zeit, in den Spiegel zu schauen - Kommentar

 NZZ am Sonntag | 07.04.2024

Die Kosten umverteilen? Oder sparen? Im Juni hat das Stimmvolk die Gelegenheit, in der Gesundheitspolitik einen Grundsatzentscheid zu fällen. Seine Antwort wird auch zeigen, wie stark die Prämienlast wirklich drückt, schreibt Daniel Friedli

Schmerz ist oft relativ. Je nachdem, wo und von wem er einen trifft, tut er mehr oder weniger weh; das ist auf dem Spielplatz so, auf dem Fussballfeld – und im Gesundheitswesen. Die Pharmabranche etwa klagt in der Politik oft und laut, nur sie müsse mit «schmerzhaften Preissenkungen» zur Dämpfung der Gesundheitskosten beitragen. Wenn dann aber ein Branchenriese wie Novartis zu seinen Aktionären spricht, moduliert dieser Schmerz- zum Jubelschrei: «Starkes Jahresergebnis: Novartis steigert den Nettoumsatz um 10 Prozent, das operative Kernergebnis um 18 Prozent sowie die Margen», hiess es diesen Januar.

Und wie ist es mit dem Schmerz der Bevölkerung? Am 9. Juni stellt sich an der Urne die Frage, wie stark sie unter den Kosten des Gesundheitswesens leidet. Die Vorzeichen sind dabei ähnlich wie eben bei der Ausmarchung um die AHV: Linke und Gewerkschaften wollen die Last lindern, indem der Staat mit Milliardenbeiträgen die Prämienverbilligung aufstockt, und zwar so stark, dass niemand mehr als 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkasse ausgeben muss.

Die Mitte-Partei hält mit einem Versuch dagegen, die Kosten effektiv zu senken. Sie verlangt eine Kostenbremse, die den Bund dazu zwingt, bei zu hoher Kostensteigerung noch zu definierende wirksame Gegenmassnahmen zu erlassen. Bundesrat und Parlament lehnen beide Initiativen ab, sie haben dazu weniger weitgehende Gegenvorschläge verabschiedet. Im Februar gewann bei der AHV das Lager der Umverteiler, Herr und Frau Schweizer dürfen weiterhin mit 65 in Pension gehen und erhalten dabei künftig eine 13. AHV-Rente. Und im Juni?

Bis dato scheint auch das Schmerzempfinden der Bevölkerung relativ volatil zu sein. Fragt man sie allgemein, wo der Schuh drückt, nennt sie die hohe Prämienlast weit vorne. Legt man ihr aber konkrete Reformen vor, einen höheren Preis für die freie Arztwahl etwa oder die Schliessung von Spitälern, lautet die Antwort an der Urne oft: Nein danke. Dann gewichtet sie das Angebot meist doch höher als die Kosten. Und dies, obwohl die Gesundheitsausgaben stetig steigen, viel schneller als die Löhne und die Wirtschaftsleistung (nur der Kurs der Novartis-Aktie hält mit). Die Prämien für die Krankenkassen haben sich in 20 Jahren mehr als verdoppelt, und die derzeitigen Finanzprobleme der Spitäler sind ein Vorbote dafür, dass sie auch weiter stark steigen werden.

Bei allem Lamento also gilt es festzustellen: Das hohe Kostenwachstum ist gewollt oder wird zumindest in Kauf genommen. Natürlich steckt dahinter auch die Alterung und der medizinische Fortschritt. Ein grosser Teil aber erklärt sich schlicht durch das Verhalten von Politik und Gesellschaft: durch ein Gesundheitssystem, das Anreiz zum (Über-)Behandeln bietet, eine Bevölkerung, die diese Leistungen gerne und immer intensiver in Anspruch nimmt, und einen Politbetrieb, der viele Reformvorschläge im Keim erstickt.

Umso willkommener ist es, wenn Abstimmungsvorlagen dem Volk wieder einmal den Spiegel vorhalten und es sich überlegen muss: Wie viel ist uns die Gesundheit wert? Kriegen wir für den Preis genug zurück? Und wie verteilen wir im Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortung und Solidarität die wachsenden Kosten?

Dass die Linke mit ihrer Prämieninitiative bei dieser Verteilung ansetzt, ist logisch – und durchaus nachvollziehbar. Dieser Ansatz ist gewissermassen die Notwehr der kleinen Leute. Denn gegen die Wucht der Prämienanstiege kann sich der Einzelne ja nur beschränkt wehren, er kriegt die Rechnung dafür, was alle konsumiert haben. Nur hat die Initiative den Mangel, dass sie das Problem der Kosten ausblendet, ja sogar noch verschärft. Wenn der Staat die Prämien deckelt, sinkt der Anreiz, sich kostenbewusst zu verhalten und über höhere Franchisen oder besondere Versicherungsmodelle mehr Verantwortung zu übernehmen. Bei der Kostenbremse der Mitte ist umgekehrt völlig offen, was sie effektiv bringen wird. Immerhin erhöht sie den politischen Druck und zwingt die Akteure, das Thema anzupacken.

## Wie heftig schmerzen die Gesundheitskosten? So stark, dass es nötig ist, etwas gegen die Ursache zu tun? Oder nur so, dass es auch eine teure Schmerztablette tut?

Dass dabei noch Luft im System ist, zeigt sich vielerorts, etwa im Abfall. 4800 Tonnen Medikamente werfen die Schweizerinnen und Schweizer pro Jahr ungenutzt weg. Ein Milliardenbetrag verpufft, weil die Patienten ihre Präparate zu früh absetzen und die Packungen oft grösser sind als der Bedarf. Seit Jahren plätschert eine Debatte dahin, wie man dies ändern könnte. Nun, wo gewisse Medikamente knapp sind, zeigt sich, dass es auch anders geht: In der Not darf, ja muss man diese Arzneien plötzlich in kleineren Teilmengen abgeben.

Derlei Fehlanreize gibt es viele. Laut vielen Experten liessen sich 15 bis 20 Prozent der Gesundheitskosten schmerzfrei einsparen. Also müsste doch bei allen Diskussionen über Nutzen und Lasten des Gesundheitswesens die erste Frage lauten: Wie verbessern wir dieses System?

Wie stark schmerzen die Gesundheitskosten? So stark, dass es nötig ist, etwas gegen die Ursache zu tun? Oder nur so, dass es auch eine teure Schmerztablette in Form von Prämienverbilligungen tut, welche dieselben Kosten via Einsparungen oder Steuererhöhungen auf andere Rechnungen und Schultern umverteilt?

Die Abstimmung vom 9. Juni wird einen Hinweis geben. Was der Stimmbürger entscheidet, hat letztlich der Prämien- und Steuerzahler zu verschmerzen.

# Baume-Schneider im Milliarden-Marathon

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 06.04.2024

Die Rolle von Bundesräten vor Abstimmungen ist delikater – die Innenministerin versucht es mit korrekter Langeweile

**Fabian Schäfer, Bern**

Sie hat es so gewollt. Und ihre Bundesratskollegen liessen sie gewähren. Als Elisabeth Baume-Schneider Ende 2023 kundtat, sie wolle das Innendepartement übernehmen, da stand bereits fest, was sie erwartet: ein veritabler Abstimmungsmarathon, wie ihn wohl kaum je ein Bundesrat im ersten Jahr in einem neuen Departement bestreiten musste. Der Lauf ist lang und steil, die Bundesrätin rennt im Gegenwind und praktisch ohne Vorbereitung.

In den ersten neun Monaten muss sie drei direktdemokratische Stresstests bestehen. Sie betreffen praktisch alle schwierigen Themen, die ihr generell schwieriges Departement zu bieten hat: AHV im März, Krankenkassen im Juni, Pensionskassen im September. Bei allen Vorlagen geht es um ungewöhnlich viel Geld, bei allen muss die Sozialdemokratin gegen die eigene Partei antreten.

**Bei allen Vorlagen geht es um ungewöhnlich viel Geld, bei allen muss die Sozialdemokratin gegen die eigene Partei antreten.**

Den ersten Kampf hat Baume-Schneider verloren. Am 3. März wurde die Initiative für eine 13. AHV-Rente klar angenommen. Beim Streit um die Verbilligung der Krankenkassenprämien, über welche das Volk am 9. Juni entscheidet, droht laut ersten Umfragen die zweite milliardenschwere Niederlage. Und die Reform der Pensionskassen ist spätestens nach dem Ja zum AHV-Ausbau hochgradig absturzgefährdet.

## Abstimmungskampf ohne Kampf

Wird Baume-Schneider gleich drei Niederlagen einfahren? Und wenn ja: Würde es sie überhaupt stören? Zwar schwächt sie ihren ohnehin nicht sehr grossen Einfluss im Berner Politbetrieb, wenn sie drei wichtige Abstimmungen verliert. Aber persönlich dürfte es ihr ganz recht sein, wenn der Sozialstaat weiter ausgebaut wird. Was wiegt schwerer?

Am Freitag hat sie vor den Medien in Bern den Abstimmungskampf um die Gesundheitsvorlagen vom Juni eröffnet. Der Auftritt lässt erahnen, was von ihr in den Wochen bis zum Urnengang zu erwarten ist. Nicht nichts, aber auch nicht viel. Pflichtbewusst und korrekt hat Baume-Schneider erklärt, weshalb Bundesrat und Parlament die Initiative der SP ablehnen, ruhig und ausführlich las sie alle Argumente von ihrem Blatt ab. Sie vertrat die offizielle Position lupenrein kollegial, aber auch ohne besondere Überzeugungskraft.

Ganz ähnlich hat sie es in der Debatte um die AHV gemacht. Baume-Schneider ging in die «Arena», gab vereinzelt Interviews. Konflikten mit ihren Parteikollegen ging sie tunlichst aus dem Weg, lieber zeigte sie Verständnis auf alle Seiten, für arme Rentner ebenso wie für die Sorgen der Jungen. Sie agierte loyal bis zur Langeweile, wenn sie unermüdlich repetierte, weshalb «der Bundesrat» die 13. Rente ablehne. Angesichts ihrer parteipolitischen Herkunft war das Engagement respektabel, angesichts der Bedeutung

der Vorlage und der Intensität der Debatte bescheiden. Die Bundesrätin hat den Abstimmungskampf weniger bestritten, als über sich ergehen lassen.

Die Rechnung ist aufgegangen. Kaum jemand hat Baume-Schneider für das Resultat verantwortlich gemacht. Das dürfte auch mit seiner Deutlichkeit zu tun haben. Im Fall der Krankenkassenprämien könnte es knapper werden. Wenn sie auch diese Abstimmung verliert, ist mehr Kritik zu erwarten. Zu Recht?

## Sie dürfen nichts und sollen alles

Die Rolle von Bundesräten in Abstimmungskämpfen ist eine delikate Sache. Da sie von Amtes wegen viel Aufmerksamkeit und Vertrauen geniessen, können sie eine prägende bis dominierende Rolle spielen. Spektakuläre Beispiele sind der Kampf von Karin Keller-Sutter gegen die Konzernverantwortungsinitiative und die Kampagne von Alain Berset für seine Rentenreform 2020. Beide haben Gestaltungswillen und politischen Mut bewiesen, beide sind jedoch auch scharf kritisiert worden, weil sie weit gegangen sind. Das ist symptomatisch.

Überspitzt formuliert: Bundesräte dürfen im Vorfeld von Abstimmungen praktisch nichts und sollen alles. Die Erwartungen an sie sind fast so hoch wie die Schranken. Die Verfassung garantiert die freie Willensbildung. Das Gesetz legt fest, dass der Bundesrat das Volk sehr wohl über Abstimmungsvorlagen informieren muss, dies jedoch vollständig, sachlich, transparent und verhältnismässig. Das liest sich wie eine Anleitung zum politischen Eunuchentum.

Gleichzeitig hält aber dasselbe Gesetz fest, dass der Bundesrat eine Haltung vertreten darf, solange sie nicht von der des Parlaments abweicht. Die Widersprüche sind offensichtlich. Die vereinigten Sprachrohre der Departemente haben Leitbilder, Berichte und Gutachten publiziert. Doch letztlich bleibt vieles vage. Der Bundesrat selbst spricht in seiner jüngsten Stellungnahme zum Thema von einem «Spannungsfeld». Er muss informieren, darf aber keine Kampagne führen. Er muss objektiv sein, aber nicht neutral. Am Ende entscheidet jeder Bundesrat selbst, wie er den Spielraum nutzt, den ihm die unklaren Vorgaben lassen.

## Information Ja, Kampagne Nein

Die Grenzen sind nicht eindeutig, doch es gibt sie. Die Geschäftsprüfer des Nationalrats haben 2023 in einem Bericht Beispiele aus den letzten Jahren genannt, die aus ihrer Sicht zu weit gingen. Das Wirtschaftsdepartement von Guy Parmelin musste ein Video zurückziehen, das den Eindruck erweckte, ein Bioverband sei gegen die Pestizidinitiative.

Beim Kampf um die Konzernverantwortung gab es im Departement Keller-Sutter ein Konzept und Protokolle, wonach die Kommunikation der Bundesrätin «als Ergänzung zur überparteilichen Kampagne ausgerichtet war, um einen Meinungsumschwung beim Zielpublikum zu erreichen». Alain Berset wiederum musste sich vorwerfen lassen, dass im Fall des Filmgesetzes Informationen im Abstimmungsbüchlein unvollständig waren. Kommt hinzu, dass Berset generell relativ viel und offensiv via soziale Netzwerke für «seine» Vorlagen weibelte.

Realpolitisch ist der Fall klar: Bundesräte können sich vor Abstimmungen nicht vornehm zurückhalten. Die Erwartungshaltung sei grundsätzlich berechtigt, findet der Politologe Lukas Golder vom Forschungsinstitut GfS Bern: «Überzeugend zu kommunizieren, komplexe Vorlagen gut zu erklären und Mehrheiten zu schaffen, gehört zum Anforderungsprofil eines Bundesrats.» Dies gelte vor allem bei Referendumsabstimmungen über Vorlagen, die Bundesrat und Parlament selbst beschlossen hätten.

Bei Volksinitiativen sei eine grössere Zurückhaltung angezeigt. Doch auch hier müsse und solle sich der Bundesrat nicht aus der Verantwortung nehmen, vor allem dann nicht, wenn die Komplexität und der Aufklärungsbedarf gross seien. Golder findet, es sei legitim, Bundesratsmitglieder auch an ihren Abstimmungsergebnissen zu messen. «Ihren Einfluss sollte man aber nicht überschätzen.» Bei einem

knappen Ausgang könnten sie allenfalls ein paar Prozentpunkte ausmachen und damit den Ausschlag geben, mehr nicht.

## Fatale Fehler

Bitter für Bundesräte ist eine andere Diagnose: Wenn sie bei einer Abstimmung tatsächlich einmal den Ausschlag geben, dann nicht selten in die falsche Richtung. «Gerade weil Bundesräte eine herausragende Rolle spielen, können sie mit Fehlern wesentlich grösseren Schaden anrichten, als sie mit einer guten Kommunikation Vorteile herausholen können», sagt Golder. Das können unbedachte oder falsche Aussagen sein, ungeschickte Auftritte, dumme Sprüche. In der Hitze eines Abstimmungskampfs könnten sie einen landesweiten Aufschrei provozieren, der kurzfristig viele Gegner mobilisiere.

Dass 1994 die Alpeninitiative angenommen wurde, führen viele auf einen Auftritt von Adolf Ogi in der «Arena» zurück, der als arrogant empfunden wurde. Zum Absturz der Gripen-Kampjets 2014 dürften flapsige Aussagen von Ueli Maurer beigetragen haben.

Golder sieht noch einen zweiten Falltyp: Wenn der zuständige Bundesrat offen durchblicken lässt, dass er eine Vorlage à contrecœur vertritt, kann er sie damit ebenfalls gefährden. «Aber das ist schon lange nicht mehr vorgekommen», sagt Golder. «Bundesrätinnen und Bundesräte spielen ihre Rolle vor Abstimmungen nicht immer geschickt, aber meistens loyal.»

Ein Spezialfall verdeutlicht, welch enormen Einfluss das Bundesratsamt mit sich bringt – und wie wichtig Loyalität ist. Eveline Widmer-Schlumpf äusserte sich ein Jahr nach ihrem Rücktritt kritisch zur Unternehmenssteuerreform III. Die Vorlage stürzte ab. In der Nachbefragung nannten die Nein-Stimmenden als Referenzgrösse «auffallend oft» den Namen der Alt-Bundesrätin.

### Dreimal Gesundheitspolitik

Am 9. Juni kommen drei gesundheitspolitische Initiativen zur Abstimmung. Die Linke verlangt einen Ausbau der Prämienverbilligung: Kein Haushalt soll mehr als 10 Prozent des verfügbaren Einkommens für die Grundversicherung bezahlen. Den Rest müssten Bund und Kantone mit zusätzlichen Subventionen beitragen, was Kosten in Milliardenhöhe und allenfalls Steuererhöhungen bewirken würde.

Die Mitte-Partei hingegen will mit einer «Kostenbremse» bei den Ausgaben ansetzen. Wo und wie gespart würde, ist offen.

Die dritte Initiative fordert für Eingriffe in die körperliche und geistige Unversehrtheit ausnahmslos die Zustimmung der Betroffenen. Laut Bund wäre unklar, was dies für Polizei und Justiz hiesse. Bundesrat und Parlament lehnen alle Initiativen ab. **fab.**

# Die Prämienverbilligungs-Initiative wird sehr teuer

Seitenzahl  
29

Seitenzahl  
Bericht

Das Volksbegehren der SP hat Spielräume bei der Umsetzung – doch langfristig wäre mit enormen Mehrkosten zu rechnen

## Hansueli Schöchli

Steuererhöhung für die AHV, Steuererhöhung für die Armee: Beides wird nur schwer zu vermeiden sein. Und es geht weiter in diesem Takt. Am 9. Juni entscheidet das Volk über die Initiative der SP zum Ausbau der staatlichen Verbilligung der Krankenkassenprämien. Die Initianten richten mit der grossen Kelle an. Laut ihrer eigenen Schätzung bei der Lancierung des Vorstosses auf Basis von Zahlen für 2016 würde die Initiative zu jährlichen Mehrkosten für den Staat von 3,2 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr führen.

Der Bundesrat kam später aufgrund der Zahlen von 2020 auf jährliche Mehrkosten von 3,5 bis 5 Milliarden Franken. Die Kosten würden überdies von Jahr zu Jahr steigen. Am Freitag hat Gesundheitsministerin Elisabeth Baume-Schneider vor den Medien die früheren Schätzungen bestätigt.

## Ein Viertel ist subventioniert

Viel hängt indes von den Annahmen über die Umsetzung der Initiative ab. Die Initiative verlangt, dass künftig die Versicherten höchstens 10 Prozent ihres «verfügbaren Einkommens» für die Prämie der obligatorischen Krankenversicherung zahlen müssen; bei höheren Prämien müsste der Staat den Rest schultern.

2022 erhielt gut ein Viertel der Versicherten eine Prämiensubvention. Die Gesamtsumme der Verbilligung betrug rund 5,4 Milliarden Franken. Gut die Hälfte davon entfiel auf den Bund, den Rest zahlte die Kantone. Laut dem Initiativtext muss der Bund künftig mindestens zwei Drittel der gesamten Prämienverbilligung zahlen.

Die Volksinitiative ist von grosser Tragweite. Ähnlich wie die jüngst erfolgreiche AHV-Initiative wird die Prämienverbilligungs-Initiative auf Jahrzehnte hinaus jährliche Zusatzkosten von mehreren Milliarden Franken verursachen – und die Kosten pro Jahr würden mit zunehmender Dauer noch deutlich steigen. Auch hier geht es also um den Aufbau hoher Hypotheken für die künftigen Steuerzahler.

Die Kosten der Krankenversicherung dürften wegen des laufend zunehmenden Konsums von Gesundheitsleistungen auch künftig stärker wachsen als die Gesamtwirtschaft. Zu den Kostentreibern zählen die Alterung der Bevölkerung, die Zunahme des Wohlstands sowie der technische Fortschritt.

Von 2010 bis 2022 wuchs die Wirtschaftsleistung pro Einwohner im Mittel um nominal 0,9 Prozent pro Jahr, während die Bruttoleistungen der obligatorischen Krankenversicherung pro Versicherten um 2,7 Prozent pro Jahr zulegten – also 1,8 Prozentpunkte stärker als die Wirtschaftsleistung. Von 2015 bis 2023 lag die geschätzte Differenz im Mittel bei 1,2 Prozentpunkten pro Jahr.

Der Bund hat bei seinen Kostenschätzungen mit zwei Szenarien gerechnet: mit einer Steigerung der Krankenversicherungskosten pro Jahr von 1 Prozentpunkt beziehungsweise 2 Prozentpunkten über dem Wirtschaftswachstum (vgl. Grafik). Aufgrund diverser beschlossener Massnahmen ist künftig mit einer gewissen Kostendämpfung zu rechnen. Allerdings dürfte ein Erfolg der Prämienerbilligungs-Initiative die Sparanreize deutlich dämpfen. Auch die stärkere Integration der Pflegekosten in die obligatorische Krankenversicherung kann künftig einen Kostenschub bringen.

Selbst im optimistischeren der beiden Bundesszenarien wären die jährlichen Kosten enorm hoch – 7 bis 9 Milliarden Franken für 2030, mit einer mittleren Schätzung von gut 8 Milliarden. Davon gingen 6,5 Milliarden Franken zulasten des Bundes. Und auch nach 2030 würden die Kosten weiter steigen. Der vom Parlament beschlossene Gegenvorschlag zur Volksinitiative würde im optimistischen Szenario für 2030 «nur» Zusatzkosten von etwa 700 Millionen Franken bedeuten, und der ganze Betrag ginge zulasten der Kantone.

Doch der Text der Volksinitiative lässt einiges offen, so dass das Parlament in der Umsetzung Spielraum hätte. Ein erster Steuerungshebel ist die Bestimmung der massgebenden Prämie zur Berechnung der nötigen Prämienerbilligung. Die Bundesschätzung beruht im Einklang mit der Kostenschätzung der Initianten auf der Standardprämie: Das ist die Durchschnittsprämie für ein Versicherungsmodell ohne eingeschränkte Arztwahl und mit der minimalen Jahresfranchise von 300 Franken.

Die effektiv bezahlten Prämien liegen im Mittel deutlich unter der Standardprämie, weil über 80 Prozent der Versicherten ein Modell mit eingeschränkter Arztwahl beziehungsweise einer höheren Jahresfranchise haben. So beträgt 2024 die Standardprämie für Erwachsene (ab Alter 26) im Landesdurchschnitt rund 554 Franken pro Monat, während die mittlere Erwachsenen-Prämie bei «nur» etwa 425 Franken liegt.

Laut dem jüngsten Monitoring-Bericht des Forschungsbüros Ecoplan im Auftrag des Bundes machte 2020 die mittlere Prämie im Durchschnitt von sieben untersuchten Modellhaushalten mit bescheidenen Ressourcen 9,4 Prozent des verfügbaren Einkommens aus. Die Standardprämie betrug dagegen im Durchschnitt 13,7 Prozent des Einkommens.

Bei Umsetzung der Initiative auf Basis der mittleren Prämie lägen die geschätzten Mehrkosten gemessen an den Zahlen von 2020 bei etwa 1,2 bis 1,3 Milliarden Franken. Bei gleichem prozentualem Anstieg der Kosten wie in den offiziell gerechneten Varianten würden die jährlichen Mehrkosten bis 2030 je nach Szenario auf 2,3 bis 3 Milliarden Franken steigen.

Denkbar wäre auch eine Variante auf Basis der durchschnittlichen Prämie der Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Arztwahl, aber mit der minimalen Jahresfranchise von 300 Franken. In diesem Modell würden die jährlichen Mehrkosten auf Basis der Zahlen von 2020 etwa 2 Milliarden Franken betragen und bis 2030 je nach Szenario auf 3,6 bis 5 Milliarden Franken steigen. Auch mit einer solchen Umsetzung gäbe es also langfristig enorm hohe Zusatzkosten, doch im Vergleich zur offiziell gerechneten Variante auf Basis der Standardprämie wird ein ähnliches Kostenniveau etwa zwölf Jahre später erreicht.

## Unklares Einkommen

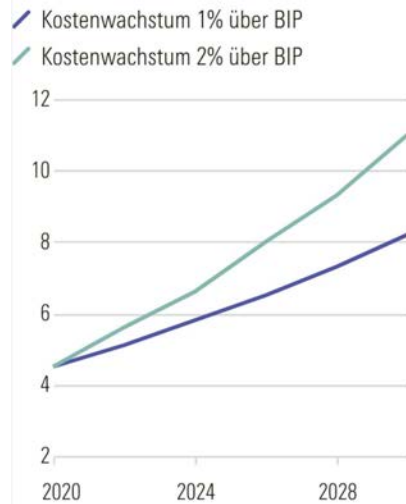
Ein Steuerungshebel bei der Umsetzung der Initiative wäre auch die Definition des massgebenden Einkommens. Die Kostenschätzung des Bundes beruhte wie die Schätzung der Initianten auf folgender Berechnung: steuerbares Einkommen, plus gewisse pauschale Steuerabzüge, minus gewisse Steuerabzüge auf Basis effektiver Kosten, plus 20 Prozent des Reinvermögens, minus Sozialabzüge. Auch andere

Berechnungsarten wären rechtlich möglich. Dies könnte je nach Variante zu höheren oder tieferen Kosten führen.

Trotz den Unsicherheiten sind zwei Dinge wahrscheinlich: Langfristig wäre die Umsetzung der Initiative sehr teuer. Und der starke Ausbau der Prämienverbilligung würde via Dämpfung der Sparanreize das Wachstum der Gesundheitskosten noch zusätzlich befeuern.

### Teure Volksinitiative

Mittlere Schätzung der Kosten für Bund und Kantone, je nach Szenario\*. In Milliarden Franken pro Jahr



\* Im ersten Szenario wachsen die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung um 1 Prozentpunkt pro Jahr stärker als die Wirtschaft, im zweiten Szenario beträgt die Differenz 2 Prozentpunkte.



# Des primes maladie à 10% du revenu, est-ce réaliste?

 Le Nouvelliste | 08.04.2024

Votations Les citoyens votent le 9 juin prochain sur un texte de la gauche qui propose de limiter le poids des primes maladie à 10% du revenu disponible. Comment pourrait être financée cette dépense sociale?

## Guillaume Chillier

Trouver plusieurs milliards de francs pour mettre en œuvre une initiative populaire de gauche: voilà qui agite la politique suisse depuis le oui massif à la 13e rente AVS début mars.

Avec son initiative d'allègement des primes maladie en votation le 9 juin prochain, le Parti socialiste (PS) pourrait bien placer les élus devant un casse-tête similaire: il propose d'élargir l'Etat social mais ne dit pas encore où trouver les moyens de le faire. A droite, on juge l'initiative «non finançable». A gauche, on part du principe qu'«il n'y a pas de coûts supplémentaires».

L'initiative demande que Confédération et Cantons paient la part de la facture de l'assurance maladie obligatoire qui dépasse les 10% du revenu disponible d'un individu ou d'un ménage.

Un contre-projet indirect entrera en vigueur si la population refuse l'initiative et s'il n'est pas lui-même combattu par référendum. Il prévoit d'obliger les cantons à verser un subside minimal pour la réduction des primes.

## «Déficits de plus de trois milliards»

Sous la Coupole, les débats autour des finances fédérales sont vifs depuis qu'elles ont viré au rouge en raison notamment de la hausse des dépenses militaires et sociales, ou du oui à une 13e rente AVS.

«La Confédération prévoit actuellement, pour l'exercice 2026, un déficit structurel de 1,5 milliard. A partir de 2027, les déficits pourraient atteindre plus de 3 milliards», indique Katrin Holenstein, cheffe de la communication à l'Office fédéral de la santé publique.

Nul doute que les discussions seront chaudes lors de la campagne. D'ici le 9 juin, des propositions devraient aussi émerger à gauche pour rassurer les citoyens sur le financement de leur proposition.

Et «les coûts de l'initiative dépendent fortement de sa mise en œuvre, par exemple de la définition du revenu «disponible» et du développement des coûts de la santé», ajoute Katrin Holenstein.

Pour la conseillère aux Etats libérale-radical Johanna Gapany, un oui à l'initiative des socialistes nécessitera, encore une fois, de trouver de nouvelles recettes.

«Pour financer la 13e rente, le Conseil fédéral propose de mêler une hausse de la TVA et des cotisations salariales, ainsi que des coupes dans certaines dépenses. Nous pouvons nous attendre à un scénario

similaire en cas d'acceptation de l'initiative», avertit la Fribourgeoise, membre de la Commission des finances. Son parti craint plus que tout une augmentation des impôts ou de la dette.

## Bataille de chiffres

Selon les calculs de la Confédération, l'initiative coûterait entre 3,5 et 5 milliards de francs par an - les syndicats parlent de 3,2 à 4 milliards. Deux tiers au minimum seraient assumés par la Confédération, le reste par les cantons.

En raison de l'évolution des coûts de la santé, ce montant pourrait atteindre d'ici à 2030 entre 5,8 milliards et 9 milliards pour la Confédération, et entre 1,2 et 2,7 milliards pour les cantons. Le contre-projet, lui, ne toucherait que les cantons, qui auraient à trouver 356 millions de francs supplémentaires par année. D'ici à 2030, ce chiffre se situerait dans une fourchette allant de 700 à 900 millions de francs.

## «Ça ne coûte rien»

A gauche, on estime que l'initiative ne coûte rien, que les primes maladie, cet «impôt le plus antisocial», peuvent très bien être en partie prises en charge par les pouvoirs publics. «Nous partons du principe que l'initiative n'amène au final pas de coûts supplémentaires. C'est simplement un déplacement du financement vers les cantons et la Confédération, afin de le rendre plus solidaire qu'aujourd'hui», argumente Valérie Piller Carrard.

La conseillère nationale (PS/FR) développe: «Tout le monde paie les primes maladie. Contrairement à de nombreux impôts, elles augmentent chaque année et ne sont pas plafonnées. Il s'agit de la seule assurance sociale qui n'est pas financée de façon solidaire.»

En 2022, 5,4 milliards de francs ont été dépensés pour réduire les primes. Près de 3 milliards par la Confédération, ce qui correspond aux subsides fédéraux réglementaires de 7,5% des coûts bruts de l'assurance obligatoire, le reste par les cantons, où les subsides varient fortement selon les sensibilités régionales.

## Cantons alarmistes

A la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé, on se montre plutôt alarmistes. «L'acceptation de l'initiative et sa mise en œuvre ne seraient pas viables sur le plan financier», relève le porte-parole, Tobias Bär.

Il reprend la position du Conseil fédéral, pour qui il est «plus que probable que la Confédération et les cantons ne pourraient financer l'initiative sans procéder à des hausses d'impôts».

Si les cantons ne veulent rien savoir de l'initiative, ils sont plutôt ouverts au contre-projet car «la charge financière serait moindre et leur autonomie moins limitée.»



L'initiative populaire socialiste vise à ce que l'Etat prenne en charge les montants des primes maladie qui excèdent les 10% du revenu disponible du ménage. Keystone/Jean-Christophe Bott

### Gleichentags erschienen in

- La Côte

# ZH – Pflegerinnen werden Unternehmerinnen

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 05.04.2024

Bei einem Zürcher Stellenvermittler kann das Personal selbst über die Arbeitsbedingungen entscheiden – das motiviert

## Nelly Keusch

«Mir war schon recht bald nach dem Berufseinstieg klar, dass ich diese Arbeit nicht bis zur Pensionierung machen kann», erzählt Alana Heiduschke. Sie ist zwar erst 25 Jahre alt, steht aber schon seit zehn Jahren im Berufsleben, als Pflegekraft. «Ich mag den Beruf, weil er vielseitig und herausfordernd ist. Aber er ist in eine Art Abwärtsspirale geraten: Schlechte Löhne bei zunehmender Komplexität und abnehmenden Ressourcen führen zu viel Frust.»

Aus dieser Abwärtsspirale wollte Alana Heiduschke ausbrechen. Sollte sie eine Weiterbildung machen oder sogar ganz den Beruf wechseln? Sie war gerade dabei, ihre Möglichkeiten auszuloten, als sie eine Nachricht über Instagram erhielt, die ihr Interesse weckte: Alessia Schrepfer, Pflegefachkraft und Unternehmerin, suchte engagierte Pflegerinnen, die sich an ihrem neuen Start-up beteiligen wollten. Die Konditionen klangen attraktiv: ein solides Gehalt, flexible Arbeitszeiten – vor allem aber die Möglichkeit, als Miteigentümerin selbst vom Erfolg des Unternehmens zu profitieren und an grösseren Entscheidungen beteiligt zu sein.

## Spannende Abwechslung

WeNurse heisst das Startup, das Alessia Schrepfer und Simon Hodel vor gut einem Jahr gegründet haben. Was mit einer Handvoll motivierter Kolleginnen begann, ist inzwischen ein Unternehmen mit knapp dreissig Pflegekräften. Die Idee ist simpel: Pflegefachkräfte werden selbst zu Unternehmern und bekommen so mehr Kontrolle über ihre Arbeitsbedingungen. Nur so, glauben Schrepfer und Hodel, lasse sich der Trend stoppen, dass immer mehr Pflegekräfte den Beruf verliessen – und sich dadurch die Situation für die verbliebenen Kräfte noch verschlechtere.

Auf den ersten Blick funktioniert WeNurse wie jeder andere Personalverleih in der Branche. Spitäler, bei denen es längere Personalausfälle gibt oder die aus anderen Gründen vorübergehend mehr Pflegekräfte brauchen, können das Startup buchen. WeNurse schliesst mit ihnen einen Vertrag auf Zeit ab und entsendet Pflegekräfte und anderes Fachpersonal aus seinem Pool.

Das Besondere: Alle Mitarbeiter können als Aktionäre über die Geschicke des Unternehmens mitentscheiden und auch mitprofitieren. Die Governance-Struktur sei ähnlich wie bei einer partnerschaftlich geführten Anwaltskanzlei, sagt Alessia Schrepfer. Die Mitarbeiter entschieden gemeinsam über Lohnbänder, Unternehmensziele und interne Regelungen. Zudem lege man besonderen Wert auf den «Community-Aspekt»: In regelmässigen Treffen sollen Austausch und Zusammenhalt gefördert werden, in Coachings lernen die Mitarbeiter mehr über Unternehmertum oder können sich beruflich weiterbilden.

Alana Heiduschke sagt, sie sei zunächst skeptisch gewesen. «Ich hatte eigentlich nie geplant, temporär zu arbeiten.» Sie habe sich immer als Gewohnheitsmensch bezeichnet und sei froh darüber gewesen, einen festen Arbeitgeber zu haben. «Gerade am Anfang war ich bei jedem Wechsel ziemlich nervös.»

Aber die Aussicht, in einem jungen Team zu arbeiten, und die Möglichkeit zur Mitbestimmung überzeugten sie. Inzwischen macht es ihr nichts mehr aus, immer andere Arbeitgeber zu haben: «Ich habe durch diese Erfahrung total viel Selbstvertrauen dazugewonnen.» Das regelmässige Wechseln sei sogar motivierend: «Ich will jede Station besser hinterlassen, als ich sie vorgefunden habe. Ich habe gemerkt, dass es durchaus Möglichkeiten gibt, sich im Kleinen positiv einzubringen.»

Das sieht auch Lhaden Würth so. «Bei WeNurse merke ich, dass man auch als Einzelperson etwas bewirken kann. Das fehlte mir bei meiner Arbeit im Spital», erzählt sie. Seit 17 Jahren ist die 34-Jährige in der Pflege tätig. «Im Spitalalltag fehlt oft die Zeit, sich einzubringen. Die strengen Hierarchien machen es schwer, etwas zu verändern.»

Auch Lhaden Würth sagt, sie habe den Beruf immer gerne ausgeübt. Aber sie wollte sich weiterentwickeln, was im Spital nur bedingt möglich war. Nach ihrer Schwangerschaft kündigte sie ihren Job und fing bei Alessia Schrepfer und Simon Hodel an. Heute ist sie bei WeNurse nicht nur als Pflegekraft, sondern auch als Beraterin tätig.

Das Startup verleiht neben Pflegefachpersonen auch Expertinnen für Übergangslösungen im Management sowie für Consulting oder Projektarbeit. Lhaden Würth ist zurzeit bei einer Medizintechnik-Firma als Beraterin tätig, zuvor half sie während sechs Monaten bei der Spitex aus. Diese Abwechslung ist für sie ideal: «Ich wollte den Beruf ja nie komplett verlassen, ich bin gerne Pflegekraft. Aber hin und wieder auch Coachings anbieten zu können, ist eine tolle Möglichkeit.»

Die Arbeit im Personalverleih sei nicht für jeden das Richtige, sagt Alessia Schrepfer. Man müsse bereit sein, oft den Arbeitgeber zu wechseln, sich jedes Mal auf neue Herausforderungen einzustellen und zum Teil längere Anfahrtswege auf sich zu nehmen. «Man muss flexibel sein, mutig und einen Sinn für Gemeinschaft haben», findet auch Alana Heiduschke.

## Mehr Freiraum für Auswärtige

Doch für junge Fachkräfte wie sie und Lhaden Würth hat diese Arbeitsform einige entscheidende Vorteile: zum einen die Möglichkeit, viele verschiedene Bereiche kennenzulernen und mehr Erfahrung zu sammeln. Zum anderen die Tatsache, dass man als objektive, von aussen kommende Person gewisse Dinge nicht an sich heranlassen muss. «Wenn man von extern kommt, kann man sich besser gegen unfaire Arbeitsbedingungen oder schlecht gemachte Dienstpläne wehren», sagt Alana Heiduschke. «Und man traut sich eher, seine Meinung zu sagen.»

Wenn man mit Alessia Schrepfer darüber spricht, warum sie WeNurse gegründet hat, merkt man schnell, wie wichtig ihr das Thema ist. «Zu viele Pflegefachkräfte kehren dem Beruf den Rücken und verlassen das System. Ihnen ist die Freude am Beruf abhandengekommen. Darum muss sich etwas ändern.»

Schrepfer hat den Beruf im Laufe ihrer Karriere aus verschiedenen Perspektiven kennengelernt. Nach der Ausbildung zur Pflegefachkraft hängte sie ein berufsbegleitendes Studium an und arbeitete sich bis zur Stationsleitung hoch. Anschliessend arbeitete sie als Projektmanagerin bei der Emeda AG, einem Unternehmen, das mobile Hausarztleistungen anbietet. Dort lernte sie Simon Hodel kennen, der das Unternehmen zu dieser Zeit leitete.

Gemeinsam mit Hodel gründete sie im Jahr 2020 das Unternehmen AS-20, eine Art Projektschmiede für zukunftssträchtige Geschäftsmodelle in der Gesundheitsbranche. «Aus diesem Projekt heraus ist dann WeNurse entstanden», erklärt Schrepfer. Sie legt wert darauf, wie stolz sie auf ihren Beruf ist. «Der Pflegeberuf ist einer der schönsten Berufe und für die Gesellschaft unabdingbar.»

## Fachkräftemangel bleibt

Und auch für die Spitäler lohne sich der Deal mit WeNurse, davon sind Schrepfer und Hodel überzeugt. Schliesslich sei es wegen des Fachkräftemangels inzwischen sehr schwierig geworden, gutes Leihpersonal zu finden. Bei WeNurse hingegen würden alle Mitarbeiter in einem umfassenden Prozess persönlich rekrutiert und würde viel Wert auf Weiterbildung gelegt.

Schrepfer und Hodel machen sich keine Illusionen: Den Fachkräftemangel in der Pflege werden sie allein nicht beheben können. Da Temporärkräfte dazu da sind, die Spitzen in den Spitälern zu überbrücken, werden Projekte wie WeNurse Nischenangebote bleiben. «Wir können nicht endlos wachsen», sagt Simon Hodel. «Schliesslich wollen wir den Community-Aspekt bewahren, unsere Mitarbeiter sollen sich kennen und als Team verstehen.» Dennoch wollen sie dazu beitragen, dass wenigstens ein paar hundert Pflegenden im Beruf bleiben. «Ich bin Realistin», sagt auch Lhaden Würth. «Ich weiss, dass man nicht auf einen Schlag alles umwälzen kann. Aber kleine Schritte sind auch wichtig.»

# Le système de santé suisse sous tension: un difficile équilibre entre soins et finances

 [rts.ch](https://www.rts.ch) | HFR | 05.04.2024

De nombreux établissements hospitaliers suisses enregistrent de lourdes pertes financières, ont besoin de millions de francs d'aide et envisagent de réduire leurs services. Mais l'austérité est-elle vraiment la bonne stratégie à suivre quand il s'agit de santé? Débattre de la question avec "dialogue", une offre de la SSR.

La plupart des hôpitaux suisses sont en difficulté financière et enregistrent des pertes. Un problème qui dure depuis des années et qui a empiré lors de la pandémie de coronavirus.

Plus récemment, la situation n'a fait que de s'aggraver, car les hôpitaux ne peuvent pas adapter leurs tarifs à l'inflation.

En conséquence, certains établissements ont fermé leurs portes, d'autres ont eu besoin d'aides publiques se chiffrant en millions. Et les réductions de personnel deviennent monnaie courante.

## Des millions pour l'hôpital cantonal de Fribourg

C'est le cas de l'hôpital cantonal de Fribourg, déficitaire depuis 2016 et dont la dette cumulée s'élève à plus de 60 millions de francs. L'hôpital a entamé une "restructuration", mais le canton devra encore apporter son soutien financier, comme l'explique SRF.

Le Parlement cantonal a donné son feu vert à un cautionnement de plus de 100 millions de francs et à un prêt de 70 millions de francs pour les investissements les plus urgents, mais ce sont les citoyens, appelés à se prononcer le 9 juin prochain, qui auront le dernier mot.

## Les soins intensifs pédiatriques restent à Coire

L'unité de soins intensifs pédiatriques et de néonatalogie de Coire risquait de fermer ses portes. Une éventualité qui a provoqué une mobilisation populaire, avec plus de 30'000 signatures récoltées pour le maintien du service à l'hôpital cantonal des Grisons.

L'organe de décision en matière de médecine hautement spécialisée, souligne RTR, a finalement décidé de conserver le service, considéré comme important non seulement pour le canton, mais aussi pour l'ensemble du réseau national de soins pédiatriques.

## Des prix difficiles à expliquer

Dans ce contexte de difficultés financières, le cas de la vente de pacemakers, dont le prix peut varier de 10'000 francs d'un canton à l'autre, a fait débat au Tessin et ailleurs, ouvrant un débat sur le marché des dispositifs médicaux.

Un cas, note RSI, qui met en évidence le système très opaque de ce marché. Une opacité contre laquelle le monde politique s'est presque unanimement insurgé.

## La désillusion des jeunes médecins

Un autre problème se profile à l'horizon pour le système de santé suisse : un tiers des étudiants en médecine veulent quitter la profession après leur première expérience pratique en raison des conditions de travail, comme le rapporte la RTS.

>> Lire à ce sujet : Heures supplémentaires, manque de contact humain: les conditions de travail déçoivent les jeunes médecins

Le manque de contacts humains, les longues heures supplémentaires et le temps passé à des tâches administratives au lieu de s'occuper des patients sapent souvent l'enthousiasme.

## A la recherche de personnel à l'étranger

La Suisse présente également l'une des plus fortes densités de personnel soignant par rapport à la population, soit environ le double de la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).



# FR – Grossratsmitglieder sorgen sich um Kosten wegen neuer Klinik

 Freiburger Nachrichten | 08.04.2024

Auf dem Gelände des Marly Innovation Center soll auch eine grosse Privatklinik entstehen. Nach einem Vorstoss hat der Staatsrat nun zu erklären versucht, was das für das Freiburger Gesundheitssystem und die Steuerzahler bedeuten könnte.

## Carine Meier

Freiburg Im Dezember wurde bekannt, dass sich auf dem Gelände des Marly Innovation Center eine neue Privatklinik niederlassen möchte. Die Clinique La Berra soll 16 Arztpraxen, ein Radiologiezentrum, vier Operationssäle und 36 Betten umfassen. Nach einem Vorstoss von Simon Zurich (SP, Freiburg) und Estelle Zermatten (FDP, Bulle) hat sich nun der Staatsrat damit befasst, welche Auswirkungen dies auf das Freiburger Gesundheitssystem und dessen Finanzierung haben könnte.

Unter anderem machen sich der SP-Grossrat und die FDP-Grossrätin Sorgen, ob die Klinik für die Steuerpflichtigen Mehrkosten bedeuten könnte. Die Clinique La Berra habe die Absicht, in die Spitalliste aufgenommen zu werden, was bedeuten würde, dass der Staat 55 Prozent der Kosten für stationäre Leistungen tragen muss. Die restlichen 45 Prozent würden über die Krankenkassenprämien finanziert, weswegen die Unterzeichner des Vorstosses ebenfalls höhere Kosten für die Prämienzahler befürchten.

## Aufnahme steht noch aus

Der Staatsrat erinnert daran, dass die Kommission für Gesundheitsplanung jeweils gemäss dem Bedarf der Bevölkerung die Spitalplanung erstelle und Leistungsaufträge an die verschiedenen Spitäler ver gebe. Nur die auf dieser Planung aufgeführten Spitäler sind zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen. Es sei noch unklar, ob die neue Klinik in diese Liste aufgenommen werde. «Offenbar will die geplante Einrichtung in Marly vor allem Spezialistentätigkeiten, insbesondere im Bereich der Chirurgie, anbieten», erinnert der Staatsrat zudem. Somit ist unklar, ob diese Leistungen überhaupt unter die obligatorische Krankenpflegeversicherung fallen.

Zu möglichen finanziellen Auswirkungen auf das Freiburger Spitalnetz HFR, welche die Autoren des Vorstosses befürchten, will sich die Kantonsregierung nicht äussern.

# ZH – Absage der Regierung an Spital Wetzikon kommt vor Gericht

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | GZO Spital Wetzikon | 08.04.2024

Die Trägerschaft will vor Verwaltungsgericht den Nachweis erbringen, dass ein Ende des Betriebs zu einem Versorgungsnotstand führt

## Stefan Hotz

Das Spital Wetzikon sei nicht als «unverzichtbar» einzustufen. Mit dieser Begründung verweigerte der Zürcher Regierungsrat in der vergangenen Woche der Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland (GZO) AG finanzielle Unterstützung in Höhe von 180 Millionen Franken. Die Trägerschaft des Spitals hatte um den Betrag ersucht, weil im Juni die Rückzahlung einer Obligationenanleihe fällig wird, mit der ein neues Gebäude finanziert wird.

Die Verantwortlichen in Wetzikon machten von Anfang klar, dass sie um das Überleben des Spitals kämpfen würden. Am Freitagabend gab Jörg Kündig, Verwaltungsratspräsident der GZO und Gemeindepräsident von Gossau, gegenüber dem «Zürcher Oberländer» bekannt, dass der Entscheid der Regierung gerichtlich angefochten wird.

Zwar wird die Beschwerde erst noch ausformuliert. Jörg Kündig führt auf Anfrage der NZZ aber in groben Zügen aus, wie die Argumentation aussehen wird. Für ihn ist die Weigerung der Regierung zum einen aufgrund von Beschlüssen der letzten Zeit in sich nicht schlüssig. So habe das Spital Wetzikon erst vor kurzem Leistungsaufträge in der Neonatologie oder für den Aufbau einer sogenannten Stroke-Unit für die Behandlung von Schlaganfällen erhalten. Dazugekommen sei der gleiche Auftrag in den letzten Wochen auch noch von den Kantonen St. Gallen und beiden Appenzell. Hier seien Distanzen und kurze Eingreifzeiten entscheidend. «Man kann uns doch nicht solche Aufträge erteilen und dann sagen, wir seien nicht relevant für die Versorgung», sagt Kündig.

## Staus sind ein Problem

Das Rechtsverfahren dürfte sich vor allem um die Frage drehen, ob das Aus für das Spital Wetzikon zu einem Versorgungsnotstand führt. Dieser Begriff kommt im Gesetz zwar nur als Marginalie vor. Der Regierungsrat widmete ihm in der Begründung seines Beschlusses aber breiten Raum und kommt zu dem Schluss, es sei nur mit einer vorübergehenden Verschlechterung der Versorgung zu rechnen. 98 Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton könnten nach einem Wegfall des Spitals Wetzikon innerhalb von 25 Minuten Fahrzeit ein Spital mit Notfallstation erreichen.

In Wetzikon hegt man Zweifel und führt die Verkehrssituation ins Feld. Das Spital Uster ist zwar nur wenige Kilometer entfernt. Aber die Verbindung durch das Aatal, ein Teil der Lücke in der Oberlandautobahn, ist chronisch überlastet. Auf der Strasse ist an Werktagen täglich mit Stau zu rechnen. Das sei ein wichtiges Argument, bestätigt Kündig. Das Spital Wetzikon versorge Gebiete vom Tösstal bis Rapperswil. Aber die Verkehrssituation Richtung Uster bleibe schwierig.

Wie auch immer eine Zukunft des Spitals Wetzikon aussehen wird, irgendwie wird es auf den Goodwill des Kantons angewiesen sein. Erschwert es nicht die Lage, wenn man die Regierung vor Gericht zieht? «Selbstverständlich sind wir jederzeit bereit für erneute Gespräche. Wir halten die Argumentation der Regierung aber für falsch. Wollen wir ihren Beschluss infrage stellen, haben wir gar keine andere Möglichkeit, als den Weg der Beschwerde zu wählen», sagt Kündig.

## Betrieb an zwei Standorten

Wichtig ist für das Spital Wetzikon in erster Linie, Zeit zu gewinnen. Eine Option ist die Nachlassstundung. Damit kann die Rückzahlung der Anleihe bis maximal 32 Monate aufgeschoben werden. «Unser Leistungsauftrag ist unverändert, und der Betrieb ist gesichert. Die Nachlassstundung ist ein akzeptiertes Verfahren. Wir sind zuversichtlich, dass wir diesen Weg gehen können», sagt Kündig.

In den Vordergrund rückt wieder eine Fusion mit dem Spital Uster. Eine Volksabstimmung in Wetzikon und Uster musste 2020 wegen der Pandemie verschoben werden, der nächste Anlauf zwei Jahre später wurde abgebrochen. In der Zwischenzeit war das Spital Uster wirtschaftlich in Schieflage geraten. In den letzten Monaten haben aber seine zehn Aktionärgemeinden einer Erhöhung des Aktienkapitals um gut 33 Millionen Franken zugestimmt. Aus dem Schneider ist das Spital Uster deswegen nicht, und eine Fusion bleibt deshalb ein Thema.

Gegenüber dem «Zürcher Oberländer» bevorzugt die Ustermer Leitung sogar einen Spitalverbund unter Einbezug von Männedorf und Zollikerberg. Die Führung des Spitals an der Goldküste zeigte sich auf Anfrage der Zeitung offen. Das Spital Zollikerberg reagierte zurückhaltend, befürwortet aber mehr Zusammenarbeit.

Bezüglich einer Fusion mit Uster sagt Jörg Kündig, die Ausgangslage sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt anders, weil nicht mehr beide Spitäler gleichzeitig ein grosses Bauprojekt vorantrieben. Ein Betrieb an zwei Standorten sei eine Option, die schon einmal als machbar angesehen worden sei. Generell müsse man nach allen Seiten offen sein und den Spitalbereich mehr komplementär statt parallel ausrichten.

# ZH – Wer jetzt zu kleinräumig denkt, verliert - Kommentar

 Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster | 06.04.2024

Region - Zwei Spitäler im Zürcher Oberland haben keine Zukunft. Ein Spitalverbund aber möglicherweise schon – wenn man ihn über vier statt drei Bezirke spannt.

## Michael Kaspar, Chefredaktor

Die Nerven in den Führungsriegen der Spitäler liegen blank. Praktisch alle Spitäler kämpfen ums Überleben. Für die Toppositionen werden erfolgreiche Managerinnen und Manager schamlos abgeworben. Die mit Schwierigkeiten kämpfenden Solothurner Spitäler holten die Direktorin des Spitals Lachen, das Kantonsspital Glarus wirbt die Finanzchefin der Meilemer Klinik Hohenegg ab. Überall brennts.

Dass das System im Gesundheitswesen eine Katastrophe ist, wird immer deutlicher sichtbar. Die Tarife sind für die Spitäler zu tief. Die Kosten, welche sowohl die Spitäler als auch die Patientinnen und Patienten über die Krankenkassen tragen müssen, sind zu hoch. Praktisch kein Spital schreibt mehr schwarze Zahlen. Und wer sich – wie Wetzikon – vor zehn Jahren für ein nach heutigem Empfinden überdimensioniertes Bauvorhaben verschuldet hat, der bekommt nun die Rechnung.

Auch in Uster fehlte nicht viel. Im immer wieder kritisierten Spital haben die Verantwortlichen aber gerade noch die Kurve gekriegt. 33 Millionen Franken zusätzliches Aktienkapital konnte es von seinen Trägergemeinden zusammentrommeln. Auch hier ging es um die Rückzahlung von Darlehen. Im vergangenen Jahr konnte man sogar erstmals wieder einen Gewinn ausweisen. Und jetzt? Das Quasi-Vorzeigespital Wetzikon steht am Abgrund. Näher offenbar, als die Kolleginnen und Kollegen in Uster je waren.

Dabei war Wetzikon vor nicht einmal vier Jahren noch als das potentere der beiden Spitäler gehandelt worden. Damals, als es um eine mögliche Fusion gegangen war. So schnell kann es gehen.

Aber wie geht es jetzt weiter? Angenommen, es geht weiter. Angenommen, es geschieht statt eines Desasters tatsächlich ein Wunder und die Spitalführung kann die fehlenden 180 Millionen in der kurzen Zeit bis zum Juni irgendwie, irgendwo aufreiben. Was dann?

Eine Fusion von Wetzikon und Uster kann keine längerfristige Lösung sein. Zu klein wäre der Spielraum, um sich wirklich neu aufzustellen. Auch wenn die Fusion 2020 geglückt wäre, hätte das Spital heute die gleichen Probleme angesichts der dramatischen Entwicklung der Kosten und der stagnierenden Tarife. Die Verantwortlichen müssen nicht nur das Oberland, sondern die Region Zürich-Land ins Auge fassen, wie das verschiedentlich auch schon angedacht wurde. Ein Spitalverbund in einem weiteren Kreis könnte die Aufgaben klarer verteilen und wäre für die Menschen im Oberland und am rechten Zürichsee-Ufer verkraftbar. Uster, Wetzikon, Zollikerberg und Männedorf unter einem Dach könnte eine tragfähige Lösung sein. Alles darunter wäre wohl über kurz oder lang dem Untergang geweiht.

Vier Kompetenzzentren in diesem zwar sehr überschaubaren, aber bevölkerungsstarken Gebiet muss die Lösung für die Zukunft sein. Das bestätigt auch der amtierende CEO im Spital Uster. Zwar sind die vier Spitäler mehr oder weniger vergleichbar, aber es gibt schon Unterschiede. Wetzikon wies für das Jahr 2022 am meisten Patientinnen und Patienten aus, hatte dabei aber mit nur 8,3 Prozent die wenigsten

stationären Patienten. Und die stationären Tarife sind die, welche finanziell am attraktivsten sind, während die Tarife für ambulante Behandlungen nicht kostendeckend sind.

Der Anteil der anderen drei Spitäler betrug 13 Prozent (Uster), 15 Prozent (Zollikerberg) und 16 Prozent (Männedorf). Auch finanziell stehen die drei anderen Spitäler besser da als Wetzikon. Männedorf lieferte in den letzten Jahren jeweils Gewinne von immerhin gut einer Million Franken ab, Zollikerberg erwirtschaftete 2022 noch fast 8 Millionen Gewinn, im vergangenen Jahr folgte aber ein Dämpfer mit einem Defizit von rund einer halben Million. Zur Erinnerung: Wetzikon musste 2022 ein Defizit von 2,5 Millionen hinnehmen, Uster spricht für das Jahr 2023 von einem Gewinn, nachdem die Abschreibungen für das beerdigte Neubauprojekt die vorhergehenden Abschlüsse belastet hatten.

Angenommen also, es geschieht das Wunder und das Spital Wetzikon überlebt, dann gibt es nur diesen einen Weg. Die vier Spitäler müssen sich zusammenraufen – möglichst unter einem gemeinsamen Dach – und gemeinsam für das Oberland und das rechte Zürichsee-Ufer eine regionale Gesundheitslösung erarbeiten.

# Das meinen die Spitäler zu einem eventuellen Regionalspitalverbund

Seitenzahl  
3

Seitenzahl  
Bericht

Die Schliessung des GZO Spitals Wetzikon ist der Worst Case. Diesen gilt es zu verhindern. Eine immer wieder genannte Variante ist die Option eines Regionalspitalverbunds. Was meinen dazu die umliegenden Spitäler?

Das Spital Uster sei seit Jahren überzeugt, dass einzig ein Verbund unter einem gemeinsamen Finanzdach der drei bis vier Regionalspitäler in der Region die dezentrale Notfall- und Grundversorgung sicherstellen könne.

«Dies würde auch eine Konzentration der planbaren stationären Behandlungen an den jeweiligen Standorten ermöglichen. Für die Bevölkerung würde dies eine Notfallversorgung und die Behandlung der häufigsten Krankheiten und Unfälle in ihrer Nähe sicherstellen. Für geplante spe-

zialisiertere Behandlungen wären durch die Konzentration auf bestimmte Fachgebiete an einem Standort die Fallzahl und die Attraktivität höher. Um diese Vision umzusetzen, bräuchte es neben dem Elan der Mitarbeiter insbesondere den Willen der Trägergemeinden und der Politik im Kanton», schreibt Vital Schreiber, CEO ad interim des Spitals Uster.

Das Kantonsspital Winterthur sei bereits gut vernetzt und arbeite schon heute mit verschiedenen Regionalspitälern zusammen. «Es bestehen Kooperationen in diversen Fachgebieten. Beispiele sind das Adipositas-Netzwerk oder das Brustzentrum Winterthur-Bülach. Über die Ausgestaltung eines Regionalspitalverbunds müssten die zuständigen politischen Gremien entscheiden», schreibt Melanie Frei, Marketing und Kommunikation KSW.

Und auch das Spital Männedorf ist diesbezüglich positiv gestimmt. «Kooperationen sind für Spitäler wichtig, und wir sind grundsätzlich offen. Ob ein Regionalspitalverbund einen Mehrwert bringt, hängt stark von seiner Ausgestaltung und Verbindlichkeit ab», schreibt Marco Stücheli, Leiter Marketing und Kommunikation des Spitals Männedorf.

Im Spital Zollikerberg sieht man die Sache etwas anders. «Als grundversorgendes Regionalspital mit öffentlichem Leistungsauftrag und unter der Trägerschaft der Stiftung Diakoniewerk Neumünster entspricht ein Beitritt zu einem Regionalspitalverbund derzeit nicht unserer strategischen Ausrichtung. Dennoch ist es uns ein zentrales Anliegen, in Zusammenarbeit mit den umliegenden Spitälern und dem Verband Zürcher Krankenhäuser bessere Bedingungen für Spitäler zu schaffen, um langfristig eine hochstehende medizinische Betreuung gewährleisten zu können», schreibt Alina Bolz, stellvertretende Leiterin Marketing und Kommunikation. (alk)

# So sehen die Kapazitäten der umliegenden Spitäler aus

Seitenzahl  
3

Seitenzahl  
Bericht

Region - Bei einer Schliessung des Wetziker Spitals stellt sich die Frage, ob die umliegenden Spitäler in die Bresche springen können.

## Aline Ilk

Am Donnerstag wurde bekannt, dass das GZO Spital Wetzikon wegen finanzieller Engpässe im schlimmsten Fall schliessen muss. Sollten dessen 129 Betten auf die umliegenden Spitäler in der Region verteilt werden müssen, wirkt sich das auf die allgemeine Bettenauslastung im Kanton aus. Wie Jörg Gruber, stellvertretender Chef des Amts für Gesundheit, in der Medienkonferenz vom 4. April erklärte, würde sie um drei Prozent ansteigen. Ist das für die betroffenen Spitäler überhaupt möglich? Wie sieht ihre Lage momentan aus?

## Spital Uster – 175 Betten

Laut Vital Schreiber, dem CEO ad interim des Spitals Uster, bewegt sich die Bettenauslastung in der Regel zwischen 80 und 100 Prozent. Diese Zahl ändere sich rasch – je nach Aufkommen von Notfallpatienten und Werk- oder Feiertagen. Deshalb werde die Zahl der betriebenen Betten laufend den Bedürfnissen angepasst, damit nur das für die Behandlung der Patienten notwendige Personal aufgeboden werde und keine betriebenen Betten leer stünden.

Falls das Spital Uster stationäre Patienten aus dem Einzugsgebiet des Spitals Wetzikon übernehmen müsste, würde es die Anzahl der betriebenen Betten steigern, was ihre Infrastruktur ermöglichte. Hierfür würde es aber mehr Personal benötigen, das das Spital entweder neu anstellen oder übernehmen würde.

## Spital Zollikerberg – 173 Betten

Das Spital Zollikerberg hat laut Alina Bolz, der stellvertretenden Leiterin Marketing und Kommunikation, im Jahr 2023 einen Rekordwert erzielt und ein hohes Patientenaufkommen verzeichnet. Trotz der guten Auslastung würden sie weiterhin über Kapazitäten verfügen. Aber auch sie seien, wie alle Spitäler im Gesundheitswesen, mit der Herausforderung des Fachkräftemangels konfrontiert.

## Spital Männedorf – 155 Betten

Das Spital Männedorf könne noch gewisse Kapazitäten zur Verfügung stellen, erklärt Marco Stücheli, Leiter Marketing und Kommunikation. Dies dank verschiedenen Optimierungsmaßnahmen in den letzten Monaten. Die Bettenauslastung sei in der Vergangenheit immer bei zirka 85 Prozent gelegen.

Aufgrund der oben genannten Optimierungsbemühungen würden sie eine Auslastung von 95 Prozent anstreben. Hieraus würden sich die möglichen zusätzlichen Kapazitäten ergeben. Sollte das Worst-Case-Szenario für das GZO tatsächlich eintreten, müsste das Spital Männedorf zusätzliches Personal einstellen.

## Kantonsspital Winterthur – 500 Betten

Mit oder ohne Schliessung des GZO Spitals Wetzikon rechne das Kantonsspital Winterthur (KSW) bereits heute mit steigenden Patientenzahlen, erklärt Melanie Frei, Marketing und Kommunikation. Dies aufgrund verschiedener Faktoren wie des allgemeinen Bevölkerungswachstums in der Region, der Zahl an Hausärztinnen und -ärzten sowie der demografischen Entwicklung, die zu einer höheren Zahl an betagten und multimorbiden Patientinnen und Patienten führe. Darauf sei das KSW ausgerichtet; allerdings würden Auslastung und Nachfrage kurzfristig schwanken können (beispielsweise, wenn im Winter respiratorische Viren zirkulieren).

Das KSW arbeite seit Ende 2023 im Vollbetrieb – hat also alle Betten in Betrieb. Auch personell sei das KSW gut aufgestellt, obwohl man sich bewusst sei, dass der Umgang mit dem Fachkräftemangel in den kommenden Jahren herausfordernd sein könne – ganz besonders, wenn die Patientenzahlen stärker stiegen, als man heute davon ausgehe.



# Natalie Rickli - «Der Bund muss die Tarifstruktur anpassen» - Interview

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 06.04.2024

Viele Spitäler stecken in Finanznot. Der Kanton Zürich musste soeben das Kinderspital mit 135 Millionen Franken retten. Es brauche dringend Reformen, sagt die Zürcher Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli im Gespräch mit Jan Hudec

*Frau Rickli, zwei Spitäler in Not haben den Kanton Zürich um finanzielle Unterstützung gebeten. Das Kinderspital bekommt nun 135 Millionen Franken in Form eines Darlehens sowie einer Subvention. Das Spital Wetzikon wollte eine Staatsgarantie für 180 Millionen, erhält nun aber nichts. Wie schwer ist Ihnen der Entscheid gefallen?*

Wir haben uns das sicher nicht leicht gemacht. Wir haben damit gerechnet, dass auch bei uns einmal ein Spital um finanzielle Hilfe ersuchen wird, so wie dies in einigen anderen Kantonen in den letzten Monaten geschehen ist. Überrascht waren wir aber von der Kurzfristigkeit. Die beiden Spitäler haben uns erst vor wenigen Monaten über ihre existenzbedrohenden Probleme informiert.

*Wie ernst war die Lage?*

Dem Kinderspital hätte bereits im Sommer die Insolvenz gedroht. Wir haben dann viel Arbeit investiert, um die Anträge sorgfältig zu prüfen. Wir haben dem Spitalverband aber auch klargemacht, dass künftig die Spitäler früher und transparenter über ihre Probleme informieren müssen.

*Ist das nicht eine Bankrotterklärung für die bisherige Spitalpolitik, wenn Kantone plötzlich überall Spitäler retten müssen?*

Die neue Spitalfinanzierung mit Leistungspauschalen gibt es erst seit zwölf Jahren. Bis vor Corona hat das System gut funktioniert. Die Tarife reichten aus. Doch in den letzten Jahren sind wegen der Teuerung und der gestiegenen Personalkosten die Rechnungen vieler Spitäler aus dem Lot geraten.

*Was hätte geschehen müssen?*

Die Tarife hätten der Teuerung angepasst werden müssen. Wenn aber gewisse politische Kräfte unsere wettbewerbsorientierte Spitalfinanzierung für die aktuelle Situation verantwortlich machen und eine Verstaatlichung der Spitäler fordern, dann sage ich: Schaut nach England mit seinem staatlichen Gesundheitswesen. Dort warten die Menschen zum Teil sehr lange auf eine Behandlung, und das bei hohen Kosten. Ja, das Schweizer Gesundheitswesen ist teuer. Aber dafür ist auch die Qualität sehr hoch. Das geht häufig vergessen in der Diskussion.

*Das Kinderspital lässt sich von Stararchitekten einen Neubau erstellen und will nun Geld vom Staat, weil die Kosten aus dem Ruder laufen. Ist es wirklich die Aufgabe des Kantons, Luxuslösungen mitzufinanzieren?*

Ich kann verstehen, dass dies Fragen aufwirft. Das Neubauprojekt war schon weit fortgeschritten, als ich ins Amt kam. Wir mussten jetzt sehr kurzfristig dafür sorgen, dass das Kinderspital nicht insolvent wird. Sonst wäre die Gesundheitsversorgung der Kinder und Jugendlichen gefährdet gewesen.

*Können sich also Spitäler, die Sie für unentbehrlich halten, alles leisten und werden trotzdem gerettet?*

Nein, wir haben die Unterstützung des Kinderspitals deshalb mit scharfen Auflagen verbunden. Wir durchleuchten ganz genau, wie es zur Kostensteigerung beim Neubau gekommen ist. Und wir nehmen auch die Führung unter die Lupe. Wenn irgendetwas nicht korrekt gelaufen ist, wird das Konsequenzen haben. Das Kinderspital muss zudem aufzeigen, welche Massnahmen es umsetzt, um ab 2026 wieder auf eigenen Beinen stehen zu können. Wir wollen nicht mehr in eine solche Situation geraten.

*Glauben Sie wirklich, dass das Kinderspital das Darlehen zurückbezahlt? Das Spital hat gerade einen erneuten Verlust bekanntgegeben.*

Aufgrund des Businessplans, welchen das Kinderspital eingereicht hat, gehen wir heute davon aus. Dieser wurde auch durch eine externe Revisionsgesellschaft geprüft. Der Plan ist als anspruchsvoll, aber machbar beurteilt worden. Klarheit, ob das Kinderspital langfristig organisatorisch und finanziell stabil aufgestellt ist, werden die Untersuchungsergebnisse bringen.

*Im Gegensatz zum Kinderspital trifft es Wetzikon hart, dort droht der Konkurs. Der Kanton ist zum Schluss gekommen, dass das Spital entbehrlich ist. Wer soll die 10 000 Patienten pro Jahr künftig behandeln, die bisher nach Wetzikon gingen?*

Ich würde das Spital Wetzikon noch nicht abschreiben. Die Spitalverantwortlichen sowie die Trärgemeinden suchen nach Lösungen. Es gibt potenzielle Geldgeber und auch Spitäler, die an einer Fusion oder einer engeren Kooperation interessiert sind. Es gibt auch die Möglichkeit, dass das Spital in kleinerer oder anderer Form fortbesteht. Aber für den Fall, dass es in Wetzikon wirklich nicht weitergeht, werden wir Lösungen mit den Spitälern in der Umgebung suchen. Sie werden die Patienten übernehmen können.

*Warum haben Sie dem Spital vor zwei Jahren überhaupt noch einen Leistungsauftrag erteilt, wenn die finanzielle Situation so schlecht war?*

Zu diesem Zeitpunkt sah es noch gut aus. Bei der Prüfung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit im Rahmen der Spitalplanung verlassen wir uns auf aktuelle und vergangene Daten und die Selbstdeklaration der Spitäler. Wir konzentrieren uns auf die wichtigsten Kennzahlen und unterziehen nicht jedes Spital einer detaillierten Bilanz- und Bonitätsanalyse.

*Werden Sie das in Zukunft anders handhaben?*

Ja, da werden wir in Zukunft noch genauer hinschauen müssen. Ich sehe mich allerdings nicht als Spitaldirektorin aller Zürcher Spitäler. Es ist der Job der Spitalführung, die finanzielle Stabilität sicherzustellen. Die Verantwortlichen des GZO wussten schon lange, dass man in diesem Jahr 170 Millionen Franken braucht, um das Darlehen zu refinanzieren.

*Offensichtlich kommen fast alle Spitäler in Nöte, wenn sie einen Neubau finanzieren müssen. Eigentlich war schon lange klar, dass die meisten Krankenhäuser nicht die nötigen Gewinne erwirtschaften, um sich grosse Investitionen leisten zu können. Haben Sie zu lange die Augen vor der Realität verschlossen?*

Das Bauen liegt in der Verantwortung der Spitäler. Und es gibt einige Spitäler im Kanton Zürich, die auf die angespannte Finanzlage reagiert und ihre Bauprojekte gestoppt oder verkleinert haben.

*Das Universitätsspital will in den nächsten 25 Jahren 2 Milliarden Franken in Neubauten investieren und schreibt Verluste. Auch das Kantonsspital Winterthur ist in den roten Zahlen. Ist es nur eine Frage der Zeit, bis das nächste Spital finanzielle Hilfe fordert?*

Das hoffe ich nicht. Unispital Zürich und Kantonsspital Winterthur, die Sie erwähnen, haben noch genug Eigenkapital. Sie brauchen aktuell keine Finanzspritze des Kantons.

*Aber das Unispital wird die Neubauten kaum aus eigener Kraft stemmen können.*

Beim Unispital ist die Situation mit den Neubauten tatsächlich schwierig. Sie haben auf ihrem Areal kaum Rochadeflächen, müssen aber den Betrieb aufrechterhalten. Zudem müssen sie jährlich 60 bis 80 Millionen in den Erhalt der alten Bausubstanz investieren – und dabei extrem hohe Auflagen des

Denkmalschutzes erfüllen. All das verursacht hohe Kosten, die für die Neubauten fehlen. Wir überprüfen die damalige Immobilienübertragung auch unter diesen Gesichtspunkten und haben dafür ein Gutachten in Auftrag gegeben.

*Bekommt das Unispital also nun Geld vom Kanton?*

Dazu gibt es derzeit weder einen konkreten Antrag noch ein Preisschild. Aber wie bereits ausgeführt, prüfen wir, ob es gerechtfertigt ist, dass der Kanton einen Beitrag leistet.

*Die Kosten für die Neubauten wirken schon extrem hoch. Muss die Spitalführung da nicht nochmals über die Bücher?*

Es sollen sicher keine Luxusbauten entstehen. Auch das ist Teil der Gespräche zwischen der Spitalführung und dem Kanton. Die neue CEO, Monika Jänicke, hat sich im Hinblick auf die erste Bauetappe selber noch eingebracht, damit sichergestellt ist, dass Funktionalität und Zweckmässigkeit im Vordergrund stehen.

*Die Mehrheit der Spitäler im Kanton schreibt rote Zahlen. Ganz grundsätzlich: Was läuft eigentlich falsch?*

Wie schon erwähnt, wurden die Tarife der Teuerung nicht angepasst. Andererseits ging es auf nationaler Ebene aber auch viel zu schleppend voran mit der Anpassung der Tarifstrukturen und der Förderung von ambulanten Eingriffen. Diese brauchen weniger Personal und Infrastruktur und sind deshalb kostengünstiger. Wenn wir die ambulante Medizin nicht stärker fördern, dann fahren wir das Gesundheitswesen an die Wand. Leider ist es für die Spitäler wegen der veralteten Tarifstruktur unattraktiv, Behandlungen ambulant, also ohne Spitalübernachtung, durchzuführen. Der Bund muss endlich die Tarifstruktur anpassen.

*In einem Interview mit der «Sonntags-Zeitung» äusserten Sie radikalere Ideen. Sie sagten, dass man eine Abschaffung der obligatorischen Krankenversicherung in Betracht ziehen müsse. Meinten Sie das ernst, oder war das mehr als Provokation gedacht?*

Mein Ziel war es, damit eine Diskussion ohne Tabus auszulösen. Wir müssen darüber diskutieren, wie wir das Gesundheitswesen finanzieren wollen. Es braucht Anpassungen. Auch die Anspruchshaltung in der Bevölkerung ist hoch. Wir müssen deshalb die Eigenverantwortung stärken.

*Und wie soll das gehen?*

Zum Beispiel, indem wir bei den Prämien ansetzen. Es sollte künftig nur noch zwei Franchisen bei der Krankenkasse geben, eine tiefe und eine hohe. Die tiefe sollte von 300 auf 600 Franken angehoben werden. Die Versicherten würden damit einen höheren Teil der Kosten selbst tragen und würden sich damit vielleicht besser überlegen, ob der Arzt- oder Spitalbesuch nötig ist. Die freie Arztwahl sollte beibehalten werden, jedoch nicht mehr der Standard sein, sondern das Hausarztmodell. Wer etwas anderes will, sollte draufzahlen.

*Und was halten Sie von der Idee einer Einheitskasse, die nun wieder vermehrt diskutiert wird?*

Das wäre keine gute Lösung. Wenn der Staat übernimmt, wird es nicht günstiger und auch nicht besser. Ich bin aber auch der Meinung, dass es zu viele Anbieter gibt. Und ich plädiere für optionale Mehrjahresverträge mit den Kassen. Das würde den administrativen Aufwand reduzieren. Wer sich verpflichtet, mehrere Jahre bei der gleichen Kasse zu bleiben, könnte dafür mit einem Rabatt belohnt werden. Zudem glaube ich, dass wir das Modell in Singapur genauer anschauen könnten.

*Weshalb denn?*

Singapur hat ein ausgezeichnetes Gesundheitswesen, und das zu geringeren Kosten. Dort bezahlen die Einwohnerinnen und Einwohner einen Teil ihres Lohns auf ein individuelles Gesundheitskonto ein, und auch die Arbeitgeber steuern etwas bei. Es funktioniert ähnlich wie die Pensionskasse in der Schweiz. Das Geld auf diesem Konto wird dann verwendet, um Behandlungen von Gesundheitsproblemen zu bezahlen. Auch das könnte das Kostenbewusstsein stärken.

*Ein weiteres Problem im Gesundheitswesen ist der Fachkräftemangel. Was braucht es, um das Problem zu lösen?*

Gerade in der Pflege muss es das Ziel sein, dass die Personen länger im Beruf bleiben. Allein im Kanton Zürich investieren wir 100 Millionen Franken in die Ausbildungsoffensive bei der Umsetzung der Pflegeinitiative. Gleichzeitig stärken wir auch die Ausbildung von Haus- und Kinderärzten. Hier ist der Mangel am grössten. Viele Hausärzte gehen derzeit in Pension, gleichzeitig will der Nachwuchs eher Teilzeit arbeiten. Ein Landarzt muss also mit zwei bis drei Ärzten ersetzt werden. Wenn das so weitergeht, müssen wir uns schon darauf einstellen, dass die Wartezeiten länger werden.

*Wenn wir noch etwas weiter in die Zukunft blicken, dann wird die Situation nicht rosiger. Der Anteil der älteren Bevölkerung, die häufiger an komplexen Krankheiten leidet, nimmt zu. Die Gesundheitskosten müssen hingegen von immer weniger Werktätigen getragen werden, und der Fachkräftemangel dürfte sich noch mehr verschärfen. Sehen wir erst den Anfang einer viel grösseren Krise?*

Nein, das glaube ich nicht. Der Kanton Zürich ist gut unterwegs. Das Ziel muss einerseits sein, dass wir möglichst gesund älter werden. Deshalb investieren wir vermehrt in die Prävention. Zugleich müssen wir verhindern, dass am Lebensende unnötige Eingriffe gemacht werden. Meistens wollen die Menschen zu Hause oder im Pflegeheim sterben und nicht noch in ein Spital verlegt werden. Darum haben wir auch die palliative Medizin im Kanton gestärkt.

*Reicht das?*

Wir müssen auch ehrlich zu uns selbst sein: Wenn wir nicht wollen, dass die Kosten weiter steigen, dann müssen wir bereit sein, Abstriche zu machen. In der öffentlichen Diskussion höre ich immer nur Forderungen nach mehr Leistungen für weniger Geld. Das geht einfach nicht auf.

«Wir müssen auch ehrlich zu uns selbst sein: Wenn wir nicht wollen, dass die Kosten weiter steigen, dann müssen wir bereit sein, Abstriche zu machen.»



«Ich würde das Spital Wetzikon noch nicht abschreiben», sagt Natalie Rickli. CHM

# ZH – Stararchitektur statt Sparsamkeit

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 06.04.2024

In Zürich hagelt es Kritik an den Spitalverantwortlichen wegen wenig haushälterischen Umgangs mit Finanzmitteln

**Marius Huber**

Die Zürcher Politik wirkt etwas benommen vom Krisenkonkret der Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli (SVP), das am Donnerstag über sie hereingebrochen ist. Das Kinderspital muss mit insgesamt 135 Millionen Franken gerettet werden. Das Spital Wetzikon wird trotz Geldnot fallengelassen. Das sind dramatische Entwicklungen. Aber was bedeuten sie, und welche Lehren sind daraus zu ziehen? Dafür haben gewichtige Parteien wie die SVP, die Grünliberalen oder die Mitte bisher auffälligerweise noch keine Worte gefunden. Einfacher zu beantworten scheint für viele die Frage nach der unternehmerischen Verantwortung: Es herrscht weitgehend Einigkeit, dass die in Not geratenen Spitäler nicht bloss Opfer von Systemfehlern sind, sondern ihre Misere teilweise selbst verschuldet haben.

## Wie ein Kunstmuseum

Den SVP-Gesundheitspolitiker Pierre Dalcher traf diese Erkenntnis, als er kürzlich durch den neuen Spitalcluster Lengg in Zürich spazierte. Dort hat das Kinderspital jene von den Basler Stararchitekten Herzog & de Meuron entworfenen Neubauten hochgezogen, derentwegen ihm nun das Geld ausgeht. «Seid ihr noch bei Trost?», fuhr es ihm durch den Kopf, als er das kreisrunde weisse Forschungsgebäude erblickte, das man für ein Kunstmuseum halten könnte. Dalcher ist überzeugt: «Wir brauchen Funktionsbauten, nicht zukünftige Denkmalschutzobjekte.» So wie es in seiner Region das Spital Limmattal vorgemacht habe, das als Vorbild für einen haushälterischen Umgang mit Finanzmitteln gilt.

Am Kinderspital in Zürich steht mit dem ehemaligen Zürcher Stadtrat Martin Vollenwyder ein Freisinniger als Präsident der Trägerstiftung in der Verantwortung. Die Zürcher Grünen fordern seinen Rücktritt, aber er muss sich auch aus der eigenen Partei kritische Fragen gefallen lassen. Zum Beispiel von der FDP-Vizepräsidentin Raffaella Fehr: «Muss es wirklich immer Stararchitektur sein? Oder ging es hier zu sehr um Prestige und zu wenig um Zweckmässigkeit?» Die grünliberale Gesundheitspolitikerin Claudia Frei doppelt nach: Das Kinderspital habe sich auch beim Software-Einkauf für das teuerste Klinikinformationssystem entschieden. «Verrückt, dass man sich zuerst den Rolls-Royce leistet und dann beim Kanton um Geld bittet», findet sie.

Auch das Spital Wetzikon, wo mit Jörg Kündig ebenfalls ein Freisinniger den Verwaltungsrat präsidiert, wird allseits kritisiert. Einerseits, weil es noch vor kurzem eine Fusion mit dem Spital Uster ausgeschlagen hat. Andererseits wegen eines teuren Neubaus, der auch in diesem Fall Ursache der finanziellen Notlage ist. Laut Raffaella Fehr von der FDP sind dies unternehmerische Entscheide, für die man die Konsequenzen tragen muss. «Man kann nicht einfach aufrüsten, um sich für Patienten attraktiver zu machen, und dann beim Staat anklopfen, wenn die Kosten aus dem Ruder laufen.»

Die GLP-Politikerin Frei weist darauf hin, dass das Spital Wetzikon zudem vor zwei Jahren die 38-Stunden-Woche fürs Pflegepersonal eingeführt hat – auch dies ein unternehmerischer Entscheid mit finanziellen Folgen. Sie findet es daher richtig, dass Gesundheitsdirektorin Rickli hart bleibt und nicht mit Steuergeld aushilft. Solche unpopulären Entscheide seien in der Gesundheitspolitik selten.

## SP und Grüne nehmen die Krise zum Anlass, die bürgerlich geprägte Spitalpolitik grundsätzlich infrage zu stellen.

Seitens der politischen Linken wird zwar ebenfalls auf Fehler der Spitäler hingewiesen. Die SP und die Grünen lassen es aber nicht dabei bewenden, sondern nehmen die Krise zum Anlass, die bürgerlich geprägte Spitalpolitik der vergangenen Jahre grundsätzlich infrage zu stellen. In den Augen der Grünen sind Spitalschliessungen die unerwünschte Folge eines künstlich erzeugten Wettbewerbs. Der Kanton Zürich müsse für in Not geratene Betriebe künftig konsequent einen finanziellen Rettungsschirm bereithalten. Die SP bezeichnet das vor zwölf Jahren eingeführte System der neuen Spitalfinanzierung als «gescheitert». Es orientiere sich zu einseitig an der Wirtschaftlichkeit und ignoriere die Rolle, die ein Spital für die regionale Grundversorgung spiele.

## FDP warnt vor «Spitalsterben»

Bei der FDP klingt es etwas überraschend gar nicht so anders – zumindest was den letzten Punkt betrifft. Im Kanton drohe ein «ungesteuertes Spitalsterben», so die Freisinnigen. Die Regierung dürfe dabei nicht passiv zuschauen, sondern müsse diese Veränderung planen: Wo sind welche Angebote nicht mehr nötig?

«Wir können durchaus auf einzelne Spitäler verzichten», stellt Raffaella Fehr klar. Einer reinen Marktlogik dürfe man dies aber nicht überlassen, weil diese im Gesundheitswesen durch viele Faktoren verzerrt werde. Im Fall des Zürcher Oberlandes etwa sei es ein mögliches Szenario, dass weder das Spital in Wetzikon noch jenes in Uster überlebe. «Dann könnte es zu Versorgungengpässen kommen.» Deshalb müsse der Kanton bei der finanziellen Unterstützung von Neubauten zwar zurückhaltend sein, aber anders als heute alle gleich behandeln. Denn nicht nur das Kinderspital sei für die Versorgung unentbehrlich, man könne ebenso wenig auf sämtliche Regionalspitäler verzichten.



So sieht dereinst das von Herzog und de Meuron entworfene Forschungsgebäude des Kinderspitals in Zürich Lengg aus.

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

# ZH – Wie das Spital Wetzikon eine Spitalschliessung abwenden will

 [Radio SRF 1](#) | Spital Wetzikon | 07.04.2024

Das Zürcher Spital Wetzikon kämpft ums Überleben: Bis im Juni muss es dringend rund 180 Millionen Franken auftreiben. Als Regionaljournal Wochengast sagt Verwaltungsratspräsident Jörg Kündig, wie er das Spital noch retten will und was die grössten Schwierigkeiten dabei sind.

 [Audio starten](#), Start: 05:55, Ende: 21:15

## So sieht der Rettungsplan für das Spital Wetzikon aus

**Datum**  
08.04.2024  
**Sendung**  
**Dauer**  
**Startzeit**

Nachdem der Kanton Zürich keine finanzielle Unterstützung gewähren will, droht dem Spital Wetzikon das Aus. Verwaltungsratspräsident Jörg Kündig legt als Regionaljournal-Wochengast dar, wie das Spital nun gerettet werden soll.

[Audio starten](#), Start: 00:37, Ende: 03:13



# ZH – «Den Kispi-Neubau an zwei Stararchitekten zu vergeben, war unverantwortlich»

 SonntagsZeitung | 07.04.2024

Thierry Carrel zur Spitalkrise - Der prominente Herzchirurg kritisiert unnötige Ausgaben und sagt, welche Länder es besser machen.

## Fabienne Riklin

35 Jahre war der Herzchirurg Thierry Carrel in Schweizer Spitälern tätig. Heute ist er vor allem humanitär im Einsatz und operiert alle zwei, drei Monate in Usbekistan und künftig auch in Georgien und Südamerika. Die Hilferufe der Spitäler in Millionenhöhe besorgen ihn sehr. Diese Woche hiess es, das Zürcher Kinderspital (kurz: Kispi) müsse mit einer 100-Millionen-Franken-Spritze gerettet werden.

«Dass das Kispi einen Neubau braucht, um den künftigen Anforderungen gewachsen zu sein, steht ausser Frage», sagt Carrel. Er hatte dort selber in den 90er-Jahren immer wieder operiert und weiss um die engen Platzverhältnisse und die veraltete Infrastruktur. «Doch den Auftrag für den Neubau an zwei Stararchitekten zu vergeben, die damit ein Denkmal setzen, war ein unverantwortlicher Entscheid der Leitungsgremien.»

Tatsächlich sollte der Neubau, entworfen von den Basler Architekten Herzog & de Meuron, zu Beginn 600 Millionen Franken kosten. Inzwischen sind es 761 Millionen. Carrel ist überzeugt: Die Fassade eines Spitals ist für die darin arbeitenden Mediziner und Pflegenden wie auch die Patienten völlig sekundär. Mit den zunehmenden ambulanten Behandlungen würden die Patienten ohnehin viel weniger Zeit im Spital verbringen.

Viel wichtiger seien die medizinische und pflegerische Leistung. «Und die kann man auch mit viel weniger Luxus rundherum erbringen, das erlebe ich tagtäglich in Regionen, denen es wirtschaftlich deutlich schlechter geht als der Schweiz», sagt der Herzchirurg.

## «Gute medizinische Leistung kann man auch mit wenig Luxus rundherum erbringen.» - Thierry Carrel, Schweizer Herzchirurg

Auch stört Carrel, dass die Rettungspakete der Kantone nach dem Prinzip der Systemrelevanz verteilt werden. «Was heisst schon systemrelevant?», fragt Carrel. Er sei diese Woche bei einem langjährigen Freund und Hausarzt im Berner Oberland gewesen. Dieser betreut mit seiner Praxis eine ganze Talschaft. «In diesem Sinne ist sie auch systemrelevant. Doch würde sie gerettet werden?» Anders als die Spitäler habe dieser Hausarzt immer nur so viel investiert, wie er habe verantworten können. «Er wird also gar nicht in diese missliche Lage kommen.»

Bis jetzt fand der Herzchirurg gut, dass die Kantone, die auch nah am Geschehen sind, für die Spitäler zuständig sind. Doch mittlerweile steht für ihn fest, der Blick auf das Ganze ist verloren gegangen. Jeder



Kanton, sogar jede Region schaue häufig nur für sich. «Wenn es so weitergeht, haben wir für 10 Millionen Menschen bald 10 Unispitäler», sagt Carrel. Das könne nicht sein. Länder wie beispielsweise Dänemark oder auch Holland würden vormachen, wie es gehe. «Aber unser Gesundheitssystem war in den letzten Jahren nur von Blockaden geprägt. Mit fatalen Folgen», sagt Carrel.

## Nur eine Handvoll Spitäler erzielt Gewinne

Kaum einer kennt die Finanzen der Spitäler so gut wie Philip Sommer, Leiter Gesundheitswesen bei PWC Schweiz. «Die Situation ist ziemlich dramatisch», sagt er. Zahlreiche Spitäler würden keine Gewinne mehr erzielen. «Selbst die wenigen wirtschaftlich erfolgreichen Spitäler sind oder kommen nun in Schwierigkeiten.»

Massgebend für die Wirtschaftlichkeit der Spitäler ist die Ebitdar-Marge, also der Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen, Amortisationen und Miete. 10 Prozent sollte diese betragen, damit ein Spital langfristig in der Lage ist, die notwendigen Investitionen in Immobilien und Digitalisierung zu tätigen. Doch bereits 2022 betrug sie im Median gerade noch 6 Prozent.

Sommer geht davon aus, dass in den Jahresabschlüssen für 2023 nur noch eine Handvoll Spitäler die 10 Prozent erreichen wird. «Machen wir so weiter, dann retten wir künftig Spitäler, so wie wir heute Bail-outs für Banken machen.» Schiessen die Steuerzahler das Geld nicht ein, wird es ein «Spitalsterben» geben, ist Sommer überzeugt.

Wie konnte es so weit kommen? «Der Druck ist zu gross geworden», sagt Sommer. Die Inflation habe dazu geführt, dass die Kosten etwa fürs Personal, den laufenden Betrieb und Investitionen kumuliert im Bereich von 5 Prozent gestiegen seien - die Tarife hingegen nicht im gleichen Ausmass angehoben worden seien. Für Sommer ist klar: Die stationären und vor allem auch die ambulanten Tarife müssen erhöht werden.

Eigentlich wäre es medizinisch sinnvoll für die Spitäler, mehr Leistungen ambulant zu machen. «Doch das ist für sie ein Verlustgeschäft. Also machen sie es nicht im grossen Stil.» Dabei wäre der Hebel gross. Der Ökonom ist überzeugt, dass sich dadurch jährlich fast eine Milliarde der rund 30 Milliarden Franken Spitalkosten sparen liesse.

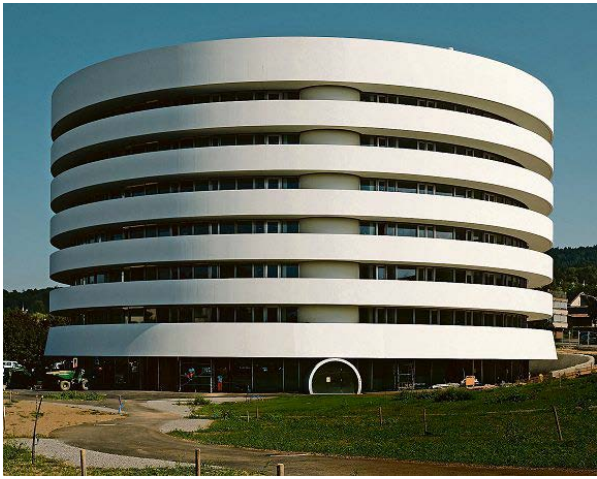
PWC Schweiz warnte bereits letzten September, dass das heutige System zu kollabieren drohe. Die ersten Geschäftsabschlüsse für 2023 bestätigen nun die Prognosen. Die St. Galler Spitäler verkündeten einen Verlust von knapp 100 Millionen Franken, das Berner Inselspital gar von 113 Millionen. Die Krise erreicht nun die Kantons- und Zentrumsspitäler, die ganze Grossregionen versorgen.

## Nur halb so viele Spitäler nötig

«Manche dieser Spitäler sind systemrelevant, sie dürfen aufgrund der medizinischen Versorgungssicherheit nicht zugehen», sagt Sommer. Dennoch ist er überzeugt: «Die Schweiz hat viel zu viele Spitäler.» Zurzeit gibt es über 100 Standorte. PWC hat in einer Studie 2018 berechnet, dass die Schweiz ab rund 50 Spitälern eine gute Grundversorgung sicherstellen kann. «Vielleicht sind es 60 oder auch 80 Spitäler, aber es braucht nicht über 100.»

Bereits damals sagten die Berater, die aktuelle Spitalstruktur sei zu starr. «Das ist nun das Gute an der Krise: Die Bereitschaft, endlich etwas zu ändern, ist grösser geworden», sagt Sommer. Und die Kantone könnten nun auch überzeugende Restrukturierungskonzepte einfordern, wenn sie die Spitäler schon mit Steuergeldern unterstützten.

Lösungsansätze gibt es. Doch die Rettung wird laut Sommer teuer: Er geht von über einer Milliarde Franken jährlich aus, die es braucht, damit die Spitäler weiter funktionieren.



Das Kinderspital Zürich hat sich mit teuren Neubauten übernommen. Foto: Jonathan Labusch

# Die organisierte Verantwortungslosigkeit

Seitenzahl  
2

Seitenzahl  
Kommentar

**Arthur Rutishauser, Chefredaktor**

Wenns ums Prestige geht, darf es nicht genug kosten. 2 Milliarden Franken für Neubauten am Unispital, 761 Millionen für den Neubau des Kinderspitals in Zürich und 300 Millionen für 550 Spitalbetten beim Triemli. Und wenn es dann schiefeht, sind nicht die teuer bezahlten Manager schuld, die in den letzten Jahren überall angestellt wurden, weil die Ärzte angeblich nicht rechnen können, sondern die Umstände. Bezahlen darf der Staat, nicht nur in Zürich, auch im Aargau, in Bern und an anderswo. In der Summe geht es um Milliarden, fast so viele wie bei den Banken.

Der Staat hat ja das Geld. Ob Swissair, UBS, die Strombranche, die SBB, die Credit Suisse oder in der Pandemie die halbe Schweizer Wirtschaft: Wer vom Staat Milliarden fordert, bekommt sie. Ein Teil kommt wieder zurück, der andere nicht, niemand scheint es zu kümmern. Die grosse Gemeinsamkeit bei allen Rettungsübungen: Niemand wird je zur Rechenschaft gezogen. Keiner der hoch bezahlten Manager muss einen wesentlichen Teil des Bonus zurückzahlen. Weder im halbstaatlichen Gesundheitswesen noch in der staatsnahen Strombranche, auch nicht bei den privaten Unternehmen, die gerettet werden mussten.

Gemeinsam ist auch, dass den staatlichen Rettungsaktionen Jahre vorangingen, in denen auf zu grossem Fuss gelebt und viel mehr Geld ausgegeben wurde, als reinkam. Ob beim Gesundheitswesen, das selbst ohne Protzbauten schlicht unterfinanziert ist. Oder dem Strom, der lange zu billig war. Und erst recht bei den Banken, wo es die Credit Suisse während 10 Jahren schaffte, 3,2 Milliarden Franken zu verlieren, aber 32 Milliarden für Boni zu bezahlen.

Das Lohnsystem, das da seit der Jahrtausendwende für die Topmanager eingeführt wurde, ist wesentlich mitverantwortlich für diese Misere. Alle haben gesehen, wie die grössten Versager bei der Swissair Millionen verdienten. Alle haben gesehen, wie Marcel Ospel und Lukas Mühleman sich einen Wettlauf lieferten, wer zuerst 20 Millionen Franken pro Jahr verdient. Beide haben es ans Ziel geschafft, die UBS und die CS wurden ruiniert und dann vom Staat gerettet. Und trotzdem wurden sie zu Vorbildern, denn seither wollen alle Millionen verdienen. Nicht nur die Banker, sondern auch die CEOs in der Pharma und der Industrie, die Chefärzte und die Chefs der grossen Staatsbetriebe.

Vor elf Jahren war die Schweiz nach all den Skandalen reif für eine kleine Revolution. Mit 68 Prozent wurde die Abzockerinitiative angenommen. Wenigstens bei den grössten Privatfirmen sollten die Eigentümer darüber abstimmen können, wie viel die Chefs verdienen, und es wurde Transparenz geschaffen, wer wie viel kassiert. Auch beim Staat und bei den Krankenkassen gibt es seither viel mehr Durchblick.

Doch was hat es gebracht? Doppelt so dicke Geschäftsberichte, die niemand liest, in denen seitenlang superkomplizierte Lohnsysteme erklärt werden. Findige Buchhalter haben herausgefunden, wie man verschleiert, wie viel effektiv kassiert wird. Natürlich merken die Leute trotzdem, was gespielt wird. Und darum geschieht, was der FDP-Parteipräsident Thierry Burkart beklagt: «Die gierigen Manager sind die Totengräber unserer liberalen Wirtschaftsordnung, weil sie mit ihren überrissenen Löhnen das Vertrauen der Bevölkerung zerstören.» Richtig ist: Erst verschwand das Vertrauen in die FDP, weil sie zu lange genau diese Manager verteidigt hat - und dann das Vertrauen in die liberale Wirtschaftsordnung.

Wer hört schon noch auf Wirtschaftsvertreter, die bei den Staatsausgaben Mässigung einfordern. Die gegen eine 13. AHV-Rente sind oder gegen die jetzt geforderte Deckelung der Krankenkassenbeiträge. Wasser predigen und Wein trinken, das sagte man früher den «Pfaffen» nach - und glaubte ihnen nicht mehr. Heute gilt dasselbe für die Wirtschaftsführer. Wen wunderts?

---

## «Unverantwortlich»: Carrel kritisiert Kispi

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Spitalkrise - Geld sei für Stararchitekten statt Medizin ausgegeben worden, so der Chirurg.

Der prominente Herzchirurg Thierry Carrel kritisiert unnötige Ausgaben der Spitäler, allen voran des Kispi Zürich. Den Auftrag für den Neubau an zwei Stararchitekten zu vergeben, die damit ein Denkmal setzten, sei ein «unverantwortlicher Entscheid der Leitungsgremien», sagt Carrel. Die Fassade eines Spitals sei für die darin arbeitenden Mediziner und Pflegende wie auch die Patienten völlig sekundär. Wichtiger seien die medizinische und pflegerische Leistung. «Und die kann man auch mit viel weniger Luxus rundherum erbringen, das erlebe ich tagtäglich in Regionen, denen es wirtschaftlich deutlich schlechter geht als der Schweiz», sagt Carrel, der heute oft in Ländern wie Usbekistan operiert.

Für Philip Sommer, Leiter Gesundheitswesen bei PWC Schweiz, ist die Spitalkrise «ziemlich dramatisch». Nicht nur das Kispi sei in finanzieller Schieflage, sondern zahlreiche Spitäler. «Machen wir so weiter, dann retten wir künftig Spitäler, so wie wir heute Bail-outs für Banken machen», sagt Sommer. Und schiessen die Steuerzahler das Geld nicht ein, wird es ein «Spitalsterben» geben, ist der Ökonom überzeugt. «Die Schweiz hat viel zu viele Spitäler», sagt Sommer. Zurzeit gibt es über 100 Standorte. «Vielleicht sind es künftig 60 oder auch 80 Spitäler, aber es braucht nicht über 100.»

# Heinz Locher: «Man hat sie aushungern lassen» - Interview

 Tages-Anzeiger | 06.04.2024

Spitalkrise Zürcher Kisp: gerettet. Spital in Wetzikon: nicht gerettet. Was passiert da gerade? Ist unsere Versorgung in Gefahr? Experte Heinz Locher ordnet ein.

## Markus Brotschi

*Das Kinderspital Zürich, das Inselspital Bern, Spitäler in St. Gallen, Wetzikon und andernorts verzeichnen Millionendefizite. Was bringt die Schweizer Spitäler in derart arge Schieflage?*

Es ist eine dramatische Situation, wir sind an einem Wendepunkt. Es ist kein Zufall, dass sich die Krisensymptome jetzt häufen. Man hat die Probleme bisher verdrängt. Es wäre gut, wenn die Politik die finanziellen Probleme der Spitäler auch als Wendepunkt erkennt und die richtigen Massnahmen ergreift. Man hat die Spitäler aushungern lassen. Die Tarife sind im stationären Bereich und noch viel mehr im ambulanten Bereich schon lange nicht mehr kostendeckend. Das gilt auch für wirtschaftlich gut geführte Spitäler.

*Dann stimmt die Darstellung der Spitalchefs: Die Tarife für die medizinischen Behandlungen sind nicht kostendeckend?*

Die Kosten der Spitäler steigen laufend, etwa fürs Personal, den laufenden Betrieb und Investitionen, die Tarife bleiben aber über ein Jahr oder oft sogar länger fix. Das erklärt die grossen Defizite. Die Spitäler sollten eigentlich so viel Eigenkapital haben, dass sie solche Verluste kurzfristig tragen können. Sie haben aber das Eigenkapital aufgebraucht, weshalb die Tarife um so viel erhöht werden müssen, dass die Spitäler wieder finanzielle Reserven anlegen können.

*In vielen Spitälern, die nun Kapitalspritzen der Kantone erhalten, wurden aber teure Neubauten erstellt.*

Ja. Jene, die ihre Neubauten noch vor einigen Jahren fertiggestellt haben, stehen besser da als jene, die erst kürzlich mit Bauen begonnen haben. Stärker betroffen sind aber auch jene Spitäler, die relativ wenige Privatpatienten haben, mit denen zumindest bisher eine gewisse Quersubventionierung der allgemeinen Abteilungen möglich war.

*Die Tarife müssen also erhöht werden - dann steigen aber auch die Prämien noch mehr.*

Ja, aber diese Kosten sollten nicht ohne Abfederung auf die Versicherten abgewälzt werden. Der Bund muss seinen Anteil zur Prämienverbilligung deutlich erhöhen, um Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen zu entlasten. Meiner Meinung nach sollte der Bund seinen heutigen Beitrag von 7,5 Prozent der Gesundheitskosten auf 15 Prozent verdoppeln.

*Warum soll der Bund zahlen? Zuständig sind doch die Kantone.*

Der Bund hat entgegen der allgemeinen Meinung viel mehr Kompetenzen als die Kantone. Er nimmt sie nur nicht wahr, etwa bei der Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien, die sinnvollerweise noch angewendet werden sollen. Oder: In der Schweiz sterben jährlich 2000 Menschen wegen Behandlungsfehlern. Keine Bundesstelle untersucht das, obwohl Behandlungsfehler hohe Kosten

verursachen. Wenn ein Tram entgleist, erstellt die Untersuchungsstelle des Bundes hingegen einen 100-seitigen Bericht.

*Die Inselgruppe in Bern hat bereits mehrere Spitäler geschlossen. Drohen weitere Spitalschliessungen?*

Ich war Projektleiter bei der Fusion der Spitäler Rüti, Wald und Bauma mit Wetzikon. Das Spital Wetzikon ist versorgungsnotwendig, aber es braucht im Zürcher Oberland künftig nicht mehr zwei Spitäler. Die bisherige Struktur im Zürcher Oberland kann nicht aufrechterhalten werden. Das verbleibende Spital muss so ausgerichtet werden, dass es einen viel grösseren Anteil an Behandlungen ambulant durchführen kann. Heute werden 80 Prozent der Patientinnen und Patienten stationär versorgt und nur 20 Prozent ambulant. In Zukunft sollte die Hälfte oder mehr ambulant behandelt werden.

*Spitaldirektoren kritisieren die Anspruchshaltung der Patienten. Diese kämen mit jedem Wehwehchen in den Notfall. Ist das eine Ursache für die Finanzprobleme?*

Die drei Spitaldirektoren, die sich in der «SonntagsZeitung» so geäussert haben, halte ich für sehr kompetent, aber diese Aussage ist unglücklich. Man kann die strukturellen Probleme, die der Finanzierungskrise der Spitäler zugrunde liegen, nicht mit dem Patientenverhalten verknüpfen. Die Ursache liegt in den zu tiefen Tarifen und den zu grossen Spitalkapazitäten im stationären Bereich.

*Wie wird sich die Spitallandschaft verändern?*

In den nächsten fünf bis zehn Jahren wird es zu massiven Veränderungen kommen. Zu grosse Spitäler werden redimensioniert, manche geschlossen, oder Spitäler werden Kooperationen eingehen müssen. Die bestehenden Spitalbauten können zudem oft nicht gebraucht werden, um das ambulante Angebot auszubauen. Es werden externe Operationszentren entstehen. Weil die Spitäler deshalb auf einer zu grossen Infrastruktur sitzen, die sie in den nächsten Jahren abschreiben müssen, wird sich die finanzielle Lage noch verschärfen.

*Mit der Spitalfinanzierung fand eine Ökonomisierung im Gesundheitswesen statt. Die Spitäler müssen mit den medizinischen Behandlungen auch Investitionen finanzieren. Ist das eines der Probleme?*

Der Fehler liegt darin, dass die Fallpauschalen und Tarife, mit denen die Behandlungen der Spitäler abgerechnet werden, zu niedrig sind. Falsch ist nicht das Finanzierungssystem an sich. Spitäler müssen zu normalen Unternehmen werden. Sonst werden Strukturen erhalten, die nicht mehr finanzierbar sind.

*Aber man kann doch ein Kantonsspital nicht in Konkurs gehen lassen.*

Nein, das wird auch nicht geschehen. Aber die Kantone können nicht jedes Regionalspital durchfüttern. In diesem Sinne finde ich den Entscheid von Natalie Rickli zum Spital Wetzikon richtig.

*Welche Schuld trifft die Politik?*

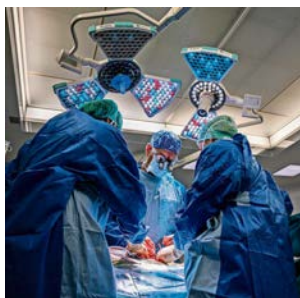
Spitäler gehören einerseits zu den grossen Arbeitgebern. Andererseits sind sie der Stolz der Kantone. Lange galt, dass ein Kanton kein Kanton ist, wenn er keine Bank und kein grosses Spital hat. Die Fehler haben aber nicht die Spitaldirektionen gemacht, die jetzt in der Verantwortung sind.

*Ist die Versorgung der Patienten in Gefahr?*

Nein, die Spitäler werden ja nicht einfach verschwinden. Aber künftig werden nicht mehr alle Spitäler alles machen, was sich positiv auf die Qualität auswirkt. Wichtig ist, dass die Veränderungen in der Spitallandschaft nicht schlagartig, sondern koordiniert und mit genügend Zeit erfolgen.

## Versierter Gesundheitsökonom

Der Berner Gesundheitsökonom Heinz Locher gilt als fundierter Kenner des Schweizer Gesundheitssystems. Er war von 2001 bis 2019 selbstständiger Berater im Gesundheitswesen. Vorher arbeitete er 20 Jahre für das Prüf- und Beratungsunternehmen PricewaterhouseCoopers. Zuvor war er Generalsekretär der Berner Gesundheitsdirektion. Er war als Berater in diverse Projekte involviert, etwa in die von der früheren Zürcher Gesundheitsdirektorin Verena Diener durchgeführte Fusion der Spitäler im Zürcher Oberland. Heute engagiert er sich als Mitbegründer der Organisation Careathome für selbstbestimmte Lebensgestaltung im Alter. **(br)**



Im Gesundheitswesen steigen die Kosten seit Jahren: Eine Operation im Unispital Genf. Foto: Keystone

---

# Schweizer Spitalkrise

Seitenzahl  
1

Seitenzahl  
Titelseitenanriss

Ist die Versorgung in Gefahr? Drohen Schliessungen? Das sagt der Experte.

#### **Gleichen tags erschienen in**

- Basler Zeitung
- Berner Oberländer
- Berner Zeitung Burgdorf Emmental
- Berner Zeitung Stadt + Region Bern
- Der Bund
- Der Landbote
- Langenthaler Tagblatt
- Thuner Tagblatt
- Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster
- Zürcher Unterländer
- Zürichsee-Zeitung



# Tilman Slembeck - «Wir müssen zu einer Struktur mit weniger Spitälern kommen» - Interview

SRF 1 | 05.04.2024

Das Kinderspital Zürich und das Spital Wetzikon sind in finanzieller Schieflage. Vor zwei Jahren waren die Spitäler Affoltern und Uster bedroht. Auch in Bern, St. Gallen und andernorts verzeichnen Spitäler Millionendefizite.

Warum sind die Spitäler so defizitär? Und was müsste man tun? Der Gesundheitsökonom Tilman Slembeck erklärt es.

## Tilman Slembeck

[Tilman Slembeck](#) ist Gesundheitsökonom an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW.

*SRF News: Wo «knorzt» unser Gesundheitssystem?*

**Tilman Slembeck:** Das Problem ist das Verantwortungsvakuum. In vielen Bereichen sind die Tarifpartner verantwortlich. Das sind die Ärzteschaft, die Leistungserbringer und auf der anderen Seite die Krankenkassen. Sie müssen sich einigen. Doch in vielen Fragen können sie das nicht, weil es kontroverse Interessen gibt. Wenn der Kuchen nicht ewig wächst, dann kommt es zu Verteilungskonflikten und es wird schwierig. Wir haben kein Gesundheitsgesetz in der Schweiz, das solche Dinge regelt.

**"Wir müssen zu einer Struktur kommen, in der es weniger Spitäler hat."**

*Daran krankt also das System?*

Natürlich. Jeder Kanton hat ein Gesundheitsgesetz, ausser der Bund. Er hat ein Versicherungsgesetz. Es ist, als würde man Landwirtschaftspolitik mit der Hagelversicherung machen.

*Die Spitäler kommen immer mehr finanziell an den Anschlag. Wo liegt das Hauptproblem, unabhängig von gesetzlichen Grundlagen?*

Es ist eine gewollte Systembereinigung im Gange, in der man Mittel heruntergefahren hat. Die Kantone können über die Fallpauschalenfinanzierung nicht mehr bewilligen, was sie wollen. Damit kommen die Spitäler nicht mehr aus.

**"Das Richtige wäre, wenn die Gemeinden die Regionalspitäler übernehmen würden. Sie hätten den Nutzen, müssten aber auch die Defizite tragen."**

*Wie löst man dieses Problem?*

Wir müssen zu einer Struktur kommen, in der es weniger Spitäler hat. Das heisst aber nicht weniger Behandlungen oder Betten, sondern, dass es keine kleinteilige Struktur mehr gibt, die sowohl teuer als auch – aus medizinischer Sicht – qualitativ nicht gut ist.

#### **Rote Zahlen bei Regionalspitälern: weitere Gründe**

Für Slembeck sind Regionalspitäler in der Regel nicht sehr effizient, kleinräumig und damit relativ teuer. Sie müssten sich anderen Regionalspitälern um das knappe Personal und die fehlenden Fachleute im Gesundheitswesen streiten. Letztlich sei auch die Erbringung medizinischer Leistungen für kleinere Spitäler sehr schwierig, weil sie nicht genügend Fälle hätten. «Dadurch sind sie einem Strukturwandel unterworfen», sagt Slembeck. Sie müssten sich zusammenschliessen zu grösseren, effizienteren Einheiten, um kostengünstiger arbeiten zu können.

*Aber die Leute wollen nicht weniger Spitäler.*

Weil sie es bis jetzt nicht bezahlen mussten. Das Richtige wäre, wenn die Gemeinden die Regionalspitäler übernehmen würden. Sie hätten den Nutzen, müssten aber auch die Defizite tragen. Die Leute könnten an der Urne darüber befinden, ob sie ihr Spital behalten wollen.

*Hand aufs Herz: Haben wir das Problem in 15 Jahren gelöst?*

Prognosen sind schwierig und ich mache sie höchst ungern. Doch ich glaube, die Kantone haben ein enormes Beharrungsvermögen, solange sie finanziell so stark involviert sind und sie Hauptbesitzer der Spitäler sind. Rund 80 Prozent der Spitäler sind in öffentlicher Hand. Deshalb sehe ich in 15 Jahren keine grosse Veränderung. Wir müssen zu einem neuen System kommen, in dem die Kantone eine viel kleinere Rolle spielen. Das sehe ich momentan nicht.

**"Die Umverteilungsvorlagen sind schlimm, weil sie nicht die Ursache, sondern die Symptome bekämpfen."**

*Was braucht es dafür?*

Weniger Geld. Solange so viel Geld im System ist, gibt es keine Anreize. Alle Player verdienen gut im heutigen System, ausser die Prämienzahlerinnen und -zahler, die sich im Herbst bei einer nächsten Prämienhöhung beklagen und die Medien aufschreien. Immerhin ist es eine der grössten Sorgen von Herr und Frau Schweizer. Aber das muss noch viel mehr eskalieren, bevor wirklich ein Wandel stattfindet.

*Wir werden also in 15 Jahren das gleiche Interview miteinander führen?*

Wenn die Prämien nicht nochmals massiv steigen und nicht so verheerende Umverteilungsvorlagen angenommen werden. Wir stimmen ja dieses Jahr noch über zwei Vorlagen ab und mindestens bei einer geht es darum, den Druck aus dem Kessel zu nehmen und ihn anders zu verteilen. Darum sind diese Vorlagen so schlimm, weil sie nicht die Ursache, sondern die Symptome bekämpfen. Bei einem Ja würde der Systemdruck sinken und wir noch in 35 Jahren hier sein.

 [Video starten, Dauer: 04:58](#)

# ZH – Kanton hilft Kispi mit 135 Millionen aus

 Tages-Anzeiger | 05.04.2024

Zürich - Zwei Häuser haben um Hilfe gerufen. Der Regierungsrat unterstützt nun das Kispi, nicht aber das Spital Wetzikon. Dieses gibt aber nicht auf und prüft ziemlich unkonventionelle Lösungen.

## Pascal Unternährer, Susanne Anderegg und Sabrina Bundi

Zahlreiche Schweizer Spitäler stecken in grossen finanziellen Schwierigkeiten. Nachdem das Spital Uster kürzlich von den Trägergemeinden mit einer Finanzspritze von 33 Millionen Franken gerettet werden musste, trifft es nun zwei weitere Krankenhäuser im Kanton Zürich. Das Kinderspital Zürich und das Spital Wetzikon haben sich mit teuren Neubauten übernommen und den Kanton um Unterstützung gebeten.

Die private Trägerin des Kinderspitals, die Eleonorenstiftung, hat um ein Darlehen von 100 Millionen Franken und einen Betriebsbeitrag von 70 Millionen ersucht, die GZO (Gesundheitszentrum Zürcher Oberland) AG Spital Wetzikon um ein Darlehen in der Höhe von 180 Millionen.

Der Regierungsrat hat die Gesuche unterschiedlich beantwortet, wie er gestern verkündet hat.

Das Kinderspital erhält das gewünschte Darlehen, muss es aber verzinsen und innert 25 Jahren zurückzahlen. Es ist eine Aufstockung: Das Kispi hatte vom Kanton bereits zwei Darlehen in der Höhe von 150 Millionen bezogen. Insgesamt sind es nun also 250 Millionen.

Das Kispi zieht noch dieses Jahr in den grosszügigen Neubau von Herzog & de Meuron in der Lengg. Die Baukosten stiegen stetig, sie liegen inzwischen bei 761 Millionen. Ursachen für die Mehrkosten von über 150 Millionen waren etwa Lieferengpässe oder die Teuerung.

## Kispi schrammt an Pleite vorbei

Nun ist das Kispi klamm. Gemäss einem Revisorenbericht hat die Eleonorenstiftung ihr gesamtes Vermögen aufgebraucht. Und wegen der fehlenden Kreditwürdigkeit kann sie auf dem Markt kein zusätzliches Fremdkapital aufnehmen. Gleichzeitig muss bis 2028 eine 200-Millionen-Anleihe refinanziert werden.

Der Regierungsrat kommt zu einem alarmierenden Befund: Ohne Finanzspritze wäre «die Zahlungsfähigkeit ab Mitte 2024 nicht mehr gewährleistet» gewesen, schreibt er.

So hat die Regierung dem Kispi auch eine Subvention für das Jahr 2024 in der Höhe von maximal 35 Millionen zugesichert, was der Hälfte der ersuchten Summe entspricht. Damit kann der Neubau fertiggestellt, der Umzug bewältigt und der Spitalbetrieb aufrechterhalten werden.

Über einen weiteren Betriebsbeitrag von höchstens 25 Millionen entscheidet der Regierungsrat später. Die Budgetmittel müssen noch vom Kantonsrat bewilligt werden.

Die kurze Begründung für das Ja zur Geldspritze lautet: Das Kispi ist systemrelevant. Die längere: Es behandelt mit jährlich 8000 Kindern und Jugendlichen rund die Hälfte aller stationären Fälle im Kanton. Zudem werden insgesamt 140'000 ambulante und 42'000 Notfallkonsultationen im Jahr durchgeführt.

Auf der Spitalliste ist das Kispi der einzige Anbieter hoch spezialisierter pädiatrischer und kinderchirurgischer Behandlungen. Zudem werden sowohl Kinderärztinnen und -ärzte ausgebildet als auch neue Therapien erforscht. «Diese Leistung kann kein anderes Spital übernehmen», sagte Jörg Gruber, stellvertretender Chef des Amtes für Gesundheit, an der Medienorientierung. Das Kispi ist auch für andere Deutschschweizer Kantone versorgungsrelevant.

Georg Schächli, CEO des Kinderspitals, nimmt die Finanzhilfe dankend an: «Ich bin froh, dass der Regierungsrat uns sein Vertrauen schenkt», sagt er auf Anfrage. Vertrauen - und Kontrolle. Der Kanton hat die finanzielle Hilfe an Auflagen geknüpft. So muss das Kispi bis September beweisen, dass es ab 2026 keine weiteren Kantonsbeiträge braucht.

«Wir werden liefern, das ist gar keine Frage», sagt Schächli. Er ist zuversichtlich, dass das Spital schon bald wieder auf eigenen Beinen stehen kann. Für ihn lösen sich viele der finanziellen Probleme mit dem Umzug in den Neubau: «Im Moment haben wir zwei Standorte, die funktionieren müssen, und das sind ungeheure Zusatzkosten.»

## Wetzikon: 25 Mitarbeitende entlassen

Weniger gut waren die Nachrichten für das Spital Wetzikon. Dieses ist eine AG mit zwölf Gemeinden aus dem Zürcher Oberland als Aktionären. Und es muss im Juni 2024 eine Anleihe von 170 Millionen ablösen. Das ist aber schon seit 2022 wegen des fehlenden Eigenkapitals infrage gestellt. Seither hat sich die Situation des Spitals, das von der Gesundheitsdirektion vor anderthalb Jahren noch einen Platz auf der Spitalliste erhielt, verschlechtert. Kürzlich sind sogar 25 Mitarbeitende entlassen worden. Ein Investor war bereit zu helfen - unter der Bedingung, dass die Refinanzierung der auslaufenden Anleihe gesichert sei. Doch die Hürde war zu hoch, der Deal platzte. Aus diesem Umstand resultierte vor zwei Monaten das 180-Millionen-Gesuch, das die Regierung nun abgelehnt hat. Das Spital Wetzikon ist «nicht unverzichtbar», lautet die Begründung.

Die Leistungen könnten auch andere Spitäler übernehmen: «Innerhalb von 25 Minuten haben 98 Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner im betroffenen Gebiet mit dem privaten Verkehr ein anderes Spital erreicht», sagte Jörg Gruber. Die nächstgelegenen Spitäler sind jene in Uster und Männedorf.

Nun erwartet auch der Stadtrat vom GZO-Verwaltungsrat einen Finanzierungsplan für die Anleihe und einen tragfähigen Businessplan. Eine finanzielle Unterstützung des Spitals durch die Stadt könne sich der Stadtrat «grundsätzlich vorstellen».

## «Brutale Botschaft»: Spital prüft Nachlassstundung

«Natürlich sind wir enttäuscht vom Regierungsratsentscheid», sagt Jörg Kündig, Verwaltungsratspräsident der GZO AG Spital Wetzikon. Brutal sei insbesondere die Botschaft, nicht unverzichtbar zu sein.

Aufgeben will er aber nicht; man prüfe nun alle Optionen. Dazu zählt etwa die Möglichkeit der Nachlassstundung. Das würde bedeuten, dass das Spital bis zu 32 Monate Zahlungsaufschub bekommen könnte. «Damit würden wir Zeit gewinnen, um eine Lösung zu finden für die Refinanzierung der Anleihe», sagt Kündig.

Das führt zu einer weiteren Idee: «Sale and lease back» heisst sie im Finanzjargon. Das Spital würde den Neubau und die anderen Gebäude verkaufen und zurückmieten. «Das wäre für einen grösseren Investorenkreis interessant», meint Kündig.

Auch werde man im Gespräch mit den Trägergemeinden bleiben, welche gemäss Kündig klar hinter dem Spital stehen. Diese könnten zwar nicht allein und ohne längere Vorlaufzeit die 170-Millionen-Anleihe stemmen. Aber sie könnten bei der Betriebsfortführung helfen, wie er sagt. Auch eine Kapitalerhöhung wie in Uster sei denkbar, sagt Kündig, der auch Gossauer Gemeindepräsident und FDP-Kantonsrat ist.

Gestern Abend verkündeten die zwölf Gemeinden in einer Medienmitteilung, sie hätten eine Taskforce gegründet, um «alle politisch möglichen Vorkehrungen zu treffen», damit die Gesundheits- und Notfallversorgung im Zürcher Oberland gewährleistet bleibe.

Wichtig ist Kündig, zu betonen, dass das Spital Wetzikon «weiterhin im vollen Umfang seiner Leistungsaufträge für die Bevölkerung da ist und die Mitarbeiterlöhne sichergestellt sind».

## Verbandschef warnt und fordert höhere Tarife

Gemäss dem Präsidenten des Zürcher Spitalverbands (VZK), Christian Schär, ist klar, dass weitere Spitäler in Bedrängnis kommen werden, falls es keine Tariferhöhungen gibt. «Wir können uns das auf stationäre Spitalbehandlungen ausgerichtete Gesundheitssystem nicht mehr leisten», sagt er auf Anfrage. «Wir müssen den Wechsel von stationär auf ambulant vorantreiben.» Dafür brauche es eine einheitliche Finanzierung der Behandlungen.

Die Zürcher Spitäler sind nicht allein mit finanziellen Problemen. So haben kürzlich die St. Galler Spitäler und das Berner Inselspital Verluste von 100 Millionen Franken oder mehr für das vergangene Jahr verkündet. Die Standortkantone müssen mit dreistelligen Millionenbeträgen einspringen. Der Kanton Aargau hat letztes Jahr 240 Millionen in sein Kantonsspital einschiessen müssen, um es zu retten.

## «Wir können keine Zusammenarbeit verordnen»

### Sabrina Bundi

*Frau Rickli, der Kanton nimmt in Kauf, dass das Spital Wetzikon in Konkurs geht: Weshalb haben Sie trotzdem die beiden Oberländer Spitäler Wetzikon und Uster auf die Spitalliste 2023 aufgenommen?*

Bereits im Rahmen der Spitalplanung haben wir festgehalten, dass es mittel- und langfristig im Zürcher Oberland aufgrund der geringen räumlichen Distanz nur ein Spital braucht. Aber wir können keine Zusammenarbeit der beiden Spitäler verordnen. Ursprünglich wollten wir das Spital Uster nicht auf die Spitalliste nehmen. Es konnte allerdings aufzeigen, dass es mitunter die nötige Ambulantisierung vorantreiben und seine finanzielle Lage verbessern will.

*Also wäre es für die Spitallandschaft gut, wenn Wetzikon schliessen würde?*

Die Mitarbeitenden machen einen guten Job, und ich möchte betonen, dass das Spital nicht aufgrund unserer Entscheidung jetzt schon abgeschrieben werden darf. Allerdings sind die gesetzlichen Vorgaben strikt. Der Kanton sieht keine Möglichkeit, 180 Millionen Franken an Steuergeldern bereitzustellen. Unsere Analyse hat aber gezeigt, dass die kantonale Spitalversorgung auch ohne Wetzikon gewährleistet wäre und dass wir mittel- bis langfristig ein Spital wie Wetzikon kompensieren können. Früher hatten wir einige Spitäler mehr im Kanton, die heute niemand mehr vermisst, wie beispielsweise das Paracelsus-Spital.

*Das Kispi scheint sich mit seinem 760-Millionen-Neubau übernommen zu haben. Genügen nun die 135 Millionen des Kantons, damit es wieder aus der Schieflage kommt?*

Wir gehen heute davon aus, dass es reicht. Zu dem Schluss kommt auch eine externe Firma, die wir damit beauftragt haben, den Businessplan des Kispi zu analysieren.

*Muss der Kanton alle Jahre wieder Defizite ausbessern?*

Das hoffe ich nicht. Es sind einige Änderungen auf nationaler Ebene im Gange, die eine Verbesserung der Situation bewirken könnten. Aber andere Herausforderungen werden bleiben, und es ist klar, dass wir in Zukunft weniger stationäre Strukturen brauchen werden, da wir mit den geplanten Reformen eine Verlagerung in den ambulanten Bereich erwirken. Dieser ist gesamthaft gesehen kostengünstiger und entlastet auch das Spitalpersonal, insbesondere die Pflege, da keine Nacht- und Wochenenddienste nötig sind.

# Sie haben geklotzt, statt zu sparen

Seitenzahl  
4

Seitenzahl  
Kommentar

Zwei Zürcher Spitälern droht der Konkurs. Sie haben zu viel Geld ausgegeben. Das zeigt: Der Wettbewerb funktioniert nicht.

## Susanne Anderegg

Das Kinderspital Zürich und das Spital Wetzikon haben den Kanton Zürich um Geld gebeten. Ohne Finanzhilfe der öffentlichen Hand würden sie zahlungsunfähig. Beide Spitäler werden seit vielen Jahren von bekannten Politikern des Zürcher Freisinns geführt, der sonst immer auf die freie Marktwirtschaft pocht. Stiftungsratspräsident im Kispi ist der frühere Zürcher Finanzvorsteher Martin Vollenwyder, Verwaltungsratspräsident des Spitals Wetzikon ist der Kantonsrat und Präsident der Zürcher Gemeindepräsidien, Jörg Kündig.

Unter ihrer Ägide haben die Spitäler viel mehr Geld ausgegeben, als sie eigentlich zur Verfügung hatten. Sie haben mit Neubauten geklotzt, während die Einnahmen aus der Behandlung der Patientinnen und Patienten die Kosten immer weniger deckten.

Besonders krass ist der Fall des Kispi. Der Neubau auf der Lengg, entworfen von den Basler Stararchitekten Herzog & de Meuron, sollte zu Beginn 600 Millionen Franken kosten. Schon das war ein sehr hoher Betrag. Inzwischen ist er noch um 25 Prozent gestiegen und liegt derzeit bei 761 Millionen. Neben dem Spital hat das Kispi auch einen Turm für Forschung bauen lassen.

Andere Spitäler sind bescheidener - oder speckten ab. Das Spital Limmattal etwa baute für 270 Millionen Franken ein komplett neues Krankenhaus. Das Spital Bülach wollte erst 220 Millionen für die bauliche Erneuerung investieren und hat jetzt die Kosten auf 140 Millionen reduziert.

Die akute Geldnot von Kispi und Wetzikon ist selbst verschuldet. Aber ein Finanzproblem haben fast alle Spitäler in der Schweiz. Denn weder die Fallpauschalen für stationäre Patienten noch die Tarmed-Tarife für ambulante Patientinnen sind kostendeckend.

Seit 2012, als das neue Finanzierungssystem eingeführt wurde, müssen die Spitäler sowohl den Betrieb als auch ihre Investitionen aus den Fallpauschalen zahlen. Subventionen vom Kanton gibt es nur noch für spezielle Leistungen, zum Beispiel für die Weiterbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte oder für Innovationen.

Das Bundesparlament, das dieses System beschloss, wollte damit den Wettbewerb fördern mit dem Ziel, dass ineffiziente Betriebe zumachen. Es gebe viel zu viele Spitäler in der Schweiz, war die Meinung.

Dieser Wettbewerb führte zunächst nicht zu einer Strukturbereinigung, sondern vielmehr zu einem Ausbau des Behandlungsangebots: Jedes Spital versuchte, so viele Patientinnen und Patienten wie möglich zu sich zu holen. Denn bezahlt wird ja pro Fall. Der Ausbau kostete, doch die Tarife stagnierten. Die Pandemie, die Teuerung und der Fachkräftemangel haben die Lage zusätzlich verschärft.

Heute sind wir an dem Punkt, den die Politik einmal anpeilte: Spitäler werden zahlungsunfähig und müssten eigentlich schliessen. Einige haben dies auch getan, etwa im Kanton Bern. Die Mehrheit aber wird vom Staat

gerettet. Die Kantonsspitäler Aarau und St. Gallen etwa oder das Spital Uster, das soeben von seinen Trägergemeinden 33 Millionen Franken neues Kapital erhalten hat.

Und jetzt das Zürcher Kinderspital. Dass es Geld vom Kanton erhält und das Spital Wetzikon nicht, ist im Prinzip ungerecht. Aber nachvollziehbar: Anders als Wetzikon ist das Kispi unverzichtbar - wie das Unispital. Auch dieses wird noch Hilfe vom Staat brauchen. Der Wettbewerb hat im Spitalwesen versagt.

---

# Finanznot: Kanton rettet Kispi und lässt Spital Wetzikon fallen

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Zürich Beide Institutionen haben Hilferufe an den Kanton gerichtet, doch der Regierungsrat unterstützt nur das Kinderspital - mit 135 Millionen Franken. Im Oberland prüft man nun Optionen, um den Konkurs abzuwenden.

**Pascal Unternährer, Sabrina Bundi, Susanne Anderegg, Roland Gamp, Oliver Zihlmann**

Der Kanton Zürich gewährt dem Kinderspital eine Finanzspritze in der Höhe von 135 Millionen Franken. Dies in Form eines Darlehens und zusätzlicher Subventionen. So soll sichergestellt werden, dass das Kispi sein neues Gebäude fertigstellen und den Betrieb weiterführen kann. Das Spital muss das Darlehen verzinsen und innert 25 Jahren zurückzahlen.

Das Spital Wetzikon hingegen erhält keine solche Unterstützung und steht damit vor grossen finanziellen Problemen. Die Entscheidung des Regierungsrats zeigt, wie er die Systemrelevanz der beiden Institutionen unterschiedlich einschätzt, und zwingt das Spital Wetzikon nun, alternative Lösungen zur Sicherstellung seiner Zukunft zu suchen.

Das Kispi geriet unter anderem wegen eines teuren Neubaus in finanzielle Schwierigkeiten. Doch auch andere Schweizer Kinderspitäler sind in Not. Wenn man die Subventionen abziehe, dann seien alle von ihnen defizitär, sagt Malte Frenzel von der Allianz der Schweizer Kinderspitäler. Das Hauptproblem liegt laut Experten in einem veralteten Tarif, der ambulante Leistungen für Kinder nicht ausreichend entschädigt. Diese Unterfinanzierung sei «katastrophal», sagt Gesundheitsökonom Heinz Locher.

**Gleicherntags erschienen in**

- Der Landbote





# ZH – Das Kinderspital erhält Millionen aus der Staatskasse / GZO geht leer aus

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | Kinderspital Zürich, GZO Spital Wetzikon, GZO Spital Wetzikon | 05.04.2024

Auch die Klinik in der Stadt Zürich ist wegen eines Neubaus in akuter finanzieller Not – sie bekommt aber Hilfe wegen ihrer einzigartigen Position

## Marius Huber

Anders als fürs Spital Wetzikon gab es für das Zürcher Kinderspital gestern gute Nachrichten von Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli. Weil ihm ab Mitte Jahr die Zahlungsunfähigkeit drohte, soll es ein Darlehen über 100 Millionen Franken bekommen und überdies eine Subvention von 35 Millionen Franken zur Deckung des laufenden Betriebs. Dies, obwohl sich das Kinderspital in einer ähnlichen Lage an den Kanton wandte wie das Spital Wetzikon. Der Grund, weshalb es um eine Finanzspritze ersuchte, ist der Neubau nach Plänen der Stararchitekten Herzog & de Meuron, der kurz vor dem Abschluss steht. Dieser hat sich um mehr als ein Viertel verteuert, von 600 auf 761 Millionen Franken, unter anderem wegen Lieferengpässen während der Pandemie.

Das Kinderspital geriet dadurch an die Grenzen seiner Möglichkeiten, obwohl es beim Spendensammeln in Zürich zu den absoluten Champions gehört. Es hat aber zuletzt ein Defizit ausgewiesen und erwirtschaftet nicht genug eigene Mittel. Die Eleonorenstiftung, die Trägerin des Spitals, hat gemäss der Kantonsregierung bereits ihr gesamtes Vermögen aufgebraucht. Die Kantonsregierung ist bereit, finanziell einzuspringen, weil das Kispil in der Gesundheitsversorgung eine einzigartige Rolle spielt: Als alleiniger Anbieter hochspezialisierter pädiatrischer und kinderchirurgischer Behandlungen reiche seine Bedeutung über den Kanton hinaus. Kurz: too important to fail.

## Mehrheit schreibt rote Zahlen

Die finanziellen Mittel müssen erst noch vom Kantonsrat bewilligt werden. Die Regierung macht klar, dass die Hilfe an Auflagen geknüpft wird: Das Kispil muss seine Finanzen untersuchen lassen und bis im September Massnahmen aufzeigen, durch die es ab 2026 wieder auf eigenen Beinen stehen kann. «Wir wollen nicht mehr in eine solche Situation geraten», stellte Rickli klar.

Nicht nur das Kispil und das Spital Wetzikon befinden sich in Schieflage; die Mehrheit der Zürcher Spitäler schreibt zurzeit rote Zahlen. Es sind verschiedene Entwicklungen, welche die Branche unter Druck setzen: Teuerung, gestiegene Zinsen und vor allem die Personalkosten, die in die Höhe schiessen. Weil diese der grösste Ausgabenposten in jedem Spital sind, fällt das besonders ins Gewicht. Gerade der Fachkräftemangel in der Pflege führt dazu, dass die Spitäler die Lücken häufig mit teurem Temporärpersonal schliessen müssen.

Wenn noch teure Bauvorhaben hinzukommen, wird es oft eng. Die Gesundheitsdirektorin Rickli sagte am Donnerstag, angesichts der vielen Herausforderungen gelte es, die Spitäler effizienter und kostengünstiger zu machen. Insbesondere auch mit einer Verlagerung der Eingriffe in den ambulanten Bereich, also ohne

Spitalaufenthalt. «Ich rufe deshalb den Bundesrat dazu auf, rasch einen Entscheid für die Anpassung der ambulanten Tarife zu treffen. Die Verlagerung in den ambulanten Bereich kann nur gelingen, wenn wir die bestehenden Fehlanreize beseitigen.»

Es scheint aber absehbar, dass noch weitere Betriebe beim Kanton um Hilfe ersuchen werden. Ganz zuvorderst das Universitätsspital Zürich. Dessen neue CEO Monika Jänicke hat in einem Interview mit den Tamedia-Zeitungen im Dezember bereits angedeutet, dass auch sie mit der Gesundheitsdirektorin im Gespräch ist. Es geht um finanzielle Unterstützung bei Neubauten.

## Grossbaustelle Universitätsspital

Das Universitätsspital wird im Zürcher Hochschulquartier auf viele Jahre hinaus eine Grossbaustelle sein, weil es umfassend erneuert werden muss – und das kostet viel Geld. Das Spital rechnet bis 2048 mit 2 Milliarden Franken für Neubauten und weiteren 1,5 Milliarden Franken für den Erhalt der bestehenden Bauten. Allein schon die beiden bereits im Bau befindlichen Gebäude des neuen Campus an der Plattenstrasse schlagen mit geschätzten 800 Millionen Franken zu Buche. Wo sich heute eine gewaltige Baugrube befindet, sollen bis 2028 unter anderem 300 Betten in Einzelzimmern und ein grosses Notfallzentrum entstehen. Drei weitere Neubauten sollen folgen.

Das Spital müsste im Prinzip alles aus eigenen Mitteln bezahlen. Dies ist eine Konsequenz der neuen Spitalfinanzierung, die eingeführt wurde, um die Betriebe wirtschaftlicher zu machen und von staatlichen Defizitgarantien zu entwöhnen: Sie sollten fortan selbst für ihre Bauprojekte aufkommen. Im Gegenzug bekamen sie vom Kanton die unternehmerische Freiheit, auch selbst über diese zu entscheiden.

Dass man beim Universitätsspital eine Ausnahme von den geltenden Regeln erwägt, hat mit der Vorgeschichte zu tun, über die sich das Spital seit Jahren beklagt: Bevor ihm die Immobilien übertragen worden seien, seien diese vom Kanton während Jahrzehnten vernachlässigt worden. Im letzten Geschäftsbericht schrieb das Spital, die nötige Instandhaltung der Altbauten verschlinge so viele Mittel, dass es schwierig sei, den Betrieb und die Neubauten zu finanzieren.

Mit anderen Worten: Das Spital werde von der Erblast erdrückt. Auch in diesem Fall gäbe es für den Kanton also ein zusätzliches Argument dafür, sich auf eine Unterstützung einzulassen. Das Gesetz erlaubt ihm, bei Spitalbauten einzuspringen, wenn sonst eine Institution bedroht wäre, die für die Versorgung der Bevölkerung unentbehrlich ist. Auf das Universitätsspital mit seiner hochspezialisierten Medizin trifft dies zu.

# «Auf uns kommen schwierige Zeiten zu»

Seitenzahl  
11

Seitenzahl  
Interview

Verwaltungsratspräsident Jörg Kündig will das Spital Wetzikon retten und denkt über eine Fusion mit Uster nach

## Interview: Isabel Heusser

*Herr Kündig, am Donnerstagvormittag haben Sie das Personal des Spitals Wetzikon darüber informiert, dass der Kanton dem Spital kein Geld geben will. Wie haben die Mitarbeitenden reagiert?*

Wir haben sie in der Vergangenheit über alle Entwicklungen im Spital auf dem Laufenden gehalten. Darum habe ich eine gewisse Gefasstheit gespürt. Auf uns kommen unbestritten schwierige Zeiten zu. Aber ich glaube, der Wille ist da, diese gemeinsam durchzustehen. Ich habe dem Personal vermittelt, dass wir versuchen, Lösungen zu finden. Aber wir brauchen Zeit.

*Die Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli hält Ihr Spital für entbehrlich. Was sagen Sie dazu?*

Das ist eine sehr harte Formulierung. Für mich fühlt sich diese Aussage wie ein Schlag in die Magengrube an. Wir sind im Zürcher Oberland verankert, wir sind das Grundversorgungsspital an der Grenze zum Kanton St. Gallen und darüber hinaus. In Ergänzung dazu hat Frau Rickli uns und den Kantonen St. Gallen und den beiden Appenzell Leistungsaufträge zugesichert wie eine Stroke-Unit, in der Personen mit einem Schlaganfall spezialisiert behandelt werden.

*Doch dem Spital fehlen 170 Millionen Franken. Wie konnte es so weit kommen?*

Vor zehn Jahren begann das Spital, einen Neubau zu planen, der derzeit auf unserem Areal in Wetzikon realisiert wird. Wir haben die Finanzmärkte beurteilt, Finanzierungschancen geprüft und uns gezielt für eine Obligationenanleihe entschieden, die nun am 12. Juni fällig wird. Ursprünglich haben wir damit gerechnet, dass das Bauprojekt abgeschlossen sein würde und wir mit dem Ertrag aus dem Neubau zumindest einen Teil der Refinanzierung möglich machen könnten. Verzögerungen beim Bau und Verschlechterungen der Rahmenbedingungen verunmöglichten dies.

*Also hat allein die Verspätung beim Bauprojekt zur Geldnot des Spitals geführt?*

Man muss klar sagen, dass der Betrieb des Spitals selbst finanziert werden kann. Wir können ihn weiterhin aufrechterhalten und alle Patienten versorgen. Es müssen keine Behandlungen oder Operationen abgesagt werden. Es geht einzig um die Refinanzierung der vor zehn Jahren getätigten Anleihe. Wir hatten von unseren Finanzierungspartnern Signale erhalten, dass dies unter gewissen Voraussetzungen machbar sei. Erst wurde eine tragfähigere Eigenkapitalbasis gefordert. Die Voraussetzungen haben wir geschaffen. Bei den weiteren Gesprächen hiess es auch aufgrund der verschärften wirtschaftlichen Situation: Ohne Staatsgarantie geht es nicht. Gefordert wurde auch eine wirtschaftliche Verbesserung.

*Was heisst das genau?*

Gefordert wird eine Ebitda-Marge von 12,5 Prozent, also eine bessere Rentabilität. 2022 lag die Marge bei 9,4 Prozent. Wir versuchen, mit

gezielten Massnahmen die Ertragsseite zu steigern. Es sind auch Einsparungen geplant, etwa im Sachbereich und beim Personal. Wir führen ein straffes Kostenregime und ersetzen wenn möglich Abgänge nicht mehr. Im temporären Bereich haben wir die Anstellungen gestoppt. Diese Massnahmen greifen und stimmen mich zuversichtlich, dass wir das Jahr 2024 ohne Minus abschliessen können. Mir ist bewusst, dass die Situation viel von den Mitarbeitenden abverlangt.

*Das klingt nicht nach attraktiven Arbeitsbedingungen. Wie wollen Sie unter diesen Umständen das Personal halten?*

Wir konnten den Mitarbeitenden zusichern, dass ihre Löhne weiterhin ausgezahlt werden und der Betrieb des Spitals weitergeführt wird. Aber natürlich befürchte ich, dass andere Häuser versuchen werden, unser Personal abzuwerben.

*Das Spital hat erst im Februar ein Finanzierungsgesuch gestellt, vier Monate bevor die Refinanzierung ansteht. Warum haben Sie so spät gehandelt?*

Uns war es immer ein Anliegen, diese schwierige Situation ohne staatliche Unterstützung bewältigen zu können. Deshalb haben wir versucht, alle anderen Möglichkeiten auszuschöpfen. Wir hatten handfeste Aussichten, dass dies möglich ist.

*Das Spital wird von zwölf Aktionärsgemeinden getragen. Weshalb haben Sie nicht diese um Unterstützung gebeten?*

Die Gemeinden waren informiert über die Ausgangslage. Sie stehen hinter uns. Aber wir reden über eine andere Grössenordnung von Finanzierung, als es etwa beim Spital Uster der Fall war. Die Möglichkeit zu prüfen, dem Unternehmen zusätzliches Eigenkapital zur Verfügung zu stellen, wurde aber von den Gemeinden grundsätzlich bestätigt.

*Wetzikon als grösste der Trägergemeinden kann sich eine finanzielle Unterstützung vorstellen. Sollen nun also die Gemeinden das Spital retten?*

Selbstverständlich ist ein solches Angebot sehr wertvoll. Wir sind daran interessiert und arbeiten daran, mit den Gemeinden Lösungen zu finden. Inwieweit es möglich ist, mit der Unterstützung der Gemeinden die Refinanzierung in der Höhe von 170 Millionen Franken zu bewältigen, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschätzen.

*Die Grünen werfen Ihnen vor, der Verwaltungsrat und die Trägergemeinden hätten es verpasst, einen tragfähigen Businessplan zu erstellen. Was sagen Sie dazu?*

Wir haben unser Möglichstes getan. Doch wir mussten feststellen, dass unsere Businesspläne immer schwerer zu erreichen sind. Das liegt unter anderem daran, dass die Ertragssituation des Spitals sehr schwer kalkulierbar ist. Behandlungen werden zunehmend in den ambulanten Bereich verschoben, und dieser ist unterfinanziert.

*Das Spital Uster ist nur wenige Autominuten von Wetzikon entfernt. Ist das Zürcher Oberland nicht überversorgt?*

Das ist tatsächlich eine spezielle Situation. Im Jahr 2018 haben beide Spitäler Verhandlungen geführt mit einer Fusion als Ziel. Zwei Jahre später wurde das Vorhaben abgebrochen – unter anderem, weil beide Spitäler mit grossen Bauprojekten beschäftigt waren. Ich kann mir gut vorstellen, die Gespräche mit Uster wieder aufzunehmen.

*Das Gesundheitswesen ist zu teuer. Als FDP-Politiker müssten Sie doch sagen: Der Markt entscheidet. Warum halten Sie am Spital fest?*

Wir haben eine Verantwortung für das Spital als Unternehmen, aber auch für die medizinische Versorgung der Region und gegenüber unseren Aktionären.

*Die Eröffnung des Neubaus war für Ende 2025 vorgesehen. Ist dies aufgrund der drohenden Finanzierungslücke noch realistisch?*

Das kann ich weder mit Ja noch mit Nein beantworten. Es laufen Gespräche zur Finanzierung des Bauprojekts. Gegenwärtig steht für uns die Weiterführung des Betriebs im Vordergrund. Wir haben die Mittel, das Personal und die Unterstützung dafür.

*Was passiert, wenn Sie das Geld nicht zusammenbekommen?*

Es ist zu früh, darüber nachzudenken. Aktuell prüfen wir verschiedene Optionen. Dazu gehören Sale-&Lease-Back-Varianten, aber auch der Weg über eine Nachlassstundung. Letzteres würde uns mehr Zeit für die Suche nach Lösungen geben.

# Zwei Betriebe nah beieinander sind einer zu viel

Seitenzahl  
11

Seitenzahl  
Kommentar

Zürcher Spitäler in Finanznot

**Marius Huber**

Im Prinzip sind sich alle einig. Unser Gesundheitswesen ist zu teuer, die Krankenkassenprämien sind eine Last. Und wenn man nichts ändert, wird es sicher nicht besser. Deshalb war die Umstellung auf eine neue Spitalfinanzierung vor zwölf Jahren sinnvoll. Wenn die Kosten explodieren, ist es nicht hilfreich, den Spitälern weiterhin jedes Defizit mit Steuergeld zu decken, ohne zu fragen, ob die Ausgaben notwendig waren. Indem heute jeder Betrieb für gleiche Leistungen gleich viel Geld bekommt, werden jene belohnt, die haushälterisch wirtschaften. So weit zum Prinzip. Das Problem ist: Immer wenn es schmerzhaft wird, ist es mit der Prinzipienfestigkeit vorbei. Dann werden Spitäler gerettet und Strukturen erhalten, als wäre der historisch gewachsene Status quo ein Idealzustand.

Das wird auch diesmal kaum anders sein, nachdem der Kanton Zürich dem Spital Wetzikon in einer finanziellen Notlage die Hilfe versagt hat und damit seine Schliessung in Kauf nimmt. Es käme wenig überraschend, wenn am Ende eine behelfsmässige Lösung gezimmert würde, um einen harten Schnitt zumindest um ein paar Jahre hinauszuzögern. Die Gemeinde Wetzikon hat bereits Hilfe in Aussicht gestellt, und die Zürcher Grünen weisen warnen darauf hin, dass die Grundversorgung einer ganzen Region vor dem Aus steht. Wirklich? Vom Spital Wetzikon sind es mit dem Auto nur etwas mehr als zehn Minuten bis zum Spital Uster. Die beiden Gemeinden im Zürcher Oberland sind Nachbarn. Würde man die optimale Spitallandschaft am Reissbrett neu entwerfen, wäre das Ergebnis zweifellos ein anderes. Darum ist es richtig, dass der Zürcher Regierungsrat hart bleibt. Wenn man das Prinzip ernst nimmt, dass Wettbewerb und unternehmerisches Denken dafür sorgen sollen, eine kostspielige Überversorgung zu verhindern, wird es früher oder später auch einen der grösseren Betriebe treffen.

Zugegeben, die politischen Rahmenbedingungen, unter denen der Wettbewerb stattfindet, sind nicht perfekt. Eine kostendeckende Entschädigung von ambulant erbrachten Leistungen, also solchen ohne Spitalaufenthalt, ist angebracht. Denn diese sind günstiger und sollten daher gefördert werden. Die Spielregeln sind aber nicht derart ruinös, dass die Grundversorgung gefährdet wäre. Es gibt im Kanton Zürich keine Anzeichen, dass die Ambulanz zu spät kommt oder man monatelang auf einen Eingriff warten muss wie in Grossbritannien. Sollte das Spital Wetzikon schliessen müssen, muss die Gesundheitsdirektion die Situation aufmerksam beobachten. Und rasch reagieren, falls es Anzeichen auf Mängel bei der Grundversorgung gäbe.

Den Direktbetroffenen des Spitals Wetzikon ist das natürlich kein Trost; für sie mag es willkürlich wirken, dass es im Wettbewerb nun ausgerechnet sie trifft. Denn genau wie Wetzikon drohte sich auch das nahe Spital Uster mit einem grossen Bauvorhaben zu überheben, bloss wurde dieses durch einen Gerichtsentscheid gestoppt. Das ändert aber nichts am unternehmerischen Grundsatz, dass die Spitäler das Risiko für solche Entscheide selbst tragen müssen. Und dass zwei in enger Nachbarschaft wohl eines zu viel sind. Etwas gibt allerdings zu denken: Während Wetzikon die Hilfe vom Kanton versagt bleibt, bekommt das Kinderspital in einer ähnlichen Lage etliche Millionen – weil der Kanton in diesem Fall keine Alternative hat. Das zeigt, dass die Regeln des Wettbewerbs nicht für alle gelten. Wer unabdingbar ist, hat eine Staatsgarantie.

Ausgerechnet das Kinderspital leistete sich aber einen Neubau, für den nur das Beste gut genug war, bis hin zu den Stararchitekten Herzog & de Meuron. Der Kanton kann sich darauf gefasst machen, dass andere Spitäler mit Sonderstatus dieses Zeichen zu deuten wissen, namentlich das Universitätsspital. Sie müssen keine günstigen Zweckbauten errichten und können bei Bedarf hinterher Hilfe erwarten. Das ist ein Systemfehler. Too important to fail – die Grossbanken lassen grüssen.



# Millionen-Nothilfe für das Kinderspital

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

## Kanton greift Zürcher Einrichtung unter die Arme

Die Spitalkrise greift um sich. Jetzt haben zwei Zürcher Betriebe dringend um staatliche Unterstützung ersucht. Der Kanton hilft aber nur jenem, den er für unentbehrlich hält.

### Marius Huber

Viele Schweizer Spitäler schreiben zurzeit Verluste und fordern staatliche Hilfe. Im Aargau etwa ist das Kantonsspital letztes Jahr mit einer Finanzspritze von 240 Millionen Franken am Leben erhalten worden; in St. Gallen hat der Kanton 163 Millionen Franken Finanzhilfe für seine Spitäler gesprochen. Jetzt will auch der Kanton Zürich ein darbenendes Spital mit Steuergeld retten.

Das Kinderspital (Kispi) mit Sitz in der Stadt Zürich soll ein Darlehen über 100 Millionen Franken bekommen, weil es durch einen teuren Neubau in finanzielle Not geriet. Zudem erhält es für den laufenden Betrieb eine Subvention von 35 Millionen Franken – sonst wäre es schon ab Mitte Jahr nicht mehr zahlungsfähig. Das Kinderspital sei wegen seines einzigartigen Angebots unentbehrlich, begründete Zürichs Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli (SVP) den Schritt am Donnerstag.

## Spital Wetzikon «entbehrlich»

Ebenso einschneidend ist, dass die Kantonsregierung ein zweites Gesuch auf Nothilfe abgewiesen hat: jenes des Spitals Wetzikon. Dieser Entscheid könnte für den Betrieb im Zürcher Oberland das Ende bedeuten – die Regierung macht sich darüber keine Illusionen.

Sie erörtert bereits, was eine Einstellung des Betriebs für die Menschen im Kanton Zürich bedeuten könnte. Anders als das Kispi sei das Spital Wetzikon nicht unentbehrlich. Es habe zwar in der Notfallversorgung sowie in Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe hohe Fallzahlen, doch bei einer Schliessung könnten diese Leistungen gut auch von anderen Spitälern erbracht werden.

«Eigentlich braucht es im Zürcher Oberland nur ein Spital für die stationären Leistungen», sagte Rickli. Mit Wetzikon und Uster gibt es aber deren zwei. Jenes in Uster war noch vor kurzem ebenfalls akut bedroht. Dann aber sprachen sich Anfang März mehrere beteiligte Gemeinden dafür aus, es vor dem Konkurs zu bewahren, indem sie das Aktienkapital um 33 Millionen Franken erhöhten.

Das Spital Wetzikon hatte beim Kanton um Finanzhilfe ersucht, weil es sich für einen Neubau, der derzeit am Entstehen ist, vor zehn Jahren mit 170 Millionen Franken verschuldet hat. Diesen Betrag müsste es jetzt am Kapitalmarkt erneuern, aber seine Kreditwürdigkeit ist aufgrund der negativen Bilanz ungenügend. Das Spital hat daher den Kanton im Februar, also relativ kurzfristig, um eine Staatsgarantie über 180 Millionen Franken gebeten. Es braucht zudem Geld, weil die Renovation seiner bestehenden Gebäude ansteht.

Der Verwaltungsrat des Wetziker Spitals sucht nach der Absage des Kantons nun nach Alternativen – auch eine Nachlassstundung ist eine Option, um einen drohenden Konkurs abzuwenden. Geldgeber zu finden, dürfte indes schwierig werden: Bevor sich das Spital an den Kanton gewandt hat, ist bereits ein möglicher Investor abgesprungen, weil die Refinanzierung der Schulden nicht gesichert werden konnte.

## Problem Fallkostenpauschalen

Der Zürcher FDP-Kantonsrat Jörg Kündig, Verwaltungsratspräsident des Spitals, versichert, dass der laufende Betrieb zurzeit noch sichergestellt sei: «Das Spital ist weder überschuldet noch illiquid.» Er weist zugleich darauf hin, dass viele Spitäler in einer ähnlichen Lage seien – obwohl sie effizient arbeiteten. Das Problem sei das vor zwölf Jahren eingeführte System der Spitalfinanzierung mit Fallkostenpauschalen: Dadurch seien die Erträge unbeweglich, während die Kosten stiegen.

# «Auf uns kommen schwierige Zeiten zu»

Seitenzahl  
11

Seitenzahl  
Interview

Verwaltungsratspräsident Jörg Kündig will das Spital Wetzikon retten und denkt über eine Fusion mit Uster nach

## Interview: Isabel Heusser

*Herr Kündig, am Donnerstagvormittag haben Sie das Personal des Spitals Wetzikon darüber informiert, dass der Kanton dem Spital kein Geld geben will. Wie haben die Mitarbeitenden reagiert?*

Wir haben sie in der Vergangenheit über alle Entwicklungen im Spital auf dem Laufenden gehalten. Darum habe ich eine gewisse Gefasstheit gespürt. Auf uns kommen unbestritten schwierige Zeiten zu. Aber ich glaube, der Wille ist da, diese gemeinsam durchzustehen. Ich habe dem Personal vermittelt, dass wir versuchen, Lösungen zu finden. Aber wir brauchen Zeit.

*Die Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli hält Ihr Spital für entbehrlich. Was sagen Sie dazu?*

Das ist eine sehr harte Formulierung. Für mich fühlt sich diese Aussage wie ein Schlag in die Magengrube an. Wir sind im Zürcher Oberland verankert, wir sind das Grundversorgungsspital an der Grenze zum Kanton St. Gallen und darüber hinaus. In Ergänzung dazu hat Frau Rickli uns und den Kantonen St. Gallen und den beiden Appenzell Leistungsaufträge zugesichert wie eine Stroke-Unit, in der Personen mit einem Schlaganfall spezialisiert behandelt werden.

*Doch dem Spital fehlen 170 Millionen Franken. Wie konnte es so weit kommen?*

Vor zehn Jahren begann das Spital, einen Neubau zu planen, der derzeit auf unserem Areal in Wetzikon realisiert wird. Wir haben die Finanzmärkte beurteilt, Finanzierungschancen geprüft und uns gezielt für eine Obligationenanleihe entschieden, die nun am 12. Juni fällig wird. Ursprünglich haben wir damit gerechnet, dass das Bauprojekt abgeschlossen sein würde und wir mit dem Ertrag aus dem Neubau zumindest einen Teil der Refinanzierung möglich machen könnten. Verzögerungen beim Bau und Verschlechterungen der Rahmenbedingungen verunmöglichten dies.

*Also hat allein die Verspätung beim Bauprojekt zur Geldnot des Spitals geführt?*

Man muss klar sagen, dass der Betrieb des Spitals selbst finanziert werden kann. Wir können ihn weiterhin aufrechterhalten und alle Patienten versorgen. Es müssen keine Behandlungen oder Operationen abgesagt werden. Es geht einzig um die Refinanzierung der vor zehn Jahren getätigten Anleihe. Wir hatten von unseren Finanzierungspartnern Signale erhalten, dass dies unter gewissen Voraussetzungen machbar sei. Erst wurde eine tragfähigere Eigenkapitalbasis gefordert. Die Voraussetzungen haben wir geschaffen. Bei den weiteren Gesprächen hiess es auch aufgrund der verschärften wirtschaftlichen Situation: Ohne Staatsgarantie geht es nicht. Gefordert wurde auch eine wirtschaftliche Verbesserung.

*Was heisst das genau?*

Gefordert wird eine Ebitda-Marge von 12,5 Prozent, also eine bessere Rentabilität. 2022 lag die Marge bei 9,4 Prozent. Wir versuchen, mit

gezielten Massnahmen die Ertragsseite zu steigern. Es sind auch Einsparungen geplant, etwa im Sachbereich und beim Personal. Wir führen ein straffes Kostenregime und ersetzen wenn möglich Abgänge nicht mehr. Im temporären Bereich haben wir die Anstellungen gestoppt. Diese Massnahmen greifen und stimmen mich zuversichtlich, dass wir das Jahr 2024 ohne Minus abschliessen können. Mir ist bewusst, dass die Situation viel von den Mitarbeitenden abverlangt.

*Das klingt nicht nach attraktiven Arbeitsbedingungen. Wie wollen Sie unter diesen Umständen das Personal halten?*

Wir konnten den Mitarbeitenden zusichern, dass ihre Löhne weiterhin ausgezahlt werden und der Betrieb des Spitals weitergeführt wird. Aber natürlich befürchte ich, dass andere Häuser versuchen werden, unser Personal abzuwerben.

*Das Spital hat erst im Februar ein Finanzierungsgesuch gestellt, vier Monate bevor die Refinanzierung ansteht. Warum haben Sie so spät gehandelt?*

Uns war es immer ein Anliegen, diese schwierige Situation ohne staatliche Unterstützung bewältigen zu können. Deshalb haben wir versucht, alle anderen Möglichkeiten auszuschöpfen. Wir hatten handfeste Aussichten, dass dies möglich ist.

*Das Spital wird von zwölf Aktionärsgemeinden getragen. Weshalb haben Sie nicht diese um Unterstützung gebeten?*

Die Gemeinden waren informiert über die Ausgangslage. Sie stehen hinter uns. Aber wir reden über eine andere Grössenordnung von Finanzierung, als es etwa beim Spital Uster der Fall war. Die Möglichkeit zu prüfen, dem Unternehmen zusätzliches Eigenkapital zur Verfügung zu stellen, wurde aber von den Gemeinden grundsätzlich bestätigt.

*Wetzikon als grösste der Trägergemeinden kann sich eine finanzielle Unterstützung vorstellen. Sollen nun also die Gemeinden das Spital retten?*

Selbstverständlich ist ein solches Angebot sehr wertvoll. Wir sind daran interessiert und arbeiten daran, mit den Gemeinden Lösungen zu finden. Inwieweit es möglich ist, mit der Unterstützung der Gemeinden die Refinanzierung in der Höhe von 170 Millionen Franken zu bewältigen, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschätzen.

*Die Grünen werfen Ihnen vor, der Verwaltungsrat und die Trägergemeinden hätten es verpasst, einen tragfähigen Businessplan zu erstellen. Was sagen Sie dazu?*

Wir haben unser Möglichstes getan. Doch wir mussten feststellen, dass unsere Businesspläne immer schwerer zu erreichen sind. Das liegt unter anderem daran, dass die Ertragssituation des Spitals sehr schwer kalkulierbar ist. Behandlungen werden zunehmend in den ambulanten Bereich verschoben, und dieser ist unterfinanziert.

*Das Spital Uster ist nur wenige Autominuten von Wetzikon entfernt. Ist das Zürcher Oberland nicht überversorgt?*

Das ist tatsächlich eine spezielle Situation. Im Jahr 2018 haben beide Spitäler Verhandlungen geführt mit einer Fusion als Ziel. Zwei Jahre später wurde das Vorhaben abgebrochen – unter anderem, weil beide Spitäler mit grossen Bauprojekten beschäftigt waren. Ich kann mir gut vorstellen, die Gespräche mit Uster wieder aufzunehmen.

*Das Gesundheitswesen ist zu teuer. Als FDP-Politiker müssten Sie doch sagen: Der Markt entscheidet. Warum halten Sie am Spital fest?*

Wir haben eine Verantwortung für das Spital als Unternehmen, aber auch für die medizinische Versorgung der Region und gegenüber unseren Aktionären.

*Die Eröffnung des Neubaus war für Ende 2025 vorgesehen. Ist dies aufgrund der drohenden Finanzierungslücke noch realistisch?*

Das kann ich weder mit Ja noch mit Nein beantworten. Es laufen Gespräche zur Finanzierung des Bauprojekts. Gegenwärtig steht für uns die Weiterführung des Betriebs im Vordergrund. Wir haben die Mittel, das Personal und die Unterstützung dafür.

*Was passiert, wenn Sie das Geld nicht zusammenbekommen?*

Es ist zu früh, darüber nachzudenken. Aktuell prüfen wir verschiedene Optionen. Dazu gehören Sale-&Lease-Back-Varianten, aber auch der Weg über eine Nachlassstundung. Letzteres würde uns mehr Zeit für die Suche nach Lösungen geben.

---

# Zwei Betriebe nah beieinander sind einer zu viel

Seitenzahl  
11

Seitenzahl  
Kommentar

Zürcher Spitäler in Finanznot

**Marius Huber**

Im Prinzip sind sich alle einig. Unser Gesundheitswesen ist zu teuer, die Krankenkassenprämien sind eine Last. Und wenn man nichts ändert, wird es sicher nicht besser. Deshalb war die Umstellung auf eine neue Spitalfinanzierung vor zwölf Jahren sinnvoll. Wenn die Kosten explodieren, ist es nicht hilfreich, den Spitälern weiterhin jedes Defizit mit Steuergeld zu decken, ohne zu fragen, ob die Ausgaben notwendig waren. Indem heute jeder Betrieb für gleiche Leistungen gleich viel Geld bekommt, werden jene belohnt, die haushälterisch wirtschaften. So weit zum Prinzip. Das Problem ist: Immer wenn es schmerzhaft wird, ist es mit der Prinzipienfestigkeit vorbei. Dann werden Spitäler gerettet und Strukturen erhalten, als wäre der historisch gewachsene Status quo ein Idealzustand.

Das wird auch diesmal kaum anders sein, nachdem der Kanton Zürich dem Spital Wetzikon in einer finanziellen Notlage die Hilfe versagt hat und damit seine Schliessung in Kauf nimmt. Es käme wenig überraschend, wenn am Ende eine behelfsmässige Lösung gezimmert würde, um einen harten Schnitt zumindest um ein paar Jahre hinauszuzögern. Die Gemeinde Wetzikon hat bereits Hilfe in Aussicht gestellt, und die Zürcher Grünen weisen warnen darauf hin, dass die Grundversorgung einer ganzen Region vor dem Aus steht. Wirklich? Vom Spital Wetzikon sind es mit dem Auto nur etwas mehr als zehn Minuten bis zum Spital Uster. Die beiden Gemeinden im Zürcher Oberland sind Nachbarn. Würde man die optimale Spitallandschaft am Reissbrett neu entwerfen, wäre das Ergebnis zweifellos ein anderes. Darum ist es richtig, dass der Zürcher Regierungsrat hart bleibt. Wenn man das Prinzip ernst nimmt, dass Wettbewerb und unternehmerisches Denken dafür sorgen sollen, eine kostspielige Überversorgung zu verhindern, wird es früher oder später auch einen der grösseren Betriebe treffen.

Zugegeben, die politischen Rahmenbedingungen, unter denen der Wettbewerb stattfindet, sind nicht perfekt. Eine kostendeckende Entschädigung von ambulant erbrachten Leistungen, also solchen ohne Spitalaufenthalt, ist angebracht. Denn diese sind günstiger und sollten daher gefördert werden. Die Spielregeln sind aber nicht derart ruinös, dass die Grundversorgung gefährdet wäre. Es gibt im Kanton Zürich keine Anzeichen, dass die Ambulanz zu spät kommt oder man monatelang auf einen Eingriff warten muss wie in Grossbritannien. Sollte das Spital Wetzikon schliessen müssen, muss die Gesundheitsdirektion die Situation aufmerksam beobachten. Und rasch reagieren, falls es Anzeichen auf Mängel bei der Grundversorgung gäbe.

Den Direktbetroffenen des Spitals Wetzikon ist das natürlich kein Trost; für sie mag es willkürlich wirken, dass es im Wettbewerb nun ausgerechnet sie trifft. Denn genau wie Wetzikon drohte sich auch das nahe Spital Uster mit einem grossen Bauvorhaben zu überheben, bloss wurde dieses durch einen Gerichtsentscheid gestoppt. Das ändert aber nichts am unternehmerischen Grundsatz, dass die Spitäler das Risiko für solche Entscheide selbst tragen müssen. Und dass zwei in enger Nachbarschaft wohl eines zu viel sind. Etwas gibt allerdings zu denken: Während Wetzikon die Hilfe vom Kanton versagt bleibt, bekommt das Kinderspital in einer ähnlichen Lage etliche Millionen – weil der Kanton in diesem Fall keine Alternative hat. Das zeigt, dass die Regeln des Wettbewerbs nicht für alle gelten. Wer unabdingbar ist, hat eine Staatsgarantie.

Ausgerechnet das Kinderspital leistete sich aber einen Neubau, für den nur das Beste gut genug war, bis hin zu den Stararchitekten Herzog & de Meuron. Der Kanton kann sich darauf gefasst machen, dass andere Spitäler mit Sonderstatus dieses Zeichen zu deuten wissen, namentlich das Universitätsspital. Sie müssen keine günstigen Zweckbauten errichten und können bei Bedarf hinterher Hilfe erwarten. Das ist ein Systemfehler. Too important to fail – die Grossbanken lassen grüssen.

# Millionen-Nothilfe für das Kinderspital

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

## Kanton greift Zürcher Einrichtung unter die Arme

Die Spitalkrise greift um sich. Jetzt haben zwei Zürcher Betriebe dringend um staatliche Unterstützung ersucht. Der Kanton hilft aber nur jenem, den er für unentbehrlich hält.

### Marius Huber

Viele Schweizer Spitäler schreiben zurzeit Verluste und fordern staatliche Hilfe. Im Aargau etwa ist das Kantonsspital letztes Jahr mit einer Finanzspritze von 240 Millionen Franken am Leben erhalten worden; in St. Gallen hat der Kanton 163 Millionen Franken Finanzhilfe für seine Spitäler gesprochen. Jetzt will auch der Kanton Zürich ein darbenendes Spital mit Steuergeld retten.

Das Kinderspital (Kispi) mit Sitz in der Stadt Zürich soll ein Darlehen über 100 Millionen Franken bekommen, weil es durch einen teuren Neubau in finanzielle Not geriet. Zudem erhält es für den laufenden Betrieb eine Subvention von 35 Millionen Franken – sonst wäre es schon ab Mitte Jahr nicht mehr zahlungsfähig. Das Kinderspital sei wegen seines einzigartigen Angebots unentbehrlich, begründete Zürichs Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli (SVP) den Schritt am Donnerstag.

## Spital Wetzikon «entbehrlich»

Ebenso einschneidend ist, dass die Kantonsregierung ein zweites Gesuch auf Nothilfe abgewiesen hat: jenes des Spitals Wetzikon. Dieser Entscheid könnte für den Betrieb im Zürcher Oberland das Ende bedeuten – die Regierung macht sich darüber keine Illusionen.

Sie erörtert bereits, was eine Einstellung des Betriebs für die Menschen im Kanton Zürich bedeuten könnte. Anders als das Kispi sei das Spital Wetzikon nicht unentbehrlich. Es habe zwar in der Notfallversorgung sowie in Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe hohe Fallzahlen, doch bei einer Schliessung könnten diese Leistungen gut auch von anderen Spitälern erbracht werden.

«Eigentlich braucht es im Zürcher Oberland nur ein Spital für die stationären Leistungen», sagte Rickli. Mit Wetzikon und Uster gibt es aber deren zwei. Jenes in Uster war noch vor kurzem ebenfalls akut bedroht. Dann aber sprachen sich Anfang März mehrere beteiligte Gemeinden dafür aus, es vor dem Konkurs zu bewahren, indem sie das Aktienkapital um 33 Millionen Franken erhöhten.

Das Spital Wetzikon hatte beim Kanton um Finanzhilfe ersucht, weil es sich für einen Neubau, der derzeit am Entstehen ist, vor zehn Jahren mit 170 Millionen Franken verschuldet hat. Diesen Betrag müsste es jetzt am Kapitalmarkt erneuern, aber seine Kreditwürdigkeit ist aufgrund der negativen Bilanz ungenügend. Das Spital hat daher den Kanton im Februar, also relativ kurzfristig, um eine Staatsgarantie über 180 Millionen Franken gebeten. Es braucht zudem Geld, weil die Renovation seiner bestehenden Gebäude ansteht.



Der Verwaltungsrat des Wetziker Spitals sucht nach der Absage des Kantons nun nach Alternativen – auch eine Nachlassstundung ist eine Option, um einen drohenden Konkurs abzuwenden. Geldgeber zu finden, dürfte indes schwierig werden: Bevor sich das Spital an den Kanton gewandt hat, ist bereits ein möglicher Investor abgesprungen, weil die Refinanzierung der Schulden nicht gesichert werden konnte.

## Problem Fallkostenpauschalen

Der Zürcher FDP-Kantonsrat Jörg Kündig, Verwaltungsratspräsident des Spitals, versichert, dass der laufende Betrieb zurzeit noch sichergestellt sei: «Das Spital ist weder überschuldet noch illiquid.» Er weist zugleich darauf hin, dass viele Spitäler in einer ähnlichen Lage seien – obwohl sie effizient arbeiteten. Das Problem sei das vor zwölf Jahren eingeführte System der Spitalfinanzierung mit Fallkostenpauschalen: Dadurch seien die Erträge unbeweglich, während die Kosten stiegen.

# «Auf uns kommen schwierige Zeiten zu»

Seitenzahl  
11

Seitenzahl  
Interview

Verwaltungsratspräsident Jörg Kündig will das Spital Wetzikon retten und denkt über eine Fusion mit Uster nach

## Interview: Isabel Heusser

*Herr Kündig, am Donnerstagvormittag haben Sie das Personal des Spitals Wetzikon darüber informiert, dass der Kanton dem Spital kein Geld geben will. Wie haben die Mitarbeitenden reagiert?*

Wir haben sie in der Vergangenheit über alle Entwicklungen im Spital auf dem Laufenden gehalten. Darum habe ich eine gewisse Gefasstheit gespürt. Auf uns kommen unbestritten schwierige Zeiten zu. Aber ich glaube, der Wille ist da, diese gemeinsam durchzustehen. Ich habe dem Personal vermittelt, dass wir versuchen, Lösungen zu finden. Aber wir brauchen Zeit.

*Die Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli hält Ihr Spital für entbehrlich. Was sagen Sie dazu?*

Das ist eine sehr harte Formulierung. Für mich fühlt sich diese Aussage wie ein Schlag in die Magengrube an. Wir sind im Zürcher Oberland verankert, wir sind das Grundversorgungsspital an der Grenze zum Kanton St. Gallen und darüber hinaus. In Ergänzung dazu hat Frau Rickli uns und den Kantonen St. Gallen und den beiden Appenzell Leistungsaufträge zugesichert wie eine Stroke-Unit, in der Personen mit einem Schlaganfall spezialisiert behandelt werden.

*Doch dem Spital fehlen 170 Millionen Franken. Wie konnte es so weit kommen?*

Vor zehn Jahren begann das Spital, einen Neubau zu planen, der derzeit auf unserem Areal in Wetzikon realisiert wird. Wir haben die Finanzmärkte beurteilt, Finanzierungschancen geprüft und uns gezielt für eine Obligationenanleihe entschieden, die nun am 12. Juni fällig wird. Ursprünglich haben wir damit gerechnet, dass das Bauprojekt abgeschlossen sein würde und wir mit dem Ertrag aus dem Neubau zumindest einen Teil der Refinanzierung möglich machen könnten. Verzögerungen beim Bau und Verschlechterungen der Rahmenbedingungen verunmöglichten dies.

*Also hat allein die Verspätung beim Bauprojekt zur Geldnot des Spitals geführt?*

Man muss klar sagen, dass der Betrieb des Spitals selbst finanziert werden kann. Wir können ihn weiterhin aufrechterhalten und alle Patienten versorgen. Es müssen keine Behandlungen oder Operationen abgesagt werden. Es geht einzig um die Refinanzierung der vor zehn Jahren getätigten Anleihe. Wir hatten von unseren Finanzierungspartnern Signale erhalten, dass dies unter gewissen Voraussetzungen machbar sei. Erst wurde eine tragfähigere Eigenkapitalbasis gefordert. Die Voraussetzungen haben wir geschaffen. Bei den weiteren Gesprächen hiess es auch aufgrund der verschärften wirtschaftlichen Situation: Ohne Staatsgarantie geht es nicht. Gefordert wurde auch eine wirtschaftliche Verbesserung.

*Was heisst das genau?*

Gefordert wird eine Ebitda-Marge von 12,5 Prozent, also eine bessere Rentabilität. 2022 lag die Marge bei 9,4 Prozent. Wir versuchen, mit

gezielten Massnahmen die Ertragsseite zu steigern. Es sind auch Einsparungen geplant, etwa im Sachbereich und beim Personal. Wir führen ein straffes Kostenregime und ersetzen wenn möglich Abgänge nicht mehr. Im temporären Bereich haben wir die Anstellungen gestoppt. Diese Massnahmen greifen und stimmen mich zuversichtlich, dass wir das Jahr 2024 ohne Minus abschliessen können. Mir ist bewusst, dass die Situation viel von den Mitarbeitenden abverlangt.

*Das klingt nicht nach attraktiven Arbeitsbedingungen. Wie wollen Sie unter diesen Umständen das Personal halten?*

Wir konnten den Mitarbeitenden zusichern, dass ihre Löhne weiterhin ausgezahlt werden und der Betrieb des Spitals weitergeführt wird. Aber natürlich befürchte ich, dass andere Häuser versuchen werden, unser Personal abzuwerben.

*Das Spital hat erst im Februar ein Finanzierungsgesuch gestellt, vier Monate bevor die Refinanzierung ansteht. Warum haben Sie so spät gehandelt?*

Uns war es immer ein Anliegen, diese schwierige Situation ohne staatliche Unterstützung bewältigen zu können. Deshalb haben wir versucht, alle anderen Möglichkeiten auszuschöpfen. Wir hatten handfeste Aussichten, dass dies möglich ist.

*Das Spital wird von zwölf Aktionärsgemeinden getragen. Weshalb haben Sie nicht diese um Unterstützung gebeten?*

Die Gemeinden waren informiert über die Ausgangslage. Sie stehen hinter uns. Aber wir reden über eine andere Grössenordnung von Finanzierung, als es etwa beim Spital Uster der Fall war. Die Möglichkeit zu prüfen, dem Unternehmen zusätzliches Eigenkapital zur Verfügung zu stellen, wurde aber von den Gemeinden grundsätzlich bestätigt.

*Wetzikon als grösste der Trägergemeinden kann sich eine finanzielle Unterstützung vorstellen. Sollen nun also die Gemeinden das Spital retten?*

Selbstverständlich ist ein solches Angebot sehr wertvoll. Wir sind daran interessiert und arbeiten daran, mit den Gemeinden Lösungen zu finden. Inwieweit es möglich ist, mit der Unterstützung der Gemeinden die Refinanzierung in der Höhe von 170 Millionen Franken zu bewältigen, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschätzen.

*Die Grünen werfen Ihnen vor, der Verwaltungsrat und die Trägergemeinden hätten es verpasst, einen tragfähigen Businessplan zu erstellen. Was sagen Sie dazu?*

Wir haben unser Möglichstes getan. Doch wir mussten feststellen, dass unsere Businesspläne immer schwerer zu erreichen sind. Das liegt unter anderem daran, dass die Ertragssituation des Spitals sehr schwer kalkulierbar ist. Behandlungen werden zunehmend in den ambulanten Bereich verschoben, und dieser ist unterfinanziert.

*Das Spital Uster ist nur wenige Autominuten von Wetzikon entfernt. Ist das Zürcher Oberland nicht überversorgt?*

Das ist tatsächlich eine spezielle Situation. Im Jahr 2018 haben beide Spitäler Verhandlungen geführt mit einer Fusion als Ziel. Zwei Jahre später wurde das Vorhaben abgebrochen – unter anderem, weil beide Spitäler mit grossen Bauprojekten beschäftigt waren. Ich kann mir gut vorstellen, die Gespräche mit Uster wieder aufzunehmen.

*Das Gesundheitswesen ist zu teuer. Als FDP-Politiker müssten Sie doch sagen: Der Markt entscheidet. Warum halten Sie am Spital fest?*

Wir haben eine Verantwortung für das Spital als Unternehmen, aber auch für die medizinische Versorgung der Region und gegenüber unseren Aktionären.

*Die Eröffnung des Neubaus war für Ende 2025 vorgesehen. Ist dies aufgrund der drohenden Finanzierungslücke noch realistisch?*

Das kann ich weder mit Ja noch mit Nein beantworten. Es laufen Gespräche zur Finanzierung des Bauprojekts. Gegenwärtig steht für uns die Weiterführung des Betriebs im Vordergrund. Wir haben die Mittel, das Personal und die Unterstützung dafür.

*Was passiert, wenn Sie das Geld nicht zusammenbekommen?*

Es ist zu früh, darüber nachzudenken. Aktuell prüfen wir verschiedene Optionen. Dazu gehören Sale-&Lease-Back-Varianten, aber auch der Weg über eine Nachlassstundung. Letzteres würde uns mehr Zeit für die Suche nach Lösungen geben.

# Zwei Betriebe nah beieinander sind einer zu viel

Seitenzahl  
11

Seitenzahl  
Kommentar

Zürcher Spitäler in Finanznot

**Marius Huber**

Im Prinzip sind sich alle einig. Unser Gesundheitswesen ist zu teuer, die Krankenkassenprämien sind eine Last. Und wenn man nichts ändert, wird es sicher nicht besser. Deshalb war die Umstellung auf eine neue Spitalfinanzierung vor zwölf Jahren sinnvoll. Wenn die Kosten explodieren, ist es nicht hilfreich, den Spitälern weiterhin jedes Defizit mit Steuergeld zu decken, ohne zu fragen, ob die Ausgaben notwendig waren. Indem heute jeder Betrieb für gleiche Leistungen gleich viel Geld bekommt, werden jene belohnt, die haushälterisch wirtschaften. So weit zum Prinzip. Das Problem ist: Immer wenn es schmerzhaft wird, ist es mit der Prinzipienfestigkeit vorbei. Dann werden Spitäler gerettet und Strukturen erhalten, als wäre der historisch gewachsene Status quo ein Idealzustand.

Das wird auch diesmal kaum anders sein, nachdem der Kanton Zürich dem Spital Wetzikon in einer finanziellen Notlage die Hilfe versagt hat und damit seine Schliessung in Kauf nimmt. Es käme wenig überraschend, wenn am Ende eine behelfsmässige Lösung gezimmert würde, um einen harten Schnitt zumindest um ein paar Jahre hinauszuzögern. Die Gemeinde Wetzikon hat bereits Hilfe in Aussicht gestellt, und die Zürcher Grünen weisen warnen darauf hin, dass die Grundversorgung einer ganzen Region vor dem Aus steht. Wirklich? Vom Spital Wetzikon sind es mit dem Auto nur etwas mehr als zehn Minuten bis zum Spital Uster. Die beiden Gemeinden im Zürcher Oberland sind Nachbarn. Würde man die optimale Spitallandschaft am Reissbrett neu entwerfen, wäre das Ergebnis zweifellos ein anderes. Darum ist es richtig, dass der Zürcher Regierungsrat hart bleibt. Wenn man das Prinzip ernst nimmt, dass Wettbewerb und unternehmerisches Denken dafür sorgen sollen, eine kostspielige Überversorgung zu verhindern, wird es früher oder später auch einen der grösseren Betriebe treffen.

Zugegeben, die politischen Rahmenbedingungen, unter denen der Wettbewerb stattfindet, sind nicht perfekt. Eine kostendeckende Entschädigung von ambulant erbrachten Leistungen, also solchen ohne Spitalaufenthalt, ist angebracht. Denn diese sind günstiger und sollten daher gefördert werden. Die Spielregeln sind aber nicht derart ruinös, dass die Grundversorgung gefährdet wäre. Es gibt im Kanton Zürich keine Anzeichen, dass die Ambulanz zu spät kommt oder man monatelang auf einen Eingriff warten muss wie in Grossbritannien. Sollte das Spital Wetzikon schliessen müssen, muss die Gesundheitsdirektion die Situation aufmerksam beobachten. Und rasch reagieren, falls es Anzeichen auf Mängel bei der Grundversorgung gäbe.

Den Direktbetroffenen des Spitals Wetzikon ist das natürlich kein Trost; für sie mag es willkürlich wirken, dass es im Wettbewerb nun ausgerechnet sie trifft. Denn genau wie Wetzikon drohte sich auch das nahe Spital Uster mit einem grossen Bauvorhaben zu überheben, bloss wurde dieses durch einen Gerichtsentscheid gestoppt. Das ändert aber nichts am unternehmerischen Grundsatz, dass die Spitäler das Risiko für solche Entscheide selbst tragen müssen. Und dass zwei in enger Nachbarschaft wohl eines zu viel sind. Etwas gibt allerdings zu denken: Während Wetzikon die Hilfe vom Kanton versagt bleibt, bekommt das Kinderspital in einer ähnlichen Lage etliche Millionen – weil der Kanton in diesem Fall keine Alternative hat. Das zeigt, dass die Regeln des Wettbewerbs nicht für alle gelten. Wer unabdingbar ist, hat eine Staatsgarantie.

Ausgerechnet das Kinderspital leistete sich aber einen Neubau, für den nur das Beste gut genug war, bis hin zu den Stararchitekten Herzog & de Meuron. Der Kanton kann sich darauf gefasst machen, dass andere Spitäler mit Sonderstatus dieses Zeichen zu deuten wissen, namentlich das Universitätsspital. Sie müssen keine günstigen Zweckbauten errichten und können bei Bedarf hinterher Hilfe erwarten. Das ist ein Systemfehler. Too important to fail – die Grossbanken lassen grüssen.

---

# Millionen-Nothilfe für das Kinderspital

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

## Kanton greift Zürcher Einrichtung unter die Arme

Die Spitalkrise greift um sich. Jetzt haben zwei Zürcher Betriebe dringend um staatliche Unterstützung ersucht. Der Kanton hilft aber nur jenem, den er für unentbehrlich hält.

### Marius Huber

Viele Schweizer Spitäler schreiben zurzeit Verluste und fordern staatliche Hilfe. Im Aargau etwa ist das Kantonsspital letztes Jahr mit einer Finanzspritze von 240 Millionen Franken am Leben erhalten worden; in St. Gallen hat der Kanton 163 Millionen Franken Finanzhilfe für seine Spitäler gesprochen. Jetzt will auch der Kanton Zürich ein darbenendes Spital mit Steuergeld retten.

Das Kinderspital (Kispi) mit Sitz in der Stadt Zürich soll ein Darlehen über 100 Millionen Franken bekommen, weil es durch einen teuren Neubau in finanzielle Not geriet. Zudem erhält es für den laufenden Betrieb eine Subvention von 35 Millionen Franken – sonst wäre es schon ab Mitte Jahr nicht mehr zahlungsfähig. Das Kinderspital sei wegen seines einzigartigen Angebots unentbehrlich, begründete Zürichs Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli (SVP) den Schritt am Donnerstag.

## Spital Wetzikon «entbehrlich»

Ebenso einschneidend ist, dass die Kantonsregierung ein zweites Gesuch auf Nothilfe abgewiesen hat: jenes des Spitals Wetzikon. Dieser Entscheid könnte für den Betrieb im Zürcher Oberland das Ende bedeuten – die Regierung macht sich darüber keine Illusionen.

Sie erörtert bereits, was eine Einstellung des Betriebs für die Menschen im Kanton Zürich bedeuten könnte. Anders als das Kispi sei das Spital Wetzikon nicht unentbehrlich. Es habe zwar in der Notfallversorgung sowie in Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe hohe Fallzahlen, doch bei einer Schliessung könnten diese Leistungen gut auch von anderen Spitälern erbracht werden.

«Eigentlich braucht es im Zürcher Oberland nur ein Spital für die stationären Leistungen», sagte Rickli. Mit Wetzikon und Uster gibt es aber deren zwei. Jenes in Uster war noch vor kurzem ebenfalls akut bedroht. Dann aber sprachen sich Anfang März mehrere beteiligte Gemeinden dafür aus, es vor dem Konkurs zu bewahren, indem sie das Aktienkapital um 33 Millionen Franken erhöhten.

Das Spital Wetzikon hatte beim Kanton um Finanzhilfe ersucht, weil es sich für einen Neubau, der derzeit am Entstehen ist, vor zehn Jahren mit 170 Millionen Franken verschuldet hat. Diesen Betrag müsste es jetzt am Kapitalmarkt erneuern, aber seine Kreditwürdigkeit ist aufgrund der negativen Bilanz ungenügend. Das Spital hat daher den Kanton im Februar, also relativ kurzfristig, um eine Staatsgarantie über 180 Millionen Franken gebeten. Es braucht zudem Geld, weil die Renovation seiner bestehenden Gebäude ansteht.

Der Verwaltungsrat des Wetziker Spitals sucht nach der Absage des Kantons nun nach Alternativen – auch eine Nachlassstundung ist eine Option, um einen drohenden Konkurs abzuwenden. Geldgeber zu finden, dürfte indes schwierig werden: Bevor sich das Spital an den Kanton gewandt hat, ist bereits ein möglicher Investor abgesprungen, weil die Refinanzierung der Schulden nicht gesichert werden konnte.

## Problem Fallkostenpauschalen

Der Zürcher FDP-Kantonsrat Jörg Kündig, Verwaltungsratspräsident des Spitals, versichert, dass der laufende Betrieb zurzeit noch sichergestellt sei: «Das Spital ist weder überschuldet noch illiquid.» Er weist zugleich darauf hin, dass viele Spitäler in einer ähnlichen Lage seien – obwohl sie effizient arbeiteten. Das Problem sei das vor zwölf Jahren eingeführte System der Spitalfinanzierung mit Fallkostenpauschalen: Dadurch seien die Erträge unbeweglich, während die Kosten stiegen.



# «Auf uns kommen schwierige Zeiten zu»

Seitenzahl  
11

Seitenzahl  
Interview

Verwaltungsratspräsident Jörg Kündig will das Spital Wetzikon retten und denkt über eine Fusion mit Uster nach

## Interview: Isabel Heusser

*Herr Kündig, am Donnerstagvormittag haben Sie das Personal des Spitals Wetzikon darüber informiert, dass der Kanton dem Spital kein Geld geben will. Wie haben die Mitarbeitenden reagiert?*

Wir haben sie in der Vergangenheit über alle Entwicklungen im Spital auf dem Laufenden gehalten. Darum habe ich eine gewisse Gefasstheit gespürt. Auf uns kommen unbestritten schwierige Zeiten zu. Aber ich glaube, der Wille ist da, diese gemeinsam durchzustehen. Ich habe dem Personal vermittelt, dass wir versuchen, Lösungen zu finden. Aber wir brauchen Zeit.

*Die Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli hält Ihr Spital für entbehrlich. Was sagen Sie dazu?*

Das ist eine sehr harte Formulierung. Für mich fühlt sich diese Aussage wie ein Schlag in die Magengrube an. Wir sind im Zürcher Oberland verankert, wir sind das Grundversorgungsspital an der Grenze zum Kanton St. Gallen und darüber hinaus. In Ergänzung dazu hat Frau Rickli uns und den Kantonen St. Gallen und den beiden Appenzell Leistungsaufträge zugesichert wie eine Stroke-Unit, in der Personen mit einem Schlaganfall spezialisiert behandelt werden.

*Doch dem Spital fehlen 170 Millionen Franken. Wie konnte es so weit kommen?*

Vor zehn Jahren begann das Spital, einen Neubau zu planen, der derzeit auf unserem Areal in Wetzikon realisiert wird. Wir haben die Finanzmärkte beurteilt, Finanzierungschancen geprüft und uns gezielt für eine Obligationenanleihe entschieden, die nun am 12. Juni fällig wird. Ursprünglich haben wir damit gerechnet, dass das Bauprojekt abgeschlossen sein würde und wir mit dem Ertrag aus dem Neubau zumindest einen Teil der Refinanzierung möglich machen könnten. Verzögerungen beim Bau und Verschlechterungen der Rahmenbedingungen verunmöglichten dies.

*Also hat allein die Verspätung beim Bauprojekt zur Geldnot des Spitals geführt?*

Man muss klar sagen, dass der Betrieb des Spitals selbst finanziert werden kann. Wir können ihn weiterhin aufrechterhalten und alle Patienten versorgen. Es müssen keine Behandlungen oder Operationen abgesagt werden. Es geht einzig um die Refinanzierung der vor zehn Jahren getätigten Anleihe. Wir hatten von unseren Finanzierungspartnern Signale erhalten, dass dies unter gewissen Voraussetzungen machbar sei. Erst wurde eine tragfähigere Eigenkapitalbasis gefordert. Die Voraussetzungen haben wir geschaffen. Bei den weiteren Gesprächen hiess es auch aufgrund der verschärften wirtschaftlichen Situation: Ohne Staatsgarantie geht es nicht. Gefordert wurde auch eine wirtschaftliche Verbesserung.

*Was heisst das genau?*

Gefordert wird eine Ebitda-Marge von 12,5 Prozent, also eine bessere Rentabilität. 2022 lag die Marge bei 9,4 Prozent. Wir versuchen, mit

gezielten Massnahmen die Ertragsseite zu steigern. Es sind auch Einsparungen geplant, etwa im Sachbereich und beim Personal. Wir führen ein straffes Kostenregime und ersetzen wenn möglich Abgänge nicht mehr. Im temporären Bereich haben wir die Anstellungen gestoppt. Diese Massnahmen greifen und stimmen mich zuversichtlich, dass wir das Jahr 2024 ohne Minus abschliessen können. Mir ist bewusst, dass die Situation viel von den Mitarbeitenden abverlangt.

*Das klingt nicht nach attraktiven Arbeitsbedingungen. Wie wollen Sie unter diesen Umständen das Personal halten?*

Wir konnten den Mitarbeitenden zusichern, dass ihre Löhne weiterhin ausgezahlt werden und der Betrieb des Spitals weitergeführt wird. Aber natürlich befürchte ich, dass andere Häuser versuchen werden, unser Personal abzuwerben.

*Das Spital hat erst im Februar ein Finanzierungsgesuch gestellt, vier Monate bevor die Refinanzierung ansteht. Warum haben Sie so spät gehandelt?*

Uns war es immer ein Anliegen, diese schwierige Situation ohne staatliche Unterstützung bewältigen zu können. Deshalb haben wir versucht, alle anderen Möglichkeiten auszuschöpfen. Wir hatten handfeste Aussichten, dass dies möglich ist.

*Das Spital wird von zwölf Aktionärgemeinden getragen. Weshalb haben Sie nicht diese um Unterstützung gebeten?*

Die Gemeinden waren informiert über die Ausgangslage. Sie stehen hinter uns. Aber wir reden über eine andere Grössenordnung von Finanzierung, als es etwa beim Spital Uster der Fall war. Die Möglichkeit zu prüfen, dem Unternehmen zusätzliches Eigenkapital zur Verfügung zu stellen, wurde aber von den Gemeinden grundsätzlich bestätigt.

*Wetzikon als grösste der Trägergemeinden kann sich eine finanzielle Unterstützung vorstellen. Sollen nun also die Gemeinden das Spital retten?*

Selbstverständlich ist ein solches Angebot sehr wertvoll. Wir sind daran interessiert und arbeiten daran, mit den Gemeinden Lösungen zu finden. Inwieweit es möglich ist, mit der Unterstützung der Gemeinden die Refinanzierung in der Höhe von 170 Millionen Franken zu bewältigen, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschätzen.

*Die Grünen werfen Ihnen vor, der Verwaltungsrat und die Trägergemeinden hätten es verpasst, einen tragfähigen Businessplan zu erstellen. Was sagen Sie dazu?*

Wir haben unser Möglichstes getan. Doch wir mussten feststellen, dass unsere Businesspläne immer schwerer zu erreichen sind. Das liegt unter anderem daran, dass die Ertragssituation des Spitals sehr schwer kalkulierbar ist. Behandlungen werden zunehmend in den ambulanten Bereich verschoben, und dieser ist unterfinanziert.

*Das Spital Uster ist nur wenige Autominuten von Wetzikon entfernt. Ist das Zürcher Oberland nicht überversorgt?*

Das ist tatsächlich eine spezielle Situation. Im Jahr 2018 haben beide Spitäler Verhandlungen geführt mit einer Fusion als Ziel. Zwei Jahre später wurde das Vorhaben abgebrochen – unter anderem, weil beide Spitäler mit grossen Bauprojekten beschäftigt waren. Ich kann mir gut vorstellen, die Gespräche mit Uster wieder aufzunehmen.

*Das Gesundheitswesen ist zu teuer. Als FDP-Politiker müssten Sie doch sagen: Der Markt entscheidet. Warum halten Sie am Spital fest?*

Wir haben eine Verantwortung für das Spital als Unternehmen, aber auch für die medizinische Versorgung der Region und gegenüber unseren Aktionären.

*Die Eröffnung des Neubaus war für Ende 2025 vorgesehen. Ist dies aufgrund der drohenden Finanzierungslücke noch realistisch?*

Das kann ich weder mit Ja noch mit Nein beantworten. Es laufen Gespräche zur Finanzierung des Bauprojekts. Gegenwärtig steht für uns die Weiterführung des Betriebs im Vordergrund. Wir haben die Mittel, das Personal und die Unterstützung dafür.

*Was passiert, wenn Sie das Geld nicht zusammenbekommen?*

Es ist zu früh, darüber nachzudenken. Aktuell prüfen wir verschiedene Optionen. Dazu gehören Sale-&Lease-Back-Varianten, aber auch der Weg über eine Nachlassstundung. Letzteres würde uns mehr Zeit für die Suche nach Lösungen geben.

# Zwei Betriebe nah beieinander sind einer zu viel

Seitenzahl  
11

Seitenzahl  
Kommentar

Zürcher Spitäler in Finanznot

**Marius Huber**

Im Prinzip sind sich alle einig. Unser Gesundheitswesen ist zu teuer, die Krankenkassenprämien sind eine Last. Und wenn man nichts ändert, wird es sicher nicht besser. Deshalb war die Umstellung auf eine neue Spitalfinanzierung vor zwölf Jahren sinnvoll. Wenn die Kosten explodieren, ist es nicht hilfreich, den Spitälern weiterhin jedes Defizit mit Steuergeld zu decken, ohne zu fragen, ob die Ausgaben notwendig waren. Indem heute jeder Betrieb für gleiche Leistungen gleich viel Geld bekommt, werden jene belohnt, die haushälterisch wirtschaften. So weit zum Prinzip. Das Problem ist: Immer wenn es schmerzhaft wird, ist es mit der Prinzipienfestigkeit vorbei. Dann werden Spitäler gerettet und Strukturen erhalten, als wäre der historisch gewachsene Status quo ein Idealzustand.

Das wird auch diesmal kaum anders sein, nachdem der Kanton Zürich dem Spital Wetzikon in einer finanziellen Notlage die Hilfe versagt hat und damit seine Schliessung in Kauf nimmt. Es käme wenig überraschend, wenn am Ende eine behelfsmässige Lösung gezimmert würde, um einen harten Schnitt zumindest um ein paar Jahre hinauszuzögern. Die Gemeinde Wetzikon hat bereits Hilfe in Aussicht gestellt, und die Zürcher Grünen weisen warnen darauf hin, dass die Grundversorgung einer ganzen Region vor dem Aus steht. Wirklich? Vom Spital Wetzikon sind es mit dem Auto nur etwas mehr als zehn Minuten bis zum Spital Uster. Die beiden Gemeinden im Zürcher Oberland sind Nachbarn. Würde man die optimale Spitallandschaft am Reissbrett neu entwerfen, wäre das Ergebnis zweifellos ein anderes. Darum ist es richtig, dass der Zürcher Regierungsrat hart bleibt. Wenn man das Prinzip ernst nimmt, dass Wettbewerb und unternehmerisches Denken dafür sorgen sollen, eine kostspielige Überversorgung zu verhindern, wird es früher oder später auch einen der grösseren Betriebe treffen.

Zugegeben, die politischen Rahmenbedingungen, unter denen der Wettbewerb stattfindet, sind nicht perfekt. Eine kostendeckende Entschädigung von ambulant erbrachten Leistungen, also solchen ohne Spitalaufenthalt, ist angebracht. Denn diese sind günstiger und sollten daher gefördert werden. Die Spielregeln sind aber nicht derart ruinös, dass die Grundversorgung gefährdet wäre. Es gibt im Kanton Zürich keine Anzeichen, dass die Ambulanz zu spät kommt oder man monatelang auf einen Eingriff warten muss wie in Grossbritannien. Sollte das Spital Wetzikon schliessen müssen, muss die Gesundheitsdirektion die Situation aufmerksam beobachten. Und rasch reagieren, falls es Anzeichen auf Mängel bei der Grundversorgung gäbe.

Den Direktbetroffenen des Spitals Wetzikon ist das natürlich kein Trost; für sie mag es willkürlich wirken, dass es im Wettbewerb nun ausgerechnet sie trifft. Denn genau wie Wetzikon drohte sich auch das nahe Spital Uster mit einem grossen Bauvorhaben zu überheben, bloss wurde dieses durch einen Gerichtsentscheid gestoppt. Das ändert aber nichts am unternehmerischen Grundsatz, dass die Spitäler das Risiko für solche Entscheide selbst tragen müssen. Und dass zwei in enger Nachbarschaft wohl eines zu viel sind. Etwas gibt allerdings zu denken: Während Wetzikon die Hilfe vom Kanton versagt bleibt, bekommt das Kinderspital in einer ähnlichen Lage etliche Millionen – weil der Kanton in diesem Fall keine Alternative hat. Das zeigt, dass die Regeln des Wettbewerbs nicht für alle gelten. Wer unabdingbar ist, hat eine Staatsgarantie.

Ausgerechnet das Kinderspital leistete sich aber einen Neubau, für den nur das Beste gut genug war, bis hin zu den Stararchitekten Herzog & de Meuron. Der Kanton kann sich darauf gefasst machen, dass andere Spitäler mit Sonderstatus dieses Zeichen zu deuten wissen, namentlich das Universitätsspital. Sie müssen keine günstigen Zweckbauten errichten und können bei Bedarf hinterher Hilfe erwarten. Das ist ein Systemfehler. Too important to fail – die Grossbanken lassen grüssen.

# Millionen-Nothilfe für das Kinderspital

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

## Kanton greift Zürcher Einrichtung unter die Arme

Die Spitalkrise greift um sich. Jetzt haben zwei Zürcher Betriebe dringend um staatliche Unterstützung ersucht. Der Kanton hilft aber nur jenem, den er für unentbehrlich hält.

### Marius Huber

Viele Schweizer Spitäler schreiben zurzeit Verluste und fordern staatliche Hilfe. Im Aargau etwa ist das Kantonsspital letztes Jahr mit einer Finanzspritze von 240 Millionen Franken am Leben erhalten worden; in St. Gallen hat der Kanton 163 Millionen Franken Finanzhilfe für seine Spitäler gesprochen. Jetzt will auch der Kanton Zürich ein darbenendes Spital mit Steuergeld retten.

Das Kinderspital (Kispi) mit Sitz in der Stadt Zürich soll ein Darlehen über 100 Millionen Franken bekommen, weil es durch einen teuren Neubau in finanzielle Not geriet. Zudem erhält es für den laufenden Betrieb eine Subvention von 35 Millionen Franken – sonst wäre es schon ab Mitte Jahr nicht mehr zahlungsfähig. Das Kinderspital sei wegen seines einzigartigen Angebots unentbehrlich, begründete Zürichs Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli (SVP) den Schritt am Donnerstag.

## Spital Wetzikon «entbehrlich»

Ebenso einschneidend ist, dass die Kantonsregierung ein zweites Gesuch auf Nothilfe abgewiesen hat: jenes des Spitals Wetzikon. Dieser Entscheid könnte für den Betrieb im Zürcher Oberland das Ende bedeuten – die Regierung macht sich darüber keine Illusionen.

Sie erörtert bereits, was eine Einstellung des Betriebs für die Menschen im Kanton Zürich bedeuten könnte. Anders als das Kispi sei das Spital Wetzikon nicht unentbehrlich. Es habe zwar in der Notfallversorgung sowie in Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe hohe Fallzahlen, doch bei einer Schliessung könnten diese Leistungen gut auch von anderen Spitälern erbracht werden.

«Eigentlich braucht es im Zürcher Oberland nur ein Spital für die stationären Leistungen», sagte Rickli. Mit Wetzikon und Uster gibt es aber deren zwei. Jenes in Uster war noch vor kurzem ebenfalls akut bedroht. Dann aber sprachen sich Anfang März mehrere beteiligte Gemeinden dafür aus, es vor dem Konkurs zu bewahren, indem sie das Aktienkapital um 33 Millionen Franken erhöhten.

Das Spital Wetzikon hatte beim Kanton um Finanzhilfe ersucht, weil es sich für einen Neubau, der derzeit am Entstehen ist, vor zehn Jahren mit 170 Millionen Franken verschuldet hat. Diesen Betrag müsste es jetzt am Kapitalmarkt erneuern, aber seine Kreditwürdigkeit ist aufgrund der negativen Bilanz ungenügend. Das Spital hat daher den Kanton im Februar, also relativ kurzfristig, um eine Staatsgarantie über 180 Millionen Franken gebeten. Es braucht zudem Geld, weil die Renovation seiner bestehenden Gebäude ansteht.

Der Verwaltungsrat des Wetziker Spitals sucht nach der Absage des Kantons nun nach Alternativen – auch eine Nachlassstundung ist eine Option, um einen drohenden Konkurs abzuwenden. Geldgeber zu finden, dürfte indes schwierig werden: Bevor sich das Spital an den Kanton gewandt hat, ist bereits ein möglicher Investor abgesprungen, weil die Refinanzierung der Schulden nicht gesichert werden konnte.

## Problem Fallkostenpauschalen

Der Zürcher FDP-Kantonsrat Jörg Kündig, Verwaltungsratspräsident des Spitals, versichert, dass der laufende Betrieb zurzeit noch sichergestellt sei: «Das Spital ist weder überschuldet noch illiquid.» Er weist zugleich darauf hin, dass viele Spitäler in einer ähnlichen Lage seien – obwohl sie effizient arbeiteten. Das Problem sei das vor zwölf Jahren eingeführte System der Spitalfinanzierung mit Fallkostenpauschalen: Dadurch seien die Erträge unbeweglich, während die Kosten stiegen.

# ZH – Das Heim der Vergessenen

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 08.04.2024

**Austherapiert, suchtkrank, verwahrt: Langzeitpatienten verschwinden zusehends aus den Schweizer Psychiatrien. Ein Pflegezentrum im Tösstal gibt ihnen ein Zuhause**

**Giorgio Scherrer (Text), Annick Ramp (Bilder)**

Das Heim der Vergessenen liegt in einem ruhigen, grauen Tal. Es ist ein Hochhaus, für hiesige Verhältnisse zumindest. Sieben Stockwerke, Beton, Panzerglas. Draussen Äcker, Bäche und die Dächer der Ortschaft Bauma. Es liegt Schnee. Während unten in der Stadt Zürich der Frühling beginnt, ist hier noch Winter. Drinnen sitzt Herr B. in seinem Zimmer. An der Wand ein Bibelvers, ein Mandala, ein Eishockeyspieler. Herr B. – um die 70, gelernter Funkmechaniker – drückt die Hand, wie andere eine Orange auspressen. Er trägt Finken, ein blaues Polo-Shirt, auf der Hose sind Essensflecken. Sein weisser Bart wächst wild. Dann erzählt er von dem Abend, der ihn hierher brachte.

Er sei noch in der Stadt gewesen, habe in einem Restaurant einen Zweier Roten bestellt. Dann sei er mit dem Bus nach Hause, in das Altersheim in der Region Bern, in dem er damals wohnte. Dort habe er es dann bemerkt. «Ein Pyjama-Oberteil hat gefehlt», sagt Herr B. Genau beschreibt er den Schrank, in dem es hätte sein sollen. Er beschreibt das Oberteil (es war grün) und holt ein ähnliches aus seinem Schrank. «Es war einfach nicht mehr da», sagt Herr B. «Da habe ich das Militärmesser genommen, das alte von meinem Vater.» Er greift vor sich in die Luft, nach einer imaginären Klinge. «Ich bin in den Gang gelaufen und habe der Pflegerin so» – er schlägt sich mit der geballten Faust auf die Schulter – «in den Hals gestochen. Und dann nochmals.»

Herr B. spitzt die Lippen, seine Augen sind klein, kalt und blau, seine Stimme warm und freundlich, berndeutscher Singsang. Er spricht so distanziert über seine Tat wie andere über das Wetter. Die Diagnose, die ihm die Ärzte gestellt haben? «Schizophren, Psychopath.» Er bereue seine Tat, sagt er zum Abschied, fast beiläufig. «Danke für Ihre Offenheit», sage ich. «Kein Problem», sagt er. «Ich habe nichts zu verbergen. Ich bin schliesslich Schweizer, kein Ausländer.»

Draussen im Gang ist es ruhig, Mittagszeit. Nur ab und zu kommt aus einem Zimmer ein Schimpfwort oder ein Schrei. Von der geschlossenen Abteilung, in der Herr B. wohnt, führt eine Tür aus Panzerglas auf die offene Station. Eine Frau läuft dort den Gang entlang, langsam, mit schlurfenden Schritten und leerem Blick, in der Hand ein Päckchen Zigaretten. Sie steuert auf die Raucherterrasse zu.

## Die letzte Station

Das Pflegezentrum Bauma im abgelegenen Tösstal ist ein Ort für diejenigen, die sonst nirgendwo mehr hin können: Austherapierte, Langzeitpatienten, Verwahrte. Wer hier wohnt, ist in der Regel schwer psychisch krank, oft auch suchtkrank oder kognitiv beeinträchtigt. Viele dieser «Systemsprenger» sind Dauergäste in psychiatrischen Institutionen. Sie treten ein und aus, ohne dass sich ihr Zustand bessert.

«Wir sind für sie der Ausweg aus der Drehtüre der Psychiatrie», sagt Anton Distler, der Leiter der Pflege. «Bei uns liegt der Fokus auf dem Verbleib.» Für Schlagzeilen sorgt das Pflegezentrum Bauma



normalerweise nur, wenn etwas Schlimmes passiert. Vor einigen Wochen etwa, als ein Bewohner einen anderen niederstach – ein Vorfall, der laut dem Heim präzedenzlos ist und den das Opfer mit Glück überlebte.

Weniger Aufmerksamkeit erhält die tägliche Arbeit hier – obwohl sie schweizweit ziemlich speziell ist. 162 Plätze hat das Pflegezentrum. Austritte in die Eigenständigkeit – eine eigene Wohnung, eine betreute WG – gibt es maximal ein bis zwei pro Jahr. Im Durchschnitt bleiben die Bewohnerinnen und Bewohner über zehn Jahre hier. Drei bis sechs Jahre wartet man in der Regel auf einen Platz. Auf der Warteliste stehen stets um die 200 Namen. «Die Leute kommen zu uns, wenn alle Therapieversuche gescheitert sind», sagt Distler. «Wir verfolgen keinen heilenden Ansatz, da müssen wir realistisch sein. Wir versuchen, ihnen etwas Stabilität zu geben.»

Distler ist stolz auf seine Institution. Wenn er durch das Haus führt, zeigt er auf die moderne Küche, auf das helle Pflegezimmer, die Waschanlagen und Aufenthaltszimmer. Hier soll es nicht wie im Heim oder gar im Gefängnis aussehen, sondern wie in einem Zuhause. «Viele können Schönes kaum mehr geniessen. Ein «Wow» hören wir selten. Die Bedürfnisbefriedigung kommt zuerst», sagt Distler. Suchtmittelkonsum ist deshalb im ganzen Haus verboten. «Wir versuchen, die Bewohner wieder an gesundes Geniessen heranzuführen.» Zum Beispiel in der Cafeteria, einem grossen, hellen Raum mit Sicht auf den Hang und eine Baustelle: den nächsten Erweiterungsbau.

## Frau C. und ihr Traum

An einem Tisch sitzt nervös Frau C., knetet mit einer Hand die andere. Während sich der Raum langsam leert, erzählt sie, was sie hier alles tut: Gedächtnistraining, Kochgruppe, Ausflüge ins Hallenbad oder auf einen Bauernhof. Vor allem aber träume sie von der Zukunft, sagt Frau C. «Ich möchte reisen. Ich möchte in eine WG ziehen. Ich möchte, dass man uns Menschen mit stationärer Massnahme wieder in die Gesellschaft integriert.»

Stationäre Massnahme: Die Gerichte sprechen sie aus, wenn eine Straftat im Zusammenhang mit einer psychischen Störung steht und die Täterin, der Täter deshalb als nicht schuldfähig gilt. Das Ziel ist dann die Behandlung der Störung. «Kleine Verwahrung» wird die strengste Form dieser Massnahme genannt. Denn: Wer ihr unterliegt, gilt als potenziell gefährlich. Bis sich das ändert, muss er oder sie versorgt bleiben.

In Bauma kommen stationär Versorgte wie Frau C. oder Herr B. in eine der geschlossenen Abteilungen. Weil sie sich bewährt habe, sich immer an die Regeln halte, erzählt Frau C., dürfe sie aber zu fixen Zeiten in die Cafeteria. Dann ist diese Zeit vorbei, Frau C. nimmt den Lift und fährt hoch zu ihrem Zimmer. An der Türe kleben Bilder von Istanbul, «Türkei» hat Frau C. darüber geschrieben. Dort möchte sie, wenn sie denn darf, als Erstes hin.

Zurück in der Cafeteria, kommt eine junge Frau auf uns zu, gekleidet in ein weites Plüschkleid, einen Stoffpinguin in der Hand. «Ich bin ein Universalgenie», sagt sie und fragt, ob wir sie hier nicht rausbringen können. Als wir verneinen, wird sie wütend und ruft: «Ihr glaubt auch nur, dass ich spinne!»

In der Psychiatrie findet seit zwanzig Jahren eine stille Revolution statt: Die Anzahl Langzeitpatienten sinkt dramatisch. Anfang der 2000er Jahre gab es in den Schweizer Psychiatrien noch rund 2000 Personen, die mehr als ein Jahr hospitalisiert waren. 2022 waren es weniger als 300. Fast ganz verschwunden sind in dieser Zeit jene, die länger als 15 Jahre in der Psychiatrie sind: 300 waren es 2002, heute sind es nicht einmal eine Handvoll. Das zeigt eine Auswertung der nationalen Krankenhausstatistik, die das Bundesamt für Statistik (BFS) für die NZZ vorgenommen hat. Bemerkenswert ist diese Entwicklung auch deshalb, weil der Trend bei den psychiatrischen Hospitalisierungen insgesamt in die umgekehrte Richtung zeigt: Sie steigen – von rund 50 000 im Jahr 2002 auf fast 90 000 zwanzig Jahre später.

Das Ziel der modernen Psychiatrie ist es, möglichst viele Patienten möglichst bald wieder in die Gesellschaft zu integrieren. Die Zeit der Anstalten, in denen psychisch Kranke als «Irre» eingesperrt und

vergessen wurden, ist vorbei. Ambulant vor stationär, lautet das Credo. Im Durchschnitt bleibt ein Patient heute 33 Tage in der Psychiatrie; vor 20 Jahren waren es 141 Tage.

Doch was ist mit denen, die draussen einfach nicht zurechtkommen? Die ein Leben lang intensive Unterstützung brauchen? Die Daten des BfS geben darauf keine Antwort. Bei rund zwei Dritteln der Langzeitpatienten heisst es unter Austrittsort: «unbekannt».

Für den Pflegeleiter Distler aus Bauma ist klar: «Bei der psychiatrischen Langzeitpflege sind wir unterversorgt. Wir erleben das täglich: Der Bedarf ist höher, als dass wir ihn erfüllen könnten. Ambulant vor stationär – für die meisten hier funktioniert das schlicht nicht.» Auch Erich Seifritz, Chefarzt Erwachsenenpsychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK), spricht von fehlenden Plätzen. Er sagt: «Man könnte ein zweites Heim wie jenes in Bauma aufstellen, und es wäre morgen voll.» Die Folge: «Systemsprenger» aus der ganzen Deutschschweiz landen zwar früher oder später hier – aber oft erst, nachdem etliche weniger geeignete Institutionen an ihnen gescheitert sind.

## Frau A. und ihre Narben

Auf der geschlossenen Frauenabteilung ist es still. Der Gang ist leer, der Aufenthaltsbereich auch. Glaswände reichen dort bis zum Boden, dahinter die Aussicht auf die Wiesen, Hügel und Dörfer im Tösstal. Die Sonne scheint, der Schnee glitzert. Aber es ist, als sähe Frau A. das alles nicht. Langsam läuft sie in den Raum und setzt sich auf ein weisses Sofa, ganz an den Rand, Füsse und Beine angewinkelt in Richtung Oberkörper. Als müsse sie sich ständig schützen vor der Welt um sie herum. Frau A. ist geschminkt, ihr Gesicht bleich, die Lippen rot. Auf ihrem Arm sind unzählige Narben, dünne bleiche Striche auf der Haut, einer neben dem anderen.

Vor gut einem Jahr ist sie nach Bauma gekommen. In der Psychiatrie, wo sie davor war, sei es gar nicht gut gegangen. Ein temporäres Setting, in dem sie aber mehrere Jahre festgehalten habe, bevor sie hierher habe kommen dürfen. «Jetzt geht es besser», sagt sie, «aber ich schaue immer noch manchmal nach oben.» «Nach oben schauen»: So nennt Frau A. ihre Anfälle. «Dann geht mein Kopf hoch, die Augen drehen sich nach innen», sagt sie. Sie ist überzeugt, dass die Anfälle von den Medikamenten kommen. Und doch sind sie auch immer am stärksten, wenn ihre Familie zu Besuch kommt.

Frau A. hat eine traumatische Jugend hinter sich. Ihr Geld, erzählt sie, musste sie sich mit etwas verdienen, von dem sie nicht will, dass es in der Zeitung genannt wird. In psychiatrische Behandlung kam sie, nachdem sie Passanten mit einem Messer bedroht hatte. Daran erinnern könne sie sich nicht, sagt sie. Man habe bei ihr dann Schizophrenie und eine Borderline-Störung diagnostiziert. Während sie erzählt, blickt Frau A. zur Seite, nach oben, auf den Boden, auf ihre Hände. Nur einmal blickt sie mich direkt an: als sie von den Tanzstunden erzählt, die sie hier nehmen kann, jeden Donnerstag. Was ist ihre Hoffnung für die Zukunft? «Ich weiss es nicht», sagt Frau A. Dann steht sie langsam auf und kehrt auf ihr Zimmer zurück.

Draussen im Gang, wo es zuvor komplett ruhig war, beginnt eine Frau zu schreien. Sie trägt Flipflops, ein langes Kleid und hat nasses Haar. Vornübergebeugt steht sie vor ihrer Türe. Der Zimmerschlüssel, den sie um den Hals gehängt hat, steckt im Schloss. «Scheissverdammte Türe», schreit sie, «nicht einmal die funktioniert.»

## Straftäter und Verwahrte

Was das Heim in Bauma speziell macht, ist seine Klientel. Es gibt die stationär Verwahrten. Es gibt Bewohner, die hier eine reguläre Freiheitsstrafe absitzen, weil sie für das Gefängnis zu pflegebedürftig sind. Es gibt jene, die freiwillig hier sind. Und die, die durch eine fürsorgerische Unterbringung eingewiesen wurden – eine zeitlich befristete Zwangseinweisung für Leute, die sich selbst und andere gefährden.

Diese Mischung aus strafrechtlich und zivilrechtlich Versorgten, aus freiwillig und unfreiwillig Eingewiesenen, zum Teil auf derselben Abteilung, ist aussergewöhnlich. Selbst die Nationale Kommission zur Verhütung von Folter, die dem Heim vergangenes Jahr einen Routinebesuch abstattete, war dem Vernehmen nach überrascht davon. Er kenne keine Einrichtung mit einer solchen Mischung, sagt der Pflegeleiter Distler. Wenn man sich im Justiz- und Psychiatriebereich umhört, tönt es ähnlich.

Das Heim, das zur privaten Töss-Gruppe gehört, finanziert sich ausschliesslich durch seine Pflegeleistungen. Das heisst: Es erhält keine direkten Subventionen, sondern wird pro Fall bezahlt – via Krankenkassen, Invalidenrenten oder Sozialhilfe der Bewohner. Im Fall der Leute aus dem Straf- und Massnahmenvollzug übernehmen in der Regel die Justizbehörden die Kosten.

Das scheint zu funktionieren: Das Heim ist im Jahr 2000 aus dem ehemaligen Spital Bauma entstanden. Seither wächst es, schreibt laut eigenen Angaben schwarze Zahlen und ist zum grössten Arbeitgeber der Gemeinde geworden. Mit rund 200 Mitarbeitenden – die meisten von ihnen Pflegefachpersonen – hat das Zentrum mehr als einen Angestellten pro Patient. Es profitiert davon, dass es eine Lücke in der psychiatrischen Versorgung füllt.

Die Betreiberin des Heims betont allerdings, es gehe ihr nicht primär um Profit, sondern um einen funktionierenden Betrieb und das Wohl der Bewohnerschaft. Dividenden seien seit Jahren keine mehr ausbezahlt, die Gewinne stattdessen reinvestiert worden. Alfred Weidmann, Geschäftsleitungsmitglied der Töss-Gruppe und ausgebildeter Pfarrer, sagt: «Wir wollen kein Wachstum um jeden Preis. Wir wollen ein Zuhause sein.»

## Frau M. und ihre Trauer

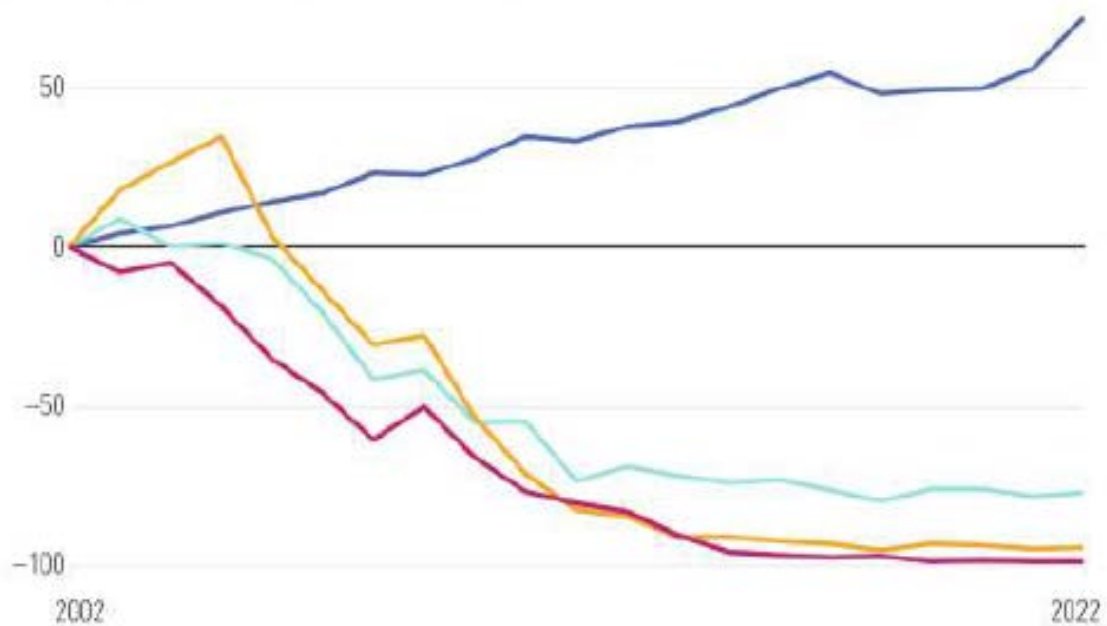
Alles ist farbig im Zimmer von Frau M. Ihr Pulli, der Kissenbezug, die Spitzendecken, ihr Teddybär. Tritt sie ein, dreht sie als Erstes das Radio auf, Volksmusik aus dem Balkan. Frau M. wippt dazu und lacht. Ein rundes Gesicht, pausbäckig, das strahlt und einen Moment später erlischt. Frau M. erzählt von ihren Eltern, die gestorben sind. Ihre kleinen Hände zittern, sie schluchzt, weint. Ihr Vater, sagt sie, sei so ein guter Koch gewesen. Er sei zur Arbeit in die Schweiz gekommen. Dank ihm habe sie eine IV, er habe zu ihr geschaut. Ihre Mutter starb, als sie jung war, er erst kürzlich. Frau M. ist 43 und weint um ihren Vater, als sei sie noch ein Kind.

Frau M. lebt in Bauma auf einer offenen Abteilung in einem ehemaligen Spitalzimmer. Das teilt sie sich mit einer alten Frau, die manchmal laut sei und schreie. «Aber ich habe gelernt, mich daran zu gewöhnen, ihr nicht die Schuld zu geben», sagt Frau M. «Seit drei Jahren bin ich hier», sagt sie. Frau M. arbeitet in der Wäscherei des Heims, hilft jeden Montag beim Putzen und hat einen Freund. Der wohne in einer WG für psychisch Kranke und komme sie jede Woche besuchen. Und, sagt Frau M.: «Ich trinke nicht mehr!» Pause. «Dafür esse ich viel Chips.» Wenn sie sich etwas wünsche, dann, irgendwann wieder für sich selbst kochen zu können. Gefüllte Peperoni, ihr Lieblingsessen, nach dem Rezept ihres Vaters. Dass sie hier je wieder weggeht: Das glaubt sie nicht.

## Radikaler Wandel in der Psychiatrie: weniger Langzeitpatienten, mehr kurze Aufenthalte

Veränderung der Anzahl Patienten in Schweizer Psychiatrien, nach Aufenthaltsdauer (in Prozent)

➤ < 1 Jahr   ➤ 1-4 Jahre   ➤ 5-14 Jahre   ➤ 15+ Jahre



Liegen die Fallzahlen in einer Kategorie unter vier, weist das BFS sie aus Datenschutzgründen nicht exakt aus. Für diese Fälle (Total sechs Datenpunkte) wurde zwecks klarerer Darstellung ein Wert von drei angenommen.

QUIFIRE BFS

N77 / 2021



Herr B. in seinem Zimmer – Coca-Cola und Zigaretten sind die meistverkauften Artikel beim hauseigenen Kiosk.



An der Türe kleben Bilder von Istanbul. In die Türkei möchte Frau C. als Erstes, wenn sie denn darf.



«Ich habe gelernt, mich daran zu gewöhnen», sagt Frau M.



Der Neubau des Pflegezentrums Bauma neben der Töss



# Durch alle Maschen gefallen

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Es gibt Menschen, für die die Psychiatrie nichts mehr tun kann. Bei ihnen wirken keine Therapien, oft sind sie suchtkrank, oder sie werden verwahrt, weil sie eine Gefahr für die Gesellschaft sind. Das Pflegezentrum in Bauma im Zürcher Oberland ist ein einzigartiger Ort für diese Menschen, die durch die Maschen der psychiatrischen Versorgung gefallen sind. Die meisten kommen hier nicht mehr weg.



# 50'000 Betagte im Altersheim erhalten einen Medikamenten-Cocktail

 SonntagsZeitung | 07.04.2024

Bund warnt vor Polymedikation Erstmals zeigen nationale Daten, welche Heime besonders viele Arzneimittel verabreichen. Liegt das am Pflegenotstand? Oder an den Ärzten? Wir haben drei auffällige Adressen besucht.

**Roland Gamp, Catherine Boss und Patrick Oberli**

Tamsulosin, Dafalgan, Lithiofor. Die persönliche Medikamentenbox des Seniors ist gut gefüllt mit Arzneimitteln. «Er braucht etwas für den Magen, etwas gegen die Schmerzen, etwas wegen Blutdruck und Prostataleiden», sagt Silvia Gangl. «Da kommt schnell viel zusammen.»

Die Leiterin des Basler Altersheims St. Elisabethen verweist auf eine Gruppe von Seniorinnen, die bei Kaffee und Spiel sitzen. «Einige Menschen hier könnten überhaupt nicht an einem sozialen Leben teilnehmen ohne gezielte Medikamententherapie», sagt sie. «Die gesundheitliche Situation von Hochbetagten ist sehr komplex.» Deshalb brauche es eine allumfassende Sicht auf ihre Beschwerden. «Das bedingt unter anderem auch eine ganz individuelle Medikation.»

Wie viele Arzneimittel genau zum Einsatz kommen, zeigen detaillierte Daten des Bundesamts für Gesundheit (BAG), die erstmals öffentlich zugänglich sind. Sie belegen, dass die sogenannte Polymedikation in Schweizer Altersheimen weit verbreitet ist. Im Durchschnitt erhalten 43 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner neun verschiedene Wirkstoffe oder mehr. Das sind hochgerechnet ungefähr 50'000 Betagte in der Langzeitpflege.

## Im Tessin fast die Hälfte, im Glarus nur ein Drittel

Korrekt eingesetzt lindern Medikamente verschiedenste Leiden oder retten gar Leben. Ein unübersichtlicher Cocktail birgt jedoch Gefahren. Der Bund warnt in einem Faktenblatt vor der Polypharmazie. Sie erhöhe das Risiko von unerwünschten Ereignissen, unsachgemässer Anwendung, Verwechslungen und schlechter Therapietreue. «Mit jedem zusätzlichen Medikament steigt das Risiko einer Verschlechterung der kognitiven Funktion, einer Hospitalisierung und der Mortalität.»

Die kantonalen Unterschiede sind gross. So erhielt in Altersheimen im Tessin, in Freiburg oder Basel-Stadt im Erhebungsjahr 2021 im Schnitt fast die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner neun Medikamente oder mehr. Im Glarus oder in Appenzell Innerrhoden war es nur rund ein Drittel der alten Menschen. Noch grössere Unterschiede gab es von Heim zu Heim. Einmal waren weniger als 12 Prozent der Betagten von einer Polymedikation betroffen, ein andermal fast 75 Prozent.

Silvia Gangl schüttelt den Kopf. «Ich kann mir die Zahlen von 2021 nicht erklären, wir sind deshalb in Kontakt mit dem Bundesamt für Statistik», sagt die Leiterin des St. Elisabethen. Die Zahl der Bewohner mit einer Polymedikation lag dort bei rund 70 Prozent. «Wir haben in der Vergangenheit Projekte durchgeführt,

mit dem Versuch, die Quote zu senken.» Es zeige sich aber immer wieder, dass die Bewohnerinnen und Bewohner auf gewisse Arzneimittel bestünden. «Sie sind in der Regel mündig, und die Entscheidung liegt am Ende bei ihnen.» Folgen wegen Wechselwirkungen habe sie seltenst erlebt, sagt die Heimleiterin, «die Apotheke kontrolliert ja etwaige Kontraindikationen».

Über die grossen Unterschiede zu anderen Heimen könne sie nur spekulieren, sagt Gangl. «Vielleicht haben wir in der Stadt generell mehr Medikamente als auf dem Land. Und Basel ist der Pharma natürlich nahe.» Viel wichtiger als die Rolle der Pflegenden sei jene der Ärztinnen und Ärzte. «Sie entscheiden, was in welcher Menge verschrieben wird. Deshalb muss man die Gründe für die Polymedikation bei der Ärzteschaft suchen.» Die Pflegenden seien ausschliesslich in einer beratenden Funktion.

## Wenn die Zeit fehlt für den Besuch im Heim

Max Giger sieht das ähnlich. Er war über 20 Jahre lang im Vorstand des Berufsverbands der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. «Ich spreche nicht gerne von Schuld, lieber von Verantwortung», sagt der pensionierte Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie. «Und bei der Polypharmazie sehe ich viel eher die Ärzteschaft in der Verantwortung als die Pflegefachpersonen.»

Giger hat die Problematik bereits vor zwei Jahren an einer spezifischen Medikamentengruppe untersucht: den Neuroleptika. Eigentlich sind diese für Menschen mit psychotischen Krankheiten wie der Schizophrenie vorgesehen. Allerdings zeigte die Erhebung in 619 Pflegeheimen, dass sie bei 37 Prozent der Bewohnenden eingesetzt wurden, die nicht daran litten. «Das ist tragisch», sagt Giger. «Neuroleptika stumpfen diese älteren Menschen ab. Sie werden emotionslos und können keine Freude mehr empfinden.»

**«Neuroleptika stumpfen diese älteren Menschen ab. Sie können keine Freude mehr empfinden.» - Max Giger, Pensionierter Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie**

Oft fehle der Ärzteschaft das geriatrische Fachwissen, so Giger. «Die Altersmedizin kommt in der Aus- und Weiterbildung leider zu kurz.» Dabei habe gerade die Medikation älterer Menschen viele Eigenheiten. «Die Nierenfunktion zum Beispiel ist im Alter oft eingeschränkt, so werden viele Wirkstoffe verlangsamt ausgeschieden und erreichen zu hohe Konzentrationen im Blut», erklärt Giger. «Eigentlich würde deshalb oft schon ein Viertel der Tablette reichen. Trotzdem wird die ganze verschrieben.»

Einmal verordnet, gebe es kaum noch Korrekturen. Dies führe zu Polypharmazie und ärztlich bedingten unerwünschten Folgen wie Stürzen, notfallmässigen Spitaleinweisungen oder gar Todesfällen, sagt der pensionierte Arzt. «Denn für die laufende Überprüfung der Medikation im Heim, so wie es für die Patientensicherheit nötig wäre, fehlen bei Ärztinnen und Ärzten oft Motivation und Zeit.»

Dem Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte ist die Vermeidung einer Polypharmazie «ein wichtiges Ziel», wie Präsidentin Yvonne Gilli sagt. «Es ist aber auch bei sorgfältiger Betreuung nicht einfach zu erreichen. Ungefähr ein Viertel der Patienten möchte keines der Medikamente absetzen.»

Man habe mit anderen Institutionen wie der Stiftung Patientensicherheit Schweiz oder den universitären Instituten für Hausarztmedizin schon viel Sensibilisierungsarbeit geleistet für die Altersmedizin, so Gilli. Problematisch sei jedoch die Finanzierung solcher Leistungen: «Ärztinnen und Ärzte müssen mit einem völlig veralteten Tarif arbeiten, der seit 2004 nicht mehr angepasst worden ist.» Der Besuch vor Ort, um eine Medikation zu überprüfen, werde mit diesem Tarif nicht mehr zeitgemäss abgegolten.

**«Dafür reicht der Tarif schlichtweg nicht»**



Was das in der Praxis bedeuten kann, verdeutlicht eine Studie der Universität Basel. Die Forscherinnen untersuchten die Situation in mehr als 80 Heimen. Laut der Publikation von 2021 wurde die Medikation im Schnitt 2,4-mal pro Jahr überwacht. Nur die Hälfte der befragten Abteilungsleitungen gab aber an, «dass ihre Abteilung Prozesse eingerichtet hat, um die Anzahl Medikamente pro Bewohner/-in zu überwachen und anzupassen». Die Medikationsüberprüfung finde reaktiv statt, schreiben die Autorinnen, «wenn ein Problem auftritt - und nicht präventiv oder laufend, um das Auftreten eines potenziellen Problems zu vermeiden».

Co-Autorin Franziska Zúñiga fordert ein besseres Zusammenspiel. «Es braucht einen guten Austausch zwischen Ärzteschaft, Pharmazeuten und Pflegenden», sagt die Professorin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel. «Die Pflegenden sind quasi die Augen und Ohren vor Ort. Sie beobachten im Alltag, ob Bewohnende Nebenwirkungen haben, trotz Schmerzmitteln über Schmerzen klagen oder die Tabletten überhaupt einnehmen.» Diese Infos müssen weiter an den Arzt oder die Ärztin. «Dann gilt es, gemeinsam vor Ort zu schauen, ob es eine Übermedikation gibt und ob man gewisse Medikamente absetzen kann», sagt Zúñiga.

Die Statistik des Bundes zeigt, dass die Anzahl der Angestellten kaum einen Einfluss hat auf die Polymedikation. In Heimen mit vielen Pflegerinnen und Pflegern werden nicht weniger Medikamente verschrieben. Tendenziell ist aus den Daten sogar eher das Gegenteil abzulesen.

Franziska Zúñiga bestätigt, dass das geriatrische Fachwissen oft fehle. Nicht nur bei der Ärzteschaft, sondern auch bei den Pflegenden. «Der Fachkräftemangel verstärkt das leider. Natürlich braucht es mehr Personal. Doch es braucht auch Pflegende, die spezifische Kenntnisse zur Pharmazie bei älteren Menschen haben.» Den Ärzten wiederum fehle tatsächlich die Zeit, sagt die Professorin. «Die Erwartung ist, dass sie regelmässig im Heim vorbeigehen, um die Medikation zu überprüfen. Aber der Tarif reicht schlichtweg nicht, um neben den anderen Tätigkeiten auch eine regelmässige Überprüfung der Medikation abzurechnen.»

Einzelne Kantone haben spezifische Systeme zur Verbesserung eingeführt. So finden im Kanton Waadt seit 2017 in allen Heimen «interprofessionelle Qualitätszirkel» statt, bei denen sich Ärztinnen, Pharmazeuten und Pflegende die Medikationen gemeinsam anschauen. Entschädigt werden sie direkt vom Kanton. Knapp 1,6 Millionen Franken fallen dafür laut einem Bericht des Staatsrats pro Jahr an. Die eingesparten Medikamentenkosten machten dies aber mehr als wett. Und die Qualität der Pflege habe sich «signifikant verbessert». Das spiegelt sich auch in den Daten: Der Kanton Waadt hat landesweit mit nur 36 Prozent eine der niedrigsten Quoten an Polymedikation.

## «Die meisten Bewohner werden wacher»

Auf der Liste des BAG gibt es auch Heime in der Deutschschweiz mit wenig Polymedikation. Die tiefste Quote der gesamten Schweiz mit nicht einmal 12 Prozent hat das Alterszentrum im Geeren in Seuzach ZH. Dort bestätigen sich die Erfahrungen im Kanton Waadt und die Empfehlungen der Expertinnen.

Im Geeren arbeiten zwei auf Geriatrie spezialisierte Ärzte und eine Palliativmedizinerin, alle drei im Teilzeitpensum. Sie kennen die Bewohnerinnen und Bewohner zum Teil seit Jahren. «Das ist die ideale Kombination», sagt die Leiterin Pflege und Betreuung, Sandra Wild. Sie arbeitet seit 40 Jahren im Beruf, seit zehn Jahren im Geeren. Die ständige Begleitung durch spezialisierte Ärztinnen und Ärzte, die auch wirklich Zeit hätten für die Kontrolle der Medikamente, sei zentral, denn man müsse bei fast allen neuen Bewohnerinnen Medikamente absetzen.

«Wenn die alten Leute zu uns kommen, nachdem sie zu Hause gelebt haben, bringen sie einen ganzen Sack voll Medikamente mit», sagt Wild. Denn der Hausarzt hat ihnen ein Mittel verordnet - der Augenarzt, der Hautarzt und der Herzspezialist ebenso. Und keiner weiss so genau, was der andere Spezialist verschrieben hat.

## «Mit weniger Medikamenten werden die Meisten wacher, fühlen sich wohler. Schmerzen treten in den Hintergrund.» - Sandra Wild, Leiterin Pflege und Betreuung Alterszentrum im Geeren in Seuzach ZH

«Wenn sie mit diesem Sack kommen, reden wir zuerst mit ihnen und den Angehörigen über ihre Ziele», sagt Wild. «Wo liegt das Problem? Haben sie Schmerzen? Oder möchten sie wieder besser gehen können? Darauf passen wir dann die Medikamente an und setzen den Rest Schritt für Schritt ab.» Immer, wenn ein neues Medikament nötig sei, werde explizit geklärt, ob ein anderes abgesetzt werden könne. Die Folge: «Die meisten Bewohnerinnen und Bewohner werden wacher, sie fühlen sich wohler, und offenbar treten die Schmerzen in den Hintergrund, weil die Lebensqualität steigt.»

Für Reto Engi, Geschäftsleiter im Geeren, ist zudem ein gutes Arbeitsklima zentral. Sie hätten einige langjährige Mitarbeitende und eingespielte Teams. Das sei das Fundament für gute Beziehungen zu den Seniorinnen und Senioren. «Eines der besten Medikamente ist letztendlich auch die Zeit und Wertschätzung für die Bewohnenden», sagt Engi.

## Die Hand ins Weihwasser - für einen guten Schlaf

Vergleichsweise wenige Medikamente erhalten auch die Betagten im Pflegeheim Schönbühl in Schaffhausen. Geschäftsleiter Marcus Pohl betont auch eine intensive Beziehungsarbeit zu den Bewohnerinnen und Bewohnern. Das bedeutet bei ihnen viele Gespräche, vielleicht auch einmal ein Glas Wein zusammen oder eine Glace im Sommer. Pohl erzählt von einer dementen Frau, die einfach nicht schlafen konnte. Baldriantropfen halfen ebenso wenig wie später stärkere Schlafmittel. «Dann fanden wir heraus, dass sie zu Hause jeweils jeden Abend vor dem Zubettgehen ihre Hand ins Weihwasser hielt. Das war ihr Ritual. Als wir ihr das hier auch ermöglichten, schlief sie bestens», erinnert sich der Sozialpädagoge und Pflegefachmann.

Weshalb andere Heime auf so viel mehr Polymedikation kommen? Höhere oder tiefere Werte lassen sich laut Curaviva, dem Branchenverband der Dienstleister für Menschen im Alter, erst dann einordnen, wenn für die Heime Daten über mehrere Jahre vorliegen. Die medizinischen Indikatoren seien ein wichtiges Instrument zur Qualitätsentwicklung und zur Transparenz, sagt die Geschäftsführerin Christina Zweifel. Sie würden gewisse Aspekte herausheben, könnten aber nicht die Gesamtqualität einer Institution aufzeigen. Jene Heime, deren Ergebnisse bei der Polymedikation stark vom kantonalen Mittel abwichen, seien zusammen mit den zuständigen Ärzten und Ärztinnen gefordert, «mögliche Gründe für diese Abweichung zu untersuchen», sagt Zweifel.

Auch Silvia Gangl vom St. Elisabethen will nun weitere, aktuellere Zahlen abwarten als jene von 2021. «Viel wichtiger als die Daten sind für uns die Fakten vor Ort», sagt die Heimleiterin. Wieder verweist sie auf die Gruppe von Bewohnerinnen, die beim Kaffee sitzen. «Wie man hier sieht, stimmt das Bild sicher nicht, dass unsere Senioren nur noch sediert im Stuhl hängen wegen vieler Medikamente.»

## 1668 Medikamenten-Unfälle

Wie oft Pharmazeutika zum Problem werden, weiss man beim Giftnotruf Tox Info Suisse. Die Anlaufstelle hat 3802 Fälle der letzten zehn Jahre ausgewertet, bei denen das Alter der Betroffenen bei über 80 Jahren lag. Fast bei jeder zweiten Meldung ging es um einen Unfall mit Medikamenten, also zum Beispiel um eine Verwechslung eines Arzneimittels oder um die falsche Dosis. Wie oft Heime und wie oft Betagte zu Hause betroffen sind, lässt sich nicht aus der Statistik ablesen.

Besonders kritisch sind laut dem wissenschaftlichen Leiter, Professor Alexander Jetter, sogenannte Schnittstellen, «also zum Beispiel, wenn ein Patient aus dem Spital in eine Reha oder ein Heim oder auch nach Hause übertritt und dort eine komplexe Medikation weitergeführt werden muss». Gingen dabei Informationen verloren, so könne es zu gefährlichen Situationen kommen. «Wir haben jedes Jahr einige Fälle, bei denen aus solchen Gründen betagte Patientinnen und Patienten hospitalisiert werden müssen.»

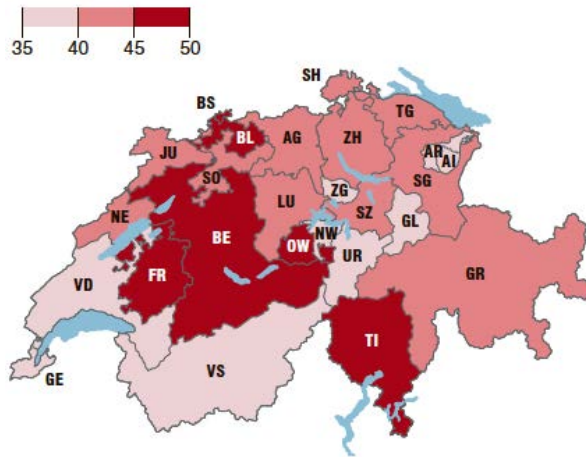
Auch bei der Unabhängigen Beschwerdestelle für das Alter erhält man Anfragen zur Polymedikation in Institutionen und im häuslichen Bereich. «Das grösste Risiko liegt vermutlich bei Betagten, die zu Hause leben», sagt Geschäftsleiterin Ruth Mettler Ernst. «Dort gibt es im Vergleich zu den Altersheimen zu wenig geschulte Augen, die genau hinschauen.» Es sei daher wichtig, dass auch Angehörige die Medikation prüften. «Und dass man sich traut, beim Hausarzt nachzufragen, wenn Betagte nicht mehr wissen, weshalb sie die Medikamente einnehmen.»

## Wie die Daten entstanden sind

Jedes Altersheim in der Schweiz muss dem Bund verschiedene Kennzahlen rapportieren. Die Zahl der Mitarbeitenden wird jährlich gemeldet, aber auch die Belegungsquote oder das Betriebsergebnis. Diese Statistik wurde nun um verschiedene Faktoren ergänzt. Neu ist auch ersichtlich, welches Heim wie oft Bettgitter einsetzt, wo es häufig zur Mangelernährung oder zur Polymedikation kommt. Letztere wird definiert als Anteil der Bewohner, der in der letzten Woche neun Wirkstoffe oder mehr eingenommen hat. Im Februar hat der Bund die Statistik erstmals auf Ebene der einzelnen Heime publiziert. Erhoben wurden die Daten im Jahr 2021 in rund 1300 Institutionen. Die Zahlen wurden auf Stufe der Heime risikoadjustiert. Das heisst, dass statistisch berücksichtigt wurde, ob eine Institution besonders alte oder besonders pflegebedürftige Menschen beherbergt. Laut Bundesamt für Gesundheit geben die Daten somit Auskunft über einzelne medizinische Qualitätsindikatoren. Aussagen über die Gesamtqualität eines Heims seien aber nicht möglich.

## So gross sind die regionalen Unterschiede

Quote der Bewohnerinnen und Bewohner in Altersheimen mit einer Polymedikation (neun oder mehr Wirkstoffe), in Prozent



Die Daten wurden 2021 in über 1300 Alters- und Pflegeheimen erhoben.  
Grafik: rog, db / Quelle: BAG



Mit jedem zusätzlichen Wirkstoff steigen gemäss Bund die Risiken: Eine Pflegerin sortiert die Medikamente für einen Betagten.  
Fotos: Gaëtan Bally (Keystone), Jonathan Labusch

# Pillen-Cocktail für 50'000 Betagte im Altersheim

Seitenzahl  
1

Seitenzahl  
Titelseitenanriss

Pflege - Die farbigen Medikamentenboxen sind fester Bestandteil im Leben vieler betagter Leute. Korrekt eingesetzt, lindern Arzneimittel verschiedenste Leiden oder retten gar Leben. Doch nun zeigen Zahlen des Bundesamtes für Gesundheit erstmals, wie viele Medikamente den alten Leuten in den Heimen verabreicht werden. Im Durchschnitt erhalten 43 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner neun Wirkstoffe oder mehr. Das sind hochgerechnet ungefähr 50'000 Betagte in der Langzeitpflege. Besonders viele Wirkstoffe erhalten sie in den Kantonen Freiburg und Tessin. Deutlich weniger sind es in Glarus und Appenzell Innerrhoden. Oft fehle das geriatrische Fachwissen, sagt Franziska Zúñiga, Professorin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel.