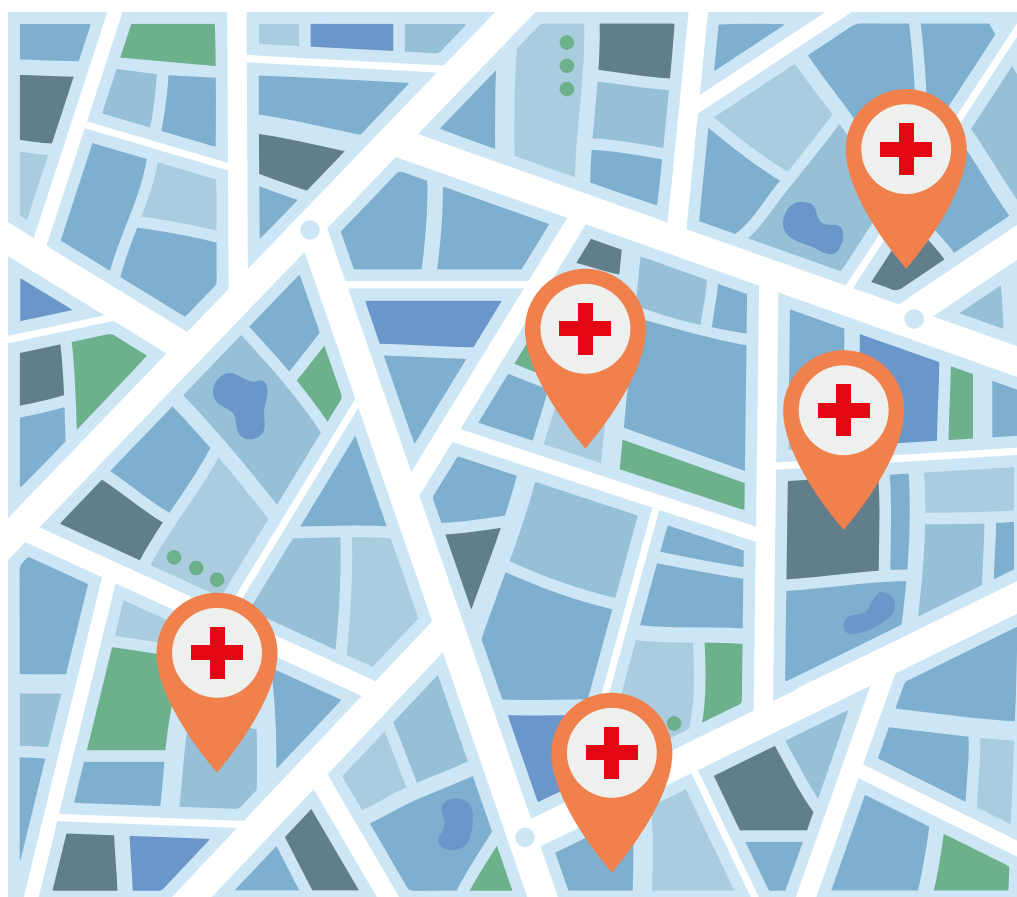


Raus aus der Dunkelkammer,
rein in Gesundheitsregionen! Seite 4

Warum Spitalpolitik sich mit
Regionalpolitik reimt Seite 8



Dichtestress

Im Fokus: Die Spitallandschaft in der Schweiz

Ulrich Güller

Wenn Mortalität absehbar ist

«Es gibt in der wissenschaftlichen Literatur weit über hundert methodisch sauber konzipierte und durchgeführte Studien inklusive systematische Reviews und Meta-Analysen, welche unmissverständlich die Assoziation von kleiner Fallzahl und hoher postoperativer Mortalität nach komplexen viszeralchirurgischen Eingriffen demonstrieren.»

Chefarzt Onkologie Spital Thun,
Schweizerische Ärztezeitung, 9.5.2018

Bernhard Pulver

Ungesundes Einbahnsystem

«Das System erlaubt nichts anderes als eine Mengenausweitung.»

Präsident der Inselgruppe,
Der Bund, 10.7.2020

Stefan Millius

Ignoranz pur

«Dass man die Gesundheitsversorgung in funktionalen Räumen statt in Kantonsgrenzen denken muss, haben kluge Köpfe schon vor 20 Jahren und mehr gesagt. Was wurde getan? Es wurde ignoriert – und der Status quo bewahrt.»

Chefredaktor
Die Ostschweiz, 26.2.2020

gfs.bern

Nähe? Unwichtig!

«Qualität bleibt klar das wichtigste und räumliche Nähe das unwichtigste Kriterium beim Entscheid für ein Spital oder eine Klinik.»

H+ Spital- und Klinik-Barometer, 2019

Urs P. Gasche

Achtung, Gefahr!

«Diese 66 Spitäler gefährden Patientinnen.»

Infosperber, 25.7.2020



Folgen Sie uns auf Twitter:
twitter.com/CSSPolitik



Markus Bapst ist Verwaltungsrat der CSS Versicherung.

Politischer Wille!

Inhaltsverzeichnis

- 4 **Die Spitallandschaft in der Schweiz**
Raus aus der Dunkelkammer, rein in Gesundheitsregionen!
- 7 **Standpunkt**
Es braucht ein Beschwerderecht
- 8 **Hintergrund**
Warum Spitalpolitik sich mit Regionalpolitik reimt
- 10 **Praxis**
«Wie viel sind wir bereit, für Qualität zu bezahlen?»
- 12 **Im Gespräch**
«Als Ökonom verzweifle ich manchmal»
- 16 **Die andere Sicht**
Zur Freude aller Fahrgäste
- 17 **Persönlich**
«Die optimale Spitalversorgung? Vernetzt, überkantonal und effizient»
- 18 **Santé!**
Interessenkonflikte in der Ausweglosigkeit
- 19 **Wissenschaft**
Spitalplanung für mehr Patientennutzen

Spitäler sind unerlässliche Leistungserbringer in der Schweizer Gesundheitslandschaft. Das ist unbestritten. Höchst umstritten ist jedoch, wo die Spitäler stehen und vor allem, welche Leistungen sie erbringen sollen. Das zeigen die Diskussionen, die seit Jahren um die Anzahl Spitäler in der Schweiz geführt werden, exemplarisch auf. Auf dem Reissbrett wüsste man sehr wohl, wie die Schweizer Spitallandschaft sinnvollerweise auszugestalten wäre. Nämlich über Kantonsgrenzen hinweg, mit klar definierten medizinischen Zuständigkeiten. Und vor allem ohne Scheu, auch unpopuläre Massnahmen ins Auge zu fassen.

Doch begibt man sich vom Reissbrett weg hinein in die konkrete Umsetzung, werden die Pläne rasch wieder zur Makulatur. Kantonsgrenzen werden in den meisten Fällen wieder unüberwindbar. Über medizinische Zuständigkeiten spricht man lieber nicht. Und die Scheuklappen werden plötzlich wieder ganz eng angelegt. Da spielt sicher auch die irrationale Vorstellung vieler mit, dass ein Spital direkt vor der Haustür in jedem Fall besser ist als eine Klinik, die weiter weg ist, die aber für das vorliegende gesundheitliche Problem viel besser geeignet wäre.

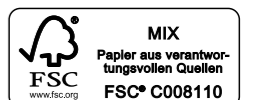
Hier braucht es den politischen Willen, das Wissen vom Reissbrett endlich in die Tat umzusetzen: dass Spitzenmedizin in erster Linie an die Unispitäler gehört, die Spezialisierung auch an den anderen grossen Kliniken vorangetrieben wird und kleinere Spitäler in den Kantonen durchaus eine Daseinsberechtigung haben können. Zum Beispiel in der nachgelagerten Pflege und der Rehabilitation.



Die Beiträge finden Sie auch online unter dialog.css.ch

Impressum

Erscheint dreimal jährlich in deutscher und französischer Sprache. Herausgeber: CSS Versicherung, Tribchenstrasse 21, CH-6002 Luzern, E-Mail: dialog@css.ch, Internet: www.css.ch, Chefredaktion: Bettina Vogel, Roland Hügi; Redaktionelle Mitarbeit, Produktion und Grafik: Infel AG | Redaktionelle Mitarbeit: Manuela Specker | Infografik: Pia Bublies | Bildnachweise: Désirée Good, Alessandro Crinari/TI-Pres, Thomas Eugster, Béatrice Devènes, ilbusca/iStock, Westend61/Gettyimages | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Druck: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg. Diese Publikation wird vollständig aus Mitteln aus dem Zusatzversicherungsgeschäft (VVG) finanziert.



Die Schweiz verfügt über enorm viele Spitäler. Eine hohe Spitaldichte verspricht jedoch nicht automatisch eine hohe Qualität. Wollen wir die bestmögliche Qualität, braucht es Gesundheitsregionen und Mindestfallzahlen.

Von Daniel Scheidegger

Raus aus der Dunkelkammer, rein in Gesundheitsregionen!

Die Schweiz verfügt über eine sehr hohe Spitaldichte. So weit, so schlecht. Denn wenn weiterhin die meisten Spitäler dasselbe anbieten – von der Blinddarm- bis hin zur Herzoperation –, leidet die Qualität.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) betonte deshalb im Positionspapier zur nachhaltigen Entwicklung des Gesundheitssystems (2019): Nur wenn sich die Kantone zu – wenigen – Gesundheitsregionen zusammenschliessen und konsequent Mindestfallzahlen definieren, kann die bestmögliche Qualität erzielt werden.

Die ideale Gesundheitsregion

Doch wie müsste eine solche Region aussehen, um die Qualitätsziele zu erreichen? Idealerweise wohnen in jeder Region 1,5 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner, und sie verfügt über ein grosses Zentrums-

spital, vorzugsweise eine Universitätsklinik. Die wohnortsnahen Regionalspitäler oder Gesundheitszentren nehmen die häufig vorkommenden Behandlungen und alltäglichen Eingriffe wie Gallenblaseoperationen oder Abklärungen für Herzbeschwerden vor. Für spezialisierte Eingriffe, die selten vorkommen und ein spezifisches Know-how erfordern – etwa Bauchspeicheldrüsenkrebs –, sind die Zentrums-spitäler zuständig. Dermassen ausgestaltet, können in jeder Region sämtliche Behandlungen erbracht werden, von einfachen Eingriffen bis hin zur hochspezialisierten Medizin. Innerhalb einer Gesundheitsregion soll jedoch nicht bloss die Akutmedizin angeboten werden. Auch Alterspflege, Spitex sowie psychiatrische Dienste werden in die Gesamt-

planung einbezogen. Bei sehr seltenen Erkrankungen sind eine nationale Koordination oder sogar eine Zusammenarbeit mit dem Ausland wünschenswert. Was die Distanzen anbelangt: Die Schweiz ist dermassen kleinräumig, dass ein Zentrumsspital – und damit eine bestmögliche Behandlung – nie mehr als eine Stunde entfernt liegt. Im Vergleich mit dem Ausland, zum Beispiel England oder Schweden, eine sehr komfortable Ausgangslage.

Fünf bis sechs Regionen

Die Schweiz zählt derzeit knapp 9 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner. Auf das Prinzip der Gesundheitsregionen umgerechnet, braucht es zwischen fünf und sechs solcher regionalen Zusammenschlüsse. So könnte zum Beispiel der Grossraum Zürich eine Region bilden, das ganze Mittelland oder die Westschweiz zwei weitere. Das Tessin müsste sich entscheiden, welcher Region es sich anschliessen möchte; viele Behandlungen könnten zwar innerhalb des Kantons angeboten werden, für spezifische Behandlungen wären jedoch Zugreisen und im Notfall Flug- oder Ambulanztransporte in die entsprechende Zentrums-klinik notwendig.

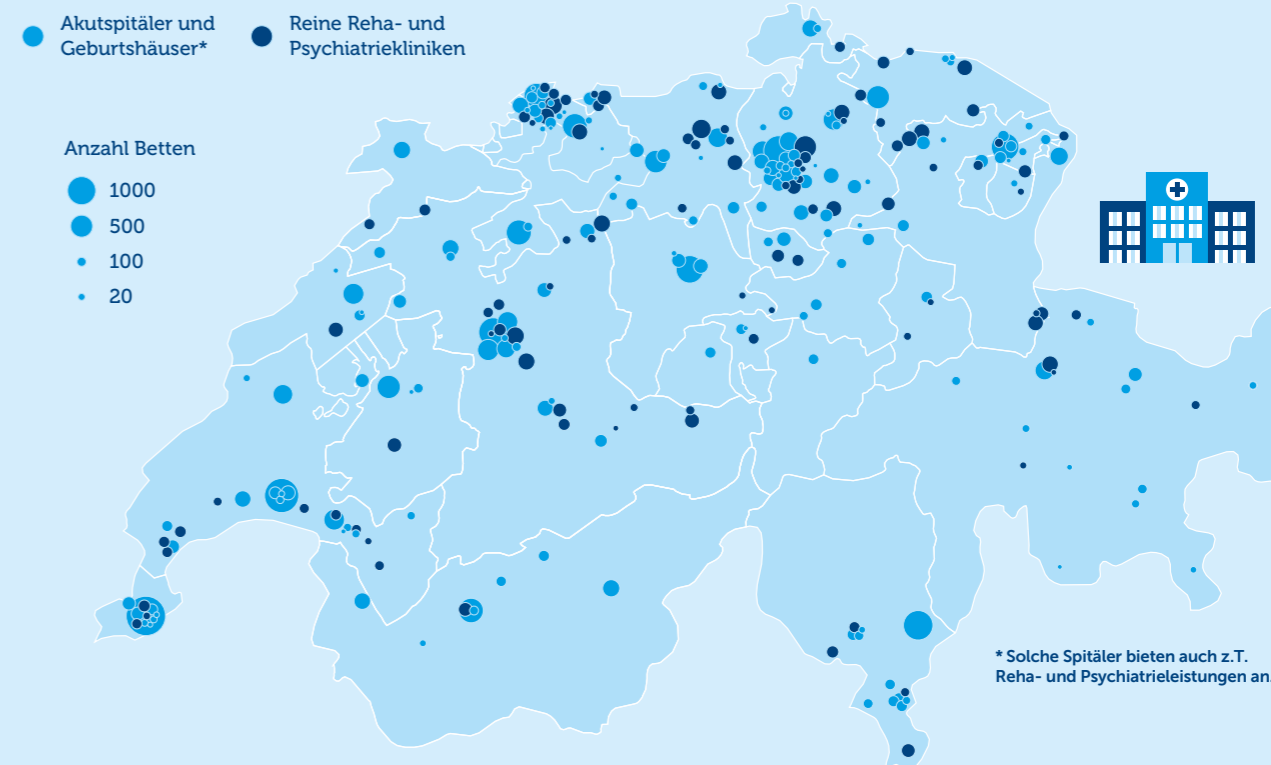
Eine zentrale Frage ist auch, wie viele Spitäler eine Gesundheitsregion umfassen müsste, um die notwendige Versorgung sicherzustellen. Grundsätzlich hängt die Anzahl von der Grösse und Geografie der jeweiligen Gesundheitsregion ab. Die für die Berechnungen benötigten Zahlen sind bereits heute vorhanden: Es ist bekannt, wie viele Personen in welchen Kantonen welche Krankheiten haben. Diese Zahlen kann man auf die ganze Gesundheitsregion hochrechnen. Zusätzlich wäre der Trend «ambulant vor stationär» miteinzuberechnen, wo sich in den kommenden Jahren noch vieles ändern dürfte. Anders als heute findet die Nachkontrolle im Gesundheitszentrum statt. Das Spital soll nicht wie heute den Anreiz haben, die Patienten zu behalten.

In Kürze

- Gesundheitsregionen erhöhen die Fallzahlen pro Behandlungsteam und somit die Qualität.
- Wohnortnahe Regionalspitäler übernehmen die häufig vorkommenden Behandlungen und Zentrums-spitäler die spezialisierten Eingriffe. Die Leistungsaufträge wären klar zugeteilt.
- Eine konsequente Messung der Outcome-Qualität wäre nötig.

Spitallandschaft Schweiz

288 Akutspitäler, Reha- und Psychiatriekliniken¹



Grösse der Allgemeinspitäler* und Bettenbelegungsgrad²

Gemäss Preisüberwacher³ liegt der normative Auslastungsschwellenwert für Spitäler mit einer Notfallstation bei 85%, bei Spitälern ohne Notfallstation bei 90%. Bei einer durchschnittlichen Bettenbelegung unterhalb dieser Werte bestehen Überkapazitäten.

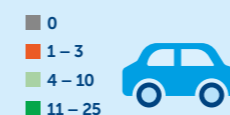
	<50 Betten	50–100	101–200	201–500	>500	Gesamt
Anzahl Spitäler	21	19	30	23	9	102
Bettenbelegung in Prozent (Median)	75,9	78,6	79,6	83,3	82,9	79,9

* Grund- und Zentrumsversorgung ohne Spezialkliniken wie Chirurgie etc. sowie ohne Reha- und Psychiatriekliniken

Distanz zum Spital⁴

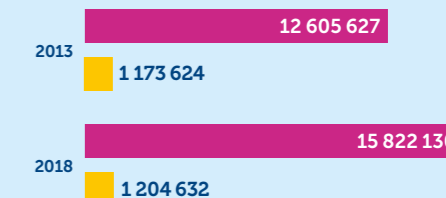
99,8% der Bevölkerung sind innerhalb von 30 Min. Autofahrt in einem Spital. 75% können zwischen 8 Spitälern wählen.

Anzahl in 30 Min. per Auto vom Gemeindemittelpunkt aus erreichbare Spitäler



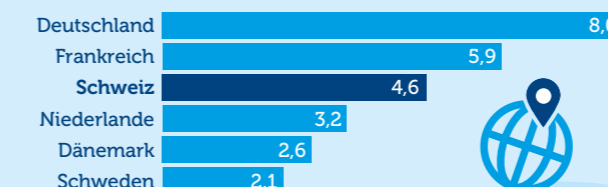
Ambulante Behandlungen in Spitälern nehmen zu⁵

■ ambulante Konsultationen ■ stationäre Fälle



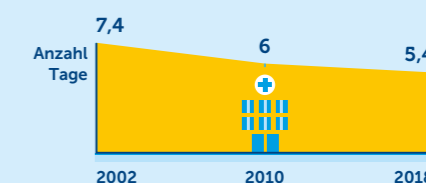
Internationaler Vergleich⁶

Spitalbetten / 1000 Einwohner



Aufenthaltsdauer nimmt ab⁷

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik



Quellen: ¹ Avenir Suisse, Gesunde Spitalpolitik, 2018 (Zahlen: BAG, 2017). Hinweis: Die Abbildung zeigt gemäss Originalquelle 288 Spitäler (Stand: 2015). Aktuell zählt die Schweiz aber nur noch 281 Spitäler (Stand: 2018). ² BAG, Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2018, 2020. ³ PUE, Spitaltarife, 2016. ⁴ Credit Suisse, Gesundheitswesen Schweiz 2013 – Der Spitalmarkt im Wandel, 2013. ⁵ BFS, Krankenhausstatistik, 2020. ⁶ OECD, Hospital beds, 2020. ⁷ BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2020.



Die Schweiz ist dermassen kleinräumig, dass ein Zentrumsspital – und damit eine bestmögliche Behandlung – nie mehr als eine Stunde entfernt liegt.

macht wird. Dies stellt insofern kein Problem dar, als in solchen Fällen im Notfall ein Rega-Helikopter eingesetzt werden kann. Gesundheitsregionen mit klaren Leistungsaufträgen würden auch in einer Pandemiesituation Vorteile bringen: Die Kantone könnten gemeinsam in der Region koordinieren, wer im Ernstfall welche Dienstleistung anbietet, wer welches Schutzmaterial bereitstellt und wie bei Engpässen sogar der Austausch von Personal erfolgen könnte.

Qualität – die Dunkelkammer der Schweiz

Qualität dank mehr Fallzahlen am gleichen Standort zu fördern, ist ein Ansatz. Sie zu messen und die Resultate zugänglich zu machen, ist der andere. Hier darf sich die Schweiz «rühmen», eine grosse Dunkelkammer zu sein. Eine konsequente Messung der Outcome-Qualität gibt es in unserem Land nicht. So ist die Komplikationsrate bei Gallenblaseoperationen im Spital X genauso wenig im Internet auffindbar wie die Infektionsrate nach einem Eingriff im Spital Y. Es braucht deshalb endlich Klarheit darüber, wie es den Patientinnen und Patienten nach dem Eingriff geht, unabhängig von der Patientenanzahl eines Arztes. Nach einer Krebsbehandlung will man nicht wissen, ob die Patientin oder der Patient das Spital lebend verlassen hat, sondern wie es ihr oder ihm nach fünf Jahren geht. In Sachen Qualität hat die Schweiz noch einen langen Weg vor sich. Hier muss die Politik ihre Verantwortung wahrnehmen.

Das Bauen geht munter weiter

Gleiches gilt für die Definition von Gesundheitsregionen. Zwar ist die Schaffung solcher Regionen eine der Massnahmen der bundesrätlichen Expertengruppe zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Aber konkrete Absichten sind nicht wirklich erkennbar. Im Gegenteil: Landauf und landab werden derzeit neue Spitäler geplant oder bereits gebaut, die es bei einer strikten Regionalplanung vielleicht gar nicht mehr bräuchte. Dieser Faden lässt sich auch bei der hochspezialisierten – und damit prestigeträchtigen – Medizin weiterspinnen, wo sich die Kantone nicht über eine Zuteilung einigen können. Diesen mässig guten Voraussetzungen zum Trotz ist die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) überzeugt, dass es möglich ist, die Schweiz in Gesundheitsregionen einzuteilen – zumal auch die Bevölkerung deren Nutzen nach und nach erkennt. Aus Sicht der SAMW müssen sich nun Bundesrat und Parlament gleichermaßen für eine Schweiz mit Gesundheitsregionen aussprechen. Denn ohne Druck wird sich nichts ändern. Die konkrete Umsetzung müsste der Bund jedoch den Kantonen überlassen und im Nachgang kontrollieren. Dass eine solche Zusammenarbeit sehr wohl funktionieren kann, zeigt das Asylwesen, wo kantonsübergreifend in Zentren gearbeitet wird. Das ist vielleicht nicht eins zu eins vergleichbar mit der Spitallandschaft. Aber das Beispiel zeigt, dass man sich über Kantonsgrenzen hinweg zusammenraufen kann – wenn der Druck gross genug ist.

→ Qualität dank Mindestfallzahlen

Eine Gesundheitsregion braucht auch deshalb eine gewisse Grösse, weil letztlich die Fallzahlen entscheidend für eine hohe Qualität sind. Egal, für welche Operation ein Spital vor allem zuständig ist: Es braucht eine genügend hohe Anzahl an entsprechenden Patientinnen und Patienten. Das gilt insbesondere für komplexe oder selten vorkommende Operationen. Je häufiger ein Behandlungsteam – also nicht bloss der Operateur! – eine Operation durchführt, desto besser wird die Qualität. Das zeigen zahlreiche Studien. Ein Beispiel: Künstliche Darmausgänge sind bei Operationen am unteren Teil des Enddarms in Spitälern, die diese Operation häufig durchführen, viel seltener nötig als in Spitälern, die solche Operationen nur vereinzelt vornehmen.

Ein gutes Beispiel für den Mechanismus «Mehr vom Gleichen» ist das Tessin. Zwar verfügt der Kanton über verschiedene Spitalstandorte, doch diese sind unter einem gemeinsamen Dach zusammengefasst, und jeder Standort hat einen anderen Leistungsauftrag. Genau das ist letztlich das Ziel von Gesundheitsregionen: Vom Einfachsten bis zum Seltensten wird festgelegt, wo was gemacht würde. Wobei das Seltenste im Fall von nationalen Gesundheitsregionen eben nicht im Tessin, sondern vielleicht in Zürich oder Genf ge-



Gernot Stirnimann ist Leiter Tarife und Grundlagen KVG der CSS Versicherung.

Mit ihrer bisherigen Planung haben die Kantone wesentliche Zielsetzungen der Spitalfinanzierung nicht erreicht. Anstelle von interkantonalen Koordinationen werden die innerkantonalen Strukturen mit massiven Investitionen ausgebaut.

Es braucht ein Beschwerderecht

«Medizinisches Kompetenzzentrum der Extraklasse» – solche oder ähnliche Slogans liest man immer wieder bei der Eröffnung von neuen, medizinisch ausgerichteten Hotelanlagen im Hochpreissegment. Die Räumlichkeiten solcher Kliniken lassen keine Wünsche offen, alles ist topmodern eingerichtet. Aber: Ist auch die medizinische Qualität Extraklasse? Und: Wer bezahlt diesen Luxus? Vermehrt landen diese Kliniken ohne medizinische Notwendigkeit auf kantonalen Spitallisten, aufgrund rein wirtschaftlicher Überlegungen der Kantone. Nebst reichen ausländischen Hotelgästen bezahlen die Allgemeinheit respektive die Krankenversicherer (sowie der Heimatkanton des Patienten) die Rechnung. Klar ist: Das Angebot heizt die Nachfrage an, und die Kosten beziehungsweise die Versicherungsprämien steigen. Teure Kliniken treiben zudem die Durchschnittskosten der ganzen Branche in die Höhe, was bei weiteren Kliniken zu höheren Tarifen führt. Ein Beschwerderecht gegen die Spitalplanung der Kantone haben die Versicherer nicht – wohl aber die

Pflicht zur Begleichung der Rechnungen. Als kostendämpfende Massnahmen sieht der Bund unter anderem Globalbudgets und die Deckelung von Leistungen vor. Kantone können z.B. die Leistungsquoten (etwa die Anzahl Operationen) in einem Spital begrenzen. Die Versicherer aber können nicht überprüfen, ob diese Quoten eingehalten werden. Werden sie überschritten, verweigert der Kanton seine anteilmässige Kostenübernahme. Dann müssen die Patienten oder die Zusatzversicherung die Kosten bezahlen, was klar den Vorgaben der neuen Spitalfinanzierung widerspricht. Daher fordert die CSS, dass die Spitalliste Sanktionen für die Verletzung der Bestimmungen zwischen den Kantonen und den Kliniken vorsieht. Die Kantone dürfen sich nicht ihrer Pflicht der anteilmässigen Kostenübernahme entziehen, sobald Spitäler Auflagen wie Höchstmengen oder Qualitätsvorgaben missachten. Sanktionen der Kantone sollen sich deshalb prospektiv auf den weiteren Verbleib auf der Spitalliste auswirken.

Auswirkungen auf die Finanzierung

Obwohl die Schweiz noch ein ordentliches Stück von klar definierten Gesundheitsregionen entfernt ist, sollte man sich bereits heute fragen, welche Konsequenzen diese auf die Finanzierung von Leistungen hätten. Denkbar wäre zum Beispiel, dass die Krankenversicherer nur diejenigen Eingriffe bezahlen dürfen, die auch innerhalb der festgelegten Versorgungsregionen durchgeführt werden. Eingriffe in Spitälern ohne Leistungsauftrag dürften nicht mehr übernommen werden. Diese Art der Finanzierung könnte zu Beginn als Experimentierphase über den vom Bundesrat geplanten Experimentierartikel laufen, um Erfahrungen zu sammeln. Primär geht es nicht darum, Geld zu sparen,

sondern die Qualität im Schweizer Gesundheitswesen zu verbessern. Die 84 Milliarden Franken Gesundheitskosten pro Jahr müssten also zugunsten einer besseren Qualität umverteilt werden.

Daniel Scheidegger war von 2016 bis 2020 Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und ist heute deren Vizepräsident. Von 1988 bis 2013 war er Ordinarius für Anästhesiologie an der Universität Basel. Im Gesundheitswesen engagiert sich Scheidegger in verschiedenen nationalen Gremien und Institutionen.

Der Spitalsektor hat sich zu einem zentralen Wirtschaftszweig und wichtigen Arbeitgeber entwickelt. Finanziert wird der Boom durch Zwangsabgaben. Welche Auswirkungen hat dies auf die Versorgungsstrukturen und den Nutzen für die Bevölkerung?

Von Jérôme Cosandey

Warum Spitalpolitik sich mit Regionalpolitik reimt

Schweizer Spitäler stehen unter Druck. Wegen des technischen Fortschritts braucht es immer teurere Geräte, was kostspielige Investitionen bedingt. Zudem gibt es politischen Druck, mehr Behandlungen ambulant durchzuführen, also ohne Übernachtung im Spital. Das ist gut für die Patienten, aber bei kürzerer Aufenthaltsdauer brauchen die Spitäler weniger Betten, es entstehen Überkapazitäten. Zuletzt wurde die Spitalfinanzierung 2012 mit der Einführung der DRG-Fallpauschalen gründlich verändert. Neu folgt das Geld dem Patienten, die Spitäler werden nicht mehr direkt subventioniert, was zu einer Verschärfung des Wettbewerbs geführt hat.

Entgegen diesen Konsolidierungskräften beobachtet man strukturerehaltende Bemühungen. Die meisten Kantone versuchen, ihre Spitäler vor der verschärften Konkurrenz zu schützen. Denn für viele Regierungsräte, Gesundheits-, aber auch Volkswirtschaftsdirektoren sind Spitäler nicht nur ein Instrument der Gesundheits-, sondern auch der Regionalpolitik.

Wachstumsmarkt – für Mitarbeitende und Politik

Spitäler sind wichtige Arbeitgeber. 2018 boten die Krankenhäuser, Reha- und Psychiatriekliniken in der ganzen Schweiz 168 000 Voll-

zeitstellen, das sind 35 000 mehr (+27 Prozent) als noch vor zehn Jahren. In vielen Regionen ist das Spital der grösste Arbeitgeber. In Graubünden und Neuenburg verkünden es sogar die Kantonsspitäler mit Stolz auf ihrer Homepage. Das Kantonsspital Luzern mit 7000 Mitarbeitenden ist der grösste Betrieb der ganzen Zentralschweiz. Das Wachstum im Spitalsektor ist im Interesse der politisch Verantwortlichen, denn mit dem Zuwachs der Beschäftigten und deren Familienangehörigen steigt auch das Wählerpotenzial.

Ein 29-Milliarden-Geschäft

Nebst den Stellen ist das finanzielle Gewicht der Spitäler beachtenswert. Mit 29,5 Milliarden Franken 2018 verursachen sie über einen Drittel aller Gesundheitsausgaben. Auch hier kennt der Trend nur eine Richtung: Die Spitalausgaben sind seit 2008 um 42 Prozent gestiegen, während im gleichen Zeitraum das Bruttoinlandprodukt «nur» um 15 Prozent zunahm (vgl. Grafik).

Rund zwei Drittel der Kosten sind Personalausgaben. Sofern die Mitarbeitenden im Kanton wohnhaft sind, bilden die Löhne ein wichtiges Substrat. Allerdings sind die Löhne im Gesundheitssektor tiefer als in Branchen mit höherer Wertschöpfung wie dem Pharma- oder Finanzdienstleistungssektor. Die Spitäler selber zahlen oft keine Gewinnsteuer, weil die meisten als nichtgewinnorientierte Gesellschaften firmieren.

Linke Tasche, rechte Tasche

Den wirtschaftlichen und politischen Vorteil eines Spitals kaufen sich die Kantone teuer ein. Sie bzw. ihre Steuerzahler übernehmen 55 Prozent der Kosten der DRG-Fallpauschalen für stationäre Aufenthalte. 2017 entsprach dies 7,1 Milliarden Franken. Dazu kamen gemeinwirtschaftliche Leistungen von 1,8 Milliarden, zum Beispiel für die Sicherstellung von Notfallzentren in Randregionen. Zudem gewährten die Kantone Mietreduktionen oder Finanzierungen zu vergünstigten Konditionen im Umfang von 340 Millionen Franken.

Die Krankenversicherungen bzw. die Prämienzahlenden tragen die restlichen 45 Prozent der Kosten für die stationären Fallpauschalen und die gesamten Kos-

ten ambulanter Spitalbehandlungen. Die steigenden Kosten und die daraus resultierenden Prämienzunahmen belasten nicht nur die Prämienzahlenden, sondern auch die Kantone. 2018 mussten sie individuelle Prämienverbilligungen in der Höhe von zwei Milliarden Franken übernehmen.

Den Mitarbeitenden oder den Bürgern treu?

In Anbetracht der vielen Arbeitsstellen, aber auch der hohen Steuerlast für den Spitalsektor stehen die Kantone in einem Interessenkonflikt. Als Eigentümer wollen sie Rahmenbedingungen schaffen, die ihre Spitäler vor der Konkurrenz schützen und möglichst hohe Tarife garantieren. Als Vertreter der Steuerzahlenden sollten sie für eine möglichst hochstehende und kosteneffiziente Versorgung sorgen, egal ob dafür Leistungen ausserkantonale erbracht werden müssen.

Viele Politikerinnen und Politiker betonen, wenn schon der Kanton zahlt, habe das Geld in die Region zu fliessen. Doch die Stellen im Spitalsektor sind mit Zwangsabgaben finanziert, welche die verfügbaren Einkommen der Familien schmälern. Niemand würde eine Verdoppelung der Steuerkommissare oder des Polizeikorps nur damit begründen, dass es für den Kanton neue Stellen bringt. Bei Steuerangelegenhei-

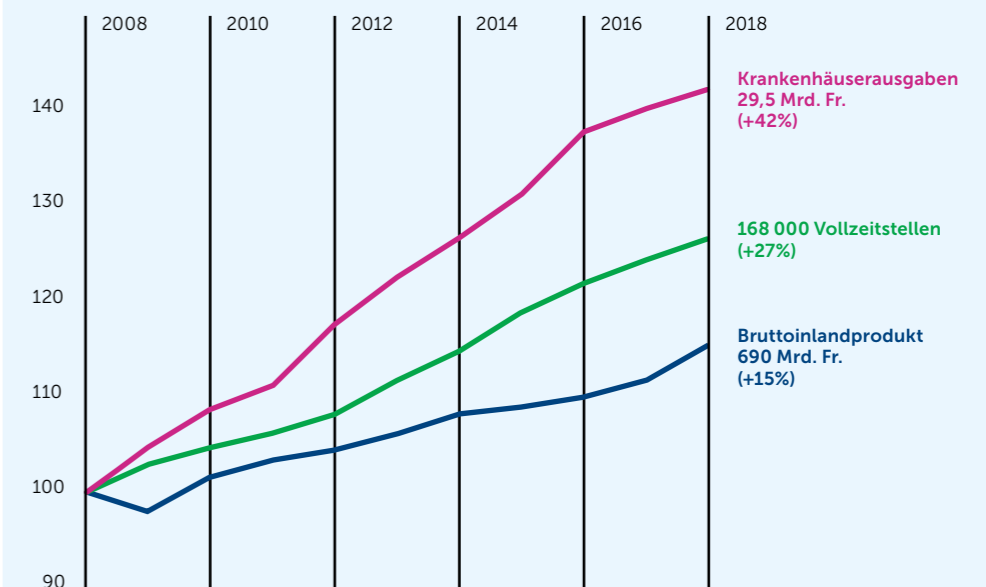
ten und der Sicherheit wie auch in der Gesundheitsversorgung sollte die Wirkung im Ziel die Anzahl Jobs bestimmen, nicht protektionistische Reflexe. Letztere könnten sonst zu Bumerangeffekten führen.

Werden unnötige Stellen mit Steuern und Krankenkassenprämien finanziert, steigen diese Zwangsabgaben. Das wiederum schreckt potenzielle Investoren oder qualifizierte Mitarbeitende ab, was den Ausbau von bestehenden Unternehmen bremst oder die Ansiedlung neuer Firmen hindert. Gerade in Zeiten von Rezessionen, die die Staatskassen belasten, sind solide Staatsfinanzen sowie integrierte und effiziente Versorgungsstrukturen der beste Garant für Unternehmertum und somit die Sicherstellung und Schaffung von Arbeitsplätzen – nicht der Hang zum eigenen Spital.

Dr. Jérôme Cosandey ist Directeur romand von Avenir Suisse und Forschungsleiter «Finanzierbare Sozialpolitik». Nach seiner Promotion an der ETH war er mehrere Jahre als Strategieberater bei The Boston Consulting Group und der UBS tätig.

Zunehmende Bedeutung des Spitalsektors

(indexiert: 2008=100)



In Kürze

- Spitäler gehören in vielen Kantonen zu den grössten Arbeitgebern.
- Die Kantone stehen gesundheits- und wirtschaftspolitisch in einem scheinbar unlösbaren Interessenkonflikt.
- Der Ausbau von unnötigen Strukturen erhöht die Zwangsabgaben Steuern und Prämien, was negative Effekte auf andere Wirtschaftszweige hat.



Christian Camponovo

ist seit 2005 Direktor der Clinica Luganese Moncucco in Lugano. Nach dem Physikstudium an der ETH Zürich arbeitete er einige Jahre im Schnee- und Lawinenforschungsinstitut in Davos und später als Berater in der Qualität und Datenanalyse. Der Sprung ins Gesundheitswesen gelang ihm dank grossem Interesse und viel Neugier.

Der Direktor der Klinik Moncucco in Lugano staunt, dass im Gesundheitswesen Qualitätsansprüche und Aspekte der Wirtschaftlichkeit selten gemeinsam angegangen werden. Ein Gespräch mit Christian Camponovo über Schwierigkeiten bei der Spitalplanung und Lehren aus der Covid-19-Pandemie.

Interview mit Christian Camponovo

«Wie viel sind wir bereit, für Qualität zu bezahlen?»

Was charakterisiert die Spitalplanung im Kanton Tessin?

Grundsätzlich unterscheidet sich die Tessiner Spitalplanung nicht von der restlichen Schweiz. Die geografische Lage und die Sprache erschweren die Kooperationen mit anderen Kantonen. Und während sich im Kanton Tessin 40 Prozent der Akutbetten in Privatspitälern befinden, sind dies schweizweit nur ca. 20 Prozent.

Wie sollte zukünftig die Spitalplanung gestaltet sein, damit sie sowohl der Versorgungssicherheit als auch der Qualität gerecht wird und finanzierbar bleibt?

Wichtig ist, dass der Fokus auf Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen gelegt wird. Der qualitative Aspekt alleine wäre zu kurz gegriffen, und damit würde man es sich auch zu einfach machen. Denn Qualität lässt sich immer durch gezielte und hohe Investitionen verbessern. Aber es muss doch auch um die Frage gehen, wie viel wir bereit sind, dafür zu bezahlen. Das kommt heute zu kurz. Es braucht klare Kriterien, die von der Politik vorgegeben werden: Wie hoch wollen wir den Qualitätsmassstab ansetzen, und wie erreichen wir das ideale Gleichgewicht zwischen qualitativ hochstehender Versorgung, die zugleich den Kriterien der Wirtschaftlichkeit gerecht wird? Das ist eine Frage, die auch die Versicherer beschäftigen muss. Günstig zu sein, zahlt sich bis heute nicht aus. Es ist eher mit Nachteilen denn mit Vorteilen verbunden, wie sich nicht zuletzt in der Klinik Moncucco zeigt.

Wie macht sich das bemerkbar?

Moncucco ist die günstigste Akutklinik der Schweiz mit einem breiten Leistungsspektrum – aber es gibt schlicht keine Gegenleistung dafür, dass wir besonders wirtschaftlich sind. Natürlich ist es schwieriger, das hohe Qualitätsniveau zu halten,

weil man gewisse Kompromisse machen muss. Aber mich erstaunt immer wieder, dass die Abwägung zwischen Qualität und Kosten bei der Spitalplanung und den Verhandlungen niemanden zu interessieren scheint – zumal hohe Kosten nicht automatisch bessere Qualität bedeuten. Das Gesundheitswesen in der Schweiz basiert heute auf Strukturen, in denen man auch mit 10 oder vielleicht sogar 20 Prozent tieferen Kosten die gleichen Leistungen erbringen könnte.

Welchen Beitrag könnten die Krankenversicherer dazu leisten?

Die CSS verleiht ja eine Qualitätstrophäe, das ist sicher begrüssenswert. Wenn jedoch eine der teuersten Kliniken in der Schweiz ausgezeichnet wird, heisst das schlicht und ergreifend, dass sich niemand für die Wirtschaftlichkeit zu interessieren scheint. Für ein nachhaltig finanzierbares Gesundheitswesen kann die Qualität alleine nie massgebend sein. Es muss sich zwischen diesen beiden Kriterien ein Gleichgewicht einstellen. Die Versicherungen könnten da ihre Rolle stärker wahrnehmen und das Gesundheitswesen besser steuern, indem sie Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsdaten analysieren.

Haben wir zu viele Spitäler in der Schweiz?

Solange die Kriterien in Bezug auf Qualität und Wirtschaftlichkeit erfüllt sind, ist aus meiner Sicht nicht entscheidend, über wie viele Spitäler die Schweiz verfügt. Bei zu starken Eingriffen besteht die Gefahr, dass wir zwar Kliniken schliessen, aber nicht zwingend die richtigen – also nicht jene mit den grösseren Problemen in Bezug auf Qualität und Wirtschaftlichkeit. Mit Blick nach Deutschland denke ich, wir brauchen Geduld, der Markt wird das mit der Zeit regeln. Wir sind uns alle einig, dass Spitäler mit 20 oder 30 Betten keinen Sinn

machen. Aber ich kenne wenig Daten, die belegen, dass grosse Spitäler automatisch besser und günstiger abschneiden als mittelgrosse.

Das Tessin war von der Covid-19-Pandemie besonders stark betroffen, und die Klinik Moncucco wurde zum Behandlungszentrum. Welche Schlüsse ziehen Sie aus den Erfahrungen?

Wir müssen auf eine Pandemie künftig sicher besser vorbereitet sein – Pandemiepläne waren bis anhin nicht unsere Stärke. Die Planung selbst sollte vom Bund ausgehen und dann über die Kantone in die Spitäler gelangen. Gleichzeitig müssen wir eine gewisse Flexibilität behalten, denn Pandemien können sich immer anders als erwartet entwickeln. Während der Corona-Pandemie standen plötzlich die Intensivbetten im Zentrum und nicht, wie ursprünglich bei Grippezszenarien erwartet, eine grössere Anzahl an Patienten, die mehr oder weniger krank sind. Alle bestehenden Spitalstrukturen aufrechtzuerhalten, um für eine eventuelle zukünftige Pandemie bereit zu sein, scheint mir keinen Sinn zu machen. Die Anzahl der Betten ist nicht ausschlaggebend, um für eine Pandemie gewappnet zu sein. Bei uns in der Klinik Moncucco hat sich zudem gezeigt, wie wichtig es ist, dass die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachärztinnen und -ärzten funktioniert. Transversale, also überfachliche Kompetenzen werden generell immer wichtiger, da die Anzahl polymorbider Patienten zunimmt. Gerade in Pandemiezeiten müssen wir interdisziplinär arbeiten. Die flache Hierarchie in unserer Klinik hat sich dabei bewährt. Die Führungskultur und die Organisationsstruktur sind wichtige Elemente, nicht nur während einer Pandemie, sondern generell. Man kann aber nicht alles planen und steuern, dafür ist das Gesundheitswesen viel zu kompliziert.



Sollen weiterhin die Kantone für die Spitalplanung zuständig sein – oder gäbe es andere Möglichkeiten? Der Basler Regierungsrat Lukas Engelberger, Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz, und der Basler Gesundheitsökonom Stefan Felder sind sich nicht nur in dieser Frage uneinig.

Interview: Patrick Rohr

«Als Ökonom verzweifle ich manchmal»

Patrick Rohr (PR): Herr Regierungsrat, Sie sitzen einem Gesundheitsökonom gegenüber. Was ist für Sie wichtiger: die Gesundheit der Bevölkerung oder das wirtschaftliche Wohlergehen der Leute?

Lukas Engelberger (LE): Bei mir steht amtsbedingt die Gesundheit an erster Stelle. Aber ich bin gleichzeitig überzeugt, dass die Gesundheit ein Fundament für die Wirtschaft ist. Man hat das bei den Pandemiemassnahmen gesehen: Die Wirtschaft kann nur funktionieren, wenn möglichst wenige Menschen krank werden oder sterben.

PR: Wenn die Gesundheit an erster Stelle steht, darf sie dann auch kosten, was sie will?

LE: Wir werden an Grenzen kommen, dessen bin ich mir bewusst. Aber ich bin sehr zurückhaltend, wenn es darum geht, dem Leben ein Preisschild zu geben. Es gibt Gesundheitssysteme, die das tun, und es gibt zum Beispiel Bundesgerichtsentscheide, die in diese Richtung gelesen werden können. Ich bin überzeugt, dass uns das so nicht zusteht.

PR: Herr Felder, sitzen Sie hier einem Gesundheitsdirektor gegenüber, der das Geld mit beiden Händen ausgibt?

Stefan Felder (SF): So ist es, ja. Die Nettokosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung betragen in Basel-Stadt 5000 Franken pro Einwohner, dazu kommen 4300 Franken Steuergelder. Der landesweite Durchschnitt beträgt 3800 beziehungsweise 2000 Franken. Es gibt keinen anderen Kanton, der so viel für die Gesundheit ausgibt.

LE: Das Kostenniveau für das Gesundheitswesen im Kanton Basel-Stadt ist

hoch, das ist so. Das hat aber auch viel mit dem städtischen Raum zu tun. Städte sind verdichtete Räume, und der Kanton Basel-Stadt ist mit der Stadt Basel, der kleinen Stadt Riehen und dem kleinen Dorf Bettingen der am stärksten städtisch geprägte Kanton. Das erklärt einen Teil der hohen Kosten. Aber ja, wir sind ein Kanton, der für die Gesundheit ziemlich viel Geld ausgibt.

PR: Ist nicht genau das das Problem, dass jeder Kanton für sich schaut? Liesse sich nicht, gerade in Bezug auf die Spitalplanung, viel Geld sparen, wenn man in Regionen statt Kantonen denken würde?

LE: Zusammen mit dem Kanton Basellandschaft sind wir zum Schluss gekommen, dass wir zu viele Spitalkapazitäten haben. Wir müssen das gemeinsam anpacken, wir müssen unsere Planung verschärfen, härtere Kosten-Nutzen-Tests zur Anwendung bringen und insgesamt weniger Leistungsaufträge vergeben. Das heisst nicht, dass es weniger Spitäler geben wird, aber vielleicht kleinere, spezialisierte. Diesen Auftrag hat uns das Volk mit der Annahme des Staatsvertrags zwischen Baselland und Basel-Stadt gegeben, und wir setzen ihn bereitwillig und motiviert um.

PR: Die Anzahl Spitäler würden Sie nicht reduzieren?

LE: Natürlich muss sich jedes Spital periodisch rechtfertigen, um den Leistungsauftrag zu behalten. Aber ich würde ja meine eigene Planung diskreditieren, wenn ich sagen würde, wir hätten zu viele Spitäler. Dann hätten wir nämlich zu viele auf die Spitalliste genommen, und das finde ich nicht. Und ich finde auch →



«Stationäre Einrichtungen braucht es für die elektiven Eingriffe, und die kann man planen.»

Stefan Felder

→ nicht, dass es per se ein Ziel sein muss, diese Zahl zu reduzieren.

PR: Warum nicht?

LE: Was zählt, sind die Gesamtkapazitäten: Haben wir bedarfsgerechte Kapazitäten in den verschiedenen Disziplinen, sind diese effizient aufgestellt? Wir haben wahrscheinlich punktuell ein Überangebot, deshalb müssen wir sicherstellen, dass die Leistungsaufträge, die vergeben werden, auch bedarfsgerecht sind. Aber man kann nicht nur die Leistungsaufträge zählen, entscheidend ist, wie viel Volumen dahintersteht.

PR: Herr Felder, denken Sie, dass es in der Schweiz zu viele Spitäler gibt?

SF: Ja, etwa 30 Prozent. Herr Engelberger redet vom Volumen. In der Schweiz gibt es viel mehr stationäre Behandlungen als in anderen Ländern. Dank der Einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) braucht es künftig viel weniger Kapazitäten. Früher gab es jährlich einen Volumenanstieg von vier Prozent. Den gibt es nicht mehr, die Abteilungen haben sich geleert.

PR: Und trotzdem wird weitergebaut. Im Kanton Uri zum Beispiel entsteht gerade ein grosses Spital für ein relativ kleines Einzugsgebiet. Dabei könnte man doch mit Luzern und den anderen Zentralschweizer Kantonen eine Grossregion schaffen, um solche Grossinvestitionen zu verhindern?

LE: Einverstanden, der stationäre Bereich ist rückläufig, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer geht jedes Jahr zurück. Und gleichzeitig nimmt der Anteil von Eingriffen, die man ohne Spitalüberwachung machen kann, zu. Längerfristig wird es weniger stationäre Kapazitäten brauchen. Aber der ambulante Bereich braucht ja auch eine Infrastruktur, die zum Teil ähnlich ist wie im stationären Bereich: Es braucht Operationssäle, Aufwächerräume und so weiter. Das kostet. Das Bettenhaus ist das Billigste in einem Spital.

SF: Wir haben eine starke technische Entwicklung. Denken wir nur zum Beispiel an die Ambulanz, die ist heute ja so etwas wie ein Minispital. Dort kann man die Leute behandeln und ihre Gesundheit sicherstellen. Stationäre Einrichtungen braucht es für die elektiven Eingriffe, und die kann man planen.

PR: Herr Engelberger, denken Sie als Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) nicht, dass man das System neu denken müsste?

LE: Wir sind in der GDK der Meinung, dass man in der Spitalplanung im stationären



«Wir werden auf keinen Fall einer Lösung zustimmen, welche die Versorgungsplanungskompetenz der Kantone schwächt.»

Lukas Engelberger

Lukas Engelberger ist Jurist und sitzt seit 2014 für die CVP im Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt. Er leitet das Gesundheitsdepartement. Seit Juni 2020 ist er Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz.

Stefan Felder ist seit 2011 Professor für Gesundheitsökonomie an der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Basel. Er ist Mitglied im Expertenrat Swiss Medical Board und Vorsitzender des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie.

Bereich gut unterwegs ist. Der ambulante Bereich entwickelt sich wesentlich ungesteuerter und fällt auch kostenmässig mehr und mehr ins Gewicht. Ansetzen möchten wir bei den Zulassungsbedingungen. Es kommt der Punkt, wo man sagen muss: Nein, wir wollen keine neuen Leistungserbringer, wir haben genug. *SF:* Das Problem ist doch, dass die Kantone im stationären Bereich etwa fünf Hüte anhaben. Sie sind Eigentümer, Betreiber, Schiedsrichter und so weiter. Die Kantone haben also widersprüchliche Interessen. Und jetzt werden diese Interessenkonflikte auch noch auf den ambulanten Bereich übertragen.

PR: Könnten denn die Kantone etwas abgeben?

LE: Wir werden auf keinen Fall einer Lösung zustimmen, die die Versorgungsplanungskompetenz der Kantone schwächt.

PR: Wie könnte denn eine solche Lösung aussehen, Herr Felder?

SF: Es gibt zwei: Entweder könnten die Versicherer die Planung übernehmen. Sie könnten den Versicherungsnehmern garantieren, dass sie mit allen stationären Einrichtungen Verträge haben und dass auch genügend Reservekapazitäten vorhanden sind, was ein wichtiger Aspekt ist. Oder aber man durchschneidet den gordischen Knoten und übergibt die Planung dem Bund, der die Kantone gewissermassen auskaufen könnte. Man müsste dafür die Bundessteuer ein bisschen anpassen, aber das wäre möglich.

PR: Herr Engelberger, wie reagieren Sie, wenn Sie das hören?

LE: Beide Alternativen wären mit offensichtlichen Nachteilen verbunden, die Vorteile erschliessen sich mir nur wenig. Beim Versicherer haben wir das Problem, dass er die Spitallandschaft atomisieren würde. Wenn ich zum Beispiel in Graubünden in den Ferien bin und, sagen wir, einen Augenarzt brauche, will ich nicht zuerst meine Krankenkasse anrufen müssen und fragen, ob es da einen gibt. Und es gibt mehr Versicherungen als Kantone in unserem Land. Wenn jede ihre Planung machen müsste, hätten wir eine noch viel kleinteiligere Planung als heute.

PR: Vorschlag eins also unbrauchbar. Und Vorschlag zwei, dass der Bund koordinieren würde?

LE: Das wäre dann etwa so wie beim öffentlichen Verkehr, wo politische Mehrheiten im Bundesparlament unter sehr grossem Lobbydruck um Lösungen ringen. Ich habe nicht den Eindruck, dass unsere öV-Planung sachgerechter ist

als unsere Versorgungsplanung. Die Menschen vertrauen uns, sie wollen die Eigentümerstruktur nicht verändern und in anonyme Hände geben. *SF:* Aber solange Sie verantwortlich sind, kann ich, wenn ich mit der Gesundheitsversorgung nicht einverstanden bin, nur den Kanton verlassen. Wäre der Versicherer verantwortlich, könnte ich einfach den Versicherer wechseln. Zwischen den Versicherern gibt es einen Wettbewerb, und wenn einer keine gute Versorgung zur Verfügung stellen würde, würde er einen Reputationschaden erleiden.

PR: Es ist offensichtlich, Herr Felder: Sie beißen mit Ihren Vorschlägen auf Granit. Ist das für Sie als Ökonom manchmal hart?

SF: Als Ökonom möchte man ja einfach die Welt etwas besser machen. Aber natürlich verstehe ich auch, dass es für alles eine demokratische Legitimation braucht. Wenn ich aber zum Beispiel sehe, wie im Zürcher Knonaueramt alle Gemeinden der Rettung des Spitals Affoltern zustimmen, dann verzweifle ich.

PR: Offenbar sind Ihre Argumente nicht überzeugend genug?

SF: Es ist auch alles sehr komplex. Wenn man als Kanton und als Versicherer nur je die Hälfte zahlt, hat man nicht die volle finanzielle Verantwortung. Die finanziellen Verantwortlichkeiten sind aufgeteilt, und alle schlängeln sich somit ein bisschen durch. Aber es ist die vornehme Aufgabe eines Wissenschaftlers, immer wieder darauf hinzuweisen, dass man es auch anders machen könnte.

LE: Ich erlebe als Politiker auch Enttäuschungen. Es kommt nicht immer so heraus, wie ich es gerne hätte. So ist das Leben, es ist ein permanenter Dialog über die beste Lösung. Ich denke, alles in allem ist unser Gesundheitswesen gut. Aber ich sehe auch, dass wir finanzielle Probleme bekommen, wenn wir nicht effizienter werden und straffer bündeln. Aber grundsätzlich würden die meisten Leute unser Gesundheitswesen wohl nicht fundamental verändern wollen.

PR: Dann frage ich Sie zum Abschluss trotzdem noch, was Sie vom Vorschlag der SAMW halten, der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Sie möchte die Schweiz in fünf bis sechs Gesundheitsregionen von etwa eineinhalb Millionen Menschen einteilen.

LE: Mit unserer gemeinsamen Spitalplanung machen wir es in Baselland und Basel-Stadt bereits, wenn auch in etwas bescheideneren Dimensionen. Wir haben

zusammen etwa eine halbe Million Einwohnerinnen und Einwohner.

PR: Dann könnten Sie ja noch das Fricktal dazunehmen.

LE: Ja, in eine solche Richtung könnte es gehen. Das Problem ist natürlich, dass sich nicht alle Kantone klar einer Region zuordnen lassen. Aber ich denke, eine etwas regionalere, grossräumigere Perspektive wäre sicher sinnvoll.

PR: Dann bräuchte man auch den Bund nicht mehr, Herr Felder?

SF: Das ist doch völlig illusorisch! Wir haben ein föderalistisches System mit 26 Kantonen. Überall gibt es historische Verwerfungen: Einmal sind es die Protestanten gegen die Katholiken, dann die Deutsch- gegen die Französischsprachigen. Nein, so etwas kann man nicht auf dem Reissbrett entwerfen. Die einzigen Alternativen sind die Versicherer und der Bund.



Patrick Rohr Der Journalist und Buchautor leitet eine eigene Firma für Kommunikationsberatung in Zürich. Der ehemalige Fernsehmoderator («Arena», «Quer») arbeitet auch als Fotojournalist, vor allem im NGO-Bereich.

Der öffentliche Verkehr macht nicht an den Kantonsgrenzen halt: Die Zürcher Regierungsrätin Carmen Walker Späh über die Herausforderung, überregional verschiedene Ansprüche unter einen Hut zu bringen – und darüber, wie die Bevölkerung von Kompromissen profitiert.

Von Carmen Walker Späh

Zur Freude aller Fahrgäste



«Der öffentliche Verkehr zeigt, wie unter Einhaltung kantonaler Hoheit eine Zusammenarbeit funktionieren kann.»

Carmen Walker Späh

In einem Metropolitanraum wie Zürich ist es unverzichtbar, dass der öffentliche Verkehr kantonsübergreifend koordiniert wird. Denn Zürich, seine Nachbarkantone und der Kanton Glarus bilden einen gemeinsamen Lebens- und somit auch Verkehrsraum mit bisweilen vergleichbaren Herausforderungen. Der Abstimmungsbedarf ist hoch – auch in anderen Gegenden der Schweiz. Deshalb ist Mitte der 80er-Jahre die Konferenz der kantonalen Direktoren des öffentlichen Verkehrs (KöV) ins Leben gerufen worden. Sie will die Abstimmung unter den 26 Kantonen verbessern und gegenüber dem Bund einheitlich auftreten.

Die gegenseitige Absprache ist vor allem bei den Fahrplankonzepten sinnvoll. Die KöV-Region Zürich, die ich als Präsidentin vertreten darf, deckt exakt das kantonsübergreifende Gebiet der Zürcher S-Bahn ab, die das Rückgrat der öffentlichen Mobilität im Wirtschafts- und Lebensraum Zürich darstellt. Das allein ist schon Grund genug für eine Zusammenarbeit.

Der Tarifverbund Z-Pass als Flaggschiff

Wie oftmals in der Schweiz besteht die grösste Herausforderung darin, unterschiedliche regionale Ansprü-

che unter einen Hut zu bringen. Aber Kompromisse kommen letztlich der Bevölkerung zugute, die den öffentlichen Verkehr nutzt. Hervorstechendes Beispiel ist die Einführung des Z-Passes – eines Tarifverbunds, der über den Kanton Zürich hinausgeht. Hier kam der wichtige Anstoss von den Nachbarkantonen. Die Pendlerinnen und Pendler in den angrenzenden Gebieten wollten ihren täglichen Arbeitsweg mit einem Ticket oder einem Abonnement sorgenfrei bewältigen. Daraus entstand 2004 der Tarifverbund Z-Pass. Er ist heute nicht mehr wegzudenken.

Auch die Durchmesserlinie in Zürich ist ein gutes Beispiel für unser Wirken bei der KöV-Region Zürich. Denn schliesslich profitierte die ganze Schweiz von diesem Generationenbauwerk und den damit ermöglichten Ausbauten des Fahrplans. Planung, Ausbauprojekte und auch Finanzierung wurden deshalb untereinander abgestimmt. Heute verkehren täglich fast eine halbe Million Personen über den Zürcher Hauptbahnhof.

Regionalkonferenzen als Bindeglied

Neben der KöV-Region Zürich gibt es heute vier weitere Regionalkonferenzen, deren jeweilige Präsidentinnen und Präsidenten auch im Vorstand der nationalen KöV sind. Gemeinsam koordinieren wir regionale Fragestellungen, erarbeiten Lösungen und vertreten diese auf nationaler Ebene. Regionalkonferenzen stellen dafür eine ideale Grösse dar; sie umfassen einen in sich stimmigen und logischen Verkehrsraum mit vergleichbaren Herausforderungen. Eine solche Form der Zusammenarbeit ist auf Bundesebene deutlich anspruchsvoller, da die Unterschiede zwischen urbanen, verdichteten Räumen und Berggebieten viel grösser sind. Viele staatliche Aufgaben lassen sich nicht exakt eingrenzen. Der öffentliche Verkehr zeigt, wie unter Einhaltung kantonaler Hoheit eine Zusammenarbeit funktionieren kann – zur Freude der Fahrgäste.»

Carmen Walker Späh ist Regierungsrätin und Volkswirtschaftsdirektorin des Kantons Zürich. Sie ist im Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Direktoren des öffentlichen Verkehrs (KöV) und Präsidentin der Regionalkonferenz KöV-Zürich.

Die frühere Gesundheitsdirektorin des Kantons St. Gallen fordert ein Finanzierungssystem, das interkantonale Spitalplanungen fördert und nicht benachteiligt. Heidi Hanselmann wirft einen Blick zurück und einen nach vorne.

Interview mit Heidi Hanselmann

«Die optimale Spitalversorgung? Vernetzt, überkantonale und effizient»

Welche Ziele hatten Sie bei Ihrem Amtsantritt als Gesundheitsdirektorin?
Mir war es immer wichtig, eine Gesundheitsversorgung zu sichern, die bei hoher Qualität dem Menschen dient, eine moderne Medizin, Pflege sowie Therapie sicherstellt und bezahlbar bleibt. Dabei war und ist der integrierte Ansatz immer ein zentrales Anliegen von mir. Dazu gehören die Akutmedizin genauso wie die Rehabilitation, Prävention und die Palliative Care. Besonders im Fokus standen für mich die Stärkung der Hausarztmedizin, Präventionsangebote, welche die Gesundheitskompetenz der Menschen fördern, und eine moderne akutsomatische Versorgung, die als Netzwerk Leistungen konzentriert und anbietet und dadurch Synergien nutzt. Ein ebenso wichtiges Ziel waren wirkungsvolle Massnahmen, um dem Fachkräftemangel zu begegnen.

Wie haben sich diese Ziele verändert?

Die Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln, ist ein rollender Prozess. Meine Ziele sind grundsätzlich die gleichen geblieben. Das Umfeld hat sich insbesondere in den letzten Jahren durch die neue Spitalfinanzierung, die von den Spitälern Wettbewerb und Gewinn fordert, stark verändert – und das bei teilweise nicht kostendeckenden Tarifen. Im ambulanten Bereich hat der Kanton St. Gallen beispielsweise den zweittiefsten TARMED-Taxtpunktwert der Schweiz. Damit sind Defizite vorprogrammiert. Die Kantone gehen mit dieser Situation unterschiedlich um. Viele berappen ungedeckte Kosten durch Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). In Kantonen, die bei der Ausrichtung von GWL sehr restriktiv sind wie etwa der Kanton St. Gallen, ist es für die Spitäler entsprechend viel schwieriger, im Markt zu bestehen – einem Pseudomarkt notabene. Wohl kaum ein privatwirtschaftliches Unternehmen würde Angebote längerfristig auf dem Markt



«Selbst Fachgesellschaften weisen darauf hin, dass dieser Fehlanreiz im Finanzierungssystem 20 bis 30 Prozent zusätzliche Kosten auslöst.»

Heidi Hanselmann

anbieten, wenn die Kosten des Produkts nicht gedeckt sind oder man mittelfristig keinen Gewinn damit erzielen könnte. Es braucht deshalb ein Finanzierungssystem, das Doppel-, Fehl- und Parallelbehandlungen nicht belohnt. Selbst Fachgesellschaften weisen darauf hin, dass dieser Fehlanreiz im Finanzierungssystem 20 bis 30 Prozent zusätzliche Kosten auslöst.

Welche Rahmenbedingungen hätten Sie sich als Gesundheitsdirektorin für eine sinnvolle Spitalplanung gewünscht?

Ein Finanzierungssystem, das überkantonale Spitalplanungen fördert und nicht

benachteiligt, das eine integrierte Versorgung fordert und belohnt und das Doppel- sowie Parallelbehandlungen eliminiert. Zudem sollte das Finanzierungssystem so angelegt sein, dass die Behandlungen immer dort stattfinden, wo sie für den Menschen am meisten Nutzen haben, und nicht dort, wo die Behandlung für den Leistungserbringer eventuell finanziell lukrativer ist.

Wie sollte die Spitalversorgung der Zukunft aussehen? Welche Entwicklungen wünschen Sie sich?

Ich wünsche mir eine Gesundheitsversorgung, die vernetzt ist, die überkantonale Gesundheitsplanung ins Zentrum rückt, die eine abgestufte, wohnortnahe Versorgung sicherstellt, die integrierte Versorgung umsetzt und dadurch die Qualität sichert und Kosten einspart. Die Ostschweiz geht mit gutem Beispiel voran: Die Kantone GR, GL, AR, AI und SG haben im Frühling 2020 eine Absichtserklärung unterzeichnet, die ein erster Schritt zur gemeinsamen Planung ist. Im Mittelpunkt steht eine qualitativ hochstehende und bedarfsgerechte Versorgung für die Bevölkerung über die Kantonsgrenzen hinweg – aus meiner Sicht ein Zukunftsmodell.

Heidi Hanselmann war von 2004 bis 2020 Gesundheitsdirektorin des Kantons St. Gallen. Bei der GDK amtierte sie mehrere Jahre als Vizepräsidentin, zuletzt als Präsidentin. Der Kanton St. Gallen entwickelt seine Spitalstrategie weiter und will das stationäre Angebot an vier von insgesamt neun Standorten konzentrieren.



Interessenkonflikte in der Ausweglosigkeit



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

Vielleicht sollte man das Thema Spitalplanung und Versorgungssicherheit mal mit kindlicher Naivität angehen. Aus diesem Blickwinkel hatte ich lange den Eindruck, die grössten Häuser im Dorf seien Kirchen. Wann immer aber neue, prunkvolle Häuser entstanden, waren dies meistens Banken, und in letzter Zeit hatte ich sogar das Gefühl, dass die schönsten und grössten Häuser Krankenkassen waren. Woher die Kirchen oder später die Banken das Geld nahmen, um prunkvolle Gebäude in die Landschaft zu stellen, ist wahrscheinlich kein Geheimnis.

In die Zeit der Krankenkassen-Tempelbauten fiel auch die Diskussion, dass die Ärzteschaft sich finanziell zu stark am Gesundheitssystem bediene. Gleichzeitig entstanden schweizweit immer mehr Spitäler, meistens trostlose architektonische Objekte und oft an bester Lage. Die vielen Spitäler verhiessen den Patienten eine bessere Pflege, ausgestattet mit den besten Ärzten. Ja, Ärzte sind in diese Spitäler eingezogen, aber die Hausärzte verschwanden. Die Kostenspirale drehte sich weiter, sodass die Kantone – vormals oft noch Bauherren der Spitäler – die Sparschraube ansetzten.

Hier könnte man noch mehrere Seiten füllen mit Baustellen und Problemen unseres Gesundheitssystems. Ich will aber bei der kindlichen Betrachtungsweise bleiben, mit der ich als Verantwortlicher für ein Institut mit Labordienstleistung meine Spitalleitung genervt habe. Da der kantonale Spardruck als lineare Sparmassnahme an alle Institute weitergegeben wurde, fragte ich: Wie soll ich sparen, wenn die Aufträge von anderen kommen? Soll ich das Analysenangebot verkleinern, auch wenn der Patient darunter leidet? Soll ich das Angebot erweitern, mehr Profit machen auf Kosten der Krankenkassen? Die Spitalleitung gab nie eine Antwort, schliesslich musste sie selber Profit erwirtschaften.

Vielleicht sollten wir alle ganz naiv fragen: Wer darf Profit im Gesundheitswesen machen – und wie viel?

«Wer darf Profit im Gesundheitswesen machen – und wie viel?»



Spitäler sollen leicht zugänglich sein und eine vergleichbare Qualität bei planbaren Behandlungen und Notfällen bieten. Um das zu erreichen und die Ressourcen effizient einzusetzen, bedarf es einer ausgereiften Spitalplanung.

Von Alexander Geissler

Spitalplanung für mehr Patientennutzen

Spitalstrukturen sind besonders vor dem Hintergrund von Leistungsfragmentierung, Qualitätsvariation und Überversorgung in vielen europäischen Ländern weit oben auf der politischen Agenda. Die Schweiz hat im Vergleich zu ihren Nachbarländern früh damit begonnen, einen grundlegenden Paradigmenwechsel in der Spitalplanung einzuleiten. Weg von der unspezifizierten Bettenplanung auf Fachgebietsebene, hin zu einer Planung konkreter medizinischer Leistungsgruppen und -bereiche. Diese Leistungsorientierung ist grundlegend, um eine transparente Bewertung der aktuellen Versorgungssituation vorzunehmen, und der Ausgangspunkt für weitere Initiativen in der Spitalplanung.

Auf Basis von Leistungsgruppen kann eine differenzierte Bedarfsanalyse und -prognose unter quantitativer Berücksichtigung relevanter Einflussfaktoren (z.B. regionale Demografie und Morbidität) durchgeführt werden. Durch den Abgleich von aktuellem Versorgungsangebot mit dem eigentlichen (zukünftigen) Bedarf lassen sich Tendenzen einer Über-, Unter- und Fehlversorgung auf regionaler Ebene identifizieren. Das ermöglicht ein entsprechendes Gegensteuern.

Wesentlich ist zudem die Integration von verbindlichen Qualitätsvorgaben innerhalb der Leistungsgruppen. Das ist der Hebel, um die Versorgungsstruktur auf Leistungsgruppenebene zu steuern. Daher müssen die Qualitätsvorgaben medizinisch relevant für die und verknüpfbar mit der Leistungsgruppe sein, eine standardisierte sowie methodisch sichere Erhebung

ermöglichen, kontrollierbar und durch das Spital beeinflussbar sein und möglichst Fehlanreize vermeiden. Diese Kriterien treffen zunächst vor allem auf Struktur- und ausgewählte Prozessvorgaben, aber auch auf Mindestfallzahlen zu. Die Kantone setzen Qualitätsvorgaben bisher jedoch unterschiedlich in Umfang und Ausprägung ein.

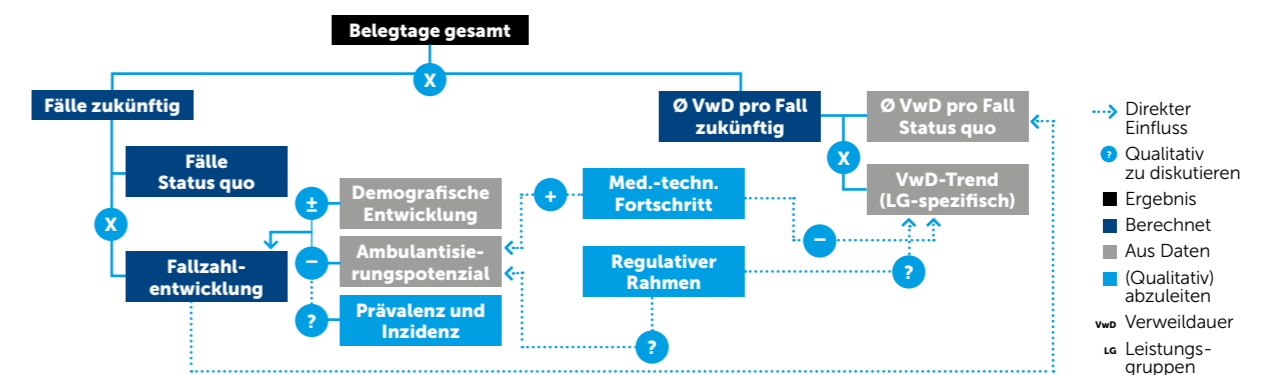
Für die Schweiz ergeben sich nunmehr drei Herausforderungen. Erstens ist der Bedarf je nach Leistungsgruppe regional bzw. national zu analysieren und zu prüfen, ob die vorhandenen Versorgungsstrukturen diesem nach Massgabe a priori definierter Erreichbarkeitsziele gerecht werden. Zweitens sind die Qualitätsvorgaben zu harmonisieren, um regional qualitativen Unterschieden entgegenzuwirken. Drittens gilt es, im Anschluss die richtige Balance zwischen Qualitätsvorgaben und deren Auswirkungen auf die Erreichbarkeit zu finden. Dies bedeutet zwangsläufig eine engere Abstimmung zwischen den Kantonen bzw. im Idealfall eine kantonsübergreifende gemeinsame Spitalplanung, bei der vor allem der Bedarf, die Erreichbarkeit und das Qualitätsniveau im Vordergrund stehen.

Alexander Geissler ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Universität St. Gallen. Er beschäftigt sich mit Fragen zur Gesundheitsökonomie, Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung.

Mehr Informationen finden Sie auf: dialog.css.ch/spitalplanung

Einflussfaktoren der Bedarfsprognose

Die Bedarfsprognose soll die wesentlichen Faktoren, die Einfluss auf die Fallzahl und die Belegtage haben, auf Fallbasis berücksichtigen. Die Abbildung liefert einen schematischen Überblick über die Wirkungsmechanismen der verschiedenen Faktoren. Quelle: Krankenhaus-Report 2020



Toll!

Spitäter, so weit das Auge reicht. Das nenn ich mal ne tolle Versorgung.

Und die Qualität?

Aber was hast du von einem Spital gleich um die Ecke, wenn die Qualität nicht stimmt?

