



Protokoll der IPK-NWCH-Informationstagung 2018

«Einflussmöglichkeiten der Kantonsparlamente auf das Gesundheitswesen. Politik und Anbieter im Spannungsfeld zwischen Markt und Planung»

Datum	26. Oktober 2018
Ort	Grossratssaal Aarau
Anwesend	<p>Kanton Aargau: Roland Agustoni, Dieter Egli, Hansjörg Erne, Andreas Fischer, Doris Iten, Martin Lerch, Severin Lüscher, Sander Mallien, Bernhard Scholl, Renata Siegrist-Bachmann, Martina Sigg, Marlis Spörri, Rahela Syed, Walter Vega</p> <p>Kanton Basel-Landschaft: Rahel Bänziger, Andreas Bammatter, Anita Biedert-Vogt, Claudia Brodbeck, Peter Brodbeck, Thomas Eugster, Markus Graf, Felix Keller, Adil Koller, Heinz Lerf, Peter Riebli, Hans Rudolf Schafroth, Georges Thüring, Regina Werthmüller, Stefan Zemp</p> <p>Kanton Basel-Stadt: Catherine Alioth, David Jenny, Thomas Müry, Eduard Rutschmann, Daniela Stumpf, Kaspar Sutter, Joël Thüring, Heiner Vischer, Heinrich Ueberwasser</p> <p>Kanton Bern: Markus Aebi, Madeleine Amstutz, Ueli Augstburger, Stefan Costa, Anita Herren Brauen, Margrit Junker Burkhard, Ursula Marti, Walter Schilt, Meret Schindler, Christine Schnegg, Sarah Gabi Schönenberger, Barbara Streit-Stettler, Elisabeth Striffeler, Béatrice Stucki, Ursula Zybach</p> <p>Kanton Solothurn: Hans Büttiker, Karin Büttler, Karin Kälin, Peter Kyburz, Barbara Leibundgut, Thomas Marbet, Verena Meyer-Burkhard, Franziska Rohner, Christian Thalmann, Urs Unterlerchner, Felix Wettstein, Marie-Theres Widmer, André Wyss</p>
Referent(inn)en	Heinrich Ueberwasser, Uwe E. Jocham, Philippe Luchsinger, Anna Sax
Moderator	Mathias Küng
Protokoll	Georg Schmidt
Beilage	Foliensatz

Traktandenliste

1. Grussbotschaft von **Bernhard Scholl**, Grossratspräsident des Kantons Aargau
2. Begrüssung und Einleitung durch **Sander Mallien**, Mitglied des Grossrats des Kantons Aargau, Präsident der IPK Nordwestschweiz
3. **Heinrich Ueberwasser**, Dr. iur., Grossrat und Regio-Politiker BS, Mitglied IPK: «Ein Fall, der nicht hätte passieren dürfen – wenn die Versicherung die Spitalrechnung nicht bezahlt» (Input-Referat)
4. **Uwe E. Jocham**, Dr. h.c., Verwaltungsratspräsident und Direktionspräsident der Insel Gruppe: «Kostenfaktoren und Ertragslage einer Spitalgruppe»
5. **Philippe Luchsinger**, Dr. med., Präsident Hausärzte Schweiz (mfe): «Hausärztinnen als Rezept für ein bezahlbares Gesundheitswesen»
6. **Anna Sax**, lic.oec.publ. MHA, Leiterin Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen: «Bezahlen ohne Grenzen? Kantone als Handlungsträger und Gestalter»
7. Diskussionsrunde
8. Schlusswort des Präsidenten der IPK
9. Stehimbiss im Gewölbekeller des Grossratsgebäudes

1. Grussbotschaft von **Bernhard Scholl**, Grossratspräsident des Kantons Aargau

Bernhard Scholl begrüsst die anwesenden Parlamentarierinnen und Parlamentarier, namentlich Verena Meyer (SO), Renata Siegrist (AG), Stefan Costa (BE), Heiner Vischer (BS) sowie Peter Riebli (BL) als Vizepräsidentinnen/-präsidenten der Kantonsparlamente. Begrüsst werden auch die Referentin und die Referenten als wichtigste Akteure sowie der Moderator Mathias Küng.

Die Konferenz hat für die heutige Tagung ein sehr wichtiges, aber auch ungemein komplexes Thema gewählt. Es passt zeitlich – zumindest im Aargau – sehr gut: Gestern begannen die Anhörungen zum neuen kantonalen Spitalgesetz.

Der Titel der Veranstaltung lautet: «Einflussmöglichkeiten der Kantonsparlamente auf das Gesundheitswesen». Das ist ein wichtiges Thema – und es passiert etwas Erfreuliches: Zuerst wird das eigene Haus aufgeräumt, dann erst wird auf Bern gezeigt.

Die Bevölkerung stellt hohe Ansprüche an das Gesundheitswesen. Entsprechend viel wenden die Haushalte via Steuern, Krankenkassenprämien sowie direkt aus der eigenen Tasche für die Gesundheit auf. Doch angesichts der signifikanten Mehrausgaben in den letzten Jahren stellt sich zunehmend die Frage, ob den Kostensteigerungen mit einer Anpassung der Strukturen und mehr wettbewerblichen Steuerungsinstrumenten Einhalt geboten werden kann. Laut Avenir Suisse sind die jährlichen Aufwendungen für das Schweizer Gesundheitswesen im Jahr 2015 auf CHF 78 Mrd. gestiegen – eine enorme Zahl, Tendenz weiter stark steigend. Davon entfallen rund 35 Prozent auf die Spitäler – sie machen den mit Abstand grössten Kostenblock aus. Doch die Finanzierungsprozesse und die Qualität der überaus dichten Schweizer Spitallandschaft mit 188 Akutspitälern und -kliniken (zahlreiche davon im öffentlichen Besitz) sind nicht nur für Aussenstehende oft wenig durchschaubar.

Mit der 2012 eingeführten neuen Spitalfinanzierung hat der Bund Reformen für mehr Wettbewerb mittels Fallpauschalen und freier Spitalwahl angestrebt. Erfreulicherweise hat man mit dem neuen System die hohe Qualität erhalten bzw. sogar leicht steigern können. Aber die von vielen erhoffte nachhaltige Kostenstabilisierung ist nicht eingetreten.

Die aargauischen Gesundheitskosten sind im interkantonalen Vergleich unterdurchschnittlich. Sorgen bereitet aber die aussergewöhnlich hohe Wachstumsrate. In den vergangenen 20 Jahren sind die Pro-Kopf-Ausgaben in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gesamtschweizerisch um 4,0 Prozent jährlich gestiegen. Im Aargau beträgt die Steigerungsrate 4,7 Prozent pro Jahr. Die bereinigten Ausgaben des Kantons Aargau für die Gesundheit sind von 2008 bis 2015 von 728 Franken pro Einwohner auf 1306

Franken gestiegen (+79,5 Prozent). Haupttreiber dieser Entwicklung sind die stationären Spitalkosten (darum heisst es heute: «ambulant vor stationär»). Der Kostenanteil des Kantons gegenüber den Krankenkassen hat sich in den letzten Jahren massiv erhöht. Zwischen 2013 und 2017 stiegen die Kosten für den Kanton im Spitalbereich um CHF 130 Mio.

Man kennt auch die Mehrfachrolle der Kantone als Leistungsbesteller, Finanzierer, Aufsichtsverantwortliche und Erbringer von Spitalleistungen. Diese Mehrfachrolle ist einer der Gründe für die vielfältigen Interessenkonflikte. Über restriktive Aufnahmekriterien bei den kantonalen Spitalisten können die Kantone die eigenen Spitäler vor der Konkurrenz – auch über die Kantonsgrenzen hinweg – schützen. Auch nutzen manche Kantone die gemeinwirtschaftlichen Leistungen auf intransparente Weise, um den eigenen Spitalern versteckte Subventionen auszuzahlen (dieses Thema könnte vielleicht auch diskutiert werden). Damit wird der finanzielle Konkurrenzdruck ausgehebelt, der eigentlich mit der Einführung der Fallpauschalen – Stichwort Wettbewerb – beabsichtigt war.

Es wird spannend sein zu sehen, was für Lösungsansätze der heutige Tag bringen wird. Wir müssen handeln, um die Kosten in den Griff zu bringen. – Der Redner wünscht eine erfolgreiche Tagung.

2. Begrüssung und Einleitung durch **Sander Mallien**, Mitglied des Grossrats des Kantons Aargau, Präsident der IPK Nordwestschweiz

Sander Mallien begrüsst die Anwesenden ebenfalls herzlich. Die IPK Nordwestschweiz gibt es seit 40 Jahren. Sie basiert auf einer interkantonalen Vereinbarung aus dem Jahr 1978 (man soll sich aber nicht zu früh freuen – es gibt keinen Champagner; vielleicht wird dereinst das 50-Jahre-Jubiläum gefeiert). Die jährliche Konferenz dient dem gegenseitigen Informationsaustausch der Parlamente. Es gibt also die Möglichkeit des kantonsübergreifenden Austausches und der Vernetzung. Das Sekretariat der IPK kümmert sich um den nötigen Austausch mit dem Sekretariat der Nordwestschweizerischen Regierungskonferenz. Der IPK gehören die jeweiligen und die letztjährigen Ratspräsident(inn)en sowie die -vizepräsident(inn)en der fünf Kantone an sowie drei ständige Mitglieder aus jedem Kanton.

In der jüngsten Vergangenheit hat die IPK Themen wie den Finanzausgleich, den Fachkräftemangel oder die Herausforderungen beim Umbau des Energiesystems oder den Komplex Infrastrukturfinanzierung und -bewirtschaftung diskutiert. Letztes Jahr ging es um Erfolgsrezepte im Asylbereich (die berufliche und

soziale Integration von Personen mit Aufenthaltsperspektiven). Für nächstes Jahr werden gerne Anregungen entgegen genommen.

Wie man weiss sind Bildung und Gesundheit die mit Abstand grössten Kostenblöcke in den Kantonen. Dieses Jahr soll versucht werden, Hinweise zu finden, ob und wie die Kantonsparlamente Einfluss nehmen können. Aus Sicht von Kantonsparlamentariern werden viele Entscheide in Bern getroffen – und man hat öfters den Eindruck, dass gewisse Bundesparlamentarier den Versicherungen oder der Pharma-Industrie näher stehen als ihrem Heimatkanton. Wie alle wissen gilt die Maxime «Wer zahlt, befiehlt» im Gesundheitswesen nicht immer. Kostentreiber sind das Überangebot – und vor allem auch wir Konsumenten. Die Bedürfnisse stehen über dem Bedarf, Maximum geht vor Optimum. Fast alles ist möglich, niemand muss noch leiden, (fast) niemand darf noch sterben. Wie kann das weitergehen? Man versucht, Lösungsansätze herauszufiltern oder zu finden.

3. **Heinrich Ueberwasser**, Dr. iur., Grossrat und Regio-Politiker BS, Mitglied IPK: «Ein Fall, der nicht hätte passieren dürfen – wenn die Versicherung die Spitalrechnung nicht bezahlt»

Ergänzende Protokollierung zur Folien-Präsentation (Folien 5 bis 14):

Folie 5

Heinrich Ueberwasser bittet die Anwesenden, sich in folgende Situation zu versetzen: Sie haben eine Zusatzversicherung. Sie bekommen (was niemandem zu wünschen ist) eine schwerwiegende Diagnose, etwa Krebs. Eine tiefgreifende Behandlung steht an, z.B. eine lange Chemotherapie, danach eine schwere Operation. Ihr Spital rät zu raschem Handeln. Man führt verschiedene Gespräche, auch mit dem Chefarzt/der Chefarztin, in der die Diagnose erklärt wird (typischerweise im Beisein der Angehörigen), ebenso die Behandlungen mit den Auswirkungen auf Ihr Leben und die Frage, mit welchen Chancen Sie überhaupt rechnen können. Sie bekommen einen Ordner mit Unterlagen. Im Wartezimmer liegen nochmals viele Empfehlungen auf. In den Unterlagen zu Behandlung und Operation, die Sie bitte unterschreiben sollen, steht, dass es Ihre Sache ist, mit Ihrer Versicherung die Kostendeckung zu klären. Und in dieser Lage lesen Sie als Patient Meldungen wie jüngst diese (Folien 6 ff.): «Die freie Spitalwahl für Privatversicherte steht vor dem Aus».

Folie 8

Auf der Liste der nicht akzeptierten Spitäler finden sich die Zürcher Kliniken Im Park und Pyramide am

See sowie das Universitätsspital Basel (USB), das der Kanton Basel-Stadt vor der Gesundheitsreform mit vielen Mitteln entwickelt, ausgestattet und zu dem gemacht hat, was es heute ist.

Folie 12

Als der Redner sich ins Thema eingearbeitet hat, war der Gedanke: Das muss man eben analysieren. Die Realität des Patienten ist aber zunächst, dass ihm niemand Gewissheit geben kann. Das führt dazu, dass man überlegen muss, wie solch ein offener Streit sich für die Patienten auswirkt. Dieser offene Streit (oder mögliche künftige Streitfälle) sind unzumutbar für die Patientinnen und Patienten: Wer schwer erkrankt und vor einer einschneidenden Behandlung steht, will wenigstens rechtlich Klarheit haben und sich darauf verlassen, dass die Kosten angesichts der grossen Beiträge, die der Versicherung über Jahre und Jahrzehnte bezahlt wurden, im Wesentlichen übernommen werden.

Dass die Frage nicht geklärt ist, ist auch belastend für die Ärzte/Ärztinnen: Sie sollten sich mit dem Patienten/der Patientin (und den Verwandten) über die Krankheit unterhalten können, über die Bedeutung der Therapie sowie die Auswirkungen für das Leben. Wenn nun die Kostenfrage ungeklärt über der Behandlung lastet, dann erschwert dies die Möglichkeiten des Arztes, zu helfen. – Es ist verunsichernd für die nicht-kranken Zusatzversicherten, weil sie überlegen, ob sie sich eine Zusatzversicherung leisten wollen. Diese wird ohnehin unattraktiver – weil die Spitäler Wert darauf legen, dass die Behandlung in der allgemeinen Abteilung gleich gut ist und weil der Trend zu ambulanten Behandlungen geht (also weg von langen Spitalaufenthalten). Zudem werden die Zwei-Bett-Zimmer weniger. Auch Allgemeinversicherte haben also eine verbesserte Situation. Die Zusatzversicherung aber ist wichtig, weil sie ein Standbein der Finanzierung des Gesundheitswesens ist – sie ist mitentscheidend für Qualität und Infrastruktur des Gesundheitswesens in den Kantonen.

Die Situation ist letztlich auch schädigend für die Versicherungen selbst, weil sich die Kundschaft von ihrer Versicherung verlassen vorkommt. Es wird über die Patientinnen und Patienten entschieden, die weit weg sind von der Debatte, ihre Informationen in der Zeitung lesen – und sich selber orientieren sollen. Sie erhalten selbstverständlich Unterstützung von den Spitalern, wenn es darum geht, so etwas durchsetzen zu können – sie unterschreiben aber doch, dass die Verantwortung letztlich bei ihnen liegt.

4. **Uwe E. Jocham**, Dr. h.c., Verwaltungsratspräsident und Direktionspräsident der Insel Gruppe: «Kostenfaktoren und Ertragslage einer Spitalgruppe»

Ergänzende Protokollierung zur Folien-Präsentation (Folien 16 bis 33):

Folie 18

Die «Insel» existiert bereits seit 664 Jahren und geht zurück auf das Testament der Anna Seiler aus dem Jahr 1354, führt **Uwe E. Jocham** aus. Damit ist die «Insel» die älteste Gesundheits-Institution der Schweiz, die ohne Unterbruch bis heute (und hoffentlich noch lange) ihre Tätigkeit ausübt. Relativ neu ist die Insel Gruppe; sie existiert seit dem 1.1.2016 und ist aus einer Fusion des Insel-Spitals mit dem Spitalnetz Bern entstanden.

Folie 19

Das bescheidene Ergebnis 2017 würde die Herausforderung, die man als Spitalgruppe seit 2012 hat (alle Investitionen in Infrastrukturen müssen selbst erwirtschaftet werden) nicht ermöglichen.

Folie 20

Der vergleichsweise hohe Anteil an Deutschen (gegenüber den allgemeinen Bevölkerungsanteilen) ist in den Gesundheitsberufen (Ärzte, Pflegekräfte) begründet. – Die Insel Gruppe ist der grösste Anbieter im Bereich der Gesundheitsbildung im Kanton Bern.

Folie 21

Die Insel Gruppe hat sich nach einer etwas turbulenten Phase im 2017 mit einer neuen Führung und einer neuen Direktion neu ausgerichtet. Im August 2018 erhielt die Gruppe eine neue Vision, eine neue Mission – und einen neuen Wertekanon. Die Werte sind sehr stark auf die Menschen bezogen (Mitarbeitende, Patienten, weitere Anspruchsgruppen) – sie spiegeln sich auch in den strategischen Zielen der Gruppe [Folie 31].

Folie 22

Der geringe Ertrag für die Weiterbildung der Assistenzärzte/-ärztinnen (1 Prozent) ist nicht kostendeckend. Das bedeutet: Man bildet aus – und Dritte werben dann die hoch ausgebildeten Mitarbeitenden ab. Man trägt also eine Last für die andern Spitäler. – Bei den Übrigen betrieblichen Erträgen machen der medizinische Bedarf 7 Prozent, die Analysen 2 Prozent und stationäre Zusatztaxen 2 Prozent aus.

Folie 23

Angesichts permanent steigender Kosten muss man sagen: Die Tarife für die erbrachten Leistungen sinken seit 2012 [obere Linie: universitäre Gruppe; unten: übrige Spitäler]. In den letzten sechs Jahren ist

somit eine Ertragsreduktion von über CHF 50 Mio. zu verzeichnen – das ist eine Herausforderung.

Folie 24

Alleine die 250 hochdefizitären Fälle, die natürlich in einem Uni-Spital anfallen, schaffen eine hohe Unterdeckung (CHF 15 Mio. bei einem Umsatz von CHF 1,5 Mrd.).

Folie 25

Die Anpassung per 1.1.2018 dürfte die «Insel» mit etwa CHF 10 Mio. Zusatzverlust belasten. – Ein Taxpunktwert (TPW) von 1,16 wäre kostendeckend gewesen. Insgesamt wurden 2010/2015 CHF 50 Mio. in Tarmed an die Versicherungen zurückbezahlt. Seit dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts herrscht ein vertragsloser Zustand – diese Unsicherheit ist eine Belastung für alle Teilnehmer im Gesundheitswesen (wie vom Vorredner angesprochen); für die Spitäler in besonderem Mass.

Folie 26

Jede ambulante Tätigkeit erwirtschaftet einen Verlust – das ist ein schweizweites Problem. Mit dem starken Wachstum des ambulanten Bereichs wird die Unterdeckung der Spitäler immer grösser. Die Herausforderung ist, die Strukturen anzupassen; dessen ist man sich bewusst – wenn man aber die Investitionen selber stemmen muss, hat man ein wirkliches Problem.

Folien 27/28

Das Problem in der Kindermedizin ist nicht die stationäre, sondern die ambulante Versorgung. Dort gibt es keinen spezialisierten Kinderarzt (analog z.B. HNO-Arzt für Erwachsene). Die gesamte Spezialisierung wird somit in den Spitälern geleistet – was zu einem strukturellen Defizit führt. – Dabei gibt es im Spital nur noch wenige Bereiche, welche die Verluste kompensieren (quersubventionieren) können.

Folie 29

Die Summe von CHF 95 Mio. für Lehre und Forschung ist seit über einem Jahrzehnt praktisch unverändert, obwohl in diesem Bereich ein Wachstum stattfand. Man hat die Herausforderung, die Qualität trotzdem aufrecht zu erhalten bzw. weiterzuentwickeln. Die Erträge für die Weiterbildung der Assistenzärzte (CHF 10 Mio.) ist in andern Kantonen viel höher – man hat auch hier grosse interkantonale Unterschiede. – Der «Rest» von CHF 1,8 Mio. wird für Schwangerschaftsberatung, Kinderschutzstelle und die Koordination Organspenden aufgewendet.

Folie 30

Die Kosten für die Arzneimittel liegen unter 10 Prozent (Kostengruppe Medizinischer Bedarf). Der Übrige Betriebsaufwand umfasst u.a. 6 Prozent Verwaltung und IT oder 1 Prozent für Lebensmittel/Haushalt (Hotellerie/Restaurant). – Die Investitionen, die in den

nächsten Jahren die Milliardengrenze überschreiten werden (u.a. neues Bettenhochhaus; mehr als CHF 550 Mio.), müssen wie gesagt seit 2012 selbst finanziert werden.

Folie 31

Die Patientenorientierung ist – auch bei schweren finanziellen Belastungen – das treibende Element. Das gilt auch für die Qualität. Da muss man mehr Fokus darauf geben. Persönlich wichtig ist auch der Blick auf die Mitarbeiter/innen – sie machen den Erfolg aus. Im IT-Bereich will man eine Vorreiterrolle übernehmen (Telemedizin, ambulante Nutzungsmöglichkeiten). Punkto Innovation wird in wenigen Monaten ein Translationszentrum eröffnet (sitem Insel).

5. **Philippe Luchsinger**, Dr. med., Präsident Hausärzte Schweiz: «Hausärztinnen und Hausärzte als Rezept für ein bezahlbares Gesundheitswesen»

Philippe Luchsinger dankt für die Möglichkeit, das laufende Image-Projekt vorstellen zu können. – Es wurde zuvor gesagt, dass der Bund relativ viel macht. Die Unterstützung erfolgte im Rahmen des Masterplans im Hinblick auf die Abstimmung zum Gegenvorschlag zur Hausarztinitiative – da haben die Hausärzte profitiert. Von den Kantonen und Versicherungen erfährt man relativ wenig Support. Die Image-Kampagne richtet sich darum an die Kantone.

Ergänzende Protokollierung zur Folien-Präsentation (Folien 35 bis 48):

Folie 35

Der Titel «Hausärztinnen» illustriert, dass die Zukunft auch in diesem Bereich weiblich ist. Man wird mehr Hausärztinnen als -ärzte haben. – Das Kürzel MFE heisst «Médicins de familles et d'enfants».

Folien 36/37

Man arbeitet daran, dass es wieder mehr Hausärzte gibt; dass die Freude an diesem Beruf grösser wird. Wenn man den Nachwuchs ansieht, kann man sagen: Hausarzt sein ist wieder sexy – dank der Image-Arbeit der letzten Jahre. Man wird es vermutlich hinbekommen, dass die hausärztliche Versorgung gewährleistet ist – dies kann man aber nicht alleine leisten.

Folie 38

Die hausärztliche Betreuung ist offensichtlich besser als jene des Spezialisten. Man muss aber attestieren, dass letzterer die schweren Fälle hat. Es braucht eine hausärztliche Betreuung, wenn man alle Leute in ihren jeweiligen Situationen erfassen will.

Folie 39

Die Heilungsdauer bei Rückenschmerzen ist überall etwa gleich lang – der Aufwand ist aber nicht überall gleich gross. Am günstigsten fährt man, wenn man weiss, dass es wieder gut wird (dann weiss man, was man machen muss). Die zweitgünstigste Variante ist der Gang zum Hausarzt. Denn die Studie zeigt: Im Spital oder beim Spezialisten werden die Kosten deutlich höher – weil viel mehr Abklärungen getätigt werden (und der Spezialist die Leute häufiger hospitalisiert). Man hat untersucht, wer den Job wie gut macht. Ein Hausarzt hat gewisse Erfahrungen, er arbeitet schneller und günstiger. Der höhere Balken [auf der Folie] zeigt die Kosten, wenn man auf einer Notfallstation einen Assistenz- und einen Oberarzt hat – die Kosten resultieren, weil sie mehr Abklärungen tätigen; weil sie mit Unsicherheiten (welche beim Hausarzt zum Geschäft gehören) weniger gut umgehen können. – Punkto Notfallstationen: Es gibt neue Konzepte mit vorgelagerten Notfallstationen: Man versucht dabei, eine Win-win-Situation zwischen Hausärzten und Spitälern hinzubekommen.

Folie 40

Die Schweiz hat bei der Behandlung von akuten Herzinfarkten eine Spitzenposition (kurze Wege, schnelle Interventionen, gute Ausbildung, grosse Kapazitäten). Es gibt aber Länder, die gleich gut arbeiten – dies aber günstiger tun.

Folie 41

In den günstigeren Vergleichsländern hat der Hausarzt eine stärkere Position (Triage, Behandlung, Überweisungen). OECD-Daten zeigen: Hausarztbasierte Systeme haben eine höhere Qualität als jene, in denen nur Spezialisten oder Spitäler arbeiten. – Die wichtige Aussage der Image-Kampagne lautet: Ein Hausarzt löst ein Problem zu 94 Prozent selbstständig. Die entsprechende Studie untersuchte drei Monate lang jede Konsultation und jede Überweisung von 40 Ärzten aus dem Raum Zürich. Es gab 47 000 Konsultationen, in denen 800 verschiedene Probleme angesprochen wurden. Pro Konsultation wurden 1,7 Probleme angeschaut; bei den über 80-Jährigen sogar über zwei Probleme pro Konsultation.

Folie 42

In Dänemark und den Niederlanden hat man (halb-)staatliche Systeme. Man geht zuerst zum Hausarzt, der wenn nötig überweist. In den Niederlanden z.B. gibt es keine Möglichkeit, selbstständig zum Spezialisten zu gehen. Man muss aber auch sagen: Es gibt dort keine Spezialisten in der freien Praxis; sie sind alle in den Spitälern. Gleiches gilt auch für die Notfälle: Diese werden von Hausärzten in der Praxis und nachts in speziellen Institutionen behandelt – sie kommen erst nachher ins Spital. Es gibt keinen direkten Zugang zum Spital. In Dänemark ist es ähnlich.

Folie 44

Bei der Förderung der Studienplätze in der Medizin gab es einen grossen *Rutsch*, Bern hat sehr viel gemacht (100 Studienplätze mehr). Auch die andern Kantone arbeiten daran. So gibt es neue Studiengänge in St. Gallen, Luzern, Fribourg – im Tessin wird ein solcher noch eingeführt. Mehr Studierende bedeuten aber nicht mehr Hausärzte. Daran muss man ebenfalls arbeiten – und den Hausarzt ins Studium integrieren. Die Universitäten lassen sich nur ungern dreinreden – manchmal kann man mit Geld etwas erreichen. Beispiel Zürich: Ein Institut für Hausarztmedizin war in der Fakultät nicht gerne gesehen. Es brauchte eine Initiative im Kantonsrat, damit das Institut überhaupt gegründet wurde. Man hat also auch als Parlamentarier die Möglichkeit, um Einfluss zu nehmen.

Folie 45

Die Hausärzte müssen als Lehrer ausgebildet und entsprechend entschädigt werden. Zwei Kantone haben etwas Mühe mit der Praxisassistenz (BE, AG); sie machen den Hausärzten das Leben schwer, weil die Unterstützung für die Praxisassistenz reduziert wird. – In zwei Ländern in Europa kann man eine Hausarztpraxis eröffnen, ohne je zuvor in einer Hausarztpraxis gewesen zu sein: in der Türkei und in der Schweiz. Daran sollte man etwas ändern. – Solothurn gibt den Hausärzten eine Aufgabe im Spital (Aargau kennt dies bereits). Das ist natürlich sehr zu begrüssen. Der Hausarzt, der Teil des Spitals ist und im Spital mitarbeitet (zwischen 20 bis 80 Prozent), ist sehr wichtig: Er geht mit der Visite mit und kann im Gespräch mit dem Patienten einbringen, was draussen läuft. Solche Modelle sind auch wichtig, um den Assistenzärzten zu zeigen, was draussen passiert, wenn sie den Patienten entlassen; aber auch, um dies den Chef- und Oberärzten zu zeigen. – Punkto Teilzeit müssen sich auch die Spitäler ihre Gedanken machen. In den Praxen wird viel Teilzeit gearbeitet – das funktioniert gut.

Folie 46

Man muss wissen, welches Geld wofür gebraucht wird. Welche Entwicklungen gibt es? Was muss man abdecken? Das leistet die Versorgungsforschung

Folie 47

Der Gemeindeverband hat gemerkt, dass es punkto Grundversorgung langsam eng wird. Er kam letztes Jahr auf den Hausärzterverband zu. Seither besteht eine Arbeitsgruppe (Gemeindeverband, Apotheker, Spitex, Heime, mfe). Solche Überlegungen sollten auch im Kanton stattfinden. – Man muss die Last der weniger werdenden Hausärzte auf mehr Schultern verteilen – andere Berufe (Pflege, Spitex, MPA, Apotheker) müssen eingebunden werden. Die Änderungen im Medizinalberufegesetz lassen den stärkeren Einbezug der Apotheker zu. – Belgien hat in grösseren

Ortschaften ein innovatives Projekt mit Gesundheitshäusern gestartet – dort sind alle diese Professionen unter einem Dach. Das schafft kurze Wege und die Kompetenzen sind am richtigen Ort. In der Waadt wird dies teilweise auch schon gemacht.

6. **Anna Sax**, lic.oec.publ. MHA, Leiterin Gesundheitsamt Kanton Schaffhausen: «Bezahlen ohne Grenzen? Kantone als Handlungsträger und Gestalter»

Die Gesundheitskosten machen einen hohen Anteil an den Kantonsbudgets aus, erklärt **Anna Sax**. Man hat in der Gesundheitsversorgung oftmals gebundene Ausgaben (Anteil Spitalrechnungen) – das muss man schlicht zahlen. Da gibt es nur ein Mittel: dass die Leute weniger ins Spital gehen. Auch die Prämienverbilligungen müssen von den Kantonen bezahlt werden – ebenso die Pflegekosten, die EL etc. Hier kann man (mindestens kurzfristig) nicht sparen. Das kann dazu führen, dass man sich der Kostenentwicklung ausgeliefert fühlt: Man ist quasi der Zahl-August, der aber nichts gestalten kann – ein solches Gefühl ist oft bei Parlamentarierinnen und Parlamentariern zu spüren.

Ergänzende Protokollierung zur Folien-Präsentation (Folien 50 bis 77):

Folie 53

Die Ausgaben haben sich seit 1996 (Einführung KVG) verdoppelt – von CHF 40 auf 80 Mrd.

Folie 54

In Relation zum BIP sieht die Situation etwas weniger dramatisch aus – mindestens bis 2012. Das Wachstum der letzten Jahre wird sich vermutlich fortsetzen, weil die Babyboomer langsam ins Alter kommen – die höchsten Gesundheitskosten fallen bekanntlich am Lebensende an. Ein Absinken des BIP-Anteils ist nicht sehr realistisch.

Folie 55

Die Schweiz hat hohe Gesundheitsausgaben – das Land ist aber auch reich und hat ein hohes BIP.

Folie 56

Der Staatsanteil wird zu 86 Prozent von den Kantonen berappt. Sie zahlen damit etwa 15 Prozent der Gesundheitsausgaben (CHF 12 Mrd.) – hauptsächlich in der Spitalfinanzierung. Im Bereich OKP sind auch die Prämienverbilligungen drin, welche ebenfalls der Kanton (etwa zur Hälfte – je nach dem) finanziert; da kommen sicher nochmals CHF 1,5 bis 3 Mrd. dazu. Bei den Selbstzahlungen ist die Schweiz einmalig hoch im europäischen Vergleich. Das muss man bei der Diskussion zur Selbstverantwortung berücksichtigen. Es geht in der Gesundheitsfinanzierung auch um eine Verteilungsfrage – man hat einkommensunabhängige

hängige Prämien und eine einkommensabhängige Steuerfinanzierung – also: Je höher der Staatsanteil, desto sozialer die Finanzierung.

Folie 57

Die KK-Prämien sind stetig gewachsen in den letzten 20 Jahren – das ist, was die Leute als Kostenexplosion wahrnehmen. Der Staatsanteil ist auch gestiegen – bis etwa 2012, seither ist er leicht rückgängig. Das könnte mit der neuen Spitalfinanzierung, mit der DRG zu tun haben: Die stationären Spitalkosten sind nicht mehr so stark gestiegen – was Auswirkungen auf die Aufwendungen der Kantone hatte (dies kann aber auch mit Kürzungen bei den Prämienverbilligungen zu tun haben, die in vielen Kantonen stattgefunden haben). Zurückgegangen sind die Privatversicherungen – die Gründe hat man teils von Heinrich Ueberwasser gehört. Auch die Selbstzahlungen sind anteilmässig eher zurückgegangen.

Folie 59

Man erkennt gewisse Widersprüche und Interessenskonflikte der Kantone.

Folie 62

Die GDK ist eine Art Lobby-Organisation der Kantone. Beispielweise in der Frage der einheitlichen Finanzierung von ambulantem/stationären Bereich. Die Kantone können den ambulanten Bereich (anders als den stationären Bereich – Spitalfinanzierung) nicht mitsteuern und wollen darum auch nicht zahlen. In der Vernehmlassung zur sogenannten Monismus-Vorlage haben sie sich entsprechend geäußert. Ein Punkt ist auch die Rechnungskontrolle, die auch bei den Kantonen (nicht nur den Krankenkassen) liegen soll – gemäss aktueller Planung des Bundes würden CHF 8 Mrd. pro Jahr von den Kantonen zu den Krankenkassen umgeleitet; ohne dass die Kantone dazu etwas sagen können. – Die Krankenversicherer haben sich beim Bundesverwaltungsgericht durchgesetzt: Sie müssen die Materialien bei Spitex und Pflegeheimen nicht (oder nur unter bestimmten Umständen) mitfinanzieren. Jetzt müssen die Kantone dies übernehmen, teils auch die Gemeinden. Die ganze Kostensteigerung in der Pflege bleibt an den Kantonen hängen.

Folie 63

Die Leistungsaufträge sollten so vergeben werden, dass die Leistungen effizient und in einer guten Qualität erbracht werden – es muss nicht jedes Spital alles machen. Man muss zudem nicht alles im eigenen Kanton machen. Bei der Zulassung der Ärztinnen und Ärzten gibt es einen gewissen Handlungsspielraum – es stellt sich aber die Frage, ob jeder Kanton dies einzeln regeln muss. Und: Wie bestimmt man überhaupt, wann man genug Ärzte hat? – Die interprofessionelle Zusammenarbeit kann die Wirtschaftlichkeit verbessern. – Für kleine Kantone ist die Zusammenarbeit über die Grenzen hinweg ein grosses Thema – sie können schlicht nicht alles selber machen (SH holt in ZH viel Knowhow ab).

Folien 64/65

Die meisten Kantone planen per 2022 eine neue Spitalliste. SH arbeitet in der ersten Etappe eng mit ZH zusammen. ZH macht die Versorgungsplanung auch für SH. SH wird bei der Ausschreibung der Leistungsverträge und den Bewerbungsverfahren wieder selber den Lead übernehmen; natürlich auch bei der Spitalliste – ZH erlässt bei den Mindestfallzahlen etc. Vorschriften, welche das SH-Spital, das man unbedingt erhalten will, in die Bredouille bringen könnte. Es wird spannend sein, wie SH mit den ZH-Qualitätsvorgaben und Fallzahlen umgeht, wenn es um die SH-Spitalliste geht.

Folie 66

Man wird ab 2019 sehen, ob sich die erweiterte Liste der Kantone aufrecht erhalten lässt – oder ob man sich dem Bund anpassen soll/muss bzw. ob es 26 Lösungen braucht.

Folie 67

Die Folie zeugt die starken Unterschiede, wenn man nur schon den Bund sowie ZH und SH anschaut.

Folie 68

Die Definition der gemeinwirtschaftlichen Leistung im KVG lässt sehr viel Interpretationsspielraum offen, was die Kantone als GWL definieren respektive wo die Subvention anfangen. Es gibt denn auch grosse Unterschiede zwischen den Kantonen. SH zahlt Beiträge z.B. an die ambulante Psychiatrie, an den Sanitätsnotruf oder (wie in allen Kantonen) an die Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegepersonal. Es gibt aber auch Dinge wie die Pflege des Spitalparks oder eine Kita, die mitfinanziert werden.

Folie 69

Die Rednerin kommt auf andere (tiefere) Zahlen als der Studienautor Stefan Felder. Die Riesenunterschiede sind aber evident.

Folien 70/71

Viele Ärzte haben keine Freude an der Zulassungsregelung, welche der Bund treffen will. Das wurde inzwischen aber wieder verschoben (einmal mehr) – weil man abwarten muss, wie die Monismus-Vorlage abschneidet. – Heute können die Kantone den Bedürfnisnachweis verlangen. Das heisst: SH nimmt mit der Ärztesgesellschaft Kontakt auf und fragt, ob es noch einen weiteren Arzt braucht oder ob die Konkurrenz zu gross wird, wenn man nochmals einen Augenarzt zulässt etc. Das läuft pragmatisch; es ist aber teils auch nicht anders möglich.

Folie 72

Bei den genannten Strategien sind die Kantone unterschiedlich weit in der Umsetzung. Wenn sie konsequent umgesetzt werden, ist viel Potenzial für eine wirtschaftlichere Gesundheitsversorgung zu sehen. Man kann sicher viele unnötige Spitaleinweisungen vermeiden.

Folie 74

Bei der Sicherstellung der Grundversorgung ist auf das Lobbying von Philippe Luchsinger zu verweisen. SH richtet eben eine Fachstelle zur Förderung der Hausarztmedizin ein; sie soll Hausärzte in den Kanton locken. Kanton, Ärztesgesellschaft, Heim, Spitex sind dabei – aber auch das Spital: Es soll ein Curriculum zur Ausbildung von Hausärzten ausarbeiten. Es wird sich nun zeigen, ob die Fachstelle im Budgetprozess reüssiert. – Mit einer erweiterten Spitex (Kinder-Spitex, Onko-Spitex) kann das stationäre System entlastet werden. – Vielleicht muss man sich damit abfinden, dass die Gesundheitskosten in Zukunft steigen werden – auch für die Kantone.

7. Diskussionsrunde

Mathias Küng will mit dem Beispiel von Heinrich Ueberwasser beginnen – jenem Patienten mit Zusatzversicherung, der zwischen Stuhl und Bank gefallen ist, weil sich Versicherung und Spital nicht einig waren. Ist dieses Problem bei der Referentin und den Referenten auch schon auf dem Tisch gelandet? Was muss man da machen?

Als Quereinsteiger ist **Uwe E. Jocham** mit der Problematik noch nicht so tief verbunden, als dass eine kompetente Auskunft möglich wäre. Die Problematik der Zusatzversicherungen ist als wichtiges Element zu sehen – es ist ein Teil der Finanzierung. Wenn die Sonderstellung der Zusatzversicherungen verloren geht, fällt ein Finanzierungselement für das Gesundheitssystem weg. Die Sicherheit der Patienten in Bezug auf die Erstattung ist enorm wichtig. Es muss so sein, dass man im Prinzip die Sicherheit hat, dass die Kosten übernommen werden, wenn man einen Fall hat. – Aus eigener Erfahrung ist zu sagen: Das Universitätsspital hatte eine lange Zeit mit einem vertragslosen Zustand, was nicht direkt den Patienten, sondern die Spitäler bzw. die entsprechenden Tarife anging. Dort kumulieren die Risiken für eine Gruppe wie die «Insel» sehr schnell in der Grössenordnung von Hunderten von Millionen. Als der Redner die Spitalgruppe letztes Jahr übernommen hat, war man in dieser Situation. Nur durch Intervention und gute Verhandlungen kam es zu einem Vertragsabschluss – das hat die Unsicherheiten für das Spital beendet. Genauso wichtig ist die Planungssicherheit für die Patienten – darum muss man das angehen.

Anna Sax war selber noch nie mit einem solchen Fall konfrontiert. Man könnte salopp sagen: Das geht uns nichts an. Weil man den Kantonsanteil zahlt. Aber selbstverständlich ist es ein Aspekt der Gesundheitsversorgung, den man im Auge haben muss. Wenn man Spitäler mit Privatpatientinnen und -patienten hat, müssen sie entsprechend gut versorgt sein.

Man hat seit der Einführung des KVG in der ambulanten Medizin keine private Versicherung mehr, sagt **Philippe Luchsinger**. Die Problematik ist insofern

nicht akut. Es gibt aber Patienten, die mit Fragen kommen. Das angeführte Beispiel hat mit dem Versicherungsvertragsgesetz zu tun, weil die Kontrolle nun an einem andern Ort ist und die Kontrolleure der Finma den Versicherungen mehr auf die Füsse stehen als dies zuvor der Fall war. Die Versicherungen müssen anfangen, ihre Strukturen zu verändern. Das hat dann einen Rattenschwanz an Folgen – das Beispiel illustriert, dass die Helsana neue Versicherungsmodelle anbietet; dass sie dabei bestimmt, welche Spitäler dabei sind. Das muss man eben diskutieren. – Was man den Patienten sagen muss: Sie müssen die Verträge, die sie unterschreiben, gut lesen.

Mit den zwölf Seiten Kleingedrucktem, ergänzt **Mathias Küng**. – Im Vortrag von Uwe E. Jocham wurden viele Themen angesprochen, die sich auch im Aargau aktuell stellen: namentlich die Frage, warum ein Spital mit einem riesigen Umsatz und vielen Angestellten nur einen ganz kleinen Ertrag hat – und daraus eigentlich die Erneuerung des Spitals zahlen müsste. Im Aargau sind die beiden grossen Spital an dieser Arbeit. Das Kantonsspital hat auch nur einen minimalen Ertrag. Welche Ansätze gibt es, um dieses Problem anzugehen? Als Kantonsvertreterin dürfte Anna Sax daran liegen, dass das eigene Spital rentiert – ohne dass die Tarife zu hoch sind (weil der Kanton mitzahlt). Zudem soll am besten alles vom Spital selbst finanziert werden. Wie wird das gelöst?

Es sind in der Tat verschiedene Hüte, die der Kanton trägt, bestätigt **Anna Sax**. Der zuständige Regierungsrat ist auch Mitglied des Spitalrats. Das Grundproblem – gesprochen als Gesundheitsökonomin – ist, dass die Investitionen in der Fallpauschale enthalten sind. Die Spitäler müssen aus den Erträgen, die sie über Fallpauschalen erwirtschaften, die Investitionen refinanzieren. Das bedeutet, dass sie einen Wachstums- und Gewinndruck haben, der weniger stark wäre, wenn man wie vor 2012 sagen würde, dass die Kantone die Investitionen übernehmen. Das würde natürlich bedeuten, dass man vielleicht an einem andern Ort Abstriche machen müsste. – Es ist ein Grundproblem, das die Spitäler zum Wachstum und in die Konkurrenz zwingt; mit der Folge, dass alle aus- und neu bauen; dass ein Wettrüsten entstanden ist.

Einige Kantone haben die Spitäler *nigelnagelneu* hingestellt, bevor die neue Spitalfinanzierung gekommen ist, sagt **Mathias Küng**. Im Aargau hat man das nicht gemacht – jetzt müssen die Spitäler alles selber stemmen. Wie wird das in Bern gelöst?

Die Vorhaben sind kein Wettrüsten, sondern Infrastrukturersatz, betont **Uwe E. Jocham**. Die sehr langfristigen Investitionen, die derzeit in Planung sind (und teils schon vor zehn bis 15 Jahren in die Planung gestartet sind) und in den Jahren 2025 bis 2035 realisiert werden sollen, sind Ersatzinvestitionen für bestehende Infrastrukturen. Sie generieren Investitionen in Milliardenhöhe. Das ist Teil des Business-Plans.

Das will man nicht wieder abgeben – man sieht das als Teil der Aufgabe. – Wo man aber derzeit Probleme sieht: Mit den entsprechenden Tarifen insbesondere im ambulanten Bereich generiert man schlichtweg Verlust. Da gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder die Tarife werden angepasst – oder man passt die Kostenstrukturen an. Letzteres ist klar die Kernherausforderung. Man ist da dran. Man kann ja auch seit Monaten (teils nicht korrekte) Schlagzeilen darüber lesen. Die «Insel» hat ein sehr schwieriges Jahr hinter sich. Schlussendlich aber ist der Kostendruck real – wie in vielen andern Spitälern auch; da ist man nicht alleine. Das gilt auch für die Privatspitäler, welche ihr Patientengut sehr viel elektiver handhaben können; weswegen sie ihre Kostenstrukturen in der Regel deutlich besser im Griff haben als universitäre Einrichtungen, die ihre ganze Effizienz mit ihren – wie aufgezeigt – Hochdefizitfällen zu verlieren drohen.

Langer Rede kurzer Sinn: Es ist nicht zu sehen, dass es einen politischen Handlungsbedarf bezüglich der Infrastrukturfinanzierung gibt. Es wurde richtig gesagt: Das ist Teil des Gesamtfinanzierungssystems – das soll es auch sein. Man will das aus eigener Kraft schaffen. Dafür sind dann aber Massnahmen notwendig, bei denen die Kantone mithelfen können. Ein Beispiel – das Thema Notfallversorgung (24/7): Es gibt Kantone, wo diese Notfallversorgung sozusagen reduziert wird; wo man die Vorhalteleistungen auf ein finanzierbares Mass zurückfährt. SG ist ein Beispiel. Das alleine würde enorm helfen, um solche strukturellen Herausforderungen finanzieller Art leisten zu können. Insofern: Man hat gemeinsam Aufgaben und kann sie so auch meistern. Teils ist man aber durch die Anforderungen eingeschränkt in den Möglichkeiten, zu reagieren.

Philippe Luchsinger kann nichts zur DRG-Geschichte sagen. Das sind Berechnungen, mit denen die Hausärzte nichts zu tun haben. Man hat auch das Fachwissen nicht. – Ursprünglich waren Spitäler für stationäre Aufenthalte gemacht. In den letzten 20 Jahren haben sie aber massiv im ambulanten Bereich ausgebaut – und dabei Strukturen aufgebaut, welche offensichtlich nicht kostendeckend sind. Vielleicht müsste man überlegen, ob die Strukturen zu Recht so ausgebaut wurden. Die Idee war natürlich, dass man mit dem ambulanten Teil Patienten für den stationären Bereich generieren kann. Wenn nun aber die Kosten nicht gedeckt sind, wäre zu überlegen, ob die Strukturen nicht anders aufgebaut werden müssten. Da schliesst sich das Angebot der Hausärzte zur Kooperation an.

Das ist wohl in allen Kantonen eine brennende Aktualität, sagt **Mathias Küng**. Die aargauische Gesundheitsdirektorin hat tags zuvor eine Spitalgesetzrevisión vorgestellt, wovon sie sich hohe Einsparungen erhofft – mit noch mehr ambulanter anstatt stationärer Behandlung. Jetzt hat man von Uwe E. Jocham gehört, dass dies nicht kostendeckend ist. Da öffnet sich eine Schere – und die Kantone wollen die Schraube immer weiter anziehen. Wie geht ein Spital-

Verwaltungsratspräsident mit der Erwartung um, dass die Leute möglichst am gleichen Tag wieder nach Hause können; und seine Kosten nicht gedeckt sind?

Uwe E. Jocham spricht von einem Strukturwandel, dem man sich stellen muss. Man ist in der Situation, dass der Strukturwandel sozusagen vorweg springt – und man hinterher reagieren muss. Es ist sicher korrekt, dass die Strukturen ursprünglich für die stationäre Versorgung aufgebaut wurden. Man ist heute teils in Zwischenphasen. Auch die «Insel» hat Bereiche, die bereits auf die Ambulantisierung ausgerichtet sind. Dort erwirtschaftet man Erträge. In andern Bereichen ist das nicht der Fall. Deswegen ist dieser Mix so negativ. Man hat aber auch gesehen: Es betrifft alle Spitäler. Sie müssen auch alle reagieren. Das ist eine von vielen Hausaufgaben. Zunehmend ist es ja auch so, dass im stationären Bereich die Abdeckung nicht in allen Bereichen vorhanden ist. In den vielen Kliniken, die man hat, ist nur noch ein kleinerer Teil in sich selbst profitabel – wenn man sie als *Cost- oder Profitcenter* sieht, wie das strukturell noch so gehandhabt wird. Die Mehrzahl ist in sich selbst strukturell defizitär. So kommt ja auch das Gesamtergebnis zustande. – Was dem Redner am Herzen liegt: Man spricht über die Kostensituation. Es wurden zuvor Beispiele genannt – etwa der akute Herzinfarkt. Man konnte sehen, dass die Schweiz mit 8000 Euro schliesst, Norwegen mit 6500 Euro sowie andere Länder mit 5000 Euro pro Jahr. Das waren ja die Gesamtgesundheitskosten. Da muss man zwei Dinge sehen: Einerseits – man hat es bei Anna Sax gesehen – hat das Schweizer Gesundheitssystem nach den USA den höchsten Anteil am BIP. Das heisst, die Gesamtbevölkerung ist sozusagen in dieser Höhe mit integriert. Und wenn man auf der andern Seite solche Kostenvergleiche über Ländergrenzen hinweg anschaut: Viele Dinge des täglichen Lebens haben ja noch viel höhere Differenzen (ein Rindsfilet kostet in Australien im Vergleich viel weniger als in der Schweiz). Man kann auch den BigMac-Index nehmen, wo die Schweiz weit über den USA liegt: Man hat dort viel höhere Differenzen. Wenn man also solche Ländervergleiche macht, muss man im Prinzip auch zur Kenntnis nehmen, dass man hier eine immense Kaufkraft hat; wenn man von absoluten Zahlen ausgeht.

Insofern ist es wichtig, dass man den Fokus darauf hat, das Gesundheitssystem nachhaltig in die Zukunft zu entwickeln. Da müssen alle Teilnehmer – und die Spitäler genauso – daran arbeiten, dass eine nachhaltige Finanzierung aufrechterhalten werden kann. Das heisst: Die Qualität an Leistung, die man bietet und die nachgefragt wird, soll so aufrechterhalten werden, dass es bezahlbar bleibt. «Bezahlbar» heisst: Die Institutionen müssen sich im Prinzip selber tragen können – dazu müssen die Spitäler die Kosten im Griff haben; man muss aber auch eine Abgeltung haben, die es ermöglicht, diese Kosten gesellschaftlich zu tragen. Das ist dem Redner ein Anliegen. Man schaut oft auf bestimmte Einzelpunkte – und vergleicht dann nicht im Kontext der Gesamtsituation.

Mathias Küng will von Anna Sax wissen, wie sie mit der Situation umgeht, dass man viel tiefere Kosten generieren kann, wenn man ambulant statt stationär behandelt – und die Kliniken handkehrum Defizite machen (zumindest in der jetzigen Situation).

Man spart tatsächlich insgesamt Kosten, wenn man die Behandlung in den ambulanten Bereich verlagert, sagt **Anna Sax**. Aus Sicht des Kantons muss man sagen, dass es im KVG das Wirtschaftlichkeitsgebot gibt. Da ist es eigentlich eine Selbstverständlichkeit, dass man Behandlungen, die man ambulant vornehmen kann, nicht stationär macht – letzteres ist nicht wirtschaftlich und bringt gesundheitlich nichts. Man hat die schön bunte Folie von Philippe Luchsinger gesehen [Folie 43]. Die dort gezeigten Kosten- und Finanzierungsströme sind relativ komplex. Wenn man jetzt von «stationär» auf «ambulant» schiebt, schiebt man auch die Finanzierung zu den Prämienzahlenden. Die Kantone haben natürlich ein Interesse an einer Verschiebung in den ambulanten Bereich (abgesehen davon, dass es wirtschaftlicher ist). Man ist sich etwas uneinig, was dies für die Krankenkassenprämien bedeutet – es ist aber sicher keine Einsparung in diesem Bereich. Man muss also von der Kosten- zur Finanzierungsfrage kommen. Es wurde gefragt, wie man diese Finanzierung gesellschaftlich akzeptabel lösen kann. Es ist aber klar, dass es eigentlich im Interesse der Patientinnen und Patienten ist, dass mehr ambulant stattfindet. Es ist auch im Interesse der Gesamtkosten. Es gibt dabei durchaus Spitalambulatorien, die jetzt schon wirtschaftlich arbeiten; das ist möglich – da gibt es auch gewisse Bemühungen der Spitäler, dass sie in dieser Hinsicht besser aufgestellt sind. Dazu braucht es gewisse Umstellungen und teils eine neue Organisation. Es ist aber eine Frage der Zeit, dass dies auch im ambulanten Bereich funktioniert.

Mathias Küng sagt mit Blick auf die Situation punkto Haus- und Kinderärzte/Spezialisten: Philippe Luchsinger hat gesagt, dass die Situation wieder bessert. Braucht es weitere Massnahmen? Oder muss man Angst haben, dass ganze Talschaften keinen einzigen Arzt mehr haben werden?

Es wird nicht von alleine besser, sagt **Anna Sax**. Es ist tatsächlich ein Problem. Ländliche Kantone und auch Schaffhausen stehen vor einem grossen Problem, was die Hausarztversorgung betrifft. Wenn man nur schon die Altersstruktur der Ärzte anschaut: Etwa 30 Prozent der Hausärzte werden in den nächsten fünf bis zehn Jahren ins Pensionsalter kommen. Es gibt jetzt schon Regionen, welche verzweifelt nach einem Hausarzt suchen. Da muss man Lösungen finden – da müssen die Kantone (je nach Situation) etwas unternehmen und gemeinsam mit den Ärztesellschaften und andern Grundversorgern etwas machen. Im Vortrag von Philippe Luchsinger konnte man sehen, wie man das machen könnte.

Mathias Küng erweitert die Frage: Seit Jahren hat man die Tarifdiskussionen. Die Spezialisten verdienen

sehr gut – viele Hausärzte verdienen weit unterdurchschnittlich. Gibt es wirklich keine Möglichkeit, dass man sich auf einen ausgeglichenen Tarif einigt?

Die Tarifsituation ist verworren, sagt **Philippe Luchsinger**. Man hat seit 2004 einen Tarif (Tarmed), der gepflegt werden sollte – was leider nicht geschehen ist, weil Santésuisse jedes Jahr, wenn man etwas ändern wollte, Njet sagte. Darum ist man in die verfahrenere Situation geraten, dass der Tarif nicht abbildet, was gearbeitet wird. Gestern war man in der Ärztekammer. Die FMH hat dem nächsten Schritt zugestimmt – das soll weitergehen. Man ist auch im Gespräch mit Teilen der Versicherern (Curafutura); das läuft gut. Jetzt wird weiter an diesem Tarif gearbeitet. Das Ziel ist, dass man die neue Tarifstruktur Mitte 2019 beim Bundesrat eingeben kann; er muss sie ja genehmigen (oder verfügen). Dann wird das gültig auf 1.1.2020. Es ist natürlich kein perfekter Tarif – aber sicher ein anderer Tarif als heute.

Durch den Hausärztezuschlag, den der Bundesrat per Oktober 2014 eingeführt hat, konnte bereits ein gewisser Ausgleich erreicht werden. Eine Hausarztpraxis kann dadurch sicher ein höheres Einkommen generieren. Man war auch dankbar für diese Unterstützung. Der zweite Tarifeingriff per 1.1.2018, als der Bundesrat die sogenannten Dignitäten eingeebnet hat, hat nochmals eine Verschiebung gebracht. Bisher war es so, dass ein Kardiologe für die gleiche Minute, in der er mit einem Patienten geredet hat, zweieinhalb Mal so viel erhalten wie ein Hausarzt. Die quantitativen Dignitäten – dass jemand aufgrund seiner Spezialität mehr erhält für die Zeitleistung – wurde richtigerweise eingeebnet. Es hat einige Böcke in diesem Tarif, das ist natürlich so – weil der Bundesrat nur aufgrund der Struktur, die da ist, verordnen kann. So hat er natürlich nur begrenzte Möglichkeiten. Man hat fleissig mitgearbeitet an diesem neuen Tarif und man hofft natürlich, dass er die Arbeit der Hausärzte tarifarisch abbildet; d.h. dass man erhalten soll, was man leistet. Das soll für alle gleich gelten – ob es nun ein Spezialist ist, ein Spital oder ein Hausarzt. Das wird man am 1.1.2020 nicht vollständig haben – vorgesehen ist aber, dass dieser neue Tarif gepflegt wird. Man wird mit der Pflege des Tarifs wahrscheinlich schon nächstes Jahr anfangen – weil man schon jetzt weiss, dass es Fehler drin hat. Aber eben: Wichtig ist, dass er angepasst wird. Es ist zu hoffen, dass man in eine andere Situation bei den Differenzen kommt.

Mathias Küng formuliert die Frage für Uwe E. Jocham etwas anders: Dieser hat den Überblick über sehr viele Spitäler. Wird beobachtet oder erhoben, ob viele Leute (unnötigerweise) in den Notfall kommen, welche angeben, sie hätten keinen Hausarzt finden können? Die Behandlung ist ja im Spital teurer als beim Hausarzt. Es ist kostentreibend, wenn man unnötige Fälle behandeln muss, die besser zum Hausarzt gegangen wären.

Uwe E. Jocham: Es ist sicher so, dass das Thema der Hausärzte im Einzugsgebiet der «Insel» genauso brennend ist wie an vielen andern Orten auch. Darum

darf man froh sein um diese Initiative mit dem Hausarzt-Curriculum an der Universität Bern. Dort gibt es ein Institut für Hausarztmedizin, das auch unterstützt wird. Ein Teil der 100 zusätzlichen Medizinstudenten soll ganz aktiv in die Hausarzttrichtung bewegt werden. Deswegen sind alle Massnahmen wichtig, die den Beruf attraktiver gestalten. Die Grundversorgung durch die Hausärzte ist als ein wichtiges Element in der Gesundheitsversorgung zu sehen; das ist keine Frage. Man sieht dieses Aussterben, die Nachfolgeproblematiken hat es überall. – Wenn es schwierige Versorgungssituationen gibt, so landet ein Teil der Leute natürlich im Spital. Man hat ja gesagt: Es ist nicht primär das Streben, solche Aufgaben in Strukturen, die defizitär arbeiten, zu übernehmen. Auf der andern Seite: Die Grundherausforderung wird es sein, diese zunehmende Inanspruchnahme auch der Notfallaufnahmen für «bloss» ambulante Dienstleistungen auf eine Art und Weise anbieten zu können, die auch finanziell tragbar ist. Was wichtig ist: Man muss gemeinsam daran arbeiten, dass der Beruf des Hausarztes auch in Zukunft attraktiv ist; weil er ein wichtiger Bestandteil in der Gesamtversorgung ist.

Mathias Küng fragt: Die Kantone haben viele Spitäler, teils auch, weil grosse Distanzen zu bewältigen sind. Wie ist die Zukunft bzw. die Arbeitsteilung der Kantons- und Regionalspitäler? Werden die Kantonsspitäler immer wichtiger? Und die Regionalspitäler zunehmend herabgestuft zu übergrossen Hausarztpraxen mit angegliederter Pflegeabteilung (wogegen sich die Leute in den Regionen stark wehren werden)? Wie muss man es angehen, damit man die Kostensteigerung im Griff behält – und doch eine möglichst gute Versorgung besteht, mit der die Leute zufrieden sind? Es sind ja bereits viele Gesundheitsdirektoren darüber gestolpert.

Uwe E. Jocham: Man muss die Versorgung des Bereichs (etwa des Kantons), der Patienten (ihre Bedürfnisse) und auch die Frage, mit welchen Versorgungsfeldern die Menschen bedient werden sollen, definieren. Dort braucht es einen Gesamtblick. Man muss die Kapazitäten korrekt in die Zukunft definieren. Man sieht diesen Mega-Trend von stationär zu ambulant. Das heisst: Man wird Überkapazitäten im stationären Bereich entsprechend anpassen müssen. Man muss die ambulanten Fähigkeiten so bauen, dass sie in der Lage sind, kostenvernünftig zu arbeiten – und gleichzeitig die Bedürfnisse der Bevölkerung abdecken. Das ist das Entscheidende. Das kann kein Spital oder Spitalgruppe wie die «Insel» isoliert tun. Das ist eine Aufgabe, bei der man das Gesamtbild der Bevölkerung im Auge haben muss. Die «Insel» sieht sich als Teil dieses Ganzen – und deswegen ist auch (ohne Eingriffe von aussen) die Frage der Kooperationen sehr essenziell. Vom ersten Tag der Tätigkeit an suchte der Redner die Zusammenarbeit mit andern Spitälern, ob das nun Uni-, Regional- oder Privatspitäler sind. Dort liegt die Zukunft: dass man die Angebote den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechend weiter entwickelt; damit die richtigen

Investitionen getätigt werden – und die Reinvestitionen nicht in veraltete Strukturen gehen.

Diese Bedürfnisse sind ja auch die Schwierigkeit, wendet **Mathias Küng** ein. Alle Umfragen zeigen, dass man alles und überall will – es darf aber nicht mehr kosten. Philippe Luchsinger schickt ja auch Patienten in die Spitäler. Wie sieht er die Zukunft von Land- und Zentralspitälern?

Die Problematik ist für **Philippe Luchsinger**, dass alle ein Ressourcenproblem haben. Vor allem auch beim Personal. Man hat jetzt von den Hausärzten geredet: Aber nicht nur hier hat man zu wenig Leute. Man hat auch in der Pflege massiv zu wenig Leute. Sogar die Apotheker kennen dieses Problem; sie bilden zu wenig aus. Man muss einen Weg finden, wie man die Ressourcen sinnvoll nutzt. Man muss sich dazu ein Gesamtbild machen – da gehört nicht nur der einzelne Kanton dazu. Man muss grössere Regionen anschauen. Und man muss zusammen schauen, dass man das überhaupt stemmen kann. Es wird nicht sehr viele Möglichkeiten geben – man muss zusehen, dass es überhaupt funktioniert; im ambulanten wie im stationären Bereich. Da muss man Konzepte haben. Das bedingt Gespräche. Es reicht nicht, wenn der Kanton alleine etwas macht. Es reicht auch nicht, wenn nur das Spital seine Bedürfnisse angeht. Man muss das Ganze anschauen.

Anna Sax gehört nicht zu den Leuten, die sagen, man könne zwei Drittel der Spitäler schliessen. – Es ist eine Frage der Arbeitsteilung. Es müssen nicht alle Spitäler alles machen. Das scheint klar. Wenn ein Regionalspital die sogenannte erweiterte Grundversorgung anbietet (es ist nicht ganz klar, was das genau bedeutet, aber es geht um innere Medizin, Chirurgie, Geburtsabteilung, Geriatrie), so soll dies in der Region stattfinden. Die Spezialitäten finden eben mehr im Zentrum statt. Die Auseinandersetzung ist nun, was diese Grundversorgung ist bzw. wo die Spezialitäten oder die hoch spezialisierte Medizin anfangen. Eine Spitalversorgung in der Region ist von der Bevölkerung schweizweit gewünscht; sie will für eine Grundversorgungsbehandlung nicht 100 Kilometer reisen. Das kann man respektieren. Das muss auch nicht unbedingt wahnsinnig viel teurer sein. Es ist nicht so, dass die Grösse eines Spitals alleine die Kosten positiv beeinflusst. Es spielen auch andere Faktoren. Und: Man muss sicher über die Kantonsgrenzen hinausdenken. Die Zusammenarbeit ist ganz wichtig, zwischen den Spitälern und auch zwischen den Spitälern und den andern Leistungserbringern. Da kann man viel herausholen an Synergien, an Wirtschaftlichkeit – ohne dass man jedes zweite Spital schliessen muss.

- *Fragen aus dem Plenum*

Sarah Gabi Schönenberger (BE) dankt für die spannenden Referate – und fragt Philippe Luchsinger: Wie bekommt man mehr Studierende in den Hausärzteleberuf? Und was macht der Verband konkret – was ist

geplant? Was können die Kantone beitragen? Es ist ja nicht ganz einfach – und es hat viele Player (Bund, Kanton, Universitäten).

Philippe Luchsinger: Man hat die Kontakte zu den Studenten in den letzten Jahren anders aufbauen können. Ein wichtiger Punkt ist, dass man überhaupt präsent ist. Als der Redner studierte, hatte ein Hausarzt noch nichts in einer Vorlesung oder einem Kurs verloren. Mit dem Institut für Hausarztmedizin ist man nun präsent. Diese Präsenz nutzt man auch. Einer der wichtigsten Punkte ist es, wenn die Studenten in die Praxis kommen. Wenn sie sehen, wie dort gearbeitet wird, kann man sie begeistern. Die Förderung des Unterrichts in der Praxis ist darum sehr wichtig. In Genf und in der Waadt wurde sogar ein Obligatorium für die Studenten eingeführt (ein Monat im Wahlstudienjahr). In den Universitäten von Basel, Bern und Zürich gibt es den Unterricht in der Praxis im Sinne des Einzel- oder Gruppentutorials. Das will man sicher beibehalten – und gerne auch ausbauen. Präsenz markieren ist der eine Aspekt. Man ist zudem im Kontakt mit den Verbänden, der Swimsa (Schweizer Verband der Medizinstudenten) – und man ist Förderer der Jhas Schweiz (Organisation der jungen Hausärzte Schweiz). Diese Gruppe hat vor knapp zehn Jahren angefangen und ist sehr dynamisch: Im Frühjahr hat sie erstmals die Tausendergrenze punkto Mitglieder überschritten – das ist im Kommen. Man finanziert einen Teil der Logistik.

Man hat das Projekt zur Förderung der Hausarztmedizin angestossen, ergänzt **Anna Sax** aus Kantons-sicht. Man gründet eine Fachstelle, welche versucht, die Hausärzte zu beraten, welche ihre Praxis übergeben bzw. eine Praxis übernehmen wollen. Andererseits sind auch die Spitäler dabei, sowohl das Kantonsspital wie auch die Hirslanden-Klinik: Sie beschäftigen jemanden, der Assistenzärzte motiviert, in die Hausarztmedizin zu gehen. Es gibt auch das Projekt mit den Praxisassistenzen. Das gehört alles zusammen. Es ist eine gemeinsame Initiative des Kantons mit den andern Akteuren (u.a. auch Heime).

Mathias Küng will von Uwe E. Jocham wissen, ob er damit umgehen kann, wenn der Kanton Assistenzärzte abwirbt.

Man hat von der Unterstützung der Hausärzte gehört, sagt **Uwe E. Jocham**. Die Frage war ja, was man als Kantonspolitiker tun kann, um dies zu unterstützen. Philippe Luchsinger hat eine ganze Reihe an Punkten angesprochen, die der Redner auch ganz persönlich für unterstützenswert hält. Diese Praxisassistentz ist wirklich eine gute Sache. Dafür kann man sich einsetzen. Auch die Finanzierung muss man ansehen: Wenn es darum geht, irgendwo zu kürzen, dann tut man dies eben nicht bei den Hausarztmedizin-Instituten; weil man die Hausärzte weiter unterstützen will. Es braucht dort unbedingt eine Unterstützung – man kann da etwas bewegen. Es gibt natürlich andere Bereiche, welche die universitäre Medizin betreffen, wo angegriffen wird – das tut dann ebenfalls weh.

Man soll also nicht nur noch die Hausarztmedizin unterstützen. Es gibt überall Bereiche, die wichtig sind.

Es wurde auch der Fachkräftemangel angesprochen. Hier steht man vor einer ganz grossen Herausforderung – selbst wenn man sieht, dass man strukturelle Veränderungen hat und Kapazitäten abbauen muss. Man sieht auch, dass man alleine mit dem Generationenwechsel (man steht vor einer Pensionierungslawine) viele Herausforderungen hat: Denn der Nachwuchs ist tendenziell eher zu gering, um diese Lawine aufhalten zu können (oder um das Niveau halten zu können). Das heisst: Die Attraktivität der Einrichtungen – ob das Spitäler sind oder andere Gesundheitseinrichtungen – ist entscheidend wichtig, damit man den Nachwuchs motivieren kann, weiter in diesen Berufen tätig zu sein. Das ist auch als Arbeitgeberpräsident gesprochen: Just am Vortag war eine Sitzung des Kantonalvorstands: In jeder Region und berufsübergreifend ist der Fachkräftemangel das Problem Nummer 1 – flächendeckend in einer Wirtschaft, die eigentlich gut unterwegs ist und eine niedrige Arbeitslosigkeit hat wie selten in der Geschichte. Weil man da mitten drin ist, ist die Nachwuchsförderung etwas, das alle fordert.

Mathias Küng fragt Anna Sax zum Fachkräftemangel: Das ist ja seit Jahren ein Thema. Im Aargau haben die Häuser eine entsprechende Ausbildungsverpflichtung. Was könnten die Kantone zusätzlich leisten, um den Nachwuchs sicherzustellen; zumal man tendenziell immer mehr Fachkräfte in der Pflege braucht, während der Nachwuchs eher kleiner wird?

Es gibt in Schaffhausen einen Ausbildungsverbund Pflege, sagt **Anna Sax**. Man versucht vorerst, keinen Zwang für die Ausbildung auszuüben. Die Auszubildenden im Kanton (Pflegeheime, Spitex, Spitäler) haben sich zusammen getan und sich selber eine Verpflichtung auferlegt, genügend Fachkräfte auszubilden. Man schaut jetzt, ob das funktioniert – oder man irgendwann eine Ausbildungsverpflichtung einführen muss. Man hofft aber, dass es ohne Verpflichtung geht.

Béatrice Stucki (BE): Die Nachwuchsförderung wurde angesprochen. Das muss man sicher tun. Dabei ist aber kein Wort gefallen, wie das geschehen soll. Wenn man sieht, wie viel Assistenzärztinnen arbeiten (die enormen Arbeitszeiten sind im eigenen familiären Umfeld zu beobachten): Wie will man den Nachwuchs bei solchen Arbeitsbedingungen fördern?

Die Herausforderungen im Spital sind genannt worden, sagt **Uwe E. Jocham**. Man hat diese Leistungen 24 Stunden, 365 Tage zu erbringen. Mit der Bereitstellung dieser Leistungen in den Spitälern werden diese Berufsgruppen auch besonders stark strapaziert. Das betrifft das gesamte medizinische Personal, es betrifft das Pflegepersonal und andere Bereiche, die in unangenehmen Arbeitszeiten arbeiten müssen. Das ist eine Herausforderung – und die Gesamtkonditionen, die man als Arbeitgeber anbietet, müssen

deswegen ausserordentlich attraktiv sein. Sie sind es auch. Man tut dort sehr viel.

Man darf auch sehr stolz darauf sein, dass die Insel Gruppe in einer turbulenten Phase in der Mitarbeiterbefragung 2018 schweizweit auf Platz 2 aller Gesundheitseinrichtungen *geratet* wurde. Man ist damit das beste Universitätsspital, was die Mitarbeiterzufriedenheit angeht. Es ist klar, wie herausfordernd und teilweise an die Grenzen gehend die Anforderungen an die Mitarbeitenden sind – es dürfte aber dennoch gelingen, ihnen ein Gesamtpaket und eine erfüllende Aufgabe zu geben; sodass sie trotz der Herausforderungen ihre Arbeit gerne machen. Es ist ja nicht so, dass man sozusagen der einzige Anbieter solcher Leistungen wäre und die Leute nirgends anderswo hin können – vielmehr ist es so, dass sie langfristig bleiben. Es ist so, dass man diese Tätigkeit aus vielen Motiven ausübt – und deswegen mit den Herausforderungen umgehen kann. Die «Insel» tut das Möglichste, dies auch in die Zukunft zu tragen. Darum wird der Fokus auf den Nachwuchs auch eine Nachhaltigkeit in der Belegschaft erreichen.

Auch die Hausärzte haben teils sehr hohe Pensen, sagt **Mathias Küng**.

Das hat sich geändert, sagt **Philippe Luchsinger**. Die Pensen waren früher anders – der Redner hatte noch Kolleginnen und Kollegen, die locker auf 100 Stunden pro Woche kamen. Diese Situation hat sich aber stark verändert. Man arbeitet heute viel mehr in Teams, man arbeitet viel mehr in grösseren Praxen. Man hat Arbeitszeiten, die vernünftig sind, es gibt sehr gute Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit (was viele Frauen in den Praxen wollen). Ein Beispiel aus der eigenen Praxis: Zu Beginn war der Redner alleine und hatte etwa 90 Stunden Arbeit pro Woche. Das war für die Familie nicht unbedingt sehr zuträglich (ein Dankeschön an die Ehefrau). Das hat sich verändert. Man hat junge Frauen, welche jetzt in der Praxis arbeiten, wo man zu viert ist. Man hat eine fertig ausgebildete Ärztin, die 80 Prozent arbeitet. Und man hat zwei Mütter, welche je 40 Prozent arbeiten. Diese Möglichkeiten bestehen eben. Das ist sicher die Zukunft – das wird man weiterentwickeln müssen. Das Institut für Hausarztmedizin in Bern schaut immer wieder, wie die Situation der Arbeitenden in der Praxis ist; dies vor allem im Hinblick auf die Jungen. Die Flexibilität der Angebote gehört zu den Anforderungen. Dem wird man sicherlich gerecht. Man kann gar nicht anders. Und man will ja gute Arbeitsbedingungen bieten, damit die Leute zufrieden sind. Was man ganz sicher verhindern will, ist, dass die Leute aus ihrem Beruf aussteigen.

Was kann der Kanton tun, fragt **Mathias Küng**.

Der Ausbildungsverbund Pflege wird vom Kanton bezahlt, sagt **Anna Sax**: Pro Ausbildungsplatz sind dies CHF 3000 an die Lohnkosten der HF-Studierenden. Man will, dass die Fachangestellten Gesundheit weitermachen und studieren. Das ist häufig ein Problem, weil sie dann nichts mehr verdie-

nen. Das läuft über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler. Es gibt auch (Sonder-)Beiträge, um das Existenzminimum der Leute zu sichern, welche die Ausbildung ansonsten nicht absolvieren könnten. Man zahlt also ganz konkret.

Die Hausärzte haben ihre Arbeit gemacht und sich der Entwicklung gestellt, sagt **Béatrice Stucki** (BE) – dies wohl auch einer Not heraus. Auch viele Männer wollen heute nicht mehr Vollzeit machen. Die Spitäler haben aber sicher einen grossen Nachholbedarf.

Ueli Augstburger (BE) fragt Philippe Luchsinger: Dass man einen Teil der Ausbildung in einer Hausarztpraxis machen oder dort arbeiten sollte, ist ja im Kern sehr begrüssenswert – das steht aber im Widerspruch dazu, dass viele Gemeinden Schwierigkeiten haben, die Hausarztpraxen überhaupt wieder zu bestücken.

Man muss schauen, dass man möglichst attraktiv ist und die jungen Leute in die Hausarztpraxen holen kann, sagt **Philippe Luchsinger**. Da braucht es Leute, die sich engagieren, um diesen Nachwuchs auszubilden und ihm zu zeigen, was der Job ist. Man wird nicht alle Praxen 1:1 wieder bestücken können. Man muss aber schauen, dass die interessierte Leute die Möglichkeit zu einer solchen Ausbildung haben und die Chance, in den Betrieb zu schauen. Zugleich ist es wichtig, dass die Leute, die sich zur Verfügung stellen, um diese Aus- oder Weiterbildung anzubieten und die Jungen auf diesem Weg unterstützen, ihrerseits unterstützt werden – indem ihre Rolle in der Lehre professionalisiert wird und sie in diesen Leistungen unterstützt werden. Denn: Als Hausarzt mit einer Praxis ist man Unternehmer. Man verdient Geld, wenn man einen Patienten behandelt. Wenn man jemanden ausbildet, hat man nicht den gleichen Takt mit den Patienten – das heisst: Man hat einen Abstrich von vielleicht 50 Prozent an Patienten, die man sieht. Man zahlt also drauf, wenn man ausbildet. Das muss man ausgleichen, um diese Ausbildungstätigkeit attraktiver zu machen.

Ueli Augstburger (BE) spricht die Hürden an, die mit der Weiterführung oder Übernahme einer Praxis höher werden, wenn man diese Erweiterung der Ausbildung hat.

Es ist ja kein Obligatorium, erwidert **Philippe Luchsinger**. Die Hürde ist nicht zu sehen. Jemanden zu unterrichten, ist eine Chance, aber nicht eine Hürde. Wenn man die angesprochene Hürde herunterholen kann, indem man die Leute unterstützt, wird es wieder attraktiver.

Marie-Theres Widmer (SO) sagt, dass ihre Tochter Medizin studiert und dabei in den Genuss dieser Praxis-Tage gekommen ist. Für sie war das sehr gut und wichtig – es ist für sie klar, dereinst Hausärztin zu werden.

David Jenny (BS) sagt zur Teilzeitdebatte: Das Medizin-Studium ist das wohl teuerste Studium, das man

hat – hinzu kommen die Folgekosten der Assistenz. Wenn man davon ausgeht, dass jeder Ausgebildete nur etwa 50 Prozent arbeitet – ist das nicht der nächste Kostenschub?

Weil es dann doppelt so viele ausgebildete Ärzte braucht, ergänzt **Mathias Küng**.

Es ist sicher eine Problematik, dass die Leute nicht mehr die gleichen Pensen arbeiten, sagt **Philippe Luchsinger**; sie ist aber gesellschaftlicher Art. Die Workforce-Studie, welche übrigens das Institut für Hausarztmedizin in Basel erarbeitet hat, konnte zeigen, dass pro Hausarzt, der aufhört, 1,7 nachkommen müssen. Wenn man zu wenig ausbildet und mehr Leute nachkommen müssten, sieht man ja die Schwierigkeit, in der man drin steckt. Darum zeigen die Kurven [auf Folie 36] nach unten. Das Argument des Fragestellers punkto Kosten des Studiums ist aber zu verstehen. Wenn man verhindern kann, dass die studierten Leute aussteigen, hat man aber schon sehr viel gewonnen. Vor allem Familienfrauen arbeiten mit tieferen Pensen (40 bis 60 Prozent). Wenn die Kinder draussen sind, geht das Pensum nach oben – auf 60 oder 70 Prozent.

Ursula Marti (BE) bringt ein anderes Thema auf: Das Gesundheitswesen – insbesondere auch das Spitalwesen – wurde ja immer mehr zum Geschäft. Ursprünglich hatte man den Solidaritätsgedanken: Die Allgemeinheit bezahlt, wenn jemand das Pech hat, krank zu werden; man sorgt mit einem Spital vor. Das ist natürlich immer noch so – trotzdem ist eine grosse Tendenz da, dass es immer mehr um Gewinne, um Konkurrenz geht. Es gibt auch Untersuchungen, dass nicht jede Behandlung immer nötig wäre. Das ist auch ein Teil, den man anschauen muss – hier ist zu fragen, welcher Handlungsbedarf besteht, wie man Gegensteuer geben kann.

Früher war es ein fast karitatives Geschäft, während die Spitäler heute verpflichtet sind, Gewinn zu machen, sagt **Mathias Küng**. Wie geht man mit diesem Spannungsfeld um?

Die «Insel» wurde vor 600 Jahren als Stiftung gegründet, sagt **Uwe E. Jocham**. Dies geschah mit einem sehr sozialen Hintergedanken. Der ethische Grundsatz ist unverändert vorhanden. Auf der andern Seite ist es richtig gesagt worden: Man muss so wirtschaften, dass man die Zukunft selber verdienen kann. Also muss man am Ende des Jahres einen positiven Ertrag haben, wenn man das bewerkstelligen will. Die Bedingungen dafür sind aber schwierig – in einem Umfeld, in dem grösstenteils nicht ein freier Wettbewerb spielt, sondern eine extreme Reglementierung mit verschiedensten Eingriffen und Steuerungselementen, was rein gewinnorientierte Optimierungen oder Einsätze verhindert. – Der Redner hat mehrfach ein Votum für die gesamtgesellschaftliche Verantwortung der Player gehalten. Da ist auch die «Insel» gefragt. Das heisst: Man ist in einem Spagat zwischen notwendiger Wirtschaftlichkeit (man muss

schauen, dass man die Dinge, die für das Spital wirtschaftlich sind, so gut wie möglich bewerkstelligt) und dem Versorgungsauftrag (bestmögliche Versorgung der Bevölkerung mit den Dienstleistungen), der den sozialen Charakter wiederspiegelt. Die Herausforderung ist es, dass beide Elemente zusammenspielen, wenn man das System nachhaltig in die Zukunft tragen will. Da kann man sich nicht selbstoptimieren; man ist Bestandteil eines Gesamten. Die Herausforderung besteht darin, welche Teile man strukturell so anpassen kann, dass man die Zukunft auch wirtschaftlich generieren kann. Und das heisst: Veränderung.

Das Gesundheitswesen ist ein CHF-80-Mrd.-Geschäft, bestätigt **Anna Sax**. Es gibt viele Leute, die einen Teil des Kuchens wollen; das ist eine Tatsache. Man sieht es auch daran, dass immer mehr Investoren einsteigen, die ursprünglich nichts mit dem Gesundheitswesen zu tun hatten, aber investieren wollen (zum Beispiel in Klinikgruppen). Es ist möglich, viel Geld zu verdienen. Die Aufgabe als öffentliche Hand ist es, zu schauen, dass die Grundversorgung für alle sichergestellt ist; dass die Bevölkerung die Gesundheitsleistungen, die sie braucht, zu tragbaren Kosten erhält. Wenn das gegeben ist, kann man akzeptieren, dass es auch noch die *Geschäftlmacher* gibt. – Es ist in der Struktur des Schweizer Gesundheitssystems angelegt, dass viel Verantwortlichkeit unübersichtlich verteilt ist. Es ist schwierig, dies zu steuern. Man muss steuern, was man steuern kann – damit die Versorgungssicherheit gewährleistet ist und die Leute es auch noch bezahlen können.

Auch im ambulanten Bereich, so schliesst **Philippe Luchsinger** an, gibt es Investoren, welche eigentlich nichts mit Medizin zu tun haben, aber gemerkt haben, dass man Geld verdienen kann. Wenn man schaut, wo man am ehesten steuern kann bezüglich der Kosten, so betrifft dies vermutlich die Capitation-Modelle oder Modelle mit einem gewissen Commitment (dies ist eine Aussage des Gesundheitsökonomens Heinz Locher): Ärztenetzwerke mit einem Ansprechpartner, der in der Frage beistehen kann, wie sinnvoll gewisse Leistungen sind, dürften sehr zukunftssträftig sein. Das kann auf der Kostenseite eine Rolle spielen – und wird es sicher auf der Qualitätsseite tun, weil man mit dem Patienten diskutieren kann, wo er sinnvollerweise mit seinem Problem hingehen soll.

Walter Schilt (BE) ist auch Gemeindepräsident einer 5300-Seelen-Gemeinde. Vor fünf Jahren hat man festgestellt, dass man in fünf bis zehn Jahren keinen Grundversorger mehr hat, wenn man nichts macht. Weil die Ärzte nicht mehr in die umgebauten Blockwohnungen wollen. Man hat mit den Ärztenetzwerken etc. Gespräche geführt – und eine Lösung gefunden: Der Redner ist persönlich auf junge ausgebildete Ärzte/Ärztinnen zugegangen. So kann man nächstes Jahr – wenn alles gut läuft – eine Gemeinschaftspraxis eröffnen, wo verschiedene Leistungen angeboten werden; halbtagsweise auch ein Kinderarzt oder andere Spezialitäten. Es ist wichtig, dass die Gemein-

debehörden schauen, wie die Grundversorgung funktioniert. Man erkennt das Problem sonst oft erst, wenn niemand mehr da ist – dann ist es aber zu spät.

Mathias Küng will noch einige Fragen sammeln.

Thomas Eugster (BL) hat verschiedene Fragen. Schlussendlich wollen alle effiziente Leistungen – man will möglichst viel für sein Geld erhalten. Das führt zur Feststellung, dass Behandlungen oder Abklärungen oft mehrmals durchgeführt werden – da ist die Schnittstelle Hausarzt/Spezialist bzw. Spital zu nennen. Was wird gemacht betreffend elektronische Daten, damit man nicht mehr doppelt behandelt? Und: Man sieht einen Trend zur ambulanten Behandlung – was mit dem Fortschritt der Medizin und dem Anspruch zu tun hat, möglichst schnell ein Ergebnis zu haben. Ein Spital, das ambulante Eingriffe vornimmt, sieht stark anders aus als ein Spital mit stationären Leistungen, wenn man das effizient organisieren will. Wie antwortet man darauf? Es heisst ja, dass sich alle Institutionen umbauen müssen. Das dritte Element ist die Hochschulmedizin: Je stärker man an der Front ist und je mehr man schon erreicht hat, umso höher werden die Kosten, wenn man weitere Fortschritte erzielen will. Dort laufen die Kosten aus dem Ruder.

Karin Büttler (SO) hat viel gehört bezüglich Ressourcen, Fachkräftemangel, Kostenwachstum etc. Es war eine gewisse Ohnmacht zu spüren. Ein anderer Fokus: Eine Frau mit Gebärmutterhalskrebs war beim Mediziner, hat aber zugleich eine Naturheilkunde angefordert. Der Mediziner hat entschieden, drei Monate zu warten und dann die Operation zu machen, wenn es der Frau nicht besser geht. In diesen drei Monaten gab es eine naturheilkundliche Behandlung – und die Frau war danach wieder gesund. Es gab keine Kosten mit OP, Narkosen etc. Es wäre toll, wenn man mehr mit der Naturheilkunde zusammenarbeiten würde – so könnte man den Menschen ganzheitlich anschauen.

Zur letzten Frage sagt **Philipe Luchsinger**, man sei offen für alternative Möglichkeiten und Behandlungen. Der Redner ist Schulmediziner und hat die naturheilkundlichen Sachen nicht im Repertoire. Wenn jemand gleichzeitig an einem andern Ort eine Behandlung mit einer alternativen Medizin wünscht, so ist nichts dagegen einzuwenden. Die Problematik ist häufig, dass man den Austausch nicht hat – und vom Patienten oft nicht weiss, was er sonst noch macht (das ist etwas schwierig); teils auch, obwohl man nachfragt. Man lebt in der Hausarztmedizin mit vielen Unsicherheiten – und diese Unsicherheiten aufzufangen, ist ein wichtiger Punkt. Da kann es häufig gut sein, wenn man eine solche Zweitmeinung hat. Da ist man offen (wenngleich dies nicht für alle Ärzte gleichermaßen zutrifft). – Man ist wie gesagt mit dem Verband der Gemeindepräsidenten (und dem Städteverband) an der Arbeit. Dabei sammelt man auch gute Beispiele, wie man die Grundversorgung sicherstellen kann. Die Idee ist, dass man den Gemeinden diese guten Modelle vorstellen kann; damit sie sich ein Bild machen

und entscheiden können, was für sie optimal ist. Man muss aber auch klar machen: Nicht mehr jede 2000-Einwohner-Gemeinde wird einen Hausarzt haben – das wird nicht mehr so sein. Wahrscheinlich wird es Sinn machen, wenn nicht die einzelne Gemeinde schaut, dass sie die Grundversorgung mit einem Hausarzt oder mit mehreren Hausärzten und Spezialisten sicherstellen kann – die Gemeinden sollten gemeinsam versuchen, etwas aufzubauen. Kooperation sind sicher ein Weg für die Zukunft – mit den Netzwerken und den regionalen Spitälern.

Es ist sicher so, sagt **Uwe E. Jocham**, dass man Doppelspurigkeiten zu vermeiden sucht. Dort spielt auch die Frage von eHealth und Digitalisierung, was man ganz klar im Fokus hat – im Übergang vom Hausarzt zum Spital, aber auch von Spital zu Spital oder von Abteilung zu Abteilung. Da muss man die Möglichkeiten verbessern und nutzen. Es sind oft basis-technische Dinge, die gelöst werden müssen, um besser zu werden. Das Thema beschäftigt das Spital aber sehr stark. – Es wurde auch der *Change* zum Ambulanten erwähnt: Das kommt, das läuft. Das muss man eher noch beschleunigen und sich entsprechend einrichten.

Zum Thema Hochschulmedizin und medizinischer Fortschritt als Kostentreiber: Einerseits generiert die stetige Weiterentwicklung des Wissens im medizinischen Bereich Kosten – die Frage der Gesundheitsökonomie wird aber immer mehr zum Bestandteil der Beurteilung von Forschungsergebnissen. Es ist also nicht so, dass man Heilung um jeden Preis akzeptiert. Dinge wie *Total cost of ownership* für solche neuen Therapien sind ebenfalls Themen, die intensiv angeschaut werden und angeschaut werden müssen – weil ein Fortschritt um jeden Preis gesellschaftlich nicht nachhaltig ist. Auf der andern Seite wurde komplett richtig gesagt: Mit dem medizinischen Fortschritt – man hat ja ein um viele Jahre gestiegenes Lebensalter – hat man auch einen entsprechenden Preis; das muss man sich bewusst sein. Man muss sich damit beschäftigen, wie man diesen Preis zu zahlen bereit ist (und damit auf andere Dinge verzichtet).

Die Gemeinden sind essenziell wichtig, wenn es um darum geht, die Grundversorgung sicherzustellen, sagt **Anna Sax**. Je nach Kanton zahlen sie auch an die Spitex oder die Heimkosten. Sie haben ein grosses Interesse, dass eine Hausarztversorgung erhalten bleibt. Man ist auch im intensiven Austausch mit den Gemeinden (das kam im Vortrag etwas kurz). Der Kanton kann die Grundversorgung nicht ohne die Gemeinden leisten.

Heinrich Ueberwasser (BS) zitiert Philippe Luchsinger, der Versicherte solle «schauen, was er unterschreibt». Dazu ein Fall aus der anwaltlichen Tätigkeit (wie er oft vorkommen dürfte): Ein Patient kommt mit Schmerzen in die Hausarztpraxis. Die Person wird untersucht – dabei stellt sich heraus, dass ein Spitalaufenthalt mit dringender Operation nötig ist. Nun empfiehlt der Arzt ein Spital. Der Patient geht privat dorthin, gibt das Versicherungskärtchen ab und unter-

schreibt etwas, hat Schmerzen und wird tags darauf operiert. Die Versicherung hat drei oder fünf Tage Zeit, um zu sagen, ob sie zahlt oder nicht. Jetzt kommt die Rechnung: An wen geht das Telefon oder der eingeschriebene Brief? An den Hausarzt? Ans Spital? An die Aufsichtsbehörde? An die Versicherung? An die Finma? Oder an die Politik?

Die Frage ist für **Philippe Luchsinger**, wohin er die Patientin weist. Da gibt es gewisse Haken. Das ist in Zürich auch so: Wenn eine Patientin sagt, sie sei privat versichert, so gibt es verschiedene Möglichkeiten in der Umgebung von Affoltern am Albis. Es ist aber klar, dass gewisse Versicherungen die Klinik im Park nicht akzeptieren – also wird die Patientin gefragt, wo sie versichert ist. Da muss man auf die Situation Rücksicht nehmen. Es gehört zur Aufgabe, dass man die Versicherungsfrage anschaut. In den allgemeinen Spitälern spielt das keine Rolle (Basel hat da eine sehr spezielle Situation) – wohl aber bei Privatspitälern, wo man fragen muss, ob die Leistung gedeckt ist.

Heinrich Ueberwasser (BS) verweist darauf, dass ein Patient mit Schmerzen allenfalls nicht durchliest, was er unterschreibt.

Das kommt sicher immer wieder vor, sagt **Uwe E. Jocham**. Am Anfang war die Aussage, dass es die Rechtssicherheit braucht – speziell für die Patienten, welche die Laien im System sind. Darum ist es wichtig, die Situationen auszumerzen, in denen Rechtsunsicherheit herrscht.

8. Schlusswort des **Präsidenten** der IPK

Sander Mallien sagt, dass die Zeit leider ausgeschöpft, die Diskussion aber noch lange nicht zu Ende ist. Man sehr viele anregende Inputs erhalten – viele Fragen sind aber auch unbeantwortet geblieben. Der Stehlunch bietet aber die Gelegenheit zum weiteren Austausch. – Ein Dank geht an die Referenten für ihre sehr spannenden Vorträge [*Applaus*]; dafür erhalten sie je eine Flasche Aargauer Staatswein – der Grossratspräsident erhält eine Schachtel «Badener Steine». – Die nächste Tagung der IPK findet am 25. Oktober 2019 statt. Themenvorschläge sind herzlich willkommen.

9. Stehimbiss im Gewölbekeller des Grossratssaals