



Parlamentarischer Kommissionsdienst

Protokoll

Sitzung	36. Parlamentarier-Konferenz Bodensee	Michael Strebel
Termin	Freitag, 25. März 2011, 08.30 bis 12.15 Uhr (anschliessend Mittagessen im Hotel Einstein und Stadtführung «Von Bartscherern und Siechenmüttern»/Führung durch die Stifts- bibliothek) ¹	Geschäftsführer Staatskanzlei Regierungsgebäude 9001 St.Gallen T 058 229 75 90 F 058 229 39 55 michael.strebel@sg.ch
Ort	Regierungsgebäude, Tafelzimmer 200, St.Gallen	

St.Gallen, 29. Juli 2011

Vorsitz

Dr. Walter Locher, Kantonsratspräsident und Vorsitzender der Parlamentarier-Konferenz Bodensee

Teilnehmende

- Dr. Gabriele Nussbaumer, Landtagsvizepräsidentin, Vorarlberg
- Ernst Blum, Landtagsabgeordneter, Vorarlberg
- Konrad Meier, 1. Vizepräsident, Appenzell Ausserrhoden
- Ivo Müller, 2. Vizepräsident, Appenzell Ausserrhoden
- Susanne Lutz, Kantonsrätin, Appenzell Ausserrhoden
- Edith Beeler, Kantonsrätin, Appenzell Ausserrhoden
- Martin Birchler, Ratschreiber, Appenzell Ausserrhoden
- Vreni Kölbener, Grossratspräsidentin, Appenzell Innerrhoden
- Martin Bürki, Kantonsrat, Appenzell Innerrhoden
- Peter Kummer, Vizepräsident, Thurgau
- Renate Bruggmann, Kantonsrätin, Thurgau
- Erna Claus, Kantonsrätin, Thurgau
- Beat Hedinger, Kantonsrat, Schaffhausen
- Bernhard Müller, Kantonsrat, Schaffhausen
- Matthias Freivogel, Kantonsrat, Schaffhausen
- Gerhard Fischer, Präsident des Kantonsrates, Zürich
- Esther Guyer, Kantonsrätin, Zürich
- Esther Hildebrand, Kantonsrätin, Zürich
- Moritz von Wyss, Leiter Parlamentsdienste, Zürich
- Dr. Paul Wengert, Landtagsabgeordneter, Bayern
- Veronika Netzhammer, Mitglied des Landtags, Baden-Württemberg
- Arthur Brunhart, Landtagspräsident, Fürstentum Liechtenstein
- Rainer Gopp, Landtagsabgeordneter, Fürstentum Liechtenstein

¹ Die Tagung begann mit einem Vorprogramm am Donnerstagabend in St.Gallen. Die Teilnehmerliste kann auf Wunsch zugestellt werden.



St.Galler Kantonsrat und Staatskanzlei (Gastgeber)

- Dr. Walter Locher, Kantonsratspräsident
- Karl Güntzel, Vizepräsident
- Michael Götte, Kantonsrat
- Marie-Theres Huser, Kantonsrätin
- Monika Lehmann-Wirth, Kantonsrätin
- Canisius Braun, Staatssekretär
- Michael Strebel, Parlamentarischer Kommissionsdienst, Staatskanzlei
- Barbara Jaeggy, Ratsdienst, Staatskanzlei

Referenten

- Dr. Kurt Weigelt, Direktor Industrie- und Handelskammer St.Gallen-Appenzell
- Dr. Willy Oggier, Gesundheitsökonom

Protokoll

Barbara Jaeggy, Ratsdienst, Staatskanzlei

Michael Strebel, Parlamentarischer Kommissionsdienst Staatskanzlei, Geschäftsführer

Geschäftscodes und Abkürzungen

- U Unterlagen
- I Information
- D Diskussion
- B Beschluss



Traktanden

1	Eröffnung der Sitzung	4
2	Organisatorisches	4
3	Genehmigung des Protokolls der Tagung vom Freitag, 22. Oktober 2010	5
4	Schwerpunktthema «Grenzüberschreitende Gesundheitspolitik»	5
4.1	Einführung	5
4.2	«Funktionskantone – von der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zu grenzüberschreitenden Körperschaften»	7
4.3	«Grenzüberschreitende Trends im Gesundheitswesen: Herausforderungen und Chancen für die Zukunft»	16
4.4	Verabschiedung Thesenpapier	33
5	Kurzbericht über die Aktivitäten der Internationalen Bodensee Konferenz (IBK)	34
6	Verschiedenes	35



1 Eröffnung der Sitzung

Code Inhalt

I **Dr. Walter Locher, Kantonsratspräsident und Vorsitzender der Parlamentarier-Konferenz Bodensee:**

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Herren Präsidenten
Sehr geschätzte Frau Vizepräsidentin
Sehr geehrte Herren Vizepräsidenten
Sehr geehrter Herr Staatssekretär
Sehr geehrter Herr Ratsschreiber
Geschätzte Kolleginnen und Kollegen aus den Parlamenten
Geschätzte Referenten

Als Kantonsratspräsident habe ich die Ehre, Sie alle anlässlich der 36. Parlamentarier-Konferenz Bodensee hier in St.Gallen begrüßen zu dürfen. Einige von Ihnen durfte ich bereits gestern im Rahmen eines sehr gemütlichen Nachtessens willkommen heissen. Es freut mich, dass so viele Mitglieder der Parlamentarier-Konferenz Bodensee den Weg nach St.Gallen gefunden haben.

In diesem historischen Regierungsgebäude haben alle drei Staatsgewalten ihren Sitz:

- Der Kantonsrat tagt im obersten Stock im Kantonsratssaal;
- genau darunter finden die Sitzungen der Regierung statt;
- das Kantonsgericht ist ebenfalls im Regierungsgebäude beheimatet.

Wir sind hier im Tafelzimmer. Das Tafelzimmer ist der einzige erhaltene Prunkraum im östlichen Hofflügel der Klosteranlage. Der ehemalige Speisesaal für die Gäste des Abtes wurde 1752/53 von Andreas Bentele aus Lindau mit Stuckmarmor und Deckenstück ausgeschmückt. Im Rahmen der Enteignung des klösterlichen Teiles von 1803 wurde ein Teil dieses Flügels, der früher dem Abt zur Verfügung gestanden hatte, vom Kanton übernommen. Im andern Teil befinden sich heute die Räumlichkeiten des Bischofs von St.Gallen.

2 Organisatorisches

Code Inhalt

- U – Tagesordnung vom 25. März 2011
- Teilnehmerlisten der Sitzung und der Führungen vom 25. März 2011

I **Dr. Walter Locher, Kantonsratspräsident und Vorsitzender der Parlamentarier-Konferenz Bodensee:**

Die Tagesordnung wurde den Mitgliedern rechtzeitig zugestellt. Wenn keine Einwände vorgebracht werden, gilt sie als genehmigt, wie sie vorliegt.



3 **Genehmigung des Protokolls der Tagung vom Freitag, 22. Oktober 2010**

Code **Inhalt**

- U – Protokoll der Herbsttagung der Parlamentarier-Konferenz Bodensee vom 22. Oktober 2010

I/B **Dr. Walter Locher, Kantonsratspräsident und Vorsitzender der Parlamentarier-Konferenz Bodensee:**

Bis heute sind keine Änderungsanträge eingegangen, und es werden auch jetzt keine solchen gestellt. Das Protokoll wird genehmigt, wie es vorliegt, und den Verfassern verdankt.

4 **Schwerpunktthema «Grenzüberschreitende Gesundheitspolitik»**

Code **Inhalt**

- U – Thesenpapier und Diskussionspunkte zum Tagungsschwerpunkt «Grenzüberschreitende Gesundheitspolitik» vom 1. März 2011
- Referat und Powerpoint-Präsentation Dr. Kurt Weigelt, Direktor IHK St.Gallen-Appenzell
 - Referat und Powerpoint-Präsentation Willy Oggier, Dr.oec. HSG, Gesundheitsökonom, Küssnacht

4.1 **Einführung**

Code **Inhalt**

I **Dr. Walter Locher, Kantonsratspräsident und Vorsitzender der Parlamentarier-Konferenz Bodensee:**

Wir steigen nun mittels eines kurzen Films in unser Tagungsschwerpunktthema «Grenzüberschreitende Gesundheitspolitik» ein. Der Film wird uns gleich zu Beginn mit einer von mehreren möglichen Sparmassnahmen konfrontieren. Um politisch tätig sein zu können, braucht es ja auch immer eine Vision... (Der Film wird abgespielt.)

Die Ausgaben des Gesundheitswesens machen in der westlichen Industriegesellschaft einen grossen Anteil des Bruttoinlandproduktes (BIP) aus. Konkret waren dies im Jahr 2007 zwischen 8 und 11 Prozent, im Fall der USA sogar 16 Prozent.² Aufgrund dieser hohen Kosten muss nach Wegen zu deren Senkung gesucht werden. Dies geschieht am besten über eine vermehrte Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure.

² Vgl. Kocher/Oggier: Gesundheitswesen Schweiz 2010 bis 2012, S. 103.



Code **Inhalt**

Zurzeit besteht das schweizerische Gesundheitssystem faktisch aus 26 halbautonomen Untersystemen auf Kantonebene, wie der OECD-Bericht aus dem Jahre 2006 festhält.³ «Dadurch wird die Entwicklung von konsistenten nationalen Politiken, von Wettbewerb zwischen Versicherungsanbietern und Gesundheitsdienstleistern und bei der Medikamentenversorgung erschwert.» Die OECD- und WHO-Experten stellen fest, «den meisten Kantonen fehlt es an der nötigen Grösse und Fähigkeit, eine effiziente Gesundheitsversorgung zu organisieren». Die OECD-Studie empfiehlt deshalb einen umfassenden Gesetzesrahmen für den Gesundheitsbereich, der bestehende Regelungen zur Krankenversicherung, zur Vorsorge, zur Erhebung von Gesundheitsdaten auf nationaler Ebene und zur Aufsicht über die Leistung des Systems umfassen würde. Dafür müssten auf nationaler Ebene Ziele erarbeitet und ein Teil der Finanzierung geregelt werden. Gleichzeitig müsste man sicherstellen, dass Versicherungen und Gesundheitsangebote über die Kantonsgrenzen hinaus verfügbar sind.⁴

Verschiedene Akteure des Gesundheitswesens sind bereits über die Kantons- und sogar Landesgrenzen hinweg aktiv. Als Beispiel und Ausdruck davon kann die Motion von Nationalrat Fehr genannt werden, die er im Jahr 2003 eingereicht hat. Den Grenzkantonen soll die Möglichkeit eingeräumt werden, im grenznahen Ausland liegende Institutionen des stationären Gesundheitswesens auf ihre Spitallisten zu nehmen, weil:

- das Abkommen über die Personenfreizügigkeit eine Aufenthaltsdauer im Gastland von bis zu 90 Tagen pro Kalenderjahr vorsieht;
- die obligatorische Krankenversicherung in Not- und Zustimmungsfällen für Behandlungskosten in EU- und Efta-Staaten aufkommen muss;
- die Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Nachbarkantonen für Grenzkantone beschränkt sind und daher vermehrt Kliniken auf der Spitalliste sind, die entweder sehr teuer oder weit entfernt sind.

Der Bundesrat hat wie folgt zu dieser Motion Stellung genommen:

- Ziele von Spitalplanung und Spitallisten sind: bessere Koordination zwischen Leistungserbringern, optimale Ressourcennutzung durch Abbau von Überkapazitäten, Kostendämmung;
- Ausweitung von Angebot und Leistungsvolumen könnte Mehrkosten verursachen, solange in der Schweiz bestehende Überkapazitäten nicht im gleichen Ausmass reduziert werden;
- Aufnahme von ausländischen Spitälern in die Spitallisten von Grenzkantonen könnte sich positiv auf den Wettbewerb auswirken und längerfristig kostendämpfend wirken;
- ausländische Kliniken müssten identische Rahmenbedingungen (Qualitätsanforderungen etc.) schaffen;
- Schweiz ist an das Territorialitätsprinzip gebunden;

³ Studie der OECD und der WHO zum schweizerischen Gesundheitssystem, 2006. Siehe auch Kocher/Oggier: Gesundheitswesen Schweiz 2010 bis 2012, S. 133.

⁴ Alle Zitate in diesem Abschnitt: Medienmitteilung: Studie der OECD und der WHO zum schweizerischen Gesundheitssystem: Zusammenfassung. Abrufbar unter: http://www.oecd.org/document/23/0,3746,en_2649_37407_37567831_1_1_1_37407,00.html (letzter Zugriff: 21. März 2011).



Code **Inhalt**

- vertiefte Prüfung durch die Verwaltung.⁵

Gewisse Schweizer Spitäler sind selber aktiv geworden und bemühen sich um neue Einnahmequellen in Form von ausländischen Patientinnen und Patienten. Dazu strahlte das Schweizer Fernsehen vor einem Jahr in der Sendung «Puls» einen Beitrag aus. Wie Sie, geschätzte Kolleginnen und Kollegen, aus diesen wenigen Beispielen erkennen können, ist das Gesundheitswesen ein komplexer und dynamischer Wirtschaftssektor mit extrem vielen Akteuren und mit unterschiedlichen, teilweise diametral entgegengesetzten Interessen. Darum sind die politischen Steuerungsmöglichkeiten schwierig umsetzbar. Der Direktor des Bundesamtes für Gesundheit⁶ kommt denn auch zum Schluss: «In allen industrialisierten Ländern, ob sie föderalistisch oder zentralistisch organisiert sind, ist das Gesundheitswesen relativ kompliziert. Weite Teile unseres Gesundheitswesens sind föderalistisch organisiert. Angesichts der auf unterschiedlichen staatlichen Ebenen angesiedelten Zuständigkeiten sowie zahlreicher, nicht deckungsgleicher Interessen der Akteure gestaltet sich das Ringen um Lösungen ziemlich zäh. Trotzdem hat dieser nicht immer geradlinige Weg den Vorteil, dass alle Akteure berücksichtigt werden».⁷ Gelingt uns im folgenden Diskurs der Einbezug von möglichst vielen Akteuren, so sind wir bereits auf dem Weg zur Besserung.

Damit beende ich meine einleitenden Bemerkungen und begrüsse nun als Erstes Herrn Dr. Kurt Weigelt, Direktor der Industrie- und Handelskammer (IHK) der Kantone St.Gallen und Appenzell. Wie angekündigt wird er über die Idee «Funktionskantone – von der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zu grenzüberschreitenden Körperschaften» referieren.

4.2 «Funktionskantone – von der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zu grenzüberschreitenden Körperschaften»

Code **Inhalt**

I **Dr. Kurt Weigelt, Direktor Industrie- und Handelskammer St.Gallen-Appenzell:**

Zur Folie 1 «IHK St.Gallen-Appenzell»:

Ich bedanke mich herzlich für die Einladung. Es freut mich, als Nichtparlamentarier hier sprechen zu dürfen. Ich vertrete die Industrie- und Handelskammer St.Gallen-Appenzell, eine der wenigen Organisationen, die in unserer Region wirklich kantonsübergreifend funktioniert.

Erlauben Sie mir noch einige Vorbemerkungen: Unsere Handelskammer ist insofern etwas Besonderes, weil sie im Jahr 1466 als Vereinigung der Leinenhändler gegründet wurde. Ich erlaube mir den Hinweis deshalb, weil die damaligen Anliegen der Lei-

⁵ Quelle: Referat von Daniel Wiedmer, Leiter Abteilung Aufsicht Krankenversicherung im Bundesamt für Gesundheit, 11. März 2005.

⁶ Pascal Strupler, seit dem 1. Januar 2010 Direktor des Bundesamtes für Gesundheit.

⁷ Vgl. Kocher/Oggier: Gesundheitswesen Schweiz 2010 bis 2012, S. 7.



Code **Inhalt**

Leinenhändler ziemlich deckungsgleich mit unsern Anliegen heute sind. Es ging den Leinenhändlern immer darum, möglichst ohne Probleme grenzüberschreitend arbeiten zu können. Bereits im Jahr 1387 bestand in St.Gallen ein Zollfreihandelsabkommen mit Nürnberg. Nürnberg war über Jahrhunderte die wichtigste Partnerstadt im deutschen Raum. Sehr wichtig war auch die Beziehung zum Allgäu, das die Rohleinwand lieferte, die in St.Gallen veredelt wurde. Die Leinenhändler wollten sogar Ware aus Übersee in St.Gallen verarbeiten. Dies geschah zum Teil gegen den Widerstand der Weber in der Stadt, die einheimische Rohware verarbeiten wollten. Ein ganz interessantes Zeitfenster bietet sich im 18. Jahrhundert, als der ganze Wirtschaftsraum durch die sogenannte «Leinwandkrise» geprägt war und die Leinwand durch die Baumwolle abgelöst wurde. Im Jahr 1753 waren es die ersten mit Handstickerei bestickten Ballen – zum damaligen Zeitpunkt eine Innovation –, die gewissermassen einen Strukturwandel einleiteten. Da wurde nicht nur Seide, sondern auch feines Baumwollgewebe bestickt. Bemerkenswert dabei ist, dass diese Baumwollballen nicht in St.Gallen, sondern in Vorarlberg mit St.Galler Stickerei bestickt wurden. So gesehen war eigentlich der grenzüberschreitende Verkehr damals eine Selbstverständlichkeit.

Eine erste Bemerkung zu unserer Organisation: In der Schweiz sind die Handelskammern private Vereine. Es besteht keine Zwangs- bzw. Pflichtmitgliedschaft, und wir müssen uns folglich um die Mitgliedschaft der Unternehmen bemühen. Es sind nur diejenigen Mitglieder, die auch wirklich daran interessiert sind. Entsprechend bestehen ganz unterschiedliche Strukturen. Die Handelskammer St.Gallen-Appenzell bietet zehn Vollzeitstellen, im Gegensatz etwa zu Vorarlberg, wo mein Kollege 40 Mitarbeiter hat. Diese Angaben mögen Ihnen ein bisschen die unterschiedlichen Dimensionen und auch die Ressorts in den eigentlich ähnlichen Organisationen aufzeigen. Aufgrund ihrer Ressourcen versucht die Handelskammer St.Gallen-Appenzell, im Sinne ihrer Unternehmen die Politik zu beeinflussen. Aber sie kann natürlich nicht vertiefte Analysen zu europaweiten Problemen machen. Ich wurde angefragt, Aussagen zu staatsrechtlichen Bedingungen in Österreich oder in Deutschland zu machen. Doch dazu bin ich nicht in der Lage. Das Thema wird zwar bearbeitet, aber nicht durch uns, sondern durch die Universität St.Gallen. Dort entsteht eine Masterarbeit zu den staatsrechtlichen Konsequenzen unserer Vorlage. Wir sind darauf angewiesen, dass andere sich ebenfalls mit uns auseinandersetzen, vielleicht auch Sie, geschätzte Anwesende.

Eine zweite Bemerkung zu unserer Organisation: Die Handelskammern betreiben keine «Gesundheitspolitik». Im Gegenteil, sie sind ausgesprochen privatwirtschaftlich orientiert, und das Gesundheitswesen als stark durch den Staat geprägte Branche gehört nicht zu ihren Kunden. Die Handelskammern befassen sich aber im Sinne der Staatsorganisation mit der Gesundheitspolitik. Sie versuchen, mit Blick auf die Belastung der Steuerzahler durch die Gesundheitskosten einen Diskussionsbeitrag zur Staatsorganisation zu leisten. Deshalb biete ich hier keinen Beitrag zur Gesundheitspolitik im engeren Sinn, sondern will in meinem Beitrag die Strukturfragen unseres Staatswesens zur Diskussion stellen.



Code **Inhalt**

Zur Folie 2 «Alleinstellungsmerkmale IHK-Monitor»:

Erlauben Sie mir, dass ich den Einstieg ins Thema darstelle. Die IHK hat eine eigene Beurteilung, einen eigenen Mechanismus erarbeitet, wie sie die Attraktivität einer Wirtschaftsregion beurteilen will. Dabei geht sie von einer Attraktivität als Wohnort und einer solchen als Arbeitsort aus. Aus Sicht der IHK sind das unterschiedliche Kriterien. Sie unterscheidet die Dynamik und betrachtet, wie sich eine Region entwickelt. Sie denkt in Wirtschaftsregionen.

Zur Folie 3 «IHK-Monitor: Wirtschaftsregionen»:

Für die IHK St.Gallen–Appenzell besteht die Wirtschaftsregion Ostschweiz aus den beiden Appenzell, St.Gallen und Thurgau. Selbstverständlich kann auch Schaffhausen miteinbezogen werden oder auch Graubünden und Glarus. Am Ende gibt es unterschiedliche Kombinationen. Wir haben uns auf die «Bratwurst-Ostschweiz» beschränkt. Dies sind diejenigen Kantone, die das Recht haben, die Original St.Galler Bratwurst herzustellen, was unserer Definition eine gewisse Plausibilität verleiht.

Zur Folie 4 «IHK-Indikator für die Attraktivität als Arbeitsort»:

Dann haben wir eine solchermaßen definierte Ostschweiz mit den übrigen Schweizer Regionen verglichen. Die Attraktivität als Arbeitsort ist vom Niveau her durchschnittlich, hat sich aber wegen einer ausgesprochenen Dynamik, insbesondere bei der Exportindustrie im St.Galler Rheintal, in den vergangenen Jahren positiv ausgezeichnet. Diese Exportindustrie hat sich über die Grenze hinaus höchst erfreulich entwickelt und wurde zum Motor für die Ostschweizer Wirtschaft. Auch der Einbruch 2008 wurde sehr rasch überwunden.

Zur Folie 5 «IHK-Indikator für die Attraktivität als Wohnort»:

Weniger positiv sieht es aus unserer Sicht bei der Wohnort-Attraktivität aus. Die Ostschweiz ist in Bezug auf das gesamtschweizerische Niveau unterdurchschnittlich etabliert. Sie weist bis heute eine Binnenwanderung auf, d.h. viele Einwohner ziehen nach Zürich.

Zur Folie 6 «IHK-Indikator für die Gesamtattraktivität»:

Bei einer Gesamtbeurteilung sehen wir, dass die Ostschweiz vom Niveau her eher unterdurchschnittlich, in der Dynamik aber leicht überdurchschnittlich ist, insbesondere bei der Attraktivität als Arbeitsort. Diese Fakten sind für die IHK Ausgangslage, um Verbesserungen anzuregen und um auf der aufliegenden Folie im oberen rechten Feld anzukommen.

Zu den Folien 7 und 8 «IHK-Modell der Standortattraktivität»:

Am Modell der Standortattraktivität sehen wir, welche Elemente diese nach unserem Dafürhalten ausmachen. Es gibt die Infrastruktur, Steuern und Abgaben, Bildung, Gesundheit etc. Wir haben vier Bereiche, die von der kantonalen und regionalen Politik beeinflusst werden können. Themen sind insbesondere der Arbeitsmarkt, die Globalisierung, die Anbindung der Schweiz an das benachbarte Ausland und an die übrige Welt. Für uns als kantonale Organisation stehen die Infrastruktur, die Steuern und Abgaben, die Regulierungsdichte und die Verfügbarkeit von Standorten im Vordergrund.



Code **Inhalt**

Zur Folie 9 «IHK-Modell der Standortattraktivität»:

Dann gibt es noch die sogenannten weichen Faktoren, d.h. die Umwelt, die Landschaft, die Kultur und die politischen Verhältnisse. Zur Kultur gehört nicht nur die Hoch-, sondern auch die Volkskultur, und die Qualität der Umwelt ist vielleicht nach der Katastrophe in Japan noch stärker zu gewichten.

Zur Folie 10 «IHK-Modell der Standortattraktivität»:

Im Zusammenhang mit dem Thema «Grenzüberschreitende Gesundheitspolitik» haben wir uns in besonderem Masse mit den politischen Verhältnissen auseinandergesetzt.

Zur Folie 11 «These»:

Dabei sind wir von einer These ausgegangen. Wir haben uns gesagt, dass das Auseinanderfallen der Wirtschaft und der politischen Handlungsräume einer der Gründe ist, weshalb sich die Ostschweiz im gesamtschweizerischen Vergleich unterdurchschnittlich positiv entwickelt.

Zur Folie 12 «Die Arbeitsmarktregionen der Ostschweiz»:

Anhand einer Übersicht über die Arbeitsmarktregionen der Ostschweiz lässt sich zeigen, dass sich diese über die Pendlerbewegungen definieren. Dort, wo sich Zu- und Wegpendler die Waage halten, ist die Grenze einer Arbeitsmarktregion. Mit Blick auf die Ostschweiz heisst das, dass die Arbeitsmarktregion St.Gallen aus vier Kantonen besteht. Das bedeutet aber auch, dass vier Kantonsregierungen Entscheidungen treffen, die die Arbeitsmarktregion St.Gallen beeinflussen. Wir haben z.B. im Kanton St.Gallen das Sarganserland, das sich nach Chur orientiert, das Linthgebiet, das Richtung Zürich schaut, und – sozusagen als Sonderfall – den Kanton Thurgau, der zur Hälfte zur Arbeitsmarktregion St.Gallen und zur Hälfte zu derjenigen Winterthur-Schaffhausen gehört. Diese Struktur trifft man in der Schweiz auch an andern Orten an, aber in der Ostschweiz ist sie aufgrund ihrer historischen Dimension sehr ausgeprägt.

Zur Folie 13 «Folge 1 der Fragmentierung»:

Jetzt kann man sich natürlich fragen, welches denn die Konsequenzen sind. Grundsätzlich kann es sehr angenehm sein, dass jede Region und jedes Tal eine eigene Identität, eine eigene Qualität und einen eigenen Fortschritt hat.

Zur Folie 14 «Die Spitallandschaft im Kanton St.Gallen»:

Ich möchte am Beispiel der Gesundheitspolitik aufzeigen, wohin eine starke Fragmentierung führen kann. Für die Spitallandschaft im Kanton St.Gallen gilt unverändert: Jedes Tal hat sein Spital. Wir haben eine Dichte von Spitälern, die möglicherweise im 19. Jahrhundert berechtigt war, aber bei der heutigen Mobilität so nicht mehr erforderlich ist.

Zur Folie 15 «Die Spitallandschaft in der Ostschweiz»:

Nimmt man die Spitäler des Thurgaus und der beiden Appenzell dazu, dann ergibt sich ein plastisches Bild über die fragmentierte Gesundheitsversorgung in unserer Wirtschaftsregion. Nicht berücksichtigt sind dabei die Spitäler im benachbarten Aus-



Code **Inhalt**

land, aber dies dürfte dann im Referat von Dr. Willy Oggier ein Thema sein. Dass die heute bestehende Struktur Konsequenzen auf die Kosten hat, ist selbstverständlich.

Zur Folie 16 «Die Fachhochschullandschaft in der Ostschweiz»:

Ein ähnliches, auch spezifisch ostschweizerisches Phänomen besteht bei der Fachhochschullandschaft. Da gibt es den Bund, der befiehlt und finanziert, dann die zwei Standortkantone St.Gallen und Graubünden, vier selbständige Fachhochschulen und neun Trägerkantone. Bei der Hochschule für Technik Buchs (NTB) bestehen gar noch über die Grenze hinweg Verbindungen mit Liechtenstein. Es ist eine unendliche Komplexität, mit der meines Erachtens kaum mehr vernünftig umzugehen ist.

Zur Folie 17 «Folge 2 der Fragmentierung»:

Diese Fragmentierung ist ausgesprochen kompliziert und kostspielig. Herr Locher hat den Direktor des Bundesamtes für Gesundheit zitiert, der besagt, dass zahlreiche und nicht deckungsgleiche Interessen der Akteure das Ringen um Lösungen ziemlich zäh gestalten und Verwirrung stiften.

Zur Folie 18 «Horizontale Zusammenarbeit in der Schweiz»:

Die Zahlen der Konferenzen, die in der Schweiz versuchen, diese Vielfalt zu koordinieren, sind eindrücklich: 1 Konferenz der Kantonsregierungen, 22 kantonale Regierungs- und Direktorenkonferenzen, 500 kantonale Beamtenkonferenzen, 780 interkantonale Konkordate, 1000 Zweckverbände. Der Staatssekretär, Herr Canisius Braun, mag vielleicht die eine oder andere Zahl in Frage stellen, aber die Aufzählung zeigt dennoch, dass es eine unglaubliche Organisation braucht, um dieses Gesamtsystem zu bewältigen.

Zur Folie 19 «Anzahl Konkordate pro Kanton»:

Aufgrund der eingangs erwähnten Ausgangslage spielt die Ostschweiz eine besondere Rolle. Das zeigt auch die Anzahl der Konkordate. St.Gallen ist der am meisten auf eine kantonsübergreifende Zusammenarbeit angewiesene Kanton. Dies ist bedingt durch seine besondere Situation, die er in den verschiedenen Wirtschaftsregionen einnimmt.

Zur Folie 20 «Struktur der Konkordate»:

Die Darstellung der Struktur dieser Konkordate ist mit «Spinnennetzen» vergleichbar, und es ist gut sichtbar, dass St.Gallen ein Zentrum im «Spinnennetz Ostschweiz» bildet. Diese Struktur ist eine typisch schweizerische Lösung. Je kräftiger die Linie ist, desto intensiver ist die Verbindung. Auffallend dabei ist, dass zwischen St.Gallen und Appenzell I.Rh. nur eine dünne Linie, d.h. eine relativ schmale gemeinsame Basis besteht, während wir mit den Kantonen Schwyz, Thurgau und Zürich sehr eng zusammenarbeiten. Es sind also gewisse Differenzierungen in der Zusammenarbeit der einzelnen Kantone ersichtlich.

Zur Folie 21 «Folge 3 der Fragmentierung»:

Weil in der Ostschweiz die wirtschaftlichen und politischen Handlungsräume auseinanderfallen, wird ihre Position auf nationaler Ebene geschwächt. Aufgrund der hohen Fragmentierung ist es relativ schwierig, in Bundesbern Ostschweizer Positio-



Code **Inhalt**

nen durchzusetzen. Es fehlt die Geschlossenheit. Ich könnte mir vorstellen, dass Vorarlberg möglicherweise Ähnliches mit Wien erlebt.

Zur Folie 22 «Fahrzeitenvergleich»:

Ein typisches Beispiel dafür ist die Erschliessung durch den öffentlichen Verkehr. In den vergangenen 20 Jahren wurden in der Schweiz massive Investitionen in die Verbindungen zwischen den Städten Zürich und Bern sowie zwischen Bern und dem Wallis (Lötschberg-Basistunnel) getätigt, was Tempi bis zu 120 km/h erlaubt. In der Ostschweiz hingegen ist die Infrastruktur bis heute nicht aufgewertet worden. Es dauert gleich lange, um von Zürich ins Rheintal zu gelangen wie von Zürich ins Wallis. Wir sind der Meinung, dass solche Tatsachen im Wesentlichen hausgemacht sind. Sie haben damit zu tun, dass wir Ostschweizer nicht in der Lage sind, unsere Interessen gemeinsam zu artikulieren.

Zur Folie 23 «Tatsache»:

Die aufgezeigte Fragmentierung ist ein Teil des Wachstums- oder Dynamikproblems in der Ostschweiz und versetzt diese in eine andere Ausgangslage als die übrige Schweiz. Wie gehen wir hier damit um?

Zur Folie 24 «Handlungsoption 1: Kanton Ostschweiz»:

Die klassische Antwort darauf wäre eine Fusion der Kantone zu einem Kanton Ostschweiz. Das ist aber nach unserer Wahrnehmung keine Lösung. Grossfusionen wie ein Kanton Ostschweiz würden die wirklichen Probleme nicht lösen können. Denn es gibt wenig Gemeinsamkeiten zwischen den Einwohnern von Kreuzlingen und denjenigen der Linthebene. Es gibt keine Flächenorganisation, die für alle Bereiche des gesellschaftlichen und politischen Lebens die richtige Struktur darstellt. Wirtschaft, Politik, Kultur, es gibt immer Unterschiede und Abgrenzungen. Eine Fusion, die versucht, solche Unterschiedlichkeiten in ein neues Gebilde hineinzuzwängen, wird nicht funktionieren. Im Gegenteil. Wir sind überzeugt, dass die Vielfalt ein Qualitätszeichen ist. Gerade in Zeiten der Globalisierung sind regionale Identitäten unglaublich wertvoll, und dass sich die Rheintaler als Rheintaler und die Appenzeller als Appenzeller verstehen und definieren, ist keine Schwäche, sondern eine Stärke. Es muss uns nur gelingen, bei übergeordneten Fragestellungen und Instanzen diese sogenannte Schwäche zur Stärke zu machen.

Zur Folie 25 «Handlungsoption 2: Funktionskantone»:

Deshalb haben wir eine eigene Handlungsoption entwickelt und sprechen von Funktionskantonen. Der Grundsatz dabei ist, sich dort zu einer speziellen Organisationsform zusammenzuschliessen, wo wirklich eine Zusammenarbeit möglich ist.

Zur Folie 26 «Ausgaben der Ostschweizer Kantone nach Funktionen»:

Wir denken, dass es v.a. in den Bereichen Sinn macht, bei denen es im besonderen Masse um staatliche Ausgaben geht.



Zur Folie 27 «Wachstum der Ausgaben in den Ostschweizer Kantonen für Gesundheit und Bildung»:

Dies betrifft besonders die Gesundheit und die Bildung. Hier bestehen Budgetposten, die den öffentlichen Haushalt an seine Grenzen bringen. Gleiches gilt auch für die soziale Wohlfahrt, die wir aber bei unseren Überlegungen ausnehmen. Denn dort sind die Kantone in erster Linie Vollzugsorgane und können nicht selbstgestaltend wirken. Deshalb macht eine kantonsübergreifende Zusammenarbeit wenig Sinn. Wir konzentrieren unsere Überlegungen also auf die Überwindung der kantonalen Fragmentierung in den Bereichen Gesundheit und Bildung. Und dass dies Sinn macht, zeigt die Entwicklung der Kosten in diesen beiden Bereichen für die Ostschweiz. Die Ostschweiz hat im Vergleich zur übrigen Schweiz sowohl ein günstiges Gesundheits- als auch Bildungssystem. Ostschweizerinnen und Ostschweizer gehen weniger zum Arzt als Westschweizer und fehlen weniger an ihren Arbeitsplätzen. Es besteht aber die Tendenz und damit die Gefahr, dass die Kosten in der Ostschweiz überdurchschnittlich stärker steigen als in der übrigen Schweiz und dass sich unser Vorsprung dadurch verringern wird.

Zur Folie 28 «Handlungsoption 2: Funktionskantone»:

Damit komme ich zu unserem Modellvorschlag, der sogenannte Funktionskantone postuliert. Die Idee ist, in den Bereichen Gesundheit und Bildung, in Ergänzung zur vertikalen Staatsorganisation, eine horizontale Ebene zu gründen. Dazu drei Bemerkungen:

1. Wir sprechen in diesem Zusammenhang nicht von einer Privatisierung, sondern von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, die Teil der politischen Dienstlinien sind.
2. Wir halten uns entschiedenermassen nicht an die Kantonsgrenzen. Der entscheidende Vorteil eines Gesundheitskantons oder eines Bildungskantons ist, dass er entsprechend dem im Einzugsgebiet liegenden Wirtschaftsraum einer staatlichen Dienstleistung entspricht, aber sich nicht an Kantonsgrenzen halten muss. Ich wurde im Vorfeld gefragt, ob wir denn das Linthgebiet vergessen hätten. An diesem Beispiel kann ich gut erklären, was denn die Idee eines Gesundheitskantons ist. Der Gesundheitskanton St.Gallen umfasst vielleicht die beiden Appenzell, Teile des Kantons St.Gallen und vielleicht Teile des oder den ganzen Kanton Thurgau. Hingegen würde bei diesem Modell das Spital in Uznach zu einem Gesundheitskanton Zürichsee gehören, und ein Spital in Walenstadt wäre allenfalls Teil des Gesundheitskantons Graubünden. Das ist das eigentliche Pièce de résistance. Wir postulieren ein Gebilde, das sich nicht an die Kantonsgrenzen halten muss. In diesem Zusammenhang haben wir auch grossen Wert darauf gelegt, dass z.B. ein Spital in Vaduz zum Gesundheitskanton St.Gallen oder Bodensee gehören könnte. Nach unserer Beurteilung wäre es sinnvoll, dass es im St.Galler Rheintal oder im «Alpen-Rheintal» ein Spital gäbe, das das ganze Versorgungsgebiet umfassen würde. Wie schon gesagt, gehen wir explizit davon aus, dass wir uns nicht an Kantons- und auch nicht zwingend an Staatsgrenzen halten.
3. Das Folgende tönt jetzt möglicherweise etwas gar utopisch, ist es aber nicht. Anfang des 19. Jahrhunderts wurden im Kanton St.Gallen die Karten neu ge-



mischt. In der Stadt St.Gallen gehörte früher die reformierte Kirche zur Staatsorganisation. Als Folge der Neuorganisation wurde nach dem Zusammenbruch der Alten Eidgenossenschaft die Kirche in eine eigene öffentlich-rechtliche Körperschaft überführt, mit eigener Steuerhoheit, eigener Regierung und eigenem Parlament, und es hat nie ein Problem damit gegeben. Deshalb ist das, was wir hier vorschlagen und fordern, möglicherweise etwas ungewohnt, es wurde aber bereits vor 200 Jahren mit Erfolg durchgespielt. Und ähnliche Situationen finden wir auch bei schweizerischen Schulgemeinden, die ebenfalls gemeindeübergreifend organisiert sind.

Zur Folie 29 «Ohne Titel»:

Wie wäre ein solcher Gesundheitskanton organisiert? Entscheidend ist, dass ein eigenes Parlament gebildet wird, das die Aufgaben übernimmt, die heute bei den schweizerischen Kantonsparlamenten liegen. Gewissermassen entmachten wir die Kantonsparlamente und übertrugen die Kompetenzen an ein spezialisiertes Parlament. Erlauben Sie mir nochmals den Vergleich mit der reformierten Kirche, wo sich die Synode mit spezifischen Fragestellungen auseinandersetzt.

Zur Folie 30 «Ohne Titel»:

Dieses Gesundheitsparlament wählt die Gesundheitsdirektion Ostschweiz, die die heutigen kantonalen Gesundheitsdirektoren ersetzen würde. Dass mit diesem Vorschlag die Sache bei den Kantonsregierungen schnell erledigt war, versteht sich fast von selbst. Es brauchte etwa 50 Sekunden, und die Gesundheitsdirektoren bzw. Gesundheitsdirektorinnen stellten fest, dass eine solche Struktur unmöglich sei. Eigentlich ist die Idee hinter unserem Vorschlag, dass es in der Ostschweiz jemanden braucht, der in der Lage ist, diesem Gesamtsystem als oberstes Exekutivorgan vorzustehen.

Zur Folie 31 «Ohne Titel»:

Die Kantonsparlamente, also Sie, werte Damen und Herren, würden die Mitglieder des Gesundheitsparlamentes wählen und Sie wären verantwortlich für die globalen Budgets. Die Idee dahinter ist, dass das Gesundheitsparlament nicht nur nach parteipolitischen Kriterien zusammengesetzt ist, sondern dass im Weiteren auch Personen mit besonderen Kompetenzen gewählt werden könnten. Demzufolge brauchte es nicht mehr zwingend den klassischen parteipolitischen Sprung ins Parlament, um im Spezialbereich Gesundheit mitreden und mitbestimmen zu können.

Zur Folie 32 «Ohne Titel»:

Da in der Schweiz jedoch die direkte Demokratie auch weiterhin gewährleistet sein muss, stimmt das Stimmvolk über den Beitritt zu einem Gesundheitskanton ab. Bei Unzufriedenheit ist auch ein Austritt möglich. Für die Globalbudgets sehen wir das fakultative Referendum vor.

Zur Folie 33 «Ohne Titel»:

Wenn wir dieses Vorgehen nun auf die grenzüberschreitende Dimension übertragen, dann ändert sich auf der Seite Gesundheitsparlamente und -direktion eigentlich nichts. Es ändern sich aber die Aufgaben der Länderparlamente bzw. des Stimmvol-



Code **Inhalt**

kes, weil jedes Land seine Besonderheiten in Bezug auf die Kriterien hat, nach welchen ein Gesundheitsparlament zusammengesetzt werden soll. Ich kenne die Kompetenzverteilung in Österreich und in Deutschland zwischen den Parlamenten der einzelnen Länder und denjenigen der Gesamtstaaten nicht. Hierin lägen jedoch die Unterschiede. Auf die Funktionsweise des Gesundheitsparlamentes hätte es aber keinen Einfluss, weil die Wahl der Parlamentarier in die Gesundheitsparlamente durchaus der nationalen Logik entspräche. Insgesamt wäre es also möglich, unser Modell grenzüberschreitend anzudenken.

Zur Folie 34 «Handlungsoption 2: Funktionskantone»:

Welches wären denn die Vorteile eines solchen Modells? Ein kantonsübergreifender Gesundheitskanton nimmt sowohl Rücksicht auf die regionale Vielfalt als auch auf den kantonalen Wettbewerb. Wie bereits gesagt, halten wir schweizerische Grossfusionen nicht für erfolgsversprechend.

Zur Folie 35 «Handlungsoption 2: Funktionskantone»:

Entscheidend ist, dass wir der Überzeugung sind, dass eine derartige Organisationsform zu einer gewissen Entpolitisierung des Gesundheitswesens führen würde. Gemäss unserer Beurteilung wäre das sinnvoll. In Bereichen, in denen der Staat primär Dienstleistungen erbringt und in denen der Bevölkerung optimale Dienstleistungen angeboten werden sollen, sollte die Politik einen Schritt zurücktreten. Es kann nicht sein, dass jeder Regionalspitalstandort bestimmend für die nächsten Kantons- oder Regierungsratswahlen wird. Hier täte eine Aufgabenteilung not, die es möglich macht, die betriebswirtschaftliche Logik stärker zu gewichten als die politischen und parteipolitischen Überlegungen.

Zur Folie 36 «Handlungsoption 2: Funktionskantone»:

Ich bin überzeugt, dass die Effizienz- und Effektivitätsverluste in der herkömmlichen Struktur mit dieser neuen Organisationsform wettgemacht werden könnten.

Zur Folie 37 «IHK St.Gallen-Appenzell»:

Welches waren denn nun die Reaktionen auf unsere bereits vor zweieinhalb Jahren präsentierten Vorschläge? Ich habe bereits angetönt, dass wir diese an einer Grossveranstaltung, «Zukunft Ostschweiz», dargelegt haben. Daran nahmen ungefähr 1000 Personen teil. Die Reaktion der anwesenden Gesundheitsdirektoren war sehr schnell: Nach 50 Sekunden war für sie das Thema erledigt. Seither bin ich immer wieder unterwegs und versuche, mindestens die Gedanken in die Diskussion einzubringen. Ich bin überzeugt, dass wir mit der Zeit gehört werden, denn der Druck seitens der Bevölkerung wächst, dass bei der Verteilung von öffentlichen Geldern die Finanzierbarkeit von Leistungen berücksichtigt wird. Neue Ideen werden so oder so notwendig sein. Ich bin überzeugt, dass mittelfristig diejenigen Regionen erfolgreich sein werden – ich denke da auch an die grenzüberschreitenden Räume –, die neue Lösungen finden und die den Mut haben, sich zu verändern. Und diesen Mut wünsche ich mir für die Ostschweiz. Es ist der Mut, der den Bodenseeraum über Jahrhunderte ausgezeichnet hat, und deshalb bin ich der Ansicht, dass es an der Zeit ist, grenzüberschreitend zu denken und zu handeln.



Code **Inhalt**

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und bin gespannt auf Ihre Fragen.

Präsident der Parlamentarier-Konferenz Bodensee:

Herzlichen Dank, Herr Dr. Weigelt. Ich möchte nun vorschlagen, dass wir diese sehr provokativen Thesen nach dem Referat von Herrn Dr. Oggier und somit gleich gemeinsam mit diesem diskutieren.

Bevor ich das Wort an Herrn Dr. Oggier weitergebe, möchte ich Sie noch auf ein Buch aufmerksam machen. Es handelt sich um eine Studie, die vor etwa drei Jahren erschienen ist. Diese beschäftigt sich mit der Frage der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen im Raume Basel, d.h. mit der Zusammenarbeit zwischen den Ländern Deutschland, Frankreich und der Schweiz. Die Studie zeigt u.a. auch die sehr unterschiedlichen rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen auf. Der Band wurde von der Hochschule St.Gallen herausgegeben. Ich denke, dass das Buch für eine vertiefendere Auseinandersetzung mit diesen Fragen eine gute Grundlage bildet. Wir haben draussen auf den Tischen Prospekte aufgelegt, und ich werde das Buch nachher zirkulieren lassen.⁸

Ich gebe nun das Wort an Herrn Dr. Oggier, einen in der Schweiz anerkannten Spezialisten im Bereich der Gesundheitsökonomie. Wir sind gespannt auf seine Ausführungen.

4.3 «Grenzüberschreitende Trends im Gesundheitswesen: Herausforderungen und Chancen für die Zukunft»

Code **Inhalt**

I **Dr. Willy Oggier, Gesundheitsökonom:**

Zur Folie 1 «Grenzüberschreitende Trends im Gesundheitswesen: Herausforderungen und Chancen für die Zukunft»:

Geschätzter Herr Präsident
Geschätzte Damen und Herren

Ich bin von meinem Vorredner als Gesundheitspolitiker bezeichnet worden und möchte deshalb – um nicht missverstanden zu werden – gleich eingangs festhalten, dass ich weder Partei- noch Gewerkschaftsmitglied bin. Ich bin auch in keiner Interessengruppierung, in keinem Verwaltungsrat einer Pharmaunternehmung, eines Krankenversicherers oder eines Leistungserbringers. Ich halte ein einziges Verwaltungsrats-

⁸ Odendahl, Kerstin / Tschudi, Hans Martin / Faller, Andreas (Hg): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen: Ausgewählte Rechtsfragen am Beispiel des Basler Pilotprojektes, Dike Verlag, 2010.



Code **Inhalt**

mandat, und das ist dasjenige in meiner eigenen Beratungsunternehmung. Ich halte das für legitim, denn ich besitze 100 Prozent der Aktien. Des Weiteren scheint es mir immer auch wichtig zu sein, woher die Mandate kommen. Wenn ich meine bisherigen öffentlichen Mandate betrachte, dann habe ich sowohl für eine sozialdemokratische eidgenössische Gesundheitsministerin als auch für zwei freisinnige Gesundheitsminister gearbeitet. Am kommenden 1. April vor genau 15 Jahren habe ich auf regionaler Ebene mein selbständiges Unternehmen unweit von hier an der Schwertgasse gegründet. Zuvor war ich dreieinhalb Jahre an der Hochschule St.Gallen tätig, in einem Institut, das sich mit Managementfragen im Gesundheitswesen beschäftigt hat. Dieses Institut ist damals eigentlich eher zufällig an der Hochschule St.Gallen angesiedelt worden, sozusagen wegen eines «Betriebsunfalls». Schuld daran waren die Parlamentarier des Kantons St.Gallen, weil diese zuvor eine medizinische Fakultät abgelehnt hatten. Ökonomisch hat das natürlich Sinn gemacht, weil es sowieso zu viele medizinische Fakultäten gibt. Der damalige Kantonsarzt Dr. Bruno Horisberger, der auch einmal politisch tätig war, hatte die Idee, eine medizinische Fakultät – so sie denn überhaupt kommt – in Health Technology Assessment zu gründen. Das ist das, was heute in Österreich ein renommiertes Institut macht oder das, was in Deutschland am Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (abgekürzt IQWiG) angeboten wird. Die Idee ist gerade vor ein paar Monaten auch in der Schweiz durch den Zürcher Gesundheitsdirektor, Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, initiiert worden. Diese Idee des Health Technology Assessments also war bereits 1993 für den damaligen Kantonsarzt Dr. Bruno Horisberger ein Thema. Leider gab es dann einen zweiten «Betriebsunfall», an dem das Zürcher Stimmvolk schuld war. Es hat nämlich den einzigen Professor, Herrn Dr. Ernst Buschor, der sich damals wirklich für das Gesundheitswesen an der Hochschule St.Gallen interessiert hat, in die Regierung gewählt. Dort war er zuerst Gesundheitsdirektor, hat später dann aber zum Bildungsdepartement gewechselt. Die Hochschule St.Gallen hat später das Interesse an einer medizinischen Fakultät verloren und diese Positionierung ganz aufgegeben. Herr Horisberger ist ein paar Monate vorher pensioniert worden, sein Nachfolger hat einen Ruf an eine deutsche Universität angenommen, weil er in St.Gallen keine ordentliche Professur bekam. Schliesslich wurde das Institut für Managementfragen im Gesundheitswesen an die Fachhochschulen transferiert. Dieser Transfer war dann der Grund, weshalb ich ausgestiegen bin und mich am 1. April 1996 selbständig gemacht habe. Dies war nicht zu meinem Nachteil, wie ich heute feststelle. Soweit zu meiner Vorgeschichte.

Erwähnen möchte ich auch noch, dass ich zu dieser Region eine enge historische Verbindung habe. Der allererste Kanton, der mir als Selbständigerwerbender einen Auftrag gegeben hat, war der Kanton Appenzell A.Rh. Die damalige Gesundheitsdirektorin und spätere Präsidentin der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz, Frau Alice Scherrer-Baumann, hatte mich beauftragt, einmal die Kosten zu simulieren, die mit der damaligen Reform der Krankenversicherungsgesetzgebung auf den kantonalen Finanzhaushalt zukommen. Dazu hatte ich bereits Szenarien modelliert und eines davon, das negativste, hat die Sache ziemlich genau getroffen. Der zweite Kanton, der mir einen Auftrag gegeben hat, war der Kanton Appenzell I.Rh. Dort durfte ich die Krankenhausplanung machen. Die habe ich in meinem Leben vielleicht drei Mal gemacht: das erste, das einzige und das letzte Mal. Ich habe nämlich damals ge-



Code **Inhalt**

schrieben, dass man die Existenz des Krankenhauses Appenzell, das damals über 59 Betten verfügte, bis ins Jahr 2010 überprüfen soll. Das hat mir ziemlich viel Ärger eingebracht, und Sie wissen, dass heute über ein Gesundheitszentrum für 90 Mio. Franken diskutiert wird. Daneben habe ich aber auch sehr viele Beziehungen über die Grenzen hinaus. Ich bin heute zwischen 40 und 50 Tage geschäftlich in Deutschland, auch in deutschen Krankenhäusern, unterwegs und werde mir erlauben, im folgenden Referat da und dort eine entsprechende Bemerkung einfließen zu lassen.

Zur Folie 2 «Aufbau»:

Nun, was habe ich mit Ihnen vor? Ich möchte zuerst einmal ein paar Treiber im westeuropäischen Gesundheitswesen aufzeigen, dann auf ein paar gesundheitsökonomische Grundfragen kommen und daran anschliessend einige Thesen formulieren. Sie werden sehen, dass diese Thesen weitgehend deckungsgleich mit der Analyse von Herrn Dr. Weigelt sind. Sie sind in Bezug auf den Vorschlag interessant.

Allgemein einleitende Bemerkungen zu den Folien 3 bis 8, dann im Besonderen zur Folie 3 «Mögliche Treiber im westeuropäischen Gesundheitswesen»:

Erstens: Beim Betrachten der Treiber im westeuropäischen Gesundheitswesen kommt man zum Schluss, dass die demographische Entwicklung ein wichtiger Punkt ist. Älter werdende Gesellschaften führen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit dazu, dass sie auch mehr Geld für die Gesundheitsversorgung ausgeben müssen. Die politisch entscheidende Frage ist, wie viel über Zwangsabgaben, d.h. über Sozialversicherungen und Steuern, bezahlt werden muss und wie viel die Betroffenen aus der eigenen Tasche berappen müssen. Die Schweiz hat unter den Vergleichsländern den höchsten Stand, wenn es um den persönlichen Beitrag der Betroffenen geht. Nach den neuesten Daten sind wir sogar in ganz Westeuropa dasjenige Land, das den höchsten Eigenanteil hat. In Deutschland ist dieser sehr tief, aber auch im EU-Durchschnitt und in Österreich sind Selbstbeteiligungen und Selbstzahlungen ein absolutes No-go. Es bestehen sehr grosse Unterschiede. Das ist auch darauf zurückzuführen, dass beispielsweise in der Schweiz viele Dinge, die in Deutschland über die gesetzliche Krankenversicherung finanziert sind, nicht im Leistungskatalog enthalten sind.

Dazu einige Stichworte: Der Grossteil der Zahnmedizin wird bei uns aus der eigenen Tasche bezahlt, und das, was in Deutschland unter Rehabilitation verstanden wird, entspricht bei uns in der grossen Mehrheit der Fälle den Begriffen Kur- und Heilwesen. Was wir in der Schweiz unter Rehabilitation verstehen, ist in Deutschland unter dem Stichwort Anschluss-Heiltherapie bekannt. Trotz vermeintlich ähnlichen Zahlen bestehen grosse Unterschiede, sowohl im Kaufkraftbereich pro Kopf als auch in Prozenten des Bruttoinlandprodukts. Es gibt übrigens auch sehr unterschiedliche Verteilungen, wenn es darum geht, wer was bezahlt. Beim Betrachten der Zwangsabgaben fällt auf, dass in Deutschland knapp zwei Drittel des gesamten Kuchens über die Sozialversicherungen bezahlt werden. Im Gegenzug ist der Anteil, der über Steuermittel finanziert wird, deutlich niedriger als beim schweizerischen System. Bei uns übernehmen die Sozialversicherungen gut 40 Prozent und die öffentlichen Haushalte zwischen 16 und 17 Prozent – das schwankt ein bisschen – des gesamten Kuchens, der



Code **Inhalt**

etwa 60 Mrd. Franken ausmacht. Ein Vergleich zu den Grössenverhältnissen: Deutschland ist ungefähr Faktor 10 der Schweiz. Geht also ziemlich genau auf.

Zweitens: Es gibt medizinische Entwicklungen, die uns massiv zwingen werden, auch auf gesellschaftspolitischer Ebene Fragen zu stellen, denn in einer älter werdenden Gesellschaft wird das Gesundheitswesen zum Business. Und alle wollen da rein. In Deutschland hat einmal eine Diskussion zwischen Herrn Pföhler einerseits – heute Vorstandsvorsitzender des Rhön-Klinikums – und Herrn Wiedeking als Porsche-Chef andererseits stattgefunden. Herr Pföhler hat damals gefragt, wie denn eine Volkswirtschaft aussehen wird, wenn das Durchschnittsalter der Bevölkerung 50 Jahre beträgt. Herr Wiedeking gab zur Antwort, dass es eine riesige Porsche-Produktion geben wird. Weshalb? Weil die Männer sich dann in der Midlife-Crisis befinden und mit Pferdestärken Defizite kompensieren wollen, z.B. die zweite Ehefrau angeln. Auf die Frage, wie denn die Gesellschaft beim Durchschnittsalter 65 aussähe, hat Herr Wiedeking ähnlich geantwortet. Herr Pföhler entgegnete ihm, dass das unmöglich sei, denn so, wie die Porsches gebaut seien, müssten die 65-Jährigen zuerst mit Hüft- oder Knieimplantaten versehen werden, damit sie überhaupt einsteigen könnten. Folgedessen steht vor der Porsche-Produktion eine vergrösserte Gesundheitslandschaft. Ich will Ihnen, geschätzte Anwesende, damit nur aufzeigen, dass älter werdende Gesellschaften andere Bedürfnisse haben. Wenn Ihre Gelder limitiert sind, dann müssen Sie auf der einen Seite sagen, dass die Schere zwischen dem Finanzierbaren und dem Machbaren wahrscheinlich weiter auseinandergeht. Auf der anderen Seite müssten für die Ausgaben der Zwangsabgaben Bedarfsabschätzungen gemacht werden, beispielsweise müsste diskutiert werden, ob man etwas weniger für Bildung oder Verkehr ausgeben und das Geld in das Gesundheitswesen transferieren will. Diese Idee war nicht zur Freude einzelner Zürcher Regierungsvertreter. Und doch, bei der gegenwärtigen demographischen Entwicklung werden wir um solche Verteilungsfragen nicht herumkommen. Denken Sie daran, dass es die älteren Menschen sind, die abstimmen gehen.

Zur Folie 4 «Demographische Entwicklung (I)»:

Ich will jetzt auf die einzelnen Treiber noch etwas eingehen, aber zuvor noch Folgendes: Ich hatte die Gelegenheit, mit einer Nationalrätin, die unlängst als Selbstzahlerin in Afrika unterwegs war, zu sprechen. Dabei habe ich sie gefragt, was denn für sie die grösste Erkenntnis in der Entwicklungszusammenarbeit sei. Sie sagte, dass die Schweiz nicht in Chiasso aufhöre. Diese Tatsache ist mir da sehr bewusst geworden. Mit dieser Aussage möchte ich Sie dafür sensibilisieren, dass das, was in den Gesundheitswesen Westeuropas geschieht, nicht das ist, was in der Welt passiert. Die Dynamik und der Bedarf der Gesundheitsversorgung sind in Westeuropa ganz anders als im asiatischen Raum. Damit will ich sagen, dass wir unsere Probleme selber lösen müssen, denn es gibt keine Referenzbeispiele auf anderen Kontinenten. Das heisst, wenn wir sie nicht anpacken, dann wird es niemand für uns tun. Was beispielsweise getan werden kann, ist zu schauen, welche Regionen denn heute schon einen hohen Bevölkerungsanteil mit älteren Menschen haben. Auf die Schweiz bezogen, kann festgestellt werden, dass es grosse Unterschiede gibt. Im Moment ist der Kanton Basel-Stadt an vorderster Stelle, und die Probleme mit der Versorgung älterer Leute sind gross. Andere Kantone, wie Zug und Schwyz, haben dieses Problem nicht so sehr,



Code **Inhalt**

denn aufgrund der Mobilität profitieren sie von einem Verjüngungseffekt. An vielen Orten gibt es auch ein Problem aufgrund einer veralteten Infrastruktur. Es besteht ein grosser Nachholbedarf in Krankenhäusern wegen Vernachlässigungen im exponentiellen Wachstum. Dies ist genau auch die deutsche Situation, einfach im Faktor 1:10. Die Berechnungen der deutschen Krankenhausgesellschaft für den Investitionsbedarf in deutschen Krankenhäusern ergeben für die Schweiz ein analoges Bild, einfach auf einem andern Baustandard und mit höheren Baukosten.

Zur Folie 5 «Demographische Entwicklung (II)»:

Neben der Zunahme der älteren Bevölkerung ist auch die Urbanisierung ein wichtiges Phänomen, das die Entwicklung der Gesundheitsindustrie beeinflusst. Meine Damen und Herren, wenn Sie sich gegen die Märkte stellen wollen, dann haben Sie verloren. Denn die Dynamik der Märkte entspricht im Gesundheitsbereich einem Bedürfnis, und ältere Leute haben Geld, haben Vermögen akkumuliert. Sich gegen diese Tendenzen zu stellen oder wegzuschauen, bringt nichts. Der Gesundheitsbereich ist eine Wachstumsbranche, und es ist gut, wenn bestimmte Lösungsansätze Nutzen bringen. Und hier stehen wir in der Schweiz ausgesprochen schlecht da. Der vom Präsidenten erwähnte OECD-Bericht von 2006 ist gerade in Überarbeitung. Die Experten haben vor ein paar Wochen mit verschiedenen Leuten in der Schweiz Gespräche geführt, auch mir bot sich Gelegenheit dazu. Die Hauptkritik am schweizerischen System ist, dass wir so viel Geld für unser Gesundheitssystem ausgeben und dabei gar nicht wissen, was damit produziert wird. Kein Unternehmer würde so handeln. Das hat damit zu tun, dass es aufgrund der heutigen Anreize und der Intransparenz ganz vielen Leuten sehr gut geht. Wir versuchen jetzt, mit einer neuen Spitalfinanzierung mehr Transparenz in unser System zu bringen. Diese neue Finanzierung haben wir den Deutschen abgeschaut, werden sie aber leider schlecht machen, weil wir nicht so statistisch robuste Systeme haben. Als Ökonom plädiere ich sehr für Transparenz, weil Transparenz die Voraussetzung ist, dass qualifizierte Entscheidungen getroffen und Vergleiche angestellt werden können. Ich bin ein absoluter Befürworter von Benchmarks, denn nur so wird bei Vergleichen zwischen verschiedenen Kantonen, zwischen verschiedenen Krankenhäusern Druck entstehen.

Zur Folie 6 «Demographische Entwicklung (III)»:

Ich zitiere hier den aktuellen österreichischen Gesundheitsminister, Alois Stöger, der früher bei einer Gebietskrankenkasse tätig war. Das Zitat stammt aus einem Interview mit der österreichischen «Ärzte Woche», Nr. 34 vom 26. August 2010, und lautet: «Ich will ein Haus der Gesundheit für jede Region. Das Angebot muss so gestaltet sein, dass eine vernetzte Versorgung möglich ist. Zentral sind dabei Investitionen und Massnahmen bei der Altersmedizin.» Hier wird erstens die demographische Entwicklung aufgegriffen und zweitens die Vernetzung betont. Die Problematik bei der Vernetzung ist, dass wir in der Schweiz schlecht sind. Das wird insbesondere daran ersichtlich, dass wir die modernen Informations- und Kommunikationsmittel nicht genügend nutzen. Weshalb? Weil wir in der Schweiz keine nationalen Standards haben. Der eingangs gezeigte Film ist für mich nicht futuristisch und kostensparend. Ich gehe davon aus, dass dies nur ein Zwischenschritt sein kann, wenn überhaupt. Ich gehe davon aus, dass in der Zukunft einem angemeldeten Patienten eine Stunde vor sei-



Code **Inhalt**

nem Eintritt ins Krankenhaus aufs iPhone mitgeteilt wird, auf welches Zimmer er sich zu begeben hat. Das setzt natürlich voraus, dass er mit dieser Technologie umgehen kann. Das wäre dann die radikale Nutzung von «Information and Communication Technology»-Instrumenten (abgekürzt ICT-Instrumente). Es gibt übrigens heute schon Tools, mit denen der eigene Blutdruck gemessen werden kann, der dann automatisch an eine im Voraus bestimmte Zentrale übermittelt wird. Also technisch ist vieles machbar. Das Problem sind die fehlenden Standards. Im Benchmarking am weitesten fortgeschritten ist in diesem Bereich wahrscheinlich Österreich mit der ganzen Ethik-Diskussion.

Ein anderer Punkt, auf den ich etwas fokussieren möchte, ist, dass das Krankenhaus in 20 Jahren mit Sicherheit anders gestaltet sein wird, als es vor 20 Jahren war oder heute ist. Ich halte es nicht für sinnvoll, über die Anzahl Krankenhäuser zu diskutieren. Das ist Erbsenzählerei, und mit einer Debatte über die Anzahl Krankenhäuser wird man politisch wahrscheinlich gar nie zum Ziel kommen. Entscheidend ist, was in den Krankenhäusern angeboten wird und was nicht und wie es Ihnen, meine Damen und Herren, gelingt, dieses Leistungsspektrum zu transformieren. In Deutschland ist das Krankenhaussterben bei Weitem nicht so gross, wie immer erwähnt worden ist, aber die Leistungsspektren wurden bereinigt nach dem Motto: «Ich mache nur noch das, was ich besser kann als die anderen. Und bei dem, was ich nicht mehr so gut kann wie die anderen, versuche ich herauszufinden, wer der Beste in meiner Region ist, und mit dem versuche ich zu kooperieren.» Ein Beispiel: Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ist eine der am besten aufgestellten Unikliniken in Deutschland. Der Direktor hat seinen MBA in St.Gallen absolviert und sechs Jahre in Zürich gearbeitet, weshalb ich ihn gut kenne. Er hat dann in Hamburg Restrukturierungen nach oben erwähntem Motto gemacht. Folge davon ist, dass beispielsweise das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf keine einfache Orthopädie mehr ausführt, denn in Hamburg gibt es so viele gute Orthopädiekliniken, die Hüft- und Knieimplantate einsetzen. Das rechnet sich und bedeutet also, dass wir das machen müssen, worauf wir als Universitätsklinikum spezialisiert sind. Ein solches übernimmt die hochkomplexen Fälle, bei denen noch sechs oder sieben Nebenerkrankungen vorhanden sind, die auch je Spezialisten benötigen. Und genau dies macht die Kompetenz eines Universitätsklinikums aus. Für alles andere ist ein solches viel zu teuer.

Ein anderes Beispiel sind die Privatkliniken im Raum Bad Tölz-Regensburg im Zusammenhang mit Hirnschlagpatienten. Beim Hirnschlag kommt es sehr darauf an, innerhalb weniger Stunden richtig zu triagieren. Dann kann es Sinn machen, solche Krankenhäuser im Rahmen von Netzwerken zu positionieren, sie mit guter Technik und guten bildgebenden Verfahren auszustatten. Die Fernbefundung wird aber in anderen spezialisierten Zentren durchgeführt. Bei zwei Kliniken, mit denen Bad Tölz zusammenarbeitet, wird die Fernbefundung sehr schnell gemacht, und dann wird über die Verlegung des Patienten auf eine Stroke-Unit entschieden. Dieses Vorgehen führt zu einem massiven Qualitätsgewinn für die Patienten. Als Politiker können Sie solche Angebote nicht bereitstellen, aber Sie können Anreize dafür setzen, um diese zu belohnen. Das Problem ist heute, dass diese Modelle an der Grösse der Region oder an den politischen Strukturen scheitern. Wenn beispielsweise in der Schweiz jeder Kanton seine eigenen ICT-



Code **Inhalt**

Instrumente hat und jedes öffentliche Krankenhaus mit dieser kantonalen Struktur verbunden ist, aber nicht mit derjenigen der Universitätsklinik, wohin die Patienten überwiesen werden müssen, dann hat das mit Patientenversorgung wenig zu tun.

Zur Folie 7 «Demographische Entwicklung (IV)»:

Auch in Bezug auf die Krankheitsbilder wird sich einiges verändern. Aktuelle Zahlen bestätigen, so Prof. Dr. Martin Grond, dass der Hirninfarkt den Herzinfarkt als häufigste Gefässerkrankung ablösen wird. Das bedeutet, dass in einer älter werdenden Gesellschaft sich auch die Krankheitsbilder verändern werden. Die Frage ist, ob die Politik solche Entwicklungen nachvollziehen und schnell darauf reagieren kann. Meine Antwort ist, mit Verlaub, klar Nein, weil die Dynamik der medizinischen und technologischen Entwicklung so gross ist, dass sie eigentlich gar nicht mehr politisch aufgefangen werden kann. Deshalb befürworte ich, eine qualitätsbasierte Entwicklung zuzulassen und über vernünftige Wettbewerbsstrukturen zu verfügen, denn Sie werden die Krankenhausplanungsverordnung nicht stoppen können.

Zur Folie 8 «Medizinische Entwicklung: Personalisierte Medizin»:

Ein weiterer Punkt ist die personalisierte Medizin. Man versucht hier viel mehr über die individuelle Therapie zu erreichen, was die Aussicht auf besseren Erfolg deutlich erhöht. Der Nachteil davon ist, dass diese Medizin insbesondere bei den Medikamenten sehr viel teurer wird. Das wird wohl Diskussionen auslösen in Bezug auf die Bezahlung: Welchen Anteil übernimmt die Krankenversicherung, und wie viel muss der Patient selber bezahlen? Die personalisierte Medizin bietet auch Raum für Marktüberlegungen.

Zur Folie 9 «Internationalisierung»:

Ein weiterer Treiber ist Europa. Es sind aber hier nicht die europäischen Patienten gemeint, sondern z.B. Entscheide des Europäischen Gerichtshofs (abgekürzt EuGH). Ich habe in meinen Unterlagen zu den verschiedensten Bereichen Zusammenfassungen von Rechten, die sich Versicherte gegen eigene Landes- und Bundesregierungen erkämpft haben, aufgestellt.⁹ Dieser Trend wird nicht aufgehalten werden können. Beim Betrachten dieser Gerichtsentscheide kann festgestellt werden, dass der EuGH Treiber für die Öffnung der nationalen Gesundheitsmärkte geworden ist. Ein Grund dafür mag darin liegen, dass die Mitgliedstaaten nicht willens oder nicht fähig waren, die Auswirkungen der fortschreitenden Integration auf die nationalen Gesundheitssysteme zu antizipieren und geeignete Antworten darauf zu finden. In Bezug auf die Patientenrichtlinien ist interessant – für die Schweiz ist das möglicherweise überraschend –, dass Deutschland diese am meisten befürwortet. Dabei ist Deutschland im Vergleich zu den andern EU-Staaten mit hoher Wahrscheinlichkeit in den meisten Leistungsspektren das teuerste Land. Das bedeutet, dass viele Patienten etwas aufzahlen müssen. Aber viele der deutschen Krankenhäuser befürworteten diese Patientenrichtlinien, weil die Spitäler im europäischen Vergleich einen guten Ruf geniessen. Sie gehen davon aus, dass sie die Landesgrenzen knacken und so Patienten anziehen können. Deshalb bin ich auch etwas radikaler in meiner Ansicht als Dr. Weigelt. Ich vertrete

⁹ Vgl. Folien 11 bis 16 der Präsentation.



Code **Inhalt**

die These, dass, bevor die Kantons Grenzen durch neue regionale Produkte geknackt werden können, zuerst die Landesgrenzen geknackt werden müssen. Und das ist nur möglich, wenn Wettbewerb zugelassen wird.

Zur Folie 17 «Weitere Faktoren der Europäisierung»:

Ich habe hier einige Urteile (Folien 11 bis 15), die ich aus ökonomischer Sicht zusammengefasst habe. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass diese Urteile auch auf viele andere Bereiche Auswirkungen haben. So gibt es beispielsweise die Situation, dass plötzlich überlegt werden muss, was denn passiert, wenn eine Regierung für ihre Krankenhäuser nicht mehr bezahlt. In der Folge wurden europaweit – ohne die Schweiz – Zinssätze für den Verzugszins (8 Prozent) definiert. Strafzinsen wurden abgelehnt. Im Weiteren wurde eine Diskussion über Arbeitnehmerrechte lanciert, nicht zu Lohn oder Ferienansprüchen, sondern zum Schutz vor radiologischen Strahlen, wenn jemand z.B. Röntgen- und Ultraschallgeräte betreut. Dann gibt es den europäischen Standard zur Patientensicherheit, mit dem z.B. europäische Krankenhäuser verpflichtet werden, einheitliche Daten abzuliefern. In der Schweiz sieht es bezüglich Registrierdaten etwas anders aus. Wir haben z.B. kein schweizweites Krebsregister, wie es z.B. die Region Köln-Bonn hat. Diese besitzt das drittgrösste «lebende Krebsregister» von 50'000 Personen, das nach einem einheitlichen Standard geführt wird. Urteile gibt es auch zum Streit um Subventionen für öffentliche Kliniken. Der EuGH hat mehrmals gesagt, was erlaubt ist und was nicht. In Deutschland sind aus Unterversorgungsgründen öffentliche Beihilfen zu gewähren, egal, ob diese ein privates, freigemeinnütziges oder ein öffentliches Krankenhaus betreffen. Es geht aber nicht, dass das Krankenhaus die Beihilfen dann «abzwackt» und damit beispielsweise medizinische Versorgungszentren – analog der freien Arztpraxen in der Schweiz – subventioniert oder gar aufkauft. Dieses Vorgehen würde nämlich die Handels- und Gewerbefreiheit der freipraktizierenden Ärzteschaft gefährden. Mehrere Standards gibt es auch im wachsenden Bereich der Transplantationen. Anhand solcher Beispiele wird nun ersichtlich, dass durch die Hintertüre nationale Regelungen ausgehebelt werden.

Zu den Folien 18 und 19 «Personalsituation (I und II)»:

Bei der Personalsituation haben wir in der Schweiz und auch in Deutschland einen sehr hohen Anteil an ausländischen Arbeitskräften. In St.Gallen beispielsweise kommen viele aus dem Vorarlbergischen, im Rheintal aus dem Fürstentum Liechtenstein. Das Gleiche gilt auch für andere Städte, wie Basel, Genf usw. Die Zahlen zeigen auf, aus welchen Ländern die Arbeitskräfte kommen. Das Beispiel Deutschland zeigt auf, dass die Wachstumsrate bei den ausländischen Ärzten sehr hoch ist, v.a. die Zuwanderung aus Österreich ist gross. Beim Personal «stimmen die Leute mit den Füßen ab». Meine Damen und Herren, dies werden Sie nicht aufhalten können.

Zur Folie 20 «Finanzielle Anreize: Einige Gemeinsamkeiten (I)»:

Eine weitere Diskussion ist die um die Kostenkontrolle. Das Problem ist, dass die Diskussionen oft nur kosten- und nicht auch nutzenzentriert sind. Dabei ginge es eigentlich um die Frage, was denn alles in Gang gesetzt wird, wenn irgendwo 10 Franken weggenommen werden. Ständerätin Christine Egerszegi-Obrist hat dieses Vor-



Code **Inhalt**

gehen einmal so umschrieben: Die Erfahrung aus 15 Jahren schweizerischer Bundesgesundheitspolitik ist, dass, wenn irgendwo aus Spargründen der Deckel aufgesetzt wird, an drei bis vier andern Orten die Schleusen aufgehen. Das Problem dabei ist, dass wir aber nie wissen, wo genau das geschehen wird. Diese Aussage bringt die Komplexität des Systems zum Ausdruck.

Zur Folie 21 «Finanzielle Anreize: Einige Gemeinsamkeiten (II)»:

Wir aber diskutieren überall über die leistungsorientierte Finanzierung. Kommen wir noch zum Thema Diagnosis Related Groups (abgekürzt DRG). Dieses System wird die Zusammenarbeit nicht erschweren, sondern im Gegenteil – mindestens mit Deutschland – sie intensivieren. Denn die Schweiz hat in vielen Bereichen die statistischen Grössen nicht, um die DRG-Pauschalen zu berechnen und ist deshalb auf deutsche Hilfe angewiesen. Die aktuelle Variante entspricht der österreichischen leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (abgekürzt LKf), ist aber ein bisschen stärker diagnose- und prozedurabhängig. In der aktuellen Schweizer Variante der DRG müssen 511 aus Deutschland importiert werden, weil unsere statistischen Unterlagen schlicht nicht aussagefähig sind. Das zwingt uns, Kooperationen einzugehen, es zwingt z.B. die Krankenhäuser, sich zu überlegen, wie denn die Deutschen zu ihrem Erfolg mit diesem System kamen. Dazu gehört auch die Rechnungsüberprüfung. Ich denke, dass der Zwang entstehen wird, über den eigenen Tellerrand hinauszuschauen.

Zu den Folien 22 bis 25 «Einige gesundheitsökonomische Grundfragen (I bis IV)» insbesondere zur Folie 26 «Wie weiter?»:

Bei der Diskussion von Grundfragen muss immer mitüberlegt werden, welches Ziel denn eine Massnahme erreichen soll. Folgendes Beispiel möge dies veranschaulichen: Vor einigen Jahren konnte ich einen Gesundheitsdirektor bezüglich Spitalplanung beraten. Spitalschliessungen sind politisch ein No-go. Beim Betrachten der Zahlen habe ich ihm empfohlen, aus folgendem Grund drei Geburtskliniken zu schliessen: Wenn bei einem Hebammenschichtbetrieb (drei Schichten) jede Hebamme mit etwas Glück höchstens zwei Kinder pro Woche auf die Welt bringen kann, dann ist das für die Qualität der Hebammenarbeit zu wenig. Dieses Argument hat überzeugt, die Kliniken wurden geschlossen. Mit einer reinen Kostenargumentation wäre ich bestimmt aufgelaufen. Deshalb glaube ich, dass bei der Spitalplanung mehr über Qualitäten diskutiert werden müsste als über Kosten. Ich gebe Ihnen ein aktuelles Beispiel, das öffentlich bekannt ist: Ich bin in der Begleitgruppe der Zürcher Spitalplanung mit Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger. Wir haben lange darüber diskutiert, ob Qualitätsvorgaben gemacht werden sollen. Das Resultat einer Befragung, die 100 Ärzte umfasste, zeigte, dass es bestimmte medizinische Dinge gibt, die aus Qualitätsgründen nicht mehr an Krankenhäusern ohne Intensivpflegestation angeboten werden sollen. Die Attacke kam dann nicht aus dem betroffenen Kanton, sondern aus dem Kanton Aargau. Die dortige Gesundheitsdirektorin hat plötzlich gemerkt, dass sie bei einer Übernahme des gleichen Kriteriums aus qualitativen Überlegungen den Krankenhäusern in bestimmten Regionen den Leistungsauftrag wegnehmen muss. Ich bin überzeugt, wenn die Qualitätstools Schule machen, die Patienten in zwei bis drei Jahren bei der Spitalwahl diese berücksichtigen werden, diese und keine andern. Und genau



Code **Inhalt**

deswegen braucht es Transparenz in aller Radikalität.

Zur Folie 27 «These 1»:

Und damit bin ich bei meinen Thesen angelangt. These 1: «Wir brauchen die Öffnung der Landesgrenzen im Gesundheitswesen, damit auch die inländischen Grenzen zwischen den einzelnen, oft unter der kritischen Grösse liegenden Regionen niedergerissen werden.» Beim Betrachten der im Krankenversicherungsgesetz enthaltenen Palette brauchte es nämlich ein Einzugsgebiet mit 1,5 bis 2 Mio. Einwohnern.

Zur Folie 28 «These 2»:

Zitat Thesenaussage: «Europäisierung wird durch das Qualitätsziel gefördert, nicht durch die Kostendebatte.» Dazu nenne ich Ihnen Beispiele aus dem süddeutschen Raum. Für seltene Erkrankungen ist Tübingen der am besten spezialisierte Ort. Für Kinderherztransplantationen ist – gemäss Aussagen von Prof.Dr. Thierry Carell – München eines der beiden weltweit besten Kinderherztransplantationszentren und es ist erst noch günstiger. Sie sehen, beim Thematisieren solcher Dinge stellen Sie plötzlich fest, dass es offene Landesgrenzen braucht, dass wir in ganz anderen Dimensionen denken müssen. Ein anderes Beispiel stammt aus meinem persönlichen Umkreis. Meine Mutter wollte ihre schwere Herzerkrankung nicht mehr durch eine Operation behandeln lassen. Aber sie hätte sich einem neuen, innovativen Verfahren gestellt, bei dem der Brustkorb nicht mehr aufgemacht wird. Das Risiko bei dieser Methode ist aber, dass die Mortalitätsrate sehr viel höher ist. Die Nachfrage an Deutschschweizer Universitätskliniken ergab, dass hierzulande etwa 10 bis 15 Fälle je Jahr mit dieser Methode behandelt würden, bei einer Mortalitätsrate von etwa 10 Prozent. An einem deutschen Klinikum wurden im gleichen Zeitraum 150 Eingriffe bei Über-80-Jährigen durchgeführt, bei einer Mortalitätsrate von 3 Prozent, sodass wir meine Mutter dorthin bringen wollten. Das Klinikum hat aber abgelehnt mit dem Hinweis, dass es in Zürich zwei Kardiologen gibt, die in einem Herzzentrum Vorabklärungen für dieses Klinikum machen und die Patienten dann triagieren. Leider ist meine Mutter zwei Tage vor diesem Termin gestorben. Das Tragische an diesem Beispiel ist, dass wenn es in Zürich zwei Kardiologen gibt, wir nicht die Ersten waren, die nach dieser neuen Methode gefragt haben. Das Beispiel zeigt auch, dass sich der Markt schon heute selber reguliert und dass die Experten klammheimlich das Land verlassen. Ich muss noch hinzufügen, dass dieser Weg finanziell auch noch günstiger gewesen wäre als eine Behandlung in einer der drei Universitätskliniken. Ich glaube, gerade bei Innovationen müssen wir besonders über die kritische Grösse in Bezug auf Qualität und Einzugsgebiet diskutieren.

Zur Folie 29 «These 3»:

Zitat Thesenaussage: «Führende Kliniken werden Qualitätstransparenz fördern wollen. Wenn diese Tendenz losgeht, werden sich die Leute die Wahlfreiheit mit den Füßen einfordern. Das haben uns die Bewohner Osteuropas schon einmal vorge-macht.» In Deutschland haben die Helios-Kliniken erste Mortalitätsraten nach Abteilungen publiziert und damit internen Druck auf die Qualität erzeugt. Man kann nun darüber diskutieren, ob die Zahl gut ist oder nicht. Das Universitätsspital Zürich z.B. hat damit begonnen, je Abteilung eine Standortbestimmung vorzunehmen, die ihren Referenzpunkt in der Literatur hat. Viele öffentliche und private Spitäler publizieren



Code **Inhalt**

diese Daten nicht, weil sie nicht dazu gezwungen sind.

Zur Folie 30 «These 4»:

Zitat Thesenaussage: «Gesundheitsprobleme machen nicht vor Landesgrenzen halt. Die meisten Probleme im Gesundheitswesen sind entweder supranationaler oder regionaler Art. Daher ist das Nationalstaatskonzept im Gesundheitswesen ein Auslaufmodell.» Dies gilt übrigens nur für die gesetzliche Krankenversicherung.

Zu den Folien 31 «Fazit» und 32 «Besten Dank für die Aufmerksamkeit»:

Fazit:

Das Fazit der Ausführungen:

- Moderne Industriestaaten haben sich dieser Entwicklung zu stellen.
- Europäische Entwicklungen dürften auch Druck auf pseudoföderalistische Systeme zeitigen».
- Konzept Nationalstaat relativiert sich.
- Der Regionenbegriff muss neu gedacht werden (kritische Grössen, über Landesgrenzen hinweg, problemlösungs- und bedarfsorientiert).
- Vorwärtsmachen, nicht auf den Nationalstaat warten. Denn wer zu spät kommt, den bestraft das Leben.

Dr. Walter Locher, Kantonsratspräsident und Vorsitzender der Parlamentarier-Konferenz Bodensee:

Besten Dank, Herr Dr. Oggier, für die ausführlichen Informationen.

Dr. Walter Locher, Kantonsratspräsident und Vorsitzender der Parlamentarier-Konferenz Bodensee:

Wir schreiten nun zu einer Frage- und Diskussionsrunde zu den beiden Referaten. Damit wir genügend Zeit dafür haben, bitte ich Sie um kurze Fragen und kurze Antworten.

D Meier Konrad, 1. Vizepräsident, Appenzell Ausserrhoden:

Ich habe zu beiden Referaten je eine Frage: Erstens zu Herrn Weigelt: Ist in der jetzigen Situation, in der das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (abgekürzt KVG) revidiert wird und die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz nach sich zieht, dieses Modell einer Ostschweizer Region nicht schon wieder ein Auslaufmodell? Zweitens zu Herrn Oggier: Ich kann mir nicht vorstellen, wie eine Gesundheitsversorgung über die Landesgrenzen hinweg funktionieren soll. Die verschiedenen Länder haben unterschiedliche gesetzliche Vorgaben, und da könnte sich doch sehr gut eine Marktverzerrung verbreiten: Dumpingpreise zur Anlockung von Kunden bei den einen, Verlust von Fachwissen bei den andern. Meines Erachtens kann wegen unterschiedlicher Voraussetzungen das System nicht funktionieren. Ist das möglich?

Dr. Kurt Weigelt, Direktor Industrie- und Handelskammer St.Gallen-Appenzell:

Ich denke, dass die freie Spitalwahl einiges verändern wird. Interessant wird sein, wie die Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren auf diese Herausforderung reagieren. Wir haben in St.Gallen im Umkreis von 10 Kilometern Luftlinie im Moment drei Kantonsspitäler und insgesamt 1,4 Mrd. Franken Investitionen, die angedacht sind. Trotz



Code **Inhalt**

diesen finanziellen Herausforderungen und den Möglichkeiten der Patienten, das Spital frei wählen zu können, rüsten jetzt alle drei ihre Spitäler auf, um die Strukturen erhalten zu können. Ich halte das für falsch. Ich bin einverstanden, dass der angedachte Gesundheitskanton Ostschweiz möglicherweise zu klein ist und man – wie Herr Oggier das vorschlägt – über die Landesgrenzen hinaus planen müsste. Vielleicht braucht es in der ganzen Deutschschweiz nur zwei Gesundheitskantone. Für mich ist entscheidend zu verhindern, dass sich die Kantone in einen gegenseitigen Aufrüstungswettbewerb begeben mit dem Argument, Arbeitsplätze zu erhalten. Die Gesundheitspolitik darf nicht zur Wirtschafts- resp. zur Strukturhaltungspolitik von Arbeitsplätzen werden.

Dr. Willy Oggier, Gesundheitsökonom:

Folgendes als Ergänzung für die hier Anwesenden aus Deutschland: In der Schweiz kommen immer sehr schnell die Kantone ins Spiel. Warum? Das hat damit zu tun, dass hier die DRG bei Plankrankenhäusern im Minimum zu 55 Prozent durch den entsprechenden Kanton übernommen werden muss. In Deutschland hingegen werden die Betriebskosten vollständig durch den Versicherer gedeckt. Das erklärt, weshalb bei uns die Kantone in der Gesundheitsversorgung eine so grosse Bedeutung haben. Weil sie mehr an die DRG bezahlen als die Krankenkassen, wollen sie auch mehr zu sagen haben. Das ist der Hintergrund. Und die politischen Versuche, die Kantone etwas aus dem Spiel zu nehmen, sind bis heute allesamt an der Phalanx der Kantone gescheitert. Auch ich teile die Auffassung, dass die freie Spitalwahl eine Dynamik auslösen wird, und viele dieser Investitionen werden gar nicht mehr finanzierbar sein. Deswegen plädiere ich dafür, den öffentlichen Krankenhäusern Eigenkapital mitzugeben. Appenzell A.Rh. hat das bereits umgesetzt, Basel-Stadt ist im Moment an der Planung, Zürich und St.Gallen haben noch nichts gemacht. Ich plädiere für diese Mitgift aus folgendem Grund: Mit Eigenkapital ausgestattete Spitäler müssen Businesspläne vorlegen und Geld aufnehmen. Dadurch müssen die Kosten nach Return und Investment berechnet werden und Sonderwünsche werden wegfallen. Zum Vergleich: In Deutschland können Uniklinika ab 300 Mio. Euro fixfertig gebaut werden. In der Schweiz diskutieren wir zwischen Faktor 8 und 10. Auf der einen Seite macht im Moment vielleicht der tiefe Eurokurs 10 oder 20 Prozent aus, auf der andern Seite bauen wir aber nicht prozessoptimiert, wir bauen nicht modular und wir haben keine klaren Visionen.

Am Beispiel der Arzneimittelzulassung durch Swissmedic möchte ich kurz erwähnen, dass eine solche Gesundheitsversorgung funktionieren kann. Ursprünglich wollte jeder Kanton seine Zulassungsbehörde behalten. Erst aufgrund des europäischen Drucks entstand dann Swissmedic. Die Pharmafirmen haben sich geweigert, in 26 Kantonen einzeln Gesuche einreichen zu müssen, um Arzneimittel in Verkehr setzen zu können, während es in der EU genügt, an einem Ort eine Zulassung zu haben, damit alle 320 Mio. Europäer davon profitieren können. Die Schweiz muss sich darauf einstellen, vermehrt die europäischen Richtlinien übernehmen zu müssen. Das sind Machtverhältnisse – d.h. 320 Mio. Einwohner gegen 8 Mio. Einwohner –, die hier zum Tragen kommen. Eine Harmonisierung wird nur über den europäischen Druck zustande kommen, denn wie Herr Weigelt gesagt hat, hat ja noch jeder Kanton seine eigene Perzeption, und es



Code **Inhalt**

besteht nicht einmal ein gesamtschweizerischer Standard.

Veronika Netzhammer, Mitglied des Landtags, Baden-Württemberg:

Die Idee, politische Grenzen themenorientiert zu überwinden, fasziniert mich. So kann man wirklich in der Sache weiterkommen. In Deutschland diskutieren wir ja auch immer über Länderfusionen und kommen dabei ebenso wenig vorwärts. Auch bei uns gibt es sehr viel Gegenwind in der Politik, deshalb finde ich den themenorientierten Ansatz einleuchtend. Ich bin im Aufsichtsrat eines Krankenhausverbundes, der finanzielle Probleme hatte. Mit unserem Hegau-Bodensee-Verbund wären wir fast in die Insolvenz abgeschlittert. Da mache ich jetzt die ganzen Sanierungsmassnahmen mit und weiss, dass wenn man nicht ganz klar der Entwicklung folgt, man ziemlich schnell ins Abseits gerät. Bei uns ist es einfach so, dass die Betriebskosten durch die Krankenversicherungen erwirtschaftet werden müssen und nicht von Trägern bezuschusst werden. Meine Erfahrung ist auch, dass sich der Patient, wenn es sich um Notfälle handelt, an Entfernungen orientiert, bei allen andern Dingen, z.B. bei den sogenannten planbaren Operationen, sich aber sehr genau informiert, wo welche Qualität angeboten wird. Um die gewünschte Qualität zu erhalten, ist er bereit, auch sehr weite Entfernungen zurückzulegen. Ich persönlich wünschte mir, die Grenze zwischen Deutschland und der Schweiz zu öffnen, um sich noch besser spezialisieren zu können. Ich habe da z.B. die Gebiete Schaffhausen–Singen–Waldshut und Kreuzlingen–Konstanz im Blick. Da bestehen sehr kurze Entfernungen, und das Einkaufen zeigt uns, wie die Bürger da hin- und hergehen und die Leistungen in Anspruch nehmen. Psychologisch gesehen wäre es überhaupt kein Problem, dass auch Patienten über die Grenze gehen würden. Ich denke, dass damit im Endeffekt im investiven Bereich bei der neuen Gerätemedizin einerseits wirklich Kosten eingespart und andererseits eine bessere Versorgung der Bevölkerung erreicht würden. Ich würde es sehr begrüessen, wenn auch in einer eher ländlich geprägten Umgebung gute Qualität angeboten werden könnte.

Rainer Gopp, Landtagsabgeordneter, Fürstentum Liechtenstein:

Ich habe drei kurze Fragen zum Thema Zulassung des Wettbewerbs an Herrn Dr. Oggier.

- Spielt denn der Markt im Gesundheitswesen, weil wir ja hier von angebotsinduzierten Märkten sprechen und nicht von nachfrageinduzierten wie in der Wirtschaft? Herr Dr. Weigelt hat das Aufrüsten von Spitälern in ähnlichen oder gleichen Fachgebieten genannt.
- Wie sehen Sie das? In unserer Region geschieht das nämlich gerade. Macht das Sinn, oder ist das Unsinn?
- Dann haben Sie die Qualität durch Fallzahlen als höchstes Gut in den Mittelpunkt gestellt. Würde das in letzter Konsequenz bedeuten, dass kleine Spitäler nur - eine Existenzberechtigung haben, wenn sie sich in einem oder mehreren Fachgebieten stark spezialisieren?

Dr. Willy Oggier, Gesundheitsökonom:

Grundsätzlich ist es so, wie ich es erwähnt habe: Ich plädiere nicht für den blinden Markt, sondern für einen regulierten Wettbewerb, weil die Unterversorgungsfragen nie ganz losgelöst betrachtet werden können. Aber wenn ich Ihre Region anschau - ich war schon in Feldkirch im Krankenhaus und kenne auch die st.gallischen Kranken-



Code **Inhalt**

häuser –, da kann man sicher nicht von Unterversorgung reden. Ihre Vorrednerin hat bereits die Einkaufsmobilitätsströme am Wochenende erwähnt, und diese Mobilität könnte man auch auf das Gesundheitswesen anwenden. Grundlegend ist die Frage nach den Anreizen. Ich glaube, dass man sich eingestehen muss, dass es in einer ersten Phase zu einer Positionierung der Krankenhäuser kommen wird. Alle werden versuchen, ihre Bestückung im ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Bereich wie auch in der medizintechnischen Infrastruktur so darzustellen, dass sie besser sind als die anderen. Das wird am Anfang unter den sogenannten Anpassungskosten zu Mehrkosten führen. Störend ist das jedoch nur, wenn es ungleich lange Spiesse gibt. Es ist aber tatsächlich so, dass Anpassungsprozesse mit Verlusten einhergehen; das ist die Kehrseite des Wettbewerbs. Es ist so, dass staatliche Systeme günstiger sind, aber Sie müssen jetzt eine Gewichtung vornehmen. Heute gibt es ellenlange Wartezeiten; wenn aber der Wettbewerb spielen soll, dann braucht es ein bestimmtes Mass an Überkapazitäten, damit die Patienten wählen können.

Ich plädiere sehr dafür, dass die Sachlage viel mehr aus Sicht von Versorgung und Qualität betrachtet werden sollte. Deswegen würde ich auch sagen, dass kleine Spitäler sich überlegen müssen, wie sie zu Kompetenzzentren werden können. Aber sie dürfen nicht damit beginnen, Kantonsspitäler, Zentrumsversorger, Maximalversorger zu kopieren, sondern müssen sich beispielsweise überlegen, welche Bedeutung sie in einer demographisch älter werdenden Randregion haben. Könnte das möglicherweise heissen, dass parallel dazu auch die Grundversorger aussterben und in ländlichen Regionen fehlen? Das könnte heissen, dass Zimmer umgepolt werden, dass neue Infrastrukturen aufgebaut werden, z.B. durch die gemeinsame Nutzung medizinischer Geräte mit Arztpraxen, durch telemedizinischen Austausch, durch Angebote im geriatrischen und psychogeriatrischen Bereich. Ich kann Ihnen jetzt, nach fast 15 Jahren Politikberatung, einfach raten: Nennen Sie gegen aussen diese Institutionen immer noch Krankenhäuser und erwecken Sie nie den Eindruck, das sei die Schliessung des Krankenhauses, weil Sie sonst verloren haben. Es gibt ganz wenige Bereiche, wo eine Schliessung klar diskutiert werden muss. Eine davon betrifft Vaduz, und zwar bei den Geburten. Wie kann man hier 150 Geburten pro Jahr noch rechtfertigen, wenn in Feldkirch oder im Kanton St.Gallen Geburtsabteilungen geschlossen worden sind, obwohl diese zweimal mehr Geburten hatten? Das ist, mit Verlaub, politisch nicht verkaufbar und ist meines Erachtens auch qualitativ nicht zu empfehlen. Wir müssen über Qualitäten, über Versorgungsgebiete und über Bedarf diskutieren und versuchen, unter den unterschiedlichen politischen Rahmenbedingungen diese Transformationsprozesse zu bestehen. Bestimmt werden nicht nur Gewinner auf der Strecke sein, es wird auch Verlierer geben. Das muss man klar sagen. Zu den Verlierern werden die gehören, die am langsamsten sind. Das war auch in Deutschland so. Gewinnen werden diejenigen, die am schnellsten und vernünftigsten bauen und sich positionieren können.

Esther Guyer, Kantonsrätin, Zürich:

Ich habe im Münstertal ein hoffnungsvolles Modell kennengelernt, das seine Strukturen wirklich dem Bedarf angepasst hat. Ich habe aber eine andere Frage an Herrn Dr. Oggier. Im Bereich der universitären Spitzenmedizin wird ja im Moment aufgerüs-



Code **Inhalt**

tet wie wahnsinnig. Wir alle bezahlen dafür und stehen in einem Wettbewerb im Konkordat der Spitzenmedizin. Ich wüsste gerne, welche Gelingens-Chance denn diesem Konkordat in diesem Wettbewerb zugeschrieben wird.

Dr. Willy Oggier, Gesundheitsökonom:

Erlauben Sie mir einen Vergleich zur Fussballwelt: Ich finde es immer ein bisschen mühsam, wenn Universitätskliniken sagen, dass sie in der Champions League mithalten wollen, aber dann nur gerade in den drei grossen Stadien Basel, Bern und Zürich spielen wollen und sonst nirgendwo. Doch eigentlich müssten wir viel mehr auf andere grosse Zentren blicken, auf Hannover, auf Hamburg. Ich sage es ganz brutal, aber bei uns ist einfach zu viel Geld im System. Am besten haben die strukturschwachen Berner ihr Uniklinikum positioniert. Grund dafür ist, dass dieses ein Einzugsgebiet hat, wo die MedTech-Branche sehr stark vertreten ist. Und diese hat ein Interesse an einem guten Uniklinikum und hat das Feld kräftig mitunterstützt. Dann haben die Berner auch bessere Leute in den Verwaltungsrat gewählt, insbesondere den Präsidenten, als beispielsweise Zürich. Ein marktwirtschaftlich positioniertes Gesundheitswesen kann seine Aufsichts- und Verwaltungsräte nicht nach parteipolitischen Gesichtspunkten zusammensetzen.

Matthias Freivogel, Kantonsrat, Schaffhausen:

Zu Dr. Kurt Weigelt: Ich fand die Darlegung der Arbeitsmarktgebiete sehr interessant und kann mir vorstellen, wie eine Schweiz mit weniger Kantonen aussehen könnte. Dann haben Sie die Funktionskantone betreffend Gesundheit, Bildung usw. und die Anzahl Konkordate vorgestellt. St.Gallen schwingt da obenaus, Schaffhausen liegt etwas weiter hinten. Ehrlich gesagt erachte ich aber die Funktionskantone als eine Ersatzlösung für das, was wir Politiker gerne erreichen möchten: nämlich über grössere Kantone zu diskutieren. Ich glaube nicht, dass es der Sache dienlich ist, wenn wir jetzt neben den Kantonsparlamenten noch horizontale Funktionsparlamente einführen. Dadurch wird das System nur noch intransparenter und unübersichtlicher. Ich denke z.B. an Gemeinden, die für Kläranlagen oder Pflegeheime Kooperationen bilden, wie kompliziert ein solches Gebilde daherkommt. Schon hier hat niemand einen Überblick. Wie soll eine solche Horizontalstufe dann erst auf kantonaler Ebene funktionieren? Ich erachte die Funktionskantone als keine gute Lösung und ziehe den Status quo vor.

Dr. Kurt Weigelt, Direktor Industrie- und Handelskammer St.Gallen-Appenzell:

Zu Matthias Freivogel: Ich glaube, dass Ihre Aussagen meinen Ausführungen nicht gerecht werden. Ich bin überzeugt, dass die jetzige Situation mit den Konkordaten ein Ausmass an Komplexität erreicht hat, das nicht mehr zu bewältigen ist. Vor allem sehe ich in den Konkordatsstrukturen auch eine Entdemokratisierung, weil alle Macht bei den von Exekutivbehörden genehmigten Strukturen liegt und die Parlamente ausgeschaltet werden. Deshalb suche ich eine Lösung, bei der ich die Komplexität aus dem System herausnehme und gleichzeitig die demokratischen Strukturen erhalte. Es geht mir keineswegs darum, zusätzliche Strukturen zu schaffen, sondern es geht mir darum, Strukturen abzuschaffen. Klar, die maximale Vereinfachung wären Kantonsfusionen, wie Sie das gesagt haben. Persönlich bin ich jedoch nicht von einem die beiden Appenzell und



Code **Inhalt**

weitere Gebiete umfassenden Kanton Ostschweiz überzeugt. Ich halte die regionalen Identitäten für wichtig, sie sind eine unserer Qualitäten. Aber ich denke, dass wir in denjenigen Bereichen – dem Gesundheits- und Bildungssektor –, bei denen der Staat Dienstleister ist, zu vereinfachten Strukturen kommen sollten. Ein Funktions-, ein Bildungs-, ein Gesundheitskanton wären eine Verbesserung gegenüber dem heutigen System, ohne dass wir die Vorteile der Vielfalt aufgeben müssen. Wenn wir das auf der Ebene von Konkordaten organisieren wollen, dann wird die Sache jedoch nur noch komplizierter. Die Einführung von Funktionskantonen halte ich aber nicht zwingend für eine Komplizierung, auch wenn den Kantonsparlamenten gewisse Funktionen weggenommen werden.

Dr. Gabriele Nussbaumer, Landtagsvizepräsidentin, Vorarlberg:

Mit Blick auf Österreich haben die Vorarlberger eine etwas spezielle Situation, weil sie viel mehr zum Bodenseeraum hin orientiert sind. Die Finanzströme hingegen fließen uns von «hinter dem Arlberg» zu. Aber schlussendlich ist das einfach so gewachsen. Was mich nun nach dem Referat von Herrn Dr. Oggier beschäftigt, ist die Frage, wie auch in kleineren Ländern oder Kantonen eine Grundversorgung aufrechterhalten und eine Zweiklassenmedizin verhindert werden kann, wenn die gesamte Spezialisierung an grosse Zentren vergeben wird. Wie kriegen dann diejenigen Patienten, die nicht mobil sind, keine Vergleiche anstellen können und keinen Zugang zu Qualitätstransparenz haben, weiterhin ihre Gesundheitsversorgung?

Dr. Willy Oggier, Gesundheitsökonom:

Ich muss Ihnen klar sagen, dass es schon immer eine Zweiklassenmedizin gegeben hat und es auch immer eine geben wird. Gesundheitspolitisch ist viel eher die Frage relevant, auf welchem Niveau sich denn die zweite Klasse befindet. Im Übrigen stören wir uns in anderen Versorgungsbereichen, bei denen die Sicherheit eine zentrale Rolle spielt, z.B. im Bahnverkehr usw., auch nicht daran, dass es unterschiedliche Klassen gibt. Wir erwarten, dass eine bestimmte minimale Versorgungssicherheit erfüllt ist, egal, ob wir in der ersten oder zweiten Klasse fahren. Wichtig ist hier die Transparenz. Ich gebe Ihnen ein Beispiel dafür: Eine grössere Krankenkasse hat begonnen, anhand der DRG-Daten von Krankenhäusern aus einem bestimmten Einzugsgebiet, die schwerere Ersteingriffe bei Brustkrebspatientinnen gemacht haben, Zahlen zu publizieren. Dazu hat sie auch die Literatur herangezogen, die besagt, dass für eine minimale Qualität 150 Eingriffe pro Jahr notwendig seien. Kein Jahr verging, und die Frauen haben sich genau so verhalten, wie es die Ökonomen erwartet hatten. Die Frauen würden nur mehr ein Krankenhaus aufsuchen, das ihnen Qualität und Sicherheit bietet, und zwar völlig unabhängig von der Grösse ihres Portemonnaies. Ich glaube, dass eine geeignete Aufarbeitung von Datenmaterial auf alle Fälle hilft, qualifizierte Entscheidungen zu fällen und eine bessere Versorgung zu gewährleisten.

Michael Götte, Kantonsrat, St.Gallen:

An Dr. Willy Oggier: Zurzeit diskutieren die bürgerlichen Fraktionen aus dem Kanton St.Gallen mit Kolleginnen und Kollegen aus dem Fürstentum Liechtenstein zum Thema «Funktionskantone». Im Fürstentum Liechtenstein geht es bekanntlich um den Neu- bzw. Ausbau des Landesspitals. Auch hier sind wir immer wieder am Hinter-



Code **Inhalt**

fragen der Strukturen. Neben dem Modell der Funktionskantone könnten ja auch die bestehenden Parlamente miteinander sprechen. Wenn wir doch alle dasselbe erreichen wollen, dann sollte dies ja eigentlich auch im bestehenden System funktionieren. Und gerade in der Parlamentarier-Konferenz Bodensee haben wir ja eine Organisation, in der alle Parlamente aus der Ostschweiz bzw. dem angrenzenden Ausland vertreten sind. Die Frage ist nun, wie denn die richtige Spitalorganisation aus ökonomischer und funktioneller Sicht in unserer Region aussehen müsste. Können Sie dazu etwas sagen?

Dr. Willy Oggier, Gesundheitsökonom:

Ich muss da vorwegnehmen, dass mit der neuen Spitalfinanzierung in der schweizerischen Bundesgesetzgebung die Kantone ihre Budgetkompetenz verlieren werden. Die freie Spitalwahl bedeutet, dass der Kanton St.Gallen auch für ausserkantonal erbrachte Leistungen an Patienten bezahlen muss, unabhängig davon, ob diese auch innerkantonal erbracht werden können. In Bezug auf Bauvorhaben heisst das, dass nicht getätigte Investitionen nicht mehr automatisch eine Entlastung des finanziellen Haushalts bedeuten. Das heisst für mich, dass die betroffenen Krankenhäuser – wollen sie denn eine faire Chance haben – selber bauen sollen. Dadurch können sie flexibler auf den Markt reagieren, müssen aber im Umkehrschluss die ökonomische Verantwortung übernehmen und tragen. Das würde heissen, dass der Krankenhausbetrieb nicht mehr politisch gesteuert werden soll, auch wenn die Trägerschaft eine öffentliche ist, sondern dass die Investitionen mitgegeben werden. Damit liegt die Verantwortung, aber auch die Handlungsfreiheit bei den Führungsverantwortlichen in den Krankenhäusern. Die Spitäler werden sich nach einer Übergangsphase auf dem Markt positionieren. Es geht hier um eine Marktverteilung, und ich bin mir ziemlich sicher, dass die Schnelleren die besseren Chancen haben als die Langsameren. In Deutschland habe ich gehört, dass im Zusammenhang mit dem DRG-System öffentliche Krankenhäuser, die beinahe bankrott waren, dank der eigenen Bauherrschaft und Selbststeuerung Kosten und Zeit senken konnten und so überlebt haben. Ansonsten wären sie verloren gewesen. Das Entscheidende in diesem System ist, dass nicht der Grosse gegen den Kleinen, sondern der Schnellere gegen den Langsameren gewinnt.

Auf die Ostschweiz bezogen heisst das: Wenn die Spitäler nicht frei über die Investitionen verfügen können, dann wird es z.B. in Wil oder Flawil ein Problem geben, weil nahe gelegene Krankenhäuser wie die Spital Thurgau AG über freie Investitionen verfügen und sich rasch auf dem Markt positionieren können. Das Gleiche gilt für Heiden, wo der Kanton Appenzell Ausserrhoden die Investitionen mitgegeben hat. Aus heutiger Sicht empfehle ich Ihnen deshalb, den Geist des Bundesgesetzes umzusetzen, der mehr Wettbewerb, mehr Verselbständigung der öffentlichen Krankenhäuser und mehr Preisorientierung und nicht Kostenabgeltung will. Das heisst aber auch, dass Hergebrachtes losgelassen und den Leuten das Unternehmertum schmackhaft gemacht werden muss und vielleicht auch, dass am einen oder anderen Ort ein Spital zugeht.



Dr. Walter Locher, Kantonsratspräsident und Vorsitzender der Parlamentarier-Konferenz Bodensee:

Ich bedanke mich ganz herzlich bei den beiden Referenten und auch bei Ihnen, geschätzte Kolleginnen und Kollegen, für die engagierte Diskussion. Das sind ganz neue Perspektiven, mit denen wir uns vertraut machen müssen. Ich komme jetzt zu den Thesen, die wir formuliert haben. Wir haben das Thesenblatt in Zusammenarbeit mit unseren Referenten erstellt und Ihnen vorgängig zur Lektüre zugestellt. Ich möchte gerne eine kurze Diskussion zu diesem Papier eröffnen.

4.4 Verabschiedung Thesenpapier

U Thesenpapier und Diskussionspunkte zum Tagungsschwerpunkt «Grenzüberschreitende Gesundheitspolitik» (Stand 1. März 2011)

I/D **Dr. Paul Wengert, Landtagsabgeordneter, Bayern:**

Ich habe folgende Bemerkungen:

1. Beim letzten Spiegelstrich auf der ersten Seite, vorletzte Zeile, heisst es: «(...) Entwicklung eines Qualitätsstandorts». Müsste es hier nicht «Qualitätsstandards» heissen?
2. Im vorletzten Spiegelstrich auf der ersten Seite, auf der zweiten Zeile, folgt nach dem Wort «nur» das Wort «in». Dieses letztere Wort ist zu streichen.
3. Zum letzten Spiegelstrich auf der zweiten Seite hätte ich eine inhaltliche Bemerkung. Diese These beinhaltet jetzt keine Aussage über den Umgriff bei diesen Planungen. Wurde da an den Binnenbereich – also innerhalb der Kantone – oder kantonsüberschreitend oder sogar international grenzüberschreitend gedacht? Die Spitalplanung und Versorgung mal zu überdenken, kommt in diesem Spiegelstrich nicht zum Ausdruck. Ich weiss deshalb nicht, welche Gedanken die Autoren damit verbunden haben. Es wäre natürlich sehr reizvoll, z.B. eine gemeinsame Gerätebeschaffung auch mal über die Grenzen hinaus zu bedenken. Ich komme aus Füssen im Allgäu, und da wird jetzt im Klinikum ein Linksherzkatheter mit Unterstützung des Klinikums in Reutte, Tirol, beschafft, um den gemeinsam nutzen zu können. Das ist natürlich nur ein kleiner Ansatz. Auf welchen Begriff bezieht sich denn dieser letzte Spiegelstrich?

Dr. Walter Locher, Kantonsratspräsident und Vorsitzender der Parlamentarier-Konferenz Bodensee:

Dieser Punkt ist in der Tat etwas knapp gehalten. Ich schlage vor, diese Thematik an der nächsten Sitzung zu diskutieren, da heute die Zeit dafür nicht ausreicht. Gibt es sonst noch Voten dazu? Wenn nicht, dann werden wir für die nächste Sitzung einen Diskussionsvorschlag erarbeiten. Bei den übrigen Thesen gehe ich davon aus, dass Konsens herrscht.



5 Kurzbericht über die Aktivitäten der Internationalen Bodensee Konferenz (IBK)

I Martin Birchler, Ratschreiber, Appenzell Ausserrhoden:

Mein Blick geht zurück zur letzten Sitzung der Regierungschefkonferenz vom 3. Dezember 2010 in Mellau und zu derjenigen des ständigen Ausschusses der Bodensee-Konferenz von gestern in Wil. Da die gestrige und heutige Sitzung so kurz aufeinander folgen, ist es der Geschäftsstelle nicht möglich gewesen, einen Kurzbericht zu verfassen. Ich mache das aber gerne mündlich und verweise auch gleich auf den Geschäftsbericht der Internationalen Bodensee Konferenz 2010, der im Gang aufliegt. Er ist sehr informativ und gibt einen Überblick über die Tätigkeit der Ausschüsse, der Kommissionen und der Regierungschefkonferenz. Bitte bedienen Sie sich.

Ich erlaube mir, ein paar Punkte daraus aufzugreifen, nicht zuletzt deshalb, weil sie bereits einmal Thema in dieser Konferenz waren. Zum Kleinprojektfonds: Dieser wurde im letzten Jahr eröffnet und entwickelt sich sehr positiv. Er ist zum grenzüberschreitenden Thema geworden, da er auch über die Grenzen Projekte unterstützt. Im ersten Jahr konnten sechs Projekte bewilligt werden, z.B. die Nachtwanderer Konstanz-Kreuzlingen – nicht zu verwechseln mit den Innerrhoder Nacktwanderern –, Blasmusikvereine und Tanzprojekte.¹⁰ Im Weiteren unterstützte der Kleinprojektfonds ein Seminar zur Medienarbeit, die Vertreter der Blasmusikfreunde rund um den Bodensee, ein Beachvolleyball-Turnier und eine Tagung über kulturelle Aufbrüche und Vernetzungen in der Bodensee-region. Wie Sie sehen, ist dieser Kleinprojektfonds ein sehr flexibles Instrument, das mit kleinen Beiträgen Grosses schafft. Für 2011 liegen bereits sieben weitere Anträge vor, über die am 30. März 2011 entschieden wird. Ziel ist, dass rund 18 bis 20 Anträge bewilligt werden, mit einer Fördersumme von rund 20'000 Euro.

Zur Fortschreibung des Massnahmenkatalogs zum Leitbild der IBK für den Bodenseeraum: Der Regierungschef hat die Fortschreibung des Leitbildes im Dezember 2010 genehmigt. Das neue Massnahmenpaket finden Sie auf der Internetseite der Bodensee Konferenz. Es gibt dort zahlreiche Bereinigungen aufgrund von Abschlüssen und Auflösungen von Projekten und von nötigen Anpassungen bei der Bearbeitung von Projekten. Dann wurden zwei neue Massnahmen beschlossen. Die erste betrifft eine grenzüberschreitende elektronische Fahrplanauskunft im öffentlichen Verkehr, die zweite die Integration der nachhaltigen Entwicklung in die Arbeit und Strukturen der Internationalen Bodensee Konferenz. Hier ist angedacht, dass die Integration der nachhaltigen Entwicklung den Wegfall der Bodensee-Agenda 21 auf Ende 2012 (wenn ich das richtig im Kopf habe) auffangen soll. Die Idee ist, dass eine Begleitgruppe während zwei bis drei Jahren versuchen soll, die nachhaltigen Entwicklungsfragen in den Kommissionen zu implementieren. Es ist nicht das Ziel, dass sich eine eigenständige Arbeitsgruppe

¹⁰ Vgl. Angaben im Geschäftsbericht 2010, Kleinprojektfonds, S. 14.



Code **Inhalt**

bildet, die sich nur der nachhaltigen Entwicklung verschreibt. Der ständige Ausschuss hat gestern diese Begleitgruppe eingesetzt, und es bleibt jetzt abzuwarten, wie sie sich entwickelt und in die Arbeiten der Kommissionen hinein vernetzt.

Zur Herbstkonferenz 2009: Damals wurden Fragen des Verkehrs behandelt. Es ging u.a. um die Statusanalyse zur Bodan-Rail, zu der ein weiteres Gutachten unterwegs war. Dieses wurde im Schlussbericht vom 9. Dezember 2010 der Konferenz bzw. der Kommission «Verkehr» eingereicht und wird demnächst im Internet publiziert. Am 4. Juli 2011 findet in Friedrichshafen ein Symposium zu dieser Thematik statt. So weit meine Mitteilungen aus der Internationalen Bodensee Konferenz.

6 Verschiedenes

Code **Inhalt**

I **Dr. Walter Locher, Kantonsratspräsident und Vorsitzender der Parlamentarier-Konferenz Bodensee:**

Besten Dank, Herr Birchler, für Ihre Ausführungen, von denen wir gerne Kenntnis nehmen. Das vorgesehene Traktandum 6 «Kurzbericht über die Aktivitäten des Bodenseerates» wird auf die nächste Sitzung der Parlamentarier-Konferenz Bodensee traktandiert, weil Vertreter des Bodenseerates andere terminliche Verpflichtungen hatten.

Damit sind wir am Ende des geschäftlichen Teils angelangt. Da aber auch die persönliche Begegnung ein wesentliches Ziel unserer Tagung ist, gehen wir jetzt zum Mittagessen ins Hotel Einstein und anschliessend an die Stadtführungen.

Zum Abschluss noch folgende Information: Wir werden über diese Tagung eine Medienmitteilung mit Foto veröffentlichen. Wir sehen vor, über die beiden Referate und die Diskussion zum Thesenpapier zu orientieren. Dann möchte ich mich herzlich bei den Mitarbeitenden der Staatskanzlei für die Vorbereitungen bedanken: bei Herrn Michael Strebel, beim Parlamentarischen Kommissionsdienst, bei Frau Barbara Jaeggy für das Protokoll und bei Frau Nathalie Gauer für das Management von Verpflegung und Unterkunft. Damit beenden wir die heutige Sitzung.



Der Geschäftsführer
Michael Strebel

Beilagen

- Referat und Powerpoint-Präsentation Dr. Kurt Weigelt, Direktor IHK St.Gallen-Appenzell
- Referat und Powerpoint-Präsentation Willy Oggier, Dr.oec. HSG, Gesundheits-
ökonom, Küsnacht

Geht an

- Teilnehmende der Tagung