

**Notiz**  
23. Februar 2022

1-2-9  
TB

## **Gesundheitspolitische Reformen können nur mit den Kantonen gelingen**

### **LEAD**

Das Schweizer Gesundheitswesen ist stark föderalistisch geprägt. Reformen können nur mit der Unterstützung der Kantone gelingen. Dies gilt es unter anderem bei der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen zu berücksichtigen.

Gemäss der Bundesverfassung tragen die Kantone die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Es gibt keine zentrale Gesundheitspolitik, sondern verschiedene kantonale Gesundheitspolitiken. Diese gewichtige Rolle der Kantone wurde in der jüngeren Vergangenheit in der Bundespolitik aber oft zu wenig berücksichtigt. Verschiedentlich wurden die Anliegen und Positionen der Kantone übergangen – und zwar sowohl vom Bundesrat und der Bundesverwaltung als auch vom Parlament.

### **Unverhältnismässiger Eingriff in die kantonalen Kompetenzen**

Eines der jüngeren Beispiele dafür waren die Pläne des Bundesrates, die Anforderungen für die Planung der Spitäler und Pflegeheime weiter zu vereinheitlichen und die Spitaltarife für den stationären Bereich künftig schweizweit gleich zu ermitteln. Aus der Sicht der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hätte der Bund damit unverhältnismässig in die Kompetenzen der Kantone eingegriffen.

Dabei haben die Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren mit der Verabschiedung der totalrevidierten Empfehlungen zur Spitalplanung im Jahr 2018 ihre Bereitschaft unterstrichen, sich bei der Spitalplanung über die Kantonsgrenzen hinweg zu koordinieren. Nur schon eine gemeinsame Bedarfsanalyse kann gewinnbringend sein. Gemeinsame Spitallisten sind eine weitere Option. In verschiedenen Kantonen laufen derzeit Bestrebungen in diese Richtung.

Es ist zudem Aufgabe der Kantonsregierungen, die von den Spitälern und Versicherten verhandelten Tarife auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu prüfen und zu genehmigen – oder sie nötigenfalls festzusetzen. Eine einheitliche Tarifiermittlung mit einem tiefen Vergleichsmassstab, wie sie der Bundesrat vorschlug, hätte den Spielraum der Kantone stark beschnitten. Die GDK brachte sich deshalb in der Vernehmlassung kritisch ein. Die letztlich vom Bundesrat verabschiedete Verordnungsänderung fiel dann deutlich schlanker aus als ursprünglich geplant.

### **Einheitliche Finanzierung ja – aber nur inklusive Pflege**

Das Schweizer Gesundheitswesen ist stark föderalistisch geprägt und entsprechend differenziert und dezentral ausgestaltet. In den vergangenen Jahrzehnten verschoben sich die Zuständigkeiten jedoch zunehmend in Richtung Bund. Diese Verschiebung erfolgte meist über An-

passungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), das sich immer unübersichtlicher und immer weniger stimmig präsentiert. Abhilfe schaffen könnte ein Gesundheitsgesetz mit Grundsätzen im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung, wo die Zuständigkeiten heute oft unklar geregelt sind. Gleichzeitig könnte die Regulierungsdichte im KVG reduziert werden. Klar ist: Reformen, die bei den bestehenden Zuständigkeiten und Finanzierungsströmen ansetzen, können nicht gegen die Interessen der Kantone beschlossen werden.

Genau dies beabsichtigt aber die Mehrheit des Nationalrats. Der Rat sprach sich im Herbst 2019 für die Vorlage für eine einheitliche Finanzierung aus. Die Krankenkassen und die Kantone sollen alle Behandlungen nach den gleichen Regeln finanzieren – unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär durchgeführt werden. Gemäss dem Nationalrat sollen aber die Pflegeleistungen ausgeklammert werden. Die Reform kann jedoch nur dann einen dämpfenden Effekt auf das Wachstum der Gesundheitskosten haben, wenn sich die einheitliche Finanzierung über die gesamte Versorgungskette erstreckt. Zudem würde sich das zukünftige Kostenwachstum unter Einbezug der Pflegekosten gerechter auf die Kantone und Versicherer verteilen, wie die GDK im August 2019 mit einer Studie aufzeigte.

Die GDK bietet weiterhin Hand für die Ausarbeitung einer mehrheitsfähigen Vorlage – sofern der Systemwechsel auch die Pflegeleistungen umfasst. Ausserdem müssen die Kantone die Möglichkeit zur Rechnungskontrolle erhalten und die Datentransparenz muss gewährleistet sein. Und starke Ausgabensprünge in einzelnen Kantonen müssen verhindert werden. Wenn die Kantone künftig auch die ambulanten Leistungen mitfinanzieren sollen, dann müssen sie zudem konsequenterweise auch an der geplanten nationalen Tariforganisation für den ambulanten Bereich beteiligt werden.

### **Bund hält sich bei der hochspezialisierten Medizin zurück**

Die Kantone haben es aber auch selber in der Hand, ihre Kompetenzen zu stärken. Und zwar, indem sie die interkantonale Zusammenarbeit vorantreiben. Ein Beispiel dafür ist die hochspezialisierte Medizin (HSM). Seit Ende 2007 sind die Kantone zu einer gesamtschweizerischen Planung des stationären Angebots im Bereich der HSM verpflichtet.

Die Angebotskonzentration bei den seltenen, komplexen und teuren Interventionen und Therapien soll die Qualität und die Effizienz der Leistungserbringer steigern und Doppelspurigkeiten beseitigen. Für den Fall, dass die Kantone diese Planung nicht rechtzeitig vornehmen, ist eine subsidiäre Regelungskompetenz des Bundesrates vorgesehen. Davon sah der Bundesrat nach einer Prüfung im Jahr 2019 allerdings ab. Die Kantone hätten die im Jahr 2016 gesetzten Ziele zwar nicht vollumfänglich erreicht, sie hätten aber Fortschritte erzielt.

Eine weitere interkantonale Vereinbarung aus dem Jahr 2014 regelt die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung. Die Vereinbarung legt den Mindestbeitrag fest, mit dem sich die Standortkantone an den Kosten der Spitäler für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten beteiligen. Und sie sorgt für einen Ausgleich der unterschiedlichen finanziellen Belastung unter den Kantonen. Nachdem das dafür erforderliche Quorum von 18 Kantonen erreicht wurde, ist die Vereinbarung inzwischen in Kraft getreten.

### **«Dialog nationale Gesundheitspolitik» als wichtiges Austauschgefäss**

Die zentrale Herausforderung für das Schweizer Gesundheitssystem sind die steigenden Kosten. Rund 80 Prozent dieser Kosten sind auf nichtübertragbare Krankheiten wie Diabetes oder Krebs zurückzuführen. Bereits mit einem geringfügig gesünderen Lebensstil könnte ein grosser Teil der Erkrankungen vermieden oder zumindest verzögert werden. Mit der seit 2017 laufenden Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) wollen die GDK,

das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Gesundheitsförderung Schweiz die Menschen unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status zu einem gesunden Lebensstil befähigen.

Die Strategie steht stellvertretend für die enge Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen im Bereich der Gesundheitspolitik. Das wichtigste Gefäss für diese Zusammenarbeit ist der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik», in dem aktuelle Themen zur Sprache kommen und koordiniert Projekte lanciert werden.

Das Kostenwachstum im Gesundheitswesen ist auch Gegenstand von Volksinitiativen. Als indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative schlägt der Bundesrat unter anderem die Einführung einer Zielvorgabe vor. Bund und Kantone sollen jährlich festlegen, wie stark die Kosten in den einzelnen Bereichen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) wachsen dürfen. Die Kritik folgte auf dem Fuss: Es war von einem «fehl gelenkten Reformexperiment» und von einem «administrativen Albtraum» die Rede.

Das Beispiel zeigt exemplarisch die hohen Hürden, die Gesundheitsreformen in der Schweiz überwinden müssen. Die Akteure des Gesundheitswesens agieren oft gemäss ihren Einzelanliegen. Die GDK will vermehrt den Kontakt zu den Dachorganisationen der Leistungserbringer und Versicherer suchen und eine vermittelnde Rolle zu Gunsten von ganzheitlichen Lösungen einnehmen.

### **Besondere Lage als Herausforderung für die Zusammenarbeit**

Gemeinsame Lösungen waren und sind auch bei der Bewältigung der Covid-19-Pandemie gesucht. Die Zusammenarbeit und der Austausch zwischen der GDK als Koordinationsorgan der Kantone und den Bundesbehörden musste sich anfangs einpendeln, hat sich dann aber etabliert. Eine spezielle Herausforderung war die Zusammenarbeit in der besonderen Lage gemäss Epidemienengesetz, in der die Aufgaben zwischen den Staatsebenen verflochten sind und sowohl der Bund als auch die Kantone in der Verantwortung stehen. Die GDK, das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) sowie das BAG haben strategische Grundlagen definiert und damit die Basis für die gemeinsame Krisenbewältigung gelegt.

Bei der Aufarbeitung der Krise muss es unter anderem um die Digitalisierung gehen, wurden doch Mängel bei der Erfassung und Meldung von Daten sichtbar. Weiter muss unter anderem die Schutzmaterialvorsorge und die Finanzierungsverantwortung geklärt werden.

### **Literatur zum Thema**

GDK (2018). Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung. Revidierte Version der vom Vorstand der GDK am 14.5.2009 verabschiedeten Empfehlungen, genehmigt von der GDK-Plenarversammlung vom 25. Mai 2018.

Trageser, Judith / Gschwend, Eva / von Stokar, Thomas (2019). Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär mit Einbezug der Pflege. Schlussbericht.

GDK (2008). Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM).

GDK (2014). Interkantonale Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung WFV).

GDK / EDI / BAG (2020). Covid-19-Bewältigung: Strategische Grundlagen der GDK und des EDI-BAG. Grundsätze – Massnahmen – Zusammenarbeit.