

Wie viel Föderalismus erträgt die Gesundheitspolitik?

**Kurzreferat von Regierungsrat Thomas Heiniger,
Gesundheitsdirektor Kanton Zürich**

Sehr geehrte Damen und Herren, geschätzte Kolleginnen und Kollegen

Wir wissen es: Das Gesundheitswesen ist mit jährlich 58 Mia. Umsatz ein wichtiger Wirtschaftsfaktor und ein grosser Arbeitgeber mit gegen 500'000 Beschäftigten – Tendenz steigend. Denn mit der immer älter werdenden Bevölkerung nimmt der Bedarf an Gesundheitspersonal künftig zu. Dabei gibt es in der Schweiz bereits heute auf 1000 Einwohner beinahe 60 Angestellte des Gesundheitswesens. Das sind fast doppelt so viele wie im OECD-Durchschnitt.

Die Gesundheit selbst ist ein superiores Gut, vielleicht das wertvollste überhaupt. Um darüber zu philosophieren, ist der aktuelle Rahmen allerdings kaum geeignet und zudem steht heute Nachmittag ein anderes Thema im Zentrum. Daran will ich mich selbstverständlich halten. Wie erlebe ich als Zürcher Gesundheitsdirektor den Föderalismus im Gesundheitssektor und welche Entwicklungen halte ich als freisinniger Politiker für notwendig?

Eines möchte ich vorweg nehmen: Blicken wir auf die Ergebnisqualität, haben wir in der Schweiz ein gutes Gesundheitssystem. Die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung ist gut, die Lebenserwartung ist eine der höchsten weltweit (w: 84.4 Jahre; m: 79.7 Jahre).

In unserer Liga spielen nur noch Japan, Schweden und Island mit. Kommt hinzu, dass die Bevölkerung in regelmässigen Zufriedenheitsbefragungen zur Gesundheitsversorgung gute bis sehr gute Noten abgibt.

Stellen wir die Ergebnisqualität allerdings in Relation zu den Kosten, wird dieser erfreuliche Eindruck etwas getrübt. Unsere Gesundheit hat ihren Preis, nämlich 10,8 Prozent des BIP. Die Befürchtung, die Kosten könnten aus dem Ruder laufen, prägt denn auch die Diskussion um die Zukunft des Gesundheitswesens.

Heute ist das Gesundheitswesen in der Schweiz geprägt von einem horizontal und vertikal verlaufenden Raster: Die Aufgabe, für die Bevölkerung eine finanziell tragbare Gesundheitsversorgung in der notwendigen Qualität sicher zu stellen, wird mit Regulierungen auf Stufe Bund, auf Stufe Kantone und sogar auf Gemeindeebene geordnet.

Die schweizerische Gesundheitslandschaft ist aber auch geprägt von einem Nebeneinander von zahlreichen privaten Organisationen wie Leistungserbringern, Krankenkassen, Berufsverbänden.

Der nüchterne Blick auf unser Gesundheitssystem zeigt, dass insbesondere das Verhältnis Bund – Kantone unübersichtlich geworden ist: Es gibt eigene Bundeskompetenzen, gemeinsame Verbundaufgaben, die Kumulation verschiedener Rollen, gemischte Finanzierungen, unterschiedliche kantonale Tarifstrukturen und eine Vielzahl von Konkordaten. Es gibt eigene kantonale Aufgaben, den kantonalen Vollzug von Bundesrecht und unterschiedliche Umsetzungen in den einzelnen Kantonen – etwa was die vielfältige Art der Delegation an die Gemeinden betrifft.

Entstanden ist ein historisch gewachsenes System mit vielen Wechselwirkungen und mit einer sehr fragmentarischen Regelung in der Bundesverfassung. Ich habe darin zum Thema «Gesundheit» bei strenger Leseweise 7, bei lockerer Leseweise etwa 14 Bestimmungen gefunden. Jede regelt für sich je wichtige Sachbereiche, namentlich Krankenversicherung, Transplantationen, Gentechnologie, Fortpflanzungsmedizin, etc. Eine ordnungspolitische Leitlinie oder einen Überblick habe ich hingegen nicht entnehmen können.

Ruth Dreifuss hat einmal die «Zersplitterung» als Merkmal des schweizerischen Gesundheitswesens bezeichnet. Diese bruchstückhafte und gleichzeitig ineinander verzahnte Regelung der Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen führt zu unklarer Verantwortlichkeit, unscharfen Zuständigkeiten, zu Doppelspurigkeiten und unzureichenden Lösungen. Neutrale internationale Begutachtungen (OECD, WHO) bestätigen dieses Bild und sprechen vom kompliziertesten Gesundheitssystem aller OECD-Länder.

Ich teile diese Ansicht und bin der Überzeugung, dass der Föderalismus damit im Zusammenhang steht. Zur Illustration möchte ich ein Beispiel herausgreifen, nämlich das materiell wichtigste Gesetz im Gesundheitswesen, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Seine Grundlage hat das KVG in Artikel 117 der Bundesverfassung, der die Regelung der Krankenversicherung zur Sache des Bundes erklärt. Ganz lapidar heisst es dort in Absatz 1: «Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung».

Das KVG war bei seinem Erlass Mitte 90er-Jahre als Versicherungsgesetz gedacht. Das Mass der Versicherungsdeckung schlägt heute aber direkt auf das von den Kantonen angebotene Versorgungsniveau durch. Es betrifft somit die bisher traditionell nur in den Kantonsverfassungen geregelte Verpflichtung der Kantone, für eine ausreichende und wirtschaftliche tragbare Gesundheitsversorgung zu sorgen (z. B. Art. 113 KV – ZH).

Der Umstand, dass die Kantone zwar die medizinische Versorgung gewährleisten, der Bund dagegen mit der Einrichtung der Krankenversicherung bestimmt, welche Leistungen wie hoch vergütet werden, musste früher oder später zur Beschneidung der Kantonskompetenzen führen. Die Tatsache, dass die Kantone ab 2012 bei der Preisgestaltung (Tarifverhandlungen) nicht dabei sind, obwohl sie nach wie vor die grössten Finanzierer sind, macht deutlich, dass Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung schwierig geworden sind.

In der neuen Spitalplanung und in der neuen Spitalfinanzierung zeigen sich die Grenzen der kantonalen Autonomie, die Grenzen des kantonalen Handlungsspielraums: Die Kantone werden bei der Spitalplanung vom Bund unter anderem dazu verpflichtet, die Plankriterien «Qualität und Wirtschaftlichkeit» verstärkt zu berücksichtigen. Gleichzeitig sollen die Finanzierungsregeln geändert und die Abgeltung der Kosten von Spitalbehandlungen über Pauschalen (DRG) eingeführt werden. Heute sind 26 Kantone daran, diese Planungsvorgaben zu prüfen und umzusetzen. Sie müssen dabei auch in Betracht ziehen, dass die Patientinnen und Patienten das Spital, in dem sie behandelt werden wollen, schweizweit frei wählen können.

Leider hat der Bund seine Vorgaben im KVG zur «Qualität und Wirtschaftlichkeit» nicht hinreichend konkretisiert. Wenn auch die Gesundheitsdirektorenkonferenz versucht, diese Frage vernetzt anzugehen: die Verpflichtung zur Umsetzung der Planung verbleibt letztlich bei jedem einzelnen Kanton. 26 Kantone sind es, 5 davon haben weniger als 50'000 Einwohner, nur in 4 Kantonen leben mehr als 500'000 Menschen. Der Finanzkraftindex dieser Kantone schwankt zwischen 30 (Obwalden) und 224 (Zug). Die Spitaldichte schwankt zwischen 1,6 (Solothurn) und 15,1 (Appenzell-Ausserrhodon) auf 100'000 Einwohner. Die Bettendichte variiert zwischen 218 Betten (Schwyz) und 969 Betten (Basel-Stadt) auf 100'000 Einwohner. Aber alle Kantone planen und versuchen zu steuern, obwohl Aufgabe und Ziel scheinbar für jeden identisch sind.

Die föderalistische Organisation und Struktur in allen Ehren: diese Einheiten sind zu klein. Und zwangsläufig stellt sich die Frage der Überversorgung. Ein Vergleich mit den Niederlanden verdeutlicht beispielsweise, wie hoch hierzulande die Zahl an Herzzentren ist: für 7,7 Mio. Schweizerinnen und Schweizer stehen deren 26 zur Verfügung. In den Niederlanden kommt man mit 10 Herzzentren für mehr als doppelt so viele Einwohner aus (16,6 Mio.). Die föderalistischen Strukturen sind zu klein im Verhältnis zur Aufgabe, die zu erledigen ist.

Aber auch zu klein,

- um betriebswirtschaftlich sinnvolle Grössen bei den Spitälern zu erreichen;
- um Einzugsgebiete mit hinreichenden Mindestfallzahlen zu generieren;
- um den Administrationsaufwand in einem ausgeglichenen Verhältnis zum eigentlichen Spitalbetrieb zu halten;
- um von Skalenerträgen beim Einkauf von Medikamenten und bei Beschaffungen profitieren zu können.

Natürlich gibt es keine für die Organisation eines Staates wissenschaftlich definierte «beste Grösse», aber Ziel der Spitalplanung ist nicht der ideale Staat, sondern die ideale Spitallandschaft. Die Planung der Spitäler muss grossräumig erfolgen und über die Kantons-grenzen hinaus geschehen. Der Raum muss grösser werden, damit volks- und betriebs-wirtschaftlich sinnvolle Einheiten entstehen; damit Mindestfallzahlen zusammen kommen, die ihrerseits Garant für eine Qualität sind, die hohen Standards entspricht. Private Spitalketten brauchen schweizweit einheitliche Rahmenbedingungen. Und weil rund 45 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen bei den Spitälern anfallen, kann nur ein Wettbewerb unter den Spitälern den Kostenanstieg nachhaltig bremsen. Und damit Wettbewerb zustande kommt, darf kantonale Standortpolitik keine dominierende Rolle spielen.

Das Beispiel «Spitalplanung» zeigt: Das KVG regelt heute direkt oder indirekt grosse Gebiete des Gesundheitssektors und greift weit in die bisherigen kantonalen Kompetenzen hinein. Obwohl es – wie auch ein Blick in die Botschaft des Bundesrats vom 6. November 1991 bestätigt – als Versicherungsgesetz konzipiert wurde, ist es de facto zum schweizerischen Gesundheitsgesetz geworden. Der Zweck und die Stossrichtung des KVG haben sich schleichend vom ursprünglichen Willen des Souveräns entfernt.

Entstanden sind dabei enge Verflechtungen zwischen Bund und Kantonen. Diese zeigen sich nicht nur beim KVG, sondern auch in anderen Regelungsbereichen des Gesundheits-rechtes: Etwa in der Prävention, dem kantonal unterschiedlich umgesetzten Nichtraucher-Schutz, in der Bekämpfung von Epidemien oder in der Alkoholgesetzgebung. Bund und Kantone nehmen heute in praktisch allen Bereichen parallele, gemeinsame oder sich überschneidende Aufgaben wahr. Die oftmals unmerklich ablaufenden Gewichts-verlagerungen führen auch dazu, dass der Grundsatz «Wer zahlt, befiehlt» seit geraumer Zeit untergraben wird.

Solche Verflechtungen zwischen Bund und Kantonen sind eine Herausforderung. Zusätzlich gefordert sind die Kantone durch ihre Mehrfachrolle:

Sie treten im Kantonsgebiet als Regulatoren auf. Sie sind Aufsichtsinstanz und Bewilligungsgeber. Daneben sind sie über den Erlass der Spitallisten normative Spitalplaner. Gleichzeitig betreiben sie eigene Spitäler und finanzieren die von den Gemeinden getragenen Zentrums-spitäler mit. Sie entscheiden auch über die Zulassung von Privatspitälern für einen Markt, auf dem sie selbst aktiv sind. Eine Verflechtung, die schwierig mit dem gewünschten Wettbewerb in Einklang zu bringen sein wird.

Es geht mir, sehr verehrte Damen und Herren, hier nicht darum, den Föderalismus schlecht zu reden: Er hat seine Vorteile! Wir wissen um seine wertvolle «Laborfunktion» und glauben, mit dem kürzlich auch national verankerten «Medical Board» im Kanton Zürich eine Methode entwickelt zu haben, die jetzt auf einem schweizweiten Boden steht und national für das Gesundheitswesen, dessen Qualität und Finanzierbarkeit ein Erfolg sein wird. Ein Erfolg, weil es das Verhältnis von Kosten und Nutzen von Therapien und Massnahmen beleuchtet.

Wir wissen auch, dass der Föderalismus für demokratische Mitbestimmung und Bürgernähe steht. Wir sehen aber kaum noch, wo diese Vorteile im Gesundheitssektor heute weiterhin greifen könnten. Im Gegenteil: Die Gefahr, dass die föderale Struktur der kantonalen, regionalen Standortpolitik den Vorrang gibt gegenüber volks- und betriebswirtschaftlicher Effizienz, ist gross. Das Gesundheitswesen ist nicht mehr primär eine Angelegenheit der Kantone: Die Tendenz geht in Richtung zu kantonsübergreifenden Zusammenschlüssen, zu Grossregionen und vor allem geht sie in Richtung Bund. Wir sehen es unseren Alltags-geschäften, in der GDK oder im Rahmen des Dialoges Nationale Gesundheitspolitik. Das Hochhalten der umfassenden kantonalen Hoheit führt zu kostspieligen Parallel-Strukturen, zu Sonderzügen, zu einer ineffizienten Fragmentierung.

Wie soll es weitergehen? Die mittelfristige Steigerung der Effizienz des schweizerischen Gesundheitssystems hängt davon ab, wie wir die historisch gewachsenen und von der Realpolitik festgefahrenen Probleme lösen werden. In der kürzeren und längeren Vergangenheit wurde in den Kantonen und im Bundesparlament versucht, einzelnen Problemen mit ganz konkreten Lösungen zu begegnen (Behandlungsgebühr, Planung des ambulanten Bereichs). Auch wenn die Erfolge bislang eher bescheiden geblieben sind, muss hier weiter Denk- und Überzeugungsarbeit geleistet werden.

Damit wir einen Rahmen bekommen, der landesweit Standards für die Qualität und die Versorgung festlegt, der auch Transparenz über Kosten und Leistungen zulässt oder sogar verlangt, müssen wir das regulatorische Umfeld, das System in dem wir uns bewegen, hinterfragen und anpassen. Hier gilt es, bisherige Strukturen zu überwinden.

Wir brauchen explizite nationale Gesundheitsziele, ordnungspolitische Leitlinien und neue Steuerungsstrukturen. Gerade zur Stärkung der Kantone brauchen wir eine Entwirrung der Kompetenzen von Bund und Kantonen und eine Klärung der Finanzierungsströme. Es liegen dazu verschiedene Ideen auf dem Tisch: Ich erinnere an zwei parlamentarische Vorstösse, die im Herbst letzten Jahres im Nationalrat eingereicht wurden (Postulat Reto Wehrli CVP Schwyz, Schaffung eines eidgenössischen Gesundheitsgesetzes; Motion Fraktion CVP/EVP/glp, Gesundheitsstrategie für die Schweiz). Ich gehe einen Schritt weiter und fordere angesichts der elementaren Bedeutung der Gesundheit direkt eine Neuregelung in der Bundesverfassung.

Weil wir in der Schweiz kein staatliches Gesundheitswesen haben und keines haben wollen, ist die künftige Systematik darauf auszurichten, dass auch der private Sektor, der nicht nur im Kanton Zürich bereits heute einen wesentlichen Anteil der Gesundheitsversorgung abdeckt, auch in Zukunft mit einbezogen bleibt.

Der Weg, die künftigen gesundheitspolitischen Herausforderungen zu meistern, führt, meine sehr geehrten Damen und Herren, über eine nationale Gesundheitspolitik. Auch wenn Medizin weiterhin und selbstverständlich in nächster Nähe geschehen soll, müssen wir unsere Kräfte darauf ausrichten. Transparenz ist dabei das zentrale und vordringliche Mittel, um Strukturveränderungen einzuleiten.