

# im dialog

1/2025 – [dialog.css.ch](http://dialog.css.ch)

## Trugschluss

Eine nationale Versorgung hätte nicht nur Vorteile.

## Kantönligeist

Unterschiedliche Ansprüche prägen die Prämienhöhe.

## Spagat

Zentrale Steuerung und Autonomie müssen harmonieren.



## Die Karten neu mischen

Die Herausforderungen des Föderalismus im Gesundheitswesen verlangen nach neuen Ansätzen – auch über Kantons Grenzen hinweg.

# «Die Kantonsgrenzen widerspiegeln schon lange nicht mehr den Lebensraum der Menschen.»

Sarah Wyss, SP-Nationalrätin für den Kanton Basel-Stadt und Mitglied der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, Seite 21.

«Es ist klar, Spitäler brauchen eine kritische Grösse. Aber es braucht auch eine ortsnahe Versorgung in allen Bereichen.»

Urs Martin, SVP-Regierungsrat im Kanton Thurgau, Seite 14.

«Es sollte das Ziel sein, statt des Föderalismus den Kantönligeist infrage zu stellen.»

Dr. Jérôme Cosandey, Directeur romand und Forschungsleiter Finanzierbare Sozialpolitik bei Avenir Suisse, Seite 6.

## Zweischneidiger Föderalismus



Barbara Senn,  
Verwaltungsrätin CSS

Der Föderalismus ist der vielleicht wichtigste Grundpfeiler der schweizerischen Staatsordnung. Er hat unser Land in vielen Bereichen weit gebracht und ist eine wichtige Basis für das friedliche Zusammenleben und den Wohlstand. Aber gerade im Gesundheitswesen ist der föderale Ansatz, der den Kantonen die Verantwortung über das Gesundheitswesen überträgt, eine zweischneidige Angelegenheit. Zum einen ermöglicht er zwar, dass ein Kanton mit Blick auf seine

Gesundheitsversorgung auf kantonsspezifische Begebenheiten Rücksicht nehmen und eine bürgernahe Versorgung sicherstellen kann. Ein weiträumiger Bergkanton zum Beispiel hat diesbezüglich andere Rahmenbedingungen als ein Stadtkanton.

Föderalismus wird aber häufig zum Hemmschuh, wenn es darum geht, sich zusammenzuraufen und überregional zu denken. Das gilt nicht bloss für die Schweizer Spitallandschaft, die noch immer geprägt ist von einer enormen Spitaldichte. Auch im ambulanten Bereich versinkt die Schweiz mehr und mehr in einem undurchsichtigen Wirrwarr von 26 verschiedenen Lösungen. Angefangen bei den kantonal stark unterschiedlichen Taxpunkt-werten bis hin zur Zulassung von Ärztinnen und Ärzten, die seit kurzem den Kantonen obliegt. Während gewisse Kantone – zur Freude der Leistungserbringer – diese Zulassungsbestimmungen sehr liberal auslegen, setzen andere Kantone auf eine strikte Umsetzung. Kurz: ein Flickenteppich par excellence.

Föderalismus bietet einerseits die Chance, parallel verschiedene Ansätze auszuprobieren. Andererseits stellt er eine Hürde dar, im Gesundheitswesen Fortschritte zu erzielen und eine überregionale integrierte Versorgung zu gewährleisten.

In der vorliegenden «im dialog»-Ausgabe nehmen wir den Föderalismus-Faden auf. Wir zeigen auf, wo sich der kantonale Ansatz als Bremsklotz erweist, was die Gründe dafür sind, wie die Blockaden gelöst werden und wie ein künftiges föderales Gesundheitswesen aussehen könnte.

 [linkedin.com/company/css\\_ch](https://www.linkedin.com/company/css_ch)

### Impressum

Erscheint 3x jährlich in deutscher und französischer Sprache.

**Herausgeberin:** CSS, Tribschenstrasse 21, CH-6002 Luzern; **E-Mail:** [dialog@css.ch](mailto:dialog@css.ch)

**Internet:** [dialog.css.ch](http://dialog.css.ch)

**Chefredaktion:** Zoë Haas

**Produktion und Grafik:** tnt-graphics

**Fotos:** Meinrad Schade, Herbert Zimmermann, Daniel Brühlmann, Erwin Auf der Maur (Cover)

**Illustrationen:** tnt-graphics

**Druck:** Engelberger Druck AG, 6370 Stans



**04 / Zuständigkeiten**  
Aufgaben und Hürden der kantonalen Gesundheitsversorgung.

**06 / Steuerung des Gesundheitssystems**  
Der Föderalismus wahrt Innovation.

**09 / Standpunkt**  
Die kantonale Tarifierung ist nicht durchgängig nachvollziehbar.



**10 / Persönlich**  
Dr. Philippe Groux über Programme zur Krebsfrüherkennung.

**12 / Kantone im Vergleich**  
Ansprüche und Gewohnheiten beeinflussen Kosten.



**14 / Diskurs**  
Patrick Hässig und Urs Martin über neue Ansätze in der Spitalplanung.

**19 / Rettungswesen**  
Zusammenarbeit über Kantonsgrenzen hinweg.

**20 / Pro und Contra**  
Ist das föderale Gesundheitssystem unantastbar?

**22 / Dezentralisierung**  
Das optimale Gleichgewicht ist entscheidend.

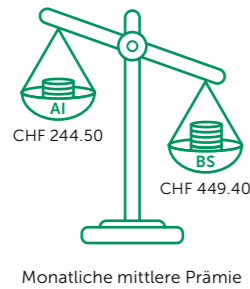
**23 / Kolumne**  
Übung als Ausnahme.

# Kantonal verschieden

Der Bund setzt den Rahmen, die Kantone gestalten die Versorgung und Tarife – jeweils nach ihren eigenen Prioritäten.

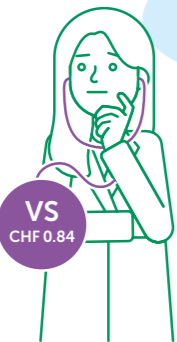
## Prämienhöhe

Die Prämienhöhe folgt den Gesundheitskosten und variiert je nach Kanton und Region. Gründe für die Kostenunterschiede sind u. a. das Versorgungsangebot und die Altersstruktur. In städtischen Gebieten sind die Prämien oft höher, da die höhere Versorgungsdichte dort zu erheblichen Gesundheitskosten führt.<sup>1</sup>



## Taxpunktwerte

Die Tarmed-Taxpunktwerte werden kantonal festgelegt. Deshalb werden die gleichen medizinischen Leistungen je nach Kanton unterschiedlich abgegolten. Zudem können die Taxpunktwerte zwischen den Einkaufsgemeinschaften der Krankenversicherungen (tarifsuisse, HSK oder CSS) variieren. Beispielsweise der tiefste Taxpunktwert für Ärztinnen und Ärzte liegt im Kanton Wallis bei CHF 0.84 und der höchste im Kanton Genf bei CHF 0.96 (je gültig für die CSS).<sup>2</sup>



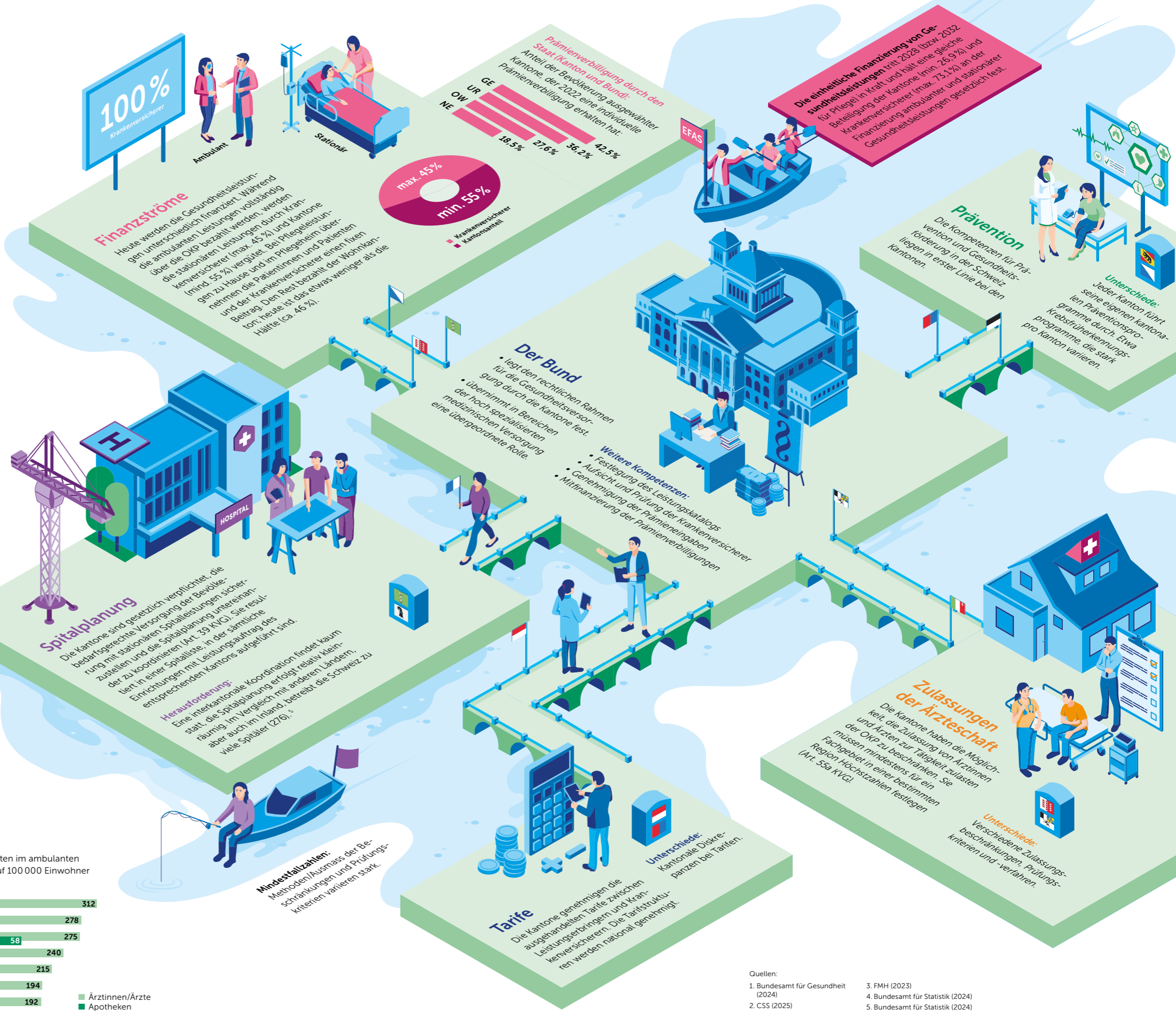
## Leistungserbringer

In der Schweiz gibt es rund 41100 berufstätige Ärztinnen und Ärzte – ein neuer Rekord. Kam vor 40 Jahren noch ein Arzt auf rund 400 Menschen, so liegt die Quote heute bei rund eins zu 200.<sup>3</sup> Die Ärztedichte variiert zwischen den Regionen. Auch bei anderen Leistungserbringern, z. B. Apothekern, gibt es bedeutende regionale Unterschiede.

Bestand von Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Sektor sowie von Apotheken auf 100 000 Einwohner in den Grossregionen, 2023:<sup>4</sup>

Region	Ärztinnen/Ärzte	Apotheken
Genferseeregion	32	312
Zürich	15	278
Tessin	58	275
Nordwestschweiz	20	240
Espace Mittelland	19	215
Ostschweiz	12	194
Zentralschweiz	9	192

■ Ärztinnen/Ärzte  
■ Apotheken



Quellen:  
1. Bundesamt für Gesundheit (2024)  
2. CSS (2025)

3. FMH (2023)  
4. Bundesamt für Statistik (2024)  
5. Bundesamt für Statistik (2024)



## PRÄMIENANSTIEG

# Der Föderalismus als Sündenbock

Jedes Jahr im Herbst erhitzten stetig steigende Krankenversicherungsprämien die Gemüter. Oft wird der Föderalismus dafür verantwortlich gemacht. Dabei ist gerade diese Staatsform eine grosse Bereicherung für unser Gesundheitssystem. Ist Zentralisierung zulasten von Vielfalt und Innovation wirklich die Lösung?

Autor: Jérôme Cosandey; Foto: istockphoto Paffy69

Alljährlich werden die neuen Krankenversicherungsprämien angekündigt. Und obwohl die kantonalen Prämienunterschiede unter anderem die Ungleichheiten bei der Spitalplanung und der Organisation der medizinischen Grundversorgung widerspiegeln, wird die Schuld an der Kostenexplosion gern auf den Föderalismus geschoben. Die Forderungen nach einer nationalen Spitalplanung, der Einführung eines eidgenössischen Gesundheitsgesetzes oder einer Einheitskasse werden immer lauter. Was ist davon zu halten?

### 26 kantonale Versuchslabore

Eine Zentralisierung würde unserer Gesellschaft ein wesentliches Element des Gesundheitssystems vorenthalten: Innovation! Eine dezentrale Organisation fördert den Wettbewerb zwischen Kantonen, Versicherern sowie Leistungserbringern und damit die Entwicklung neuer Lösungen. Tatsächlich entstehen in allen Regionen neue Initiativen. So kooperieren das Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) und der Krankenversicherer CSS mit dem Ziel einer integrierten Versorgung, im Berner Jura wird das Réseau de l'Arc von einem Versicherer, einer Spitalgruppe und dem Kanton Bern unterstützt, und im Kanton Graubünden ist zum Beispiel im Engadin und Prättigau eine integrierte Versorgung von der Geburt bis zur Langzeitpflege aus einer Hand gewährleistet.

Überdies brachte der Wettbewerb die Krankenversicherer dazu, alternative Versicherungsmodelle anzubieten, die als erste Anlaufstellen die Hausarztpraxen, eine telemedizinische Beratung oder Apotheken vorsehen. Diese Angebote nutzen heute mehr als drei Viertel der Versicherten.

### Flexible Anpassung an lokale Bedürfnisse

Der Föderalismus ermöglicht den Kantonen, das Gesundheitswesen einschliesslich finanzieller Aspekte nach den lokalen Prioritäten zu gestalten. So können sie die Prämienverbilligungen an ihre kantonalen Ziele anpassen (siehe Grafik Seite 8).

**36 %**  
der Waadtländer Bevölkerung profitierten 2023 von Prämienverbilligungen.

# 260

Franken betrug die durchschnittliche Prämienverbilligung im Kanton Basel-Landschaft. Damit war sie höher als in der übrigen Schweiz.

Beispielsweise ist die Höhe der Krankenversicherungsprämien im Kanton Waadt auf 10 Prozent des Haushaltseinkommens begrenzt. Dank dieser Regelung profitierten 2023 rund 36 Prozent der Waadtländer Bevölkerung von Prämienverbilligungen (der schweizerische Durchschnitt liegt bei 28 Prozent). Andere Kantone wie Basel-Landschaft setzen auf gezieltere Unterstützung: Zwar waren nur 20 Prozent der Bevölkerung anspruchsberechtigt, diese erhielten jedoch mit etwa 260 Franken pro Monat und Person höhere Verbilligungen als Versicherte in der übrigen Schweiz (mit durchschnittlich 200 Franken). Die spezifischen Ansätze verdeutlichen die verschiedenen regionalen Prioritäten und Anforderungen.

### Schuhgrösse 43 für alle Versicherten?

Natürlich kann ein dezentrales System zu Doppelspurigkeiten führen und kleine Strukturen aufrechterhalten, die weder profitabel sind noch eine Spezialisierung erlauben. Doch wäre eine Vereinheitlichung tatsächlich wirtschaftlicher, und falls ja, zu welchem Preis?

Ein Vergleich: Würden wir der gesamten Bevölkerung die gleiche Schuhgrösse vorschreiben, könnten wir durch den Skaleneffekt Kostensenkungen erzielen. Aber würden sich alle Bürgerinnen und Bürger in diesen Schuhen wohlfühlen? Natürlich sind die Ansprüche an die Gesundheitsversorgung überall ähnlich. Für die Erfüllung dieser Wünsche müssen jedoch, je nach geografischem, kulturellem und sozialem Kontext, die Verflechtungen zwischen professionellen und ehrenamtlichen Leistungserbringern einer Region berücksichtigt werden.

Vor allem glauben oft die Befürworter einer zentralen Steuerung des Gesundheitssystems, dass sich das beste Modell, das heisst «ihre Lieblingsschuhgrösse», in der ganzen Schweiz durchsetzen wird. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird indes >



Dr. Jérôme Cosandey

promovierte an der ETH Zürich und hält einen Master der Universität Genf in internationaler Wirtschaftsgeschichte. 1998–2005 Tätigkeit bei einem internationalen Beratungsunternehmen, danach in leitender Stellung bei einer Grossbank. Seit 2018 ist er Directeur romand und Forschungsleiter Finanzierbare Sozialpolitik bei Avenir Suisse.

das Modell gewinnen, das bei Lobbys und Parteien am meisten Zuspruch findet. Eine Vereinheitlichung auf Grundlage der Bedürfnisse der Genfer oder der Zürcher Bevölkerung würde den Einwohnerinnen und Einwohnern ländlicher Gebiete, die derzeit von geringeren Prämien profitieren, wohl kaum gefallen.

#### Kantönliche Gefahr

Natürlich sind auch die Nachteile des Föderalismus nicht von der Hand zu weisen. Öffentliche Spitäler, häufig die grössten Arbeitgeber einer Region, stehen im Fadenkreuz von Interessenkonflikten. Bei der Festsetzung der Spitaltarife müssen die kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren die Interessen der Bürgerinnen und Bürger gegen die finanzielle Absicherung der Spitäler abwägen: Letztere streben einen möglichst hohen Tarif an, während sich Erstere möglichst tiefe Tarife und damit niedrige Prämien wünschen.

Oft setzt sich die Stimme des Spitalpersonals (mit seinem grossen politischen Gewicht) durch und veraltete oder redundante Strukturen werden teilweise beibehalten. Zu viele Spitäler nehmen komplexe Eingriffe vor, obwohl sie die Mindestfallzahlen zur Qualitätssicherung nicht erzielen. Einer Studie<sup>1</sup> zufolge erreichen mehr als die Hälfte der Schweizer Spitäler den von der Gesundheitsdirektorenkonferenz empfohlenen Schwellenwert nicht, führen die Eingriffe aber trotzdem durch.

#### Plädoyer für einen effizienteren Föderalismus

Das Ziel sollte daher sein, statt des Föderalismus den Kantönliche Geist infrage zu stellen. Zuerst muss die Governance öffentlicher Spitäler verbessert werden, um Fehlentwicklungen zu korrigieren. Ein flexibler rechtlicher Rahmen nach dem Modell einer (gemeinnützigen) Aktiengesellschaft könnte

zur Effizienzsteigerung beitragen, ebenso eine Unternehmensführung, welche die politische Einflussnahme begrenzt, indem die Anzahl Verwaltungsmandate aufgrund der Parteifarben reduziert wird.

Grosse Bedeutung hat zudem die interkantonale Zusammenarbeit innerhalb einer Gesundheitsregion: Initiativen wie das Hôpital Riviera-Chablais in den Kantonen Waadt und Wallis oder die gemeinsame Spitalplanung in der Ostschweiz (St. Gallen, Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden) zeigen, dass regionale Kooperationen Lösungen hervorbringen, die in der Bevölkerung auf mehr Akzeptanz stossen.

Ein entscheidender Punkt ist schliesslich die Transparenz bezüglich der Qualität der medizinischen Versorgung. Viel zu oft verwechselt die Bevölkerung Nähe mit Qualität. Damit die Effizienz der Spitäler beurteilt werden kann, braucht es klare Indikatoren, die Aussagen über die Ergebnisse bei bestimmten Krankheitsbildern (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs etc.) zulassen. Transparenz auf diesem Gebiet würde dort, wo besonderes Know-how vorhanden ist, die Spezialisierung fördern, und dort zu intra- und interkantonalen Kooperationen anregen, wo es diese braucht.

Statt dem Ruf nach Zentralisierung des Gesundheitswesens nachzugeben, sollten wir die Stärken des Föderalismus ausschöpfen und seine Schwächen korrigieren. Dieser Ansatz birgt das Potenzial für ein innovatives und flexibles Gesundheitssystem, das auch die lokalen Bedürfnisse der Bevölkerung berücksichtigt. ●



[dialog.css.ch/fokus](https://dialog.css.ch/fokus)

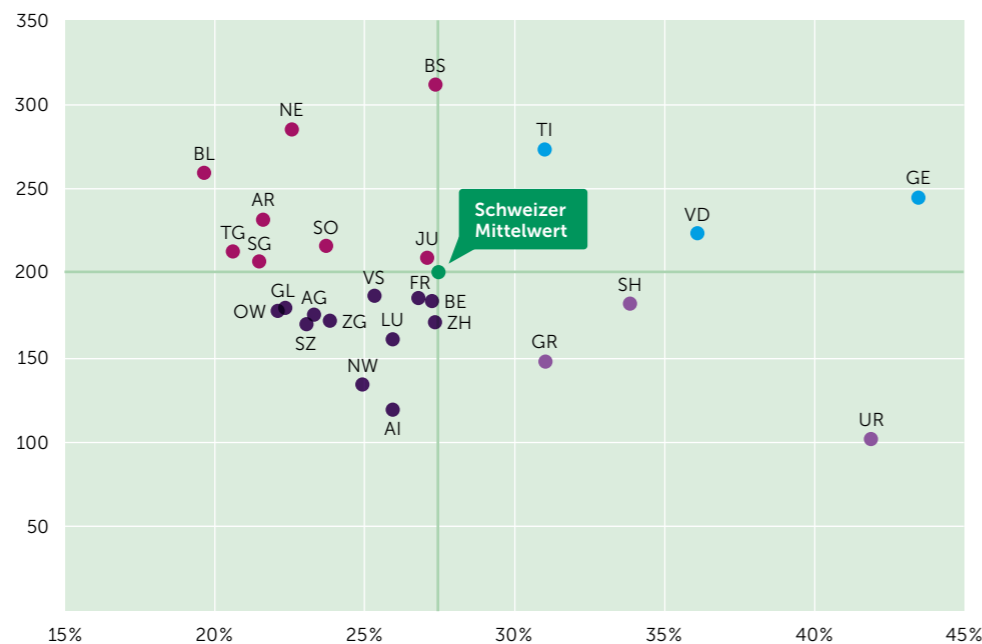
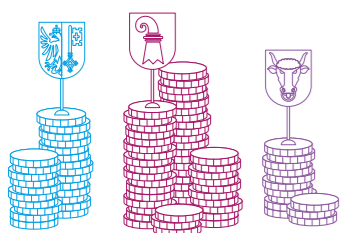
Weitere Artikel der Rubrik «Fokus» finden Sie auf unserer Webseite.

<sup>1</sup> Fallzahlen in Spitälern und Kliniken für ausgewählte Eingriffe im Jahr 2022 von santésuisse vom 7. September 2024.

## Kantonale Verbilligungen nach Mass

Einige Kantone gewähren gezieltere, dafür im Vergleich zum landesweiten Schnitt höhere Prämienverbilligungen (links oben), während andere einem Grossteil der Bevölkerung geringere Prämienverbilligungen gewähren (rechts unten).

Quelle: Avenir Suisse



## STANDPUNKT

# Tarife neu denken

Kantonal geregelte Taxpunktwerte erschweren eine sachgerechte Tarifierung. Regionale Ansätze wären viel zielführender.

Autor: **Luca Emmanuele**, Leiter der Abteilung Einkaufsmanagement Leistungen CSS;  
Foto: **Herbert Zimmermann**



Die Tarifpartner verhandeln im schweizerischen Gesundheitswesen die Preise für alle Grundversicherungsleistungen. Die entsprechenden Tarife, wie beispielsweise die Taxpunktwerte im TARMED, sind ein zentraler Bestandteil zur Ermittlung des Preises pro Leistung. Dieser wird durch eine Multiplikation der Anzahl Taxpunkte, die den Aufwand einer Leistung widerspiegeln, mit dem Taxpunktwert berechnet.

Die Taxpunktwerte werden zwischen den Einkaufsgemeinschaften der Krankenversicherer und den Leistungserbringern oder deren Verbände verhandelt und vom Kanton genehmigt. Dabei wird zwischen dem Taxpunktwert für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie für solche im spitalambulanten Bereich unterschieden. Kommt bei den Verhand-

lungen keine Einigung zustande, kann der Kanton den Taxpunktwert festlegen. Als Folge können Taxpunktwerte für die gleiche Grundversicherungsleistung bedeutend variieren. So unterscheidet sich der höchste und tiefste kantonale Taxpunktwert für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im schweizerweiten Vergleich um mehr als 20 Prozent. Die Preise für die gleiche ambulante Grundversicherungsleistung werden somit stark durch die regionalen Gegebenheiten und die Struktur des Leistungserbringers beeinflusst (Arztpraxis vs. Spital). Eine sachgerechte Tarifierung sicherzustellen, ist unter diesen Vorzeichen eine grosse Herausforderung.

#### Regional statt kantonal

Die heutigen unterschiedlichen Taxpunktwerte sind in ihrer jetzigen Ausprägung nicht durchgängig nachvollziehbar. Die kantonalen Grenzen decken sich nur selten mit der tatsächlichen regional verankerten Versorgungsregion. Eine Ausrichtung der tarifarischen Anreizgestaltung auf Basis von gelebten Versorgungsregionen erscheint daher sachgerechter als eine rein kantonale Betrachtungsweise. Damit liesse sich der Dialog über eine verbindliche, über mehrere Stufen integrierte Gesundheits-

versorgung zielgerichteter führen. Die Basis für eine koordinierte Gesundheitsversorgung, die nicht nur über Versicherungsprodukt-Spezifika, sondern über sinnvolle Behandlungspfade Wirkung entfaltet, besitzt grosses Potenzial, die vielbesagten Ineffizienzen in der Versorgung zielgerichtet zu adressieren.

#### Selbstreflexion erforderlich

Die Kantone befinden sich mit ihrer Mehrfachrolle als Spitalbetreiber, Finanzierer und Tarifgenehmigungsbehörde in einem Interessenkonflikt. Trotzdem sollten sie selbstreflektierter handeln und dazu beitragen, dass keine willkürlich hohen Tarife unterstützt werden. Allzu häufig enden heutige Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern ergebnislos, da Leistungserbringer mit hohen Festsetzungsentscheiden der Kantone rechnen. Damit wird eine sachgerechte Tariflösung von Beginn an verunmöglicht. Mit einer regionalen Versorgungsplanung (inkl. Taxpunktwerte) entlang natürlich entstandener Versorgungsstrukturen liessen sich spür- und messbare Mehrwerte für alle Anspruchsgruppen erzielen. ●

«Taxpunktwerte können für die gleiche Grundversicherungsleistung bedeutend variieren.»

Luca Emmanuele

in Folgen Sie uns auf LinkedIn:  
[linkedin.com/company/css\\_ch](https://www.linkedin.com/company/css_ch)

**Dr. Philippe Groux, MPH,**  
hat Biochemie studiert, inklusive Dissertation, und besitzt einen Master of Public Health. Er ist Vizepräsident von Swiss Cancer Screening.

## KREBSFRÜHERKENNUNG

# Wo Gleichheit endet

Kantonale Regelungen bestimmen über das Angebot an Krebsfrüherkennungsprogrammen – mit weitreichenden Folgen.

Autor: **Philippe Groux**; Foto: **Herbert Zimmermann**

Programme zur Krebsfrüherkennung laden die gesunde Zielbevölkerung regelmässig zu franchisebefreiten, qualitätskontrollierten Vorsorgeuntersuchungen ein. Durch frühzeitige Erkennung verbessern sie die Behandlungschancen, senken die Krebssterblichkeit und Gesundheitskosten und tragen gleichzeitig zur Chancengleichheit bei. Die Krebsfrüherkennung liegt in der Verantwortung der Kantone. Während die ersten bereits 1999 entsprechende Programme einführten, existieren 25 Jahre später in einigen Kantonen immer noch keine. Vor mehr als zehn Jahren versuchte der Bundesrat, dieser Ungleichbehandlung der Bevölkerung mit einer nationalen Gesetzgebung für Prävention und Gesundheitsförderung Abhilfe zu verschaffen, aber die Vorlage für ein Bundesgesetz scheiterte im Ständerat. Das Gesetz hätte ermöglicht, Gesundheitsförderung und Prävention national zu koordinieren. Deshalb rufen heute noch die Kantone Krebsfrüherkennungsprogramme ins Leben. Mit der Umsetzung werden je nach Kanton Einheiten der kantonalen Verwaltung oder externe Partner beauftragt, etwa die kantonale Krebsliga oder eigens dafür geschaffene Organisationen. Die Betreiber dieser Programme haben sich zum Verband Swiss Cancer Screening zusammengeschlossen, unter anderem, um die Chancen der Digitalisierung nutzen zu können.

### Westschweiz voraus, Deutschschweiz zögert

2024 gab es 28 kantonale Krebsfrüherkennungsprogramme (die Hälfte davon für Brust-, die andere Hälfte für Darmkrebs), die von den zwölf Mitgliedern von Swiss Cancer Screening betrieben werden. Die meisten Kantone haben sowohl für Brust- als auch für Darmkrebs entsprechende Früherkennungsprogramme. Die (Halb-)kantone Aargau, Baselland und Schaffhausen planen die Einführung eines Früherkennungsprogramms für Brustkrebs, während Schaffhausen, Solothurn und Thurgau ein solches für Darmkrebs anstreben. In den Kantonen Glarus, Nidwalden, Obwalden Schwyz, Zug und Zürich werden Krebsfrüherkennungsprogramme weder angeboten noch geplant.

In der Schweiz werden weder Früherkennungsprogramme für Gebärmutterhalskrebs noch für Lungenkrebs angeboten, obwohl das zuständige Expertengremium Cancer Screening Committee 2021 resp. 2022 die Einführung empfohlen hat. Solche Programme existieren in mehreren europäischen Ländern teilweise seit vielen Jahren. Die Einführung benötigt den politischen Willen im entsprechenden Kanton und die notwendigen Ressourcen. Der politische Wille ist traditionell in der Westschweiz früher da als in den Deutschschweizer Kantonen. Brustkrebsfrüherkennungsprogramme entstanden zwischen 1999 und 2007 in allen Westschweizer Kantonen, während St. Gallen und Thurgau 2010 die ersten Deutschschweizer Kantone mit entsprechenden Programmen waren. Uri war weltweit ein Pionier bei der Darmkrebsfrü-

## «Die Folgen der kantonalen Unterschiede in der Krebsfrüherkennung tragen wir alle.»

**Philippe Groux**

erkennung (2013). Als Basel-Stadt und Graubünden 2020 ein Darmkrebsfrüherkennungsprogramm einführten, hatten dies alle Westschweizer Kantone schon getan. Die Durchführbarkeit von Krebsfrüherkennungsprogrammen muss jeweils in einer Machbarkeitsstudie geprüft werden, um kantonalen Eigenheiten gerecht zu werden; die Einführung an sich ist jedoch technisch machbar.

Italien beweist, dass flächendeckende Krebsfrüherkennungsprogramme unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede möglich sind. Selbst in den kleinsten Dörfern Südtaliens werden Programme zur Früherkennung von Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs angeboten – dank Screening-Bussen, die von Dorf zu Dorf fahren.

### Messbare Erfolge

Die Folgen der kantonalen Unterschiede tragen wir alle über die Krankenversicherungsprämien. Mit der Einführung des Krebsregistrierungsgesetzes (KRG) 2020 schaffte die Schweiz die Voraussetzungen, um die Wirkung der Programme flächendeckend zu messen. Eine Studie mit schweizweiten Daten erbrachte im Oktober 2024 den Beweis für die frühere Erkennung von Brustkrebs in Kantonen mit Brustkrebsfrüherkennungsprogrammen im Vergleich zu Kantonen ohne entsprechende Programme. Sie zeigt, dass in Regionen ohne Screening-Programme signifikant grössere Tumore mit mehr Fällen von Lymphknotenmetastasen festgestellt werden als in den übrigen Regionen mit kantonalen Screening-Programmen. Darmkrebs kann über Früherkennungsprogramme so zeitig erkannt werden, dass Krebsvorstufen entfernt werden können, bevor die Person erkrankt. In einem frühen Stadium sind die Erfolgchancen deutlich besser als bei späten Stadien. Die frühe Erkennung von Darm- und Brustkrebs steigert die Chance auf ein längeres Leben bei guter Lebensqualität. Eine Chance, die der Bevölkerung in Kantonen ohne Programm verwehrt bleibt.

Solange die kantonalen Unterschiede politisch motiviert sind, führt der Weg zur Einführung von Krebsfrüherkennungsprogrammen über die Politik. Vorstösse in kantonalen Parlamenten haben bereits mehrmals zur Einführung von Krebsfrüherkennungsprogrammen beigetragen, in Einzelfällen auch gegen den Willen der Kantonsregierungen. ●

## GESUNDHEITSAUSGABEN

# Was macht den Unterschied?

Gerade kulturelle Gewohnheiten und unterschiedliche Einkommensniveaus prägen die Gesundheitsausgaben.

Autor: **Stefan Felder**



**Prof. Dr. Stefan Felder**

ist Professor für Health Economics an der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Basel und Direktor des Basel Center for health economics.

Zwischen den Kantonen gibt es in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) starke Unterschiede in der Leistungsanspruchnahme der Bevölkerung. Mit rund 450 Franken pro Kopf am höchsten sind die monatlichen Bruttoleistungen in den Kantonen Basel-Stadt, Genf und Tessin. In Appenzell-Innerrhoden, Uri und Obwalden dagegen sind sie mit unter 300 Franken landesweit am geringsten. Zudem ist ein deutliches West-Ost-Gefälle erkennbar.

Diese Unterschiede sind insbesondere auf unterschiedliche Ansprüche der lokalen Bevölkerung zurückzuführen. In der Westschweiz und im Tessin suchen die Menschen öfter ihren Arzt auf, der seinerseits seine Patienten häufiger zum Spezialisten und ins Spital überweist als in der deutschen Schweiz. Nebst solchen kulturell und historisch geprägten Gewohnheiten spielt auch der Anstieg des verfügbaren Haushaltseinkommens in den letzten Jahren eine wichtige Rolle für die Leistungsanspruchnahme. Höhere Einkommen der Versicherten führen zu einer stärkeren Nachfrage nach medizinischen Leistungen und verteuern damit die Kosten der medizinischen Versorgung.

### Hohe Kosten durch Überangebot

Einkommensunterschiede wirken sich auch innerhalb eines Kantons auf die medizinische Leistungsanspruchnahme aus. Das zeigt sich in den Kantonen, die mehr als eine Prämienregion aufweisen (vgl. Grafik). In den städtischen Gebieten (Region 1), wo die Einkommen im Durchschnitt höher als auf dem Land sind, beträgt der Prämienunterschied im Mittel 7,2 Prozent, sowie 5 Prozent zwischen Region 2 und Region 3 (ländlich).

Die Kantone haben gemäss Verfassung den Auftrag, die stationäre Versorgung sicherzustellen. Trotz Rückgang der Verweildauer in den letzten zehn Jahren um 15 Prozent ist die Zahl der betriebenen Spitalbetten in der Schweiz bei 38000 konstant geblieben. Das Überangebot trägt wesentlich zu den hohen Kosten der medizinischen Versorgung bei. Über die Spitalliste können die Kantone das stationäre Angebot steuern. Durch die Schliessung von Standorten, aber auch von selbstständigen Regionalspitälern, sollte das Angebot

## «Höhere Einkommen führen zu einer stärkeren Nachfrage nach medizinischen Leistungen.»

Stefan Felder

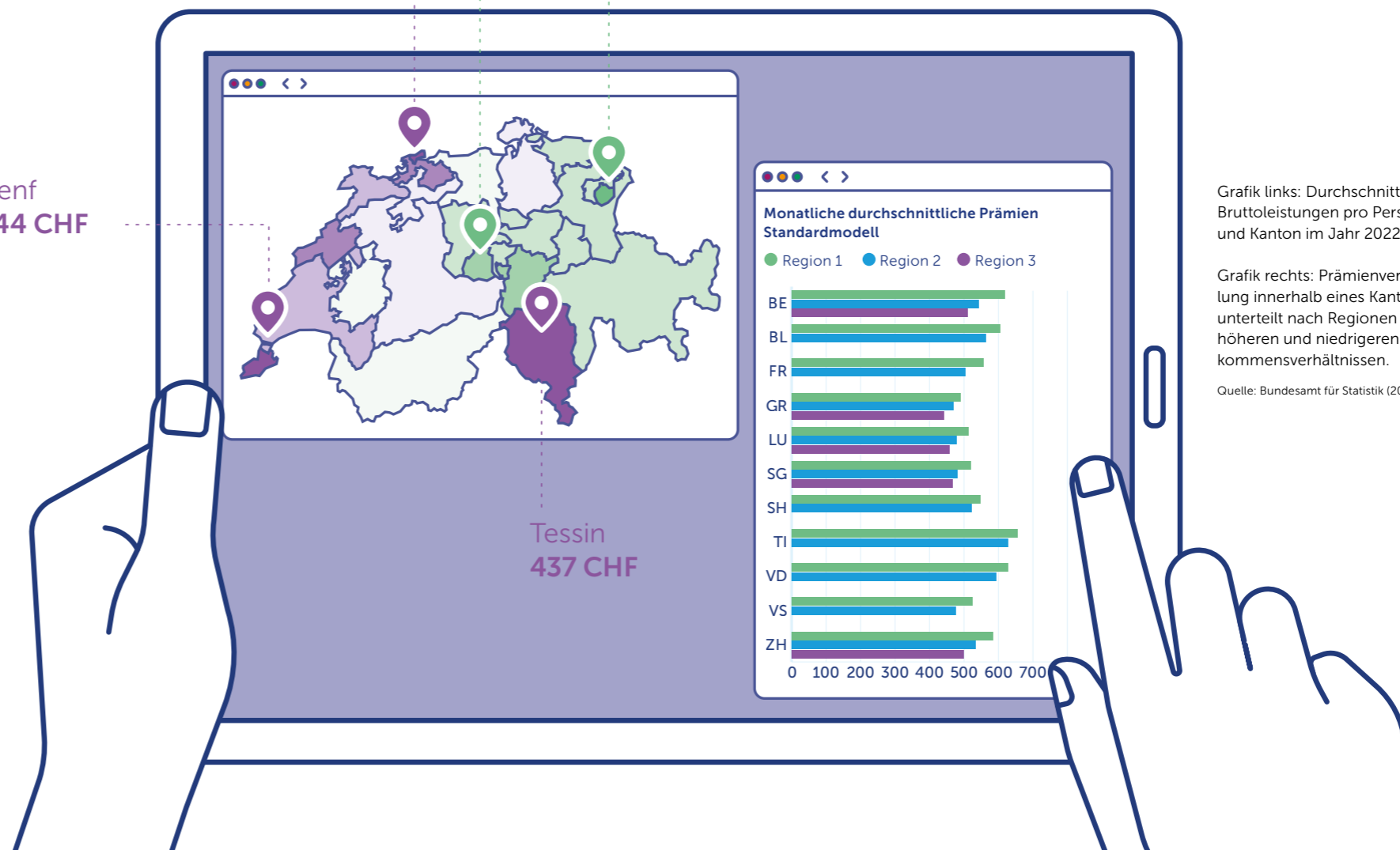
Genf  
444 CHF

Basel-Stadt  
448 CHF

Obwalden  
296 CHF

Appenzell Innerrhoden  
256 CHF

Tessin  
437 CHF



Grafik links: Durchschnittliche Bruttoleistungen pro Person und Kanton im Jahr 2022.

Grafik rechts: Prämienverteilung innerhalb eines Kantons, unterteilt nach Regionen mit höheren und niedrigeren Einkommensverhältnissen.

Quelle: Bundesamt für Statistik (2024)

zentralisiert werden. Das würde Kosten sparen und die Qualität der Versorgung steigern. Mit der hohen Bettendichte tragen die Kantone selbst zum starken Wachstum der Gesundheitsausgaben bei.

Gegen den Spitalabbau wehrt sich die Bevölkerung in den betroffenen Gebieten. Ausschlaggebend ist nicht zwingend die medizinische Versorgung, sondern der drohende Beschäftigungswegfall und Steuerausfälle bei einer Spitalschliessung. Daher fällt es der kantonalen Gesundheitspolitik schwer, das stationäre Angebot zu verschlanken. Die einheitliche Finanzierung von Gesundheitsleistungen wird die Ambulantisierung der medizinischen Versorgung vorantreiben. Parallel dazu sollten jetzt die Kapazitäten abgebaut und nicht etwa, wie es beispielsweise auf der Luzerner Landschaft in Wolhusen geschieht und in Sursee geplant ist, erneuert werden.

### Effizienz, die sich auszahlt

Wichtig ist in jedem Fall, dass die Bevölkerung in den Kantonen für das Kostenniveau ihrer medizinischen Versorgung finanziell aufkommt. Diese fiskalische

Äquivalenz wird über regional differenzierte Prämien und kantonale Steuermittel weitgehend erreicht. Das würde sich schlagartig ändern, wenn die Bundessteuer stärker zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben herangezogen würde. Eine landesweit einheitliche Gesundheitssteuer von 12 Prozent hätte je nach Höhe der Gesundheitsausgaben und Steuerkraft der Kantone erhebliche regionale Verteilungswirkungen: Die bezahlten Gesundheitssteuern würden im Kanton Zug gegenüber den heutigen Prämien monatlich um 320 Franken pro Einwohner steigen, während sie im Kanton Jura um etwa 115 Franken sinken würden. Dies entspricht der Gröszenordnung der Ausgleichszahlungen im aktuellen nationalen Finanzausgleich. Kantone, die ihre Gesundheitsversorgung besonders effizient organisieren, profitieren heute durch günstigere Prämien und niedrigere Kostenbeteiligung bei den Spitälern. Dieser Anreiz würde durch eine landesweit einheitliche Gesundheitssteuer erheblich reduziert. Sie hätte massive interkantonale Umverteilungen zur Folge und würde den gelebten Föderalismus in der OKP infrage stellen. ●



Patrick Hässig, Patrick Rohr und Urs Martin diskutieren Ansätze für eine bessere Spitalplanung.

## DISKURS

# «Je weniger die Politik mitredet, desto besser»

Soll der Bund bei der Spitalplanung mitreden können, wie das ein Vorstoss des Zürcher GLP-Nationalrats Patrick Hässig fordert? Der Thurgauer Gesundheitsdirektor Urs Martin kann dieser Idee wenig abgewinnen.

Interview: Patrick Rohr; Fotos: Daniel Brühlmann

**Patrick Hässig, Sie haben eine Motion eingereicht, die verlangt, dass der Bund die Spitalplanung übernimmt. Ist das nicht ein massiver Eingriff in die Hoheit der Kantone?**

**Patrick Hässig:** Ich möchte das gerne korrigieren: Mein Vorstoss verlangt nicht, dass der Bund die Spitalplanung übernimmt, sonst hätte ich ihn anders formuliert.

**Darf ich zitieren? In Ihrem Motionstext steht: «Der Bundesrat wird beauftragt, die gesetzlichen und verfassungsrechtlichen Grundlagen zu ändern, damit die Spitalplanung neu vom Bund in enger Zusammenarbeit und (unter) grösstmöglicher Einflussnahme der Kantone durchgeführt wird.»**

**Patrick Hässig:** Meine Idee ist nicht, dass der Bund entscheiden soll, welche Spitäler wo stehen. Mir schwebt vor, dass, wenn die Kantone sich nicht finden – und das war in den letzten Jahren erwiesenermassen öfter der Fall –, eine andere Instanz, im besten Fall der Bund, die Kompetenz erhält, mitzuentcheiden. Heute hat der Bund gar keine Kompetenz.

**Weil sie bei den Kantonen liegt.**

**Patrick Hässig:** Genau. Und das möchte ich aufweichen.

**Was aber ein massiver Eingriff in die Kompetenz der Kantone wäre.**

**Patrick Hässig:** Wenn sie sich nicht finden, ja.

**Wofür müssten sie sich denn finden?**

**Patrick Hässig:** Die Spitalkosten machen einen Drittel unserer Gesundheitskosten von 90 Milliarden Franken aus. Wenn wir die Kosten dämpfen wollen – von einer Senkung wagt man ja schon gar nicht mehr zu reden –, muss man nicht bei den Globuli ansetzen, sondern dort, wo es wirklich zu sparen gibt. Wir haben zu viele Spitäler und die wollen alle auch die ganze Palette an Leistungen anbieten. Darunter leidet die Qualität der einzelnen Häuser, weil die Abteilungen ihre Mindestfallzahlen nicht erreichen und deshalb bei gewissen Eingriffen zu wenig routiniert sind. Eine Konzentration wäre sinnvoll – aus Kosten- und aus Qualitätsgründen.

**Herr Martin, die Ostschweiz hat bewiesen, dass die Kantone es nicht schaffen, sich selber zu** >



## «Ich bin überzeugt, dass der Bund nicht in der Lage wäre, die Spitalplanung sinnvoll zu gestalten.»

Urs Martin

Urs Martin

arbeitete unter anderem als Sekretär der Bundeshausfraktion im Generalsekretariat der SVP Schweiz in Bern, bevor er 2010 Leiter Public Affairs bei der Privatlinikgruppe Hirslanden in Zürich wurde. 2020 wurde er in die Thurgauer Regierung gewählt, wo er das Departement Finanzen und Soziales leitet, zu dem auch die Gesundheit gehört.

**organisieren: 2020 haben sechs Kantone euphorisch beschlossen, eine gemeinsame Spitalplanung an die Hand zu nehmen, heute sind noch drei dabei, auch der Thurgau ist ausgestiegen. Urs Martin: Wir sind erst nachträglich dazugekommen ...**

**... nachdem Sie zunächst etwas beleidigt waren, dass St. Gallen Sie nicht von Beginn weg eingeladen hatte. Sie wollten aktiv dabei sein.**

**Urs Martin:** Das ist korrekt, wir wollten dabei sein. Und wir sind wieder ausgestiegen, weil die ganze Übung am Schluss keine Kosteneinsparung gebracht hätte, was aber eine der Bedingungen gewesen wäre, um überhaupt weiter zu diskutieren. Der Vorstoss von Herrn Hässig ist spannend, man kann das Thema sicher diskutieren, aber ich bin überzeugt, dass er spätestens im Ständerat scheitern wird. Selbst wenn man davon ausginge, dass die Motion durchkäme und auch eine Volksabstimmung überstehen würde – was ich nicht glaube –, bin ich überzeugt, dass der Bund nicht in der Lage wäre, diese Planung sinnvoll zu gestalten. Verantwortlich wäre das gleiche BAG, das es über zwei Jahrzehnte hinweg nicht geschafft hat, ein funktionierendes elektronisches Patientendossier einzuführen.

**Das ist ein unzulässiger Vergleich.**

**Urs Martin:** Nein! Denn Spitalplanung ist hochkomplex. Ich glaube schlicht nicht, dass der Bund das kann, auch weil er zu weit vom Bürger entfernt ist.

**Die Kantone schaffen es ja auch nicht, wie Sie mit Ihrem Austritt aus der angedachten Ostschweizer Planung bewiesen haben.**

**Urs Martin:** Im Kanton Thurgau machen alle Spitäler, die öffentlichen und die privaten, Gewinn und zahlen dem Kanton Steuern.

**Ihre Spitäler sind seit 1999 in einer AG, die zu 100 Prozent dem Kanton gehört. 2023 haben sie 1,1 Mio. Franken Verlust gemacht.**

**Urs Martin:** Nein, sie haben Gewinn gemacht.

**Die Thurmed Gruppe, zu der auch Wäschereien und Apotheken gehören, hat Gewinn gemacht.**



**Die Thurgau Spital AG als Teil dieser Gruppe hat Verlust gemacht.**

**Urs Martin:** 2024, das darf ich jetzt schon sagen, hat sie einen EBITDAR von 10 Prozent gemacht. Und sie hat ein Eigenkapital von 900 Mio. Franken. Zeigen Sie mir ein Unternehmen im Spitalbereich in diesem Land, das so erfolgreich ist.

**Aber ist es dann nicht unsolidarisch, wenn Sie als erfolgreicher Kanton aussteigen und sagen: Wir sind besser als die anderen, die sollen selber schauen?**

**Urs Martin:** Ich bin gewählt, um die Interessen der Thurgauer Bevölkerung zu vertreten, und nicht die der St. Galler, Bündner oder Glarner.

**Patrick Hässig:** Das ist doch genau der Kern der Problematik. Sie wollen wiedergewählt werden, da ist es nicht attraktiv, über Spitalplanung zu reden.

**Urs Martin:** Herr Hässig, Sie sind doch in der Grünliberalen Partei, in diesem Parteinamen steckt das Wort liberal. Es ist doch nicht liberal, eine nationale Monsterplanung zu wollen, wenn der Markt das regeln kann. Im Moment passiert ja gerade eine ökonomische Strukturbereinigung.

**Patrick Hässig:** Aber wir haben ja gar keinen Markt.  
**Urs Martin:** Natürlich haben wir einen Markt! Wenn ein Spital keine Patienten mehr hat, fehlen die Erträge und ohne Erträge geht es ein.

**Patrick Hässig:** Ausser, man geht zum Kanton und holt Geld, was fast alle tun. Ich gratuliere Ihnen, dass es im Kanton Thurgau anders läuft.

**Urs Martin:** Ja, wir holen das Geld bei den Spitälern, nicht sie bei uns! Unsere Spitäler zahlen dem Kanton Steuern und Dividenden.

**Der Thurgau ist eine löbliche Ausnahme, Herr Martin. Aber noch einmal: Ist es nicht etwas egoistisch, wenn jeder Kanton nur an sich denkt? So werden wir nie eine sinnvolle Spitalplanung haben.**

**Urs Martin:** Ich habe einen Eid abgelegt, dass ich die Interessen des Kantons Thurgau vertrete. Und nur diese.

**Patrick Hässig:** Und währenddessen bezahlt die Bevölkerung in der ganzen Schweiz immer mehr Krankenkassenprämien. Die hohen Prämien sind im Sorgenbarometer das Thema Nummer eins.

**Herr Hässig, akzeptieren Sie das Argument, dass die Kantone die Bedürfnisse der Menschen besser kennen als der Bund?**

**Patrick Hässig:** Natürlich. Deshalb sage ich auch nicht, der Bund müsse die Planung machen. Er müsste die Kompetenz bekommen, bei der Planung mitzureden.

## «Wir haben zu viele Spitäler, die alle auch die ganze Palette an Leistungen anbieten wollen.»

Patrick Hässig

**Wie sähe Ihr Modell denn konkret aus?**

**Patrick Hässig:** Ich finde, wir sollten uns darüber Gedanken machen, ob es wirklich so viele 24-Stunden-Betriebe braucht in diesem Land. Das kostet viel Geld und braucht viel Personal. Wir könnten uns überlegen, einige dieser Betriebe in Gesundheitszentren für die Grundversorgung umzuwandeln und dafür in den Regionen eine schnelle Rettungsorganisation aufzubauen. Wir haben die beste Luftrettung der Welt, kaufen wir doch zehn Helikopter mehr und fliegen Notfallpatienten in spezialisierte und zentralisierte 24-Stunden-Top-Spitäler!

**Urs Martin:** Sie wohnen in der grössten Stadt der Schweiz. Wenn Sie in Sarnen oder im Appenzell wohnen würden und man Ihnen sagen würde, es gebe jetzt nur noch die fünf Universitätsspitäler und ein paar Helikopter und ein paar Permanenzen – ich weiss nicht, ob die Bevölkerung sich noch gut versorgt fühlen würde.

**Patrick Hässig:** Es ist eine Frage, wie man es den Menschen erklärt. Wenn das Narrativ heisst: Leider habt ihr jetzt nichts mehr in eurer Nähe, ihr müsst in einen anderen Kanton, klingt das anders, als wenn man den Leuten sagt: Innerhalb von 20 Minuten Fahrt oder Flug haben wir ein qualitativ viel besseres Spital als das, das ihr bis jetzt mit einer Fahrt von acht Minuten erreicht. Ich bin überzeugt, die Leute würden das verstehen.

**Herr Martin, es lässt sich nicht leugnen, dass ein kleines Regionalspital bei gewissen Behandlungen nicht auf die nötigen Mindestfallzahlen kommt.** >

Patrick Hässig

ist gelernter Versicherungskaufmann und arbeitete als Radio- und Fernsehmoderator, bevor er sich 2017 im Zürcher Stadtspital Waid zum Pflegefachmann HF ausbilden liess. Heute arbeitet er in einem Teilzeitpensum im Kindernotfall im Zürcher Stadtspital Triemli. Seit Herbst 2023 sitzt er für die GLP des Kantons Zürich im Nationalrat.



#### Patrick Rohr

ist Journalist mit einer eigenen Agentur für Kommunikationsberatung und Medienproduktionen in Zürich. Bis 2007 war er Redaktor und Moderator verschiedener Sendungen des Schweizer Fernsehens SRF, u. a. Schweiz aktuell, Arena und Quer.

**Urs Martin:** Es ist klar, Sie brauchen eine kritische Grösse. Aber es braucht auch eine ortsnahe Versorgung in allen Bereichen.

**Eine Studie von Santésuisse aus dem Jahr 2022 zeigt, dass viele Spitäler in diesem Land in mehreren Bereichen die Mindestfallzahlen nicht erreichen und deshalb die Qualität leidet.**

**Urs Martin:** Konsequenz zu Ende gedacht, würde das bedeuten, dass man die 40 Herztransplantationen im Jahr zum Beispiel nur noch in Bern und nicht auch noch in Zürich und Lausanne machen würde.

**Genau. Was würde dagegensprechen?**

**Urs Martin:** Nichts. Ausser die Politik.

**Mir scheint, wir kommen hier nicht weiter.**

**Herr Hässig, als Politiker müssen Sie einen Plan B haben.**

**Patrick Hässig:** Ich finde, dass wir unabhängig von meiner Motion über Versorgungsregionen nachdenken müssen, was ja auch bereits stattfindet. Man muss zusammenarbeiten. Die Frage ist nur: Welcher Kanton übernimmt die Führung? Herr Martin, Sie könnten in die Geschichte eingehen, wenn Sie als Gesundheitsdirektor des Kantons Thurgau sagen würden: Im Thurgau machen wir es gut, lassen wir es doch im ganzen Osten so machen wie bei uns.

**Urs Martin:** Solange die anderen, die schlecht unterwegs sind, sagen, alle sollen es so machen wie sie, können wir nur verlieren.

**Sie finden, der kleine Thurgau hatte im Vergleich zum grossen St. Gallen bei den Verhandlungen in der Ostschweiz die schlechteren Karten?**

**Urs Martin:** Ich habe die Communiqués zu den letzten sechs Jahresabschlüssen der St. Galler Spitäler angeschaut. Jedes Mal stand am Schluss des Communiqués, es sei ein Übergangsjahr, im nächsten Jahr werde das Defizit kleiner, und jedes Jahr wurde es grösser. Das ist die Realität. Ich glaube, irgendwann wird es nicht mehr möglich sein, alle diese Löcher mit Steuergeldern zu stopfen.

**Der Thurgau scheint ein Musterkanton zu sein. Was könnten denn die anderen Kantone von Ihnen lernen?**

**Urs Martin:** Der erste und wichtigste Ratschlag ist: Spitäler sind je besser geführt, desto weniger die Politik mitredet. Dort, wo die Politik mitredet, geht es nicht um die Qualität in den Spitälern, sondern um die Anzahl Solarzellen auf dem Dach oder um die Anzahl Parkplätze vor dem Haus. Dadurch, dass bei uns alles in einer AG ist, auch die Personalpolitik, hat der Regierungsrat rein gar nichts zu sagen. Wenn Sie hingegen in einem staatlichen Korsett sind und zum Beispiel bei der Pflege etwas verändern wollen, müssen Sie in der gleichen Lohnklasse auch bei den Polizisten und den Lehrern Anpassungen machen. Das macht Sie völlig unflexibel. Spitäler müssen in der Lage sein, unternehmerische Entscheide zu treffen, und das können sie nur, wenn sie unternehmerische Freiheiten haben.

**Warum machen es denn nicht längst alle so wie Sie?**

**Urs Martin:** Ich weiss nicht, ob sie es einfach nicht verstehen oder ob Privatisierungen und AG-Gründungen halt einfach nicht mehr so en vogue sind, wie sie es Ende der 1990er-Jahre waren. Ich kann nur sagen, unser Konstrukt ist extrem gut, weil eine AG nicht einfach zum Kanton gehen und Geld verlangen kann, wenn es mal nicht läuft.

**Patrick Hässig:** Ich weiss nicht, wie es wäre, wenn ein Thurgauer Spital dann doch einmal in eine finanzielle Schieflage geraten würde, ob man dann nicht auch beim Kantonsrat anklopfen und um Geld fragen würde, wie das in anderen Kantonen geschieht, oder ob Regierungsrat Martin dann einfach ein Spital in seinem Kanton Konkurs gehen lassen würde?

**Und dann nicht mehr gewählt wird ...**

**Urs Martin:** Unsere Spitäler gehören zu den profitabelsten im Land und haben ein hohes Eigenkapital. Ich bin sehr zuversichtlich, dass sie im Wettbewerb bestehen werden. ●

 [dialog.css/diskurs](https://dialog.css/diskurs)

Weitere Gespräche aus der Rubrik «Diskurs» finden Sie online.

## NEXT-BEST-PRINZIP

# Hilfsfristen und interkantonale Zusammenarbeit im Rettungswesen

In der Schweiz ist der Rettungsdienst kantonal organisiert – doch lebensbedrohliche Notfälle kennen keine Kantons Grenzen. Effiziente Lösungen und flexible Strukturen sorgen dafür, dass Hilfe rechtzeitig eintrifft.

Autor: **Roman Burkart**, Geschäftsführer Interverband für Rettungswesen

Die Organisation des Rettungsdienstes liegt in der Schweiz in kantonalen Verantwortung. Dies ermöglicht flexible Lösungen, abgestimmt auf regionale Bedürfnisse. Gleichzeitig fordert der Föderalismus innovative Ansätze, insbesondere bei lebensbedrohlichen Notfällen, bei denen rasches Handeln entscheidend ist. Ziel ist es, bei solchen Einsätzen in 90 Prozent der Fälle innerhalb von 15 Minuten vor Ort zu sein – eine Vorgabe, die nur durch effiziente interkantonale Zusammenarbeit und moderne Technologien erreicht werden kann.

Ein zentraler Baustein ist das Next-Best-Prinzip, das die Dringlichkeit eines Einsatzes in den Vordergrund stellt: Es wird immer die beste und nächstgelegene verfügbare Rettungsressource alarmiert, unabhängig von kantonalen Grenzen. Die Sanitätsnotrufzentralen 144 spielen hier eine Schlüsselrolle. Mit Echtzeitdaten überwachen sie die Verfügbarkeit von Rettungsmitteln und gewährleisten eine optimale Disposition.



Die Schwachstelle dabei ist, dass die 15 Notrufzentralen nicht flächendeckend auf alle Schweizer Rettungsmittel zugreifen können. Sie haben hauptsächlich Zugriff auf die Fahrzeuge in den Kantonen, für die sie zuständig sind.

Dennoch zeigt sich diese interkantonale Kooperation in der immer dynamischeren Einsatzplanung. Rettungsfahr-

zeuge sind heute oft nicht mehr starr an einen Kanton gebunden, sondern können flexibel kantonsübergreifend eingesetzt werden. Einheitliche Ausbildungsstandards und standardisierte Protokolle sorgen dafür, dass Einsatzkräfte reibungslos zusammenarbeiten, unabhängig davon, aus welchem Kanton sie stammen.

#### Pragmatischer Föderalismus

Herausforderungen bleiben: Unterschiedliche gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen erschweren die Koordination. Doch durch verstärkte Kooperation und innovative Ansätze gelingt es zunehmend, diese Hürden zu überwinden. Der Rettungsdienst wird so zum Vorbild für pragmatisch gelebten Föderalismus – mit einem klaren Ziel: Leben retten, jenseits aller Grenzen. ●



#### Mehr zum Thema

Aktuelle Projekte des Interverband für Rettungswesen.

## Standorte der 15 Sanitätsnotrufzentralen 144

Quelle: 144.ch/kennzahlenrettungswesen



## Nachgefragt: Sind die Kantonsgrenzen für die Planung und Finanzierung der Gesund- heitsversorgung heilig?



**Martin Pfister**

ist seit 2016 Zuger Gesundheitsdirektor. Er gehört dem Vorstand der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) an und präsidiert seit 2020 die GDK-Kommission Vollzug KVG. Martin Pfister ist Mitglied der Mitte. Er studierte Geschichte und war 2021/22 Zuger Landammann.

**D**ie Kantone haben eine langjährige Erfahrung in der Planung und Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung. Die kantonale Verantwortung trägt den unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten und Bedürfnissen Rechnung. So gibt es etwa Unterschiede zwischen der Westschweiz und der Zentralschweiz, die sich im Angebot der Gesundheitsversorgung oder der unterschiedlichen Prämienhöhe zeigen. Die Kostenentwicklung ist übrigens gerade in den Bereichen relativ stabil, in denen die Kantone Verantwortung tragen.

Föderalismus funktioniert jedoch nur, wenn sich die Kantone koordinieren. Dies gilt insbesondere für das Gesundheitswesen. Die Koordination in der Planung und Finanzierung erfolgt heute bereits sehr systematisch und in enger Abstimmung untereinander. Beispielsweise führen die Kantone ihre Spitalplanungen mit den Spitalplanungsempfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) nach gleichen Regeln durch. Bei der hochspezialisierten Medizin lagern sie ihre Planungskompetenzen gar ganz in ein Konkordat aus. Es besteht aber weiterhin Potenzial für eine Verbes-

serung der kantonalen Zusammenarbeit. Deshalb hat die GDK-Plenarversammlung den Vorstand beauftragt, die Spitalplanungsempfehlungen anzupassen. Nationale Vorschriften sind dazu nicht nötig. Es gibt zudem unzählige regionale Beispiele von guter Zusammenarbeit. So haben etwa die Kantone Uri, Schwyz und Zug ihre stationäre und ambulante Psychiatrieplanung einem Konkordat übertragen. Weiter wurde die Zuger Spitalplanung konsequent in einen regionalen Kontext gestellt. Alle Leistungsaufträge, bei denen wir in Zug zu wenige Fälle haben, werden an ausserkantonale Zentrumsspitäler, vor allem in Luzern und Zürich, vergeben. Das ist nicht nur qualitativ besser, sondern auch kostengünstiger.

**«Dank des Föderalismus werden regionale Lösungen gefunden, die der schweizerischen Vielfalt entsprechen.»**

**Martin Pfister**

Das Hauptziel der Forderung einer nationalen oder regionalen Spitalplanung scheint es zu sein, die Zahl der Spitäler in der Schweiz radikal zu reduzieren. Dies wäre nur mit einer nationalen Spitalplanung möglich. Dass eine zentral geplante Gesundheitsversorgung, die sich auf ein paar wenige grosse Zentrumsspitäler beschränkt, unserer politischen Kultur und Vielfalt entsprechen würde, bezweifle ich.

Unser Gesundheitswesen wird sich in den nächsten Jahren aufgrund der medizinischen und demografischen Entwicklung stark verändern. Hier sind alle Beteiligten im Gesundheitswesen gefordert. Das föderalistische und direktdemokratische System stärkt dabei die Akzeptanz von Massnahmen, selbst wenn schwierige Entscheide getroffen werden müssen. Dank des Föderalismus werden geeignete regionale Lösungen gefunden, die der schweizerischen Vielfalt entsprechen. Davon profitieren wir alle. ●

**pro**

**Martin Pfister**, Regierungsrat  
(Die Mitte, ZG)

# contra

**Sarah Wyss**, Nationalrätin (SP, BS)



**Sarah Wyss**

sitzt seit 2020 für die SP im Nationalrat; ist dort Präsidentin der Finanzkommission wie auch Mitglied der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit. Neben ihrer politischen Tätigkeit arbeitet Sarah Wyss seit Jahren im Gesundheitswesen und hat einen interdisziplinären Master in European Studies.

**D**ie Schweiz ist für ihren Föderalismus bekannt. Eine dezentrale Organisation und ein sehr hoher Grad an kantonalen Selbstbestimmung ergeben in den meisten Politikfeldern Sinn. Nicht so aber im Gesundheitswesen. Es braucht in der Planung wie auch in der Finanzierung klar nationale oder zumindest interkantonale Ansätze – zum Wohle der Patientinnen und Patienten sowie unser aller Portemonnaies.

Die Kantonsgrenzen widerspiegeln schon lange nicht mehr den Lebensraum der Menschen. Die Patientinnen- und Patientenmobilität nimmt zu. So lassen sich beispielsweise 40 Prozent der Unterbaselbieterinnen und Unterbaselbieter im Kanton Basel-Stadt behandeln. 15 Prozent der im Kanton Zürich behandelten Personen stammen aus einem anderen, zumeist angrenzen-

**«Ein bedarfsgerechtes Gesundheitswesen kann schlicht nicht mehr rein kantonal gedacht werden.»**

**Sarah Wyss**

den Kanton. Die Kantone ermöglichen dementsprechend die extrakantonale Behandlung durch die Führung von ausserkantonalen Spitälern auf der Spitalliste. Dies macht aus Versorgungssicht Sinn und ermöglicht eine Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten – gerade aus kleineren Kantonen.

Damit kann eine Aufrüstung der Spitäler, die oftmals in einer Überversorgungsstruktur endet, reduziert werden. Denn darunter leiden die Patientinnen

und Patienten, weil sie unnötigen Behandlungen ausgesetzt sind. Zudem werden die Gesundheitskosten in die Höhe getrieben – und dies ohne medizinischen Mehrwert. Mit einer interkantonalen Planung können aber auch frühzeitig Unterversorgungstendenzen beispielsweise in der Grundversorgung erkannt und Massnahmen dagegen ergriffen werden. Ein bedarfsgerechtes Gesundheitswesen kann in der heutigen Zeit schlicht nicht mehr rein kantonal gedacht werden, eine reine kantonale Spitalplanung ist sinnfrei. Dies haben viele Kantone auch eingesehen. So ist es nicht verwunderlich, dass es immer wieder – erfolgreiche und weniger erfolgreiche – Versuche gibt, die Spitalplanung interkantonal abzustimmen. Damit eine interkantonale Spitalplanung funktioniert, braucht es Gesetzesanpassungen. Freiwilligkeit der Kantone reicht nicht. Im Übrigen kennen wir eine interkantonale Planung bereits in der hochspezialisierten Medizin. Sie funktioniert sehr gut und in höchster Qualität.

Auch in der Finanzierung ist noch viel zu viel kantonal geregelt. Die Kantone müssen verpflichtet werden, das Gesundheitswesen angemessen und stärker im Sinne eines Service public zu finanzieren.

Ein erster Schritt wurde mit EFAS gemacht. Künftig sind die Kantone verpflichtet, ambulante und stationäre Leistungen zu gleichen Anteilen mitzufinanzieren. Im Sinne eines effizienten Gesundheitswesens sollten die Kantone jedoch mehr in die Prävention investieren. Sie tun dies heute sehr unterschiedlich stark und oftmals ungenügend. ●

## STUDIE

# Dezentralisierung im Gesundheitswesen: ein Balanceakt

Die Kombination aus lokaler Autonomie und übergeordneter Steuerung führt zu einem leistungsfähigeren Gesundheitswesen.

Autor: **Sean M. Dougherty**, Senior Advisor und Head of Secretariat, OECD Fiscal Network



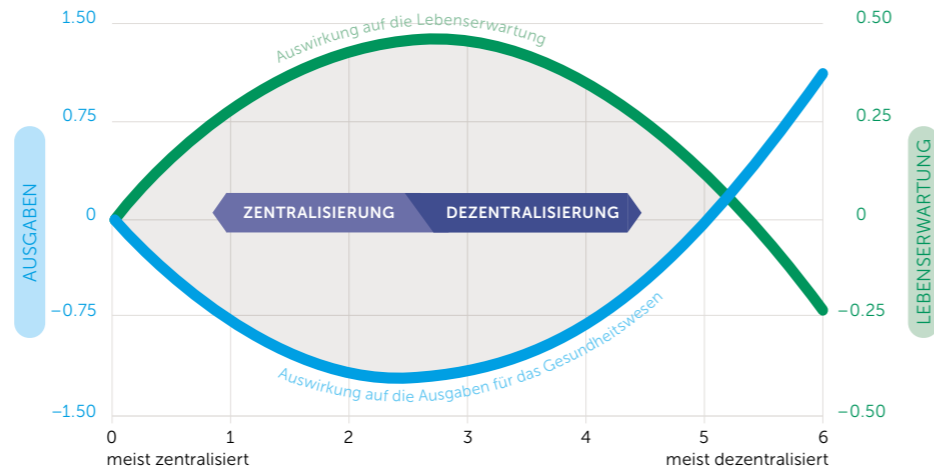
Die richtige Balance zwischen zentralisierter Steuerung und lokaler Autonomie zu finden, ist im Gesundheitswesen entscheidend. Unsere jüngsten Untersuchungen zeigen eine überraschende Beziehung zwischen der Dezentralisierung des Gesundheitssystems und seiner Leistungsfähigkeit. Dies lässt den Schluss zu, dass ein moderates Vorgehen die optimale Lösung ist.<sup>1</sup>

Eine Untersuchung der Auswirkungen einer administrativen Dezentralisierung auf die öffentlichen Gesundheitsausgaben und die Lebenserwartung in mehreren OECD-Ländern zeigt:

- Eine moderate Dezentralisierung führt im Vergleich zu zentralisierten Systemen zu tieferen öffentlichen Ausgaben und einer höheren Lebenserwartung.
- Wird übermässig dezentralisiert, kehrt sich dieser Nutzen um: Die Ausgaben steigen an, die Lebenserwartung sinkt.

Durch diese nichtlineare Beziehung entsteht eine «Goldlöckchen-Zone», in welcher Gesundheitssysteme die beste Leistung erbringen.

Für das hochgradig dezentralisierte System der Schweiz sind diese Ergebnisse besonders bedeutsam. Das Land ist zwar für seine hohe Qualität bekannt, wird aber bezüglich Kostendämpfung



Ein ausgewogenes Mass an lokaler Autonomie und zentralisierter Steuerung senkt Gesundheitskosten und erhöht die Lebenserwartung. Extreme Ansätze kehren diesen Effekt um.

und kantonsübergreifender Koordination herausgefordert. Das Schweizer Gesundheitssystem könnte von Reformen profitieren, die auf ein optimales Gleichgewicht zwischen kantonaler Autonomie und nationaler Koordination abzielen, beispielsweise durch:

- Stärkung der interkantonalen Zusammenarbeit
- Harmonisierung bestimmter politischer Massnahmen auf nationaler Ebene
- Zentralisierung der strategischen Planung, wobei lokal weiterhin Leistungen flexibel bereitgestellt werden

### Die Schlussfolgerungen der Studie reichen über die Schweiz hinaus:

- Standardisierte Dezentralisierungsansätze sind im Grossen und Ganzen ineffektiv.
- Hochzentralisierte Systeme können von einer umsichtigen Dezentralisierung profitieren.
- Stark dezentralisierte Länder sollten bei einer weitergehenden Dezentralisierung Vorsicht walten lassen.

Wenn man in der Schweiz Gesundheitsreformen prüft, sollten die politischen Entscheidungsträger das genau richtige Mass an Dezentralisierung anstreben, um Effizienz und Ergebnisse zu optimieren, ohne die Stärken der lokalen Verwaltung zu schmälern. Dieser ausgewogene Ansatz könnte die Kosten reduzieren und dabei die hohen Schweizer Behandlungsstandards erhalten oder sogar noch verbessern. Die verschiedenen Herangehensweisen in Australien, Belgien, Deutschland und Japan zeigen im Hinblick auf eine ausgewogene Dezentralisierung spezifische Möglichkeiten auf, wie nationale Standards und lokale Flexibilität aufeinander abgestimmt werden. ●

<sup>1</sup> Dougherty, S., L. Lorenzoni, A. Marino and F. Murtin (2022), «The impact of decentralisation on the performance of health care systems: a non-linear relationship», The European Journal of Health Economics 23: 705–715.



Zur Studie

Hier finden Sie die ganze Studie online.

## MINDESTFALLZAHLEN

# Wenn Übung zur Ausnahme wird

Es ist höchste Zeit. Den Diskussionen über die zu hohe Zahl an Spitätern sollten jetzt Taten folgen. Das überdimensionierte Kliniknetz kostet nicht nur zu viel, sondern gefährdet auch das Wohl der Patientinnen und Patienten.

Denn vor allem in kleineren Regionalkliniken führen Ärztinnen und Ärzte Operationen durch, für die ihnen die Routine fehlt. Eine Studie zu den Fallzahlen in Spitälern und Kliniken für ausgewählte Eingriffe<sup>1</sup> belegt dies. Für alle der 21 untersuchten Operationsgruppen empfiehlt die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren eine Mindestfallzahl. Diese beläuft sich meist auf zehn Eingriffe pro Jahr. Dennoch verfehlen Spitäler in 20 der 21 Gruppen die Mindestfallzahlen. In einzelnen Spitälern führen Chirurgen und Chirurginnen eine bestimmte Operation gar lediglich einmal pro Jahr durch.

Dabei ist unbestritten: Der Erfolg eines Eingriffs hängt auch davon ab, wie oft ihn Operationsteams durchführen. Je mehr, desto besser für die Patientinnen und Patienten, weil in der Regel weniger Komplikationen auftreten. Hierzulande ist es umgekehrt: Die eigentlich zu tiefen Vorgaben bieten einen Anreiz, auch mal einen Eingriff durchzuführen, der nicht unbedingt nötig ist. Damit kann die Mindestfallzahl erreicht werden.

«Der Erfolg eines Eingriffs hängt auch von der Routine des Operationsteams ab.»

<sup>1</sup> Fallzahlen in Spitälern und Kliniken für ausgewählte Eingriffe im Jahr 2022, Santésuisse vom 07. September 2024.

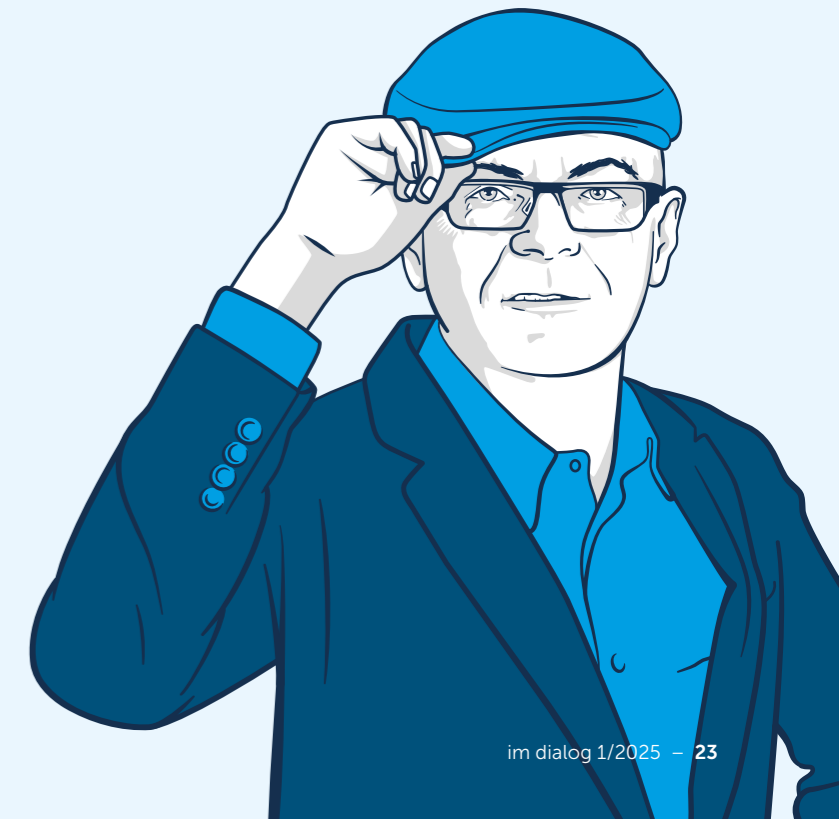
Eigentlich sollten sich Spitäler zumindest im schweizerischen Mittelland auf gewisse Fachgebiete spezialisieren, statt möglichst viele verschiedene Operationen im eigenen Haus durchzuführen. Dafür müssten überregionale Kooperationen eingegangen werden. Doch das scheitert meist am Kantonlgeist.

Diesen übertriebenen Föderalismus unterstützt obendrein das Stimmvolk. Es muckt in der Regel lautstark auf, wenn Spitäler ganz oder teilweise geschlossen werden sollen. Daher braucht es nicht nur ein Umdenken bei der Politik, sondern auch bei den Patientinnen und Patienten. Es ist nicht immer sinnvoll, sich einfach in der nächstgelegenen Klinik behandeln zu lassen.

Wer sich nämlich dort operieren lässt, wo die Zahl der Eingriffe hoch ist, hat eine grössere Chance, rascher gesund zu werden. Das ist auch gesund für das Portemonnaie der Prämienzahler, weil weniger Kosten für unerwünschte Nachbehandlungen anfallen. ●

### Roman Seiler

ist pensionierter Wirtschaftsjournalist. Seit 1995 publiziert er regelmässig Artikel und Kommentare zum Thema Gesundheitswesen. Er schrieb unter anderem für Zeitungen wie «Cash», die Blick-Gruppe und CH-Media.



# Geschickter Zug

Schweizer Rettungsdienste müssen bei lebensbedrohlichen Notfällen kantonsübergreifend handeln. Mit pragmatischer Taktik gelingt das in 15 Minuten.

[Mehr zum Thema auf Seite 19.](#)

