

Zeitschrift: Das Schweizerische Rote Kreuz
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 93 (1984)
Heft: 7

Artikel: Föderalistischer Gesundheitssalat
Autor: Kocher, Gerhard
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-975515>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 17.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

**BERICHT**

Von Dr. Gerhard Kocher

Das Gesundheitswesen sei vorwiegend «Sache der Kantone», für das Gesundheitswesen seien vor allem die Kantone «zuständig» – so tönt es landau, landab. Stimmt dies überhaupt? Nur sehr bedingt! Zum einen verfügt der Bund über eine ganze Reihe von Kompetenzen.

Um nur ein Beispiel herauszutragen: die bundesrechtliche Regelung der Krankenversicherung hat grösste Auswirkungen auf praktisch das gesamte Gesundheitswesen und auf die Kantone.

BUNDESKOMPETENZEN IM GESUNDHEITSWESEN

- (Auswahl)
- Krankenversicherung
- Invalidenversicherung
- Militärversicherung
- Umweltschutz
- Epidemien
- Lebensmittelkontrolle
- Betäubungsmittel
- Gifschutz
- Strahlenschutz
- Arbeitssicherheit
- Statistiken
- Forschungsförderung
- Medizinalprüfungen
- Internationale Kontakte
- Entwicklungszusammenarbeit

Mindestens so wichtig ist eine zweite Erkenntnis: Das Gesundheitswesen ist nur formaljuristisch «Sache der Kantone». In Wirklichkeit sind die Kantone sogar auf ihrem Hoheitsgebiet weniger mächtig, als oft angenommen wird. Nichts oder wenig zu sagen haben sie in der ganzen privatärztlichen Versorgung, in den Sozialversicherungen, bei den Privatspitälern, im Medikamentensektor, bei der Medizinausbildung und in anderen wichtigen Bereichen.

Das schweizerische Gesundheitswesen ist (noch?) sehr stark privatwirtschaftlich dirigiert – im internationalen Vergleich sind wir einer der Extremfälle! Die Kantone haben also viel weniger Kompetenzen, als der gedankenlos wiederholter Slogan «Das Gesundheitswesen ist Sache der Kantone» suggeriert.

Der Verfasser dieses Beitrages, Dr. rer. pol. Gerhard Kocher, Gesundheitsökonom, ist selbständiger wissenschaftlicher Berater, im Nebenamt unter anderem Sekretär der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP).

Föderalistischer Gesundheitssalat

Unser Land leistet sich den Luxus, 26 kantonale Sanitätsdepartemente (und dazu städtische Gesundheitsdirektionen) nebeneinander zu haben. Angesichts der schwerwiegenden und verzwickten Probleme im Gesundheitssystem stellt sich die Frage, ob diese föderalistische Struktur überhaupt in der Lage ist, die heutigen und künftige Probleme zu lösen – oder ob sie vielleicht gerade eine Ursache dieser Schwierigkeiten ist?

Unterschiede zwischen den Kantonen

Bei abstrakten Diskussionen über den Föderalismus wird oft übersehen, dass ein «Kanton» nicht eine festumrissene Grösse ist, sondern dass horrende Grösseunterschiede zwischen den Kantonen bestehen. Kanton 2 zeigt einige dieser Diskrepanzen; der nach dem betreffenden Kriterium «grösster» Kanton ist jeweils 87 bis 192 mal grösser als der kleinsten!

Nicht nur, dass sich der Zergestalt Schweiz auf seinen 4100 Quadratkilometern 26 kantonale Gesundheitsdirektionen leistet – sie sind auch noch über Kantonsgebiete zuständig, die fast im Verhältnis 1 : 200 differieren! Es

UNTerschiede zwISchen KANTONEN

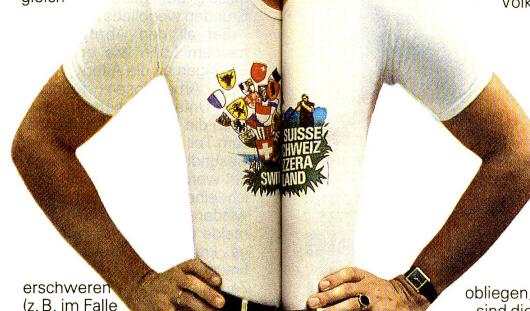
Verhältnis kleinster/grösster	
Kanton	
Bevölkerung	1 : 87
Fläche	1 : 192
Volkseinkommen	1 : 149
Kantonseinnahmen	1 : 106

gibt denn auch kantonale Gesundheitsdirektoren im Nebenamt, andere führen gleichzeitig noch die Erziehungs-, Volkswirtschafts-, Forst-, Gewerbe- oder Polizeidirektion (auch der Kantonsarzt ist in vielen Kantonen nur ein Nebenamt). Die grössten Kantone können sich ein gutausgebautes Sanitätsdepartement leisten, die kleinen sind personell und fachlich eindeutig überfordert. Dabei gibt jeder der mittleren und grösseren Kantone jährlich mehrere hundert Millionen Franken für das Gesundheitswesen aus.

Das Amt eines kantonalen Gesundheitsdirektors ist zu dem höchst anspruchsvoll und

tätsdirektoren-Konferenz, hat 1980 die Nachteile des gesundheitspolitischen Föderalismus wie folgt umrissen:

«Teilweise recht unterschiedliche kantonale gesetzliche Grundlagen erschweren Koordinationsbestrebungen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die Rechtsgrundlagen für interregionale Zusammenarbeit fehlen; aber auch dann, wenn finanzielle Kompetenzvorbehalte einen zeitgerechten interkantonalen Lastenausgleich



erschweren (z.B. im Falle von Kantonsbeiträgen an die zwei schweizerischen Paraplegikerzentren).

Indem unabhängig voneinander in verschiedenen Kantonen die Grundlagen in einer Sache erarbeitet werden, kann wertvolle Arbeitskapazität verlorengehen. So haben die Kantone bei der Erarbeitung ihrer Grundlagen für kantonale Spitalplanungen jedenfalls nicht im möglichen Ausmass von bereits Vorhandenem profitiert. In der Psychiatrieplanung und -evaluation, die gegenwärtig verschiedene kantonale Gesundheitsdirektionen beschäftigt, riskieren wir, den gleichen Fehler zu wiederholen.

Teilweise erhebliche Unterschiede in den Arbeitsbedingungen (Arbeitszeit, Sozialsystem, Entlohnung) des medizi-

¹ In: «Patient: Gesundheitswesen?» Nationales Jahrbuch 1980 der Neuen Helvetischen Gesellschaft (NHG), NHG, Bern, 1980, 251 S.

nischen Personals und Hilfspersonals sind vielerorts mit ein Grund für eine hohe Personalfluktuation. Diese beeinträchtigt die Pflege und Betreuungsqualität.

Durch eigene kantonale Lösungen (Spitalregionen) werden vielerorts ökonomisch optimale Betriebsgrössen unterschritten. Diese Feststellung gilt auch für Verwaltungsbetriebe. Bei der Kleinheit eines Betriebes (auch Verwaltung), der seine Aufgabe selbst lösen muss, ist es unter Umständen nicht möglich, die erforderlichen Spezialisten einzustellen.

Ein weiteres Argument liegt eher auf der Ebene vertikaler denn horizontaler Aufgabenteilung: in einem Staat, in dem sehr viele Entscheide dem Volk

schweizerische oder regionale Koordination ist mangelhaft; Planungsgrundlagen sind uneinheitlich; die Sanitätsdirektorenkonferenz besitzt keine Entscheidungsbefugnisse, und anderes mehr.»

Es soll hier nicht ein Sündenregister des Föderalismus oder der SDK vorgelegt werden – die Kantone haben das unverdiente Glück, dass bisher keine gründliche Evaluation des gesundheitspolitischen Föderalismus ausgearbeitet wurde.

«Kantonalgeist», «Kirchturmpolitik», «Nabelschau» und «Froschperspektive» sind aber Schlagworte, die sich im Gesundheitswesen immer wieder belegen lassen.

Dass immer wieder nach einem «kooperativen» Föderalismus gerufen wird, ist verräterratisch – es weist darauf hin, wie unkooperativ der Föderalismus heute noch ist.

Die SDK – ein schwach-brüstiger Papptiger?

1976 trafen sich die Spitzen unseres Gesundheitswesens auf dem Bürgenstock und erklärten in einer gemeinsamen Schlussempfehlung: «Die Führungsrolle in der gesamtschweizerischen Gesundheitspolitik steht der Sanitätsdirektorenkonferenz zu. Sie muss diese Führungsaufgabe energisch übernehmen. An der Formulierung war ich mitbeteiligt. Heute ist es klar, dass die rechtlichen, politischen und personellen Möglichkeiten der SDK weit überschätzt wurden. Es gibt kein Führungsorgan im Gesundheitswesen! Jeder redet überall hinein, wird überall konsultiert, kritisiert die anderen, gibt den Schwarzen Peter weiter, und niemand ist zuständig und verantwortlich. Und dies in einem Sektor, der nicht nur menschlich/sozial von grosser Bedeutung ist, sondern uns auch noch etwa 15 Milliarden Franken pro Jahr (mehr als 1,7 Mio. pro Stunde) kostet! Eine Analyse des schweizerischen Gesundheitswesens durch eine renommierte Managementberatungs-Firma wie McKinsey oder Hayek ergäbe ein verheerendes Bild. Die SDK ist rechtlich, politisch und psychologisch ein schwaches Organ, personell zudem unterdotiert. Die kantonalen Gesundheitsdirektoren sind in ihren Kantonen so vollbeschäftigt, dass sich ihr Interesse für andere

obliegen, sind die Möglichkeiten grosszügiger, langfristiger Planungen, die kurzfristig vielleicht negative Konsequenzen zeitigen (Kosten), stark eingeschränkt. Auch durch die Vielzahl parlamentarischer Aufträge konzentriert sich die Arbeit des Gesundheitspolitikers weitgehend auf reaktives Verhalten. Dies bewirkt, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt in den einzelnen Kantonen sehr unterschiedliche Aufgaben im Vordergrund stehen. Die negativen Auswirkungen auf die Koordinationsvoraussetzungen sind offensichtlich.»

Sein Chef, der Luzerner Sanitätsdirektor Karl Kennel (Präsident der SDK), zählt ebenfalls Nachteile auf: «Allzu lange haben die Kantone ihre Spitäler aus- und neugebaut, ohne Blick über die Kantongrenzen.» Und: «Das föderalistisch-freie System des Gesundheitswesens in der Schweiz weist eine ganze Anzahl Mängel auf: die gesamt-

Kantone und für die Gesamtschweiz in engen Grenzen hält oder sich als sture «Brenfeindlichkeit» manifestiert. Als interkantonalen Organ steht die SDK zudem nicht unter der ständigen direkten Kontrolle eines Parlaments, was nicht nur rechtsstaatlich zu bedauern ist, sondern auch ihre Effektivität vermindert.

Föderalismus = gut, Zentralismus = schlecht

Die stärksten Waffen des Föderalismus sind Tradition, Gewöhnung und Rhetorik. «Ein gutes Schlagwort kann die nüchternen Analyse auf 50 Jahre hinaus vernebeln», schrieb ein Amerikaner in anderem Zusammenhang. Die rhetorischen Pfauenräder des Föderalismus in Richtung Öffentlichkeit und Medien sind beeindruckend und zeigen Wirkung. So primitiv die Gleichungen in der Kapitelüberschrift auch sind – noch werden sie weiterum geglaubt. Immerhin: die Einsicht steigt, dass sich auch uralte Strukturen alle paar Jahrzehnte einmal den geänderten Verhältnissen anpassen müssen. Der Föderalismus war bisher so sakrosankt wie höchstens noch General Guisan, das Rote Kreuz, unsere Landwirtschaft, der Strassenbau, die Handels- und Gewerbefreiheit und die Frühlingsputze. Mit der Problemschwemme (vor allem der Kostenentwicklung) dämmt es auch den Direktbeteiligten und -profitierenden, dass Reformen notwendig sind.

Reformen statt Resignation

Vor sieben Jahren erklärte SDK-Präsident Kennel: «Auch für den kooperativen Föderalismus schlägt die Stunde der Wahrheit. Er wird beweisen müssen, dass er nicht nur eine staatspolitisch bloss verbale Leerfloskel ist, sondern vielmehr eine reale Gestaltungskraft, die in der Lage ist, auch schwierige Probleme zu meistern. Dabei müssen die Kantone bereit sein, die sich daraus ergebenden Konsequenzen und Lasten zu übernehmen. (Kantonalgeist) und blosse Kirchturmdenken genügen nicht.» Schon vor zehn Jahren erklärten führende kantonalen Gesundheitspolitiker, der Föderalismus müsse jetzt beweisen, dass er die Probleme im Gesundheitswesen (vor allem

das Kostenproblem) lösen könne, sonst habe er keine Existenzberechtigung mehr. Heute wird allgemein zugegeben, dass die Kostenendeindemungspolitik versagt hat.

Seit Jahren rufen die Ideologen des Föderalismus begeistert nach der «Regeneration» und der «Renaissance» des Föderalismus, nach «aktivem» und «kooperativem» Föderalismus. Die Erfolge (z.B. das Schweizerische Krankenhausinstitut in Aarau) sind selten. Seine Bewährungsprobe hat der Föderalismus nicht bestanden.

Wenn man ihm gleichwohl noch eine weitere Chance geben will, dann muss man verlangen, dass

- die gesundheitspolitischen Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse kritisch überprüft werden,
- die kantonalen Sanitätsdirektionen und die SDK personal gestärkt werden (trotz Personalstopp),
- ein gesamtschweizerisches Konzept des Gesundheitswesens ausgearbeitet wird und dass
- gesamtschweizerische Gremien geschaffen werden (wie Schweizerischer Gesundheitsrat, konzertierte Aktion, Präventionskonferenz).

Gewisse Relikte aus dem Frühföderalismus sind allerdings abzuschaffen: etwa die kantonal unterschiedlichen Tarife aller Art (mindestens formelle Harmonisierung, mit kantonalen Taxpunkten) und die überholte rechtliche Struktur der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel (IKS). Bei der Aufgabenteilung Bund/Kantone und in der Krankenversicherung ist dafür zu sorgen, dass nicht zuviel kantonaliert wird. Richtig verstandener Föderalismus kann sich sinnreicher verwirklichen als in unterschiedlichen Tarifen, Verordnungen und Reglementen...

Die meisten Probleme im Gesundheitswesen lassen sich nur interkantonal oder gesamtschweizerisch lösen. Der Problemdruck steigt rapide an. Wird unser Föderalismus weiterhin als Festreden-Alibi verhunzt, hat er keine Überlebenschance, aber auch keine Daseinsberechtigung mehr!