

Gesundheitspolitik

Philipp Trein, Adrian Vatter, Christian Rüefli¹

| | |
|--|----|
| Gesundheitspolitik..... | 1 |
| 1 Einleitung | 1 |
| 2 Historische Entwicklung der schweizerischen Gesundheitspolitik..... | 4 |
| 3 Die Akteurstrukturen in der schweizerischen Gesundheitspolitik | 12 |
| 4 Interessen- und Konfliktkonstellationen | 17 |
| 5 Entscheidungs- und Vollzugsstrukturen | 26 |
| 6 Ausblick und Herausforderungen | 28 |

1 Einleitung

Die Gesundheitspolitik befasst sich hauptsächlich mit der Prävention von Krankheit und der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Sie betrifft die Organisation von Massnahmen mit dem Ziel, die Gesundheit von Individuen und sozialen Gruppen zu beeinflussen (Rosenbrock und Gerlinger 2014). Die Teilbereiche dieses Politikfeldes umfassen einerseits Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Prävention, wie beispielsweise Rauchpräventionskampagnen, und Förderung sportlicher Aktivitäten in Schulen. Andererseits umfasst Gesundheitspolitik die Gesundheitsversorgung von Patienten, die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen sowie Forschungsanstrengungen im Bereich der Gesundheit.

¹ Dieses Kapitel basiert auf der Version von Adrian Vatter und Christian Rüefli (2014).

Die Gesundheitspolitik überschneidet sich mit der Sozialpolitik. Insbesondere die Krankenversicherung ist ein Teilbereich des «Sozialversicherungswesen» (vgl. Kapitel Sozialpolitik). In der schweizerischen Gesundheitspolitik ist das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) ein zentrales Steuerungselement.ⁱ 2018 wurden 36,1 Prozent der Gesundheitskosten aus der obligatorischen Krankenversicherung finanziert.ⁱⁱ Die Gesundheitspolitik unterscheidet sich jedoch von anderen Feldern der Sozialpolitik dadurch, dass sie vor allem die Erbringung von Dienstleistungen reguliert. Während Renten- und Arbeitslosigkeitspolitik zu einem grossen Teil aus Transferleistungen bestehen, reguliert und finanziert die Gesundheitspolitik sowohl Leistungen wie Diagnostik und Therapien als auch Waren (Medikamente und Hilfsmittel). Transferleistungen, beispielsweise Krankengeld, machen nur einen kleinen Teil der Gesundheitspolitik aus (Gerlinger und Reiter 2017: 221). Die Gesamtkosten des schweizerischen Gesundheitswesens umfassten 2018 81,9 Mrd. Franken, was 11,9 Prozent des Bruttoinlandprodukts (BIP) entspricht. Im zweiten Quartal 2020 waren rund 13 Prozent der Beschäftigten in der Schweiz in Gesundheitsberufen tätig.ⁱⁱⁱ In den Daten des Sorgenbarometers werden Gesundheitspolitik und Krankenkassen oft unter den wichtigsten Problemen genannt (z.B., CS 2019). Die administrative Organisation der Gesundheitspolitik obliegt auf Bundesebene dem Bundesamt für Gesundheit.

Aus historischer Perspektive bestimmen Föderalismus, Subsidiarität und Liberalismus die schweizerische Gesundheitspolitik. Konkret bedeutet dies, dass die Kantone eine wichtige Rolle in vielen Teilbereichen der Gesundheitspolitik einnehmen. Darüberhinaus sind private Akteure für die Bereitstellung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen wichtig. Zudem kommt dem Wettbewerb zwischen verschiedenen Akteuren eine grosse Bedeutung zu (Sager et al. 2010: 16ff.; Trein 2018b). Internationale Vergleiche bewerten die Schweiz als ein stark dezentralisiertes Gesundheitssystem, in dem private Elemente in der Finanzierung und Leistungserbringung eine

wichtige Rolle spielen (Vatter 2003; Paris et al. 2010; Gerritzen und Kirchgässner 2013; Camenzind et al. 2015).

Die Zuständigkeiten für die Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringung in der Gesundheitspolitik sind fragmentiert. Einerseits besteht eine differenzierte Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (viele Kantone verfügen über ein Gesundheitsdepartement oder eine Gesundheitsdirektion) sowie teilweise den Gemeinden. Andererseits üben private Akteure wichtige Funktionen im Gesundheitswesen aus. Dies sind in der Finanzierung die Krankenversicherer. Gesundheitsleistungen werden zum grössten Teil durch private Akteure erbracht.^{iv} Dazu kommen die jeweiligen Verbände und viele weitere Organisationen wie die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, diverse Gesundheitsligen und Patientenorganisationen, beispielsweise die Lungenliga oder die Krebsliga (Achtermann und Berset 2006a: 40). Diese Vielzahl von Akteuren und die Fragmentierung politischer Handlungskompetenzen spiegelt sich in der grossen Zahl der gesundheitspolitischen Regelungsformen. Dabei erbringt der Staat in einigen Bereichen selbst Leistungen. In anderen Aufgabenkreisen reguliert er die Rahmenbedingungen, während weitere Bereiche der Selbstregulierung privater Akteure unterliegen. Öffentliche Spitäler sind ein Beispiel für die Leistungserbringung durch den Staat. Im Bereich der Krankenversicherung reguliert der Staat den Markt für private Leistungsanbieter. Bezüglich der Aushandlung von Tarifen können Krankenkassen und Leistungserbringer Tarife autonom aushandeln. Der Bundesrat greift nur ein, wenn sich diese Parteien nicht einigen können (De Pietro et al. 2015).

Da die Gesundheitspolitik viel Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und im parlamentarischen Prozess bekommt, spielen Institutionen der direkten Demokratie eine wichtige Rolle. Änderungen in den Strukturen der Leistungserbringer und der Krankenversicherung unterstehen oftmals fakultativen oder obligatorischen Referenden. Aufgrund massgeblicher Kompetenzen auf

kantonaler Ebene haben Bürgerinnen und Bürger bei Gesetzesänderungen mit dem obligatorischen oder fakultativen Referendum sowie (je nach Kanton) dem Finanzreferendum ausgeprägte Mitspracherechte. Darüber hinaus spielen Volksinitiativen eine wichtige Rolle. In den vergangenen 15 Jahren sind beispielsweise oftmals Vorschläge zur Prämienverbilligung auf eidgenössischer oder kantonaler Ebene zur Abstimmung gekommen.

Aufgrund der Wichtigkeit der Gesundheitspolitik sowie der Verteilung der Zuständigkeiten zwischen unterschiedlichen Regierungsebenen und privaten Akteuren gibt es in grossen gesundheitspolitischen Reformprojekten zahlreiche Veto-Spieler (Immergut 1992). Die Reformen in der Gesundheitspolitik sind in vielen Ländern ein langwieriger Prozess. In der Schweiz ist dies besonders auf Bundesebene der Fall. Beobachter haben dem schweizerischen Gesundheitssystem daher oftmals einen Reformstau zugeschrieben (Achtermann und Berset 2006a: 45; Braun und Uhlmann 2008; WHO 2011: 17; PVK 2011: 32), obgleich dringende Reformprozesse stets abgeschlossen wurden (de Pietro et al. 2015: xxvii).

2 Historische Entwicklung der schweizerischen Gesundheitspolitik

Langsame Kompetenzübertragung von den Kantonen an den Bund

Zum Ende des 19. Jahrhunderts oblag die Gesundheitspolitik immer noch hauptsächlich den Kantonen. Allgemein verfügte der Bund über wenige Kompetenzen in der Sozialpolitik. Erst im Jahre 1890 wurde dem Bund die Zuständigkeit zur Regelung der Krankenversicherung übertragen. Ein erstes nationales Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) kam 1911 zustande. Ein umfassenderes nationales Krankenversicherungsgesetz, welches eine Versicherungspflicht beinhaltet hätte (auch «Lex Forrer» genannt), wurde 1900 in einer Referendumsabstimmung vom Stimmvolk abgelehnt (siehe Kapitel Sozialpolitik; Achtermann und Berset 2006; Degen 2005; Vatter 2002, 2003).

Tabelle 1: Wichtige Entwicklungsschritte der schweizerischen Gesundheitspolitik

| Jahr | Ereignis |
|---------|---|
| 1887 | Nationales Epidemiengesetz |
| 1893 | Eidgenössisches Gesundheitsamt (heute BAG) |
| 1900 | Ablehnung einer umfassenden Versicherungspflicht (Lex Forrer) |
| 1911 | Erstes Krankenversicherungsgesetz (KVG) |
| 1964 | Teilrevision KVG |
| 1970 | Totalrevision des Epidemiengesetz |
| 1984 | Anlauf für ein nationales Präventionsgesetz scheitert |
| 1985 | Erstes nationales HIV-AIDS Programm |
| 1993 | Volksinitiative zum Alkohol- und Tabakwerbeverbot scheitert (Zwillingsinitiativen) |
| 1994/96 | Totalrevision des KVG (Einführung Versicherungsobligatorium) |
| 2012 | Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen |
| 2013 | Totalrevision Epidemiengesetz |

Das eidgenössische Gesundheitsamt (heute Bundesamt für Gesundheit (BAG)) wurde 1893 geschaffen. Bis in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts waren seine Aufgaben vor allem die Epidemienbekämpfung auf der Grundlage des 1887 geschaffenen Epidemiengesetzes, der öffentlichen Hygiene und des polizeilichen Gesundheitsschutzes.^v Darüber hinaus übernahm das Amt die bundesweite Regelung der Medizinalprüfungen (BAG 1993: 10-11). Die Übertragung von gesundheitspolitischen Kompetenzen an den Bund ging im Verlaufe des 20. Jahrhunderts nur zögerlich voran (Achtermann und Berset 2006a; Degen 2005: 25). Nach dem Zweiten Weltkrieg kam es zu einer Diskussion über eine Totalrevision des KVUG. Die Regierung beabsichtige eine «Pflichtversicherung für Minderbemittelte» einzuführen. Dieser Plan wurde jedoch aufgrund des

politischen Widerstands bald fallengelassen. Zudem ermöglichte die schwierige wirtschaftliche Situation lediglich «gezielte Überbrückungsmassnahmen» zur Hilfe der Krankenkassen, aber keine umfassenderen Reformen (Bernardi-Schenkluhn 1994: 10). Ab den 1960er Jahren fokussierten sich Reformanstrengungen vor allem auf den Ausbau der gesetzlichen Mindestleistungen und die Anpassung der Bundessubventionen an den Bedarf der Krankenkassen. Umstrittene Fragen wie ein Obligatorium für die Krankenversicherung blieben ausgeklammert. 1964 wurde das KUVG teilrevidiert. In den Jahren 1974 und 1987 scheiterten Revisionsprojekte in Volksabstimmungen (Achtermann und Berset 2006a; Bernardi-Schenkluhn 1994: 14-15).

Kostensteigerung im Gesundheitswesen und politischen Folgen

Seit den 1980er Jahren erlebt das schweizerische Gesundheitswesen eine massive Zunahme der öffentlichen Gesundheitsausgaben. Eine starke Erhöhung der Krankenkassenprämien und zunehmender Ärzte- und Pflegepersonalmangel sind die Begleiterscheinungen dieser Entwicklung. Erste Massnahmen waren Kürzungen der Bundessubventionen an Krankenkassen (Achtermann und Berset 2006a; Bernardi-Schenkluhn 1994). Verschiedene Volksinitiativen versuchten (erfolglos) dem Problem entgegenzutreten. In den frühen 1990er Jahren setzte der Bundesrat Dringlichkeitsrecht in Kraft, um den Anstieg der Krankenkassenprämien in den Griff zu bekommen. Diese Massnahmen richteten sich bereits gegen die zunehmende Entsolidarisierung und Kostensteigerungen, welche im späteren Krankenversicherungsgesetz (KVG) adressiert wurden (Laubscher 2006: 173). 1994 stimmte das Volk dem total revidierten KVG zu. Im Parlament wurde die Reform durch eine Koalition zwischen CVP, FDP und SP vertreten. Dabei setzten sich FDP und CVP mit Bezug auf die Organisationform durch, während die Sozialdemokraten mit Blick auf die Versicherungspflicht die Oberhand behielten. Der parlamentarische Prozess war konfliktreich. Verschiedene Krankenversicherungen und Ärzteorganisationen ergriffen das Referendum. Schlussendlich unterstützte das Stimmvolk die

parlamentarische Vorlage mit einer Mehrheit von 52 Prozent (Braun und Uhlmann 2008, 2009; Uhlmann und Braun 2011).

Ein Eckpfeiler des revidierten KVG ist die Schaffung eines Versicherungsobligatoriums, in welchem eine obligatorische Grundversicherung und freiwillige Zusatzversicherungen klar getrennt sind. Versicherte können frei zwischen verschiedenen Anbietern und Versicherungsformen auswählen. Kostengünstigere Angebote der obligatorischen Krankenversicherung verlangen die Festlegung eines Hausarztes oder schränken die Arztwahl ein (Health Maintenance Organization (HMO)-Modell). Versicherer müssen die gesetzlichen Pflichtleistungen allen Versicherten zur Verfügung stellen und dürfen nur bei den Zusatzversicherungen eine Risikoselektion vornehmen. Die Kantone sind zu einer gesetzlichen Spitalplanung verpflichtet und kantonale Prämienverbilligungen für Versicherte mit niederen Einkommen ersetzen die Subventionen des Bundes (Bundesrat 1991; De Pietro et al. 2015).

Wettbewerbs- und Planungsprinzipien in der Krankenversicherung

Die KVG Reform von 1996 war kein Systemwechsel in der Organisationsform des Krankenversicherungswesens. Dennoch enthält die Reform wichtige Anpassungen der unterschiedlichen Organisationsprinzipien. Einerseits zielte die Totalrevision des KVG auf eine Stärkung des Wettbewerbsprinzips ab. Zugleich wurde mit dem Ziel die Kosten und deren Wachstum zu senken in drei Bereichen der Wettbewerb gestärkt: bei den Zusatzversicherungen der Krankenkassen, zwischen frei praktizierenden Ärzten und seit 2012 bei der Spitalfinanzierung (Hammer et al. 2008; De Pietro et al. 2015).

Im Bereich der stationären Versorgung erhielten Planungsinstrumente eine stärkere Rolle. Das KVG verpflichtete die Kantone im Rahmen einer Spitalplanung Leistungen zu definieren, welche zu Lasten der Krankenversicherung abgerechnet werden dürfen. Ziel dieser Massnahme war

ebenfalls die Kostendämpfung. Im föderalen Kontext der Schweiz zeigte sich diese Intervention jedoch nur wenig effektiv, da die Kantone dieses Instrument eher zur Erhaltung des Status quo nutzen, anstatt eine Reorganisierung des Spitalwesens vorzunehmen (Rüefli 2005). Eine Wirkungsanalyse des KVG fünf Jahre nach Inkrafttreten kam zum Befund, dass Ziele bezüglich der Solidarität zwischen Versicherten und hoher Versorgungsqualität zum grössten Teil erreicht werden konnten. Gleichzeitig ist es nicht gelungen, den Kostenanstieg nachhaltig zu bremsen (Bundesamt für Sozialversicherung 2001).

Trotz des neuen KVG führte der kontinuierliche Kostendruck zu weiterem Reformbedarf. Ab 2003 versuchte der Bundesrat Reformen in kleinen Teilpakten voranzutreiben (Furrer 2006: 191-192). In der Folge wurden unterschiedliche Teilrevisionen verabschiedet beispielsweise zur Gesamtstrategie, zum Risikoausgleich zwischen Patientengruppen, zu den Pflgetarifen, zum Zulassungsstopp für Arztpraxen, zur Prämienverbilligung sowie zur Spitalfinanzierung. Zudem wurden Massnahmen zu einer besser koordinierten Spitalplanung, die Gleichstellung öffentlicher und privater Spitäler und leistungsbezogene Fallpauschalen eingeführt. 2008 stimmten beide Räte dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegeversicherung zu, welches die nicht von Patienten abgedeckten Pflegekosten bei ambulanten Diensten zu 55 Prozent auf die Kantone und 45 Prozent auf die Kassen aufteilte. Andere Reformvorhaben scheiterten im Parlament, beispielsweise Massnahmen zur Senkung der Kosten. Im Jahre 2012 scheiterte eine Vorlage zur Förderung von «Managed-Care» in einer Volksabstimmung. Die Reform wollte Krankenversicherungsmodelle fördern, bei denen Versicherte in einem Ärztenetzwerk eingeschrieben sind, das die Arztwahl einschränkt und weniger Selbstbehalt verspricht. Zudem kamen Reformvorschläge aus dem linken (bspw. Einheitskasse) und rechten (bspw. Abtreibungsinitiative) politischen Lager vor das Volk, die jedoch abgelehnt wurden (Tabelle 2).

Tabelle 2: Auswahl abgelehnter Abstimmungen mit klarer ideologischer Zuordnung zur Reform des Gesundheitswesens ab 2000 (Abstimmungsdatum)

| Initiative von der linken Seite des politischen Spektrums | Initiative von der rechten Seite des politischen Spektrums |
|--|--|
| 2003: Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» | 2000: Volksinitiative «für tiefere Spitalkosten» |
| 2007: Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» | 2002: Volksinitiative «für Mutter und Kind - für den Schutz des ungeborenen Kindes und für die Hilfe an seine Mutter in Not» |
| 2008: Volksinitiative «für eine vernünftige Hanf-Politik mit wirksamem Jugendschutz» | |
| 2012: Volksinitiative «Schutz vor Passivrauchen» | |
| 2014: Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» | |

Die Schaffung des KVG und die folgenden Reformen sind einerseits eine Konsequenz der politischen Initiative des Bundesrates. Andererseits sind sie Ausdruck eines Kompromisses zwischen den Extrempositionen der unterschiedlichen Parteipositionen. Akteure, z.B. Parteien, die auf der linken Seite des politischen Spektrums verortet werden können, bevorzugen einen sozialen Ausgleich und staatliche Regulierung in der Krankenversicherungspolitik. Demgegenüber wollen Akteure auf der rechten Seite des politischen Spektrums im Namen von individueller Freiheit und Marktmechanismen staatliche Eingriffe im Gesundheitswesen limitieren (Braun und Uhlmann 2008, 2009; Uhlmann und Braun 2011).

Neue (und alte) gesellschaftliche Probleme fordern die Gesundheitspolitik

Mitte der 1970er Jahre veränderte sich der Fokus der Gesundheitspolitik. Reformen sollten mehr Wert auf allgemeine Medizin, Prävention und Pflege zu Hause legen. Zugleich kamen Forderungen nach einem verstärkten Eingreifen des Staates zur Lösung neuer gesellschaftlicher Probleme auf. Beispielsweise kam es 1972 zu einer Revision des Betäubungsmittelgesetzes (BetMG) mit verschärften Strafbedingungen, um die Zunahme des Konsums von Suchtmitteln zu bekämpfen. Zur gleichen Zeit begann auch die öffentliche Debatte zur Sterbehilfe, welche sich in Standesinitiativen einzelner Kantone (z.B. Basel-Stadt, Zürich) niederschlug, die ein nationales Gesetz zu dem Thema forderten.^{vi}

Seit den 1980er Jahren erhielten Prävention und Gesundheitsschutz mehr politische Aufmerksamkeit. Dies geschah vor dem Hintergrund zunehmender Fallzahlen nicht-übertragbarer Krankheiten, wie etwa Krebs und Diabetes, aber auch aufgrund neuer Infektionskrankheiten, beispielsweise HIV/AIDS (Trein 2018b). Anfang der 1980er Jahre kam auch erstmals die Forderung nach einem Präventionsgesetz auf. Ein entsprechender Gesetzesentwurf des Bundesrates scheiterte jedoch bereits in der Vernehmlassung, da die Kantone auf ihre Zuständigkeit beharrten.^{vii} Zudem befassten sich Volksinitiativen mit dem Thema Prävention. Ein prominentes Beispiel sind die 1989 eingereichten sogenannten «Zwillingsinitiativen», welche ein Verbot der Alkohol- und Tabakwerbung forderten. Bundesrat und Parlament stellten den beiden Volksinitiativen einen indirekten Gegenvorschlag auf Gesetzesstufe entgegen, der nur ein teilweises Werbeverbot vorsah. 1993 wurden beide Vorlagen deutlich an der Urne abgelehnt. Die Abstimmungsniederlage bei den Zwillingsinitiativen bremste die nationale Tabakkontrollpolitik in der Schweiz aus. Nachdem auf kantonaler Ebene Werbeeinschränkungen und Rauchverbote umgesetzt wurden (Mavrot und Sager 2018; Trein 2017), erarbeiteten Bundesrat und Parlament in einem längeren und teilweise kontrovers verlaufenen Prozess ein Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen, das 2012 in Kraft trat. Fast gleichzeitig wurde die Initiative «Schutz vor

Passivrauchen» von Volk und Ständen verworfen (APS 2011, 2012). Im Zeitraum 1998-2004 modernisierten zudem 13 Kantone ihre gesetzlichen Grundlagen zu Gesundheitsschutz und Prävention (Trein 2018b).

1993 schuf der Bundesrat Rahmenbedingungen für die medizinisch kontrollierte Abgabe «harter» Drogen. Erste Versuche mit der medizinisch kontrollierten Abgabe von illegalen Drogen an Süchtige zeigten positive Ergebnisse, weshalb der Bundesrat beschloss, die Versuche auf maximal 1000 Personen auszudehnen (APS 1992-1994). Im gleichen Zeitraum wurde in einer Referendumsabstimmung die medizinisch verordnete Heroinabgabe gutgeheissen, was den drogenpolitischen Konsenskurs des Bundesrates bestätigte (APS 1996-1998). Zugleich befassten sich unterschiedliche Volksinitiativen mit Fragen der Drogenpolitik. Ende der 1990er Jahre wurden sowohl die repressive Volksinitiative «Jugend ohne Drogen» als auch das liberale Volksbegehren «Für eine vernünftige Drogenpolitik», die den Drogenkonsum generell freigeben und die Drogenbeschaffung als Staatsmonopol etablieren wollte, vom Volk abgelehnt.

Der politische Kurswechsel von einem restriktiven verbotsorientierten Ansatz zu einer Politik der Schadensbegrenzung und gesellschaftlichen Reintegration von Süchtigen basierte auf den Erfahrungen der AIDS-Epidemie (Kübler 2001). Seit den späten 1980er Jahren gab es auf den Ebenen von Bund, Kantonen und Gemeinden Anstrengungen zur Prävention von HIV-Infektionen. Die Ausbreitung einer medizinisch nicht heilbaren Krankheit führte in der Öffentlichkeit zu einer Auseinandersetzung mit «Tabuthemen wie Sexualität, Sucht und Tod» (Neuenschwander et al. 2005: 35). Die Entwicklungen in der AIDS-Politik führten auch zu einer Veränderung in der Drogenpolitik, welche neben Strafen auch sozialpolitische Massnahmen beinhaltete. Nachdem eine Revision des Betäubungsmittelgesetzes im ersten Anlauf 2004 gescheitert war, wurde das Gesetz 2008 revidiert und das sogenannte 4-Säulen-Konzept (Prävention inklusive Jugendschutz, Therapie, Schadensverminderung – beispielsweise durch die

medizinisch kontrollierte Heroinabgabe – und Repression) rechtlich verankert. Vor diesem Hintergrund sind auch jüngere Bemühungen zur Entkriminalisierung von Cannabis einzuordnen, wie beispielsweise die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Durchführung von wissenschaftlichen Studien zum Cannabiskonsum.

In der Folge einer schweren Typhus-Epidemie in Zermatt kam es 1970 zu einer Totalrevision des Epidemiengesetzes. Unter anderem enthielt das neue Gesetz Regelungen zur Meldepflicht von übertragbaren Krankheiten und verpflichtete die Kantone, den Kantonsärztinnen und Kantonsärzten die Leitung der Massnahmen gegen Infektionskrankheiten zu übertragen (SR 818.101: 327). Im Jahre 2013 wurde eine Totalrevision des Epidemiengesetzes in einer Volksabstimmung angenommen. Aufgrund neuerer Pandemien, wie beispielsweise der Lungenkrankheit SARS und der H1N1-Grippenwelle von 2009, hatte der Bundesrat eine Revision des Gesetzes vorgenommen. Eine wesentliche Änderung war die Schaffung der rechtlichen Grundlage für eine temporäre Zentralisierung der Entscheidungskompetenzen in den Händen des Bundesrates (Trein 2015), welche in der Politikreaktion auf die COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020 eine wichtige Rolle spielte.

3 Die Akteure in der schweizerischen Gesundheitspolitik

Staatliche Akteure: Föderalistische Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen

Im internationalen Vergleich zeichnet sich das schweizerische Gesundheitssystem durch eine Vielzahl von Akteuren aus. Im Gegensatz zu Ländern mit einem zentralisierten nationalen Gesundheitsdienst, wie beispielsweise Grossbritannien, Dänemark oder Schweden, ist die Struktur der schweizerischen Gesundheitspolitik durch Föderalismus und Dezentralisierung geprägt. In der Schweiz existieren 26 kantonale Gesundheitssysteme mit eigener Gesundheitsgesetzgebung. Diese dezentrale Struktur resultiert in kantonalen Unterschieden der

öffentlichen Gesundheitsausgaben und Kosten für Krankenkassenprämien, welche in den zentral- und ostschweizerischen sowie ländlichen Kantonen niedriger sind als in städtischen Kantonen und der Westschweiz (Rüefli und Vatter 2001; Vatter und Rüefli 2003). Zudem gibt es teilweise erhebliche kantonale Unterschiede im Anteil der Versicherten, die kantonale Prämienzulagen erhalten, sowie der Anzahl praktizierender Mediziner und durchgeführter Operationen gemessen an der Einwohnerzahl (Trein 2018a). In der Literatur werden zudem die Dezentralisierung (Crivelli et al. 2006), regionale Unterschiede im Konsumverhalten von Gesundheitsleistungen (Busato und Künzi 2008; De Pietro und Crivelli 2015; Braendle und Colombier 2016) sowie die kantonale Arbeitslosenquote als Erklärungsfaktoren für Gesundheitskosten genannt (Vatter und Rüefli 2003). Zudem hat die Forschung darauf hingewiesen, dass eine höhere Ärztedichte zu mehr Gesundheitskosten führt (Crivelli et al. 2006; Jeanrenaud 2006).

Auf Bundesebene ist hauptsächlich das BAG für gesundheitspolitische Fragen zuständig. Die Kompetenzen des Bundes umfassen die Aufsicht über die Sozialversicherungen (Krankenversicherung, Unfallversicherung etc.) und die Zusatzversicherungen,^{viii} die Regelung der akademischen Ausbildung von Ärzten und Apothekern sowie die Aus- und Weiterbildung aller nicht-universitären Gesundheitsberufe. Dazu kommen Kompetenzen in der Regelung der Reproduktions- und Transplantationsmedizin, der medizinischen Forschung und der Gentechnologie sowie verschiedene Aufgaben im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Prävention, wie die Bekämpfung von Sucht- und übertragbaren Krankheiten und die Überwachung in den Bereichen Betäubungsmittel und Impfstoffe, Strahlenschutz, Giftstoffe und Lebensmittel. Der Bund kann für bestimmte Bereiche des öffentlichen Gesundheitswesens Rahmengesetze erlassen. Diese können jedoch durch kantonale Ausführungsgesetze konkretisiert werden. Der Gesetzesvollzug ist wiederum allein Sache der kantonalen und kommunalen Behörden (Achtermann und Berset 2006a: 34-36, 2006b; Kocher 2010; Trein 2018b).

Die Kantone sind für den Vollzug des Bundesrechts zuständig und haben zusätzliche eigenständige Kompetenzen. Darunter fallen die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung (Notfall-, Rettungs-, Katastrophen- und Transportdienste, schulärztlicher Dienst, Spitex, etc.), der Bau, der Betrieb und die Planung von Spitälern, die Ausgestaltung der Prämienverbilligung für wirtschaftlich schwächer Gestellte, die Trägerschaft der Bildungsinstitutionen im Gesundheitsbereich und die Aufsicht über die Berufszulassung und Berufsbildung sowie die Gesundheitspolizei.

Im gesundheitspolitischen Bereich hat die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen eine lange Tradition. Bereits 1919 wurde die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) als eine der ersten interkantonalen Regierungskonferenzen gegründet. Die Organisation dient der Koordination zwischen den Kantonen und als Interessenvertretung der Kantone gegenüber dem Bund (Achtermann und Berset 2006a: 94-98). Darüber hinaus gibt es auf Behördenebene weitere interkantonale und regionale Koordinationsorgane im Gesundheitsbereich (Füglister 2012). Die Gemeinden schliesslich haben eine ergänzende Funktion und sind vor allem im Bereich der stationären Versorgung als Träger von Spitälern und Pflegeheimen sowie in der externen Gemeindekrankenpflege (Spitex) für die Pflege und Betreuung bedürftiger Kranker zuständig.

Bund, Kantone, Gemeinden und private Haushalte beteiligen sich gemeinsam an der Finanzierung des Gesundheitswesens. Dabei finanzieren die Behörden jeweils die ihnen übertragenen Aufgaben. Diese Struktur resultiert in einem äusserst komplizierten Gesundheitssystem mit starken finanziellen Verflechtungen. Ein Vergleich des Anteils der Ausgaben nach Kostenträgern basierend auf den Zahlen und Vergleichskategorien des Bundesamtes für Statistik von 2018 zeigt, dass die Obligatorische Krankenversicherung und andere Sozialversicherer mit 42,4 Prozent, die privaten Haushalte mit 27,2 Prozent und die öffentliche Hand mit 18,3 Prozent (darunter 16

Prozent durch die Kantone) die grössten Anteile der Kosten im Gesundheitswesen übernehmen. Weitere Kostenträger sind private Zusatzversicherungen (6,6 Prozent) sowie andere Formen der öffentlichen (3,7 Prozent) und privaten Finanzierung (1,8 Prozent).^{ix}

Private Akteure: Selbstorganisation, Wettbewerb und Eigenverantwortung

Wie auch in anderen Politikbereichen sind Subsidiarität und Delegation von Aufgaben an private Akteure ein wichtiger Grundwert des schweizerischen Gesundheitssystems (Vatter 2003). Vergleichende Analysen zeigen, dass das schweizerische Gesundheitswesen zu den am stärksten marktwirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitssystemen gehört (BASYS 2000). Dies zeigt sich auch darin, dass die Schweiz im OECD-Vergleich die höchsten Pro-Kopf Ausgaben für Privathaushalte im Gesundheitswesen aufweist.^x

In der Praxis bedeutet dies, dass sich Ärzte und Zahnärzte in freier Praxis, aber auch Privatspitäler, Apotheken und diverse Therapeuten im Bereich der Gesundheitsversorgung auf das verfassungsmässige Grundrecht der Wirtschaftsfreiheit berufen können. Im Prinzip stehen die verschiedenen Leistungserbringer und Krankenversicherer miteinander im Wettbewerb (Hammer et al. 2008; Spycher 2004). Staatliche Steuerung in der Gesundheitsversorgung findet sich hauptsächlich in der Organisation der stationären Spitalversorgung, wo die Kantone über Steuerungskompetenzen und -pflichten verfügen. Im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung spielt die Selbstverwaltung eine wichtige Rolle. Leistungserbringer und ihre Verbände verfügen über Kompetenzen in der Selbstorganisation.^{xi} Beispielsweise verhandeln Leistungserbringerverbände und Krankenversicherer Tarifverträge gemeinsam aus. Die staatlichen Behörden beschränken sich dabei auf die Genehmigung der Verhandlungsergebnisse. Die Tarifautonomie zwischen Versicherern und Leistungserbringern ist ein Eckpfeiler des liberalen, subsidiären Gesundheitssystems der Schweiz (Sager et al. 2010: 22).

Das Subsidiaritätsprinzip prägt auch den Bereich der Gesundheitsförderung und -prävention. Auf Bundesebene nehmen sich Public Health Schweiz (Dachverband im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention) sowie die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz dieser Aktivitäten an. Gesundheitsförderung Schweiz wird vom Bund, den Kantonen, dem Krankenversichererverband santésuisse und der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) getragen. In den Kantonen sind staatliche Beauftragte für die Gesundheitsförderung zuständig, die eng mit verschiedenen zivilgesellschaftlichen Organisationen, beispielsweise mit Gesundheitsligen, zusammenarbeiten. Gesundheitsligen sind gemeinnützige Organisationen, welche sich für die Prävention spezifischer Krankheiten engagieren. Beispiele sind die Krebsliga oder die Lungenliga. Diese Organisationen sind in der Schweizerischen Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO) organisiert.

Aufgrund ihrer zentralen Rolle im Vollzug der Gesundheitspolitik sind private Akteure und Interessenverbände einflussreiche Akteure im Gesundheitssystem. Das subsidiäre System führt zu einer engen institutionellen Verschränkung zwischen politischen und privaten Akteuren in der Wahrnehmung staatlicher Regulierungskompetenzen auf nationaler und kantonaler Ebene. Ein Beispiel sind die Krankenversicherungen, welche im Kern privatwirtschaftliche Unternehmen sind, die jedoch mit der obligatorischen Grundversicherung keinen Gewinn erwirtschaften dürfen. Ein anderes Beispiel sind Unternehmen, welche die Zulassung von Medikamenten und medizinischen Geräten zertifizieren (Maggetti et al. 2017).

Für die Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitswesens manifestiert sich das liberale Prinzip in den freien Wahlmöglichkeiten der Krankenkasse und des Arztes. Im Kontext der steigenden Krankenkassenprämien greifen Einwohnerinnen und Einwohner in den vergangenen Jahren immer häufiger zu günstigeren Versicherungsmodellen, welche die Arztwahl einschränken (DePietro et al. 2015: 99). Gleichzeitig haben es politische Projekte, die die Wahl der

Krankenversicherung oder des Versorgers durch staatliche Regulierungen beschränken, stets schwer an der Urne.

Bei der Finanzierung des Gesundheitssystems bleibt die Eigenverantwortung des Einzelnen sehr stark ausgeprägt. Nach wie vor kennt die Schweiz keine einkommensabhängigen Krankenversicherungsprämien, sondern ausschliesslich das Prinzip der Pro-Kopf-Prämien.^{xii} Folglich existieren in der Krankenversicherung nach wie vor keine direkten Umverteilungsmechanismen von hohen zu niedrigen Einkommen. Darüber hinaus sieht die obligatorische Krankenversicherung die Kostenbeteiligung der Versicherten (Selbstbehalt von 10 Prozent, wählbare Jahresfranchisen bis zu 2 500 Franken für Erwachsene) vor. Die Zahnpflege wird zu 95 Prozent durch Privathaushalte finanziert. Dies erklärt, warum der Anteil der Selbstzahlungen in der Schweiz im OECD-Vergleich sehr hoch ist (OECD und WHO 2011: 36; vgl. Teil 6 für neuere Zahlen). Um dem entgegenzutreten, betont das totalrevidierte KVG von 1996 die Solidarität zwischen den Versicherten der jüngeren und älteren Generation sowie den Geschlechtern und es gibt einen Risikoausgleich zwischen Krankenkassen, der Alter, Geschlecht, die Aufenthalte im Spital sowie pharmazeutische Kostengruppen in Betracht zieht. Zusätzlich bemessen die Kantone staatliche Prämienverbilligungen basierend auf der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Haushalte mit niedrigen Einkommen können Zuschüsse zu den Krankenkassenprämien beantragen, welche von den Kantonen übernommen werden. Die Anzahl der Versicherten, die eine Prämienverbilligung bezogen, lag 2019 bei 27,2 Prozent des durchschnittlichen Versichertenbestandes.^{xiii}

4 Interessen- und Konfliktkonstellationen der beteiligten Akteure

Die schweizerische Gesundheitspolitik besteht aus komplexen Interessen- und Konfliktkonstellationen. Dabei gibt es horizontalen Koordinationsbedarf zwischen Akteuren der

Finanzierung, Leistungserbringern sowie den Adressaten gesundheitspolitischer Massnahmen. Dazu kommt ein Bedarf an Koordination zwischen den Regierungsebenen. Aufgrund der institutionellen Fragmentierung des politischen Systems sowie der zentralen Rolle nichtstaatlicher Akteure gibt es zahlreiche Veto-Spieler, die Reformen im Gesundheitswesen blockieren können. Dabei spielen unterschiedliche Konfliktdimensionen und komplexe Ziel- und Interessenkonflikte einzelner Akteure eine wichtige Rolle.

Zahlreiche politische Akteure und vielfältige Konfliktdimensionen

Die schweizerische Gesundheitspolitik zeichnet sich durch zahlreiche Konfliktkonstellationen mit einer Vielzahl von Akteuren aus (Vatter 2003; Trein 2018b). Dazu gehören einerseits Wertekonflikte zwischen politischen Präferenzen, die stärkere sozialstaatliche Interventionen fordern (oftmals vertreten von linken Parteien), und Präferenzen, die weniger staatliche Intervention und mehr Eigenverantwortung befürworten (oftmals vertreten von liberalen und rechten Parteien). Andererseits spielen kulturell und institutionell bedingte regionale Unterschiede, vor allem zwischen der Deutschschweiz und Romandie, eine Rolle. Beispielsweise ist in der Westschweiz die Befürwortung staatlicher Eingriffe im Gesundheitswesen aus kulturellen Gründen und stärker ausgeprägt. Dazu kommen konkrete Sach- und Interessenkonflikte, beispielsweise ökonomische Interessen der involvierten Berufsgruppen oder Finanzierungsfragen im Rahmen lokaler Spitalbauten. Die unterschiedlichen Konfliktdimensionen überlagern sich teilweise. Im Rahmen der politischen Auseinandersetzung auf Bundesebene werden meistens Wertekonflikte ausgetragen. Beispielsweise treffen in der Krankenversicherungspolitik regelmässig Forderungen nach einem einkommensabhängigen Versicherungssystem mittels Lohnprozenten, die eher aus dem linken politischen Lager kommen, auf Forderungen nach Beibehaltung einer Kopfprämie, die eher im bürgerlichen und rechten Lager zu Hause sind (de Pietro und Crivelli 2015). Auf kantonaler Ebene hingegen geht es oft um

konkrete Sach- und Vollzugsfragen, zum Beispiel im Bereich Spitalneubauten oder -schliessungen.

Neben den oben genannten staatlichen Akteuren der Gesundheitspolitik nehmen zahlreiche private Akteure eine wichtige politische Rolle ein. Diese sind auf den verschiedenen Staatsebenen tätig und zumeist in Dachverbänden zusammengeschlossen. Auf nationaler Ebene sind dies insbesondere die Krankenversicherer (santésuisse, seit 2013 auch Curafutura), der Spitalverband H+, die Ärztesgesellschaften (FMH, diverse Fachgesellschaften), der Apothekerverband (Pharmasuisse), der Schweizer Berufsverband der Pflegefachkräfte (SBK), Spitex Schweiz, aber auch Patienten- und Konsumentenorganisationen und die Verbände der pharmazeutischen Industrie (Interpharma, vips). Dazu kommen zahlreiche zivilgesellschaftliche Organisationen, die sich für Menschen mit einem bestimmten Krankheitsbild oder in einer bestimmten Lebenssituation einsetzen und insbesondere in der Beratung und der Prävention tätig sind, beispielsweise Krebs-, Rheuma- und Lungenliga, die Stiftungen Pro Mente Sana und Pro Senectute, die Aids-Hilfe Schweiz sowie Behindertenverbände. Einige dieser Organisationen engagieren sich auch politisch in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention sowie dem entsprechenden Dachverband Public Health Schweiz. Die meisten Versicherer- und Leistungserbringerverbände sowie Gesundheitsligen sind föderalistisch gegliedert und verfügen auch über Kantonalverbände.

Auf Seiten der Leistungserbringer sind vor allem die Ärzteschaft, private und öffentliche Kliniken sowie die Arzneimittelhersteller wichtige Akteure. Deren Verbände sind politisch vergleichsweise stark präsent und meist auch direkt im Bundesparlament vertreten. Den Leistungserbringern gegenüber stehen die Krankenversicherungen als Kostenträger, die als Träger der Grundversicherung für rund ein Drittel der Gesundheitskosten aufkommen und politisch ebenfalls stark präsent sind. Aufgrund des Wettbewerbs zwischen den einzelnen Kassen

und damit verbundener politischer Differenzen sind diese jedoch nur noch beschränkt in der Lage, einen internen Interessenausgleich herzustellen und mit einer Stimme aufzutreten. So traten 2013 mehrere grössere Krankenversicherer aus dem Dachverband aus und gründeten den neuen Versichererverband Curafutura. Obwohl die ganze Bevölkerung einer Krankenversicherung angehört, werden diese kaum als Interessenträger der Versicherten wahrgenommen. Diese Rolle üben vielmehr verschiedene Patienten- und Konsumentenorganisationen aus, deren Einfluss auf die Gesundheitspolitik allerdings eher schwach ist (Züst und Baumgartner 2015).

Zwei Interessenkonflikte sind im schweizerischen Gesundheitssystem von besonderer Bedeutung: Zum einen jene zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen, zum anderen diejenigen zwischen staatlicher Einflussnahme und privater Eigenverantwortung.

Die erste Konfliktlinie ergibt sich aus den entgegengesetzten ökonomischen Interessen der Versorger (Ärzte und Ärztinnen sowie Krankenhäuser) und der Krankenversicherer. In den Auseinandersetzungen geht es um die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung und die Festlegung der Tarife für die Leistungserbringung. Als (zumeist) private Wirtschaftssubjekte verfolgen die Leistungserbringer Einkommensinteressen. Sie sind aufgrund der zentralen Bedeutung der Krankenversicherung im Gesundheitssystem weitgehend darauf angewiesen, innerhalb dieses Systems praktizieren und zu möglichst hohen Tarifen abrechnen zu können. Demgegenüber haben die Krankenversicherer den gesetzlichen Auftrag, die Wirtschaftlichkeit des Versicherungssystems zu gewährleisten. Aufgrund der KVG-Regelungen sind sie verpflichtet, mit allen Leistungserbringern, welche die Zulassungsbestimmungen von Art. 35-40 KVG erfüllen, Tarifverträge abzuschliessen. Daher besteht faktisch ein Kontrahierungszwang und die Krankenversicherer können nicht auf die Zusammensetzung des Leistungsangebots Einfluss nehmen. Deshalb bleibt ihnen lediglich die Möglichkeit, in den Tarifverhandlungen auf möglichst tiefe Tarife hinzuwirken und über

Wirtschaftlichkeitskontrollen sicherzustellen, dass kein Leistungserbringer ungerechtfertigte Leistungen in Rechnung stellt (Indra et al. 2015).

Diese systemgegebene Interessenkonstellation bringt regelmässige Konflikte zwischen den beiden Seiten mit sich, die sich auf verschiedenen Ebenen äussern. Konkret bergen jeweils die Tarifverhandlungen zwischen den verschiedenen Verbänden das Potenzial für langwierige und harte Auseinandersetzungen. Beispielsweise dauerten alleine die Verhandlungen zwischen der Ärzteschaft und den Krankenversicherungen über TARDOC, die Nachfolge des Abrechnungssystems TARMED, drei Jahre, bevor dem Bundesrat ein Kompromissvorschlag vorgelegt wurde (Oeschger 2019). Grundsätzlich lösen jegliche Versuche, die Zulassungs- und Tarifierungsregeln im KVG anzupassen, entsprechende Auseinandersetzungen und Widerstand der Betroffenen aus. Dabei wird die ökonomische Dimension um diejenige der Kompetenzordnung erweitert. Bemühungen, den Wettbewerb zu verstärken und den Krankenversicherern mehr Verhandlungsmacht zu übertragen, in etwa durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, werden von den Leistungserbringern bekämpft, da diese einen erhöhten Kosten- und Qualitätsdruck befürchten.^{xiv} Diese politischen Entscheidungsprozesse sind in der Regel von ökonomischen Verteilungskämpfen geprägt, wobei nicht nur zwischen Versicherern und Leistungserbringern Interessenkonflikte auftreten, sondern oft auch innerhalb der einzelnen Parteien, wie z.B. zwischen Allgemeinpraktikern und Allgemeinpraktikerinnen und Fachärzten und Fachärztinnen im Rahmen der TARMED-Revision. Auf kantonaler Ebene bergen beispielsweise Entscheide über die Spitalisten der Kantone jeweils grosses Konfliktpotenzial: Betroffene Spitäler wehren sich gegen Abbau- oder Schliessungsentscheide, während Krankenversicherer stärkere Eingriffe in die Versorgungsstrukturen verlangen (Rüefli 2005; Sager et al. 2001).

Die zweite prägende Konfliktlinie der Gesundheitspolitik betrifft das Verhältnis zwischen staatlichen und privaten Akteuren. Sie ergibt sich aus den subsidiären und liberalen Strukturen der schweizerischen Gesellschaft und Politik, die sich auch im Gesundheitswesen niederschlagen. Konflikte bestehen um den Eingriff des Staates in die Wirtschaftsfreiheit der Leistungserbringer und Versicherer sowie um die staatliche Einflussnahme auf das individuelle Verhalten. Leistungserbringer und Krankenversicherer lehnen in der Regel staatliche Regulierungsbemühungen und Einflussnahmen in ihre korporatistisch gesteuerten Zuständigkeitsbereiche ab, z.B. die Pflicht zur Spitalplanung, eine Zulassungssteuerung für ambulante Leistungserbringer, Vorgaben zur Qualitätssicherung oder eine verstärkte Aufsicht über die Krankenversicherer. Der politische Widerstand referendumsmächtiger Akteure bildet denn auch einen wesentlichen Grund für die im Laufe der historischen Entwicklung zögerliche Ausweitung staatlicher Kompetenzen im Gesundheitswesen.

Im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (Public Health) gibt es regelmässig Konflikte um das Ausmass staatlicher Eingriffe in die individuelle Freiheit der Bürgerinnen und Bürger. Staatliche Bemühungen zur Förderung der Gesundheit via Verhaltens- und Verhältnisprävention, zum Beispiel zur Regulierung des Alkohol- oder Tabakkonsums und -verkaufs, stossen regelmässig auf heftige Ablehnung von Teilen der Wirtschaft und der Bevölkerung. Dabei sind Einschränkungen der Wirtschaftsfreiheit und die Bevormundung eigenverantwortlicher Bürgerinnen und Bürger durch Verhaltensvorschriften die Hauptargumente gegen solche Reformen. In der Schweiz ist die Opposition (vor allem der Wirtschaftsverbände) gegen solche Massnahmen traditionell stark, während Befürworter (Patientenverbände aber auch Fachvereinigungen) solcher Massnahmen wenig politische Schlagkraft entwickeln (Trein 2018b). Diese hauptsächlich ideologisch geprägte Konfliktlinie manifestierte sich zum Beispiel anlässlich der Diskussionen um das vom Bund vorgeschlagene Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz) (OECD und WHO 2006). Der Gesetzesvorschlag sah

vor, übergeordnete Steuerungs- und Koordinationsinstrumente einzuführen, die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen zu klären, eine für Prävention und Gesundheitsförderung zuständige dezentrale Verwaltungseinheit des Bundes zu schaffen und gewisse Finanzierungsmechanismen neu zu regeln (Bundesrat 2009). Das Gesetz wurde von einer breiten Koalition aus Akteuren des Gesundheitswesens, insbesondere im Bereich «Public Health», getragen, stiess jedoch bereits in der Vernehmlassung auf breite Ablehnung der Wirtschaftsverbände. Diese befürchteten Eingriffe in die Wirtschaftsfreiheit und eine Bevormundung der Bürger durch staatliche Vorschriften (APS 2009: 201). Das Gesetz scheiterte schliesslich im Ständerat am Widerstand der bürgerlichen Parteien.

Komplexe Ziel- und Interessenkonflikte einzelner Akteure

Akteure in der Gesundheitspolitik müssen unterschiedliche Ziele gleichzeitig erreichen. Grundlegend geht es darum, eine hohe Versorgungsqualität, Zugang für breite Bevölkerungsschichten, Finanzierbarkeit und individuelle Freiheit zu gewährleisten (Uhlmann und Braun 2011). Diese Konstellation kann bei einzelnen Akteuren zu Zielkonflikten führen, welche im Folgenden anhand zweier Beispiele illustriert werden.

Bürgerinnen und Bürger stehen bei gesundheitspolitischen Fragen vor zahlreichen und komplexen Zielkonflikten. Als Patientinnen und Patienten möchten sie möglichst umfassend und fachgerecht behandelt werden, was entsprechende Kosten verursacht. Als Versicherte wollen Sie möglichst niedrige Prämien bezahlen, was möglichst hohe staatliche Subventionen erfordert. Als Steuerzahlerinnen und Steuerzahler wollen sie möglichst wenig an die allgemeinen Kosten des Gesundheitswesens beitragen, was möglichst niedrige Steuern bedeutet. Als Individuen wollen sie möglichst wenig staatliche Eingriffe in die Freiheit, was wenig Regulierung der Arztwahl und Konsum von Substanzen bedeutet. Stimmbürgerinnen und Stimmbürger beurteilen bei konkreten Sachabstimmungen die jeweilige Fragstellung tendenziell isoliert und nicht aus einer

Gesamtbetrachtung des Gesundheitssystems heraus. Daher dominieren in Referendumsabstimmungen oft lokale und kurzfristige Eigeninteressen, während Solidaritäts- und längerfristige staatspolitische Überlegungen in den Hintergrund treten (vgl. Healy und Malhotra 2009). Ein Beispiel auf kantonaler Ebene ist die oftmals hohe Zustimmung der Stimmbürgerschaft zu Investitionskrediten bei Spitalneu- oder -umbauten sowie der starke Widerstand gegen Spitalschliessungen. Gleichzeitig werden Senkungen der öffentlichen Gesundheitsausgaben und Krankenkassenprämien gefordert.

Ein anderes konkretes Beispiel für Interessenkonflikte findet sich in der Rolle der Kantons- und Gemeindepolitiker. Diese sehen sich einerseits mit Forderungen nach einem grosszügigen Angebot an Spitaleinrichtungen konfrontiert. Andererseits sind die Kantone und Gemeinden für die Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten der Spitäler zuständig, für welche Steuermittel aufgewendet werden müssen. Dies führt zu gegenläufigen Anreizmechanismen für Politiker auf Kantons- und Gemeindeebene. Darüber hinaus schafft die Aufteilung der Finanzierung für Spitäler, zwischen Kantonen und Gemeinden auf der einen und den Krankenkassen auf der anderen Seite, Anreize für staatliche Ebenen, direkte Subventionen für Spitäler zu kürzen und die Kosten auf die Krankenkassen abzuwälzen. Diese Praxis resultiert in ansteigenden Krankenkassenprämien, welche im Umkehrschluss zu mehr Forderungen nach kantonalen Prämienverbilligungen führen. Dies ist vor allem dort der Fall, wo solche Anliegen politisch, beispielsweise mittels einer Volksinitiative, durchgesetzt werden können.

Hier gibt es seit langem Reformbemühungen, um die Doppelrolle der Kantone und die daraus resultierenden Interessenkonflikte auszuräumen. Das Ziel ist dabei die Finanzierung der Spitäler so umzustellen, dass die Spitäler vollständig von den Versicherern finanziert würden. Die Kantone würden mit jenen Finanzmitteln, die sie heute zur Finanzierung der Spitäler aufwenden, die Prämien der Versicherten verbilligen. 2011 forderte eine parlamentarische Initiative eine

Einführung eine solche Reform der Spitalfinanzierung. Nach einem langen politischen Prozess verabschiedete der Nationalrat in der Herbstsession 2019 ein reformiertes Finanzierungssystem für Gesundheitsleistungen, welches den Grossteil der Spitalfinanzierung über die Krankenkassen abwickeln soll (Heidelberger 2020a).

5 Politische Entscheidungen und Vollzug in der Gesundheitspolitik

Stimmbürger und Verbände als Vetospieler bei Gesundheitsreformen

Die Entscheidungsstrukturen der schweizerischen Demokratie sind von einer Vielzahl von Veto-Spielern geprägt, welche eine Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Akteuren auf verschiedenen politischen Ebenen verlangt. In der Gesundheitspolitik spielt die starke Vetomacht der Verbände – Ärzte, Versicherer, Leistungserbringer sowie andere Industriezweige – eine entscheidende Rolle für die Entscheidung und Umsetzung von Reformvorhaben. Diese Akteure mobilisieren ihren Einfluss im parlamentarischen Prozess und im Abstimmungskampf (Immergut 1992; Trein 2018; Uhlmann und Braun 2011; Vatter 2003).

Zwischen 1848 und 2020 stimmte das Volk in insgesamt 65 Fällen über Vorlagen der Gesundheitspolitik im weiteren Sinne ab (einschliesslich Kranken-, Unfall-, Invaliditäts- und Mutterschaftsversicherung). Dabei hat die Abstimmungsfrequenz seit den 1980er Jahren stark zugenommen. Volksinitiativen haben es im Gesundheitswesen traditionell schwer. Insbesondere neue Kompetenzübertragungen an den Bund scheitern oft am Widerstand der Bevölkerung (Vatter 2020). Historische Beispiele dafür sind die Ablehnung des ersten bundesweiten Epidemiengesetzes von 1882 sowie des ersten Krankenversicherungsgesetzes («Lex Forrer») im Jahre 1900. Dazu gab es immer wieder verschiedene KVG-Abstimmungsniederlagen der 1970er bis 1990er Jahre (1974, 1987, 1992). Seit 2000 scheiterten zum Beispiel drei Volksinitiativen, die eine stärkere Umverteilung im Gesundheitswesen forderten (vgl. Tabelle 2). Im Bereich

Gesundheitsschutz und Prävention gingen Abstimmungen regelmässig verloren, wie etwa die Zwillingssinitiativen.

Die starke Vetomacht von Interessengruppen in Verbindung mit der direkten Demokratie trug auch zur entscheidenden historischen Weichenstellung im schweizerischen Gesundheitswesen bei. So litt die politische Elite (Parlament und Bundesrat) jahrzehntelang am «Lex-Forrer»-Trauma, als Ende des 19. Jahrhunderts trotz breitem Konsens im Parlament eine Gesetzesvorlage zur Einführung einer Krankenversicherung - in Anlehnung an das deutsche Modell mit Pflichtversicherung, behördlich eingerichteten Krankenkassen und lohnprozentualer Finanzierung mit Arbeitgeberbeteiligung - von der Stimmbürgerschaft im Stimmenverhältnis von 2:1 deutlich verworfen wurde. Die freien und privaten Krankenkassen gingen dabei gestärkt aus dem Abstimmungskampf hervor (Leimgruber 2008). Als Konsequenz der früh erlittenen Abstimmungsniederlagen bei wichtigen Pioniervorlagen im Verlaufe des 20. Jahrhunderts lernten Regierung und Parlament, dass einschneidende Reformen im Gesundheitssystem in kleinen Schritten und mit breiter Unterstützung von Parteien und Verbänden die besten politischen Erfolgchancen haben (vgl. Abschnitt 2).

Heterogenität der Gesundheitssysteme, beschränkte nationale Steuerbarkeit und subnationale Politik-Diffusion

Als Konsequenz der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (vgl. Abschnitt 3) ist die schweizerische Gesundheitspolitik ein Beispiel für den Vollzugsföderalismus. Dies bedeutet, dass die Gesetzgebung auf nationaler Ebene ausgestaltet wird, die Kantone jedoch für die Umsetzung zuständig sind. Aufgrund ihrer Kompetenzen und vergleichsweise hohen Finanzautonomie nehmen sich die Kantone Freiheiten in der Umsetzung von Politikmassnahmen. Die politikwissenschaftliche Forschung zum Politikvollzug (Sager et al. 2017, Handbuchkapitel Vollzug und Evaluation) hat gezeigt, dass selbst wenn der Bundesgesetzgeber mit guten

Absichten legiferiert, sind damit der vorgesehene Gesetzesvollzug und die beabsichtigten Wirkungen nicht automatisch gewährleistet. Vielmehr zeichnen sich Vollzugsprozesse typischerweise durch eine grosse Anzahl von Akteuren mit unterschiedlichen Interessen, eine geringe Vorausssehbarkeit und eine hohe Bedeutung des Vollzugswillens aus. Die zuständigen Kantone verfolgen gerade bei der Vergabe von Subventionen oft ihre eigenen Ziele und instrumentalisieren Bundesgesetze für andere Zwecke.

Dies zeigt sich beispielsweise in den beträchtlichen Unterschieden in der Ausgestaltung der Prämienverbilligungssysteme und der Definition der anspruchsberechtigten Gruppen (Balthasar 2001). Ein anderes Beispiel bildet die Pflicht zur kantonalen Spitalplanung, die ebenfalls ins KVG integriert wurde. Die Kantone sollten so ein Steuerungsinstrument erhalten, um Überkapazitäten in der Spitalversorgung abzubauen und damit zur Kostendämpfung beizutragen. Dieses Instrument wurde von den Kantonen jedoch höchst unterschiedlich genutzt (Rüefli 2005). Auch die Möglichkeit, über eine Zulassungsbeschränkung von ambulanten Leistungserbringern eine gewisse Versorgungssteuerung vorzunehmen, wurde von den Kantonen unterschiedlich genutzt (Rüefli und Monaco 2004; Sager et al. 2019). Können die kantonalen Stellen nicht von den Vorteilen von Bundesregelungen überzeugt werden, oder nutzen sie ihre eigenständigen Programmierungs- und Regulierungskompetenzen im Rahmen des Vollzugs, besteht die Gefahr von Vollzugslücken (Sager und Rüefli 2001; Sager und Rüefli 2005). Dies führt zu regionalen Politikungleichheiten und einer beschränkten zentralen Steuerbarkeit der schweizerischen Gesundheitspolitik.

Während der Föderalismus zu einer heterogenen Umsetzung nationaler Gesundheitspolitiken führen kann, bietet die Autonomie der kantonalen Ebene die Möglichkeit, bei der Behandlung von Politikproblemen voran zu gehen, die auf Bundesebene blockiert sind. Die effektive Blockade einer Rahmengesetzgebung im Bereich Gesundheitsschutz und Prävention seit den 1980er Jahren

fürte dazu, dass mehrere Kantone ihre Gesetzgebung in diesem Bereich überarbeiteten. Beispielsweise gingen im Bereich der Regulierung der Tabakwerbung einige Kantone voran und setzten entsprechende Werbeeinschränkungen um, die weiter gingen als existierende Massnahmen auf Bundesebene (Mavrot und Sager 2018; Trein 2017). Im Bereich des Schutzes vor Passivrauch trugen die Unterschiede zwischen den kantonalen Regelungen dazu bei, dass der Bundesrat und Parlament einheitliche Mindeststandards definierten (Benteli und Rohrer 2020).

6 Ausblick und Herausforderungen

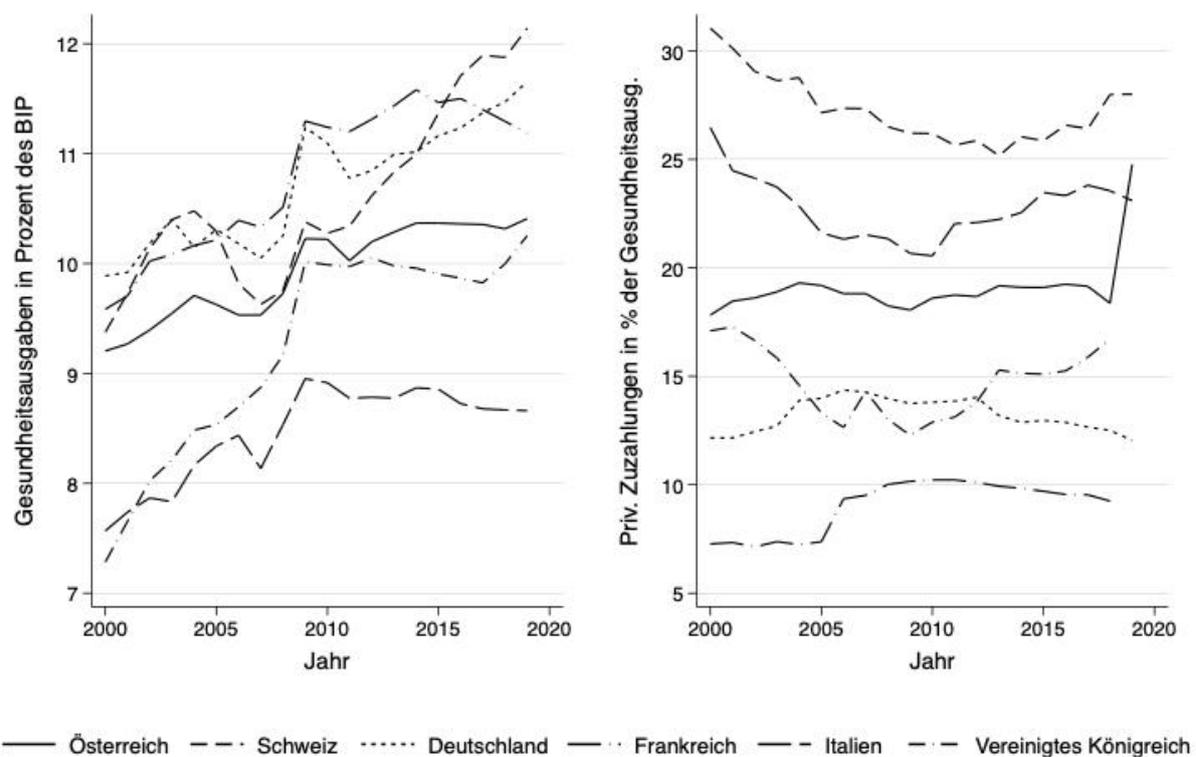
Das schweizerische Gesundheitssystem wird insgesamt, insbesondere auch im internationalen Vergleich, sehr positiv bewertet. Die gesamte Wohnbevölkerung hat aufgrund der obligatorischen Kranken- und Pflegeversicherung Zugang zu einer hochstehenden Gesundheitsversorgung mit einem umfassenden Leistungskatalog. Der Gesundheitszustand und Lebensqualität der Bevölkerung sind entsprechend gut und die Patientenzufriedenheit ist hoch. Schwachpunkte des Systems bilden die fehlende Transparenz über die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung, die hohen Kosten, der zunehmende Finanzierungsdruck und die komplexen Steuerungsstrukturen, welche Reformen erschweren (EDI 2013; de Pietro et al 2015). Dennoch steht die schweizerische Gesundheitspolitik – wie in anderen Ländern auch – vor wichtigen substantiellen Herausforderungen (Trein 2019).

Steigende Gesundheitsausgaben und Pflegebedarf

Seit Mitte der 1980er Jahre bildet die Kostenentwicklung und die Finanzierung des Gesundheitssystems bzw. der obligatorischen Krankenversicherung eine Hauptkonstante gesundheitspolitischer Diskussionen. Die öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben sind in der Schweiz sowohl gemessen am Anteil am BIP als auch pro Kopf höher als in den meisten anderen OECD-Mitgliedstaaten. Vor allem derjenige Anteil an den Gesundheitskosten, welchen die schweizerischen Haushalte privat abdecken müssen, ist in der Schweiz höher als in anderen

europäischen Staaten (siehe Abbildung 1). Allgemein haben die Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren zugenommen. In der Bevölkerung war dieser Kostenanstieg vor allem in der Form von steigenden Krankenkassenprämien zu spüren. Die Prämien stiegen zwischen 2000 und 2019 um durchschnittlich 3,4 Prozent pro Jahr und damit stärker als das BIP oder das Durchschnittseinkommen.^{xv}

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben als Anteil des Bruttoinlandsprodukts und private Zuzahlungen in der Schweiz im internationalen Vergleich (OECD 2020).



Die Kostendynamik stellt den Hauptauslöser von gesundheitspolitischen Reformbemühungen dar. Die meisten Reformprojekte des Bundes, parlamentarische Vorstösse und Volksinitiativen zu Gesundheitsthemen befassen sich mit verschiedenen Elementen der Systemgestaltung. Dabei geht es meistens um die folgenden übergeordneten Ziele: die Anreizstrukturen und Mechanismen der Versorgungssteuerung zu ändern, die Effizienz des Gesundheitswesens^{xvi} zu verbessern oder die

Kostenentwicklung zu dämpfen. Auf kantonaler Ebene bilden in der Regel ebenfalls Bestrebungen, die Spitalversorgung effizienter zu gestalten, einen wichtigen Auslöser gesundheitspolitischer Aktivitäten. Der Bundesrat legte seit 2003 zahlreiche Reformprojekte vor, von denen durchaus einzelne verabschiedet und umgesetzt werden konnten.

Dennoch gehen Reformen Kosteneinsparungen langsam voran, da entsprechende Reformvorschläge an der Urne scheiterten (siehe Abschnitt 2) oder der Gesetzgebungsprozess auf Bundesebene lange dauert. 2018 eröffnete der Bundesrat die Vernehmlassung über ein Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1). Erst in der Sommersession 2020 begannen parlamentarische Vorberatungen in der zuständigen Kommission des Ständerates. Die Reformvorschläge betreffen beispielsweise die Einführung des Experimentierartikels, der es Kantonen und Tarifpartnern erlauben soll «innovative» Projekte zur Kostendämpfung ausserhalb des KVG zu entwickeln. Dazu kommen weitere Massnahmen, beispielsweise zwingende Rechnungskopien der Leistungserbringenden an die Versicherten sowie die maximal mögliche Busse bei Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Heidelberger 2020c). Ein weiteres Massnahmenpaket war bis Ende November 2020 in der Vernehmlassung. Die politische Umsetzung der neueren Reformvorlagen zur Kostendämpfung muss gegen die Vetomöglichkeiten der betroffenen Verbände sowie gegen das Stimmvolk durchgesetzt werden. Dazu kommt, dass kantonale Zuständigkeiten auch bei diesem Reformvorhaben bundespolitische Steuerungsvorhaben beeinflussen werden.

Wie oben erwähnt, gibt es verschiedene Erklärungsfaktoren für steigende Gesundheitsausgaben. Ein zusätzliches Element ist die zunehmende Alterung der Bevölkerung, was nicht nur zu höheren Gesundheitsausgaben, sondern auch zu mehr Bedarf in der Langzeitpflege führt (Trein 2018b). Dabei stellt sich einerseits die Herausforderung, genügend Pflegepersonal rekrutieren zu können

(EDI 2013). Andererseits bringt das schweizerische System der Pflegefinanzierung Herausforderungen mit sich. Ähnlich wie bei der Gesundheitsversorgung müssen die Privathaushalte gut ein Drittel der Kosten decken. Krankenkassen, Kantone und Gemeinden sowie AHV-Ergänzungsleistungen bezahlen die übrigen zwei Drittel. Neben persönlichen Gründen führen hohe Pflegekosten, gerade für Heimaufenthalte, dazu, dass Privatpersonen, oftmals Frauen, Pflegeaufgaben übernehmen. In den Kantonen und Gemeinden, welche im Prinzip für die Pflege zuständig sind, gibt es dazu jedoch kaum Massnahmen, die die daraus resultierenden Erwerbsausfälle ausgleichen (Trein 2018c). Vor diesem Hintergrund ist die Reform der Pflegefinanzierung ein wichtiges Element der aktuellen Reformdiskussion im Gesundheitswesen, wobei ein Fokus der Reformanstrengung darauf abzielt, Privathaushalte und pflegende Angehörige zu unterstützen (APS 2020).

Digitalisierung und Genetik

Zwei weitere Herausforderungen für die Politik im Gesundheitswesen sind die Bereiche Genetik und Digitalisierung. In den letzten drei Jahrzehnten haben Forscherinnen und Forscher erhebliche Fortschritte in der Genforschung erzielt. Folglich entstand Handlungsbedarf für die Politik, um die Rahmenbedingungen für die Forschung zu schaffen und die gesundheitspolitische Verarbeitung der neuen Therapien durchzuführen. Bereits 1992 nahmen Volk und Stände einen Verfassungsartikel an, welcher klare Rahmenbedingungen und Regulierungen der Genforschung forderte (Benteli und Hofmann 2020). Anschliessend kam es auf nationaler Ebene zu einer Reihe von Gesetzgebungen, darunter das Stammzellengesetz von 2002, welches die Bedingungen für die Forschung an menschlichen Embryonen definierte und dabei vor allem der Produktion von Stammzellen enge Grenzen setzte (Benteli 2020). 2016 nahmen Volk und Stände eine Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetzes gegen den Widerstand religiöser Kreise an, welches die Präimplantationsdiagnostik für in-vitro gezeugte Embryos unter bestimmten Bedingungen erlaubte. Zudem haben Ergebnisse der Genforschung zur Entwicklung neuer Therapien gegen

seltene Krankheiten und in der Krebsbehandlung geführt. Diese Behandlungen sind sehr teuer, weil sie entweder nur wenige Patientinnen und Patienten in der Schweiz betreffen oder an individuelle genetische Profile angepasst werden müssen. Der Bundesrat hat entschieden, dass die Krankenkassen zwei neue Zelltherapien von 2020-2022 vergüten müssen, obgleich die Kostenfolgen noch nicht abgeschätzt werden können.

Eine andere wichtige Herausforderung der schweizerischen Gesundheitspolitik kann mit dem Begriff Digitalisierung umschrieben werden. Dabei handelt es sich um Politikmassnahmen, welche die Verwendung digitaler Technologien im Gesundheitswesen regeln, insbesondere Speicherung, Austausch und Analyse individueller Gesundheitsdaten. Dies resultiert in einer Vielzahl regulatorischer Herausforderungen. Dabei geht es einerseits um den Schutz der Individuen vor zu weitreichender Datenerhebung, beispielsweise durch Apps von Krankenversicherungen, welche im Austausch Prämienverbilligungen bei den Zusatzversicherungen anbieten. Andererseits geht es um die Verwendung individueller Daten zur Verbesserung der Behandlungsqualität und der Effizienz im Gesundheitswesen. In der Herbstsession behandelte der Ständerat den Entwurf des Bundesgesetzes über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Dabei geht es darum zu regulieren, unter welchen Bedingungen das BAG Zugang zu Individualdaten von Versicherten erhält, um die Effizienz im KVG zu analysieren (Heidelberger 2020b). Darüber hinaus gibt es politische Aktivitäten zur Steuerung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. 2007 veröffentlichte das BAG die nationale eHealth Strategie, welche unter anderem die Schaffung eines elektronischen Patientendossiers beinhaltet. 2015 veröffentlichte das Parlament ein Gesetz zur Schaffung eines solchen Dossiers, mit dem Ziel den Datenaustausch zwischen Gesundheitsversorgern zu verbessern. In dem Gesetz wurden allerdings nur Spitäler und ab einem späteren Zeitpunkt auf Pflegeheime zur Verwendung des Dossiers verpflichtet. Für Arztpraxen ist die Verwendung freiwillig und Patienten erhalten ein hohes Mass an Kontrolle über die

Weitergabe der Daten zwischen verschiedenen Versorgern. Die Krankenversicherer waren aus Datenschutzbedenken nicht in die Erarbeitung des Gesetzes eingebunden. Ärztevertreter sind mit den aktuellen Umsetzungsplänen aufgrund hoher technischer und Datenschutz-bezogener Regulierungen, der unklaren Finanzierung sowie der unklaren Nutzbarkeit des Dossiers in den täglichen Abläufen nicht einverstanden. Dazu kommt, dass es verschiedene regionale Lösungen gibt, was eine einheitliche Umsetzung erschwert (de Pietro und Francetic 2018). Die Umsetzung des Dossiers wurde immer wieder nach hinten verschoben. Im Juli 2020 war der anvisierte Termin das Jahr 2021 (Wüstholtz 2020).

Zunehmender Steuerungs- und Gestaltungswille des Bundesrates

Bei der Ausgestaltung gesundheitspolitischer Massnahmen zeigt der Bund einen zunehmenden Gestaltungs- und Steuerungswillen. Dabei greift der Bundesrat einerseits auf Notrecht zurück, um dringende Probleme anzugehen, beispielsweise im Bereich der Gesundheitsausgaben oder des Datenschutzes, wenn Verbände und Stimmvolk schnelle und umfassende Reformen blockieren. Andererseits kann von einem gewissen Wandel der Steuerungsformen gesprochen werden. Die klassische Regulierung wird zunehmend durch partnerschaftliche Governance-Ansätze ergänzt. Ein Beispiel dafür ist das 1998 gestartete, vom Bund und den Kantonen gemeinsam getragene Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz». Es stellt einen Versuch dar, gemeinsam Problembereiche zu thematisieren und nach neuen Formen der Zusammenarbeit zu suchen. Daraus entstand 2003 der Dialog Nationale Gesundheitspolitik (Achtermann und Berset 2006a: 161-162). Dabei handelt es sich in erster Linie um eine Austausch- und Koordinationsplattform zwischen Bundes- und Kantonsbehörden zu Themen, die von beidseitiger Bedeutung sind. Private Akteure des Gesundheitssystems sind nur punktuell beteiligt.^{xvii}

Zudem greift der Bund zunehmend auf Strategiepapiere zurück, welche wichtige gesellschaftliche Probleme angehen, beispielsweise die Zunahme chronischer Erkrankungen. Im Januar 2013 legte

der Bundesrat das Strategiepapier «Gesundheit 2020» vor (EDI 2013), welche gesundheitspolitischen Prioritäten skizziert sowie Ziele und Massnahmen formuliert. Diese sind in vier Handlungsfelder gegliedert: Der Bundesrat will die Lebensqualität sichern, die Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken, die Versorgungsqualität sichern und erhöhen, Transparenz schaffen sowie besser steuern und koordinieren.

Der Bundesrat zeigt somit zunehmenden gesundheitspolitischen Gestaltungswillen. Als neuer Aspekt ist dabei festzustellen, dass er von einer umfassenden Gesamtschau der Gesundheitspolitik ausgeht. Aufgrund der fragmentierten Zuständigkeiten war diese lange Zeit weitgehend ein loses Nebeneinander verschiedener gesundheitsbezogener Aktivitätsfelder ohne verbindenden strategischen Rahmen und übergeordnete Zielsetzungen. Zwar fehlt dem Bund die formelle Kompetenz für eine zentrale Steuerung. Die Bundesbehörden scheinen jedoch zunehmend Initiative zur Führung und Koordination zu zeigen. So wird im Rahmen verschiedener Prozesse unter Wahrung der bestehenden Kompetenzordnung in verschiedenen Bereichen die partnerschaftliche Entwicklung und Umsetzung gesundheitspolitischer Massnahmen angestrebt.

Insgesamt zeigt sich damit in der schweizerischen Gesundheitspolitik in Bezug auf die Rolle der politischen Akteure und staatlichen Ebenen eine ähnliche Entwicklung wie in anderen Politikfeldern. Als Resultat historisch gewachsener Strukturen erweist sich das schweizerische Gesundheitssystem allerdings auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts als stark fragmentiert mit komplexen Organisationsformen und ohne eine verfassungssystematisch aufgebaute Gesamtkonstruktion. Der starke Föderalismus mit der bedeutenden Stellung der Kantone in der Gesundheitsversorgung, die ausgebaute direkte Demokratie mit dem Damoklesschwert des Referendums über den Köpfen der Parlamentarier sowie die zahlreichen privaten Verbände mit ihrer beträchtlichen Organisationsmacht werden deshalb auch in Zukunft nur Veränderungen «in

kleinen Schritten» und keine grundlegenden Systemreformen in der schweizerischen Gesundheitspolitik erlauben.

Literaturverzeichnis

Achtermann, Wally und Christel Berset (2006a): *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 1: Analyse und Perspektiven*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Achtermann, Wally und Christel Berset (2006b): *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 2: 10 Porträts*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

APS (1966-2020): *Année politique suisse 1966-2020. Sozialpolitik; Gesundheit, Sozialhilfe, Sport*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern.

AS (1995): *Amtliche Sammlung des Bundesrechts*, AS 1995: 1367.

Balthasar, Andreas (2001): *Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung, Wirkungsanalyse KVG*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

BASYS (2000, Hrsg.): *Basys Informationen., Klassifizierung der Gesundheitssysteme: Extremfall Schweiz*. Augsburg: BASYS.

BBl (1890-2009): *Bundesblätter aus den Jahren 1980 bis 2009, Schweizerisches Bundesarchiv*.

Webdokumente, URL: <http://www.admin.ch/bundesrecht/00568/index.html?lang=de> [Stand: 29.10.13]

Benteli, Marianne (2020): *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Stammzellenforschungsgesetz (BRG 02.083), 2001 - 2005*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern.

Benteli, Marianne und Stéphane Hofmann (2020): *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Volksinitiative „gegen Missbräuche der Fortpflanzungs- und Gentechnologie beim Menschen“ und Gegenvorschlag (BRG 89.067), 1987 - 1992*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern.

Benteli, Marianne und Linda Rohrer (2020): *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Kantonale Rauchverbote vor der bundesrechtlichen Lösung, 2005 - 2008*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern.

Bernardi-Schenkluhn, Brigitte (1994): *Das Gesundheitssystem der Schweiz. Akteure, Strukturen, Prozesse und Reformstrategien*. Schriftenreihe der SGGP, No. 24, 2. Auflage. Frankfurt a.M.: Campus-Verlag.

Braun, Dietmar und Björn Uhlmann. (2009): Explaining Policy Stability and Change in Swiss Health Care Reforms. *Swiss Political Science Review* 15 (2): 205-240.

Braun, Dietmar und Björn Uhlmann (2008): *Die politische Regulierung des Gesundheitssystems der Schweiz – Veränderung und Stillstand. Endbericht zum Nationalfondsprojekt „Policy Ideas and Policy and Instruments in Swiss Health Care“* (No. 100012-107827).

Braendle, Thomas und Carsten Colombier (2016): What Drives Public Health Care Expenditure Growth? Evidence from Swiss Cantons, 1970-2012. *Health Policy* 120(9):1051-1060.

BAG (1993): *100 Jahre für alle. Sonderbeilage „100 Jahre BAG“ zum Bulletin Nr. 33*. Bern: Bundesamt für Gesundheit

Bundesrat (1991): *Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991*. Bundesblatt 1991 I 93.

Bundesrat (2009): *Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PrävG) vom 30. September 2009*. Bundesblatt 2009 7071.

Busato, André und Beat Künzi (2008): Primary Care Physician Supply and Other Key Determinants of Health Care Utilisation: the Case of Switzerland. *BMC Health Services Research* 8(1):1-8.

Crivelli, Luca, Massimo Filippini und Ilaria Mosca (2006): Federalism and Regional Health Care Expenditures: An Empirical Analysis for the Swiss Cantons. *Health Economics* 15(5):535-541.

CS (2009): *Aufgabe nicht erfüllt? Reformstau, Führungslosigkeit und die Erwartung einer Wirtschaftskrise hinterlassen Spuren*. Credit Suisse (CS) Sorgenbarometer. Bern: CS und GFS Bern.

De Pietro, Carlo und Luca Crivelli (2015): Swiss popular initiative for a single health insurer... once again! *Health Policy* 119(7), 851-855.

De Pietro, Carlo, Paul Camenzind, Isabelle Sturny, Luca Crivelli, Suzsanne Edwards-Garavoglia, Anne Spranger, Friedrich Wittenbecher und Quentin Wilm (2015): Switzerland: Health System Review. *Health Systems in Transition* 17(4), 1-288.

Degen, Bernard (2005): *Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates*. Schweizerisches Bundesarchiv, Digitale Amtsdrukschriften. Studien und Quellen, Band 31: 17-48.

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI) (2013): *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates „Gesundheit 2020“*. Bern: EDI.

Füglister, Katharina (2012): Where does learning take place? The role of intergovernmental cooperation in policy diffusion. *European Journal of Political Research*, 51(3), 316-349.

Furrer, Marie-Thérèse (2006): Die KVG Revisionen: wo stehen wir heute? *Soziale Sicherheit CHSS* 4/2006: 191-95.

Gerlinger, Thomas und Renate Reiter (2017): Gesundheitspolitik, in: Reiter, Renate (Hrsg.). *Sozialpolitik aus politikfeldanalytischer Perspektive: Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS: 221-274.

Gerritzen, Berit. C., Gebhard Kirchgässner (2013): Federalism in Health and Social Care in Switzerland. In Costa-Font, Joan, und Scott L. Greer (Hrsg.): *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*. London: Palgrave Macmillan, London, 250-271.

Hammer, Stephan, Martin Peter und Judith Trageser (2008): *Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung. Forschungsprotokoll Nr. 9*. Neuchâtel: Obsan.

Healy, Andrew und Neil Malhotra (2009): Myopic Voters and Natural Disaster Policy. *American Political Science Review*, 387-406.

Heidelberger, Anja (2020a): *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Neue Spitalfinanzierung, 2011 - 2019*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern.

Heidelberger, Anja (2020b): *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung, 2016 - 2019*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern.

Heidelberger, Anja (2020c): *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Erstes Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen (BRG 19.046), 2018 - 2020*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern.

Immergut, Ellen M. (1992): *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.

Indra, Peter, Reto Januth und Stephan Cueni (2015): Krankenversicherung, in Oggier, Willy (Hrsg.): *Gesundheitswesen Schweiz 2015-2017. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Hogrefe Verlag, 217-242.

Iten, Rolf, Anna Vettori, Judith Trageser, Christian Marti und Martin Peter (2010): *Volkswirtschaftliche Wirkungen steigender Gesundheitsausgaben*. Zürich: Infrac.

Jeanrenaud, Claude (2006): *Mode de Rémunération des Médecins et Coûts de la Santé en Suisse*. Neuchâtel: Université de Neuchâtel.

Kirchgässner, Gebhard und Berit Gerritzen (2011): *Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen: Die Schweiz im internationalen Vergleich*. St. Gallen: Schweizerisches Institut für Aussenwirtschaft und Angewandte Wirtschaftsforschung.

Kocher, Gerhard (2010): Kompetenz- und Aufgabenverteilung Bund – Kantone – Gemeinden, in Kocher, Gerhard und Willy Oggier (Hrsg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2010-2013. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber, 133-144.

Kübler, Daniel (2001): Understanding policy change with the advocacy coalition framework: an application to Swiss drug policy. *Journal of European Public Policy*, 8(4), 623-641.

Laubscher, Theodor (2006): Was hat das KVG an Neuem und an Veränderungen gebracht? *Soziale Sicherheit CHSS* 4/2006, 173-78.

Leimgruber, Matthieu (2008): *Solidarity without the State?: Business and the Shaping of the Swiss Welfare State, 1890–2000*. Cambridge: Cambridge University Press.

Maggetti, Martino, Christian Ewert und Philipp Trein (2017): Not quite the same: Regulatory intermediaries in the governance of pharmaceuticals and medical devices. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 670(1), 152-169.

Mavrot, Céline und Fritz Sager (2018): Vertical epistemic communities in multilevel governance. *Policy & Politics*, 46(3), 391-407.

Neuenschwander, Peter, Karin Frey und Kübler, Daniel (2005): *Die Zukunft der HIV/Aids-Prävention in der Schweiz im Zeitalter der Normalisierung: die Situation auf Bundesebene und in sieben Kantonen (Vol. 5)*. Universität Zürich: Institut für Politikwissenschaft.

OECD/WHO (2006): *OECD-Berichte über Gesundheitssysteme - Schweiz*. Paris/Bern: OECD/Bundesamt für Gesundheit.

OECD/WHO (2011): *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011*. Paris/Geneva: OECD Publishing.

OECD (2020): *OECD Health Data*. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9> [25.03.2021].

Paris, Valerie, Marion Devaux und Lihan Wei (2010): Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. *OECD Health Working Papers No. 50*. Paris: OECD Publishing.

PVK (2011). *Die strategische politische Steuerung des Bundesrates. Materialienband zum Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle (PVK) zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates vom 28. Oktober 2011*. Bern: Parlamentsdienste.

Rosenbrock, Rolf und Thomas Gerlinger (2014): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Rüefli, Christian und Gianna Monaco (2003): *Wirkungsanalyse Bedarfsabhängige Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer (Art. 55a KVG)*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.

Rüefli, Christian (2005): *Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen. Forschungsprogramm KVG*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Rüefli, Christian und Adrian Vatter (2001): *Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.

Sager, Fritz und Christian Rüefli (2001): *Die Auswirkungen der Aufnahme präventivmedizinischer Leistungen in den Pflichtleistungskatalog*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.

Sager, Fritz, Christian Rüefli und Lara Mandioni (2001): *Kostendämpfungsmassnahmen im Krankenversicherungsgesetz (KVG). Materialienband 2: Die Wirkungen der bundesrätlichen Rechtsprechung im Falle der Spitalplanung*. Bern: Parlamentarische Verwaltungskontrolle.

Sager, Fritz, Christian Rüefli und Marina Wälti (2010): *Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone. (Obsan Dossier 10)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Sager, Fritz und Christian Rüeßli (2005): Die Evaluation öffentlicher Politiken mit föderalistischen Vollzugsarrangements. Eine konzeptionelle Erweiterung des Stufenmodells und eine praktische Anwendung. *Swiss Political Science Review* 11 (2): 101-129.

Sager, Fritz, Karin Ingold und Andreas Balthasar (2017). *Policy-Analyse in der Schweiz-Besonderheiten, Theorien, Beispiele*. Zürich: NZZ Libro.

Sager, Fritz, Christian Rüeßli und Eva Thomann (2019): Fixing Federal Faults. Complementary Member State Policies in Swiss Health Care Policy. *International Review of Public Policy*, 1(1: 2), 147-172.

Spycher, Stefan (2004): *Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz. Eine Auslegeordnung*. Bern: Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien.

Trageser, Judith, Anna Vettori, Rolf Itten und Luca Crivelli (2012): *Effizienz, Nutzen und Finanzierung des Gesundheitswesens*. Bern: Akademien der Wissenschaften Schweiz.

Trein, Philipp (2015): *Implementation of revised bill on Epidemics in Switzerland*. ESPN (European Social Policy Network) – Flash Report 2015/46. Brussels: European Commission.

Trein, Philipp (2017): Europeanisation beyond the European Union: Tobacco advertisement restrictions in Swiss cantons. *Journal of Public Policy*, 37(2), 113-142.

Trein, Philipp (2018a): *ESPN Thematic Report on Inequalities to Access in Health Care - Switzerland*. Brussels: European Commission.

Trein, Philipp (2018b): *Health or Sick? Coevolution of Health Care and Public Health in a Comparative Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

Trein, Philipp (2018c): *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-term Care - Switzerland*. Brussels: European Commission.

Trein, Philipp (2019): Health Policy, in: Ladner, Andreas, Soguel, Nils, Emery, Yves, Weerts, Sophie und Nahrath, Stéphane (Hg.). *Swiss Public Administration. Making State Work Successfully*. London: Palgrave Macmillan, 323-338.

Uhlmann, Björn und Dietmar Braun (2011): *Die schweizerische Krankenversicherungspolitik zwischen Veränderung und Stillstand*. Chur: Rüegger Verlag.

Vatter, Adrian (2002): *Kantonale Demokratien im Vergleich. Entstehungsgründe, Interaktionen und Wirkungen politischer Institutionen in den Schweizer Kantonen*. Opladen: Leske + Budrich.

Vatter, Adrian (2003): Strukturen, Prozesse und Inhalte der schweizerischen Gesundheitspolitik, in: Zenger, Andreas und Tarzis Jung (Hrsg.): *Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik*. Bern und Göttingen: Verlag Hans Huber, 155-165.

Vatter, Adrian (2020): *Das politische System der Schweiz*. Baden-Baden: Nomos.

Vatter, Adrian und Christian Rüefli (2003): Do Political Factors Matter for Health Care Expenditure? A Comparative Study of Swiss Cantons, *Journal of Public Policy* 23 (3): 301-323.

Vatter, Adrian und Christian Rüefli (2014): Gesundheitspolitik, in: Knoepfel, Peter, Yannis Papadopoulos, Pascal Sciarini, Adrian Vatter und Silja Häusermann (Hrsg.): *Handbuch der Schweizer Politik*. Zürich: NZZ Libro, 827-854.

Wüstholtz, Florian (2020): Das Kranke Dossier. *Die Republik*. 21.07.2020.
<https://www.republik.ch/2020/07/27/das-krank-dossier>. [08.10.2020].

Züst, Barbara und Mirjam Baumgartner (2015): Patientinnen- und Patientenvertretungen, in: Oggier, Willy (Hrsg.): *Gesundheitswesen Schweiz 2015-2017*. Eine aktuelle Übersicht. Bern: Hogrefe Verlag; 285-294.

Endnoten

ⁱ Seit 1996 ist die Krankenversicherung für die gesamte Bevölkerung mit einem Wohnsitz in der Schweiz obligatorisch (Uhlmann und Braun 2011).

ⁱⁱ Bundesamt für Statistik (BFS): <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.html>, Zugriff am 30.08.2020.

ⁱⁱⁱ Eigene Berechnungen basierend auf BFS Daten. Anteil der Beschäftigten in den statistischen Kategorien «Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen, Gesundheitswesen, Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime): <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/industrie-dienstleistungen/unternehmen-beschaeftigte/beschaeftigungsstatistik/beschaeftigte.html>, Zugriff am 30.08.2020.

^{iv} Ambulante Leistungserbringer, beispielsweise Arztpraxen sind meistens privat organisierte und finanzierte Akteure. Dasselbe gilt für etwa die Hälfte aller Spitäler (v.a. Spezialkliniken) und für zwei Drittel der Alters- und Pflegeheime. Die spitalexterne Pflege zu Hause (Spitex) wird zum grössten Teil von gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Organisationen erbracht. (Krankenhausstatistik, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und Spitex-Statistik; www.bfs.admin.ch).

^v 1913 wurde zusätzlich das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) eingerichtet, das unter anderem den Vollzug und Ausbau des KUVG übernahm (Degen 2005: 26). Die Zuständigkeit für die Kranken- und Unfallversicherung ging 2004 an das Bundesamt für Gesundheit über.

^{vi} Der Bundesrat präsentierte im Herbst 2009 einen weiteren Gesetzesentwurf zur Suizidhilfe und eine nationale Strategie zur palliativen Pflege. Im Jahr 2007 hatte der Ständerat dem Bundesrat einen verbindlichen Auftrag zur Regelung der indirekt aktiven Sterbehilfe erteilt (APS 2007, 2009). 2018 forderte der Ständerat den Bundesrat mittels Postulat dazu auf eine Empfehlung für eine bessere Betreuung der Menschen am Lebensende zu erarbeiten (Geschäfts Nr.: 18.3384) (APS 2020).

^{vii} Auch jüngere Versuche ein Bundesgesetz zur Prävention und Gesundheitsförderung zu schaffen waren nicht von Erfolg gekrönt. Im Jahr 2011 waren die Räte nur knapp auf die Beratung eines Gesetzesentwurfs des Bundesrates eingetreten. Die Vorlage scheiterte im Herbst 2012 in der Einigungskonferenz am Nein des Ständerates.

^{viii} Die Aufsicht über die privaten Zusatzversicherungen obliegt der Finanzmarktaufsicht FINMA.

^{ix} Bundesamt für Statistik (BFS). Gesundheitskosten, Finanzierung nach Finanzierungsregime: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/finanzierung.html>, Zugriff am 01.10.2020.

^x Vgl. OECD Gesundheitsstatistiken: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>, Zugriff am 01.10.2020.

^{xi} Die Leistungserbringer verfügen insbesondere bei der Produkt- und Leistungsgestaltung über unternehmerische Gestaltungsmöglichkeiten. Dies beinhaltet auch die Freiheit der Organisation der Versorgung, wie z.B. die Bildung von Gruppenpraxen und Ärztenetzwerken (Hammer et al. 2008: 89-90). Die Verbände spielen eine wesentliche Steuerungsrolle im Bereich der Ausbildung und der Qualifizierung sowie über die jeweiligen Standesordnungen und Richtlinien für die ihnen angeschlossenen Professionen.

^{xii} Mehrere Anläufe für einen Systemwechsel, d.h. zur Einführung einkommensabhängiger Prämien, wurden von der Stimmbevölkerung jeweils abgelehnt.

^{xiii} Bundesamt für Statistik (BFS). Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKPV): Kennzahlen zur Prämienverbilligung: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/je-d-13.04.03.03>, Zugriff am 21.03.2021.

^{xiv} Wie Meinungsumfragen und Abstimmungsanalysen zeigen, steht auch die Mehrheit der Bevölkerung der Idee, den Versicherern mehr Kompetenzen zu übertragen, skeptisch gegenüber. Es wird befürchtet, dies führe zu Qualitätseinbussen und zum Verlust der freien Wahl des Leistungserbringers.

^{xv} Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2020; www.bag.admin.ch [Stand am: 07.10.2020]

^{xvi} Für eine kritische Auseinandersetzung mit der Effizienz des schweizerischen Gesundheitswesens vgl. Kirchgässner und Berritzen (2011) und Trageser et al. (2012).

^{xvii} <http://www.nationalegesundheit.ch/> [22.11.2013]