

Erwin Carigiet

In: Erwin Carigiet, Daniel Grob (Herausgeber), Der alte Mensch im Spital - Altersmedizin im Brennpunkt, Zürich 2003

Gesundheitswesen – Aspekte gesellschaftlicher Solidarität

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung

- 1. Das Gesundheitswesen – tragender Pfeiler des Sozialstaates**
 - 1.1. Sozialverfassung und Sozialziele
 - 1.2. Grundfragen und aktuelle Konzeption der sozialen Krankenversicherung
 - 1.3. Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens und der sozialen Krankenversicherung
- 2. Herausforderungen an die Solidarität im Gesundheitswesen**
 - 2.1. Alterung der modernen Gesellschaften
 - a) Demographische Entwicklungen
 - b) Existenzsicherungen im Alter
 - c) Alter und Gesundheitskosten
 - 2.2. Finanzierung des Gesundheitswesens
 - a) Strukturelle und weitere Rahmenbedingungen
 - b) Entwicklung und Verteilung der Gesundheitskosten
- 3. Ausblicke**
 - 3.1. Vorbemerkungen
 - 3.2. Determinanten und mögliche Ziele von strukturellen Reformen des Gesundheitswesens
 - 3.3. Normative Steuerung der Medizin

Literaturverzeichnis

Le „capital“ de la grande majorité de la population est composé:

- *de la santé,*
- *d'une force de travail*
- *de droits à la protection sociale.*

Pierre-Yves Greber¹

Einleitung

Das Gesundheitswesen steht seit längerer Zeit im Rampenlicht der Öffentlichkeit. Dabei geht es meist um die Kosten, welche die Einzelnen, die soziale Krankenversicherung oder die Steuerzahlenden zu übernehmen haben. Es werden mannigfaltige Diagnosen gestellt und zahlreiche Therapien für das Gesundheitswesen vorgeschlagen.² Im Folgenden steht die gesellschaftliche Solidarität im Mittelpunkt, welche sich in den Einrichtungen des Gesundheitswesens ausdrückt.

Während in der Zeit des wirtschaftlichen Wachstums die Systeme der sozialen Sicherheit weiterentwickelt werden konnten und dadurch die Sozialleistungen zunahmen, verhindern heute die demographischen Strukturen, die zunehmenden Gesundheitskosten sowie die zunehmende Zahl der in wirtschaftlichen Schwierigkeiten lebenden Menschen (junge Familien, Arbeitslose) eine Verminderung der Ausgaben für die soziale Sicherheit.

Aus den unterschiedlichen Bildern von Gesundheit und Krankheit³ entwickeln sich unterschiedliche Konzepte zur Aufrechterhaltung von Gesundheit oder Beseitigung bzw. Linderung von Krankheit. Der Philosoph Ernst Bloch hat dies wie folgt ausgedrückt:

¹ SZS/RSAS Nr. 44/2000 S. 395.

² Vgl. als Beispiel für viele: Ayoubi/Huth S. 22 ff.

³ Vgl. Pauli/White/McWhinney S. 95 ff.

*Gesundheit ist ein schwankender Begriff, wenn nicht unmittelbar medizinisch, so sozial. Gesundheit ist überhaupt nicht nur ein medizinischer, sondern überwiegend ein gesellschaftlicher Begriff. Gesundheit wiederherstellen, heisst in Wahrheit: den Kranken zu jener Art von Gesundheit bringen, die in der jeweiligen Gesellschaft die jeweils anerkannte ist, ja in der Gesellschaft selbst erst gebildet wurde. Also sind selbst für die blosser Absicht der Wiederherstellung die Ziele des Wieder wechselnd, mehr: sie werden selber erst von der jeweiligen Gesellschaft als "Norm" gesetzt. Gesundheit ist in der kapitalistischen Gesellschaft Erwerbsfähigkeit, unter Griechen war sie Genussfähigkeit, im Mittelalter Glaubensfähigkeit. Krankheit galt damals als Sünde (daher vor allem die furchtbare Behandlung der Irren, in Ketten und Kerker), also war der sündenarme Mensch der bestgeratene.*⁴

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in der Präambel ihrer Verfassung die Gesundheit wie folgt definiert: „Gesundheit ist der Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit.“⁵ Ein Mensch ist in diesem ganzheitlichen Sinn gesund, wenn er äussere und innere „Anforderungen bewältigt, dabei eine zufriedenstellende Kontinuität des Selbsterlebens (Identität) sichert“⁶ und sich im jeweiligen historischen und gesellschaftlichen Kontext möglichst selber zu verwirklichen vermag.⁷

Die Gesundheitspolitik muss aus Sicht dieser Abhandlung die Fragen von Gesundheit und Krankheit immer wieder in einen übergeordneten gesellschaftspolitischen Zusammenhang stellen. Wirklich erfolgreich wurden die Bemühungen der Medizin erst in den letzten 150 Jahren, einerseits als Folge der entscheidenden *hygienischen, ernährungsmässigen und sozialen* Fortschritte und andererseits als direkte Auswirkung der Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaften.⁸ Politische Massnahmen, die gesundheitsschädigende

⁴ Bloch S. 539/540.

⁵ Zitiert nach Pflüger-Demann, S. 67.

⁶ Hurrelmann S. 17.

⁷ Vgl. Fäh S. 34 ff.

⁸ Carigiet S. 136 (mit Hinweisen).

Mechanismen sozialer Verhältnisse reduzieren, sind heute immer noch notwendig, auch wenn sie in der öffentlichen Diskussion selten mehr erscheinen.⁹

Die gesellschaftlichen und individuellen Lebensbedingungen sowie die individuelle Lebensführung¹⁰ wirken sich zweifellos auf die Gesundheit der Menschen aus¹¹. Dies, wie auch der Umstand, dass immer mehr gesellschaftliche und existenzielle Fragestellungen mit den Möglichkeiten der Medizin gelöst werden (sollen), erschwert - nebst der Frage nach dem direkten (Kosten-)Nutzen-Verhältnis medizinischer Dienstleistungen - den gesellschaftlichen Konsens für eine verbindliche (normative) Steuerung der Medizin und des gesamten Gesundheitswesens enorm. Die Gesamtkosten über eine normative Steuerung der Medizin, im Sinne von „Welche Medizin ist für wen nach welchen Prinzipien erhältlich bzw. zur Verfügung zu stellen?“, zu senken, ist schwierig.¹²

Einfacher ist es und stellt immer noch die Stossrichtung des Handelns zahlreicher Politikerinnen und Politiker dar, die Kosten des Gesundheitswesens zu verlagern (z.B. mit einer höheren Selbstbeteiligung von den Gesunden auf die Kranken oder mit einer Pflegeversicherung von den Jungen auf die Alten). Oder die Verlagerung der Kosten erfolgt in der anderen Richtung, in Verwirklichung gesellschaftlicher Solidarität, mit einer einkommensabhängigen Finanzierung von den Armen auf die Reichen. Ohne normative Steuerungen wird es jedoch bei beiden Stossrichtungen zu weiteren ineffizienten Kostensteigerungen kommen und damit die die gesellschaftliche Solidarität gefährdende Verschleuderung von Ressourcen letzten Endes nicht eingedämmt.¹³

Wenn es nicht gelingt, in absehbarer Zukunft grundsätzliche Reformen aufzugleisen, wird erst mit zusätzlichem Leidensdruck Neues möglich sein, was aber vor allem für die wirtschaftlich schwächeren Teile der Gesellschaft zu schmerzlichen Eingriffen führen wird. Effizienz und Effektivität der gesellschaftlichen Solidarität bedürfen genauer Betrachtung und vernetzter, interdisziplinärer Überprüfung.

⁹ Martin S. 155 ff.

¹⁰ Vgl. Stampfer S. 16 ff.

¹¹ Es sei in diesem Zusammenhang lediglich die tiefere Lebenserwartung armer gegenüber reichen Menschen in Erinnerung gerufen. Vgl. Schwank S. 140 ff.

¹² Vgl. Gärtner S. 173 ff.

Die soziale Sicherheit, wie sie in der Schweiz in den vergangenen Jahrzehnten aufgebaut worden ist, begründet Vertrauen in die unsichere unvorhersehbare Zukunft.¹⁴ Dieses Vertrauen verliert aufgrund der in dieser Abhandlung beschriebenen Faktoren (demographische Entwicklung, sozialer Wandel, Wirtschaftsentwicklung) an Boden und wird zusätzlich durch immer komplexer werdende Fragen erschüttert. Letztere äussern sich vor allem in der Rechtszersplitterung und in einer beinahe unübersichtlichen Fülle an Gesetzen und einer ausgesprochen differenzierten Rechtsprechung.¹⁵

Das Bewusstsein darum, dass auch in reichen Staaten finanzielle Ressourcen beschränkt sind, ist notwendig und unverzichtbar.¹⁶ Dieses Wahrnehmen von ökonomischen Rahmenbedingungen muss aber stets ergänzt bleiben durch ein ebenso deutliches Bewusstsein für die sozialen Bedürfnisse, für die möglichen und notwendigen, allenfalls auch für neu zu gestaltende Formen der sozialen und kulturellen Teilhabe an der Gesellschaft: Alte und Kranke auszugrenzen, in einen Zustand der Minderwertigkeit zurückzuwerfen, verträgt sich mit den Prinzipien einer demokratischen Gesellschaft nicht.¹⁷ Soziale Sicherheit ist stets eine Frage des politischen Willens.

Die soziale Krankenversicherung ist zu Recht so konzipiert, dass die Gesunden und Jungen mit ihren Prämien stets mehr einbezahlen, als sie an Leistungen beziehen. Dies tun sie im Bewusstsein und mit der Sicherheit, dass sie – wie es die Erfahrung zeigt – zu einem späteren Zeitpunkt, oft im Alter, dann wieder mehr Leistungen beziehen, als sie mit ihren Prämien zu finanzieren im Stande sind. Im gleichen Zusammenhang sind die aktuellen Trends zu würdigen und zu bekämpfen, dass Teile der bisher durch Sozialversicherungen getragenen Leistungen durch private Versicherungen, durch die Sozialhilfe oder durch die vermehrte Einforderung von freiwilliger Arbeit (z.B. für die Pflege von Angehörigen) zu ersetzen sind. Den Preis hierfür bezahlen in der Regel die

¹³ Vgl. Zürcher S. 149 ff.

¹⁴ Vgl. Riemer-Kafka S. 357 ff.

¹⁵ Vgl. Riemer-Kafka S. 359.

¹⁶ Cf. Zürcher S. 150.

¹⁷ Vgl. Touraine im Vorwort zu Guillemard S. 16.

schwächeren Glieder der Gesellschaft – in Verletzung der Bestrebungen der Gleichstellung sind dies oft die Frauen.¹⁸

Strukturelle Reformen bewegen sich zwischen den Idealtypen *Wettbewerb* und *Regulierungsstrategie*.¹⁹ Dabei sind Chancen und Risiken wie Flexibilität, gesundheitliche Chancengleichheit und Entsolidarisierung zu beachten. Als Beispiel für eine Reform mit erhöhter gesellschaftlicher Solidarität sei im Folgenden kurz die gesundheitliche Versorgung der Betagten kurz skizziert.²⁰

Weder Alter noch Jugend sind lediglich kostenrelevante Grössen. Das Alter stellt die Zukunft eines jeden Menschen dar. Die damit verbundenen Hoffnungen richten sich auf ein gesundes oder beschwerdenfreies Alter. Allein aufgrund der demographischen Entwicklungen nun die gesellschaftliche Solidarität zu reduzieren, befriedigt nicht. Begriffe wie *Rentnerschwemme*, *Altersexplosion* oder *Überalterung* verraten ein seltsames Menschenbild. Welches ist denn nun die richtige Verteilung zwischen Jung und Alt? Die oft zitierten Bilder der *Kostenexplosion*, *des Krieges der Generationen*, *der Aufkündigung des Generationenvertrages* vernachlässigen mit ihrer geradezu blinden Fixierung auf die *Kosten der sozialen Sicherheit* die Frage nach den *Kosten der sozialen Unsicherheit*.

Die Altersmedizin und die Altenpflege, insbesondere deren Kosten, bewegen die Menschen: Aufgrund ökonomischer Überlegungen wird nun von verschiedener Seite eine stärkere Belastung der älteren Menschen im Bereich der sozialen Krankenversicherung verlangt. So wird zum Beispiel die Einführung einer *Pflegeversicherung* für die älteren Menschen gefordert, die allein von den über 50-jährigen Personen zu finanzieren wäre. Dies ist abzulehnen, da damit dem für die Sozialversicherungen wichtigen Prinzip der Langfristigkeit zu wenig Rechnung getragen wird. Solidarität ist stets vielschichtig:

¹⁸ Vgl. ausführlich Meier S. 81 ff.

¹⁹ Gärtner S. 184 ff.

²⁰ Im Folgenden wird dieser Vorschlag näher ausformuliert.

Die kleine Solidarität der einzelnen Menschen gegenüber anderen Individuen wird durch Mitgefühl und Mitleid ausgelöst. Sie äussert sich als Barmherzigkeit und mündet in direkte Hilfe. Die grosse Solidarität, verwirklicht in den Einrichtungen des Sozialstaates, beinhaltet eine starke rationale Komponente, die über den moralischen Appell hinausgeht. Sie rechnet stets mit Erwidern und enthält die utilitaristische Idee der Gegenseitigkeit: Wir tragen zu einer gerechteren solidarischen Gesellschaft bei, weil wir selber auch einmal auf sie angewiesen sein könnten.²¹

Zur teilweisen Neuregelung der Finanzierung der Altersgesundheitsversorgung steht ein bewährtes System bereit, das wesentliche Aufgaben von der sozialen Krankenversicherung übernehmen kann. Die *Langzeitpflege* im Alter und bei Invalidität könnte inskünftig – im weiter unten beschriebenen Sinne und Umfang – vollumfänglich oder zu einem grossen Teil von den *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV* übernommen werden. Dadurch würden inskünftig die Prämienzahlenden zu Lasten der Steuerzahlenden entlastet, was in diesem Bereich gesellschaftliche Solidarität verwirklicht. Überdies entfielen für die Betroffenen unwürdige Auseinandersetzungen darüber, ob die (an und für sich unbestrittenen) notwendigen Leistungen der Krankenpflege oder der infolge von Alter und Gebrechlichkeit notwendigen Betreuung zuzuordnen sind. Die Kosten werden insgesamt nicht reduziert, verändert wird nur der Kostenträger.

In dieser Abhandlung werden die Gesundheitsversorgung der Stadt Zürich und insbesondere das Stadtspital Waid für verschiedene Aspekte als Beispiel herangezogen.²²

²¹ Carigiet S. 147.

²² Das Stadtspital Waid wurde 1953 eröffnet und verfügt neben seinen beiden Schwerpunkten innere Medizin und Chirurgie über eine weit über die Stadtgrenzen hinaus anerkannte Klinik für Geriatrie und Rehabilitation.

1. Das Gesundheitswesen – tragender Pfeiler des Sozialstaats

1.1. Sozialverfassung und Sozialziele

Für den Grossteil der schweizerischen Bevölkerung stellt die im Zweckartikel der neuen Verfassung vom 18. April 1998 (BV) fortgeschriebene gemeinsame Wohlfahrt den *elementaren Staatszweck* dar (Art. 2 Abs. 2 BV). Der Begriff der gemeinsamen Wohlfahrt lässt sich nicht eindeutig umschreiben. Es lässt sich nur im jeweiligen geschichtlichen Kontext verstehen, was zur Daseinsvorsorge des Staates für seine Einwohnerinnen und Einwohner gehört. Jedenfalls geht die gemeinsame Wohlfahrt über die Gewährung der sozialen Sicherheit hinaus: Das Ziel ist eine für alle befriedigende Teilnahme an der Gesellschaft.²³

Die befriedigende Teilnahme an der Gesellschaft schliesst gesundheitspolitische Aspekte ein. Neueste Untersuchungen zeigen, dass es nicht die reichsten, sondern die egalitärsten Nationen sind, deren Bevölkerung am gesündesten ist und am längsten lebt:²⁴ Der soziale Status ist für den Gesundheitszustand einer Person entscheidend – und zwar individuell und kollektiv gesehen. Soziale Unterschiede innerhalb eines Landes führen zu einem schlechteren Gesundheitszustand der einkommensschwachen gegenüber reichen Menschen.²⁵ Darüber hinaus ist aber die Lebenserwartung in einem Land mit grossen Einkommens- und Vermögensunterschieden zusätzlich tiefer als in einem Land, in dem die Unterschiede geringer ausfallen (so ist z.B. in Griechenland die Lebenserwartung höher als in den USA)²⁶.

Der Verfassungsgeber geht davon aus, dass *Marktmechanismen nicht allein zu den Ergebnissen führen, welche den obersten Zielen und Werten der staatlichen Gemeinschaft gerecht werden*. In der neuen Bundesverfassung ist deshalb ebenfalls der Wohlfahrtsartikel nachgeführt worden (Art. 94 Abs. 2 BV): Bund und Kantone sollen zur wirtschaftlichen Sicherheit der Bevölkerung beitragen, dies ausdrücklich zusammen mit

Gelöscht: zur Wohlfahrt und

²³ Tschudi S. 12, Riemer-Kafka S. 357 f.

²⁴ Vgl. Wilkinson S. 1 ff. – zur Frage der Gleichheit bzw. Gleichwertigkeit vgl. Carigiet S. 51 ff.

²⁵ Vgl. Künzler S. 67 ff. und Schwank S. 137 ff.

²⁶ Vgl. Prowse S. 12.

der privaten Wirtschaft. In Art. 94 Abs. 4 BV ist festgehalten, dass unter Abweichung von der Wirtschaftsfreiheit auch Massnahmen zu verstehen sind, die sich gegen den Wettbewerb richten.²⁷ Mit diesen zentralen Bestimmungen der Verfassung wird die sozialpolitische Verantwortung des Staates festgeschrieben und gleichzeitig die sozialpolitische Einbindung der privaten Wirtschaft eingefordert.

Sowohl der Zweckartikel wie auch der Wohlfahrtsartikel sind programmatischer Natur und lösen keine direkten Wirkungen aus. Sie gelten jedoch als „helvetisch temperierte Sozialstaatsklausel“.²⁸ Das Sozialstaatsprinzip wird in verschiedenen Kompetenzbestimmungen und Gesetzesaufträgen in der Verfassung konkretisiert. Der verfassungsrechtliche Auftrag für die soziale Krankenversicherung ist in Art. 117 BV zu finden. Für diesen Teil der Verfassung hat sich in den letzten Jahrzehnten der Begriff der *Sozialverfassung* eingebürgert.²⁹

Daneben ist die Sozialstaatlichkeit in der neuen Verfassung mit vereinzelten Bestimmungen im Grundrechtsteil, wie z.B. im *Recht auf Existenzsicherung* (Art. 12 BV), und in einem neuen Katalog von *Sozialzielen* (Art. 41 BV) konkretisiert worden.

Im Katalog der Sozialziele werden deklamatorisch sieben grundlegende Felder der modernen Sozialpolitik skizziert: An erster Stelle steht die *Teilhabe jeder Person an der sozialen Sicherheit*, an zweiter Stelle wird gefordert, dass *jede Person, die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält*.³⁰ Diese Forderungen richten sich an Bund und Kantone, und zwar ausdrücklich in *Ergänzung zur persönlichen Verantwortung und zur privaten Initiative*. Bund und Kantone erhalten den Auftrag, die Sozialziele im Rahmen ihrer verfassungsmässigen Zuständigkeiten *und* ihrer verfügbaren Mittel anzustreben (Art. 41 Abs. 3 BV).

²⁷ Der Vorläufer von Art. 94 Abs. 2 BV war in der Volksabstimmung vom 6. Juli 1947 gleichzeitig mit dem AHV-Gesetz angenommen worden (Art. 31bis Abs. 1 aBV). Art. 31bis Abs. 2 aBV löste die entscheidenden Impulse zur Weiterentwicklung des schweizerischen Sozialversicherungswesens aus.

²⁸ Rhinow S. 170 (mit Hinweis).

²⁹ Die Wirtschaftsverfassung befasst sich dagegen mit Themen wie die Wirtschaftsfreiheit oder die Eigentumsgarantie.

³⁰ Gesundheit ist eine Grundvoraussetzung für die Realisierung von Lebensplänen und damit für Chancengleichheit (vgl. Zürcher S. 150 mit Hinweisen).

Da es sich bei den Sozialzielen lediglich um Staatszielbestimmungen handelt, können aus ihnen keine unmittelbaren Ansprüche auf staatliche Leistungen abgeleitet werden. Sie richten sich an die Gesetzgeber und nicht an die rechtsanwendenden Behörden oder Instanzen. Bundes- und Kantonsgesetzgeber haben den Weg und die Mittel zu eruieren und zu bestimmen, welche ihnen zur Zielerreichung als geeignet erscheinen.

Der Eigenverantwortung kommt im Sozialzielkatalog eine hohe Bedeutung zu. Es handelt sich um einen ethischen Appell und nicht um eine rechtlich durchsetzbare Pflicht - vergleichbar zu Art. 6 BV, welcher ganz allgemein die individuelle Verantwortung der Bürgerinnen und Bürger als massgeblich für die Bewältigung der Aufgaben in Staat und Gesellschaft betrachtet. Der beschriebene Vorbehalt der verfügbaren Mittel bedeutet, dass die für die soziale Sicherheit benötigten Mittel, also auch jene für die Krankenversicherung und für die Gesundheitsversorgung, in einem demokratischen politischen Prozess zur Verfügung gestellt werden oder eben nicht.³¹

In der seinerzeitigen parlamentarischen Diskussion waren die Sozialziele zuerst höchst umstritten. Dem Streit kam eine hohe symbolische Bedeutung zu: Die einen verstanden die Sozialziele als falsches Zeichen in Richtung Ausbau des Sozialstaates, für die anderen bildeten sie eine Bedingung, um dem Verfassungsentwurf überhaupt zustimmen zu können.³²

1.2. Grundfragen und aktuelle Konzeption der sozialen Krankenversicherung

Soziale Gerechtigkeit, wie sie sich im sozialen Rechtsstaat verwirklicht, verlangt nach der ausgleichenden Tätigkeit des Staates. Hier finden die individuelle Freiheit und Autonomie ihre berechtigten Grenzen. Der notwendige Ausgleich verwirklicht sich in den Instituten der sozialen Sicherheit. Die differenzierten modernen Gesellschaften sind hier nicht nur in Strategien der Effizienzsteigerung gefordert, sondern sollen auch eingebettet bleiben in

³¹ Rhinow S. 175.

³² Carigiet S. 65.

eine bewusste Orientierung an den massgeblichen Werten der Gerechtigkeit, der Gleichheit und der Solidarität.³³

Die gemeinsame Wohlfahrt unterscheidet sich vom Wohlstand. Dieser definiert sich nach rein materiellen Prinzipien, während die Wohlfahrt auch ideelle Komponenten miteinschliesst. Dem Verfassungsgeber geht es um die Gewährung und Hebung der Lebensqualität. So formulierte der Souverän kurz nach dem 2. Weltkrieg aus dem damaligen Solidaritätsempfinden heraus die bereits erwähnten Wirtschafts- und Sozialartikel von Art. 31bis Abs. 1 aBV.

Im 20. Jahrhundert ist die Wohlfahrtsklausel mittels einer reichen Sozialgesetzgebung umgesetzt worden. Auf dem Gebiet der Krankenversicherung ist dies mit dem auf den 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz (KVG) geschehen. Die diesem Gesetzeswerk zugrunde liegenden hohen ethischen Werte haben dazu geführt, dass

- Alte und Junge in der sozialen Krankenversicherung gleich hohe Prämien zu bezahlen haben,
- Frauen keine höheren Prämien zahlen als Männer³⁴,
- chronisch kranke Menschen nicht ausgesteuert werden können (Gewährung sozialer Sicherheit auch in der Langzeitpflege),
- alle Menschen in der Schweiz aufgrund des Obligatoriums und des umfassenden Leistungskatalogs an der hohen Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems teilhaben.

Der Leistungskatalog ist umfassend. Wenn er nun, wie es manchenorts in der politischen Diskussion gefordert wird, massgeblich reduziert wird³⁵, wird für eine Mehrheit der Bevölkerung der Gesundheitsschutz abgebaut und damit auch die gesellschaftliche Solidarität reduziert.³⁶ Nebst dem Renteneinkommen aus erster und zweiter Säule stellt

³³ Carigiet S. 51.

³⁴ Vgl. Riemer-Kafka, Gleichstellung S. 225 und 291 ff.

³⁵ Für die Situation in den USA vgl. Walzer S. 137 ff. - vgl. auch van Langendonck S. 375 ff.

³⁶ Hohmann S. 377 ff. skizziert das Spannungsfeld zwischen privatem und öffentlichem Krankenversicherungsschutz.

die soziale Krankenversicherung die zweite elementare Stütze der sozialen Sicherheit im Alter dar.

Das KVG hat für die Krankenpflegeversicherung ein *Bundesobligatorium* eingeführt, das – mit ganz wenigen Ausnahmen – für die *gesamte Wohnbevölkerung* gilt. Mit verschiedenen Massnahmen wirkt das KVG der unter dem alten Recht noch möglichen Entsolidarisierung entgegen. Dabei geht es vor allem um die *Verhinderung der bewussten Risikoselektion*:

- Die Krankenversicherer sind verpflichtet, für jeden Kanton eine *Einheitsprämie* festzusetzen, die nur wenige Abweichungen zulässt, wie beispielsweise in beschränktem Umfang die Bildung von Prämienregionen innerhalb eines Kantons. Die Umsetzung in der Praxis vermag allerdings nicht ganz zu befriedigen.
- Die Versicherten können aufgrund der mit dem KVG eingeführten *Freizügigkeit*, auch wenn sie krank sind, beliebig die Versicherung wechseln, ohne Nachteile in Kauf nehmen zu müssen.
- Diese volle Freizügigkeit, der *Wegfall der Aussteuerung bei lang andauernder Krankheit* sowie das Prinzip, dass Jung und Alt, Kranke und Gesunde gleich hohe Prämien bezahlen, kommt nicht zuletzt auch der älteren Generation zu Gute.
- Weiter fällt ins Gewicht, dass für die Versicherten in der sozialen Krankenversicherung *keine Vorbehalte* für bestehende Krankheiten erhoben werden dürfen. Dies soll ebenfalls den Wechsel von einer Krankenversicherung zur anderen erleichtern.

Die *Finanzierung des Gesundheitswesens* weist eine individuelle und eine kollektive Komponente auf. Zur erstgenannten ist zu sagen, dass die Belastung der Versicherten durch das aktuelle Kopfprämiensystem der sozialen Krankenversicherung – trotz des eingerichteten Systems der individuellen Prämienverbilligungen – individuell höchst unterschiedlich ausfällt. Vor allem der (untere) Mittelstand steht unter hohen finanziellen Belastungen, die durch eine Umstellung der Finanzierung auf ein – wenigstens teilweise - einkommens- und vermögensabhängiges System erleichtert werden könnten.

Zahlreiche politische Kreise wehren sich heute noch gegen die Einführung eines (wenigstens teilweise) vom Einkommen abhängigen Prämiensystems für die soziale Krankenversicherung. Zurzeit wird im Parlament stattdessen die Festlegung eines Sozialziels im KVG diskutiert: *Die Prämienbelastung soll einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens nicht übersteigen*. Dazu müsste das bestehende *Prämienverbilligungssystem* erheblich ausgebaut und in die vollumfängliche Bundeskompetenz übergeben werden. So könnte inskünftig vermieden werden, dass einzelne Kantone nur sehr zurückhaltend Prämienverbilligungen gewähren bzw. entsprechende Bundessubventionen geltend machen.

Ein wichtiger Teil des Gesundheitswesens, nämlich die Spitalversorgung, wird rund zur Hälfte von der Öffentlichen Hand finanziert. Hier realisiert sich also gesellschaftliche Solidarität über die einkommens- und vermögensabhängige Finanzierung der Steuern. Hierauf wird weiter unten noch etwas detaillierter eingegangen.

Das aktuelle Kopfprämiensystem belastet Familien in überdurchschnittlich hohem Ausmass. Verhältnismässig wenig betroffen sind jene Menschen, die ihre Prämien von Dritten ganz oder teilweise gedeckt erhalten, sei es nun über das System der Prämienverbilligungen, sei es über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV oder die Sozialhilfe. Durch die Maschen dieser sozialen Netze fallen all jene, die sich knapp oberhalb der entsprechenden Einkommens- oder Vermögensgrenzen befinden. Hierzu gehört auch die kleine, aber ständig wachsende Zahl der Menschen in prekären wirtschaftlichen Verhältnissen, d.h. im Zustand der ständigen oder wiederkehrenden Armutsgefährdung. Diese hängt mit dem sozialen Wandel zusammen, der die Arbeits- und Lebensbiographien der Menschen zunehmend als weniger gesichert erscheinen lässt, als es in den ersten dreissig Jahren nach dem 2. Weltkrieg der Fall war.³⁷

Mit einem tiefgreifenden *Risikoausgleich*³⁸ unter den Krankenversicherern werden jene Krankenkassen finanziell entschädigt, welche überdurchschnittlich viele Frauen und ältere Menschen versichern und deshalb eine ungünstigere Risikostruktur – mit entsprechend

³⁷ Hierauf ist weiter unten noch etwas detaillierter einzugehen.

³⁸ Vgl. Analyse S. 9f.

höheren Kosten – aufweisen. Dies wird in wachsendem Ausmass von den damit belasteten Krankenkassen kritisiert, die über jüngere, vorwiegend männliche Versicherte verfügen.

Vom Grundprinzip her sieht das KVG auch für die Langzeitpflege die volle Übernahme der Pflegekosten durch die Krankenversicherer vor, und zwar unabhängig davon, ob sie während eines Spitalaufenthaltes, im Alters- oder Pflegeheim oder infolge Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen entstehen. In der Umsetzung des KVG ist dieser Grundsatz bis heute nur teilweise realisiert worden. Die von den Krankenkassen zu übernehmenden Kosten bei Heimaufhalten werden – abgestuft nach vier Pflegebedarfsstufen – nur bis zu einer bestimmten Höhe vergütet, die nicht kostendeckend ist. Das gleiche gilt für die Spitex-Kosten. Die so von der sozialen Krankenversicherung nicht übernommenen Kosten werden von den betroffenen Menschen selber aufgebracht, durch deren Angehörige finanziert oder, unter bestimmten Voraussetzungen von den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV übernommen.

Als soziales Entschädigungssystem, das zwischen der klassischen Sozialversicherung und der als letztes Auffangnetz konzipierten Sozialhilfe steht, sind die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV für die älteren Menschen in der Schweiz zu einem unverzichtbaren Element ihrer sozialen Sicherheit geworden: Von der sozialen Krankenversicherung nicht gedeckte Aufwendungen und Heimkosten werden aufgrund eines klaren Rechtsanspruches vergütet. Ebenso werden Mietzinskosten für die eigene Wohnung übernommen und wird insgesamt ein angemessenes Existenzminimum garantiert.

Die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV werden vollumfänglich aus Steuermitteln finanziert. Die Gesellschaft verwirklicht durch diese Art der Finanzierung gesellschaftliche Solidarität. Die zu übernehmenden Risiken sollen nicht vom Individuum allein getragen werden. Es sind dies Risiken struktureller Art. Beim Alter ist akzeptiert, dass es sich um ein derartiges strukturelles Risiko handelt, das nicht von den einzelnen Menschen allein getragen werden kann. Dies gilt insbesondere für den Aufwand in der Langzeitpflege. Die Eigenverantwortung zeigt sich in diesem Umfeld beispielsweise darin, dass bei der Berechnung der Leistungen das vorhandene Vermögen in einem bestimmten Umfang

miteinbezogen wird. Dieses ist ja gerade auch im Sinne der 3. Säule für die besonderen Bedürfnisse im Alter angespart worden. Jene Menschen aber, die aufgrund ihrer bescheidenen Einkommens- und Vermögensverhältnisse gar nicht in der Lage waren, in diesem Sinne vorzusorgen, kommen vorbehaltlos in den Genuss von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV.³⁹

Mit einer Erhöhung des Vermögensfreibetrags und des anrechenbaren Vermögens könnte der Wirkungskreis der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV erweitert und damit noch mehr Menschen leistungsberechtigt werden. Dadurch könnte auch die Auseinandersetzung bezüglich der Unterscheidung zwischen Kosten der Pflege und solchen der weiteren Betreuung, entschärft werden. Krankenpflege und weitere Betreuung würden weniger gegen einander ausgespielt und eigentlich überflüssige Differenzierungen bzw. Abgrenzungen vermieden. Die soziale Krankenversicherung würde entsprechend entlastet.

1.3. Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens und der sozialen Krankenversicherung

Die gesellschaftspolitischen Zielsetzungen für das Gesundheitswesen und die soziale Krankenversicherung sind bereits skizziert worden: Kurz gesagt geht es dabei um eine finanziell tragbare und gleichzeitig qualitativ optimale Grundversorgung für *alle* Menschen in der Schweiz.⁴⁰

Für die betroffenen Menschen stellt der Zugang zu den benötigten Leistungen des Gesundheitswesens nebst dem Leistungsumfang und den individuell zu tragenden Kosten die Kernfrage dar.⁴¹ Mangelnde Information über das bestehende Leistungsangebot stellt in der Gegenwart kein Problem mehr dar. Es kann im Gegenteil geradezu von einer Flut von Informationen zum medizinischen Angebot gesprochen werden, die über Radio und Fernsehen sowie Internet verbreitet werden. Allerdings stellen sich in diesem

³⁹ Vgl. zur Berechnungsmethodik Carigiet S. 152 ff. (mit zahlreichen Hinweisen).

⁴⁰ Vgl. Analyse S. 25 ff.

Zusammenhang verschiedene Fragen, so unter anderem jene nach der *Relevanz und Aussagekraft der dargebotenen Informationen*.⁴²

Welche medizinische, pflegerische oder andere therapeutische Leistung wo angeboten wird oder angeboten werden soll, ist eine Entscheidung, die nicht allein auf wissenschaftlichen, d.h. schwergewichtig medizinischen, wirtschaftswissenschaftlichen oder versorgungsmedizinischen Kriterien beruht, obwohl dieser Eindruck manchenorts geweckt wird.⁴³

Eine ebenso grosse Rolle spielen Wertungen über Art und Methodik des Leistungsangebots, die von *unterschiedlichen Menschenbildern und ethischen Systemen* geprägt sind. Darüber hinaus sind mannigfaltige *wirtschaftliche Interessen* bedeutsam; erwähnt seien *standespolitische Interessen, Interessen der Industrie* (insbesondere der Pharmaindustrie und jener der Medizinaltechnik) usw. Es zeigt sich, dass Gesundheit ein Gut darstellt, das sich rein wirtschaftlichen Marktinteressen entzieht. Ein Mensch handelt und urteilt anders, sobald er krank geworden ist.

Die Politik ist in diesem Spannungsfeld hin und her gerissen, oft geradezu gelähmt von den divergierenden Ansprüchen. Als Ausweg wird immer wieder nach Rationierung gerufen. Diese steht allerdings in einem besonderen Verhältnis zum Grundwert der (sozialen) Gerechtigkeit. Vertieft kann in diesem Zusammenhang hierauf nicht eingegangen werden. Theoretisch besticht zwar die Forderung, zwischen einem unverzichtbaren Kern und dem bloss Wünschbaren in der Gesundheitsversorgung zu unterscheiden, und letzteres vollumfänglich der privaten Finanzierung zu überlassen, sie scheitert aber in der Umsetzung an einer Medizin, die sich oft nicht darum bemüht, Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nachzuweisen, oder nicht in der Lage ist, einen Konsens darüber herzustellen.⁴⁴ Rationierungen, welche zum Teil auch als *faire Mittelverteilung* bezeichnet werden, wirken jedoch stets dahin, dass in erster Linie

⁴¹ Vgl. Rossi/Sartoris S. 228 ff.

⁴² Vgl. Analyse S. 29

⁴³ Vgl. hierzu van Langendonck S. 371 ff.

⁴⁴ Analyse, Anhang II, S. 12 u.a. mit Hinweis auf den viel beachteten Versuch, die solidarisch finanzierten Behandlungen für Krankheiten im US-Bundesstaat Oregon im Einzelnen zu definieren.

sowieso schon benachteiligte Menschen ausgegrenzt und so weiter benachteiligt werden.⁴⁵

In westeuropäischen Verhältnissen sind Diskussionen über die Rationierung von medizinischen Leistungen unangebracht,⁴⁶ wenn sie von einer rein ökonomischen Sichtweise geleitet sind. Die soziale Krankenversicherung der Schweiz mit ihrer gut ausgebauten Grundversorgung universeller Prägung⁴⁷ stellt *die* sozialpolitisch angemessene Bewältigungsstrategie dar. Das heisst nun aber nicht, dass jede Diskussion unterlassen werden soll, welche Leistungen wo und in welchem Ausmass angeboten werden sollen.

Das Gegenteil ist der Fall: *Die Wirksamkeit und die Angemessenheit von medizinischen Leistungen*⁴⁸ sollten vermehrt überprüft und diskutiert werden. Bis zum heutigen Zeitpunkt wird dies oft unterlassen. Technischer Fortschritt wird meist ohne weitere Überprüfung von vornherein als notwendig bzw. nützlich angesehen. In der wissenschaftlichen Literatur wird z.B. den (medizinischen) Misserfolgen zuwenig publizistische Beachtung geschenkt.⁴⁹ Die Beurteilung der Wirksamkeit medizinischer Methoden und eine Güterabwägung sind ethisch zweckmässig und angemessen, vor allem wenn sie nicht aus rein wirtschaftlichen Blickwinkeln erfolgen.⁵⁰

Verdeckte Rationierungen finden heute bereits dort statt, wo öffentlichen Spitälern z.B. mittels Globalbudgets nicht mehr genügend finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden und dadurch für gewisse Eingriffe und Behandlungen lange, zum Teil überaus lange Wartezeiten entstehen oder nicht à jour gehaltene Infrastrukturen verschiedene Eingriffe und Behandlungen gar nicht mehr zulassen. Vermögende Patientinnen und Patienten können in solchen Fällen auf private Spitäler ausweichen.

⁴⁵ Vgl. Martin S. 155 ff.

⁴⁶ Vgl. Gilliland S. 81. und Zürcher S. 149 ff.

⁴⁷ Die Vorzüge von universellen Gesundheitsversorgungen beschreibt Balandi S. 361 ff.

⁴⁸ Prinzip der Evidence based medicine.

⁴⁹ Vgl. Beck-Bornholdt/Dubben, die sich ausführlich über Nutzen und fehlenden Nutzen in medizinischen Neuentwicklungen und in der Forschung auslassen.

2. Herausforderungen an die Solidarität im Gesundheitswesen

2.1. Alterung der modernen Gesellschaften

a) Demographische Entwicklungen

Ein höheres Alter zu erreichen, stellt heutzutage kein Privileg von wenigen reichen Menschen mehr dar. Im letzten Jahrhundert hat sich in der Schweiz die Zahl der über 65-jährigen Menschen verfünffacht, jene der über 80-jährigen verfünzfach.⁵¹ Im gleichen Zeitraum hat sich die Wohnbevölkerung lediglich verdoppelt: 1995 ist die sieben Millionen-Marke überschritten worden. Zurzeit beträgt der Anteil der über 65-jährigen Menschen rund 15 % der Bevölkerung. Jener der über 80-jährigen rund 5 %. Diese Anteile werden sich in den nächsten 50 Jahren auf rund 25 % bzw. rund 10 % der Gesamtbevölkerung erhöhen.⁵²

Dank den veränderten Lebensbedingungen und dem medizinischen Fortschritt bleiben die älter werdenden Menschen in der Gegenwart wesentlich länger fit als noch vor wenigen Jahrzehnten. Krankheits- und schmerzfreie Lebensjahre haben zugenommen. Mit zunehmendem Alter verlagern sich die Fähigkeiten der Menschen: Erfahrung, Urteilsfähigkeit und Integrationsfähigkeiten werden bedeutsamer als Lernfähigkeit und Dynamik. Mit der Pensionierung setzt heute in der Regel ein neuer, von hoher Autonomie geprägter Lebensabschnitt ein. Es kann ganz allgemein von einer Zunahme der Lebenschancen im Alter gesprochen werden. Allerdings sind auch der modernen Medizin beim Bewältigen des Alterungsprozesses Grenzen gesetzt.

⁵⁰ Zu den möglichen Reformdeterminanten des Gesundheitswesens Hohmann S. 422 ff. – vgl. Gilliard S. 81 ff.

⁵¹ Atlas Population Agé S. 5.

⁵² Szenarien S. 38 ff.

b) Existenzsicherung im Alter

Seit der Einführung der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV im Jahr 1966 gilt die Gleichung *alt gleich arm* nicht mehr. Alter bedeutet in der Gegenwart selten finanzielle Abhängigkeit von der Sozialhilfe oder von Verwandten. Ein stetig wachsender Teil der betagten Bevölkerung lebt sogar in besseren wirtschaftlichen Verhältnissen als manche Erwerbstätige.⁵³ Allerdings unterliegen hoch betagte Menschen – und damit vor allem Frauen – immer noch einem erhöhten Armutsrisiko. Ihre Benachteiligung während der erwerbsfähigen Zeit setzt sich im Rentenalter logischerweise fort.⁵⁴

Die Ergänzungsleistungen zur AHV erfüllen für kranke und pflegebedürftige ältere Menschen eine wichtige zusätzliche Aufgabe. Sie stellen in der Schweiz eine eigentliche *Heimpflegeversicherung* dar.⁵⁵ Die hohen Kosten, die heute im Bereich der Langzeitpflege (vorwiegend der hochbetagten Menschen) entstehen, können von den Betroffenen, auch wenn sie dem Mittelstand entstammen, logischerweise oft nicht mehr gedeckt werden. Hier leistet das System der Ergänzungsleistungen zur AHV enorm viel: In der ganzen Schweiz sind rund 60 % der in einem Alters- oder Pflegeheim lebenden AHV-Berechtigten auf derartige Leistungen angewiesen.⁵⁶

Mit den Ergänzungsleistungen zur AHV werden die teilweise bedeutenden Unterschiede und Ungleichheiten innerhalb der älteren Bevölkerung effizient ausgeglichen. Die Ergänzungsleistungen zur AHV werden auch für den wachsenden alternden Teil der Bevölkerung ausländischer Herkunft wichtig werden.

Gesellschaftliche Solidarität ist dann am wirksamsten, wenn sie am wenigsten *sektoriell* handelt. Im System der Ergänzungsleistungen zur AHV ist beispielsweise die Abgrenzung zwischen krankheits- und altersbedingter Pflege wenig bedeutsam. Der grundsätzlich bestehende Rechtsanspruch kann jederzeit erfolgreich geltend gemacht werden, wenn

⁵³ Vgl. Knöpfel S. 33 ff. und Carigiet S. 133 (mit Hinweis).

⁵⁴ Carigiet S. 134 (mit Hinweisen).

⁵⁵ Mit der 2. ELG-Revision, die am 1. Januar 1987 in Kraft getreten ist, wurde die Wirksamkeit des Systems in diesem Bereich entscheidend verbessert.

⁵⁶ Vgl. Carigiet S. 155 ff.

entsprechende eigene Mittel zur Übernahme der Kosten der Langzeitpflege fehlen. Auseinandersetzungen, darüber, welche Aufwendungen wegen des Alters (Betreuungskosten) und welche wegen Krankheit (Pflegekosten) entstehen, entfällt. Stigmatisierung und Ausgrenzung werden reduziert.

Die reicheren alten Menschen verwirklichen ihre Solidarität mit den armen alten Menschen im System der Ergänzungsleistungen zur AHV dadurch, dass sie dies wesentlich mitfinanzieren. Der bereits bestehende Einbezug der älteren Generationen ins Steuersystem kann durch Erbschafts- oder Kapitalgewinnsteuern, auf einfache und gleichzeitig effiziente Art weiter erhöht werden.

Der Charakter sowohl der sozialen Krankenversicherung als auch der 1. Säule, zu der die Ergänzungsleistungen zur AHV zu zählen sind, ist universeller Natur. Grundsätzlich sind alle Einwohnerinnen und Einwohner versichert und berechtigt. Derartig konzipierte Volksversicherungen kommen den Idealen des Gesellschafts- und des Generationenvertrages am Nächsten. So universell bzw. allgemein die Leistungsberechtigung ist, so universell sollte auch die Finanzierung sein. *Sonderversicherungen*, wie eine lediglich von den älteren Menschen zu finanzierende Pflegeversicherung, widersprechen dem Grundprinzip der gesellschaftlichen Solidarität. Diese entspringt einem Gefühl der Zusammengehörigkeit und orientiert sich an den gemeinsamen Herausforderungen, Notsituationen und Bedrohungen. Es

wird eine wichtige Differenz von Solidarität zu anderen, politisch-ethischen Leitideen, wie Freiheit, Gleichheit und Gerechtigkeit sichtbar. Solidarität eignet Parteilichkeit, die in Intoleranz, Nepotismus, Korruption und Unterdrückung umschlagen kann. Es gibt legitime und illegitime Formen der Solidarität. In letzteren verschafft sich ganz einfach der Gruppenegoismus Ausdruck. Gruppensolidaritäten erhalten ihre Legitimität erst im Horizont übergeordneter Rechte – dem Gemeinwohl und den Menschenrechten. Anders gesagt: Jede Form der Solidarität bleibt der umfassenden Forderung der Gerechtigkeit unterworfen. (...) Soll die Solidarität nicht durch einen moralisierenden Gestus überfordert werden, sind die genannten Grenzen, Leerstellen und Gefährdungen anzuerkennen: Die

*Solidarität hat eine utilitaristisch begrenzte Reichweite, und ihr ist das Risiko immanent, dass sie in ihr Gegenteil entartet.*⁵⁷

Dass die modernen Gesellschaften altern, stellt sie nicht vor unlösbare Herausforderungen. Die Orientierung an den Grundwerten der sozialen Gerechtigkeit und Freiheit kann für die Menschen jeden Alters positive Entwicklungen fördern. Kurzfristige und von Gruppenegoismen geleitete Betrachtungsweisen führen in die Irre.

c) Alter und Gesundheitskosten

Was die im Alter anfallenden Gesundheitskosten betrifft, steht fest, dass die Behandlungskosten sowie die Bezüge der Versicherten nicht mit zunehmendem Alter höher werden, sondern dass die höchsten Gesundheitskosten im letzten Lebensjahr eines Menschen anfallen. Da nun die Menschen generell älter werden, länger leben, erleben sie ihr letztes Lebensjahr eben auch in hohem oder höherem Alter, was in diesem Bereich zu entsprechenden Kosten führt.⁵⁸

Im Stadtpital Waid stellt sich die Altersstruktur der behandelten Patientinnen und Patienten im Jahr 2001 wie folgt dar:⁵⁹

Alter	Patientinnen und Patienten	%
0 - 59	2'276	31,2
60 - 79	2'742	37,6
80 - 89	1'765	24,2
90 und mehr Jahre	510	7,0

Dass die Stadt Zürich – wie andere Städte und Kantone - an ihrem Stadtpital Waid einen Schwerpunkt der Altersmedizin gesetzt hat, ist aufgrund dieser Fakten ohne Weiteres nachzuvollziehen und ein wichtiges Zeichen für die Zukunft. Geriatrie stellt eine

⁵⁷ Noti S. 168 f.

⁵⁸ Carigiet S. 20 (mit Hinweisen).

⁵⁹ Geschäftsbericht Stadt Zürich 2001 S. 41.

besondere Art der Medizin dar. Sie ist keine Medizin, die den schnellen Erfolg verspricht. Es gilt vielmehr, diesen Patientinnen und Patienten Lebensqualität zurückzugeben, ihre Autonomie wiederherzustellen – für den Alltag in den eigenen vier Wänden oder in einem Heim. Dass das geriatrische Leistungsangebot teurer ist, als jenes für die aktive, erwerbstätige Bevölkerung, trifft nicht zu. Allerdings fallen die Vergütungen der Krankenversicherer für geriatrische Leistungen in der Regel tiefer aus als für die klassische Akutmedizin.

2.2. Die Finanzierung des Gesundheitswesens

a) Strukturelle und weitere Rahmenbedingungen

Die Gesundheitsversorgung wird in der Schweiz zum grössten Teil durch öffentliche oder von der öffentlichen Hand subventionierte Spitäler mit gemeinnütziger Ausrichtung, von privaten Ärztinnen und Ärzten, von öffentlichen oder privaten Alters- und Pflegeheimen sowie Spitex-Organisationen wahrgenommen. Die zur sozialen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer werden im KVG ausdrücklich bezeichnet:

Darüber hinaus erwähnt das KVG Personen, welche auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag Leistungen erbringen und Organisationen, die solche Personen beschäftigen. Grundsätzlich bedürfen alle Leistungserbringer einer Zulassung, wenn sie für die soziale Krankenversicherung tätig sein wollen. Für die Versicherten ist dies von Bedeutung, da sie zu Lasten der sozialen Krankenversicherung nur zugelassene Fachpersonen und Organisationen beanspruchen können.

Die Kantone verfügen im Bereich der Spitäler mit der Spitalplanung über ein Instrument zur Steuerung des Angebots. Die mit dem KVG eingeführten Spitalplanungen und Spitallisten haben zur Schliessung verschiedener Spitäler und zu einem gewissen Bettenabbau geführt.⁶⁰ Die Bindung der Spitalplanung an die kantonalen Grenzen vermag nicht vollumfänglich zu befriedigen. Erstrebenswert ist eine bessere interkantonale Koordination bei der Infrastruktur- und Leistungsplanung.

Im Gegensatz zur Spitalversorgung untersteht die Zulassung der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte noch keiner Planung, obwohl den Ärztinnen und Ärzten eine Schlüsselstellung im Gesundheitswesen zukommt, da sie nicht nur über die eigenen, sondern auch über die Leistungen, die von andern Leistungserbringern erbracht werden, entscheiden. Mangels wirksamer Instrumente besteht in der Schweiz zurzeit immer noch keine Möglichkeit zur Steuerung des Angebots im ambulanten Bereich (sowohl bei den frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten, als auch bei den Spitalern).⁶¹

*Beim Gesundheitsmarkt handelt es sich um einen Angebotsmarkt: Wegen ihres Informationsvorsprungs bestimmen die Anbieter die Nachfrage in erheblichem Mass.*⁶² Die im Einzelfall erbrachten Leistungen sind bezüglich Art und Qualität nicht homogen: Die nachfragenden Patientinnen und Patienten haben wenig Möglichkeit, vor Inanspruchnahme einer Leistung eine Übersicht über den Markt zu gewinnen. Weil die Nachfrage angebotsinduziert ist, ist sie beinahe unbeschränkt. Solange die Nachfragenden einen Nutzen erwarten, werden zusätzliche Leistungen verlangt. Die Preise steuern die nachgefragte Menge nicht in bedeutendem Ausmass, da die entstehenden Kosten nur zu einem kleinen Teil von den Nachfragenden direkt getragen, sondern zum grossen Teil über die Krankenversicherung gedeckt werden. Für jene Leistungen, die von der Krankenversicherung übernommen werden, stehen die Preise nicht im Vordergrund des Interesses.⁶³

Die *Patientinnen und Patienten* sind in unterschiedlicher Art und Weise in der Lage, ihre Wünsche und Forderungen gegenüber manchen Leistungserbringern durchzusetzen. Schätzungen haben jüngst ergeben, dass in 34,3 % der Konsultationen (dies entspricht in der Schweiz für das Jahr 2000 19,4 Millionen Arztbesuchen) von den Patientinnen und Patienten mindestens ein zusätzlicher Wunsch nach gewissen Leistungen ausgesprochen wurde. In 75,7 % der Fälle wurden diese Forderungen von den behandelnden Ärztinnen

⁶⁰ Vgl. Analyse S. 11 f.

⁶¹ Die interkantonalen Vergleiche der Ärztedichte und der Kosten lassen es als wahrscheinlich erscheinen, dass mit der Steuerung des Angebots auch im ambulanten Bereich ein beträchtliches Einsparungspotential erzielt werden könnte (Analyse S. 11 f.).

⁶² Vgl. Niejahr S. 15.

und Ärzten vollständig akzeptiert und in 18,7 % der Fälle teilweise. Die zusätzlichen Wünsche der Patientinnen und Patienten betrafen in absteigender Reihenfolge: Diagnostische Untersuchungen (15,8 % der Konsultationen), Termine bei anderen Ärztinnen und Ärzten (12 %), Medikamentenverordnungen, Arztzeugnisse (8,7 %) und Nachbetreuung oder stationäre Behandlung (4,4 %). Dabei spielt die Vermittlung von (möglichen) Krankheitsbildern und ihren Behandlungsmöglichkeiten durch die Medien eine gewisse Rolle.⁶⁴

Der Betrieb von Spitälern und weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens (wie Alters- und Pflegeheime, Spitex-Organisationen usw.) stellt die Trägerschaften – oft sind es die Gemeinden - vor grosse Herausforderungen.⁶⁵ Besonders bedeutsam ist der in den letzten 10 Jahren massiv erhöhte Patientenumschlag. Jm Stadspital Waid wurden im Jahr 2001 an 85'761 Pflagetagen 7'293 Patientinnen und Patienten behandelt. Die Entwicklung seit 1990 stellt sich wie folgt dar:⁶⁶

Gelöscht: Mit diesen Mitteln wurden

Jahr	Patientinnen/Patienten	Pflegetage
1990	5'161	106'250
1995 ⁶⁷	6'140	87'660
1998 ⁶⁸	6'769	87'881
2001	7'293	85'761

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Patientin/Patient reduzierte sich also von 21,7 Tagen (1990) auf 12,1 Tage (2001).

⁶³ Vgl. Analyse S. 1

⁶⁴ Vgl. hierzu Analyse S. 29 (mit Quellenhinweis).

⁶⁵ Wenn die Kantone diese Aufgabe nicht an die Gemeinden delegiert haben, betreiben sie die Spitäler selber.

⁶⁶ Stadt Zürich, Gesundheits- und Umweltdepartement Geschäftsberichte 2001 S. 41, 1998 S. 36, 1995 S. 46, 1990 S. 58.

⁶⁷ Letztes Jahr vor Inkraftsetzung KVG.

⁶⁸ Inkraftsetzung KVG: 1.1.1996, Inkraftsetzung Zürcher Spitalliste: 1.1.1998 (Abbau zahlreicher Spitalbetten im Kanton Zürich).

Die Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer hat verschiedene Ursachen. An erster Stelle ist der *medizinische Fortschritt* zu erwähnen. Er ermöglicht es, - zur Freude der Betroffenen (und der Arbeitgeber) - zahlreiche Behandlungen zeitlich massiv zu verkürzen. Viele Operationen stellen zunehmend weniger schwere Eingriffe in die körperliche Integrität dar. Die Intensität der Behandlungen und der Pflege hat aufgrund der kürzeren Aufenthaltsdauern innerhalb weniger Jahre sehr stark zugenommen. Dies stellt nicht zuletzt an das Personal grosse Anforderungen.

Als Grund für die Verkürzung der Aufenthaltsdauern sind an zweiter Stelle nach dem medizinischen Fortschritt *neue Finanzierungsmodelle* zu erwähnen, die kürzere Aufenthaltsdauern für die Spitäler finanziell attraktiver machen sollen (Fallpauschalen, Globalbudgets etc.). Diese Modelle können dazu missbraucht werden, Kosten von den übergeordneten Subvenienten (Kantone) und von den Krankenversicherern auf die Trägerschaften abzuwälzen.

Kürzere Aufenthaltsdauern sind vor allem für ältere Menschen und ihr Umfeld meist belastend. Deshalb werden vermehrt nach einem Spitalaufenthalt temporäre Eintritte in eine Pflegeinstitution (in der Regel in ein Pflegeheim) notwendig. Eine wachsende Zahl von Patientinnen und Patienten verlässt das Pflegeheim nach wenigen Wochen allerdings wieder und ist fähig, in den eigenen Wänden einigermaßen selbständig zu leben.

b) Entwicklung und Verteilung der Gesundheitskosten

Dem unbestritten hohen Nutzen des schweizerischen Gesundheitswesens stehen hohe Kosten gegenüber.⁶⁹ Kein anderes Land in Europa gibt pro Einwohnerin und Einwohner so viel Geld aus wie die Schweiz.⁷⁰ Die verlässliche Quantifizierung des Nutzens ist allerdings schwierig. In der öffentlichen Wahrnehmung ist der Nutzen zweifellos hoch. Sorgen bereiten in erster Linie Fragen der Finanzierung, die sich stets anlässlich der jährlichen Prämien erhöhungen der Krankenkassen artikulieren. Die Entwicklung der

⁶⁹ Vgl. zur Kostensituation Analyse S. 23 ff.

⁷⁰ Niejahr S. 15.

Aufwendungen des Gesundheitswesens in der Schweiz stellt sich wie folgt dar: Die Gesamtkosten haben sich von 18,4 Milliarden Franken (1985) auf 43,3 Milliarden Franken (2000) erhöht.⁷¹ Die Ausgaben der Krankenversicherung haben im Jahr 2000 rund 17,8 Milliarden Franken betragen.⁷²

Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) belief sich 1970 noch auf 5,7 %. 1997 erreichte er bereits 10,7 %.⁷³ Es gibt keine objektiven wirtschaftlichen Kriterien, wie hoch der Anteil der Gesundheitskosten am BIP sein soll oder darf. Fest steht jedenfalls, dass ein enger Zusammenhang zwischen grossem materiellem Wohlstand und hohen Gesundheitsausgaben besteht.⁷⁴ Ein Anteil von 10 – 15 % am BIP (inkl. der Ausgaben für die soziale Krankenversicherung) kann für das Gesundheitswesen eines reichen Landes wie der Schweiz als durchaus vertretbar und angemessen betrachtet werden.

Gelöscht: Bundesamt

Gelöscht:

Die Arbeitgeber tragen rund 7 % zur Finanzierung bei, während die öffentliche Hand (Bund, Kantone und Gemeinden) rund 25 % finanziert (rund die Hälfte der Spitalversorgung für allgemein Versicherte sowie die Prämienverbilligung für Einkommensschwache).⁷⁵ Die Mitwirkung der Arbeitgeber verwirklicht sich vor allem im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung. Diese wird schwergewichtig von der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) und den Privatversicherern getragen. Die Leistungen für Unfall sind stärker reglementiert und kontrolliert als jene der sozialen Krankenversicherung, was sich durch die unterschiedliche Komplexität des Risikos Krankheit gegenüber dem Risiko Unfall erklären lässt.

Gelöscht: ¶

⁷¹ Pharma-Information, Das Gesundheitswesen in der Schweiz (Leistungen, Kosten, Preise), Basel Ausgabe 1999 S. 40 und Ausgabe 2002 S. 38.

⁷² Pharma-Information, Das Gesundheitswesen in der Schweiz (Leistungen, Kosten, Preise), Basel Ausgabe 2002 S. 59.

⁷³ Rossel S. 6.

⁷⁴ Carigiet S. 139 (mit Hinweisen).

⁷⁵ Das Gesundheitswesen in der Schweiz (Leistungen, Kosten, Preise), Basel Ausgabe 2002 S. 42 sowie ausführlich Rossel S. 20 ff. und 48 ff.

Die Finanzierung des schweizerischen Gesundheitswesens betont mit verschiedenen Mechanismen die *Eigenverantwortung*: Nebst dem Grundprinzip der Kopfprämien haben die Patientinnen und Patienten wesentliche Teile der Behandlungen zusätzlich über Selbstbehalte und Franchisen mitzufinanzieren. Insgesamt finanzieren die privaten Haushalte rund zwei Drittel des Gesundheitswesens (Krankenkassenprämien, Selbstbehalte, Franchisen, Zahnarztkosten, Prämien für Unfallversicherung, für Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung usw.).⁷⁶ Die Leistungen der sozialen Krankenversicherung an die Aufenthalte in Alters- und Pflegeheimen sind zurzeit noch verhältnismässig gering. Das Gleiche gilt für die Vergütung von Spitex-Leistungen. Dies führt dazu, dass die entsprechenden Auslagen ebenfalls von den privaten Haushalten übernommen werden müssen, soweit hier nicht die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV einspringen oder notfalls auch die Sozialhilfe.⁷⁷ Dass die Zahnarztkosten grundsätzlich von den Patientinnen und Patienten selber übernommen werden müssen, erhöht die finanzielle Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten noch mehr. Die soziale Krankenversicherung ist in gleichem Ausmass entlastet.

In der *hohen Selbstbeteiligung* unterscheidet sich die Schweiz von zahlreichen anderen europäischen Ländern. In Deutschland wird zurzeit die vermehrte finanzielle Selbstbeteiligung der Patientinnen und Patienten diskutiert. Im Vergleich zu den Regelungen in der Schweiz, in Schweden oder Frankreich sind die aktuellen diesbezüglichen Belastungen für die Deutschen geradezu marginal. Bereits die Gedanken an entsprechende Veränderungen stossen auf grossen Widerstand: Es ist unbestritten, dass Franchisen und Selbstbehalte und auch die vollständige Übernahme der Zahnarztkosten Kranke stärker belasten als Gesunde. Dies wird teilweise in Kauf genommen, weil derartige Mechanismen, wenn sie massvoll ausgestaltet sind, die Effizienz des Gesundheitssystems (in allerdings begrenztem Umfang) zu erhöhen vermögen.⁷⁸ Vertiefere wissenschaftliche Untersuchungen zu dieser Frage sind jedoch noch an die Hand zu nehmen: Selbstbehalte und Franchisen stellen für die Versicherten einen direkten Bezug zwischen bezogenen Leistungen und dafür aufzubringenden

⁷⁶ Das Gesundheitswesen in der Schweiz (Leistungen, Kosten, Preise), Basel Ausgabe 2002 S. 42 – vgl. auch Analyse S. 3 f.

⁷⁷ Vgl. Rossel S. 19 ff.

⁷⁸ Niejahr S. 16.

Vergütungen her. Dies kann - muss aber nicht - dazu führen, dass Versicherte sparsamer mit Versicherungsleistungen umgehen, als wenn diese nur indirekt über die Krankenkassenprämien oder den Staat finanziert werden.⁷⁹ Eine grundsätzlich noch höhere Selbstbeteiligung ohne Rücksichtnahme auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Betroffenen ist abzulehnen: Arme und wirtschaftlich Schwache wären die Leidtragenden.

Von Bedeutung ist, dass das grundsätzliche Solidarsystem der Krankenversicherung in der Schweiz mit einem einkommens- und vermögensunabhängigen Kopfprämiensystem *unsolidarisch finanziert* wird. Es handelt sich also um ein Solidarsystem, das nur bedingt effizient einen Ausgleich zwischen Arm und Reich schafft. Für die zu erbringenden Leistungen wird davon ausgegangen, dass auch für Arme das Beste in der Medizin gerade genug sei. In keinem anderen Teil des Sozialstaates ist das Streben nach einer klassenlosen Gesellschaft – von der Grundidee her gesehen, so ausgeprägt, wie im Gesundheitswesen und in der sozialen Krankenversicherung.⁸⁰ In der Realität jedoch findet sich diese eigentlich grundsätzlich wünschenswerte Gleichbehandlung aller Patientinnen und Patienten so nicht. So bestimmen Bildungsniveau, soziales Durchsetzungsvermögen und Selbstbewusstsein wesentlich über den Zugang zu medizinischen Leistungen mit.⁸¹

Ebenso ist es auch in den hoch industrialisierten Ländern eine Tatsache, dass Menschen in armen oder finanzschwachen Verhältnissen früher sterben als Reiche.

⁸²Gesundheitszustand und Lebenserwartung sind also auch in der Schweiz immer noch eine Frage der sozioökonomischen Verhältnisse, auch wenn seit dem 2. Weltkrieg in dieser Hinsicht bedeutende Verbesserungen erzielt worden sind.⁸³ Ob nun aber die Schweiz mit den europäisch höchsten Gesundheitskosten auch eine entsprechend qualitativ bessere Gesundheitsversorgung besitzt als beispielsweise Norwegen, die Niederlande oder Schweden, ist bis heute nicht nachgewiesen. Die Frage nach der

⁷⁹ Gärtner S. 180.

⁸⁰ Der frühere deutsche Wirtschaftsminister Karl Schiller bezeichnete diesen Trend bzw. diese Haltung einmal als „Krankenkassensozialismus“ (vgl. Niejahr S. 16).

⁸¹ Huwiler/Amstutz/Minder S. 55 ff.

⁸² Vgl. Künzler S. 67 ff.

Effizienz der erbrachten Leistungen, also dem Verhältnis zwischen Leistung und Kosten, hängt mit jener der gesellschaftlichen Solidarität zusammen. Dabei ist schon klar, dass man mit ökonomischen Prinzipien die Regeln eines Solidarsystems allein nicht bestimmen kann. Andererseits führt die vollständige Ausserachtlassung der Kosten-Nutzen-Relation ebenfalls in die Irre, d.h. zu Ineffizienz des Systems bzw. zur Verschwendung von finanziellen Ressourcen.

Die unsolidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung hat der Gesetzgeber für die *Spitalkosten* mit der Einführung des KVG gemildert: [Die Spitalkosten für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden von den Krankenversicherern und der öffentlichen Hand \(Gemeinden und Kanton\) grundsätzlich je zur Hälfte getragen.](#) In der Praxis übernimmt die öffentliche Hand jedoch mehr als die Hälfte der Spitalkosten. Als Beispiel: [Die Finanzierungsanteile⁸⁴ haben sich in den letzten Jahren für das Stadtspital Waid wie folgt entwickelt.](#)

	Anteil Krankenversicherer	Anteil Kanton über Staatsbeiträge	Restfinanzierung Stadt
1995	40,1 %	33,5 %	26,4 %
1998	42,7 %	31,5 %	25,8 %
2001 ⁸⁵	43,2 %	29,6 %	27,2 %

Gelöscht: Für das Stadtspital Waid stellen sich die gesamten Aufwendungen wie folgt dar: ¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

¶

Die Spitalkosten werden also zu einem wesentlichen Teil aus Steuermitteln finanziert, was durch die höhere Belastung der Besserverdienenden im Steuersystem auf einfache Art und Weise gesellschaftliche Solidarität verwirklicht. Im Folgenden wird dies exemplarisch an den Verhältnissen in der Stadt Zürich dargestellt, zuerst in der Finanzierung für das Stadtspital Waid, danach für die gesamte kommunale Gesundheitsversorgung: [Für das Geschäftsjahr 2001 weist das Stadtspital Waid in der Erfolgsrechnung⁸⁶ bei Gesamtaufwendungen von 97,4 Millionen Franken \[ein Betriebsdefizit⁸⁷ von 32 Millionen\]\(#\)](#)

⁸³ Schwank S. 140 ff.

⁸⁴ [Grundlage Daten Finanz- und Rechnungswesen Stadtspital Waid: Pauschale der Krankenversicherer im Verhältnis zu den Kosten pro Pflegeplatz sowie Staatsbeiträge gemäss Abrechnung.](#)

⁸⁵ Reduktion Staatsbeitragssatz von 56 % auf 51 %.

⁸⁶ [Grundlage Jahresbericht Stadtspital Waid 2001/2002.](#)

⁸⁷ [Betriebsdefizit ohne Raumkosten und Abschreibungen.](#)

Franken aus. Nach Abzug des Staatsbeitrags von 51 %⁸⁸ verbleiben zu Lasten der städtischen Einwohnerinnen und Einwohner die restlichen 49 % oder rund 15,7 Millionen Franken des durch die soziale Krankenversicherung nicht gedeckten Aufwands. Wenn die von städtischen Steuerzahlenden aufgebrauchten kantonalen Steuern auch noch miteinbezogen werden, haben sie insgesamt rund 65 % oder 20,8 Millionen Franken des sonst nicht gedeckten Betriebsaufwandes übernommen.⁸⁹

Für die gesamte Spitalversorgung, d.h. die Stadtspitäler Waid und Triemli sowie die mitsubventionierten Spitäler Zollikerberg, Sanitas und Maternité Inselhof Triemli, betragen die städtischen Aufwendungen rund 86,4 Millionen Franken⁹⁰ oder rund 4 % der gesamten Gemeindesteuereinnahmen und für alle Aufgaben im Bereich des Gesundheitswesens⁹¹ gar rund 157,7 Millionen Franken oder rund 7,2 % der Gemeindesteuereinnahmen. Diese Aufwendungen sind für den städtischen Finanzhaushalt bedeutsam, aber zu bewältigen.

3. Ausblick

3.1. Vorbemerkungen

Die Zukunft der Finanzierung der sozialen Sicherheit im Allgemeinen und das weitere Wachstum der Ausgaben für das Gesundheitswesen werden einerseits von der wirtschaftlichen Entwicklung, dem sozialen Wandel sowie andererseits von den beschriebenen demographischen Entwicklungen mitbestimmt.

⁸⁸ Abhängig von der Finanzkraft gemäss Verordnung über die Staatsbeiträge an die Krankenpflege.

⁸⁹ Im Sinne einer Modellrechnung wird vom kantonalen Beitrag ein Drittel den städtischen Einwohnerinnen und Einwohnern zugerechnet – analog zum Umstand, dass die städtische Wohnbevölkerung rund einen Drittel der kantonalen Wohnbevölkerung ausmacht.

⁹⁰ Grundlage Rechnung Stadt Zürich 2001, S. 54, funktionale Gliederung der Verwaltungsrechnung.

⁹¹ Gemäss erwähnter funktionaler Gliederung: Spitäler, Krankheime, Spitex, Krankheitsbekämpfung, Schulgesundheitsdienst, Lebensmittelkontrolle u. Übriges - aber ohne Pflege in Altersheimen.

Die erhöhte Lebenserwartung führt dazu, dass sich die Rentenphase im Verhältnis zu der Erwerbsphase (und zur gesamten Lebensdauer) wesentlich verlängert hat und noch weiter verlängern wird. Beim Jahrgang 1930 beträgt das Verhältnis der Erwerbs- zu den Rentenjahre noch drei zu eins, beim Jahrgang 1980 wird es noch lediglich zwei zu eins betragen.

Insgesamt hat die familiäre und berufliche Stabilität in den vergangenen 10 – 20 Jahren abgenommen. Die Zahl der Familienhaushalte (Ehepaar mit einem oder mehreren Kindern) ist stetig zurückgegangen, sie ist bereits unter 40 % gesunken. In den Grossstädten beträgt die Zahl der Einpersonen-Haushalte bereits mehr als 50 %. Der Anteil der erwerbstätigen Frauen hat sich stark erhöht und beträgt heute bereits über 40 %. Der Anteil der Teilzeitarbeit hat sich in den 90-iger Jahren insgesamt beinahe verdoppelt. Für immer mehr Menschen wechseln Zeiten der Erwerbstätigkeit mit solchen der Erwerbslosigkeit ab.

Die aktuellen sozialen Sicherungssysteme orientieren sich demgegenüber noch an den traditionellen Haushalts- und Familienstrukturen. Dabei gilt der Mann als Ernährer der Familie und die Mutter als Erzieherin der Kinder. Zudem wird eine konstante Erwerbstätigkeit des Mannes vorausgesetzt. In der Wirklichkeit sind derartige Verhältnisse immer weniger zu finden, was dazu führt, dass gut die Hälfte der heutigen armen Bevölkerung aus Familien mit Kindern besteht.⁹²

Aufgrund der beschriebenen demographischen Entwicklung und des sozialen Wandels muss eine zunehmende Belastung der arbeitenden Bevölkerung erwartet werden. Die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen fallen nicht einheitlich aus.

Die Darstellung der Zukunft der sozialen Sicherheit, also auch der Möglichkeiten zur Finanzierung des Gesundheitswesens, hängt wesentlich davon ab, welche Prognosen herangezogen werden, die ihrerseits von zahlreichen teilweise unbekanntem Entwicklungen abhängen. Überlegungen zur Zukunft beruhen auf Hypothesen. Oft werden allerdings komplexe Verhältnisse zu stark vereinfacht.

Die Aussagekraft von langjährigen Szenarien wird zu Recht als verhältnismässig beschränkt beurteilt. Mit jedem Jahr reduziert sich ihre Relevanz überdurchschnittlich. Dies gilt insbesondere für die Prognosen zur zukünftigen wirtschaftlichen Entwicklung und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Verteilungspolitik. Die demographischen Entwicklungen sind demgegenüber ziemlich zuverlässig vorhersehbar.⁹³

Ein Primat der Wirtschaftswissenschaften (oder einer anderen Disziplin) für die Beurteilung der Zukunft der sozialen Sicherheit ist abzulehnen. Erkenntnisse auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit können nur interdisziplinär gewonnen werden. Selbst Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler lassen in ihren Aussagen normative Stellungnahmen einfließen, die auch von persönlichen Wunschbildern, Erfahrungen oder Visionen geprägt sind. Dennoch „ist die Stimme der Wissenschaft die Einzige, die überhaupt aus einer möglichen Beobachterposition kommt, deren viel geschmähte ‚Weltfremdheit‘ das notwendige Minimum an Distanz erlaubt, und die es sich – aller Verwurzelungen im Geflecht gesellschaftlicher Interessen zum Trotz – erlauben kann, das Ganze zu betrachten, die grossen Linien herauszuarbeiten.“⁹⁴

3.2. Determinanten und mögliche Ziele von strukturellen Reformen des Gesundheitswesens

Im Folgenden werden Determinanten und mögliche Ziele bzw. Voraussetzungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens kurz skizziert.

Unter der Voraussetzung, dass

- *gesellschaftliche Solidarität* in der Schweiz auch inskünftig verwirklicht werden soll, in den Einrichtungen der sozialen Sicherheit im Allgemeinen, in der Gesundheitsversorgung im Besonderen,

⁹² Vgl. Carigiet S. 2 ff. und 129 ff.

⁹³ Vgl. Knöpfel S. 31 ff.

⁹⁴ Stolleis S. 1099.

- die Gestaltung der sozialen Sicherheit bzw. die Vermeidung oder Beseitigung von sozialer Unsicherheit dem *Primat der Politik* und nicht dem Primat der Wirtschaft untersteht;

eingedenk der Erfahrung, dass

- die gesellschaftspolitischen Fragen zur sozialen Sicherheit und Unsicherheit *mit ökonomischer Denkweise und entsprechenden Modellen allein nicht beantwortet* werden können, sondern
- der *politische Wille* entscheidend ist für die Garantie von *rechtlicher und sozialer Freiheit*, für die Realisierung von *Chancengleichheit* und *sozialer Gerechtigkeit*,
- sich die *sozioökonomischen Strukturen* zu Beginn des 21. Jahrhunderts jedoch *verschlechtern* (Zunahme von Armutsgefährdung und Armut, u.a. in den Familien – Working poor – Problematik usw.) und sich die *Unterschiede zwischen Arm und Reich verstärkt* haben,
- in der heutigen Gesundheitsversorgung aufgrund verschiedener Ursachen (Medizinischer Fortschritt, Nachfragestimulierung durch Medien und Anbieter usw.) *ungesteuerte Mengenausweitungen*⁹⁵ stattfinden, die zu hohen Kostensteigerungen führen,
- demokratische Mehrheitsfindung allein keine soziale Sicherheit garantiert, sondern erst der *parteienübergreifende Dialog und Diskurs* (Beispiele: Schaffung KUVG zu Beginn des 20. Jahrhunderts, Einführung AHV nach dem 2. Weltkrieg);

im Bewusstsein, dass

- die *Kosten der sozialen Sicherheit* aufgrund
 - der demographischen Veränderungen (Alterung der Gesellschaft, Geburtenrückgang),
 - des sozialen Wandels (Rückgang der Erwerbsarbeit, Instabilität der Erwerbs-, Familien- und Rentenbiographien usw.) und

⁹⁵ Rossel S. 6 und 13 ff. sowie Hohmann S. 356 f.

- des medizinischen Fortschritts
weiter zunehmen werden, sogar, wenn nur das bisherige Leistungsniveau beibehalten werden soll,
- die Frage der gesellschaftlichen Solidarität auch in der Zukunft mit der *Frage der Eigenverantwortung*⁹⁶ verbunden bleibt und so beide stets zu hinterfragen und neu zu definieren sind (Schaffung neuer Leistungen, Abbau oder Reduktion bestehender Leistungen),
- Gesundheit ein besonderes Gut darstellt, das sich *reinen Marktmechanismen entzieht*, Wettbewerb also kein Allheilmittel ist,⁹⁷
- der medizinisch-industrielle Komplex aber ein *bedeutender Wirtschaftsfaktor* ist, der von *zahlreichen Standes- und Wirtschaftsinteressen* geprägt ist,
- Patientinnen und Patienten in der Regel noch nicht über jene Informationen verfügen, die sie befähigen, zu Diagnose und Therapie eigenständige (Mit-)Entscheidungen zu fällen (*fehlendes Empowerment der Patientinnen und Patienten*),
- zahlreiche Reformvorschläge für das Gesundheitswesen *wissenschaftlich* und *sozialpolitisch noch zu untersuchen* sind (Auswirkungen, Vor- und Nachteile) und so erst der tagespolitischen Diskussion entzogen werden können (Objektivierung der Erkenntnisse);

ist klar, dass die anstehenden Probleme der sozialen Sicherheit mit einfachen Konzepten nicht gelöst werden können.

Die aktuellen Vorschläge zur Reform des Gesundheitswesens, überzeugen nicht, da dabei die ganze Verantwortung für das System den Krankenversicherern übertragen werden soll (Aufhebung des Vertragszwangs mit den frei praktizierenden Ärztinnen und

⁹⁶ Vgl. Analyse S. 3 ff. (Zusätzlich zur freien Wahl des Krankenversicherers können im heutigen System der Krankenversicherung die Versicherten unter besonderen angebotenen Versicherungsformen wählen (Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, wie Hausarzt-Modell, HMO (Health Maintenance Organisation); Bonusversicherungen; wählbare Franchisen).

⁹⁷ Vgl. Zürcher S. 148 ff.

Ärzten, die monistische Spitalfinanzierung⁹⁸). Wie diese eine derart grosse strategische und operative Aufgabe bewältigen können, ist – mindestens zur Zeit – noch unklar. Entsprechende Kontrollmechanismen des Staates und der Patientinnen und Patienten wären jedenfalls noch zu schaffen. Diese hätten zu garantieren, dass die gesellschaftliche Solidarität zwischen Jungen und Alten, Gesunden und Kranken, uneingeschränkt sichergestellt bleibt.

Entscheidend für alle zukünftigen (strukturellen) Massnahmen müssen in einem umfassenden Sinn die *Qualität und die Evidenz der angebotenen Leistungen* sein. Angelpunkt ist dabei die *gesteuerte medizinische Versorgung in Netzwerken* von Allgemeinpraktikerinnen und –praktikern, Spezialistinnen und Spezialisten, Akutspitälern und weiteren Einrichtungen wie Pflegeheimen und Spitexorganisationen. Die massgeblichen Stichworte sind hier Managed Care⁹⁹, Case Management¹⁰⁰, Disease Management¹⁰¹, Evidenz der Leistungen.¹⁰² Den Hausärztinnen und Hausärzten kommt bei der Beratung und Planung sowie bei der Koordination der mittel- und langfristigen, oft interdisziplinären Behandlung, die entscheidende Rolle zu.¹⁰³ Die gesteuerte medizinische Versorgung in Netzwerken bedeutet im Idealfall, dass alle für die Betreuung der Patientinnen und Patienten benötigten Dienstleistungen auf einander abgestimmt sind und ein bruchloser Übergang in das jeweils beste Versorgungssegment erfolgt.

Verschiedene Organisationsformen, Instrumente und Regeln fördern eine derart integrierende gesundheitliche Versorgung:

⁹⁸ Alleinige Finanzierung aus einem Pool der Krankenversicherer, Kantone und Gemeinden oder durch die Krankenversicherer alleine, wobei Kantone und Gemeinden entsprechend andere Aufgaben zu übernehmen hätten, z.B. in den Bereichen Langzeitpflege, Prämienverbilligung.

⁹⁹ Übersetzung: gesteuerte Krankenpflege wie Hausarztmodell oder HMO.

¹⁰⁰ Ziel des Case- oder Fallmanagements ist es, akute und kostenintensive Stadien chronischer Erkrankungen zu vermeiden. Die Eigenanstrengungen der Patientinnen und Patienten sollen dabei gestärkt werden. Das Fallmanagement wird durch Mitarbeitende der Krankenversicherer geleistet.

¹⁰¹ Wird das Gewicht nicht auf den Einzelfall gelegt, sondern auf spezielle, komplexe Erkrankungen wird von Disease- oder Krankheitsmanagement gesprochen.

¹⁰² Vgl. Niejahr S. 16.

¹⁰³ Vgl. Analyse S. 30 f.

- *Angebote unter einem Dach* erleichtern eine ganzheitliche Problemlösungssicht und fördern reibungslose Übergänge.¹⁰⁴
- *Hausärztinnen- und -ärzte-Systeme* (Gate keeping) können zu einer besseren Abstimmung der benötigten Dienste und zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten führen sowie dazu beitragen, dass alle relevanten Informationen an einer Stelle zusammenkommen.¹⁰⁵ Das schweizerische Gesundheitssystem zeichnet sich demgegenüber durch eine starke Spezialisierung und gleichzeitige Fragmentierung aus. So fehlt oft der Überblick über die verschiedenen Diagnosen bzw. Behandlungsschritte. Bedeutsam ist überdies, dass in der Schweiz der Hausarzt oder die Hausärztin weder die formelle medizinische noch eine finanzielle Verantwortung für die gesamte Behandlung der Patientin oder des Patienten besitzt.¹⁰⁶
- *Finanzierung aus einer Hand* kann die Abstimmung und die besseren Übergänge zwischen einzelnen Leistungserbringern fördern.
- *Differenzierte Selbstbehalte*, d.h. an die Wahlmöglichkeiten der Versicherten angepasste Selbstbehalte, fördern die finanzielle Mitverantwortung der Patientinnen und Patienten. Versicherte, welche sich in Hausärztinnen- und Hausärzte-Systeme oder HMOs einbinden, oder bei grösseren medizinischen Behandlungen oder Eingriffen Zweitmeinungen einholen, sich bei aufwändigen, komplexen Behandlungen einem Disease-Management, d.h. einer Koordination der gesamten Behandlungskette unterziehen, sollen geringere Selbstbehalte (und eventuell auch tiefere Franchisen) bezahlen als jene Versicherte, die die Beanspruchung medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen frei wählen.¹⁰⁷ Mit differenzierten Selbsthalten können jene Patientinnen und Patienten, welche unnötig viele Ärztinnen und Ärzte konsultieren, sich

¹⁰⁴ Vgl. die kommunalen Gesundheitszentren Finnlands, in denen alle ambulanten medizinischen und unterstützenden Angebote „unter einem Dach“ vorhanden sind (Analyse, Anhang II, S. 14) – vergleichbar in ihrer Wirkung sind auch die in Spitälern angesiedelten ambulanten fachärztlichen Dienste, wie sie in staatlichen Gesundheitssystemen meistens anzutreffen sind.

¹⁰⁵ Vgl. die Situation in Dänemark, wo das Hausärztinnen- und Hausärzte-System die ambulante Versorgung prägt, gibt es eine zusätzliche Versicherungskategorie, bei der die Versicherten die freie Ärztinnen- und Ärztwahl haben. Die Differenz zwischen den (höheren) Gebühren der frei gewählten Ärztinnen und Ärzte und den Kosten der allgemeinen Kategorie muss aus eigener Tasche bezahlt werden. Es haben sich nur 2 % der Bevölkerung für die freie Arztwahl entschieden (Analyse, Anhang II, S. 6).

¹⁰⁶ Vgl. Analyse S. 30 f.

¹⁰⁷ Vgl. zu möglichen Risiken Gärtner S. 181: Risikoentmischung, ungenügende Vernetzung der Gatekeeper usw.

überflüssige Behandlungen und Medikamente verschaffen (bzw. verschreiben lassen) oder „jedes Zipperlein behandeln“¹⁰⁸ finanziell vermehrt an den verursachten Leistungen beteiligt werden.

Schwerkranke und chronisch Kranke werden mit geeigneten Massnahmen entlastet, wenn sie sich in die Koordinierung ihrer Behandlungen durch Case-Management oder Disease-Management einlassen. Das hierfür nötige Vertrauen in die Beteiligten muss durch transparente Evidenz der Leistungen hergestellt werden, wobei in den hierfür notwendigen Dialog der Fachleute geeignete Vertretungen der Patientinnen und Patienten bzw. Versicherten einbezogen werden müssen, wie es Patientinnen- und Patientenorganisationen sein können.

- Die *Evidenz der Leistungen* muss zu einem breit kommunizierten Massstab für die Gesundheitsversorgung werden. Bei Evidence based medicine (EBM)¹⁰⁹ handelt es sich um den gewissenhaften und vernünftigen Rückgriff in der medizinischen Praxis auf die gegenwärtig beste externe, wissenschaftlichen Evidenz, d.h. auf die bestverfügbaren Daten aus klinischer relevanter Forschung. Quellen können Bücher und Zeitschriften sein. Aktueller und leichter zu gebrauchen sind jedoch die medizinischen Online-Datenbanken.¹¹⁰ Evidenzbasierte Medizin ist also eng mit der Informationstechnologie verknüpft. EBM ist jedoch ausdrücklich auf die Bedürfnisse der einzelnen Patientinnen und Patienten abzustimmen.¹¹¹ Wichtig ist dabei zum Beispiel die Frage, ob die gefundenen Studien mit Patientinnen und Patienten durchgeführt worden sind, die bezüglich Alter, Geschlecht, Krankheitsgeschichte, ethnischer Zugehörigkeit usw. der zu behandelnden Person entsprechen (Einschluss-/ Ausschlusskriterien). Aus dem Problem der Patientin oder des Patienten wird schliesslich eine klinische Fragestellung formuliert.

¹⁰⁸ Niejahr S. 15.

¹⁰⁹ Als Gründer der EBM gilt Prof. David L Sackett, Direktor des [Centre for Evidence-Based Medicine](http://minerva.minervation.com/cebm/), Oxford, England – vgl. <http://minerva.minervation.com/cebm/> (interessant für Definitionen und Downloads).

¹¹⁰ Vgl. www.evidence.de (mit zahlreichen Links), www.evimed.ch, www.medline.de, www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez.

¹¹¹ Vgl. Pauli/White/McWhinney S. 107 f.

Die Praxis der EBM bedeutet also das Zusammenspiel individueller klinischer Expertise und Erfahrung mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung. Die bei der Recherche gefundenen Dokumente (die sog. externe Evidenz) müssen kritisch überprüft und hinterfragt werden.¹¹² Es geht dabei um die Methodik und die Aussagekraft der Untersuchungen, die zu den jeweiligen Erkenntnissen geführt haben.¹¹³ EBM verlangt nach hoher *Selbstreflexion* der Ärztinnen und Ärzte. Externe klinische Evidenz kann zur Neubewertung bisher akzeptierter medizinischer Verfahren, sogar zum Bruch mit lang geübter Praxis führen. Die Überprüfung (Evaluation) nach der Umsetzung der EBM ist aber ebenso wichtig.

Ärztinnen und Ärzte, die EBM praktizieren, werden die effektivsten Verfahren ausfindig machen und anwenden, um die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Dies kann, muss aber nicht zu einer Erhöhung der Behandlungskosten führen. EBM ist also kein Konzept, um primär die Kosten der Krankenversorgung zu reduzieren. Die konsequente Ausscheidung von nicht effektiven Behandlungen, Methoden usw. kann jedoch im Gesamtsystem zu tieferen Kosten führen. Neu an EBM ist nicht, dass sich die medizinische Praxis auf wissenschaftliche Erkenntnisse stützt und beruft, sondern, dass dies *systematischer, bewusster und gleichzeitig kritischer geschieht bzw. geschehen soll als früher*.

- Die Qualität der Gesundheitsversorgung - vorerst in den Spitälern und übrigen stationären Einrichtungen - soll sich vermehrt an der *Ergebnisqualität* (am Outcome) messen: Es werden bei der Qualitätsbewertung die *Ergebnisse der Leistungsprozesse* in den Vordergrund gestellt. Früher wurde in erster Linie die *Qualität der Infrastruktur* beurteilt, was sich in der Input-Orientierung der Finanzierung spiegelte, die das Ziel optimaler Strukturen verfolgte. In den 70er Jahren verlegte sich das Augenmerk auf die *Prozessqualität*, also auf die Frage, ob die Leistungen den Regeln der ärztlichen und pflegerischen Kunst entsprachen. Wenn dies der Fall war, wurden die Leistungen einzelleistungsbezogen vergütet. In Anbetracht des medizinischen Fortschritts und des damit verbundenen Kostenanstiegs, einer generell verbreiteteren ökonomischen Sichtweise in Gesellschaft und Politik wird die Input-Finanzierung zunehmend durch

¹¹² Vgl. Fey/Bührer S. 161 ff. (auch zu den Begriffen) und Beck-Bornholdt/Dubben S. 46 ff..

¹¹³ Wurden sie z.B. doppelblind und randomisiert durchgeführt? Wenn ja, besteht meist eine hohe Zuverlässigkeit, sind systematische Fehler weniger wahrscheinlich. EBM ist jedoch nicht auf randomisierte kontrollierte Studien und Metaanalysen begrenzt (vgl. Fey/Bührer S. 166 ff.).

die Output-Finanzierung abgelöst: Es wird festgesetzt, welche Leistungen mit welchem Preis vergütet werden (Modelle des New Public Managements mit Leistungsaufträgen und Globalbudgets, Leistungspauschalen für definierte Leistungen usw.). Diese Neuausrichtung der finanziellen Steuerung verlangt nach einer Ergebnisqualitätsmessung im skizzierten Sinne. Ohne sie könnte sich die Output-Orientierung als eine Wegbereiterin einer verstärkten Zwei-Klassen-Medizin erweisen. Die bewährte Messung der Prozessqualität wird durch Outcome-Messung nicht aufgegeben: Beide Methoden ergänzen sich und unterstützen die effiziente patientinnen- und patientenorientierte Steuerung.

- Die *Anzahl der angebotenen Spitalbetten bzw. die Anzahl der Spitäler* spielen in den Überlegungen zu den Kosten des Gesundheitswesens ebenfalls eine bedeutende Rolle. Wissenschaftlich sind allerdings die Zusammenhänge noch nicht hinlänglich untersucht worden. Die bis heute den Kantonen überlassene *Spitalplanung* hat insgesamt nicht zum erhofften Abbau von Spitalbetten geführt und die Kantonsgrenzen überschreitende, oft eigentlich sinnvolle Zusammenarbeit behindert oder gar verhindert.¹¹⁴ Angebracht ist wohl eine mindestens teilweise überregionale (bzw. interkantonale) Spitalplanung. Zu untersuchen bleibt ausserdem, wie die von der Qualität der medizinischen Leistungen her geforderte Konzentration der Spitalversorgung auf *Spitäler mit 300 – 500 Betten* erreicht werden kann. Auch, ob die dadurch mögliche *Reduktion der Spitäler* auf einen Drittel oder Viertel des heutigen Bestandes von rund 200 Krankenhäusern sich entsprechend günstig auf die Kosten auswirkt, wie sich das betriebswirtschaftlich eigentlich erwarten liesse, muss geprüft werden.

Angesichts der hohen Gesamtaufwendungen für das Gesundheitswesen sind zur Klärung dieser und weiterer Fragestellungen mit entsprechenden Mitteln ausgestattete *gesamtschweizerische kantonsubergreifende Projekte* angezeigt.¹¹⁵ Die Beantwortung zahlreicher Fragen kann allerdings mit den federalen und weiteren (historisch gewachsenen) Strukturen der Schweiz und den massgeblichen Interessengruppen in Konflikt treten, was aber nicht gegen eine vertiefte wissenschaftliche Auseinandersetzung

¹¹⁴ Vgl. Analyse S. 11.

¹¹⁵ Evtl. auch als Projekt des Nationalfonds zu konzipieren.

spricht. Diese könnte für die politischen Entscheidungsprozesse wichtige Entscheidungsgrundlagen liefern.

Zu untersuchen ist zum Beispiel auch, ob die verhältnismässig kleine Schweiz wirklich 5 *Universitätsspitäler* mit je umfassenden Leistungsaufträgen benötigt, oder ob zwei bis drei Universitätsspitäler genügen. Oder die Frage, ob denn nicht eine *Einheitskrankenversicherung*¹¹⁶ für das ganze Land – analog zur SUVA für die Unfallversicherung – zu entsprechend tieferen Kosten führen kann (oder eine Reduktion der Kassen auf 5 – 6 regionale Grosskrankenkassen).

Gleichzeitig mit der *Reduktion der Universitätsspitäler auf 2 – 3 Standorte* müsste allerdings auch die *Zuständigkeit des Bundes für diese universitären Einrichtungen* geprüft werden (analog zu seiner Verantwortung für die ETH Zürich und Lausanne) – am besten verbunden mit der Übernahme der Behandlungskosten für die auf universitärem Niveau angebotenen hochspezialisierten Leistungen durch den Bund. Mit der *Übernahme dieser sogenannten Grossrisiken durch den Bund* würden jedenfalls die Krankenversicherer entsprechend entlastet, was sich auf die Krankenkassenprämien positiv auswirken sollte. Dadurch würde ein wesentlicher Teil der Krankheitskosten über die Bundessteuern neu einkommens- und vermögensabhängig finanziert.

3.3 Normative Steuerung der Medizin

Die *normative Steuerung der Medizin* stellt diese, aber auch die Gesundheitspolitik vor schwierige Herausforderungen. Der Ruf, die „*ruinöse medizinische Maximalversorgung durch eine auf das Notwendige beschränkte Grundversorgung*“ zu ersetzen, ist zwar verständlich, aber ausserordentlich heikel.¹¹⁷

Die normative Frage, aus welcher Sicht der Nutzen von Massnahmen des Gesundheitswesens, beantwortet werden soll, ist für die Steuerung und ebenso für die

¹¹⁶ Vgl. auch Riemer-Kafka S. 365 f.

¹¹⁷ Cf. Zürcher S. 148 f.

Finanzierung des Gesundheitswesens zentral. Der Nutzen gesundheitlicher Massnahmen kann jedoch nicht allein empirisch beantwortet werden. Prägend sind individuelle Erfahrungen und Werthaltungen sowie die sozialpolitische Ausrichtung. Je nach Perspektive oder Interessenlage fällt die Antwort auf die Frage, was nützt oder schadet, anders aus. Die Perspektive des Autors stellt sich wie folgt dar: Aus der Sicht der Patientinnen und Patienten haben der Aspekt der Qualität und Evidenz Priorität und aus der sozialpolitischen Warte hat die gesellschaftliche Solidarität höchste Bedeutung. Den Fachleuten kommt dabei in erster Linie eine die Entscheidungsfindung der Kranken unterstützende Funktion zu.

Das klassische Spannungsfeld zwischen dem technisch Möglichen, dessen Finanzierbarkeit und dem dahinter liegenden Sozialen bleibt immer wieder zu hinterfragen. Es gibt verschiedene Perspektiven und Modelle zur Durchdringung dieses Spannungsfelds. Einer dieser Modelle ist jenes der *Salutogenese* (Gesundheitsentstehung oder -entwicklung).¹¹⁸ 1979 hat Antonovsky den Begriff der Salutogenese geprägt.¹¹⁹ Er stellte die *salutogenetische Grundfrage*: Warum und wie bleibt jemand trotz verschiedener krankheitsverursachender Einflüsse gesund? In der Antwort darauf spielen die personalen und sozialen Ressourcen zur Stressbewältigung eine wichtige Rolle, also Kräfte, welche die Fähigkeit des Individuums fördern, mit den körperlichen, psychosozialen und weiteren Belastungen des Lebens erfolgreich umzugehen. Die Salutogenese geht also - kurz gefasst - von den Ressourcen der Menschen aus und nicht von den Symptomen einer Krankheit wie es in der kausal-orientierten Pathogenese (Krankheitsentstehung oder -entwicklung) der klassischen Schulmedizin geschieht. In der Zukunft wird wohl nur der Dialog zwischen diesen beiden Denkmodellen zum Erfolg bei der Krankheitsbewältigung führen.¹²⁰

¹¹⁸ Pauli/White/McWhinney S. 105 f.

¹¹⁹ Antonovsky S. 1 ff.

¹²⁰ Die Evidence based medicine kann hier die notwendige methodische Hilfestellung leisten. Vgl. Pauli/White/McWhinney S. 95 ff.

Aus dieser Sicht darf die Salutogenese keine Alibiübung im Krankheitsmarkt sein, sondern muss im Gegenteil ein zusätzlicher Leitgedanke für die Massnahmen und Entscheidungen im Gesundheitswesen sein: „Im Mittelpunkt steht die Idee der rückeroberten Gesundheit von Innen.“¹²¹ Es seien jene medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Massnahmen zu fördern, welche langfristig Gesundheit erzeugen und sichern, und zwar für möglichst viele Menschen, was letzten Endes in einen Widerspruch zum Streben treten kann, mit einem Höchstmass an Medizintechnologie. Plakativ ausgedrückt soll „technokratischer Heroismus“ zu Gunsten der möglichst breiten Verbesserung der Lebensbedingungen und der Lebensführung der Menschen reduziert werden.¹²² Fäh weist auf die weit verbreitete unbewusste Fantasie hin, „durch eine magische Heilerfigur gesund gemacht zu werden – ohne eigenes Zutun“.¹²³ Diese pointierte Sicht des Präsidenten des Schweizer PsychotherapeutInnen Verband (SPV) spricht die Eigenverantwortung *und* die Verantwortung der Anbieter an. Schwachpunkte des stark auf das Individuum bzw. sein Verhalten bezogenen reinen Modells der Salutogenese können die Konzentration auf individuelle subjektive und kognitive Dimensionen als entscheidende Grössen von Gesundheits- bzw. Krankheitsentstehung oder Krankheitsbewältigung sein. Zu Recht wird deshalb auch auf gesellschaftliche Faktoren wie die Bedingungen der Arbeitswelt, die allgemeinen Lebensbedingungen usw. hingewiesen.¹²⁴

Auch wenn die Verhaltensweisen der individuellen Menschen die Krankheitsentwicklung und –bewältigung und damit die Gesundheitskosten zweifellos beeinflussen,¹²⁵ sind die Einflussmöglichkeiten des Kollektivs, der Gesundheitspolitik auf die Kostenentwicklung diesbezüglich (noch) als eher gering einzuschätzen. Eine Rolle spielt, dass der Gesundheitsmarkt weitgehend angebotsgesteuert ist.

¹²¹ Fäh S. 34: Es geht um die Interaktion zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit, d.h. um die Wechselwirkung zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheit.

¹²² Fäh S. 35.

¹²³ Fäh S. 35.

¹²⁴ Fäh S. 35, Schwank S. 140 ff.

¹²⁵ Vgl. Stampfer S. 16 ff. zu den fünf negativen Lebensstilfaktoren.

Wie hoch in den hochindustrialisierten Ländern der Anteil jener medizinischen Leistungen ist, die *keinen Nutzen für die Patientinnen und Patienten bringen oder gar schaden*,¹²⁶ ist wohl nicht eindeutig zu ermitteln. Dennoch dürfte hier ein bedeutsames Rationalisierungspotential¹²⁷, mithin ein wichtiger Ansatz zur Lösung einiger - jedoch nicht aller - Kostenprobleme des Gesundheitswesens liegen. Massgeblich wird es in Zukunft darum gehen, überflüssige Leistungen zu identifizieren und zu vermeiden bzw. nicht über die soziale Krankenversicherung zu vergüten.

Der Sozialstaat ist nicht das fertig abgeschlossene Produkt der letzten 150 Jahre. Er bleibt unvollendet. Von ihm wird erwartet, dass er sich ständig erneuert. „Sein Überleben wird davon abhängen, ob er fähig ist, sich dem Wandel von Wirtschaft, Gesellschaft und Politik anzupassen und immer neue Antworten auf das alte Menschheitsproblem zu finden, die Not zu überwinden, ohne die Freiheit zu verlieren.“¹²⁸ Für das Gesundheitswesen bedeutet dies, dass seine Leistungen nicht nur einseitig jenen zuteil werden, die über die entsprechenden Mittel verfügen, oder jenen, für die sich die „Investition“ aus gesellschaftlicher Sicht zu lohnen scheint: Gesellschaftlicher Status und sozioökonomische Situation dürfen letzten Endes nicht entscheidend sein für die Verteilung der Ressourcen.¹²⁹

* * * * *

Dr. Erwin Carigiet

Zürich, im Februar 2003

¹²⁶ Vgl. für viele Beck-Borhold/Dubben S. 46 ff.

¹²⁷ Im Gegensatz zur Rationalisierung mit der Frage nach der Vermeidung von Leistungen ohne Nutzen geht es bei der Rationierung vereinfacht um die Frage, wie viel zusätzlicher Nutzen der Gesellschaft (z.B. ein gewonnenes Lebensjahr) wert ist.

¹²⁸ Ritter S. 202.

¹²⁹ Zürcher S. 150.

Literaturverzeichnis

- ANTONOVSKY Aaron, Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997
- AYOUBI Semya, HUTH Petra, Das Schweizer Gesundheitswesen – Behandlungsvorschläge für einen Patienten. Eine Spezialstudie zum Reformpotential des schweizerischen Gesundheitswesens, Crédit Suisse Economic Research & Consulting, Zürich 2002
- BALANDI Gian Guido, Gesundheitspflegesysteme: ein komparativer Ansatz, in: Sozialer Schutz in Europa, Veränderungen und Herausforderungen, hrsg. von Alessandra Bosco und Martin Hutsebaut, Marburg 1998, S. 354 ff.
- BECK-BORNHOLD Hans-Peter, DUBBEN Hermann, Der Hund, der Eier legt, Erkennen von Fehlinformationen durch Querdenken, 3. Aufl. Rheinbeck bei Hamburg 2002
- BLOCH Ernst, Das Prinzip Hoffnung, Bd. II, Vierter Teil (Konstruktion): Grundrisse einer besseren Welt, Zürich 1959
- BUNDESAMT FÜR STATISTIK, Szenarien der Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 1941 – 2040, Neuchâtel 1992 (zit. Szenarien)
- CARIGIET Erwin, Gesellschaftliche Solidarität, Prinzipien, Perspektiven und Weiterentwicklung der sozialen Sicherheit, Basel, Genf, München 2001
- EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT DES INNERN, Soziale Krankenversicherung Analyse, Bundesrats-Klausur vom 22. Mai 2002, Bern 2002 (zit. Analyse).
- FÄH Markus, Veränderung im Gesundheitswesen: Irrwege und Auswege, in: HCompetence Nr. 1-2/2003 S. 34 ff.
- FEY M.F., BÜHRER A., Klinische Fachliteratur kritisch lesen, Teil I: Fussangeln in Fallberichten und Fallserien; Teil II: Randomisierte Studien, Meta-Analysen und Publikationsprobleme, in: Schweizerisches Medizin-Forum Nr. 7 vom 14. Februar 2001, Basel, S. 161 ff.
- GÄRTNER Ludwig, Gesundheitswesen der Schweiz – wohin? Mögliche Strukturreformen in: Sozialalmanach 2003, Gesundheit – Eine soziale Frage, hrsg. von Caritas Schweiz, Luzern 2003, S. 173 ff

- GILLIAND Pierre, La santé: un bien de consommation, un luxe ou un besoin vital?, in :
Sécurité sociale : le défi du futur, hrsg. von A.G.E.A.S. (Association genevoise des
employés d'assurances sociales), Genf 1994, S. 71 ff.
- GUILLEMARD Anne-Marie, Le déclin du social, mit einem Vorwort von Touraine Alain,
Paris 1986
- HOHMANN Jürgen, Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa, Gesell-
schaftliche Solidarität auf dem Prüfstand, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 1998
- HURRELMANN Klaus, Sozialisation und Gesundheit, somatische, psychische und soziale
Risikofaktoren im Lebenslauf, Weinheim/München 1988
- HUWILER Karin, AMSTUTZ Raphael, MINDER Christoph.E., Soziale Ungleichheit in der
Gesundheit – Ein Thema auch in der Schweiz, in: Sozialalmanach 2003, Gesundheit
– Eine soziale Frage, hrsg. von Caritas Schweiz, Luzern 2003, S. 55 ff.
- KNÖPFEL Carlo, Bericht über die wirtschaftliche und soziale Entwicklung in der Schweiz
2001/2002, in Sozialalmanach 2003, Gesundheit – Eine soziale Frage, hrsg. von
Caritas Schweiz, Luzern 2003, S. 15 ff.
- KÜNZLER Gabriela, Arme sterben früher, in: Sozialalmanach 2003, Gesundheit – Eine
soziale Frage, hrsg. von Caritas Schweiz, Luzern 2003, S.67 ff.
- LALIVE D'EPINAY Christian, BRUNNER Mathias, ALBANO Giovanni, Atlas suisse de la
population âgée, Lausanne 1998 (zit. ATLAS POPULATION ÂGÉE)
- MARTIN Jean, Médecine pour la médecine ou médecine pur la santé, Lausanne 1996
- MEIER Claudia, Sozioökonomische Benachteiligung und Gesundheit bei Frauen, in :
Sozialalmanach 2003, Gesundheit – Eine soziale Frage, hrsg. von Caritas Schweiz,
Luzern 2003, S. 81 ff.
- NIEJAHR Elisabeth, Die Lüge von der Solidarität, in: Die Zeit Nr. 3 vom 9. Januar 2003,
S. 15 f.
- NOTI Odilo, Reichweite und Grenzen der Solidarität : Annäherung aus sozialetischer
Sicht, in : Sozialalmanach 1999, Existenzsicherung in der Schweiz, hrsg. von Caritas
Schweiz, Luzern 1999, S. 161 ff.
- PAULI Hannes G., WHITE Kerr L., MC WHINNEY Ian R., Das Bild der Gesundheit in der
Wissenschaft, in: Sozialalmanach 2003, Gesundheit – Eine soziale Frage, hrsg. von
Caritas Schweiz, Luzern 2003, S. 95 ff.

- PFLÜGER-DEMANN Angelika, Soziale Sicherung bei Invalidität in rechtsvergleichender und europarechtlicher Sicht. Eine auf die Bundesrepublik Deutschland und Frankreich bezogene Darstellung, Diss. Baden-Baden 1991
- PROWSE Michael, Wir Status-Tiere, Warnung des Finanzministeriums: Ungleichheit kann ihre Gesundheit gefährden, in: Das Magazin Nr. 3 – 18. bis 24. Januar 2003, Zürich 2003, S. 12 f.
- RHINOW René, Wirtschafts-, Sozial- und Arbeitsverfassung, in: Die neue Bundesverfassung, Konsequenzen für Praxis und Wissenschaft, hrsg. von Ulrich Zimmerli, Bern 2000, S. 157 ff.
- RIEMER-KAFKA Gabriela, Die Gleichstellung von Mann und Frau in der schweizerischen Sozialversicherung, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge (SZS) 1991, Bern 1991 S. 225 und 291 ff. (zit. Riemer-Kafka, Gleichstellung).
- RIEMER-KAFKA Gabriela, Eine finale Volks- und Allrisk-Versicherung – Ein Traum?, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge (SZS) 2002, Bern 2002 S. 334 ff.
- RITTER Gerhard A., Der Sozialstaat: Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich, 2. Aufl. München 1991
- ROSSEL Raymond, Kosten des Gesundheitswesens, Detaillierte Ergebnisse 1997 und Entwicklung seit 1960, Statistik der Schweiz, hrsg. vom Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 1999
- ROSSI Martino, SARTORIS Elena, Solidarität neu denken, Wirtschaftliche Veränderungen, Krise der sozialen Sicherheit und Reformmodelle, Zürich 1996
- SCHWANK Alex, Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Gesundheitliche Chancengleichheit muss prioritäres Ziel werden, in: Sozialalmanach 2003, Gesundheit – Eine soziale Frage, hrsg. von Caritas Schweiz, Luzern 2003, S. 137 ff.
- STAMPFER M. et al, Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle, in: New England Journal of Medicine (NEJM) Nr. 343, Boston 2000, S. 16 ff.
- STOLLEIS Michael, Industrielle Revolution und Sozialversicherung, in: Verfassung, Theorie und Praxis des Sozialstaats, Festschrift für Hans F. Zacher zum 70.

Geburtstag, hrsg. von Franz Ruland, Bernd Baron von Maydell, Hans-Jürgen Papier, Heidelberg 1998, S. 1081 ff.

TSCHUDI Hans Peter, Die gemeinsame Wohlfahrt (BV Art. 2) in: ders., Sozialstaat, Arbeits- und Sozialversicherungsrecht, Schriften aus den Jahren 1983 bis 1995, Zürich 1996, S. 9 ff.

VAN LANGENDONCK Jef, Gesundheitsversorgung zwischen Effizienz und Qualität, in: Sozialer Schutz in Europa, Veränderungen und Herausforderungen, hrsg. von Alessandra Bosco und Martin Hutsebaut, Marburg 1998, S. 370 ff.

WALZER Michael, Sphären der Gerechtigkeit, Ein Plädoyer für Pluralität und Gleichheit, Frankfurt a.M./New York 1994

WILKINSON, Richard G., Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality, London/New York 1996

ZÜRCHER Markus Daniel, Medizinische Versorgung: angemessen und fair, in: Sozialalmanach 2003, Gesundheit – Eine soziale Frage, hrsg. von Caritas Schweiz, Luzern 2003, S. 147 ff.
