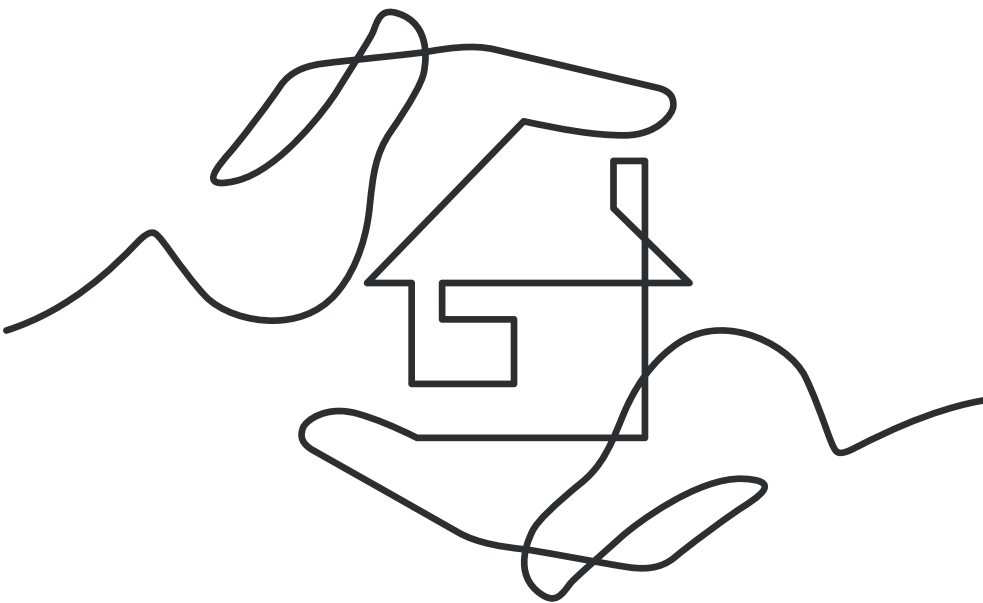


FÜR EINE DURCH- GREIFENDE REFORM DES SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSWESENS

Medizin und Ökonomie im Dialog



Beat Bürgenmeier
Hans Stalder

Vorwort von Henri Bounameaux

v/d/f

Für eine durch- greifende Reform des schweizerischen Gesundheitswesens

Medizin und Ökonomie im Dialog

**Beat Bürgenmeier
Hans Stalder**

Vorwort von Henri Bounameaux

v/d/f

Hersteller:

vdf Hochschulverlag AG
Schwendenhausstrasse 16
CH – 8702 Zollikon
verlag@vdf.ch
Verantwortlich: Ernst Schärer

Verantwortlich in der EU:

Brockhaus Kommissionsgeschäft GmbH
Kreidlerstrasse 9
DE – 70806 Kornwestheim bei Stuttgart
info@brocom.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Couverture : Frédéric Michiels

Illustration de couverture : Stocknick / GettyImages

ISBN 978-3-7281-4201-6 (Printversion)

ISBN 978-3-7281-4202-3 (E-Book)

DOI 10.3218/4202-3

verlag@vdf.ch

www.vdf.ch

© 1. Auflage 2025, vdf Hochschulverlag AG

(© der frz. Originalausgabe: Pour une réforme du système de santé Suisse – Priorité au patient, RMS Editions, ISBN 9-782-88049-544-2)

Das Werk einschliesslich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ausserhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Inhaltsübersicht

Inhaltsübersicht	3
Vorwort	5
Die Autoren	11
Einführung	13
1. Ökonomische Aspekte des Gesundheitssystems	23
2. Finanzierung	45
3. Dilemma zwischen Verantwortung und Solidarität	61
4. Qualität der Pflege	71
5. Gesundheitskosten im Alter	89
6. Eine neue Vision der Reform	101
Fazit: eine Reform, bei der Patientinnen und Patienten im Zentrum stehen	111
Bibliografie	115
Fussnoten	123
Dank	127
Detailliertes Inhaltsverzeichnis	129

Vorwort

Die Schweiz gibt sehr viel Geld für ihre Gesundheitsausgaben aus, den zweitgrössten Beitrag weltweit pro Person (\$ 8'049 im Jahr 2022, nach den Vereinigten Staaten mit \$ 12'555). Die medizinische Dichte ist eine der höchsten: Mit mehr als vier Ärztinnen/Ärzten pro 1000 Einwohner liegt die Schweiz vor Belgien, Luxemburg und den Niederlanden (jeweils rund drei pro 1000). Generell betrachtet unser Land das eigene Gesundheitssystem als eines der besten in der Welt.

Dennoch ist die Ungleichheit der Versicherten sowohl geografisch (mehr als sieben Ärztinnen/Ärzte pro 1000 Einwohner in der Stadt, weniger als zwei auf dem Land) als auch in der Verteilung der medizinischen Fachgebiete eklatant: In Genf, mit seinen über 500'000 Einwohnern, machen Hausärztinnen/Hausärzte nur ein Viertel der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte aus, während allgemein ein Anteil von 50% als wünschenswert angesehen wird. Ein Defizit an Generalisten bedeutet angesichts der hohen Gesamtdichte zwangsläufig eine Fülle von Spezialistinnen und Spezialisten. Natürlich wäre es angebracht je nach Fachgebiet zu variieren, aber Fakt ist: Die grosse Anzahl an Fachärztinnen und -ärzten führt zu einem Missbrauch diagnostischer Untersuchungen und therapeutischer Massnahmen und damit zu höheren Kosten. Die Folge ist ein stetiger Anstieg der Krankenkassenprämien.

Die überhöhten Prämien führen zu einem zunehmenden Druck auf das Budget der Haushalte. Ein Drittel der Versicherten wäre ohne den kantonalen Zuschuss nicht in der Lage, ihre Prämien zu bezahlen. Und das ohne die «Restkosten», das heisst den Teil der Gesundheitskosten, der weder vom Staat noch von den Krankenkassen

übernommen wird. Die direkt von den Haushalten bezahlten Kosten sind die höchsten in der westlichen Welt: In der Schweiz 28 %, verglichen mit durchschnittlich 20 % in Europa und 9 % in Frankreich.

Wie reagieren unter diesen Bedingungen Versicherungsnehmer, Leistungserbringer, Krankenkassen, kantonale und eidgenössische Behörden?

Die Erstbetroffenen, die Versicherungsnehmer, erfahren mit Bestürzung, dass ihre neuen Versicherungsprämien steigen, und nutzen manchmal den Pseudowettbewerb zwischen den Kassen aus, um zu einer günstigeren Kasse zu wechseln, die jedoch meist im nächsten Jahr teurer wird. Wenn sie sich an der Wahlurne äussern können, lehnen sie die Einführung der Prävention in die Pflichtversicherung, Massnahmen zur Kostenbelastung sowie die einheitliche Krankenkasse ab. Ärztinnen/Ärzte tun weiterhin das, wofür sie ausgebildet wurden – manchmal als Reaktion auf die Wünsche anspruchsvoller Patientinnen und Patienten – und führen immer zahlreichere, anspruchsvollere und «präzisere» Labor- oder Radiountersuchungen für präventive oder therapeutische Behandlungen durch, obwohl die Praxisrichtlinien empfehlen, dies nicht zu tun mangels ausreichenden medizinischen Nutzens. Krankenversicherer – rund 50 im Land mit ebenso vielen Verwaltungsräten, bürokratischem Aufwand und IT-Systemen – erhöhen daraufhin die Prämien, um die Kosten all dieser medizinischen Aktivitäten zu decken und bilden exorbitante Rücklagen für schwierigere Zeiten ...

Die kantonalen Behörden reagieren uneinheitlich, wobei die einen auf Konkurrenz setzen, während die anderen das Niederlassungsrecht der Ärztinnen/Ärzte einschränken, meist ohne Unterscheidung zwischen den Fachgebieten.

Abgesehen von Krisensituationen wie Covid-19 haben die Bundesbehörden wenig Kompetenz in Gesundheitsangelegenheiten. Sie begnügen sich, jedes Jahr die Erhöhungen

der intransparenten und konfliktreich bestimmten Versicherungsprämien zu genehmigen. Anstatt den Mangel an Allgemeinmediziner*innen zu bekämpfen, erhöhen sie die jährliche Anzahl qualifizierter Ärztinnen/Ärzte, ohne jedoch deren Fachausbildung zu regulieren, was unweigerlich zu einer absurden Zunahme von Spezialistinnen und Spezialisten führt. Das Tüpfelchen auf dem i ist, dass die Gesundheitsdaten nach wie vor lückenhaft und unvollständig sind, die elektronische Patientenakte seit Jahrzehnten im Entwurfsstadium steckenbleibt und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) für viele sinnvolle Aufgaben zur Analyse der Situation und zu deren Überwachung die rechtliche Grundlage fehlt.

Dies sind die harten Fakten für diejenigen, die behaupten, die Schweiz habe die beste Medizin der Welt.

Die beiden Autoren der vorliegenden Publikation sind emeritierte Professoren der Universität Genf. Hans Stalder ist Allgemeininternist und leitete die medizinische Abteilung des Kantonsspitals Liestal (BL), bevor er 1986 die Leitung der medizinischen Poliklinik des kantonalen Universitätsspitals Genf (später HUG) übernahm. Er kennt sowohl die Situation im Spital als auch im ambulanten Bereich gut und hat als Beobachter die Entwicklung des Gesundheitssystems in den letzten 40 Jahren verfolgt. Er half bei der Ausbildung von Generationen von Ärztinnen/Ärzten, die mittlerweile bald schon im Ruhestand sind. Als Klinikchef der Poliklinik in Genf hat er persönlich erlebt, wie das schweizerische Gesundheitssystem funktioniert. Beat Bürgenmeier ist Wirtschaftswissenschaftler, ehemaliger Dekan der Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Universität Genf und Experte für Regierungen und Nichtregierungsorganisationen (NGOs) in mehreren Ländern. Seit vielen Jahren engagiert er sich für eine Öffnung der Wirtschaftswissenschaften auf Umwelt- und Sozialprobleme.

Die Zusammenarbeit dieser beiden Experten auf ihrem jeweiligen Gebiet ermöglichte es, ein systematisches und kompromissloses Bild unseres Gesundheitssystems zu zeichnen, indem sie Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt des Systems stellten. Diese eigentlich selbstverständliche Perspektive ist bei weitem jedoch nicht die Regel, da die Standpunkte unterschiedlicher nicht sein können, je nach Interessenlage des einen oder anderen medizinischen Leistungserbringers, Versicherers und Patientenverbands mit ihren jeweiligen Lobbys in der politischen Arena. Ihre widersprüchlichen Visionen und vielfältigen Interessenkonflikte haben zu einer Lähmung des Systems und zum Scheitern der in den letzten 20 Jahren begonnenen, zaghaften Reformversuche geführt.

Der Schock der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 warf ein grelles Licht auf die Unzulänglichkeiten und Inkonsistenzen des Systems und rückte die Patientinnen und Patienten wieder in den Mittelpunkt der Debatte. Da sich diese als älter, polymorbider und fragiler herausstellten als bisher angenommen, kommen wir nicht darum, das Gesundheitssystem unseres Landes zu überdenken.

Dieses Buch schlägt eine tiefgreifende Reform vor, die auf Solidarität, Gerechtigkeit und einen für alle erschwinglichen Zugang zur Gesundheitsversorgung basiert sowie neue Finanzierungs- und Organisationsformen vorstellt, die sich anderswo bewährt haben – wie etwa Gesundheitsnetzwerke und *Medical Homes*. Die Autoren begnügen sich nicht mit Wunschdenken, sondern schlagen konkrete Massnahmen vor, ohne dabei die Umsetzungsprobleme zu übergehen. Für mich kommen diese Informationen und Überlegungen zum richtigen Zeitpunkt für die Ausarbeitung eines neuen Bundesgesetzes zum Gesundheitswesen, eine unumgängliche Rechtsgrundlage, um alle Akteure im Gesundheitswesen um das einzige Thema zu vereinen, das sie beschäftigen sollte: die Patientinnen und

Patienten. Schliesslich stehen diese Vorschläge im Einklang mit der 2019 veröffentlichten Roadmap der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften für eine nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems.

Prof. Dr. med. Henri Bounameaux
Präsident der Schweizerischen Akademie
der medizinischen Wissenschaften

Die Autoren

Nach seinem Abschluss als Doktor der Medizin an der Universität Basel im Jahr 1966 spezialisierte sich **Hans Stalder** auf Innere Medizin (La Chaux-de-Fonds und Genf) und Infektionskrankheiten (Harvard Medical School). 1978 wurde er zum Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin am Kantonsspital Liestal, Schweiz, 1986 zum Leiter der medizinischen Poliklinik und 1995 zum Direktor des Département de Médecine communautaire am Universitätsspital Genf ernannt.

Er wurde ausserordentlicher Professor für Medizin an der Universität Basel (1985) und anschliessend ordentlicher Professor in Genf (ab 1986). Seit Anfang der 1990er-Jahre war er massgeblich an der Planung und Durchführung der Studienreform der Medizinischen Fakultät Genf und der Weiterbildung in Innerer Medizin in der Schweiz beteiligt. Er war Mitglied des Vorstands der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, beteiligte sich am Projekt zur Einführung der Hausarztmedizin in Bosnien-Herzegowina und als medizinischer Experte am Projekt Health SWAP of Medical Education in Kirgisistan. Er war Präsident der Gesundheitskommission der Seniorenuniversität (UNI3) in Genf (2007–2018) und Mitglied des Redaktionskomitees der Schweizerischen Ärztezeitung.

Beat Bürgenmeier stammt aus Basel und studierte Wirtschaftswissenschaften an der Universität Genf, wo er 1982 nach einem Aufenthalt in Cambridge, Massachusetts, (*postdoctoral fellow* am MIT) zum ordentlichen Professor ernannt wurde. Von 1995 bis 2001 war er Dekan der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät und anschliessend von 2009 bis 2013 Gastprofessor an der Universität Versailles (UVSQ). Zudem war er bis 2020

Präsident der Forschungskommission des Bundesamtes für Umwelt.

Sein Forschungsschwerpunkt ist die Sozioökonomie, insbesondere im Bereich der Wirtschafts- und Sozialpolitik. Er war Vorsitzender des wissenschaftlichen Ausschusses von Fondaterra, der europäischen Stiftung für nachhaltige Territorien, und Präsident des Beirats des Deutschen Verbands nachhaltiger Unternehmen (VNU). Er war ebenfalls Mitglied des Beirats für sozial verantwortliche Investitionen der DEXIA SA und des wissenschaftlichen Ausschusses des Programms *Management and Impacts of Climate Change* (GICC2) des französischen Ministeriums für Ökologie und nachhaltige Entwicklung. Als Experte arbeitete er für mehrere wissenschaftliche Organisationen und Zeitschriften und war Mitglied der Gesundheitskommission der Universität der Senioren (UNI3). Er veröffentlichte 2024 das Werk *L'économie du futur, trois scénarios pour la transition écologique* (Brüssel: Mardaga).

Einführung

*Wer Visionen hat,
sollte zum Arzt gehen.*

Helmut Schmidt,
deutscher Bundeskanzler 1974–1984

Die Covid-19-Pandemie hat die alte Debatte über die Zukunft des Gesundheitssystems in der Schweiz aufleben lassen, deren geplante Reformen sich im Wesentlichen auf die Begrenzung und die Senkung der Kosten beschränkten. Gleichzeitig hat sie diese Debatte erschwert, da eine Neuausrichtung zusätzliche Kosten verursachte. Zahlreiche Vorschläge sind auf einer Gratwanderung zwischen Ansätzen zur Stärkung der individuellen Verantwortung, zur Anwendung von privaten Managementinstrumenten und zur Förderung der öffentlichen Gesundheit.

Dass die Versorgung qualitativ hochwertig sein soll und für alle zugänglich bleiben muss, wird ebenso unterstützt wie der Gedanke, dass Ressourcen effizient genutzt werden müssen. Gemäss Gesetz müssen die Leistungen «wirksam, angemessen und wirtschaftlich» sein (Art. 32.1 KVG). In den letzten Jahren haben an ökonomischen Effizienzkriterien orientierte Reformen an Bedeutung gewonnen. Sie haben insbesondere dazu geführt, dass die Zahl der Krankenhäuser, die auf Synergien und Grössenvorteile setzen, zurückgegangen ist, dass bestimmte medizinische Verfahren standardisiert wurden und dass ganz allgemein der Vergleich zwischen verschiedenen Anbietern und medizinischen Behandlungen erleichtert wurde, um den Wettbewerb anzukurbeln.

Gleichzeitig erfordern Investitionen in die Spitzenmedizin immer mehr Ressourcen und erfordern eine stärkere Zusammenarbeit zwischen privaten und öffentlichen Forschungszentren. Relativ gesehen, steigen Ihre Mittel schneller als die für die lokale und präventive Medizin bereitgestellten Beträge. Diese Partnerschaft zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor wirft jedoch Probleme im Zusammenhang mit den wichtigsten strategischen Ausrichtungen der öffentlichen Gesundheit auf, die zwischen der Unabhängigkeit der Forschung, ihrem ethischen Kodex und dem Streben nach Gewinn hin- und hergerissen sind. Nicht jede medizinische Forschung ist daher allein auf den Fortschritt des Wissens ausgerichtet, auch wenn beispielsweise die schnelle Verfügbarkeit von Impfstoffen der sogenannten «neuen Generation» das Gegenteil anzudeuten scheint.

Ob unser Gesundheitssystem wirklich «von ausgezeichneter Qualität» ist – eine Beobachtung, die im Allgemeinen von den meisten Beobachtern geteilt wird –, muss heute infrage gestellt werden. In einem Vergleich mit 10 Ländern steht die Schweiz nämlich nicht an vorderster Stelle. Vor allem werden Finanzierung, die hohen Medikamentenkosten, die Versorgung psychischer Krankheiten sowie die Koordination bemängelt (Emanuel 2022). Das schweizerische Gesundheitsobservatorium stellte fest, dass 23 % der Bevölkerung aus finanziellen Gründen auf medizinische Pflege verzichten; bei den bedürftigsten Personen erreicht dieser Anteil sogar fast 50 % (OBSAN 2023). In dieser Hinsicht, verglichen mit anderen europäischen Staaten, steht die Schweiz nicht gut da (Doty et al., 2020). Auch die unerwartete Pandemie Covid-19 hat Mängel im System offengelegt, wie Engpässe beim Pflegepersonal und in der Logistik sowie die angespannte Lage bei der Beschaffung von Sanitätsmaterial; dadurch wurde die öffentliche Debatte über das Schweizer Gesundheitssystem und seine Kosten neu belebt. In der Notlage war es jedoch unabdingbar, zunächst auf die dringendsten Massnahmen zu reagieren

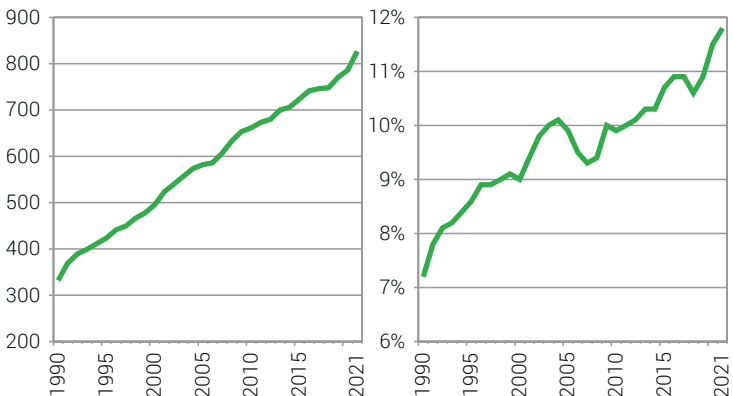
und jegliche Überlegungen zu den langfristig durchzuführenden Reformen aufzuschieben. Derzeit ist in Bezug auf die Pandemie möglicherweise auch noch nicht das letzte Wort gesprochen und es besteht die Gefahr, dass sie auch in Zukunft die Reformpläne beeinflussen wird.

Mehrere Gründe laden uns ein, über die verschiedenen Optionen für Reformen im Gesundheitsbereich nachzudenken. Der Anteil der Gesundheitsausgaben an den Staatseinnahmen steigt von Jahr zu Jahr; die Finanzierung der Krankenversicherung – und im Allgemeinen aller Sozialversicherungen – steht seit Langem auf der parlamentarischen Tagesordnung, ohne dass es zu einem politischen Konsens gekommen wäre; zudem besteht ein Reformdruck wegen wachsender Unsicherheiten hinsichtlich der langfristigen wirtschaftlichen Wachstumsaussichten und der Alterung der Bevölkerung.

Entwicklung der Gesundheitsausgaben

Pro Einwohner und Monat in Franken

In % des BIP



Quellen: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, VGR, ESPOP, STATPOP

© BFS 2023

Die Gesundheitsausgaben steigen regelmässig, sowohl pro Kopf als auch im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (BIP), was bedeutet, dass der Anteil der Gesundheit an der Wertschöpfung unserer Wirtschaft immer weiter zunimmt, was an sich keine schlechte Nachricht ist.

Diese Entwicklung spiegelt die Tatsache wider, dass die Gesundheit bei einem langfristig stetig steigenden Lebensstandard einen immer grösseren Stellenwert im Leben der Bevölkerung einnimmt. Theoretisch gesehen gilt Gesundheit als «Luxusgut»: Der dafür aufgewendete Anteil des Einkommens steigt überproportional im Vergleich zum BIP.¹ Da es sich um einen Durchschnittswert handelt, verbergen sich hinter diesem Anteil jedoch erhebliche Unterschiede in der Einkommensverteilung. Gesundheit ist daher nicht für *jeden* ein «Luxus». Ferner steigen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung noch schneller.

Die meisten Reformvorhaben im Schweizer Gesundheitssystem wurden ausschliesslich mit dem Ziel der wirtschaftlichen Effizienz durchgeführt, ohne den Problemen der Umverteilung zwischen vermögenden und weniger vermögenden Versicherten grosse Aufmerksamkeit zu schenken. Die Finanzierung von Prämien erhöhungen belastet daher den Haushalt der Versicherten immer stärker und die Beiträge werden für einkommensschwache Einzelpersonen oder Familien immer weniger tragbar, sodass sie teilweise oder sogar vollständig vom Staat finanziert werden müssen. Diese Entwicklung gefährdet das den Sozialversicherungen inhärente Solidaritätsprinzip. Die Forderung nach nur wirtschaftlicher Effizienz dank mehr Wettbewerb und Privatisierung birgt den Keim einer zunehmenden Entsolidarisierung.

Schliesslich haben Abrechnungs- und Qualitätskontrollsysteme zu einer Bürokratisierung geführt, die von allen

Gesundheitsdienstleistern als aufreibend empfunden wird.

Derzeit liegen verschiedene Vorschläge von Bundesrat und Parlament vor, um die Kosten des Gesundheitssystems zu senken. Zwei Initiativen wurden bereits abgelehnt.² Allerdings hat die Frage, wo man sparen kann, einen erbitterten Kampf zwischen den beteiligten Akteuren ausgelöst:

- Der *Bund*, dessen Kompetenz beschränkt ist und sich nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und dem Epidemiengesetz (EpG) richtet, und die *Kantone*, die im Bereich der Pflege über eine weitgehende Autonomie verfügen, die sie auch beibehalten wollen. Der Bund will das ambulante Finanzierungssystem (TARMED) modernisieren und auf Spitalstufe die Bettenzahl reduzieren. Der Beitrag zu den ambulanten Kosten ist derzeit immer noch Gegenstand von Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt/Ärztin, Kassen und Kantonen. Der Bund regelt auch die Zulassung von Arzneimitteln, deren Einfuhr und Preis. Schliesslich überwacht er die Versicherungen. Der teilweise unbefriedigende Umgang mit der Covid-19-Pandemie hat die Versäumnisse im Gesundheitsbereich aufgrund des Föderalismus deutlich gezeigt.
- *Leistungserbringer*, die offensichtlich das Niveau ihrer Einnahmen halten wollen, und Ärztinnen/Ärzten, deren Interessen infolge der 41 Fachgebiete, aus denen sich die FMH zusammensetzt, oft sehr unterschiedlich ausfallen. Andere Anbieter, etwa Pflegekräfte und Psychologinnen und Psychologen, fordern mehr Unabhängigkeit und eine bessere Vergütung.
- *Krankenhäuser*, die unter grossem Druck stehen und behaupten, die Einführung von Pauschalzahlungen für Diagnosen (DRG) mit dem Ziel, Institutionen in Konkurrenz zu bringen, erhöhten den Verwaltungs-

aufwand, ohne die Kosten zu senken. Die Interessen öffentlicher und privater Krankenhäuser stehen oft im Widerspruch.

- *Krankenkassen*, die Qualität und Kosten der Leistungserbringer kontrollieren und einen Teil der ambulanten Kosten dem Staat überlassen wollen. Darüber hinaus möchten sie die Dienstleister auswählen, mit denen sie zusammenarbeiten. Auch sie kennen interne Konflikte.
- *Höhere Lehranstalten*, deren Finanzierung von den Kantonen und dem Bund abhängt. Sie stehen in einem gewissen Wettbewerb, der durch den von der ETH angebotenen Bachelorlehrgang in Medizin und verschiedene Masterprogramme an mehreren Universitäten noch verstärkt wird. Die Erhöhung der Anzahl der Studierenden in allen Bereichen (Medizin, Pflegeberufe, Physiotherapie usw.) wird zwangsläufig Kosten verursachen.
- Schliesslich die *Industrie*, insbesondere die Pharmaindustrie, die durch eine sehr aktive parlamentarische Lobbyarbeit unterstützt wird und auf die hohen Forschungskosten hinweist. Sie versucht daher, den Zugang zu günstigeren ausländischen Arzneimitteln zu verhindern. Durch die Konzentration auf die Entwicklung neuer, oft überteuerter Medikamente wurde die Produktion zwar billigerer, jedoch wurden wichtige Medikamente und Impfstoffe vernachlässigt. Daneben werden ständig neue High-Tech-Geräte eingeführt, oft ohne klaren Beweis über ihre Wirksamkeit oder Notwendigkeit.

So sind die Reformen im Gesundheitssystem kaum vorangekommen. «Lobby Watch»³, eine Website, die von zahlreichen Stiftungen finanziert wird, die sich für Medienpluralität einsetzen, hat die wirtschaftlichen Verbindungen von Parlamentarier sowie die Aktivitäten von Lobbys

in der Schweiz untersucht und festgestellt, dass in den Gesundheitskommissionen beider Kammern nicht weniger als 28 Mandate aus dem Bereich der Krankenkassen kommen; sie alle werden bezahlt. Diese Beobachtung liefert ein weiteres Element zur Erklärung der Komplexität des Schweizer Gesundheitssystems, der jeder Reformversuch Rechnung tragen muss. Um es kurz zu sagen: Ohne Lobbys keine Reformen!

Unser Vorschlag möchte der Reformdebatte durch eine andere Perspektive neuen Schwung verleihen. Er analysiert die Interessen der Akteure im Gesundheitssystem, um die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt der Versorgung zu stellen, verspricht einen integrierten Ansatz, neue Finanzierungs- und Zahlungsformen sowie eine unabhängige Qualitätskontrolle. Durch den Abbau von Bürokratie trägt er dazu bei, Kosten zu senken und die Arbeitsbedingungen der Leistungserbringer zu verbessern. Abschliessend werden die wichtigsten Bedingungen für seine Umsetzung diskutiert.

Schematisiert ausgedrückt, stehen denjenigen, die eine Reform des Gesundheitssystems anstreben, mehrere Optionen zur Verfügung:

- Eine *erste Option* besteht darin, den eingeschlagenen Reformkurs fortzusetzen, d.h. schrittweise Anpassungen vorzunehmen und eine Reformagenda zu unterstützen, die vor allem auf eine Verlangsamung oder sogar Senkung der Gesundheitskosten abzielt. Wie in der Vergangenheit basiert diese Option auf einem betriebswirtschaftlichen und ökonomischen Ansatz. Die Begriffe «Wirtschaft» und «Management» werden oft verwechselt und führen zu Verwirrung: Zielt ein wirtschaftlicher Ansatz vor allem auf eine Effizienz bei der Allokation von Ressourcen, so wird beim Managementansatz versucht, die interne Organisation der wichtigsten Leistungserbringer, insbeson-

dere der Krankenhäuser, zu verbessern, indem der Betrieb durch Organigramme und einfachere interne Entscheidungsprozesse optimiert wird.

- Eine *zweite Möglichkeit* besteht darin, «die Kirche im Dorf» zu lassen, indem man medizinische Kriterien stärker gewichtet als jene, die dem Management- und dem wirtschaftlichen Ansatz entlehnt sind. Sie plädiert für eine bessere Beteiligung der Ärztinnen/Ärzte an Reformdebatten, da sie echte Erfahrungen am Patientenbett vorweisen können und sich für eine stärkere Patientenbeziehung einsetzen – im Unterschied zu Organisationen, die in ihrem Namen eher eine Lobbyrolle als die Vertretung von Ärztinnen/Ärzten wahrnehmen.
- Schliesslich ist eine *dritte Option* Gegenstand dieses Buches: eine tiefgreifende Reform des Schweizer Gesundheitssystems, die sich zwar an Letzterem orientiert, aber den Fokus auf ethische Aspekte wie Solidarität, Gerechtigkeit und gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung legt. Diese Reform bietet nicht nur andere Finanzierungsformen, sondern auch andere Organisationsformen, z.B. Gesundheitsnetzwerke (auch *Medical Homes* genannt); diese sind derzeit bereits vereinzelt aktiv.

Dieses Buch liefert die Argumente für derartige Reformen. Es ist in sechs Kapitel unterteilt. Im ersten Teil werden die wirtschaftlichen Aspekte des Gesundheitssystems vorgestellt, um die Vor- und Nachteile des privaten Marktes und des öffentlichen Dienstes zu analysieren. Er bereitet den Boden für das zweite Kapitel, das der Finanzierung gewidmet ist. Der dritte Teil befasst sich mit dem Dilemma zwischen Verantwortung und Solidarität durch Kostenbeteiligung in der obligatorischen Krankenversicherung. Der vierte Teil beginnt mit einer Reflexion über die Qualität der Versorgung. Das fünfte Kapitel ist einer Untersuchung des Verhaltens älterer Menschen gewidmet, die im

Verdacht stehen, eine der Hauptursachen für den Anstieg der Gesundheitskosten zu sein. Abschliessend stellen wir im sechsten Kapitel unsere Vision einer Reform des Gesundheitssystems vor, wie sie sich aus den vorherigen Kapiteln ergibt.

1. Ökonomische Aspekte des Gesundheitssystems

Die bisherigen Reformen basierten grösstenteils auf wirtschaftswissenschaftlichen Erkenntnissen. Allerdings reichte eine unerwartete Pandemie, um zu verdeutlichen, wie schwierig es ist, wirtschaftliche und medizinische Argumente miteinander in Einklang zu bringen. Eingezwängt zwischen einer Wirtschafts- und einer Gesundheitskrise, mussten wir lernen, uns für das kleinere Übel zu entscheiden. Die Argumente für Solidarität und Gerechtigkeit fanden in dieser Debatte nur schwer Gehör.

Wie können wir medizinische mit wirtschaftlichen Kriterien vereinbaren? Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (ASSM) formuliert eine diplomatische Antwort. Sie ist der Ansicht, dass sich diese Kriterien nicht widersprechen, sondern sich weitgehend ergänzen. Deren Positionspapier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?» führt jedoch weiter aus:

«In der Realität jedoch gibt es sehr wohl Konfliktfelder und Probleme: Qualitätseinbussen durch fehlgeleitete Effizienzsteigerung; Interessenkonflikte der Gesundheitsfachleute; Aushöhlung des Fürsorgemodells in der Arzt- bzw. Pflegenden-Patienten-Beziehung; Verlust der intrinsischen Motivation von «Leistungserbringern»; Deprofessionalisierung; Verzerrung medizinischer Prioritäten; Vertrauensverlust der Patienten und Überhandnehmen der Bürokratie.»⁴

Die dominierende Wirtschaftstheorie betont die Vorzüge des Wettbewerbs, aber diese Ansicht ist sehr reduktiv: Sie berücksichtigt zu wenig die medizinischen und sozialen Aspekte des Gesundheitssektors. Es wäre zu einfach,

mit den Begriffen «Markt» und «öffentlicher Sektor» zu argumentieren, als wären sie wie Katz und Maus; dieser Gegensatz ist eine zu grobe Vereinfachung der Diskussion über die möglichen Folgen eines verstärkt marktwirtschaftlichen Bezugs im Schweizer Gesundheitssystem. Die Betrachtungsweise sollte dreiseitig sein: Die Kriterien berücksichtigen gleichzeitig medizinische, soziale *und* wirtschaftliche Interessen; die unterschiedlichen Vor- und Nachteile des Marktes und des öffentlichen Sektors reduzieren diese jedoch auf einen binären Gegensatz. Vielmehr sollten wir auf die Komplementarität dieser Kriterien achten, ihre Nachteile minimieren, ihre Stärken hervorheben und sie im Kontext des vom Föderalismus geprägten Schweizer Gesundheitssystems diskutieren.

1.1. Privater Markt versus Service Public

Der Schweizer Föderalismus führt zu einer Gewaltenteilung zwischen den Gemeinden, den Kantonen und dem Bund, die insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens zu zahlreichen Konflikten führt. Es handelt sich um eine Organisationsform, die im Wesentlichen politisch und nicht wirtschaftlich ist. Dies ist für die Wirtschaftstheorie problematisch, da sie versucht, nur auf der ökonomischen Ebene zu argumentieren. Zudem ist die Analyse des Gesundheitsmarktes mikroökonomischer Natur: Der Arzneimittelmarkt, der Arbeitsmarkt für Gesundheitspersonal oder der Markt für verschiedene medizinische Dienstleistungen sind nur einige Beispiele. Natürlich ist es möglich, in mikroökonomischen Begriffen zu denken, um beispielsweise auch die kantonale Ebene zu berücksichtigen; aber die Interdependenzen zwischen den verschiedenen Behörden sind so zahlreich, dass die makroökonomischen Merkmale das Schweizer Gesundheitssystem letztlich dominieren, was den Ökonomen unter dem Begriff «Aggregationsproblem» bekannt ist, d.h. die

Gesamtfunktion eines Systems basierend auf seinen verschiedenen Elementen.

Das Schweizer Gesundheitssystem definiert sich nicht durch eine Addition seiner spezifischen Märkte, sondern ist als Ganzes komplex, weil es von zahlreichen Wechselwirkungen und Rückkopplungen bestimmt wird.

Die Wirtschaftstheorie reagiert auf dieses Problem mit einer radikalen Vereinfachung: Die Funktionsweise eines bestimmten Marktes ist für alle Märkte gleichermaßen repräsentativ. So verallgemeinert sie beispielsweise das Verhalten einer Person auf dem Markt der ambulanten Pflege, der damit zum Modell für das Verhalten *aller* Akteure auf der gesamtwirtschaftlichen Ebene wird, wobei der ambulante Pflegemarkt eigentlich nur einer unter vielen ist. Bei diesem Ansatz ist es daher nicht erforderlich, individuelle Verhaltensweisen zu vergleichen, die je nach Pflege, Standort und Anbieter variieren. Da diese Theorie davon ausgeht, dass alle Märkte gleich funktionieren, wird unterschiedliches individuelles Verhalten ungenügend berücksichtigt und das gesamte Gesundheitssystem wird als ein einheitlicher Markt analysiert. Komplexe Wechsel- und Rückkopplungen erhalten zu wenig Berücksichtigung.

Diese Abstraktion eignet sich sicherlich für die theoretische Modellierung, sie verzerrt jedoch die Vorschläge für Gesundheitssystemreformen, indem sie ihnen mehr ideologische als wissenschaftliche Argumente liefert. Die Analyse des Schweizer Gesundheitssystems aus einer makroökonomischen Perspektive hat jedoch nur einen sehr begrenzten Anwendungsbereich, da empirische Belege zeigen, dass individuelles Verhalten von zahlreichen Gesetzen und Bedingungen geprägt wird, die nicht nur von Markt zu Markt unterschiedlich sind, sondern auch zwischen den verschiedenen föderalistischen Ebenen variieren. Die Reformen betreffen daher konkret mehr

die Änderung des bestehenden Regelwerks als die alleinige Stärkung der Marktmechanismen.

Anschliessend folgen wir jedoch dem von der Wirtschaftstheorie vorgeschlagenen Weg, um die Vor- und Nachteile sowohl des Marktes als auch des öffentlichen Sektors unabhängig von der Analyseebene zu diskutieren:

• **Marktvorteile**

Die wesentlichen Vorteile liegen in den Bereichen der Effizienz und der Signalwirkung der Preise:

- Die Förderung der Effizienz ist der Hauptvorteil des Marktes. Abstrakt wird diese Effizienz als das Streben nach einer optimalen Ressourcenverteilung definiert, sofern bestimmte Bedingungen erfüllt sind: Unabhängigkeit zwischen Angebot und Nachfrage, Homogenität von Gütern und Dienstleistungen, freier Zugang zu allen verfügbaren Informationen, Transparenz in der Gesundheitsversorgung und Wettbewerb.
- Der auf einem Markt gebildete Preis signalisiert sowohl die Nachfrage als auch die Seltenheit der gehandelten Güter und medizinischen Dienstleistungen. Ist der Markt im Gleichgewicht – was nur in der Theorie vorkommt –, ist dieser Preis für alle Marktteilnehmer gleich. Dieser Preis zeigt an, dass im Gesundheitsmarkt Einigung herrscht, die alle zufriedenstellt. Dieser «Preissignaleffekt» ist wertvoll, weil er eine Lösung für viele Kommunikations- und Koordinierungsprobleme darstellt, die der Markt effektiver löst als eine vom Staat gelenkte Wirtschaft, die oft langwierigen Beratungsverfahren unterliegt, die unseren Parlamenten eigen sind.

• Marktnachteile

Die Hauptnachteile des Marktes ergeben sich aus unvollkommenen Marktbedingungen, externen Effekten und von Preiserhöhungen bedingtem Marktausschluss.

- Die Praxis erfüllt keine der Bedingungen des theoretischen Marktmodells. Der Markt ist zwangsläufig suboptimal und offenbart damit sein wahres Gesicht: Er erlaubt Gewinne, die einen weitaus attraktiveren Anreiz darstellen als das Streben nach Effizienz, die zwar als Ziel von vollkommenen Märkten gilt, aber realitätsfremd ist. Das Schweizer Gesundheitssystem bietet zahlreiche Gewinnmöglichkeiten, die umso bedeutender sind, je unvollkommener der Wettbewerb ist. Eine bessere Ressourcenallokation dank Konkurrenzmärkten wird von einem Wirtschaftskorporatismus behindert, der seine Renditen verteidigt und damit zu Funktionsstörungen und vermehrter Bürokratie im Gesundheitswesen beiträgt.

Das Konzept einer optimalen Ressourcenallokation bleibt deshalb Wunschdenken. Die Ressourcen sind sehr heterogen und reichen von Immobilien über Labore bis hin zu komplexen Einrichtungen wie Intensivstationen. Zudem gehören zu den Ressourcen auch das Pflegepersonal mit seinen fachlichen Qualifikationen sowie die Organisation und Koordination des gesamten Gesundheitswesens. Ebenso sind die auf dem Gesundheitsmarkt ausgetauschten «Produkte» schlecht definiert, was zu einer scheinbar unbegrenzten Erweiterung des kommerziellen Bereichs führt, vor allem im Gesundheitsmarketing. Eine ganze Reihe von Dienstleistungen, die «Wohlbefinden» versprechen, bereiten dem Gesundheitsbereich jedoch zahlreiche Probleme und machen die Abgrenzung zwischen Markt und Service Public schwierig.

- Die Käufer und Verkäufer auf einem Markt treffen ihre Entscheidungen auf Grundlage der ihnen dabei entstandenen Kosten. Der Markt gibt ihnen keinen Anreiz, auch die Kosten für die Gesellschaft als Ganzes zu berücksichtigen. Diese Kosten sind marktextern und stellen ein Problem für die Gemeinschaft dar, was insbesondere in der populären Redensart zum Ausdruck kommt, dass «der Markt Gewinne privatisiert und Verluste sozialisiert». Die Debatte um die optimale Organisation des Gesundheitswesens liefert einige Beispiele dafür, insbesondere in der Kompetenzverteilung zwischen verschiedenen medizinischen Leistungserbringern. Für Ökonomen stellen diese externen Effekte ein Marktversagen dar, und tatsächlich funktioniert jeder Markt nur suboptimal. Wenn wir das Gesundheitssystem nach Marktkriterien reformieren (wollen), vergleichen wir nur eine suboptimale Situation mit einer anderen, ohne dabei ein wirklich optimales Ergebnis zu erzielen. Eine ideale Reform bleibt utopisch, da der Wettbewerb niemals perfekt sein kann.

Diese Argumentation ist in der Wirtschaftswissenschaft wohlbekannt, hat jedoch keinen Einfluss auf die politische Debatte, die sich von dem Vorurteil leiten lässt, dass «mehr Markt» immer besser sei als weniger. Was besser wäre – und für wen –, wurde nie sorgfältig diskutiert, und das aus gutem Grund: Eine sorgfältige Analyse, basierend auf den Erkenntnissen der Wohlfahrtsökonomie (*Welfare Economics*) hätte gezeigt, dass suboptimale Situationen nicht miteinander vergleichbar sind. Der Slogan «mehr Markt – weniger Staat» macht im Gesundheitssektor keinen Sinn. Die Fähigkeit, Kosten zu senken, wird nicht durch «mehr Markt» erreicht. Die beobachtbaren Fakten sprechen eine andere Sprache.

- Je höher der Marktpreis, desto weniger Menschen, insbesondere solche mit geringer Kaufkraft, profitieren von Gesundheitsdienstleistungen. Dieser Sachverhalt ist in der Ökonomie unter dem Begriff des «Preisausschlusseffekts» bekannt, der den Einsatz sozialpolitischer Instrumente bedingt. Dies ist einer der Hauptgründe, warum die Gesundheit als *Service Public* betrachtet und eine obligatorische Krankenversicherung eingeführt wurde. Der Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Effizienz und sozialer Gerechtigkeit ist daher eng und weitgehend komplementär. Doch scheint sich folgende Logik durchgesetzt zu haben: Durch die Einführung von mehr Markt im Gesundheitssystem steige der Wettbewerb, was wiederum die Kosten und die Preise senke. Der «Preisausschlusseffekt» werde dadurch gemildert. Diese Entwicklung wäre für alle von Vorteil, besonders wenn sie Einkommensschwache weniger von den Gesundheitsmärkten ausschliessen würde. Ein wirtschaftlich effizientes Gesundheitssystem wäre daher ein gerechtes System. Wir werden in Kapitel 4 sehen, wie es darumsteht.

- **Vorteile des Service Public**

Die Vorteile eines rein staatlich geregelten Gesundheitswesens beruhen einerseits auf der mangelhaften Funktionsweise der Märkte in der Praxis, andererseits auf Argumenten der Fairness:

- Das am häufigsten vorgebrachte Argument, um staatliche Eingriffe in das Funktionieren privater Märkte zu rechtfertigen, sind zweifellos externe Effekte, die zu Marktversagen führen. Dies erklärt auch, dass die Gesundheit als öffentliches Gut grosse Unterstützung geniesst und als einer der wichtigsten Bereiche öffentlichen Handelns gilt. Zudem reagiert

das Gesundheitswesen besonders sensibel auf Argumente der Gerechtigkeit.

- Die Förderung der Gerechtigkeit wird somit zu einem der Hauptvorteile eines im öffentlichen Sektor geführten Gesundheitssystems. Jeder, ob reich oder arm, kann krank werden. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung unabhängig vom sozialen Status (gemessen an Einkommen und Vermögen) scheint für die Mehrheit der europäischen Bürgerinnen und Bürger so selbstverständlich zu sein, dass amerikanisch inspirierte Initiativen, ihn privatwirtschaftlich zu regeln, oft auf Unverständnis stossen.

Solche Initiativen haben jedoch schon sehr früh zu Reformen des Gesundheitssystems in der Schweiz geführt. Nachdem die Kosten während vieler Jahre erheblich gestiegen waren, hat sich ihr Anstieg seit den 1980er-Jahren noch einmal verstärkt. Extreme Werte wie in Amerika erreichten sie jedoch nicht, weil sofort Gegenmassnahmen ergriffen wurden, nicht nur dank des sprichwörtlich schweizerischen Pragmatismus, sondern auch aufgrund von Föderalismus, direkter Demokratie und der vorherrschenden Überzeugung, die Gesundheit weiterhin als öffentliches Gut betrachten zu wollen. Diese Unterstützung ist jedoch nicht in Stein gemeisselt: Sie könnte sich abschwächen, und die in unserer Gesellschaft herrkömmlichen Werte und Normen könnten erodieren. Dass mächtige Lobbys daran arbeiten und insbesondere die dafür geeigneten Kommunikationskanäle kontrollieren wollen, ist daher kaum verwunderlich. Die in den Medien beobachtete Konzentration hat unter anderem neue und wenige Monopole geschaffen, die das gleiche Credo verbreiten: Im Namen der wirtschaftlichen Effizienz solle das Gesundheitswesen privatisiert werden.

• Nachteile des Service Public

Die Hauptnachteile lassen sich mit den Begriffen «Ineffizienz» und «politisches Versagen» zusammenfassen:

- Die *Ineffizienz* öffentlicher Massnahmen ist die am häufigsten vorgebrachte Kritik an einem staatlichen Gesundheitssystem. Sie äussert sich in einer Fülle von Vorschriften, formalen Verfahren und ganz allgemein einer allgegenwärtigen Bürokratie. Das Schweizer System ist hybrid und komplex; es besteht aus privaten Marktelementen sowie nicht marktbezogenen öffentlichen Aktivitäten. Das öffentliche Handeln wird durch intensive private Lobbyarbeit behindert, die sich insbesondere in den Gesundheitskommissionen der beiden Kammern manifestiert, wo deren Mitglieder Kompromisse suchen, die die Gesundheitspolitik der Kantone und des Bundes koordinieren sollen.
- *Politisches Versagen* hängt mit der reellen politischen Arbeitsweise des Staates im Gesundheitsbereich zusammen. Wird ein Marktversagen durch staatliche Massnahmen korrigiert, führt dies wiederum zu einem politischen Versagen. Gute parlamentarische Absichten werden häufig durch Interessenkonflikte zunichtegemacht, die von privaten Unternehmen im Gesundheitsbereich dominiert werden. Ein Zeichen für das Versagen der Politik ist die Wahrung von Partikularinteressen.
- Schliesslich ist der öffentliche Sektor nicht monolithisch. Er umfasst bekanntlich die Exekutive, die Legislative und die Judikative. Darüber hinaus führt der Schweizer Föderalismus zu zahlreichen Kompetenzkonflikten, insbesondere zwischen Bund, Kantonen und sogar Gemeinden. Diese Konflikte sind sowohl politischer als auch finanzieller Natur, insbesondere hinsichtlich der Finanzierung der ambulanten und stationären Pflege sowie der Sozialhilfe.

1.2. Erweiterung des Referenzrahmens

Aus zwei Gründen ist es daher notwendig, den Referenzrahmen zu erweitern:

Einerseits findet sich die binäre Auseinandersetzung zwischen Staat und Markt auch im Verhältnis zwischen Anbietern und Nachfragern von Gesundheitsdienstleistungen wieder. Dazwischen nehmen Versicherer einen festen Platz ein.

Andererseits zeichnet sich das Gesundheitswesen auch durch andere Formen als den Markt und den öffentlichen Sektor aus. Beispiele finden sich insbesondere bei gemeinnützigen privaten Aktivitäten wie Stiftungen, ehrenamtlichem Engagement, öffentlich-privaten Partnerschaften und leider auch bei nicht deklarierten oder illegalen Aktivitäten. Etwaige Reformen des Schweizer Gesundheitssystems müssten auch dies berücksichtigen. Die Zukunft des Gesundheitssektors liegt daher nicht nur zwischen dem privaten Marktsektor und dem nicht marktwirtschaftlichen öffentlichen Sektor, sondern auch:

- zwischen Service Public und Schattenwirtschaft (Pflege in Kliniken im Ausland, Pflege durch nicht anerkannte «Heiler» usw.);
- zwischen öffentlicher und privater Sozialversicherung;
- zwischen privaten und öffentlichen, nicht marktbezogenen freiwilligen Initiativen wie zum Beispiel des Schweizerischen Berufsverbandes für Hypnosetherapie (SBVH) usw.;
- zwischen öffentlichen und privaten Dienstleistungen in Ausbildung, Forschung und Entwicklung.

Diese Ausweitung der Debatte basiert auf einer theoretischen Kontroverse über den Anwendungsbereich der Wirtschaftswissenschaften und ist nicht ohne Risiko, denn

sie trägt zur Verwässerung der Themen bei. Während für einige der gesamte Gesundheitssektor wirtschaftswissenschaftlich analysiert werden kann, ist er für andere nur sehr beschränkt in diesem Sinne erfassbar. Letztere befürworten offensichtlich den Service Public. Da die Abgrenzung zwischen Markt- und Nichtmarktlösungen nach subjektiven Kriterien erfolgt, wird diese Debatte von Werturteilen dominiert, die sich gut für ideologische Interpretationen eignen, die selten politisch klar entschieden werden.

Die Betrachtung des Service Public als Externalität zum Markt räumt implizit ein, dass der Markt versagen kann, wenn privater Nutzen Dritten Kosten verursacht. Dies ist der Fall, wenn die Grenzkosten niedriger sind als das erwartete Grenzeinkommen, weil der Staat einen Teil dieser Kosten trägt.

Basierend auf diesem Argument können staatliche Eingriffe grundsätzlich auf zwei Arten gerechtfertigt werden:

- aus *objektiven Gründen*, wie Stand der Technik, Kontroll- und Koordinierungsaufgaben sowie Sicherheit von medizinischen Anlagen, die dem Staat ein natürliches Monopol im Gesundheitsbereich verleihen;
- aus *normativen Gründen*, insbesondere im Zusammenhang mit politischen Zielen wie die Landesverteidigung, das Postulat der Gleichbehandlung oder die soziale Gerechtigkeit und der Solidaritätsgedanke.

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht kann sich Gesundheit als öffentliches Gut auch noch nach anderen Kriterien rechtfertigen. Das Anliegen der Volksgesundheit ist vor allem Ausdruck eines souveränen Staates, der dadurch nicht nur seine Hoheitsrechte, sondern auch seinen sozialen Zusammenhalt sichert. Dieser Zusammenhalt kann nicht durch eine Addition individueller Präferenzen begründet werden, da er grundsätzlich mit den sozialen Beziehungen verknüpft ist, die Individuen untereinander

pflegen. Aus dieser Perspektive kann der *Homo oeconomicus* nicht die Quelle aller Werte sein, da er in einem sozialen Bezugsnetz lebt und nicht nur für sich entscheidet. Ein öffentlicher Dienst hat daher eine starke symbolische Funktion: Er soll verbindende Werte beinhalten und den sozialen Zusammenhalt eines Landes stärken.

Die rasant steigenden Gesundheitsausgaben und die daraus resultierende Erhöhung der Versicherungsprämien sind Gegenstand zahlreicher Reformvorschläge. Auffallend ist, dass das Argument des sozialen Zusammenhalts, auf das die sozialwissenschaftliche Forschung hinweist, kaum erwähnt wird. Es kommt in der laufenden Debatte um die Ausgestaltung der Krankenversicherung nur in Form einer Solidarität zwischen Gesunden und Kranken vor. Es wird oft behauptet, dass mangels nötiger Reformen dieser Generationenvertrag strapaziert würde.

Die damalige eidgenössische Kommission für Konjunkturfragen veröffentlichte in ihrem 377. Bulletin einen Bericht mit dem Titel «Verstärkter Wettbewerb im Gesundheitsbereich» und fordert marktwirtschaftliche Lösungen. Medizinische Wissenschaften sind jedoch naturgemäss von Werten und Erwartungen geprägt, die nicht in der Ökonomie begründet sind und sich nur schwer quantifizieren lassen. Wir wiederholen hier nicht die wesentlichen Schlussfolgerungen dieses Berichts, möchten aber auf folgendes Dilemma hinweisen (Ziffer 10 der Kommissionsempfehlungen, S. 4): «Eine marktwirtschaftliche Ausrichtung der Krankenversicherung darf das Ziel der Solidarität nicht behindern», was sich eindeutig auf das Argument des Marktversagens bezieht.⁵

Wir stellen daher immer wieder fest, dass die Öffnung des Marktes eng mit der Aufrechterhaltung des Service Public verknüpft ist und dessen Gewichtung letztlich politisch bestimmt wird, was dazu führt, dass im aktuellen System Anreize, die Kosten zu kontrollieren, unzureichend sind,

und dass Rationierungen von Gesundheitsleistungen zu wenig transparent sind. In beiden Fällen können die wirtschaftlichen Kriterien die medizinethischen Kriterien nur ergänzen und sollten sie auf keinen Fall ersetzen. Da es zwischen Ökonomie und Medizin keine gemeinsamen ethischen Kriterien für die Ressourcenallokation gibt, können Reformen nur unvollkommen sein. Einen Königsweg gibt es nicht.

1.3. Schlüsselbegriffe

Bestimmte Mängel im wirtschaftlichen Funktionieren unserer Gesellschaft, wie beispielsweise das Fehlen eines echten Wettbewerbs zwischen verschiedenen Dienstleistern, sind nicht nur auf privaten Märkten zu beobachten, sondern betreffen auch den öffentlichen Sektor, insbesondere im Bereich der durch starke Abhängigkeit von ausländischen Lieferanten gekennzeichneten Versorgung. Die Covid-19-Pandemie liefert zu diesem Thema zahlreiche Beispiele, nicht nur in Bezug auf Impfstoffe, sondern auch auf alle Arten von lebenswichtigen Gesundheitsgütern, und sei es nur einfache Masken.

Da die Bewertung der Vor- und Nachteile des privaten Marktes und des Service Public nicht nach objektiven Kriterien erfolgt, kann nicht eindeutig für den einen oder den anderen Ansatz entschieden werden: Markt und Service Public ergänzen sich.

Im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten wird Gesundheit in der Schweiz aus Gründen der öffentlichen Gesundheit als «Schutzgut» betrachtet, das vom Staat gewährleistet wird. In Wirklichkeit handelt es sich jedoch weniger um ein «Gut» als vielmehr um mehrere medizinische Dienstleistungen.

Als öffentliches «Gut» müssen Dienstleistungen für alle zugänglich sein. Dieses Prinzip wird jedoch in der Schweiz nur bedingt angewendet, wo es auch einen sehr aktiven privaten Wirtschaftssektor im Gesundheitsbereich gibt. In einem solchen Kontext erschweren Informationsasymmetrien zwischen Angebot und Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen eine effiziente Regulierung durch den Gesundheitsmarkt:

- **Informationsasymmetrien**

Informationsasymmetrien beziehen sich auf Marktsituationen, bei denen ein Akteur über bessere Informationen verfügt als andere. Dies gilt insbesondere zwischen Versicherern und Versicherungsnehmern sowie zwischen Leistungserbringern wie Arzt/Ärztin, Krankenhäusern oder Apotheken und Patientinnen/Patienten. Diese Asymmetrien gefährden das Funktionieren der Gesundheitsmärkte. Sie gelten als der Ursprung von adverser Selektion und moralischem Risiko.

- **Adverse Selektion**

Das Konzept der adversen Selektion gilt im Wesentlichen für private Krankenversicherungssysteme, wie wir sie vor allem in den USA kennen. Für ein gemischtes Gesundheitssystem wie das der Schweiz, das eine obligatorische Krankenversicherung und private Zusatzversicherungen kennt, die kaum mehr als zusätzlichen Komfort im Falle eines Krankenhausaufenthalts abdecken, ist dies wenig relevant. Da in der Schweiz die Privatversicherung nur etwa 20 % der Bevölkerung betrifft, sind wir der Meinung, dass die adverse Selektion vernachlässigbar ist.

Allerdings besteht die Gefahr, dass der Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Krankenversicherungen den Umfang der abgedeckten Leistungen beeinflusst. Um den Anstieg der Pflichtversicherungsprämien einzudämmen, beabsichtigen bestimmte Reformvorhaben⁶, die abgedeckten Leistungen einzuschränken und so die

Eigenverantwortung zu stärken. Wer möchte und über nötige Mittel verfügt, dem steht es frei, eine private Versicherung abzuschliessen. Es ist daher möglich, dass private Versicherungen langfristig auch in der Schweiz relativ an Bedeutung gewinnen werden. Es lohnt sich daher, dieses Konzept genauer zu diskutieren.

Adverse Selektion bezieht sich auch auf eine Situation, in der Patientinnen und Patienten mit schlechterem Risiko versichert bleiben, während solche mit geringerem Risiko aus der Versicherung ausscheiden. Bis zu einem gewissen Grad kann man die Anzahl der Menschen vorhersagen, bei denen hohe medizinische Kosten anfallen, weil manche Krankheiten einem bekannten Verlauf folgen. Ältere Menschen benötigen beispielsweise mehr Medikamente als junge. Tatsache ist jedoch, dass jedermann plötzlich eine medizinische Behandlung benötigen kann und mit schwerwiegenden finanziellen Konsequenzen rechnen muss.

In einem privaten Krankenversicherungssystem zahlt jedes Mitglied einen festen Betrag zur Finanzierung eines gemeinsamen Fonds, der von einem Unternehmen verwaltet wird, das den Grossteil der medizinischen Kosten seiner Mitglieder übernimmt. Auch wenn Mitglieder in Zeiten, in denen sie keine nennenswerten medizinischen Kosten haben, weiterhin zahlen müssen, profitieren sie von dem geringeren Risiko: Fallen hohe medizinische Kosten an, übernimmt die Gruppe diese Kosten.

Viele Krankheitskosten sind jedoch nicht unvorhersehbar.⁷ Manche Menschen wissen, dass sie in den kommenden Jahren wahrscheinlich erhebliche medizinische Kosten verursachen werden. Mit dem Aufkommen von Gentests, die die Wahrscheinlichkeit künftiger Krankheiten bestimmen können, hat sich diese Voraussicht möglicherweise noch verstärkt und unterstreicht das Faktum, dass gesunde Menschen weniger kosten. Für die Versicherungsgesellschaften stellt dies ein ernsthaftes Problem dar, da individuelle

Versicherungspolice für gesunde Menschen nicht attraktiv sind, wenn das Risiko gering ist, hohe medizinische Kosten zu verursachen: Sie zahlen im Durchschnitt höhere Versicherungsprämien, als sie kosten würden.

Am attraktivsten ist die Police jedoch für Menschen mit chronischen, teuren Krankheiten, die im Durchschnitt weniger Prämien zahlen als sie medizinische Kosten verursachen. Daher entscheiden sich manche gesunde Menschen dafür, das Risiko einzugehen, und verzichten auf eine Versicherung. Entsprechend würden Krankenversicherte einen schlechteren Gesundheitszustand als der Bevölkerungsdurchschnitt aufweisen, was die Versicherungskosten pro Versicherten erhöht: Die Versicherungsgesellschaft sieht sich mit dem Problem der *adversen Selektion* konfrontiert.

Infolge der *adversen Selektion* würden diejenigen Versicherungsgesellschaften verlieren, die versuchen, allen eine Krankenversicherung zu einem Preis anzubieten, der den durchschnittlichen medizinischen Kosten entspricht. Sie könnten durch Prämienhöhung mehr verlangen, um den überdurchschnittlich steigenden medizinischen Kosten für ihre Mitglieder Rechnung zu tragen. Das würde aber dazu führen, dass sich noch mehr gesündere Menschen nicht mehr versichern und die Versicherung damit noch mehr durchschnittlich kränkere Versicherte hat, was wiederum höhere Kosten verursacht. Eine *Negativspirale* entsteht: Die Prämien steigen weiter an, was Versicherte erneut vertreibt.

Der gesundheitlich angeschlagene Versicherte hat daher durchaus ein Interesse, Informationen über seinen Gesundheitszustand nicht preiszugeben, um seiner Versicherung weniger zahlen zu müssen, als er sie tatsächlich kostet. Es besteht eine *Informationsasymmetrie*. Diese Situation wird mit Marktversagen bezeichnet. So kann der Krankenversicherungsmarkt nicht funktionieren. Sein Verschwinden erfolgt in vier Schritten:

1. Der Versicherer kennt die Risiken der einzelnen Kunden nicht. Er entscheidet sich dafür, einen Preis festzulegen, der den durchschnittlichen Kosten der Gesamtbevölkerung entspricht. Er addiert dabei seinen Gewinn und seine Betriebskosten.
2. Wer weiss, dass er ein «gutes Risiko» darstellt, und glaubt, dass dieser Preis im Vergleich zu seinem Risiko, in Schwierigkeiten zu geraten, zu hoch ist, entscheidet sich gegen eine Versicherung. Nur bei Versicherten mit erhöhtem Krankheitsrisiko bleiben versichert: «Schlechte Risiken» verdrängen «gute Risiken».
3. Die Versicherungsgesellschaft erkennt, dass die Höhe der vom Versicherten gezahlten Prämien geringer ist als die Erstattungskosten für die medizinische Versorgung. Als Reaktion darauf erhöht die Versicherung die Prämien.
4. Wer sein Risiko nun niedriger als die neu zu zahlenden Prämienbeträge einschätzt, verlässt das Unternehmen. Letztlich versichert die Versicherung nur noch «schlechte Risiken» und gefährdet dabei ihre finanzielle Rentabilität. Logischerweise verschwindet der Markt ganz.

Der Versicherer wäre daher versucht, seine Versicherten bewusst auszuwählen, also nur Personen mit geringem Risiko zu versichern und diejenigen auszuschliessen, die ein zu hohes Risiko darstellen und am teuersten zu versichern sind. Adverse Selektion bezeichnet deshalb den negativen Effekt einer Erhöhung der Risikoprämien. Die Antwort auf dieses Problem ist die allgemeine Pflichtversicherung, von der die Schweiz in grossem Umfang Gebrauch macht. Allerdings wirft die Tatsache, dass die Kostenbeteiligung in der Schweiz besonders hoch ist, eine Reihe von Problemen auf, die wir im dritten Kapitel diskutieren.

- **Moralisches Risiko (Moral Hazard)**

Unter dem Begriff «Moral Hazard» versteht man eine Situation, in der die Absicherung gegen ein Risiko dazu führt, dass eine Person ein riskanteres Verhalten annimmt, als dies ohne Versicherung der Fall gewesen wäre. Dies kann zu einem Überkonsum führen. Diese Kritik bezieht sich häufig auf niedrige Franchisen, auf die wir in den nächsten beiden Kapiteln näher eingehen werden.

Wenn die Versicherung zukünftige Behandlungen bezahlt, versagt der Preismechanismus, weil die Nachfrage dabei abgeschwächt wird. Die Versicherungsprämien decken den Grossteil der Arztrechnungen, die nicht von den Patientinnen und Patienten bezahlt werden. Letztere neigen daher dazu, häufiger Arztbesuche in Anspruch zu nehmen und tragen so zum Überkonsum bei.

Moralisches Risiko entsteht vor allem dann, wenn der Krankenversicherungsvertrag die Anreize so verändert, dass der Einzelne im Wissen, versichert zu sein, riskantes Verhalten an den Tag legt, beispielsweise durch weniger Prävention. Ebenso könnten Leistungserbringer in einem System, in dem die Vergütung der Gesundheitsberufe mit der Anzahl ihrer Aktivitäten steigt (ärztliche Tarife nach Dienstleistung, nachträglich berechnete Krankenhausbudgets auf Grundlage der durchgeführten Krankenhausaufenthalte) und trotz der bestehenden Regeln des beruflich korrekten Verhaltens und der Ethik versucht sein, mehr Behandlungen zu verschreiben, die nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten sind, sondern hauptsächlich dazu dienen, ihr eigenes Einkommen zu maximieren.

Bei der Bezahlung per Dienstleistung besteht also die Gefahr eines «Überkonsums». Schliesslich bleiben die Kompetenz der Leistungserbringer und ihre Bemühungen um Kostensenkung für den Versicherer weitgehend unsichtbar. Es bestehen Informationsasymmetrien

zwischen Patient/Patientin und Arzt/Ärztin einerseits und zwischen Arzt/Ärztin und Versicherer andererseits, was ebenfalls eine erneute Nachfrage induzieren kann: Das Versorgungsangebot erzeugt die Nachfrage nach medizinischem Konsum.

Die unterschiedlichen Kostenbeiträge zielen darauf ab, Patientinnen und Patienten stärker in die Verantwortung zu nehmen, um damit moralische Risiken einzudämmen. In der Politik glaubt man, dass sie weniger Risiken eingehen, wenn sie einen Teil der Kosten tragen müssten. Allerdings sinken die Gesundheitsausgaben nur zum Schein und nur kurzfristig: Anreize zu einem stärkeren, individuellen Verantwortungsbewusstsein können sich längerfristig negativ auswirken. Dies ist vor allem der Fall für ärmere Schichten, die auf finanzielle Zwänge empfindlich reagieren, ihre Arztbesuche einschränken und damit längerfristig größere Kosten generieren. Dazu kommt die Unfähigkeit der Patientinnen und Patienten, wegen bestehender Informationsasymmetrien selbst über ihren medizinischen Konsum zu entscheiden. Wir werden diesen Aspekt im dritten Kapitel näher erläutern.

- **Die Grenzen der Kommerzialisierung von Gesundheit**

Um die mit Informationsasymmetrien verbundenen Risiken zu begrenzen und Verhaltensänderungen zu bewirken, wurden finanzielle Anreizmechanismen eingeführt: Ein Selbstbehalt bzw. eine verbleibende Pauschale soll Patientinnen und Patienten haftbar machen. Diese Massnahmen können jedoch unerwartete Auswirkungen haben, wie z.B. eine Verschärfung der Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung oder sogar eine Verschlechterung der Pflegequalität. Ihre völlige Abschaffung ist einfach, aber nur möglich, wenn sie mit einer Verringerung der Informationsasymmetrien einhergeht, insbesondere

durch eine Verbesserung der Transparenz im ganzen Gesundheitssystem.

Je niedriger das Einkommen, desto grösser ist der Anteil der Haushalte ohne Zusatzversicherung. Auch monetäre Anreize, die Patientinnen und Patienten dazu bewegen sollen, ihre Gesundheitsausgaben zu begrenzen, bergen die Gefahr, dass sich die sozialen Ungleichheiten verstärken.

Schliesslich gibt es aufgrund des moralischen Risikos keine Märkte, die alle Eventualitäten abdecken. Manchmal bleibt der «Versicherer der letzten Instanz» der Steuerzahlende, insbesondere im Falle von Epidemien. In der Schweiz besteht derzeit Konsens, dass Blut und Organe des menschlichen Körpers sowie bestimmte Arzneimittel nicht handelbar sind. Dabei geht es auch darum, das Gesundheitssystem gegenüber einem besonders gefährdeten Teil der Bevölkerung gerecht zu gestalten, moralisches Risiko mit höherem Selbstbehalt zu bekämpfen und einen Kompromiss zwischen Eigenverantwortung und sozialer Solidarität zu finden.

Die Website des eidgenössischen Bundesamtes für Gesundheit zum Thema der aktuellen Pandemie erinnert daran, dass «die Eigenverantwortung entscheidend bleibt»⁸, und bedient sich der Rhetorik des vorherrschenden ökonomischen Ansatzes in der Gesundheitspolitik. Ein expliziter Bezug zur gesellschaftlichen Solidarität fehlt oft. Im dritten Kapitel zeigen wir, dass Konzepte wie moralisches Risiko empirisch überprüft werden müssen. Da konkrete Beobachtungen dazu im Laufe der Zeit variieren, ist es naheliegend, die Gesundheitspolitik jedoch möglichst flexibel zu gestalten.

Während der Covid-19-Pandemie pochte der Bundesrat auf private Verantwortung und weniger auf gesellschaftliche Solidarität, wie das folgende Zitat zeigt: «Die

Bevölkerung wird aktiv dabei unterstützt, eine eigene Risikoeinschätzung vorzunehmen und auf der Grundlage individueller Verantwortung mögliche Schutzmassnahmen zu ergreifen.»⁹

Der Bundesrat legt weiterhin den Fokus auf die Art der Finanzierung, die die Kosten des gesamten Schweizer Gesundheitssystems senken soll. Diese Reformvision bevorzugt eher einen buchhalterischen als einen wirtschaftlichen Ansatz und macht es schwierig, eine Debatte über die am besten geeigneten Finanzierungsmethoden anzustossen, wie sie in anderen Ländern, insbesondere in den Vereinigten Staaten und Kanada, bereits geführt wird.

Das Ziel des folgenden Kapitels besteht darin, diese Debatte auch in der Schweiz zu fördern, wo die Finanzierung des Gesundheitssystems insbesondere aufgrund des Föderalismus kompliziert ist. Dazu kommt, dass kantonale Krankenhäuser mit privaten koexistieren und dass die Kosten für die ambulante Pflege zu 100% von den Kassen erstattet werden, während sie die Kosten im Spital nur zu 45% übernehmen. Wegen der sich daraus ergebenden Fehlanreize sollen jedoch ab 2028 ambulante und stationäre Leistungen einheitlich finanziert werden, ab 2032 auch die Pflegeleistungen.

Die Versicherung erstattet die Kosten der versicherten Leistungen entweder den Leistungserbringern (*Tiers payant*) oder den versicherten Personen (*Tiers garant*). Die Kantone leisten einen Beitrag von 26,9% der Nettokosten (d.h. nach Abzug der Kostenbeteiligung) an die Versicherer. 73,1% der Nettokosten werden mit Prämien finanziert. Weil die Kantone neu auch ambulante Leistungen mitfinanzieren, erhalten sie diverse neue Steuerungsmöglichkeiten.¹⁰

2. Finanzierung

Die Finanzierung des Schweizer Gesundheitssystems ist der «Knackpunkt» jedes Reformvorhabens. Sie soll der ökonomischen Logik gehorchen und der Medizin Grenzen setzen. Die Logik basiert auf dem Sprichwort «man bekommt im Leben nichts geschenkt» und hat der Wirtschaftswissenschaft den Ruf einer «*dismal science*»¹¹ eingetragen. Alles hat seinen Preis, ist Kostenzwängen unterworfen und unterliegt einer Optimierungsrechnung, die Kosten mit Nutzen nur in monetären Grössen vergleicht.

In diesem Kapitel erinnern wir, dass die Kosten der einen die Einkommen der anderen sind: Die Finanzflüsse, die das Schweizer Gesundheitssystem charakterisieren, sind besonders undurchsichtig und miteinander verflochten. Die «Signalwirkung» der Preise wird durch Subventionen und Finanztransfers zwischen den verschiedenen Akteuren im System gleich doppelt gestört. Private Haushalte leisten einen erheblichen Beitrag zu diesen Transfers, indem sie als Steuerzahlende zusätzlich Krankenversicherungsprämien zahlen, mit variabler Franchise und ausserhalb der Franchise 10% Selbstbehalt. In der Praxis ist der Markt in seiner Funktionsweise stark eingeschränkt. Bestenfalls eignet er sich nur als Metapher zugunsten der wirtschaftlichen Effizienz als langfristiges Ziel.

Theoretisch bringt der Markt Anbieter und Nachfrager zusammen und sorgt dafür, dass sie sich auf «einen einheitlichen Preis» einigen. Konkret werden viele Preise zwischen Kassen und medizinischen Leistungserbringern ausgehandelt und vom Staat genehmigt. Der Preis wird oft im Voraus festgelegt. Die geltende Preisgestaltung (TARMED), auf die wir später noch näher eingehen, ist ein Beispiel dafür. Wir vergleichen sie mit einer Alternative in Form einer Kopfpauschale um zu zeigen, dass administrative Kosteneinsparungen möglich sind.

2.1. Für die einen kostet die Gesundheit, für die anderen bedeutet es Einnahmen

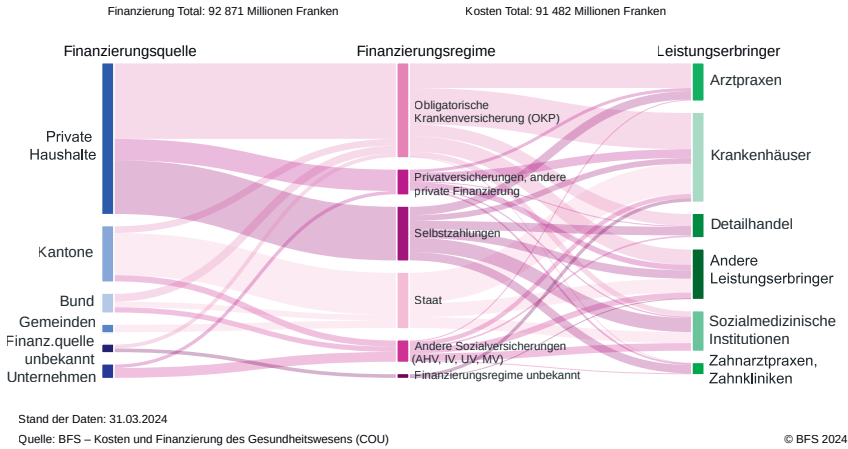
Die ökonomische Logik, nach der Gesundheitsausgaben für die einen Kosten, für die anderen Einnahmen darstellen, liegt der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung zugrunde, die Zahlen über die Wirtschaftsleistung eines Landes liefert. Die statistische Erfassung nach Ausgaben und Einnahmen führt im Prinzip zum selben Ergebnis, abgesehen von einigen statistischen Unzulänglichkeiten. In der ökonomischen Bewertung des Gesundheitssystems wird jedoch stark von der Kostenseite ausgegangen.

Die medizinische Logik hat ihrerseits ein klares Ziel: Es müsse alles getan werden, um einem kranken Menschen zu helfen. Dass dieses Ziel je nach Umständen mit Umsetzungsproblemen und differenzierten Interpretationen konfrontiert ist, ändert nichts an der Tatsache, dass es auf ethischer Ebene dazu keine Alternative gibt. Die Genesung der Patientinnen und Patienten bleibt oberstes Ziel.

Die damit verbundenen Kosten sind in deren Verteilung so komplex, dass sie Misstrauen gegenüber den Marktmechanismen wecken. Wie das Diagramm zeigt, ist die Finanzierung der Kosten des Schweizer Gesundheitssystems so stark zwischen den verschiedenen Quellen, Finanzierungssystemen und Leistungserbringern verflochten, dass die auf dem Spiel stehenden Interessen nicht garantieren, dass dieses System von «der unsichtbaren Hand» des Marktes tatsächlich gesteuert wird und erhöhte Effizienz garantiert.

Dieses Diagramm hilft uns auch nicht, die im ersten Kapitel geführte, etwas binäre Diskussion über die Vor- und Nachteile des Marktes und des Service Public wieder zu entdecken: Es veranschaulicht perfekt, inwieweit die beiden nach wie vor eng miteinander verbunden sind.

Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2022



Zu den Quellen zählen Behörden, Unternehmen und Privathaushalte. Diese Vielfalt findet sich auch in den verschiedenen Formen der Versicherung wieder, ob öffentlich, sozial oder privat. Sie werden als unterschiedliche, freilich institutionalisierte Finanzierungssysteme verstanden, ergänzt durch Direktzahlungen der Haushalte in Form von Versicherungsprämien. Schliesslich sind die Dienstleister, an die sich diese unterschiedlichen Finanzströme richten, sowohl im privaten als auch im öffentlichen Sektor tätig.

Die Komplexität schürt zweifellos das Misstrauen gegenüber kommerziellen Empfehlungen zur Reform des Schweizer Gesundheitssystems. Der Öffentlichkeit ist sich offenbar bewusst, dass das Schweizer Gesundheitssystem in der Vergangenheit durch eine Reihe politischer Kompromisse eher korporatistisch als wettbewerbsorientiert geprägt wurde. Eine zu grosse Hoffnung, dass künftige Reformen zu mehr Effizienz führen werden, scheint deshalb vermessen. Es besteht eher der Verdacht, dass die angestrebten Reformen im Namen der von ihnen angestrebten Effizienz das System noch mehr belasten.

Auch wenn wir anerkennen, dass ein Bezug auf ökonomische Logik zu mehr Effizienz führen könnte, ist die Befürchtung gross, dass Kostensenkungsmassnahmen nur zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führen. Darüber hinaus dürften die derzeit verfügbaren quantitativen Managementinstrumente diese Befürchtungen nicht zerstreuen. Quantität mit Qualität zu verwechseln, ist eine häufige Sünde.

Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten müssen daher mit einer verstärkten Qualitätskontrolle einhergehen. Diese Empfehlung zieht sich wie ein roter Faden durch dieses Buch: Ökonomische Kriterien müssen durch solidarische Kriterien ergänzt werden, damit eine Reform des Schweizer Gesundheitssystems die Unterstützung einer Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger findet.

Um diese Debatte in aller Ruhe führen und die unterschiedlichen Interessen, die im Gesundheitsbereich aufeinanderprallen, in Einklang zu bringen, muss der Kommunikation, der Information und der Transparenz der Argumente ein grosser Stellenwert eingeräumt werden. Nur so lässt sich aus unserer Sicht der Tatsache entgegenwirken, dass die Reformdebatte oft konfus geführt wird und das Wissen um die wahren Probleme fehlt.

Darüber hinaus scheint der Öffentlichkeit nicht immer klar zu sein, was unter «Wirtschaft» zu verstehen ist. Dieser Begriff kann sowohl Ersparnisse und Betriebswirtschaft wie auch den Markt sowie die wichtigsten makroökonomischen Gleichgewichte auf mehreren Ebenen, sei es sektoral, national oder global, bezeichnen. Er kann sich auch auf das Management beziehen und auf bürokratische Hürden, bei denen lukrative Tätigkeiten eng mit denen des Gesundheitswesens verknüpft sind, etwa in der Pharmaindustrie oder im Versicherungswesen. Allerdings sind weder die Stärkung der Bürokratie noch die Förderung wirtschaftlicher Lobbys offensichtlich Garanten für die

Qualität der Versorgung. Sie schüren nur die Angst, dass der Rückgriff auf ökonomische Überlegungen nicht nur zu Lasten medizinischer, sondern auch zu Lasten der gegenseitigen Unterstützung, Solidarität und Empathie geht.

Dies ist einer der Hauptgründe, warum unsere Vision einer Gesundheitssystemreform, die wir im sechsten Kapitel vorstellen werden, neben mehreren möglichen Zahlungsmethoden eine Kopfpauschale vorschlägt. Die Finanzierungsart der Krankenversicherung spielt dabei eine untergeordnete Rolle.

2.2. Finanzierung der Krankenversicherungen

Obwohl der Souverän 2014 eine Einheitskasse abgelehnt hat, hat diese Finanzierungsart in den Reformvorschlägen ihren festen Platz. In Anbetracht der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen hat ihre Akzeptanz anscheinend wieder zugenommen. Initiativen dazu kommen aus Genf und Zürich, die diese Finanzierungsform auf kantonaler Ebenen einführen möchten, um als Vorbild für eine bundesweite Einheitskasse zu dienen. Die Vor- und Nachteile werden immer wieder diskutiert. Die Befürworter verweisen auf die AHV und die SUVA, die Beispiele von kostengünstigen Erfolgsmodellen liefern. Dazu kommt, dass die konsequente Anwendung einer Sozialversicherung die Solidarität stärkt.

Die Gegner rekrutieren sich nicht nur unter den Marktgläubigen. Sie machen geltend, dass eine Einheitskasse nicht unbedingt kostengünstiger sei als die bestehende Finanzierungsform von mehreren Versicherungen; dies müsse sich zuerst noch beweisen. Abgesehen von Einsparungen in der Werbung, Sozialisierung von privaten Gewinnen und möglichen Synergieeffekten, ändert eine Einheitskasse nicht die strukturellen Probleme des schweizerischen Gesundheitswesens, die unsere Reformvorschläge

lösen wollen. Diskussionen, die sich ausschliesslich auf Finanzierungsfragen konzentrieren, sind Ausdruck einer Ökonomisierung und nehmen zu wenig Rücksicht auf die spezifischen Anliegen der Medizin. Unsere Vorschläge hängen nicht von der Finanzierungsart der Krankenversicherung ab und zielen auf eine grundlegende Neuausrichtung der Reformdebatte, die sich nach unserer Ansicht weniger um Kosten als vielmehr um das Wohl der Patientinnen und Patienten drehen sollte.

Die Ausgestaltung der Versicherungsprämien hingegen ist einer Diskussion wert, da eine einkommensabhängige Finanzierung aus unserer Sicht sinnvoll wäre, um das im dritten Kapitel diskutierte Dilemma zwischen Verantwortung und Solidarität zu mildern. Dies könnte noch durch die Progression der Prämien verstärkt werden, was der Finanzierung der Krankenversicherungen einen mehr oder weniger starken Umverteilungseffekt verleihen würde.

Unsere Reformvorschläge sind deshalb nicht von der Diskussion um die Einheitskasse tangiert. Wenn es jedoch um die Finanzierung der vom Gesundheitswesen erbrachten Leistungen geht, ziehen wir sie in unsere Überlegungen mit ein.

2.3. Methoden der Vergütung

Die Vergütung der verschiedenen Gesundheitsdienstleister ist Gegenstand erbitterter Diskussionen, da deren Interessen schwer zu vereinbaren sind. Die Abrechnung ärztlicher Tätigkeit kann in der Schweiz über vier mögliche Mechanismen erfolgen, die den geltenden gesetzlichen Bestimmungen entsprechen (KUV Art. 43). Auch wenn die verschiedenen Erstattungsmethoden keinen tiefgreifenden Einfluss auf die Entscheidungen von Ärztinnen/Ärzten haben, deren berufliche Aufgabe doch in erster Linie darin besteht, Patientinnen und Patienten zu helfen, ist es

unbestreitbar, dass sie ihr Verhalten beeinflussen können (Quinn, 2015).

- **Vergütung durch Lohn**

In Krankenhäusern und anderen staatlichen Einrichtungen wird in der Regel das Prinzip der Vergütung durch Lohn angewendet: Die Leistungserbringer sind Staatsangestellte. In der Schweiz gibt es auch einige HMOs (*Health Maintenance Organizations*), die nach diesem Prinzip arbeiten. Der Vorteil besteht darin, dass sich Ärztinnen/Ärzte sowie andere Leistungserbringer keine Sorgen um ihr Einkommen machen müssen, das fest und grundsätzlich unabhängig von der Art der medizinischen Versorgung ist. Der Nachteil besteht darin, dass sie vollständig von ihrem Arbeitgeber abhängig sind. Dieses Prinzip wird von den meisten Ärztinnen/Ärzten nicht besonders geschätzt, zumindest nicht von den älteren, die lieber einen freien Beruf ausüben.

- **Rückerstattung gemäss medizinischer Leistung**

Im ambulanten Bereich wird am häufigsten das Prinzip der Bezahlung pro Eingriff angewendet. Der Vorteil besteht darin, dass die Leistungen transparent sind und theoretisch von den Kassen und Patientinnen/Patienten kontrolliert werden können. Aufgrund der Komplexität des Abrechnungssystems (TARMED) ist die Kontrolle jedoch insbesondere für Letztere oft illusorisch. Ein weiterer Nachteil besteht darin, dass Gesundheitsdienstleister möglicherweise dazu neigen, unnötige Eingriffe zu tätigen, um ihre Einnahmen zu steigern. Schliesslich sind Rechnungsstellung, Kontrolle und Erstattung mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbunden. Auf TARMED gehen wir später noch näher ein.

- **Vergütung mit Pauschalen**

Krankenhausleistungen werden je nach Diagnose mit Pauschalen abgerechnet (*Diagnosis Related Group*, DRG). Die Transparenz der Leistungen und die Möglichkeit, die Aktivitäten und Effizienz von Krankenhäusern miteinander vergleichen zu können, waren der Hauptgrund für die Einführung von DRGs. Aufgrund des medizinischen Fortschritts müssen DRGs (wie TARMED) kontinuierlich überarbeitet werden. Auch die Erstellung und Kontrolle von Rechnungen erfordert einen hohen Verwaltungsaufwand. Bei der Einführung von DRGs mussten dutzende Codierer eingesetzt werden. Weitere Nachteile sind die Gefahr, dass Krankenhäuser eher bereit sind, Patientinnen und Patienten zu günstigeren Konditionen aufzunehmen, dass sie dazu tendieren, die Verweildauer zu verkürzen und damit riskieren, diese zu gefährden. Derzeit werden auch Pauschalen für bestimmte, vor allem chirurgische ambulante Eingriffe diskutiert.

- **Kopfpauschale**

Eine weitere Möglichkeit der Abrechnung ist die Abrechnung pro Patient/Patientin (Kopfpauschale). Für jeden ihm zugewiesenen, zu betreuenden Fall erhält der Anbieter eine Prämie. Diese Abrechnungsart war für Praxen während der Covid-19-Epidemie besonders vorteilhaft, da sie ermöglichte, das Einkommen von Ärztinnen/Ärzten zu sichern, die aufgrund gesundheitspolitischer Einschränkungen plötzlich mit einem Rückgang der Konsultationen konfrontiert waren (Mostashari et al., 2021). Die Methode birgt jedoch das Risiko, dass Ärztinnen/Ärzte dazu neigen könnten, bestimmte Patientinnen/Patienten loszuwerden, indem sie sie beispielsweise an Spezialistinnen und Spezialisten überweisen, und sich lieber um solche mit einfacheren Pathologien kümmern.

In bestimmten Ländern wurden die verschiedenen Rück-erstattungsmethoden durch Prämien ergänzt, die entsprechend der Qualität ihrer Dienstleistungen gewährt werden (*Pay for Performance, P4P*). Allerdings ist es nicht offensichtlich, ob ein solches Anreizsystem tatsächlich die Qualität der Pflege verbessert; darüber hinaus erfordert es eine sehr aufwendige und damit kostenintensive Kontrolle (Yuan et al., 2017).

Die verschiedenen Erstattungsarten wurden in mehreren Übersichten und Metaanalysen verglichen (Gosden et al., 2000; Jia et al., 2021; Quin et al., 2020; Ta et al., 2016; Yuan et al., 2017). Die Vor- und Nachteile dieser unterschiedlichen Vergütungen, auch des *Pay for Performance*-Modells, lassen sich nicht zweifelsfrei ermitteln.

In unserer Reformvorstellung befürworten wir die Kopfpauschale für alle Leistungserbringer – Krankenhäuser, Labore und Spitex eingeschlossen. Auf die Vor- und Nachteile dieses Systems gehen wir am Ende dieses Kapitels ausführlicher ein. Um unsere Wahl zu begründen, werden wir vor allem die Rückerstattung pro medizinische Leistung diskutieren.

2.4. TARMED/TARDOC

TARMED ist eine nationale Preisstruktur für medizinische Leistungen, die ausschliesslich für ambulante Leistungen in Arztpraxen, Kliniken und Krankenhäusern gilt.¹² Es handelt sich um einen einheitlichen Ärztetarif, der rund 4'600 Stellen umfasst und nahezu alle ärztlichen Leistungen abdeckt. Er ist seit 2004 im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Kraft und vereinheitlichte die bisher kantonal unterschiedlichen Tarife. TARMED stellt einen grossen Schritt in Richtung Tarifvereinfachung dar, die nicht nur dem Grundsatz der Gleichheit aller Bürgerinnen und Bürger vor dem Gesetz entspricht, sondern

auch mehr Transparenz und gesteigerte Effizienz fördern soll.

TARMED hat bis auf einige Anpassungen einzelner Tarifpositionen keine grösseren Änderungen erfahren, obwohl eine vollständige Überarbeitung notwendiger denn je ist, da nicht nur die gestiegenen Gesundheitskosten ein Problem sind, sondern vor allem auch zahlreiche innovative neue Behandlungsmethoden im jetzigen Tarifsystem nicht genügend berücksichtigt sind. TARMED wird unterstellt, negative Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Schweizer Gesundheitssystems zu haben und die Qualität der Versorgung nicht ausreichend zu gewährleisten.

Die Anwendung ist wenig transparent und für die meisten Patientinnen und Patienten schwer verständlich, u.a. aufgrund der vielen Unterteilungen in jede denkbare medizinische Leistung. Zudem sind Verwaltungsabläufe umständlicher geworden – trotz der Software, die sie einfacher machen sollte. TARMED begünstigt technische Leistungen gegenüber der ganzheitlichen Medizin, bei der es wichtig ist, den Patientinnen und Patienten zuzuhören. Trotz der Versuche, einen solchen Ansatz zu fördern, benachteiligt TARMED zweifellos in der Allgemeinmedizin und Psychiatrie tätige Berufsangehörige.

Für Ökonominnen und Ökonomen sind diese Kritikpunkte nicht überraschend. Ein Tarif stellt keinen Preis dar; er spiegelt die Verhandlungsmacht der Auftragnehmer wider und ist mehr eine Frage korporatistischer Praktiken als einer Marktwirtschaft, wo Preise eine Doppelfunktion haben: Der Preis ist sowohl ein Indikator für Knappheit als auch für Kosten. Er sollte einen starken Ansporn ausüben, erbrachte Leistungen in Richtung Effizienz zu lenken. Allerdings unterliegt die Preisbildung dem Markt, wie wir im vorigen Kapitel dargelegt haben, und stellt Bedingungen, die in der Praxis selten vorkommen. Ein Grossteil

der medizinischen Tätigkeiten verbleibt im öffentlichen Bereich.

TARMED kann daher als Reaktion auf Marktversagen interpretiert werden. Es ist das Ergebnis einer öffentlichen Regulierung, die Tarifpartner zusammenbringt, nämlich die Verbindung der Schweizer Ärztinnen/Ärzte (FMH), Spitäler (H+) und Krankenversicherer (*Santé suisse* und *curafutura*). Schliesslich gehören dazu auch Sozialversicherungen wie die Unfallversicherung, die Militärversicherung und die Invalidenversicherung, vertreten durch die SUVA-Ärzte-tarifkommission (CTM).¹³ Jede Vereinbarung zwischen diesen Partnern muss vom Bundesrat genehmigt werden, der seit 2013 subsidiär zuständig ist. Er kann TARMED ändern, wenn ihm die Preisgestaltung unangemessen erscheint und sich die Partner nicht einigen können.

Eine Vereinbarung war schwer zu erreichen. TARMED wurde mehreren Überarbeitungsversuchen unterzogen und zu TARDOC geändert. Der neue Tarif wird 2026 in Kraft treten.

Es ist jedoch immer noch dringend, andere Lösungen in Betracht zu ziehen, anstatt auf einem Weg zu verharren, der die bereits vorhandene Bürokratie im Gesundheitswesen aufgrund von Reformen, die von der wirtschaftlichen Logik inspiriert sind, erhöht. Solche Reformen tragen, wie wir gesehen haben, eher zu einer Stärkung des Managements zu Ungunsten der Rolle des Arztes bzw. der Ärztin bei.

Die Bürokratisierung ist nicht nur in der aktuellen Funktionsweise des Schweizer Gesundheitssystems zu beobachten. Sie scheint ein charakteristisches Merkmal unserer gesamten Gesellschaft zu sein. Ein kurzer Abstecher in die Geschichte der Wirtschaftswissenschaften zeigt, dass bürokratische Organisation das Ergebnis einer vertikal organisierten Arbeitsteilung ist. Taylorismus und

Fordismus führten zu einer so feinen Spezialisierung, dass Untergebene immer wieder dieselben Aufgaben ausführen müssen.

Es war Henry Fayol, der als Erster das Prinzip der vertikalen Arbeitsteilung auf die Büroberufe ausdehnte (Fayol, 1916). Die Führung im Management zählt oft auf Hierarchie, die der traditionellen Funktionsweise öffentlicher Behörden entspricht, denen üblicherweise per definitionem Bürokratie vorgeworfen wird. Allerdings ist die zunehmende Bürokratisierung, die praktisch in allen medizinischen Tätigkeiten zu beobachten ist, nicht nur auf den Staat begrenzt, sondern inhärent in den meisten Verwaltungen; ob privat oder staatlich spielt letztlich eine untergeordnete Rolle. Führungskräfte wiederum sind zu einer mächtigen Interessengruppe geworden, die im Verdacht stehen, nicht nur für ein besseres Management, sondern hauptsächlich für ihre eigene Karriere zu arbeiten.¹⁴

Auch wenn der Vergleich hinkt, scheinen sich die zunehmende Bürokratisierung und bestimmte, alltäglich gewordene technische Leistungen wie der Einsatz von Magnetresonanztomographie (MRI), die Arbeitsteilung und übertriebene medizinische Spezialisierung ein Jahrhundert später zu wiederholen. Sie werden jedoch oft damit gerechtfertigt, sie seien zur Effizienzsteigerung nötig. Somit wächst der Bedarf an einer besseren Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Spezialistinnen und Spezialisten immer mehr. Wir stellen auch fest, dass sich das *Change Management* in Richtung einer Abflachung der Hierarchien entwickelt hat. Ebenso ist die Notwendigkeit einer echten Partnerschaft zwischen und Patient/Patientin mittlerweile allgemein anerkannt.

Zweifellos ist TARMED nicht allein für diese Entwicklung verantwortlich, aber sie hat sie auch nicht verhindert, trotz der immer wieder wiederholten, gut gemeinten Erklärungen, eine bessere Koordination zwischen verschiedenen

Spezialisierungen zu gewährleisten und den Patientinnen/Patienten mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Die Tariflogik, ob überarbeitet oder nicht, trägt nicht zur Förderung dieser Ziele bei. Innovative Pflegenetzwerke brauchen andere Finanzierungsmöglichkeiten.

2.5. Kopfpauschale

Unsere Reformvorstellung befürwortet die Verwendung der Kopfpauschale aus einem einfachen Grund: Diese Art der Kostenerstattung reduziert erheblich die Bürokratie – eine der grössten Geisseln der Verwaltung unseres Gesundheitssystems, sowohl für die Leistungserbringer als auch die Kostenträger.

Um die Vor- und Nachteile besser vergleichen und diese Art der Erstattung besser verstehen zu können, nehmen wir ein Zahlenbeispiel: Nehmen wir an, ein Gesundheitsnetzwerk mit einem anerkannten beruflichen Kompetenzprofil, das wir in unserer Reformvision als «Medical Home» symbolisieren, verhandelt mit seinen Kostenträger eine jährliche Gebühr von 1'000 CHF pro Patient/Patientin. Wäre dieses «Medical Home» für 500 Patientinnen und Patienten verantwortlich, würde es 500'000 CHF pro Jahr einnehmen. Im Gegenzug wird es allen seinen Patientinnen und Patienten die notwendigen medizinischen Leistungen erbringen. Kostete die Behandlung eines Patienten, einer Patientin allerdings das Doppelte, würde es 1'000 CHF verlieren; kostete die Behandlung eines anderen Patienten, einer anderen Patientin hingegen nur die Hälfte, erzielte es einen Gewinn von 500 CHF.

Die Rentabilität eines «Medical Homes» hängt somit sowohl von der Anzahl der Patientinnen und Patienten als auch von der Art der Behandlungen ab, diese wiederum von der Schwere der Erkrankung. Da Behandlungen bei älteren Menschen im Allgemeinen häufiger stattfinden,

könnte das «Medical Home» versucht sein, sich an junge Menschen zu wenden, die sich vermutlich in einem besseren Gesundheitszustand befinden, da die Altersstruktur direkt die finanziellen Ergebnisse beeinflussen. Um solche Abnormalitäten zu vermeiden, wird die Kopfpauschale entsprechend Patientenmerkmalen wie Alter und Geschlecht moduliert.

Dieses Beispiel verdeutlicht die enorme Vereinfachung der Verwaltung, die die Kopfpauschale ermöglicht. Um sie effizient zu machen, muss sie aber durch eine wirksame Qualitätskontrolle ergänzt werden. Diese Anforderung gilt jedoch auch für alle anderen Arten der Kostenerstattung. Im Fall der Kopfpauschale verhindert sie, dass das «Medical Home» die vorgesehene Zeit für eine Konsultation kürzt, um eine grössere Anzahl an Patientinnen und Patienten zu behandeln.

Wir werden diesen Aspekt im vierten Kapitel ausführlicher erläutern, jedoch erscheint es uns sinnvoll, hier zwischen primärer und sekundärer Kopfpauschale zu unterscheiden. Die erste bezeichnet die Situation, in der das «Medical Home» direkt bezahlt wird, wogegen die sekundäre Pauschale eine indirekte Finanzierung für einen externen medizinischen Dienstleister vorsieht, etwa Spezialistinnen und Spezialisten, ein Labor, ein Zentrum für Radiologie oder auch das Krankenhaus. Eine Qualitätskontrolle, die ihren Namen verdient, muss in diesen Fällen daher auch die Menge der externen Überweisungen überwachen.

Bei der Abwägung der Vor- und Nachteile der Kopfpauschale fällt das Ergebnis je nach Standpunkt unterschiedlich aus:

- **Aus der Sicht der Patientinnen und Patienten**

Patientinnen und Patienten, deren Betreuung stets durch dieselben Ärztinnen/Ärzte erfolgen, wie dies bereits bei

bestimmten Versicherungsverträgen mit Hausarztmodellen der Fall ist, entwickeln eine stärkere Bindung zu ihnen, als wenn sie von Fachärztinnen und -ärzten zu anderen wechseln. Sie profitieren ausserdem von geringeren Kosten. Allerdings besteht die Gefahr, dass komplexe Fälle aufgrund ihrer hohen Kosten ausgeschlossen werden (Excoffier et al., 2016).

- **Aus Sicht der Ärztinnen/Ärzte**

Die Kopfpauschale gewährleistet ein regelmässiges und vorsehbares Einkommen und ermöglicht den Ärztinnen/Ärzten, die Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten im Laufe der Zeit besser einzuschätzen. Durch die Vorausbezahlung verbringen sie weniger Zeit mit administrativen Aufgaben, wie etwa der Abrechnung. Dieses System fördert daher die Wirtschaftlichkeit und gewährleistet gleichzeitig die Qualität der Behandlung. Allerdings birgt es die Gefahr, sich weniger um komplexe Fälle zu kümmern.

- **Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit**

Die Kopfpauschale ist ein Erstattungssystem, das für ein Gesundheitsnetzwerk besonders effizient ist und eine bessere Betreuung der Patientinnen und Patienten ermöglicht, ohne die Verbindung zwischen Netzwerk und Ärztinnen/Ärzten durch langwierige Verwaltungsverfahren zu belasten. Sie ermöglicht auch die Finanzierung von Präventionsmassnahmen.

Die Kopfpauschale stärkt die Bindung zwischen Patient/Patientin und Arzt/Ärztin und reduziert gleichzeitig unnötige Behandlungen. Schliesslich ist es logischer, in einem patientenzentrierten System die Pflege der anvertrauten Patientinnen und Patienten zu vergüten, als eine Diagnose (DRG) oder einen womöglich unnötigen Akt (TARMED) zugrunde zu legen.

3. Dilemma zwischen Verantwortung und Solidarität

Im Zusammenhang mit dem massiven Anstieg der Gesundheitskosten wurde die Beteiligung an den Gesundheitskosten in Form eines Selbstbehalts oder Kostenbeitrags in der obligatorischen Krankenversicherung eingeführt, um als unnötig erachtete Behandlungen zu reduzieren. Diese Idee basiert auf der Wirtschaftstheorie, nach der die kostenlose Bereitstellung einer Dienstleistung zu deren Übernutzung führt, wie wir es im vorherigen Kapitel unter dem Begriff Moralisches Risiko (Moral Hazard) definiert haben.

3.1. Die Berichte der RAND-Corporation

Im Allgemeinen wird die Originalveröffentlichung der RAND-Corporation¹⁵ zitiert, um zu erhärten, dass diese Theorie auch im Gesundheitssystem anwendbar ist (Newhouse et al., 1981). Hierbei handelt es sich um eine 1981 veröffentlichte Studie zu 7 706 Personen mit unterschiedlichen Krankenversicherungen. Personen mit umfassender Krankenversicherung verursachten 50% mehr Ausgaben als Personen mit einkommensabhängiger Kostenbeteiligung.

Daher schien die Idee einer Kostenbeteiligung der richtige Weg, um den ungebrochen steigenden Gesundheitskosten entgegenzuwirken. Die Studie stellt nicht fest, ob die Einsparungen auf die Reduzierung des Überkonsums zurückzuführen sind oder ob eine Kostenbeteiligung zu einem Unterkonsum führt.

Der Hauptkritikpunkt an den Schlussfolgerungen des RAND-Berichts besteht darin, dass er Patientinnen und Patienten der *Medicare*, das heisst über 65-Jährige, nicht

berücksichtigt. Die RAND-Kooperation setzte übrigens ihre Studien fort und stellte fest, dass bei armen Personen der Selbstbehalt von nur 1 US-Dollar erwartungsgemäss zwar die Konsultationen (um 8 %) reduzierte, jedoch die Krankenhausaufenthalte um 17 % verlängerte (Helms et al., 1978).

Ihre Schlussfolgerungen wurden dann viel vorsichtiger: *«Copayments could be self-defeating as a method of controlling medical costs in a welfare population.»* Weitere Untersuchungen von RAND zeigten, dass eine geringere Beteiligung bei drogenabhängigen Patientinnen und Patienten die Abstinenzbehandlung begünstigte (Stein et al., 2000) und dass eine hohe Selbstbeteiligung die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer neu diagnostizierten chronischen Erkrankung verzögerte (Solomon et al., 2009).

Eine andere Studie zeigte, dass die Kostenteilnahme bei armen Menschen zu erhöhtem Blutdruck und einer Verschlechterung des Sehvermögens führte, weil sie auf Konsultationen und Medikamente verzichteten (Brook et al., 1983).

3.2. Zweifel in Bezug auf die Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten

Eine im Jahr 2010 veröffentlichte Studie mit fast 900'000 Menschen über 65 Jahren zeigte eindeutig die Ambiguität der Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten: Ein bescheidener Anstieg verringerte zwar die Zahl der Arztbesuche (19,8 pro 100 Versicherte), führte aber zu einem Anstieg der Krankenhauseinweisungen (2,2 pro 100 Personen mit 13,4 mehr Aufenthaltstagen; Trivedi et al., 2010).

Besonders deutlich zeigte sich dieser Effekt bei Menschen mit geringem Einkommen und bei Menschen mit chronischen Erkrankungen. Diese Studie zeigt somit, dass eine Erhöhung der Kostenbeteiligung das Risiko einer Erhöhung der gesamten Gesundheitskosten in sich birgt.

Diese Beobachtung findet sich in fast allen Untersuchungen. Mehrere Übersichten und Metaanalysen weisen auf das Problem der Fairness und Solidarität in diesem Bereich hin und mahnen zur Vorsicht (Chandra et al., 2010; Eaddy et al., 2012; Gibson et al., 2006; Gourzoulidis et al., 2017; Luiza et al., 2015; Mann et al., 2014; Remler et al., 2009; Rice et al., 2004).

Bei jüngeren, wohlhabenderen und gesünderen Menschen (Hsu et al., 2006; Wharam et al., 2007) können die Kosten effektiv gesenkt werden, ohne dass sich dies auf ihren Gesundheitszustand auswirkt. Dies ist jedoch bei älteren (Trivedi et al., 2008a; Tamblyn et al., 2001), komorbiden (Trivedi et al., 2008b) und armen Personen nicht der Fall (Helms et al., 1978; Hopkins et al., 2001; Krutilová et al., 2012; Murray et al., 2000; Soumerai et al., 1994; Wharam et al., 2011a, b, 2013, 2017).

Eine erhöhte Beteiligung kann zu mehr Konsultationen in Notfallzentren (Soumerai et al., 1994) und zu häufigeren Krankenhauseinweisungen führen (Chandra et al., 2010, Helms et al., 2009; Hopkins et al., 2001; Hsu et al., 2006; Murray et al., 2009; Tamblyn et al., 2001; Wharam et al., 2011, 2017, 2018), zudem die Behandlung chronischer Krankheiten aufgrund fehlender vorbeugender Massnahmen wie Mammografie (Trivedi et al., 2008a) und Koloskopie (Wharam et al., 2011) sowie die Einnahme essentieller Medikamente und deren Gebrauch verzögern (Eaddy et al., 2012; Goldman, 2006; Soumerai et al., 1987; Gibson et al., 2006).

Diese Beobachtungen wurden hauptsächlich in den Vereinigten Staaten gemacht, mehrere Berichte zeigen jedoch die gleichen Ergebnisse in anderen Ländern (Krutilová et

al., 2012; Baji et al., 2012; Tamblyn, 2001; Kemp et al., 2010). Der Verzicht auf Kostenbeteiligung scheint besonders für arme Länder relevant (Qin et al., 2019).

1987 fakultativ eingeführt, betrug die Franchise bei Einführung der KVG in der Schweiz im Jahr 1996 150 CHF. Bisher wurde sie zweimal erhöht und beträgt seit 2004 mindestens 300 CHF. Es gibt Wahlmöglichkeiten von 500, 1'000, 1'500, 2'000 und 2'500 CHF.¹⁶

Zusätzlich zur Franchise besteht in der Schweiz die Kostenbeteiligung aus einem Anteil von 10%, jedoch höchstens 700 CHF pro Jahr. Verschiedene parlamentarische Vorstösse zielten darauf ab, die Franchise angesichts des starken Anstiegs der Gesundheitskosten seit der letzten Erhöhung zu steigern, obwohl die Schweiz das Land ist, dessen Kostenbeitrag zu den höchsten der Welt gehört (OECD, 2011): Haushalte bezahlen 30,5 % der Kosten durch Prämien und 24,9 % durch Beteiligung.

Man kann argumentieren, dass eine solche Beteiligung in einem reichen Land gerechtfertigt ist (Hsu et al., 2006; Qin et al., 2019), aber sie verursacht eindeutig negative Auswirkungen. Laut BAG-Untersuchung verzichteten 16,2 % der Bevölkerung auf medizinische Leistungen, bei Menschen mit geringem Einkommen sind es 22,5 % und bei Menschen mit lediglich Sekundarschulbildung 23,3 %.¹⁷

Besonders betroffen sind ärztliche Konsultationen (16 %), Behandlungen (10 %) und Medikamente (9 %). Insbesondere Patientinnen und Patienten mit schlechtem Gesundheitszustand verzichteten darauf (Huber, et al., 2012). Diese Verzichtes haben sich zwischen 2010 und 2016 verdreifacht. Ähnliche Ergebnisse wurden im Kanton Genf beobachtet (Guessous et al., 2012; Wolff et al., 2011), wo arme Menschen besonders betroffen sind (30,9 % verzichteten auf medizinische Versorgung, einschliesslich zahnärztlicher Behandlungen).

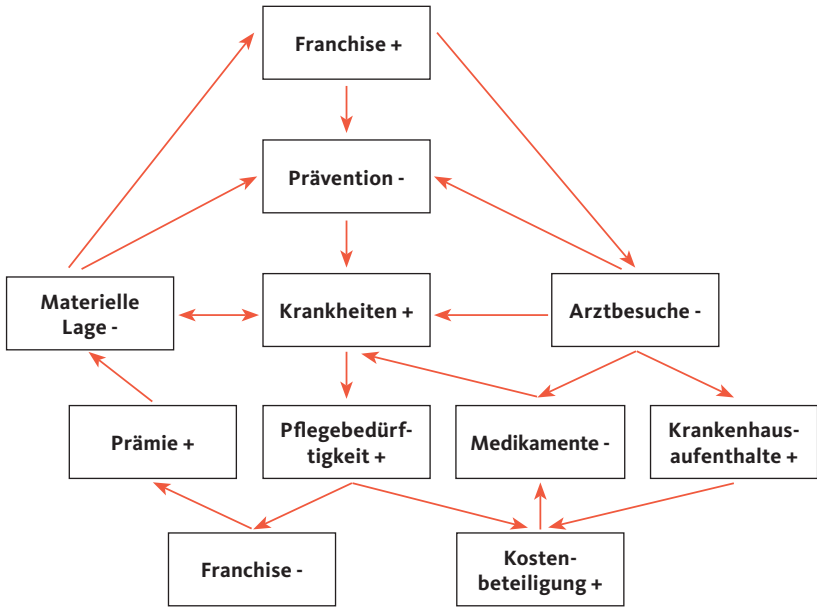
Das schweizerische Gesundheitsobservatorium zeigte kürzlich noch eindruckliche Zahlen: 23 % der Gesamtbevölkerung verzichten aus Kostengründen auf medizinische Leistungen, bei den Bedürftigsten (11,6 %) sind es fast die Hälfte (OBSAN 2023). In Vergleich zu anderen Staaten steht die Schweiz punkto Verzicht auf medizinische Leistungen aus finanziellen Gründen sehr schlecht da (Doty et al., 2020). Es mag paradox erscheinen, dass in der Schweiz, wo die Kostenbeteiligung bereits so hoch ist, gewisse Parlamentarierinnen und Parlamentarier mit Motionen versuchen, die Franchise noch einmal zu erhöhen. Krankenkassen sind interessiert, ambulante Konsultationen auf Kosten der Hospitalisationen zu reduzieren, da diese teilweise vom Staat fianziert werden. Sie initiieren und finanzieren Studien, die streng wissenschaftlichen Kriterien nicht standhalten (Zender et al., 2024, Helsana-Studie).

3.3. Die Teufelskreise der Armut

Wir können daher den Schluss ziehen, dass selbst eine hohe Kostenbeteiligung kaum Auswirkungen auf die Gesundheit junger, wohlhabender und gesunder Menschen hat. Im Gegenteil trägt sie dazu bei, Kosten zu senken, indem Konsultationen und Medikamente reduziert werden, die im Verhältnis zu ihrem Gesundheitszustand oft unnötig sind.

Jedoch wirkt sich insbesondere eine hohe Kostenbeteiligung nachteilig auf Menschen in prekären wirtschaftlichen Verhältnissen aus, wie die nachfolgende Abbildung zeigt.

Die Teufelskreise der Armut in einem Zahlungssystem mit Kostenbeteiligung



Anhand dieses Diagramms erkennen wir drei Teufelskreise:

- Aus verschiedenen Gründen, die näher auszuführen den Rahmen dieses Buches sprengen würden, geht Armut mit einer schlechteren Gesundheit einher. Umgekehrt verschlimmert eine schlechte Gesundheit die Armut.
- Zu diesem ersten Teufelskreis kommt ein zweiter hinzu: Arme Menschen entscheiden sich tendenziell für eine hohe Selbstbeteiligung¹⁸ und gehen seltener zum Arzt. Dies führt zu einer Zunahme von Notfallkonsultationen und Krankenhausaufenthalten. Sie nehmen weniger Vorsorgemassnahmen wahr, es wer-

den ihnen weniger Medikamente verschrieben und ihr Gesundheitszustand verschlechtert sich weiter.

- Schliesslich entsteht ein dritter Teufelskreis: Verschlechtert sich der Gesundheitszustand, steigen der Pflegebedarf und die Beteiligung, und die Menschen neigen dazu, die verschriebenen und lebenswichtigen Medikamente nicht zu nehmen. Infolgedessen senken sie ihre Franchise, was jedoch ihre Prämien erhöht und somit ihre finanzielle Situation nur verschlimmert.

Die Literaturübersicht zeigt, dass die Kostenbeteiligung durch Versicherte ein zwiespältiges Mittel zur Senkung der Gesundheitskosten ist (Remler et al., 2009), da sie das Risiko birgt, den Zugang zum Gesundheitssystem für diejenigen zu verhindern, die es am meisten benötigen, nämlich kranke Menschen mit geringem Einkommen. Die Kostenbeteiligung stellt somit die Solidarität auf die Probe.

Im siebten Kapitel dieses Buches, in dem wir unsere Vision einer patientenzentrierten Reform vorstellen, greifen wir diese Schlussfolgerung auf, indem wir insbesondere ein «Medical Home» ohne Kostenbeteiligung vorschlagen.

3.4. Die öffentliche Debatte

Anlässlich eines Leitartikels zu diesem Thema in der Schweizerischen Ärztezeitung¹⁹ wurde in zwei Kommentaren ein einkommensabhängiger Selbstbehalt vorgeschlagen. Das ist eine interessante Idee, erfordert aber die Übermittlung von Einkommensinformationen an die Krankenkassen. Angesichts der Tatsache, dass solche Initiativen bereits verworfen wurden, erscheint uns diese Idee politisch nicht umsetzbar.

Den Inhalt dieses Kapitels haben wir in gekürzter und vereinfachter Form in einer der auflagenstärksten Tageszeitungen der Schweiz veröffentlicht.²⁰ Die Kommentare dazu waren überwiegend positiv. Sie zeigen, dass die Öffentlichkeit das Prämienzahlungssystem und den Teufelskreis der Armut vollkommen versteht und ihn durchbrechen will. Allerdings wurden auch einige kritischere Stimmen laut.

Einem Leser zufolge würde die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen tendenziell ins Unendliche steigen, wenn deren Inanspruchnahme kostenlos wäre. Um einen Zusammenbruch des Gesundheitssystems zu verhindern, sollte die Nachfrage implizit und explizit «gelenkt» werden, unabhängig von der Organisation des Gesundheitssektors (implizit: durch den Markt oder durch den Staat, was auch immer). Ziel der Selbstbeteiligung wäre es, den sinnlosen Konsum medizinischer Leistungen zu begrenzen, ohne wirklich sinnvolle Behandlungen einzuschränken. Jede noch so kleine Massnahme würde zu gewissen Ungerechtigkeiten führen, die uns nicht in die Irre führen und unser Gesundheitssystem gefährden sollten, welches wahrscheinlich das beste der Welt sei.

Dieser Leser hat nicht verstanden, dass es in der Diskussion um die Wirksamkeit von Franchisen bei der Kostensenkung geht. Die oben zitierten aktuellen empirischen Studien deuten darauf hin, dass kurzfristig sinkende Kosten durch langfristig steigende Kosten ausgeglichen werden. Franchisen haben daher einen perversen Umverteilungseffekt und führen letztendlich nicht nur zu einer dauerhaften Kostensteigerung, sondern benachteiligen auch die Armen.

Andere Leserinnen und Leser stimmen zu und unterstellen, dass das, was kostenlos sei, für viele Menschen, insbesondere für die Ärmsten und am wenigsten Gebildeten, keinen Wert habe. In Bezug auf Entwicklungsländer

behaupten sie zu wissen, dass die Menschen ihren Anteil zahlen müssten, wie gering er auch sein möge, sonst würden Abmachungen nicht eingehalten, Arzttermine versäumt und Medikamente nicht eingenommen. Die All-Risk-Versicherungsmentalität sei Teil des Problems. Das würde tatsächlich den in diesem Kapitel gemachten Vorschlägen widersprechen. Es sei nicht verwunderlich, dass arme und kranke Menschen völlig sinnlos einen hohen Selbstbehalt wählen würden, bis ihnen das Geld ausgeht. Sie müssten nur ihre Tätowierungen reduzieren und mit dem Rauchen aufhören, um sich die Selbstbeteiligung wieder leisten zu können.

Auch hier wird die Problematik der Teufelskreise der Armut bei einem gebührenpflichtigen Zahlungssystem nicht verstanden. Sie wird durch Aussagen ersetzt, die dem gesunden Menschenverstand dienen sollen: Franchise sei eine Sperre gegen Missbrauch. Gesundheit müsse jeden etwas kosten – als gäbe es keine Einkommens- und Vermögensunterschiede. Wir stellen auch fest, dass bestimmte Kommentare den Armen zwangsläufig eine fragwürdige Moral zuschreiben.

Wie jede öffentliche Debatte löst auch die, mit der wir dieses Kapitel begonnen haben, Kontroversen aus. Wir nehmen dies zur Kenntnis, versuchen es aber in den Bereich der verfügbaren empirischen Beobachtungen einzuordnen, aus denen wir uns für unser Reformvorhaben inspirieren lassen. Angesichts hartnäckiger Vorurteile haben wir den gleichen Ansatz für die folgenden Kapitel zur Qualität der Pflege und zu den Kosten der Gesundheitsversorgung älterer Menschen gewählt:

- Lebensqualität ist messbar und Kostensteigerungen sind der Preis für eine kontinuierliche Verbesserung.
- Unsere Seniorinnen und Senioren verursachen den starken Anstieg der Gesundheitskosten.

Entgegen der landläufigen Meinung ist die demografische Alterung jedoch nicht der ausschlaggebende Faktor für die fast kontinuierliche Steigerung der Gesundheitskosten²¹, und die Förderung der Lebensqualität rechtfertigt sie nicht. Wir sollten daher eine umfassende Debatte über den Sinn und die Ziele jeder Reform anstossen, ohne sie allein auf ihre wirtschaftliche Dimension reduzieren zu lassen.

4. Qualität der Pflege

Jeder Versuch zur Reform des Schweizer Gesundheitssystems unterliegt einem Kompromiss zwischen unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheitspolitik, hin- und hergerissen zwischen Privatisierung und staatlicher Kontrolle einerseits und Dezentralisierung und Zentralisierung der Versorgung andererseits. Die Suche nach einem solchen Kompromiss erfordert einen Kompetenzaustausch zwischen Gemeinden, Kantonen und Bund.

In den beiden vorangegangenen Kapiteln haben wir gezeigt, dass der Einsatz von Marktmechanismen eine Steigerung der wirtschaftlichen Effizienz durch Wettbewerb verspricht, das Dilemma zwischen Verantwortung und Solidarität jedoch nicht löst.

In diesem Kapitel erweitern wir diese Debatte um eine Reflexion über die Qualität der Pflege, die wir hier im weitesten Sinne definieren, um zu zeigen, dass wir ihrer Kontrolle eine grosse Bedeutung beimessen. Um zu vermeiden, dass die Kontrolle nur instrumentell verstanden wird, und um zu zeigen, dass es sich um eine Widerspiegelung breiterer öffentlicher Erwartungen handelt, insbesondere im Hinblick auf die Lebensqualität, argumentieren wir im Folgenden dreifach:

- Zunächst erinnern wir an einige Grundprinzipien, auf denen die medizinische Ethik basiert. Diese Bezugnahme ist für die Glaubwürdigkeit eines Reformprojekts von grundlegender Bedeutung. Sie hat daher zwangsläufig Einfluss auf die gesamte Gesundheitspolitik und trägt somit bei, die Bedeutung zu unterstreichen, die wir der Qualitätskontrolle beimessen.
- Zweitens zeigen wir, dass die Gesundheit in hohem Masse die Lebensqualität bestimmt, obwohl Letztere schwer zu definieren ist. Der Zusammenhang

zwischen Gesundheit und Lebensqualität wird insbesondere durch das wachsende Bewusstsein für Umweltprobleme gestärkt, die zunehmend die Steuerungsinstrumente auf gesamtgesellschaftlicher Ebene bestimmen. Davon zeugen immer dichter werdende Rechtsvorschriften in verschiedenen Bereichen, etwa zur Luft- und Wasserverschmutzung oder zur Lärmbekämpfung.

- Schliesslich konzentrieren wir uns auf die Qualitätskontrolle selbst, diskutieren ihre Instrumente und zeigen, dass die Herausforderung darin besteht, sie auf einfache und transparente Weise umzusetzen und gleichzeitig eine grosse Unparteilichkeit zu gewährleisten.

4.1. Ethik und Gesundheitspolitik

Aus ethischer Sicht ist es erforderlich, der Qualität der Pflege besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Dabei darf jedoch die finanzielle Verantwortung nicht ausser Acht gelassen werden, die Patientinnen und Patienten, Ärztinnen/Ärzte und ganz allgemein die Gesellschaft übernehmen müssen. Dafür sind Politik und die Sozialversicherungen zuständig, wobei Kranken- und Invalidenversicherung sowie Sozialhilfe besonders wichtig sind. (Batifoulier, Gadreau, 2005)

4.1.1. Medizinische Ethik

Der rein ökonomisch definierte Austausch zwischen Angebot und Nachfrage ist unzulänglich, da er in Wirklichkeit drei Akteure miteinander verbindet: Der Grundpfeiler jedes Gesundheitssystems ist die Verkettung zwischen Ärztinnen/Ärzten, Patientinnen/Patienten und Versicherern. Diese spiegelt gemeinsam geteilte Werte wider und

betrifft daher zwangsläufig die medizinische Ethik. Sie basiert auf mehreren wesentlichen Prinzipien:

- Ein erster Grundsatz betrifft das Wohl der Patientinnen und Patienten (Gadreau, 2009). Er verpflichtet Ärztinnen/Ärzte, zum Wohle der Patientinnen und Patienten zu handeln, ohne ihnen ihre Meinung über das «Richtige» aufzuzwingen. Dies ist somit nicht gleichbedeutend mit Bevormundung, sondern lädt Ärztinnen/Ärzte dazu ein, über den erwarteten Nutzen der Therapie, insbesondere im Hinblick auf die Lebensqualität, nachzudenken. Dies ist einer der wesentlichen Gründe, die uns dazu bewogen haben, in unserem Reformprojekt eine interne und eine externe Qualitätskontrolle vorzuschlagen.
- Ein zweiter Grundsatz ist das Prinzip der Schadensvermeidung. Von Ärztinnen/Ärzten wird erwartet, dass sie Patientinnen und Patienten kein für die Behandlung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit unnötiges Leid antun. Aus dieser Perspektive verstossen unnötige lebensverlängernde Massnahmen gegen die medizinische Ethik.
- Ein dritter Grundsatz ist das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten. Er fordert Ärztinnen/Ärzte auf, diese in ihre Entscheidungen einzubeziehen. Die Beachtung dieses Grundsatzes ist an die Bedingung geknüpft, dass Patientinnen und Patienten urteilsfähig, informiert und aufgeklärt in voller Kenntnis der Sachlage zustimmungsfähig sind. Mit anderen Worten: Sie werden bei jeder medizinischen Entscheidung als Partner betrachtet, was uns in unserer Reformvision dazu geführt hat, die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems zu stellen.

- Ein vierter Grundsatz schliesslich bezieht sich auf das vorherige Kapitel, in dem wir das Dilemma zwischen Verantwortung und Solidarität erörterten, nämlich die soziale Gerechtigkeit. Ohne uns auf eine umfassende philosophische Debatte darüber einzulassen, was «gerecht» ist, erwähnen wir hier nur die Unterscheidung zwischen «Verteilungsgerechtigkeit» und «Verfahrensgerechtigkeit», die sich beide auf die Gleichheit der Behandlung beziehen. Erstere impliziert das Recht aller Patientinnen und Patienten auf Behandlung, unabhängig von ihrer Herkunft, ihrem Rang, ihrem Einkommen und ihrem Vermögen. Die zweite bedeutet, dass nur Verwaltungsverfahren und medizinische Behandlungen angewendet werden, die anerkannten ethischen Grundsätzen und Praktiken entsprechen. Besonders wichtig ist dies in der medizinischen Forschung, wie etwa bei Tierversuchen oder bei Genmanipulation (vgl. Doudna & Sternberg, 2017).

Diese vier Grundsätze sind in jedem medizinischen Ethikodex enthalten, beispielsweise in der im Jahr 1996 verabschiedeten und seither mehrfach überarbeiteten Standesordnung der FMH.²² Sie finden sich auch in den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften und inspirierten die ethischen Grundsätze des Weltärztebundes. In den Menschenrechten lautet die Definition: Das Recht auf das bestmögliche Mass an körperlicher und psychischer Gesundheit.²³ Dieses Recht wird nicht in seinen Grundsätzen angefochten, aber oft in der Praxis, wo seine Anwendung schwierig oder gar erschreckend inexistent ist, insbesondere im Hinblick auf die Achtung der Menschenrechte, nicht umgesetzt.

Die Gesundheitspolitik hat zu einer umfangreichen Gesetzgebung geführt und verweist ausdrücklich auf diese vier Grundsätze:

«Die gesetzlichen Grundlagen zum Themenkreis Mensch und Gesundheit sind in rund einem Dutzend Bundesgesetzen und darauf aufbauenden Verordnungen festgelegt. ... (Dazu gehören) die relevante Gesetzgebung etwa zu Arzneimitteln und Medizinprodukten, zu Betäubungsmitteln, zur Transplantations- und Fortpflanzungsmedizin, zur Forschung am Menschen und an embryonalen Stammzellen, zu übertragbaren Krankheiten, Tabakprodukten und Chemikalien oder zum Strahlenschutz.»²⁴

Ihre verfassungsrechtliche Verankerung wird insbesondere durch Art. 41, gewährleistet, in dem es heisst: «Bund und Kantone verpflichten sich neben Eigenverantwortung und Privatinitiative zu Folgendem: a) Jeder profitiert von der sozialen Sicherheit. b) Jeder profitiert von der für seine Gesundheit notwendigen Pflege.»²⁵

Die Probleme für die Gesundheitspolitik beginnen bei der Umsetzung dieser Grundsätze in Kombination mit anderen Kriterien, insbesondere im Zusammenhang mit der Finanzierung des Gesundheitssystems.

4.1.2. Wirtschaftsethik

Wie die Medizin unterliegen die Wirtschaftswissenschaften ethischen Grundsätzen. Die optimale Ressourcenallokation, die sie durch den Wettbewerb anstreben, ist Teil des «Guten». Niemand würde es wagen zu behaupten, dass das Gesundheitssystem nur die obgenannten ethischen Grundsätze der Medizin befolgen und seine finanziellen Ressourcen leichtsinnig missachten sollte. Ausgehend von der Sozialphilosophie des 18. Jahrhunderts zielen die Wirtschaftswissenschaften darauf ab, durch eine Verbesserung des materiellen Wohlergehens der Bürgerinnen und Bürger zum Gemeinwohl beizutragen.

Durch die strikte Anwendung der Wettbewerbsregeln, die Einhaltung von Verträgen und die Respektierung von Treu und Glauben im Geschäftsleben ist der Markt ein auf Moral basierender Entscheidungsmechanismus. Es geht uns hier nicht darum, eine philosophische Debatte über Moral oder Ethik zu eröffnen. Indem wir im letzten Kapitel dieses Buches unsere Vision der gewünschten Reform darlegen, erinnern wir lediglich daran, dass sie nicht nur in wissenschaftlichen und technischen Begriffen definiert werden kann. Ohne Werte, die jedes Reformvorhaben verdeutlichen und transparent machen sollten, geht es nicht. Dies gilt sowohl für medizinische Wissenschaften und Techniken als auch für Wirtschafts- und Managementwissenschaften. In diesem Sinne ist der Markt nur ein Instrument zur besseren Allokation verfügbarer Ressourcen. In keinem Fall handelt es sich dabei um ein Ziel an sich.

Wenn das Schweizer Gesundheitssystem nur von unvollkommenem Wettbewerb geprägt wäre, was sicherlich höhere Gewinne erlauben würde, wäre es dennoch weder aus technischer noch aus ethischer Sicht optimal. Dieses Marktversagen rechtfertigt ein öffentliches Eingreifen, wie wir dies im zweiten Kapitel dieses Buches ausführlich erörtert haben.

Allerdings fördert die sogenannte «Rational Choice»-Theorie – trotz der Beobachtung von Marktversagen – weiterhin den Markt. Diese Theorie basiert auf rationalen individuellen Entscheidungen. Wenn die Behörden Marktversagen korrigieren wollen, indem sie das Gesundheitssystem unabhängig vom Markt zu organisieren versuchen, sind sie ihrerseits einem Versagen ausgesetzt, dieses Mal jenem der Politik. Logischerweise können Politikerinnen und Politiker, deren Ziel es ist, ihre Wiederwahl sicherzustellen, in Populismus verfallen, was eine bessere Organisation des Gesundheitssystems verhindert. Wenn wir zwischen zwei Übeln – zwischen Markt- und Politversagen – entscheiden

müssten, könnten wir nach Meinung der Politiker ebenso gut beim Markt bleiben, um medizinethische durch ökonomische ethische Prinzipien aus der Theorie der *Rational Choice* zu ergänzen.

Kritik an dieser Theorie kommt vor allem aus anderen Sozial- und Geisteswissenschaften als von den Wirtschaftswissenschaften. Sie sind zahlreich und machen uns klar, dass in den Projekten zur Reform des Schweizer Gesundheitssystems die Wirtschaft zwar ihren Platz hat, aber auch in die Schranken gewiesen werden muss. Wie Michael J. Sandel (2013) zeigt, gibt es moralische Grenzen der Marktlogik. Der Markt, verstanden als Instrument der Effizienz, ist moralisch nicht neutral. Ein von einem Wettbewerbsmarkt festgelegter Preis ist nicht automatisch «fair». Die Frage, «inwieweit wir die Medizin dem Gesetz der Märkte unterwerfen wollen», betrifft schliesslich auch die Regeln des Zusammenlebens.

Die «Rational Choice»-Theorie besagt, dass die Mainstreamökonomie eine objektive Beantwortung dieser Frage ermöglicht. So fragt sich der Wirtschaftswissenschaftler Jean Tirole, Träger des Preises der Bank von Schweden für Wirtschaftswissenschaften in Erinnerung an Alfred Nobel, was falsch daran sei, über die moralischen Grenzen des Marktes zu streiten. Für ihn sei der Markt per Definition «moralisch», da es in der Wirtschaftswissenschaft in erster Linie um das Gemeinwohl gehe. Er bezieht sich ausschliesslich auf den Individualismus, indem er ein vermeintlich rationales Verhalten postuliert und damit die Wirtschaftswissenschaft dogmatisch von anderen geisteswissenschaftlichen Forschungen isoliert.

Tzvetan Todorov (1998) erinnert beispielsweise in seinem Plädoyer für den Humanismus daran, dass nicht nur das «Ich» zählt, sondern auch das «Du», was den Austausch wechselseitiger sozialen Beziehungen bedingt. Diese Beziehungen finden aus der Sicht von «uns» statt. Eine

Reform des Gesundheitssystems, die beispielsweise die Beziehung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten stärkt, könnte daher den Kostenanstieg besser eindämmen als ökonomische Logik, da die real existierende Konkurrenz immer unvollkommen ist. Wird sie dazu noch auf einen Sektor übertragen, der dafür schlecht geeignet ist, führt sie, wie die Praxis heutzutage zeigt, zu einem administrativen Mehraufwand, die die Beziehung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten mehr hindert als fördert. Kosteneinsparungen dank Konkurrenz bleiben deshalb leere Versprechen.

Jede Gesundheitspolitik muss daher eher darauf abzielen, die sozialen Bindungen zu stärken, die das Schweizer Gesundheitssystem prägen, als einen wirtschaftlichen Ansatz zu fördern, der im Wesentlichen auf Massnahmen zur Kostensenkung hinausläuft. Sie definiert sich unter dem Blickwinkel von «wir» und sieht das Gesundheitssystem eher als «einen unvollkommenen Garten» (wie Todorov sein Buch nannte) als einen Markt.

Wir können es nicht oft genug sagen: Das Schweizer Gesundheitssystem ist ein komplexes Geflecht, das sich nicht auf einen einfachen Markt reduzieren lässt. Es hängt zwangsläufig von gemeinsamen Werten ab und variiert je nach den Denkrichtungen, die in jeder öffentlichen Debatte präsent sind, in so unterschiedlichen Begriffen wie «Effizienz», «Solidarität» und «Gerechtigkeit», deren Sinn und vor allem deren von der Gesellschaft ihnen beimessenen Bedeutung sich oft ändern.

Diese Debatte kann nur interdisziplinär geführt werden. Sie lediglich auf die Dimensionen entweder der Medizin oder der Wirtschaftsethik reduzieren zu wollen, birgt die Gefahr, ein schlechter Ratgeber zur Durchführung einer Reform des Schweizer Gesundheitssystems zu sein. Der Kompass jeder Reform muss eine ethische Grundlage haben, die der Tatsache, dass Ethik im Plural zu verstehen

ist, in vollem Umfang Rechnung trägt. Auch wenn jeder Einzelne seiner eigenen Definition folgt, muss die für die Reform bestimmende von der Mehrheit geteilt werden. Das verhindert, dass die Förderung wirtschaftlicher Kriterien durch einen rein instrumentellen Ansatz zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führt.

Die Erfordernis einer interdisziplinären Debatte auf ethischer Grundlage lässt sich vielleicht am besten an der Frage der «Lebensqualität» verdeutlichen, mit der sich – manchmal indirekt – jedes tiefgreifende Reformprojekt eingehend befasst. Im nächsten Kapitel diskutieren wir die verschiedenen Konzepte der Lebensqualität, zu denen selbstverständlich die Gesundheit gehört, deren Verbesserung stark zur Lebensqualität beiträgt.

4.2. Lebensqualität: eine normative Wahl

Google liefert in 0,7 Sekunden fast 80'000 Antworten zum Thema «Lebensqualität». Jeder redet darüber, aber jeder hat offensichtlich eine eigene Definition. Da sie ein erhebliches Mass an Subjektivität beinhaltet, ist ihr Konzept schwer zu definieren. Ein so grundlegendes Objekt einer Reform des Schweizer Gesundheitssystems ist daher nicht einfach zu erfassen. Nur ein interdisziplinärer Ansatz kann es genauer identifizieren. Auf jeden Fall war es das, was Autorinnen und Autoren aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen dazu motivierte, ihre Standpunkte gemeinsam zu veröffentlichen (*Commission Santé*, 2018). Lebensqualität wird von der WHO definiert als

«die Wahrnehmung des Einzelnen über seine Stellung im Leben im Kontext der Kultur und der Wertesysteme, in denen er lebt, und in Bezug auf seine Ziele, Erwartungen, Normen und Anliegen.» – «Es ist ein umfassendes Konzept, das auf komplexe Weise die körperliche Gesundheit, den psychischen

Zustand, den Grad der Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, persönliche Überzeugungen und ihre Beziehungen zu wichtigen Merkmalen der Umwelt kombiniert.»²⁶

Eine solche Definition bezieht sich implizit auf die Theorie der «Einbettung», wonach jede Reform von gesellschaftlichen Institutionen abhängig ist. Sie wurde von sozio-ökonomischen Denkströmungen vorgeschlagen, um der Tatsache besser Rechnung zu tragen, dass die im Gesundheitsbereich so zahlreichen Institutionen von ihrem gesellschaftlichen Kontext abhängig sind (vgl. Granovetter, 1985). Um das Gesundheitssystem zu reformieren, müssen wir die Institutionen verändern. Dieser Wandel muss darauf abzielen, zu einer besseren Lebensqualität beizutragen. Er ist zwangsläufig die Widerspiegelung einer globalen Erwartung und nicht einer Gruppe, die besondere Interessen vertritt. Folglich kann er aus philosophischer, medizinischer, rechtlicher, wirtschaftlicher und sozialer Perspektive analysiert werden. Jeder Versuch, ihn allein der ökonomischen Logik zu unterwerfen, führt daher in eine Sackgasse.

Um dieses Konzept in die Praxis umzusetzen, gibt es tatsächlich Versuche, anderen Logiken zu folgen. Um beispielsweise die Wirkung eines neuen Medikaments zu bewerten, das die Menschen nicht mehr heilen, sondern nur ihre Lebensqualität innerhalb einer begrenzten Überlebenszeit verbessern kann, müssen Verfahren gefunden werden, die die Behandlungskosten einer verlängerten, zufriedenstellenden Lebensqualität rechtfertigen.

Die Medizin schlägt insbesondere vor, «Lebensqualität» anhand eines «QALY»-Indikators (*Quality-Adjusted Live Year* oder «qualitätsbereinigtes Lebensjahr») zu messen, der den Wert des Lebens abschätzen soll (Weinstein, Stason, 1977). Ist er gleich 1, stellt er ein Jahr voller Gesundheit dar. Ergänzt wird er durch einen weiteren, von der

WHO verwendeten «DALY»-Indikator (*Disability-Adjusted Life Year*, bzw. behinderungsangepasste Lebenserwartung).

In beiden Fällen steht die medizinische Definition von «Lebensqualität» im Einklang mit der in der Wirtschaftswissenschaft üblichen «Kosten-Nutzen»-Analyse. «Lebensqualität» unterliegt hier einer Optimierungsrechnung: «Ein besseres Ergebnis für weniger Kosten.» Dieses aus rationalem Verhalten resultierende Credo findet hier also eine approximative Anwendung im Bereich des Gesundheitswesens. Aber selbst die anspruchsvollsten dieser Messungen müssen eine subjektive Frage wie «Wie geht es Ihnen heute?» beinhalten.²⁷

Der Versuch, die Lebensqualität mithilfe der Wirtschaftswissenschaften zu messen, hört hier jedoch nicht auf. Die Verknüpfung mit materiellem Wohlstand legt nahe, sie anhand von Wachstumsstatistiken wie dem Bruttosozialprodukt zu messen. Wenn wir diese Statistiken durch die Einwohnerzahl dividieren, liefern sie einen Indikator für das Pro-Kopf-Einkommen und ermöglichen so den Vergleich des Lebensstandards zwischen verschiedenen Ländern. Um diesen Indikator als statistischen Ausdruck der Lebensqualität zu interpretieren, sind mehrere Annahmen notwendig:

- Lebensqualität lässt sich quantitativ am materiellen Wohlergehen messen.
- Je höher der Lebensstandard, desto höher die Lebensqualität.
- Materieller Wohlstand in den oberen Schichten der Gesellschaft wirkt sich durch Konsum und Investitionen nach und nach auch auf untere Schichten aus (*Trickle-Down-Effekt*).

Das Wirtschaftswachstum gilt deshalb als ein guter Indikator für Lebensqualität, weil Ausgaben für öffentliche

Gesundheit, Lebenserwartung bei der Geburt, Alphabetisierungsrate und Zugang zu Bildung stark damit korrelieren, wie auch andere Indizes ebenfalls veranschaulichen, beispielsweise der menschliche Entwicklungsindex, der jedes Jahr vom UNDP (dem Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen) veröffentlicht wird.²⁸ Doch selbst wenn dieser Index explizit den Begriff der Lebensqualität messen sollte, erfasst er dennoch nicht die grosse Vielfalt an Interpretationen. Deshalb ist die Nutzung von Erkenntnissen aus anderen Disziplinen wie der Philosophie, der Rechtswissenschaft, der Soziologie oder auch der Psychiatrie wertvoll. Diese Disziplinen sind sich darin einig, dass Lebensqualität aus individueller oder eben auch aus kollektiver Sicht verschieden verstanden werden kann.

Seit vielen Jahrhunderten waren moralische Werte philosophischer oder religiöser Natur entscheidend, dem Leben einen Sinn und damit eine gute Qualität zu verleihen. Aus Sicht der Mainstreamökonomie muss Bedarfsbefriedigung ständig erneuert oder sogar gesteigert werden, damit sie weiterhin spürbar bleibt. Mit anderen Worten: Es müssen ständig neue Bedürfnisse erkannt oder erfunden werden. Diese Suche nach Vergnügen ist einer der charakteristischen Aspekte unserer Konsum- und Wettbewerbsgesellschaft, in der ständig neue Bedürfnisse entstehen, um neue vermeintliche Vergnügen zu schaffen, als Synonym für bessere Lebensqualität – und zusätzlichem Gewinn.

In diesem Sinne ist es logisch, dass sich für gewisse Ökonomen und Ökonomen das Bruttoinlandsprodukt (BIP) als Mass für die Lebensqualität herauskristallisiert hat. Jedoch ignoriert das BIP soziale Ungleichheiten und Diskriminierung. Sein endloses Wachstum stösst auf Ressourcenknappheit und Umweltauflagen. Natürlich sollten bestimmte Grundbedürfnisse befriedigt werden, um von einer akzeptablen Lebensqualität zu sprechen. Es geht um die Achtung der Menschenrechte und um Gesetze, die

die Erfüllung der Grundbedürfnisse gewährleisten. Der Einsatz ausgefeilter Massnahmen zur Quantifizierung der Lebensqualität, wie sie beispielsweise im *World Happiness Report* empfohlen werden²⁹, verfolgt das gleiche Ziel. Sie fügen dem BIP weitere Kriterien hinzu, beispielsweise die völlige Freiheit, Entscheidungen über das eigene Leben zu treffen.

Sind wir uns darüber einig, dass bestimmte Grundbedürfnisse befriedigt sein müssen, damit wir von einer guten Lebensqualität sprechen können, bleiben die Ansprüche doch individuell unterschiedlich, nicht nur aufgrund der verschiedenen Lebenssituationen, sondern auch angesichts des somatischen und psychologischen Allgemeinzustandes der Person, ihrer genetischen Konstitution, vor allem aber ihrer Erlebnisse und ihres sozialen Umfelds. Jeder hat seine eigenen Bedürfnisse, sodass Lebensqualität nur auf individueller Ebene definiert werden kann.

Ein anderer Ansatz geht davon aus, dass eine gute Lebensqualität denjenigen vorbehalten sein könnte, die es verstehen, sich an ihre äusseren oder inneren Bedürfnisse anzupassen. Diese Sichtweise spiegelt eine neue Definition von Gesundheit wider, die nicht mehr die von der WHO definierte «totale» Gesundheit – ein Zustand, der unmöglich zu erreichen ist –, sondern «die Fähigkeit zur Anpassung und zum Selbstmanagement» bedeuten würde (Huber et al., 2011). So konnte ein Patient, der an amyotropher Lateralsklerose leidet – einer Krankheit, die mit einem schwierigen Lebensende verbunden ist –, wenige Wochen vor seinem Tod sagen, dass seine Lebensqualität noch nie so gut gewesen sei.³⁰

Wir alle, ob Philosophen, Soziologinnen, Ökonomen, Juristinnen – und vor allem auch Ärzte – müssen unser Gegenüber stets fragen, was es selbst empfindet, bevor wir über dessen Lebensqualität urteilen. Wir müssen uns jedoch im Klaren sein, dass sich das Gefühl von Lebensqualität von

einem Moment auf den anderen ändern kann. Schliesslich müssen wir der Tendenz widerstehen, die individuell wahrgenommenen Einschätzungen der Lebensqualität einfach zu addieren. Auch wenn sie scheinbar unter den gleichen Bedingungen bewertet werden, erlauben sie keine Definition einer «allgemeinen» oder «durchschnittlichen» Lebensqualität. In komplexen Interaktionssituationen werden durch das Addieren einzelner Meinungen nie alle Aspekte des Konzepts rekonstruiert. Daher sind Qualitätskontrollen erforderlich, die auf Interdisziplinarität basieren.

4.3. Qualitätskontrolle

Nach Angaben des *Institute of Medicine* ist die Qualität in der Gesundheitsversorgung «das Ausmass, wonach Gesundheitsorganisationen für Einzelpersonen und Bevölkerungsgruppen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, gewünschte Ergebnisse zu erzielen und dem aktuellen Wissensstand zu entsprechen» (Lohr, Schroeder, 1990).

In der Schweiz ist die Qualität in der Medizin nach dem KVG, Art. 58h geregelt: «Der Bundesrat legt Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und zur Sicherung und Wiederherstellung des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen fest.» Die Kosten besonders kostspieliger oder schwieriger Untersuchungen oder Behandlungen werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur dann übernommen, wenn sie von dafür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden.» Art. 58b: «Der Bundesrat setzt zur Realisierung seiner Ziele im Bereich der Qualitätsentwicklung eine Kommission (Eidgenössische Qualitätskommission) ein und ernennt deren Mitglieder.» Art. 59: «Gegen Leistungserbringer, die gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und

Qualitätsanforderungen ... verstossen, werden Sanktionen ergriffen.»

Es gibt eine umfangreiche Literatur zur Qualität der Versorgung, die im Allgemeinen nach dem «Donabedian-Modell» (Struktur – Ablauf – Ergebnis) beurteilt wird. Der einfachste Weg besteht darin, die Qualität in «vertikaler» Richtung zu kontrollieren, d.h. entsprechend den Pathologien (z.B. dem Blutdruckwert, im Durchschnitt der Patientinnen/Patienten). Dies haben die Engländer mit dem *Quality and Outcomes Framework* (1050 Punkte für 146 Leistungsindikatoren, davon 70 % klinisch) und die Deutschen mit ihrem *Qualitätsindikatorensystem für ambulante Versorgung* getan. Ärztinnen/Ärzte werden entsprechend der erreichten Qualitätspunkte vergütet (*Pay for Performance, P4P*).

Diese Systeme haben nur begrenzte Ergebnisse gebracht, aber zur Entwicklung elektronischer Krankendossiers und zur Verringerung sozioökonomischer Ungleichheiten in der Pflege beigetragen (Roland, Guthrie, 2016). Sie wurden oft wegen der von ihnen geschaffenen Bürokratie und des *Gaming*, d.h. der Aufmerksamkeit der Leistungserbringer auf kontrollierte Inhalte und der Vernachlässigung anderer, kritisiert. In Krankenhäusern werden ebenfalls Qualitätskontrollen entwickelt (z.B. die Anzahl postoperativer Infektionen). Diese Verfahren vernachlässigen jedoch die «horizontale» Qualitätskontrolle, also das Ergebnis aus der Sicht der Patientinnen und Patienten (*Patient Reported Outcome Measures, PROM*), was viel schwieriger zu messen ist.

Alle diese Qualitätskontrollsysteme wurden kritisiert: Nicht nur ist das Produkt – die Gesundheit – schwer zu definieren, auch die Messmethoden sind hinsichtlich ihrer Zuverlässigkeit, Gültigkeit und Relevanz fraglich. Die Resultate dieser Ansätze ist daher nicht sehr überzeugend

(Heath et al., 2009) und erfordern einen erheblichen Verwaltungsaufwand.

Lebensqualität lässt sich nicht durch Algorithmen berechnen. Es ist eine persönliche Angelegenheit, die für alle Patientinnen und Patienten individuell untersucht werden muss. In diesem Sinne ist sie weit entfernt von der Definition der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, die von der Internationalen Gesundheitskonferenz in New York angenommen und am 22. Juli 1946 von den Vertretern von 61 Staaten unterzeichnet wurde:³¹

«Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.»

Nach dieser Definition wären wir alle krank. Wir bevorzugen daher die Definition einer Expertengruppe aus dem Jahr 2009, wonach Gesundheit

«die Fähigkeit ist, sich anpassen und sich selbst managen (*to self-manage*) zu können» (Huber et al., 2011). Wir würden hinzufügen: «*auf physischer, psychischer und sozialer Ebene*».

Im Bericht des *Institute of Medicine* wird die patientenzentrierte Versorgung (PCC) als einer der entscheidenden Qualitätsaspekte im Gesundheitswesen definiert. Sie umfasst nicht nur die direkte Betreuung der Patientinnen und Patienten, sondern beinhaltet auch deren familiäres und soziales Umfeld, Prävention und Gesundheitsförderung (Santana et al., 2018). Die Hauptbestandteile sind ausserdem Kommunikation und Partnerschaft (Constand et al., 2014). Die derzeitige Leistungserstattung ist eines der Haupthindernisse für die Förderung von PCC, da sie eine optimale Beziehung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten in der von den Letzteren

erwarteten Qualität nicht garantieren kann. Stattdessen fordert sie Ärztinnen/Ärzte dazu auf, ihre Zeit, die sie mit den Patientinnen und Patienten verbringen, zu verkürzen, möglichst viele zu behandeln und zusätzliche, insbesondere technische Tests durchzuführen.

Die grosse Herausforderung besteht in der Verbesserung der Gesundheit der Patientinnen und Patienten, ohne die PROM-Bürokratie zu messen. Wenn wir Gesundheit als «die Fähigkeit zur Anpassung und zum Selbstmanagement» definieren (Huber et al., 2011), dann können wir mit der Frage «Können Sie sich besser anpassen und sich besser selbst managen?» die von den Patientinnen und Patienten wahrgenommene Qualität eines medizinischen Eingriffs messen.

Natürlich müssen auch Strukturen und Abläufe kontrolliert werden. Allerdings liegt dies unserer Meinung nach in der Pflicht der Verantwortlichen der Strukturen, sowohl in der Arztpraxis wie im Krankenhaus, die ja daran interessiert sein sollten, diese stetig zu verbessern.

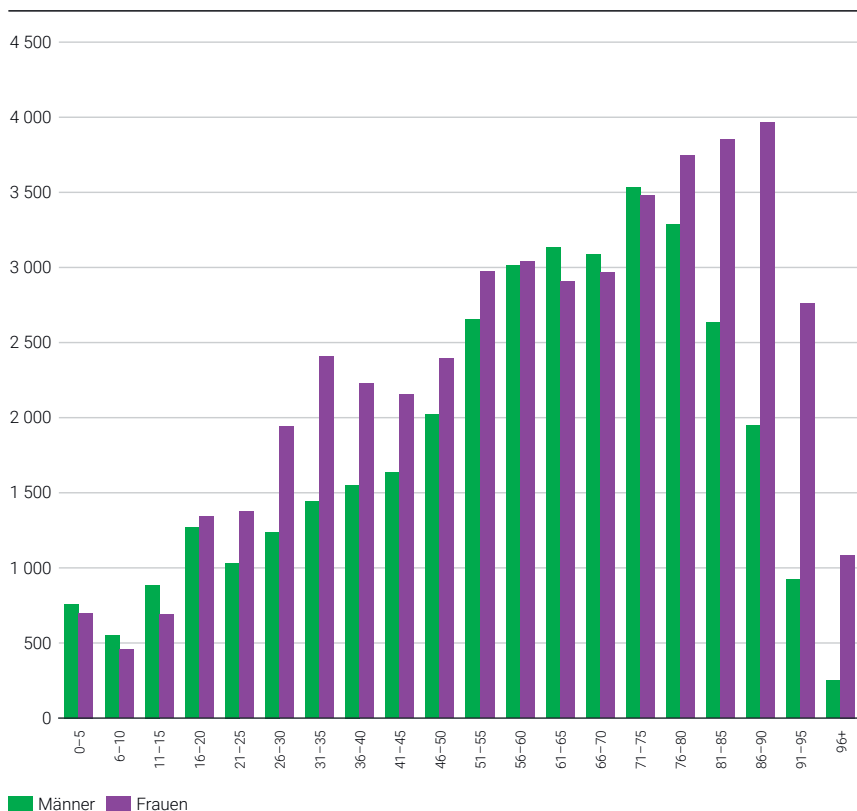
In unserer im sechsten und letzten Kapitel dieses Buches vorgestellten Vision der Reform des Schweizer Gesundheitssystems wird die individuell wahrgenommene Qualität der Versorgung durch Interviews mit zufällig ausgewählten Patientinnen und Patienten kontrolliert und die strukturelle und prozessuale Qualität der Institutionen um einen Jahresbericht der Verantwortlichen ergänzt.

5. Gesundheitskosten im Alter

Es ist eine Tatsache, dass die Gesundheitskosten mit zunehmendem Alter steigen, wie Statistiken zu den Kosten des Gesundheitssystems zeigen:³²

Gesundheitskosten nach Altersklasse und Geschlecht, 2020

In Millionen Franken



Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)

© BFS 2022

Diese Grafik zeigt die Kosten nach Alter und Geschlecht in Millionen Franken. Die Kosten steigen mit zunehmendem Alter stark, bei Männern bis zu 76–80 Jahre und bei Frauen etwa 10 Jahre später.

Diese Entwicklung legt nahe, dass die Verteilung dieser Ausgaben implizit auf einer Umverteilung zwischen Frauen und Männern sowie zwischen Jung und Alt beruht. Mit zunehmender Alterung der Bevölkerung werden diese Umverteilungsmechanismen noch schwieriger.

Die Behauptung, dass die Gesundheitskosten älterer Menschen die Solidarität zwischen den Generationen gefährdeten, spiegelt eine oft gehörte Befürchtung wider: Jüngere Generationen seien immer weniger bereit, Sozialversicherungen zu finanzieren, wobei Krankenversicherungen nur einen Faktor ausmachen. Es handelt sich um ein emotionales Argument, das insbesondere von politischen Kreisen verwendet wird, die der ökonomischen Logik im Gesundheitsbereich zum Durchbruch verhelfen wollen, indem sie nur Reformen befürworten, die sich ausschliesslich auf eine Kostensenkung konzentrieren. Diese Absicht nährt die weit verbreitete Angst, dass die Entwicklung des Schweizer Gesundheitssystems den «Generationenvertrag», einen der Grundpfeiler der Sozialversicherung, schwächen könnte. Stimmen wie die von Nora Wille und Yvonne Gilli (2021) gehen in diese Richtung:

«Im Rahmen der Corona-Krise wurde vielfach diskutiert, wie viel Gesundheit kosten und wie stark die jüngere Generation für die ältere Generation in die Pflicht genommen werden darf. In der Grundversicherung hat die Generationensolidarität eine lange Tradition.»³³

Nachfolgend verweisen wir auf die Forschungsarbeiten der Gesundheitskommission der Uni3 in Genf, an denen wir beteiligt waren. Dabei handelt es sich um die Studie

«Attentes de soins en fin de vie» (Erwartungen an die Pflege am Lebensende)³⁴ sowie jene mit dem Titel «Solidarité mise à l'épreuve» (Solidarität auf die Probe gestellt).³⁵

5.1. Erwartungen an die Pflege am Lebensende

Wenn bei einer älteren und gebrechlichen Person ein schweres medizinisches Ereignis auftritt, ist es manchmal schwierig zu entscheiden, welches Mass an Pflege sinnvoll ist. Neben den betroffenen Patientinnen und Patienten sind in diesem kritischen Moment auch verschiedene Personen aus dem Kreis der Familie und der Pflege beteiligt. Eine Übereinstimmung zwischen den Wünschen des älteren Menschen und den anderen Beteiligten ist jedoch nicht gewährleistet. Darüber hinaus könnten wirtschaftliche Argumente diese Entscheidungen beeinflussen.

Die Studie «Solidarität auf dem Prüfstand» zeigt, wie Massnahmen zur Kostensenkung von den verschiedenen Akteuren im Schweizer Gesundheitssystem wahrgenommen werden und wie sie die Befragten, also diejenigen, die davon profitieren, sowie diejenigen, die sich geschädigt fühlen, erfassen. Dieser Aspekt erscheint uns wichtig, um die gesellschaftliche Akzeptanz von Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten zu verbessern. Wir gehen daher im Folgenden ausführlicher darauf ein und kommentieren die Ergebnisse der Befragung zu folgenden Aussagen:

- **Die Senkung der Gesundheitskosten liegt im Interesse der Patientinnen und Patienten.**

Diese Aussage taucht häufig in politischen Debatten auf, die darauf abzielen, die Gesundheitskosten, wenn auch nur wenig, zu senken. Es stellt sich die Schwierigkeit, den Anteil der Gesundheitskosten klar zu erfassen, die tatsächlich von den Patientinnen und Patienten getragen

werden, die gleichzeitig Bürgerinnen, Steuerzahler, Versicherungsnehmerinnen, Investoren und Konsumentinnen medizinischer Leistungen sind und die auch ausserhalb von Gesundheitseinrichtungen im engeren Sinne erbracht werden.

Da diese Aussage nicht auf einer eingehenden Untersuchung der Kostenverteilung beruht, kann sie lediglich als subjektives Argument verstanden werden, das versucht, die Öffentlichkeit zu überzeugen, Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten zu unterstützen. Die Expertenbefragung zeigt jedoch, dass dieses Argument auf eine gewisse Skepsis stösst, die sich in zahlreichen unentschlossenen Antworten äussert. Die Mehrheit der Befragten reagierte jedoch deutlich negativ.

Betrachtet man diese Aussage nur unter dem Gesichtspunkt der von den Patientinnen und Patienten zu tragenden Kosten während der Behandlung, ist diese negative Reaktion kaum verwunderlich, da die tatsächlich von ihnen zu tragenden Kosten durch einen gesetzlichen Höchstbetrag begrenzt sind und die Kostendeckung durch die Krankenversicherung sie nur durch die Höhe der zu zahlenden Prämien belastet.

- **Die Senkung der Gesundheitskosten liegt im Interesse des Gesundheitsbetriebs (Spital, Pflegeheim oder andere).**

Wenn wir von der individuellen zur institutionellen Ebene übergehen, die meist mit einer analytischen Buchhaltung ausgestattet ist, die Kosten jeder erbrachten medizinischen Dienstleistung quantifizieren kann, erwarten wir klare Antworten. Allerdings repräsentieren nicht alle befragten Personen diese Institutionen offiziell. Da ihre beruflichen Fähigkeiten oft nur auf ihr Tätigkeitsfeld anwendbar sind, können sie sich nicht immer global verorten, was die relative Unentschlossenheit ihrer Antworten erklärt.

Wir glauben, dass diese Unentschlossenheit auch durch die Formulierung der Aussage erklärt wird, dass die Kostensenkung im Interesse eines Krankenhauses, eines Pflegeheimes oder anderer Einrichtungen sei, so sehr sind die Situationen unterschiedlich.

- **Die Kostensenkung liegt im Interesse der Krankenversicherung.**

Diese Aussage basiert auf einer externen Sichtweise von Patientinnen/Patienten und Gesundheitsbetrieben. Sie bezieht sich implizit auf die Finanzierung und den Betrieb der Krankenversicherungen, die einerseits in obligatorische und private Krankenversicherungen unterteilt sind und andererseits auf der Höhe der Zuschüsse, Prämienbefreiungen und differenzierter Franchisen sowie auf Reserven beruhen, die sich auf die Kostendeckung und auf den Risikograd des Versicherten beziehen.

Trotz dieser vielfältigen Facetten der Krankenversicherung sind die Reaktionen überwiegend positiv, was den Schluss nahelegt, dass vor allem die Versicherungsunternehmen (und ihre parlamentarischen Vertreter) eine Reform des Schweizer Gesundheitssystems hauptsächlich allein unter dem Gesichtspunkt der Kosten unterstützen.

- **Die Kostensenkung liegt im Interesse der Ärztinnen und Ärzte.**

Durch die Aufnahme dieser Aussage in unseren Fragebogen wollten wir wissen, ob die Bindung zwischen den Patientinnen/Patienten und ihren Ärztinnen/Ärzten aufgrund von Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten schwächer wird. Dies ist eindeutig nicht der Fall, da die Mehrheit der Antworten negativ ausfällt.

- **Die Kostensenkung liegt im Interesse der Steuerzahlenden.**

Da alle Gesundheitskosten finanziert werden müssen, wird häufig von Steuerzahlenden verlangt, einen Beitrag zu leisten. Die Idee des Bürgerstaates ist in der Funktionsweise des Gesundheitssektors allgegenwärtig, wobei dieser auf vielfältige Weise finanziert wird, häufig durch Subventionen und indirekte Finanzströme. Der «Staat» ist keine kompakte Einheit, sondern eine Organisation, deren Komplexität nicht nur auf dem Föderalismus basiert, sondern auch von zahlreichen gemischten privat-öffentlichen Rechtsformen herrührt.

Wir stellen fest, dass sich die Befragten dieser Probleme durchaus bewusst sind, da die Mehrheit der Aussage zustimmt, dass die Senkung der Gesundheitskosten im Interesse der Steuerzahlenden liege.

- **Kann eine Stärkung des Dreiecksverhältnisses – Ärztinnen/Ärzte, Patientinnen/Patienten, Versicherungen – zu Einsparungen führen?**

Mit dieser Frage verweisen wir auf unsere Diskussion im ersten Kapitel über die Vor- und Nachteile des Marktes und des Service Public. Wir haben insbesondere gezeigt, dass dieser Vergleich zwar auf konzeptioneller Ebene nützlich ist, aber binär nur bedingt auf Dreiecksbeziehungen zwischen Ärztinnen/Ärzten, Patientinnen/Patienten und Versicherungen anwendbar ist.

Dass im Gesundheitswesen eine verstärkte Zusammenarbeit möglicherweise zu geringeren Kosten führt, ist eine Vermutung, die in einer solchen Dreiecksbeziehung schwierig zu beweisen ist, ohne den tatsächlichen Beitrag der Beteiligten zu kennen. Unsere Frage zielte daher darauf ab, die Wahrnehmung der Befragten zu potenziellen Einsparungen zu erfassen, die durch eine Stärkung der

Zusammenarbeit erzielt werden könnten. Die Antworten waren eindeutig: Eine grosse Mehrheit der Befragten war klar der Meinung, dass eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten Kosten senken würde.

- **Kann eine engere Beziehung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten helfen, Geld zu sparen?**

Die Antworten auf diese Frage sind eindeutig positiv. Der Konsens könnte darauf hindeuten, dass diese Beziehung nach wie vor stark gewichtet wird und deshalb im Mittelpunkt eines jeden Ansatzes zur Senkung der Gesundheitskosten stehen sollte. Anstatt diese Verbindung zu schwächen, insbesondere durch den massiven Einsatz von Expertinnen und Experten, die oft über sehr geringe Fachkenntnisse verfügen, wäre es ratsam, sie zu stärken.

- **Kann eine engere Beziehung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Krankenversicherung helfen, Geld zu sparen?**

Kosten durch eine verstärkte Beziehung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Krankenkasse zu senken, stösst auf eine gewisse Skepsis. Die Gesellschaft scheint sehr gespalten, und in den Antworten werden unterschiedliche Meinungen geäussert. Einen Konsens zu dieser Frage herzustellen ist schwer.

Die Verteilung der Kosten spiegelt anscheinend tatsächlich die Interessen der verschiedenen Akteure im Schweizer Gesundheitssystem wider. Darüber hinaus wäre es wichtig, sich nach den wirklichen Wünschen älterer Menschen zu erkundigen, sobald ein Krankenhausaufenthalt oder eine weitgehende Behandlung erforderlich ist. Die Angst vor unnötigen Massnahmen zur Lebensverlängerung ist allgegenwärtig. Die Tatsache, dass immer mehr

Menschen Mitglieder von Exit werden, zeugt von dieser Angst. Das Leben um jeden Preis zu verlängern, ist nicht der Wunsch unserer Älteren.

Schliesslich scheinen ältere Menschen zu erkennen, dass die Solidarität zwischen Jung und Alt in Zukunft ein Problem sein könnte, und sind bereit, darüber zu diskutieren oder sich sogar an der Senkung der Gesundheitskosten zu beteiligen. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie der Lebensqualität und damit der Behandlungsqualität sollte niemals ohne ein individuelles Gespräch mit dem Betroffenen erfolgen. Vor Beginn der Pflege eines älteren Menschen ist ein Gespräch im Sinne einer patientenorientierten Medizin und der strikten Einhaltung der Patientenverfügung unerlässlich.

Die Studie «Erwartungen an die Pflege am Lebensende» versuchte, diese Frage zu beantworten: Sind die Meinungen der betroffenen älteren Patientinnen und Patienten, ihrer Familien und ihrer Betreuer konsistent? Es handelte sich um eine qualitative Studie mit strukturierten Interviews mit Insassen eines Alters- und Pflegeheims sowie ihren Vertrauenspersonen, ihrem Pflegepersonal und ihren Ärztinnen/Ärzten. Insgesamt führten wir 48 Interviews durch. Die befragten Personen wurden mit drei hypothetischen Szenarien konfrontiert, die sich beim Eintreten eines schwerwiegenden Ereignisses – wie einer akuten Lungenentzündung – ergeben: 1. in ihrem jetzigen Zustand, 2. wenn sie bettlägerig und 3. dement wären. Für jedes Szenario konzentrierte sich die Frage auf den Ort der Pflege (Altersheim vs. Krankenhaus) sowie auf das Ausmass der Pflege (maximal vs. palliativ).

Obwohl diese Studie sicher nicht repräsentativ ist, zeigt sie doch sehr grosse Diskrepanzen zwischen den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner und jenen ihres sozialen und medizinischen Umfelds hinsichtlich Ort und Intensität der Versorgung. Die Insassen ziehen es eindeutig vor,

im Altersheim zu bleiben und wünschen sich eine minimale Pflege. Häufig wird der Ausdruck «lebensverlängernde Massnahmen» (*acharnement thérapeutique*) verwendet. Ihre Angehörigen, das Pflegepersonal und die Ärztinnen/Ärzte hingegen bevorzugen oft einen Krankenhausaufenthalt, der mit einer aufwendigeren Pflege verbunden ist. Die Hauptgründe für die Diskrepanzen liegen in der negativen Wahrnehmung des Krankenhauses als Ort der Pflege im Alter seitens der Bewohnerinnen und Bewohner sowie in der Beurteilung des Gesundheitszustands und insbesondere der Lebensqualität. Letztere wird insbesondere von Ärztinnen/Ärzten als zu positiv beschrieben. Die Befürchtung, dass wirtschaftliche Aspekte bei Entscheidungen von Angehörigen oder Ärztinnen/Ärzten eine Rolle spielen könnten, hat sich jedoch nicht bestätigt.

5.2. Solidarität auf dem Prüfstand

Ziel der Studie «Solidarität auf dem Prüfstand» war es, die Meinungen von Expertinnen/Experten und direkt Beteiligten über den Zusammenhang zwischen Wirtschaft und Gesundheit einzuholen. Ein Fragebogen wurde an rund zehn renommierte Ökonomen, Gesundheitspolitikerinnen, Finanzdirektoren medizinischer Unternehmen sowie Gesundheitsdienstleister (Geriatern, Pflegepersonen und Apothekerinnen) und Bewohner von Altersheimen verschickt. Die gewählte Methodik lässt einen Interpretationsspielraum zu, der zur Vorsicht mahnt und voreilige und endgültige Schlussfolgerungen vermeidet.³⁶ Es ist jedoch davon auszugehen, dass ein Teil der auf das hohe Alter zurückzuführenden Kosten nicht auf die älteren Menschen selbst, sondern zumindest teilweise auch auf das Verhalten der Anbieter und ihres Umfelds zurückzuführen ist. Im Übrigen wurde gezeigt, dass für die Zunahme der Gesundheitskosten in den letzten Jahren die Alterung der

Gesellschaft nur zu einem kleinen Teil verantwortlich ist (Stucki et al, 2023).

Der Fragebogen umfasste vier Themen: Zusammenhänge zwischen Wirtschaft und Gesundheit, Kostensenkungsmassnahmen, Schätzung der Kosten einer Lungenentzündung und individuelle Interpretationen der Lebensqualität. Da wir uns im vorherigen Kapitel mit dem letzteren Thema befasst haben, konzentrieren wir uns hier auf die ersten drei:

- **Zusammenhänge zwischen Wirtschaft und Gesundheit**

Wie bereits im ersten Kapitel dieses Buches gezeigt, ist der Zusammenhang zwischen Wirtschaft und Gesundheit eine Quelle zahlreicher Konflikte zwischen den verschiedenen Akteuren im Schweizer Gesundheitssystem. Die Studie «Solidarität auf dem Prüfstand» scheint dies zu bestätigen und zeigt gleichzeitig, dass ein Konsens darüber besteht, dass medizinische Kriterien immer Vorrang vor ökonomischer Logik haben sollten. Ökonomische Aspekte würden im Gesundheitsbereich eine zu grosse Rolle spielen, meint die Mehrheit der Befragten, die auch befürchtet, dass bestimmte Leistungen künftig rationiert werden. Laut dieser Umfrage würden in politischen und öffentlichen Diskussionen nicht ausreichend Fakten berücksichtigt. Beispielsweise würde die Bedeutung der Personalkosten unterschätzt, sowohl in Krankenhäusern als auch im ambulanten Bereich, was auch die Pandemie deutlich gezeigt hat.

- **Massnahmen zur Kostensenkung**

Über die Wirksamkeit dieser Massnahmen gehen die Meinungen weit auseinander. Gesprächspartner sollten in erster Linie Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte sein

und nicht Krankenkassen. Folgende Massnahmen werden im Fragebogen diskutiert:

- Eine Abtretung von Pflegeleistungen ist nur im Rahmen der Alters- und Pflegeheime und im ambulanten Bereich zulässig, wird jedoch für das Spital abgelehnt.
- Die Kürzung der Ärztegehälter wird nicht als gute Möglichkeit zur Kostensenkung betrachtet.
- Kost und Logis könnten im Spital rationalisiert werden, ebenso im Altersheim, ohne die Qualität der Mahlzeiten zu beeinträchtigen.
- Bei den Kriterien für einen Krankenhausaufenthalt wäre nicht das Alter ausschlaggebend, sondern die Schwere der Erkrankung, das Umfeld der Patientinnen und Patienten sowie die Lebensqualität.

• **Kostenschätzung für die Behandlung einer Lungenentzündung**

Diese Einschätzung war oft sehr weit von der Realität entfernt, sowohl bei Aufenthalten im Krankenhaus als auch im Pflegeheim. Auch die Bedeutung der Personalkosten im Krankenhaus und im ambulanten Bereich wird von allen Befragten massiv unterschätzt. Dies zeigt einmal mehr, dass politische und öffentliche Diskussionen nicht ausreichend auf Fakten beruhen, und unterstreicht die Bedeutung eines Dialogs zwischen den verschiedenen Akteuren des Schweizer Gesundheitssystems, der durch Sachkenntnis und nicht durch Unternehmensinteressen motiviert sein sollte.

Diese drei Themen verdeutlichen auf ihre Weise, dass jedes Reformvorhaben von einer Mehrheit angenommen werden muss, die sich im politischen Prozess, der zahlreiche Interessenkonflikte verhandelt, nur langsam herausbildet.

5.3. Kostensenkung und Interessengruppen

Um eine Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger davon zu überzeugen, dass die Senkung der Gesundheitssystemkosten im Interesse aller liegt, muss die Politik einen Ausgleich zwischen gesellschaftlichen Gruppen mit unterschiedlichen Interessen finden. Diese Kostensenkung erfolgt selten linear. In den meisten Fällen verändert sie die Chargenverteilung ungleichmässig. Einige profitieren davon mehr als andere, weshalb die Suche nach einem Kompromiss zwischen beiden für den Erfolg einer Reform unerlässlich ist.

6. Eine neue Vision der Reform

Die folgenden Erkenntnisse aus den vorherigen Kapiteln haben uns bei der Formulierung unseres Reformvorhabens geholfen:

- Erstens sind wir überzeugt, dass wir vor allem ein besseres Verständnis wirtschaftlicher Zusammenhänge fördern müssen, die oft oberflächlich zusammenfassend und missbräuchlich verwendet werden. Eine gut konzipierte Reform sollte nicht einfach eine höhere Effizienz fordern, die ausschliesslich an in der Buchhaltung ausgewiesenen Kosten gemessen wird. Vorrangig muss sie sich explizit auf medizinische Kriterien beziehen und aufzeigen, wie sie mit ökonomischen Kriterien intelligent vereinbar sind, was für Versorgungsnetzwerke spricht.
- Zweitens sind wir von einer Kopfpauschale für die Finanzierung der medizinischen Kosten überzeugt, was ebenfalls für die Einführung von Gesundheitsnetzwerken spricht.
- Drittens hat sich bestätigt, was die vorherrschende Denkrichtung der Wirtschaftswissenschaften perfekt analysiert: Eine enge Bindung zwischen wirtschaftlicher Effizienz und sozialer Gerechtigkeit ist ein inhärentes Merkmal eines gut funktionierenden Marktes.³⁷ Dies veranlasste uns, die Abschaffung der Franchise und der Beteiligung an den Behandlungskosten vorzuschlagen.
- Viertens zeigte sich, dass Lebensqualität ein sehr subjektiver Begriff ist und sich aus individuellen ethischen Entscheidungen ergibt. Dies überzeugte uns, besonderes Augenmerk auf eine patientenorientierte Qualitätskontrolle zu legen.

- Schliesslich beziehen wir uns auf eine umfassende Umfrage zur öffentlichen Wahrnehmung des Zusammenhangs zwischen Wirtschaft und Gesundheit, sowie besonders zu den steigenden Kosten des Schweizer Gesundheitssystems, von denen oft vermutet wird, dass ältere Menschen eine der Hauptursachen dafür sind. Diese Umfrage plädiert für mehr Transparenz bei der Kostenverteilung und fordert mehr sachliche Bezüge in den politischen Debatten rund um die verschiedenen Reformvorhaben.

Zusammenfassend sind die Schlüsselbegriffe unserer Reformvision:

Die Patientinnen und Patienten ins Zentrum stellen, Finanzierung mit Kopfprämie, keine Kostenbeteiligung, Qualitätskontrolle sowie Kostensenkung durch deutliche Vereinfachung der Verwaltung, Förderung von Versicherungsgenossenschaften im Interesse der Versicherten.

6.1. Die Patientinnen und Patienten ins Zentrum des Gesundheitssystems stellen

Die Idee, das Gesundheitssystem an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten auszurichten, ist nicht neu. Dabei geht es nicht darum, die Versorgung zu reformieren, indem man den Interessen des einen oder anderen Akteurs folgt, sondern sie auf Patientinnen und Patienten auszurichten (patientenzentrierte Pflege; Constand et al., 2014) oder noch besser auf die Person, denn es handelt sich auch um eine Prävention gesunder Menschen (*Person Centered Care: PCC*; Santana et al., 2018). In den Vereinigten Staaten gibt es Organisationen wie das *Patient Centered Medical Home* (PCMH) (Rosenthal, 2008) oder *Accountable Care Organizations* (ACO) (Price et al., 2014),

die am ehesten dem PCC entsprechen. Diese Gesundheitssysteme sind personenzentriert, ziehen aber auch die Familie und die Umwelt mit ein. Sie legen Wert auf die Kommunikation, die den Austausch der Information erlaubt und die Handelsfähigkeit der Patientinnen und Patienten verbessert (*Empowerment*), auf die Sensibilität für deren Bedürfnisse sowie auf Partnerschaft. Sie fördern interprofessionelle Zusammenarbeit und dienen der Gesundheitsförderung (*Case Management*, Notfallbehandlungen mit ausdrücklicher Zustimmung der Hausärztinnen und -ärzte).

Wie können wir uns eine solche Organisation oder ein solches Netzwerk vorstellen, das gut durch das Bild eines «Medical Home» symbolisiert wird?

Das *Medical Home* ist ein Konzept, das eine umfassende Betreuung anstrebt. Es kann virtuell in Netzwerken auf der Basis von Computerplattformen organisiert oder an einem einzigen Ort gruppiert sein. Wer sich krank fühlt, geht dorthin und findet seinen Hausarzt bzw. seine Hausärztin. Im einfachsten Fall – z.B. bei einer Knöchelverstauchung – diagnostiziert der Arzt die Erkrankung, verschreibt eine Behandlung und entlässt den Patienten, die Patientin. In den meisten Fällen sind die Probleme jedoch komplizierter, besonders bei chronischen Erkrankungen oder Polymorbidität.

Das *Medical Home* ermöglicht, die Nachsorge mithilfe von Pflegekräften zu organisieren, Anweisungen zur Prävention und Therapie zu geben, Fachärztinnen und -ärzte zuzuziehen, Patientinnen und Patienten ins Krankenhaus zu schicken und die häusliche Pflege vorzubereiten oder bei Bedarf soziale Unterstützung zu organisieren. Dank interprofessioneller Zusammenarbeit begleiten die Hausärztinnen/-ärzte die Patientinnen und Patienten während der gesamten Krankheit. Im Falle einer Abwesenheit werden sie von Kolleginnen und Kollegen vertreten. Ihre Rolle

ist daher für das Funktionieren des *Medical Home* von entscheidender Bedeutung. Hausärztinnen und -ärzte müssen nicht nur gut ausgebildet und professionell sein, sondern auch über die Fähigkeit verfügen zu kommunizieren, zusammenzuarbeiten, zu leiten, zu koordinieren und die Gesundheit zu fördern. Die Bearbeitung von konkreten Fällen und eine effiziente Nutzung von Ressourcen sind dafür wichtige Eigenschaften. Wichtige Prinzipien sind die Zusammenarbeit und Koordination der verschiedenen Mitarbeitenden des *Medical Home* gemässe ihren Kompetenzen sowie die Vernetzung mit Spital und Spitex.

6.2. Finanzierung des *Medical Home*

Die Finanzierung des *Medical Home* basiert auf zwei Systemen: die Genossenschaftsversicherung und die Kopfpauschale. Der Status einer Genossenschaft basiert auf dem Prinzip der Selbstverwaltung. Sie verfolgt im Interesse ihrer Mitglieder den gemeinnützigen Zweck, durch die Zahlung eines Beitrags vorausschauend, solidarisch und gegenseitig Hilfe zu leisten. Die Beiträge werden von den im *Medical Home* behandelten Personen entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit und entsprechend ihrem Einkommen erhoben. Ein staatlicher Beitrag ist für Massnahmen möglich, die staatliche Institutionen (z.B. Spitäler, Sozialdienste und Ähnliches) betreffen.

Die Aktivitäten des *Medical Home* werden nicht pro geleistetem Akt vergütet, um unnötige Eingriffe nur wegen finanziellem Gewinn zu vermeiden. Die Bezahlung erfolgt pro Kopf (*Capitation*), das heisst entsprechend der Anzahl der dort behandelten Personen. Die Kopfpauschale gilt für Ärztinnen/Ärzte oder Pflegekräfte wie auch für alle anderen Beteiligten. Auf diese Weise «erkauft» die Genossenschaftsversicherung fachärztliche Konsultationen bei Spezialistinnen/Spezialisten, Krankenhaustage und andere

Gesundheitsdienste wie Spitex, immer entsprechend der Anzahl der im «Medical Home» behandelten Patientinnen und Patienten sowie entsprechend ihrer Bedürfnisse (Alter, Geschlecht). Eingeschlossen sind auch einige soziale Aktionen, die sich auf die Gesundheit beziehen, da soziale Faktoren für die Gesundheit oft eine wichtigere Rolle spielen als biologische.

Sobald der Beitrag bezahlt ist, ist der Zugang zu allen Diensten kostenlos. Der derzeit mehr oder weniger hohe Kostenbeitrag wird dadurch vereinheitlicht und in den Beitrag einbezogen. Wenn Patientinnen und Patienten ausserhalb des *Medical Home* behandelt werden, sind sie nicht von der Genossenschaftsrankenversicherung gedeckt. Das *Medical Home* bietet somit alle Aspekte der Patientenversorgung, nicht nur zusätzliche Untersuchungen wie Labor und Radiologie, sondern auch Apotheke, Zugang zu Fachärztinnen und -ärzten, häusliche Pflege und Krankenhauspflege. Das *Medical Home* kümmert sich auch um Notfälle (bis 22 Uhr).

6.3. Qualitätskontrolle

Um Befürchtungen zu zerstreuen, dass ein *Medical Home* so viele Patientinnen/Patienten wie möglich in kurzer Zeit und ohne die nötige Sorgfalt behandeln könnte, sind strenge Qualitätskontrollen unabdingbar. Dazu gibt es verschiedene Vorschläge. Externe und interne Auditverfahren kontrollieren heute schon die Finanzströme der Spitäler. Diese genügen jedoch nicht. Zusätzlich schlagen wir zwei Systeme zur Qualitätssicherung vor, extern wie intern:

- Extern sind von der Genossenschaft abgewinkelte Finanzströme von einer unabhängigen, aber gegenüber dem Staat verantwortlichen Institution zu kontrollieren (z.B. wie die FINMA in der Schweiz).

Patientenorganisationen sollten dort vertreten sein. Eine solche «Gesundheits-FINMA» soll zudem unabhängig von den Leistungserbringern und dem Bundesamt für Gesundheit die Qualität medizinischer Behandlungen überwachen.

Für die Kontrolle der Pflegequalität sind innovative Methoden notwendig: Die Herausforderung wird darin bestehen, durch personalisierte Interviews die Verbesserung des Gesundheitszustands von Patientinnen und Patienten im Hinblick auf ihre Fähigkeit zur Selbstverwaltung und Anpassung an ihren Kontext zu messen (Huber et al., 2012). Selbstverständlich sind die Instrumente der Qualitätskontrolle in der Hauspflege anders als beispielsweise jene der Spitäler. Diese Aspekte wurden ausführlich in Kapitel 5.3 diskutiert.

- Intern sollte eine entsprechende Instanz zur Überwachung der Qualität der Pflege eingerichtet werden. Die Qualitätskontrolle der Abläufe innerhalb des *Medical Homes* sollte auf der Verantwortung der Anbieter durch Qualitätszirkel basieren, entsprechend ihrem beruflichen Verhalten und ihrer Ethik und unter Einbeziehung des aktuellen Wissensstands («evidenzbasierte Medizin»). Ein jährlicher Bericht an die für die Qualitätskontrolle zuständige externe Stelle würde diese Aktivität belegen.

6.4. Beispiele für solche Organisationen des Gesundheitssystems

Auf internationaler Ebene bewegen sich einige Gesundheitssysteme in Richtung einer patientenzentrierten Versorgung. In England bietet der National Health Service (NHS) allen Menschen Zugang zu kostenloser Gesundheitsversorgung. Er führte Richtlinien und Qualitätskontrollsysteme ein. Insgesamt wird der NHS trotz teilweise

sehr langer Wartezeiten von der Bevölkerung geschätzt. Das Problem besteht darin, dass es mit allen im ersten Kapitel beschriebenen Nachteilen der staatlich organisierten Gesundheitsversorgung behaftet und daher auf rein staatliche Ressourcen angewiesen ist, die je nach den aktuellen politischen Trends variieren können. Ein ähnliches System gibt es in Australien. In den Vereinigten Staaten haben es Unternehmen wie *Kayser Permanente* ermöglicht, Pflege zu angemessenen Kosten anzubieten.

In der Schweiz sind Institutionen wie die Cité Générations – Maison de Santé in Onex (GE) (<https://www.cite-generations.ch>), das Medix-Netzwerk (<https://www.medix.ch/>), das Centre da sandà Engadiana bassa (GR) (<https://cseb.ch>), Salutoméd in Zollikofen (<https://www.salutoméd.ch/>), die Gesundheitspunkt AG, Oberägeri (<https://gesundheitspunkt.ch>)³⁸ oder das Réseau de l'Arc (im Berner Jura vorgesehen, <https://reseaudelarc.net>) Beispiele für unsere Vorschläge. Diese Organisationen haben dazu beigetragen, Kosten zu senken, obwohl keine sämtliche Anforderungen erfüllt, wie etwa die Genossenschaftskasse, eine Kopfpauschale für alle Beteiligten (inklusive Spezialistinnen und Spezialisten, Spital und Spitex) oder die Unabhängigkeit von rein staatlichen Kontrollen.

6.5. Die Reform erfolgreich durchführen

Unser Vorschlag basiert auf fünf Grundsätzen: Gegenseitigkeit der Finanzierung mit Beiträgen entsprechend dem Einkommen, Gesundheitsversorgung mittels dem *Medical Home*, Vergütung aller Leistungserbringer entsprechend der Kopfpauschale, freier Zugang zur Gesundheitsversorgung und ein Kontrollsystem, das intern auf Verantwortung und extern entsprechend den Ergebnissen der Gesundheitsverbesserung basiert. Schliesslich sollen die Ziele mit möglichst wenig Bürokratie erreicht werden.

• Gegenseitige Finanzierung

Gemäss dem Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz (KVAG) müssen Versicherer mehrere Voraussetzungen erfüllen (Art. 5), insbesondere «die Rechtsform der Aktiengesellschaft, der Genossenschaft, des Vereins oder der Stiftung aufweisen» (Art. 5a) und «die soziale Krankenversicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit durchführen und die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleisten» (Art. 5f).

Zugelassene Krankenversicherer³⁹ haben diese unterschiedlichen Rechtsformen. Es handelt sich jedoch überwiegend um Aktiengesellschaften, deren Hauptziel besteht, Gewinne zu erwirtschaften und diese an ihre Aktionäre auszuschütten. Es besteht daher im KVAG ein gewisser Widerspruch zwischen seinen Artikeln 5a und 5f.

Ein einkommensabhängiger Beitrag wurde von zwei Initiativen vorgeschlagen, von Parlament und Bevölkerung jedoch abgelehnt. Die Schweiz ist das einzige Land in Europa, das dieses System nicht eingeführt hat, was bedeutet, dass der Staat Menschen mit geringem Einkommen bei der Zahlung von Beiträgen unterstützen muss. Die Einführung eines solchen Systems wäre jedoch ideal und würde Verwaltungskosten einsparen, ist aber für die Realisierung unserer Vorschläge nicht zwingend.

• Medical Home

Die Einführung eines *Medical Homes* ist kostenwirksam. Im Gegenzug wird die freie Wahl der Ärztinnen/Ärzte beschränkt, was im KUG durchaus vorgesehen ist (Art. 62). Diese Einschränkung ist aber nicht total, da im *Medical Home* mehrere Hausärztinnen und -ärzte praktizieren. Obwohl die obligatorische *Managed Care* vom Schweizer Volk 2011 abgelehnt wurde, haben sich in der Zwischenzeit über 2/3 der Bevölkerung für ein solches

System entschieden. Eine unbeschränkte freie Wahl der Leistungserbringer könnte durch eine zusätzliche private Versicherung gedeckt werden, wie sie heute schon für eine freie Spitalwahl besteht.

- **Kopfpauschale**

Die Einführung einer Kopfpauschale für alle Tätigkeiten ist ein wesentlicher Punkt unserer Reform. Dabei werden nicht nur alle Pflegekräfte einbezogen, wie dies bereits in einigen HMOs in der Schweiz der Fall ist, sondern auch Spezialistinnen und Spezialisten, Krankenhausaufenthalte, Spitex sowie bestimmte soziale Massnahmen, die den Gesundheitszustand verbessern können. Die Kopfpauschale verringert wesentlich die Bürokratie, da detaillierte Rechnungen – TARMED im ambulanten Bereich, DRG für Spitäler – nicht mehr notwendig sind. Darüber hinaus werden Handlungen vermieden, die ausschliesslich dem finanziellen Gewinn dienen. Eine pauschale Abrechnung ist in Art. 43c des KUVG für alle Dienstleister vorgesehen, wurde jedoch nie umfassend angewendet, vor allem nicht für Spezialistinnen und Spezialisten und Spitäler.

- **Freier Zugang zur Pflege**

In der Schweiz ist die Kostenbeteiligung die höchste in Europa. Sie setzt sich zusammen aus der Franchise (300 bis 2500 CHF) und dem Selbstbehalt von 10% bis 700 CHF für alle Leistungen. Das Ergebnis ist, dass derzeit über ein Fünftel der Bevölkerung aus Kostengründen auf Behandlungen verzichtet (OBSTAN 2023)⁴⁰, und oft sind es gerade diejenigen, die es am meisten bräuchten (Wolff et al., 2011, OBSTAN 2023). Unter unseren Parlamentarierinnen und Parlamentariern besteht die Tendenz, die Franchise weiter zu erhöhen. Dies steht im Widerspruch zu jüngsten wissenschaftlichen Erkenntnissen, die zeigen, dass der kostenlose Zugang zur Gesundheitsversorgung zwar die Anzahl der

Konsultationen erhöht, aber die Krankenhauseinweisungen und damit die Gesamtkosten verringert. Wir haben diesen Aspekt in Kapitel 3 ausführlich besprochen.

• **Qualitätskontrolle**

Qualitätskontrolle ist in jedem Gesundheitssystem von wesentlicher Bedeutung. Sie sollte zwei Bereiche abdecken: die Kontrolle der Finanzströme und die Kontrolle der Aktivitäten der Dienstleister. Derzeit liegt die Kontrolle der Krankenkassen beim BAG. Wir glauben, dass der Staat das Gesundheitssystem nicht selbst kontrollieren, sondern die Kontrolle an eine Kommission delegieren sollte, nach dem Vorbild der FINMA – d.h. an eine unabhängige Organisation, die jedoch dem Staat gegenüber verantwortlich ist. Die Qualitätskontrolle der Dienstleister würde in gleicher Weise durch eine unabhängige Kommission organisiert. Derzeit wird ein Gesetz vorbereitet, das in diese Richtung geht⁴¹ und die Kontrolle wie oben beschrieben organisiert.

• **Bürokratieabbau**

Das derzeitige Funktionieren des Schweizer Gesundheitssystems erfordert vom medizinischen Personal einen so hohen Verwaltungsaufwand, dass die Gefahr besteht, dass dieser die für die Patientinnen und Patienten aufgewendete Zeit überschreitet. Dies hat zum Burnout vieler Ärztinnen und Ärzte (Kursner et al., 2011) und zur beruflichen Aufgabe von fast der Hälfte der Pflegekräfte beigetragen.⁴² Unser Reformprojekt reduziert die Bürokratie erheblich, da die Rechnungsstellung und Qualitätskontrolle nur einen minimalen Verwaltungsaufwand erfordern.

Fazit: eine Reform, bei der Patientinnen und Patienten im Zentrum stehen

Gesundheit ist und bleibt ein Gemeingut. Eine Reform unseres Gesundheitssystems ist jedoch dringend notwendig, da die Kosten für einen Teil der Bevölkerung unerträglich geworden sind. Aktuelle Reformvorschläge der verschiedenen Interessengruppen konzentrieren sich hauptsächlich auf wirtschaftliche Aspekte und nicht auf die Interessen der Patientinnen und Patienten.

Generell weist das derzeitige System mehrere andere Mängel auf, die unser Reformvorschlag zu beheben versucht. Die Tabelle fasst die Hauptschwächen des Systems zusammen und zeigt, wie es verbessert werden könnte und wer die wichtigsten Kontrahenten sind.

Das Schweizer Gesundheitssystem: Was ist falsch, wie kann man es verbessern und welche Hindernisse müssen überwunden werden?

Was falsch ist	Möglichkeiten zur Verbesserung	Hindernisse
Notfallzentren überladen	<i>Medical Home</i> , das Notfälle bis 22 Uhr betreut	Leistungserbringer
Schlechte Koordination zwischen Leistungserbringern	<i>Medical Home</i> , das Zugang zu Spezialistinnen und Spezialisten und dem Spital reguliert	Spezialistinnen und Spezialisten
Ungenügende Transparenz und leistungsorientierte Abrechnung, die zu unnötigen Leistungen verlocken	Abrechnung durch Kopfpauschale für alle Leistungserbringer	Leistungserbringer

Was falsch ist	Möglichkeiten zur Verbesserung	Hindernisse
Bürokratische Abrechnungsprozeduren	Kopfpauschale für alle Leistungserbringer	Leistungserbringer
Qualitätskontrolle durch die Kassen	Unabhängige Qualitätskontrolle nach dem Vorbild der FINMA	Kassen
Kontrolle der Kassen durch das BAG	Unabhängige Kontrolle nach dem Vorbild der FINMA	Kassen, BAG
Preise der Medikamente	Evaluation durch Health Technology Assessment	Industrie, Parlament

Unsere Vorschläge zeichnen sich durch folgende Merkmale aus:

- Sie stellen die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt unserer Überlegungen, um ihre Pflege an ihre Bedürfnisse in allen Phasen ihres Lebens anzupassen. Das von Hausärztinnen/Hausärzten und ihren Mitarbeitenden geleitete *Medical Home* ermöglicht die Organisation aller Aspekte der Pflege.
- Die Finanzierung basiert auf Gegenseitigkeit. Alle Eingriffe, auch die von Fachärztinnen und -ärzten, Krankenhausaufenthalten und Spitex, werden durch eine Kopfpauschale bezahlt, die eine detaillierte Abrechnung überflüssig macht und unnötige Eingriffe reduziert.
- Nach Zahlung der Prämie ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung kostenlos – ohne dass sich die Gesamtkosten dadurch erhöhen werden.
- Die Kontrolle der Finanzströme und der Pflegequalität werden von nicht staatlichen, aber vom Staat beauftragten Überwachungskommissionen organisiert. Die Qualitätskontrolle orientiert sich intern an der Verantwortung der Akteure und extern am Ergebnis der Versorgung, d.h. der Verbesserung des indivi-

duellen Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten.

Unsere Vorschläge würden auch die Kosten senken. Die Betreuung der Patientinnen/Patienten wäre durch Hausärztinnen/-ärzte vereinheitlicht und organisiert. Kostenloser Zugang würde längerfristig dazu beitragen, die Kosten zu senken, indem sie eine bessere Prävention gewährleisten sowie Notfallbehandlungen und Spitalaufenthalte verringern. Durch die Kopfpauschale würden wiederum die Rechnungsverwaltung und unnötige medizinische Untersuchungen reduziert.

Unsere Vision für eine Reform ist also in einem anderen Sinne wirksam als der vom beständigen Bezug zur Wirtschaft suggerierte. Jener führte eher zur Entwicklung einer Managementkultur im Gesundheitswesen als zu einem spürbaren Leistungsgewinn im ökonomischen Sinne. Die positiven Auswirkungen von Rationalisierungs- und Kostensenkungsmassnahmen müssen gegen die steigenden Kosten der Bürokratie abgewogen werden.

Schliesslich widersetzt sich unsere Vision der Theorie, wonach Gesundheit immer mehr als eine Ware zu ihrem Preis und Linderung von Leiden als blosses ökonomisches Kalkül betrachtet wird. Zum Glück sind wir noch nicht so weit. Die Medizin hat ihre eigene Besonderheit und schreitet dank Innovationen nicht nur in den technischen und naturwissenschaftlichen Bereichen, sondern auch in den Human- und Sozialwissenschaften voran. Sie verfügt über einen ethischen Kodex und eine Praxis, die mit der Idee vereinbar sind, dass Ressourcen auf effiziente Weise so eingesetzt werden müssen, dass die Hauptnutzniessenden die Patientinnen und Patienten bleiben.

Bibliografie

- Abbé-Decarroux, F (2001). La LAMAL et les mécanismes de la concurrence, Politique, économie et droit, Bulletin méd suisses, 36, 1910-6.
- Anhang Price R, Elliott MN, Cleary PD, Zaslavsky AM, Hays RD. Should health care providers be accountable for patients' care experiences? J Gen Intern Med. 2015 Feb;30(2):253-6. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3111-7>. Epub 2014 Nov 22. PMID: 25416601; PMCID: PMC4314483.
- Baji P, Pavlova M, Gulácsi L, Groot W. Changes in equity in out-of-pocket payments during the period of health care reforms: evidence from Hungary. Int J Equity Health. 2012 Jul 24;11:36. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-36>. PMID: 22828250; PMCID: PMC3439316.
- Batifoulier P, Gadreau M (2005). Éthique médicale et politique de santé, Paris: Economica. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00008780>.
- Borasio GD (2014). Mourir, Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Brook RH, Ware JE Jr, Rogers WH, Keeler EB, Davies AR, Donald CA, Goldberg GA Lohr KN, Masthay PC, Newhouse JP. Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial. N Engl J Med. 1983 Dec 8;309(23):1426-34. <https://doi.org/10.1056/NEJM198312083092305>. PMID: 6355851.
- Chandra A, Gruber J, McKnight R (2007). Patient cost-sharing, hospitalization offsets, and the design of optimal health insurance for the elderly. NBER working paper, 12972. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research.
- Chandra A, Gruber J, McKnight R (2010). Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly. *Amer Economic Re*, 100 193-213.
- Commission santé (2018). Qualité de vie, regards sur une notion controversée, Cahiers d'Uni3, No. 13.
- Constand MK, MacDermid JC, Dal Bello-Haas V, Law M. Scoping review of patient-centered care approaches in

- healthcare. BMC Health Serv Res. 2014 Jun 19; 14:271. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>. PMID: 24947822; PMCID: PMC4079171.
- Dionne G (1981). Le risque moral et la sélection adverse: une revue critique de la littérature. L'Actualité économique, 57:193-224. <https://doi.org/10.7202/600971ar>.
- Doty MM, Tikkanen RS, FitzGerald M, et al. Income-related inequality in affordability and access to primary care in eleven high-income countries. Health Affairs, Dezember 09, 2020; 40 no. 1. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01566>.
- Doudna J, Sternberg S (2020). Un coup de ciseaux dans la création, CRISPR-Cas9: le redoutable pouvoir de contrôler l'évolution, Saint Martin de Londres. H&O Science.
- Eaddy MT, Cook CL, O'Day K, Burch SP, Cantrell CR (2012). How patient cost-sharing trends affect adherence and outcomes: A literature review. J Formulary Management, 37: 45-55.
- Eichner MJ (1998). The demand for medical care: what people pay does matter, Amer Economic Rev, 88: 117-21
- Emanuel EJ. Which country has the world's best health care? *Public Affairs*. New York, 2023.
- Emanuel EJ, Mostashari F, Navathe AS. Designing a Successful Primary Care Physician Capitation Model. JAMA. 2021 May 25;325(20):2043-2044. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.5133>. PMID: 33978678.
- Excoffier S, Paschoud A, Haller DM, Herzig L. Multimorbidité en médecine de famille. Rev Med Suisse. 2016 May 11;12(518):917-21. PMID: 27352585.
- Fayol H (1916). Administration industrielle et générale, Paris: Dunod.
- Felder S, Meyer S, Schmidheiny K (2024). Einkommen, Vertragswahl und Prämienbelastung in der OKP, Basel: Basel Center for Health Economics (Helsana Report: «Einkommen & Prämien, Einkommen ist ein zentraler Faktor»).
- Gadreau M (2009). Économie et éthique en santé du calcul au jugement de valeur, Rev de philosophie économique, 10: 3-17.
- Gazier B, Palier B, Périver H (2014). Refonder le système de protection sociale, Paris: Presse de Sciences Politiques.
- Geyman JP. Moral hazard and consumer-driven health care: a fundamentally flawed concept. Int J Health Serv. 2007;37(2):333-

51. <https://doi.org/10.2190/J354-150M-NG76-7340>. PMID: 17665727.
- Gibson TB, Ozminkowski RJ, Goetzel RZ. The effects of prescription drug cost sharing: a review of the evidence. *Am J Manag Care*. 2005 Nov;11(11):730-40. PMID: 16268755.
- Gibson TB, Mark TL, Axelsen K, Baser O, Rublee DA, McGuigan KA. Impact of statin copayments on adherence and medical care utilization and expenditures. *Am J Manag Care*. 2006 Dec;12 Spec no.:SP11-9. PMID: 17173486.
- Goldman DP, Joyce GF, Escarce JJ, Pace JE, Solomon MD, Laouri M, Landsman PB, Teutsch SM. Pharmacy benefits and the use of drugs by the chronically ill. *JAMA*. 2004 May 19;291(19):2344-50. <https://doi.org/10.1001/jama.291.19.2344>. PMID: 15150206.
- Goldman DP, Joyce GF, Karaca-Mandic P. Varying pharmacy benefits with clinical status: the case of cholesterol-lowering therapy. *Am J Manag Care*. 2006 Jan;12(1):21-8. PMID: 16402885.
- Gourzoulidis G, Kourlaba G, Stafylas P, Giamouzis G, Parissis J, Maniadakis N. Association between copayment, medication adherence and outcomes in the management of patients with diabetes and heart failure. *Health Policy*. 2017 Apr;121(4):363-377. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.02.008>. Epub 2017 Feb 28. PMID: 28314467.
- Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(3):CD002215. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002215>. PMID: 10908531.
- Granovetter M (1985), *Economic Action and Social Structure: The problem of embeddedness*. *Amer J Sociol.*, 91:481-510.
- Gruber J (2006). *The role of consumer copayments for health care: lessons from the RAND Health Insurance Experiment and beyond*, prepared for the Kaiser Family Foundation, M.I.T., National Bureau of Economic Research.
- Guessous I, Gaspoz JM, Theler JM, Wolff H. High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: a population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Prev Med*. 2012 Nov;55(5):521-7. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.08.011>.

- doi.org/10.1016/j.jpmed.2012.08.005. Epub 2012 Aug 23. PMID: 22940614.
- Heath I, Rubinstein A, Stange KC, van Driel ML. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ*. 2009 Apr 2;338:b1242. <https://doi.org/10.1136/bmj.b1242>. PMID: 19342404.
- Helms LJ, Newhouse JP, Phelps CE (1978), Copayments and demand for medical care: the California Medicaid experience. Santa Monica, CA: Rand, <http://www.rand.org/pubs/reports/2005/R2167.pdf>.
- Hopkins S, Cumming J. The impact of changes in private health expenditure on New Zealand households. *Health Policy*. 2001 Dec;58(3):215-29. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00161-0](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00161-0). PMID: 11641000.
- Hsu J, Price M, Huang J, Brand R, Fung V, Hui R, Fireman B, Newhouse JP, Selby JV. Unintended consequences of caps on Medicare drug benefits. *N Engl J Med*. 2006 Jun 1;354(22):2349-59. <https://doi.org/10.1056/NEJMsao54436>. PMID: 16738271.
- Hsu J, Price M, Brand R, Ray GT, Fireman B, Newhouse JP, Selby JV. Cost-sharing for emergency care and unfavorable clinical events: Findings from the safety and financial ramifications of ED copayments study. *Health Serv Res*. 2006 Oct;41(5):1801-20. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00562.x>. PMID: 16987303; PMCID: PMC1955301.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? *BMJ*. 2011 Jul 26;343:d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>. PMID: 21791490.
- Huber CA, Rüesch P, Mielck A, Böcken J, Rosemann T, Meyer PC. Effects of cost sharing on seeking outpatient care: A propensity-matched study in Germany and Switzerland. *J Eval Clin Pract*. 2012 Aug;18(4):781-7. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01679.x>. Epub 2011 Apr 26. PMID: 21518398.
- Jia L, Meng Q, Scott A et al. (2021). Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;1:CD011865. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011865.pub2>

- Kemp A, Roughead E, Preen D, Glover J, Semmens J. Determinants of self-reported medicine underuse due to cost: a comparison of seven countries. *J Health Serv Res Policy*. 2010 Apr;15(2):106-14. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.009059>. Epub 2010 Mar 4. PMID: 20203082.
- Krutilová V, Yaya S. Unexpected impact of changes in out-of-pocket payments for health care on Czech household budgets. *Health Policy*. 2012 Oct;107(2-3):276-88. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.07.002>. Epub 2012 Aug 4. PMID: 22867940.
- Kursner D, Danuser B (2007), *Arbeitsmedizin: Die Arbeitsmedizin nimmt die psychische Gesundheit der Schweizer Ärzte unter die Lupe*, Schweizer Medical Forum, 7:7-8.
- Liran E, Finkelstein A (2018). Moral Hazard in Health Insurance: What We Know and How We Know it. *J Europ Economic Ass* 16: 959-82.
- Lohr KN, Schroeder SA. A strategy for quality assurance in Medicare. *N Engl J Med*. 1990 Mar 8;322(10):707-12. <https://doi.org/10.1056/nejm199003083221031>. PMID: 2406600.
- Luiza VL, Chaves LA, Silva RM, Emmerick IC, Chaves GC, Fonseca de Araújo SC, Moraes EL, Oxman AD., (2015), Pharmaceutical policies: Effects of cap and co-payment on rational use of medicines. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015:CD007017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007017.pub2>. PMID: 25966337.
- Magid DJ, Koepsell TD, Every NR, Martin JS, Siscovick DS, Wagner EH, Weaver WD. Absence of association between insurance copayments and delays in seeking emergency care among patients with myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1997 Jun 12;336(24):1722-9. <https://doi.org/10.1056/NEJM199706123362406>. PMID: 9180090.
- Mann BS, Barnieh L, Tang K, Campbell DJ, Clement F, Hemmelgarn B, Tonelli M, Lorenzetti D, Manns BJ. Association between drug insurance cost sharing strategies and outcomes in patients with chronic diseases: A systematic review. *PLoS One*. 2014 Mar 25;9(3):e89168. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089168>. PMID: 24667163; PMCID: PMC3965394.

- Murray CH, Knaul F, Musgrove P, Xu K, Kawabata K (2000). Defining and measuring fairness in financial contribution to the health system. Genève: World Health Organization.
- NEJM: Newhouse JP, Manning WG, Morris CN, Orr LL, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis KH, Marquis MS, Phelps CE, Brook RH. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N Engl J Med.* 1981 Dec 17;305(25):1501-7. <https://doi.org/10.1056/NEJM198112173052504>. PMID: 6795505.
- Obsan Bericht 08/2023. Benachteiligungserfahrungen bei der Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Erkenntnisse aus dem International Health Policy Survey 2020.
- OECD (2011). Reviews of Health Systems: Switzerland, Paris: OECD.
- Office fédéral de statistique (OFS) (2011). Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen. Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC, Neuchâtel). <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/kranken-versicherung-revisionsprojekte/netzwerk-qualitaet-gesundheitsversorgung.html>.
- Quin VM, Hone T, Millett C, Moreno-Serra R, McPake B, Atun R, Lee JT. The impact of user charges on health outcomes in low-income and middle-income countries: A systematic review. *BMJ Glob Health.* 2019 Jan 10;3(Suppl 3):e001087. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001087>. PMID: 30792908; PMCID: PMC6350744.
- Quinn K. The 8 basic payment methods in health care. *Ann Intern Med.* 2018;163:300-6. <https://doi.org/10.7326/M14-2784>. PMID: 26259075.
- Quinn AE, Trachtenberg AJ, McBrien KA, Ogundeji Y, Souris S, Manns L, Rennert-May E, Ronksley P, Au F, Arora N, Hemmelgarn B, Tonelli M, Manns BJ. Impact of payment model on the behaviour of specialist physicians: A systematic review. *Health Policy.* 2020 Apr;124(4):345-358. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.007>. Epub 2020 Feb 22. PMID: 32115252.
- Remler DK, Greene J. Cost-sharing: A blunt instrument. *Annu Rev Public Health.* 2009;30:293-311. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090804>. PMID: 18976141.

- Rice T, Matsuoka KY. The impact of cost-sharing on appropriate utilization and health status: a review of the literature on seniors. *Med Care Res Rev.* 2004 Dec;61(4):415-52. <https://doi.org/10.1177/1077558704269498>. PMID: 15536208.
- Robertson CT, Yuan A, Zhang W, Joiner K. Distinguishing moral hazard from access for high-cost healthcare under insurance. *PLoS One.* 2020 Apr 17;15(4):e0231768. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231768>. PMID: 32302322; PMCID: PMC7164657.
- Roland M, Guthrie B. Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? *BMJ.* 2016 Aug 4;354:i4060. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4060>. PMID: 27492602; PMCID: PMC4975019.
- Rosenthal TC. The medical home: Growing evidence to support a new approach to primary care. *J Am Board Fam Med.* 2008 Sep-Oct;21(5):427-40. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2008.05.070287>. PMID: 18772297.
- Sandel Michael. J. (2013). What money can't buy: The moral limits of markets. London, New York: Penguin.
- Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect.* 2018 Apr;21(2):429-440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>. Epub 2017. PMID: 29151269; PMCID: PMC5867327.
- Selby JV, Fireman BH, Swain BE. Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization. *N Engl J Med.* 1996 Mar 7;334(10):635-41. <https://doi.org/10.1056/NEJM199603073341006>. PMID: 8592528.
- Solomon MD, Goldman DP, Joyce GF, Escarce JJ. Cost sharing and the initiation of drug therapy for the chronically ill. *Arch Intern Med.* 2009 Apr 27;169(8):740-8; discussion 748-9. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.62>. PMID: 19398684; PMCID: PMC3875311.
- Soumerai SB, Avorn J, Ross-Degnan D, Gortmaker S. Payment restrictions for prescription drugs under Medicaid. Effects on therapy, cost, and equity. *N Engl J Med.* 1987 Aug 27;317(9):550-6. <https://doi.org/10.1056/NEJM198708273170906>. PMID: 3302713.
- Soumerai SB, McLaughlin TJ, Ross-Degnan D, Casteris CS, Bollini P. Effects of a limiting Medicaid drug-reimbursement

- benefits on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia. *N Engl J Med.* 1994 Sep 8;331(10):650-5. <https://doi.org/10.1056/NEJM199409083311006>. PMID: 8052275.
- Stein BD, Edelen MO, Sturm R (2000). The effect of copayments on drug and alcohol treatment following Inpatient detoxification under managed care, *Psychiatric Services*, 51: 195-8
- Stucki M, Schärer X, Trottmann M et al. (2023). What drives health care spending in Switzerland? Findings from a decomposition by disease, health service, sex, and age. *BMC Health Serv Res* 23, 1149.
- Tamblyn R, Laprise R, Hanley JA, Abrahamowicz M, Scott S, Mayo N, Hurley J, Grad R, Latimer E, Perreault R, McLeod P, Huang A, Larochelle G. <https://doi.org/10.1001/jama.285.4.421>. PMID: 11242426.
- Tao W, Agerholm J, Burström B. The impact of reimbursement systems on equity in access and quality of primary care: A systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2016 Oct 4;16(1):542. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1805-8>. PMID: 27716250; PMCID: PMC5050924.
- Trivedi AN, Moloo H, Mor V. Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. *N Engl J Med.* 2010 Jan 28;362(4):320-8. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0904533>. PMID: 20107218.
- Weinstein MC, Stason WB. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *N Engl J Med.* 1977 Mar 31;296(13):716-21. doi: 10.1056/NEJM197703312961304. PMID: 402576.
- Wolff H, Gaspoz JM, Guessous I. Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2011 Feb 18;141:W13165.

Fussnoten

1. Obwohl das Gesundheitssystem in der Schweiz allgemein als ausgezeichnet gilt, haben sich die Gesundheitskosten seit 1995 mehr als verdoppelt und sind im Verhältnis zum BIP von 9,3 % auf 11,9 % gestiegen. Das heisst, dass die Einkommenselastizität der Gesundheit grösser als 1 ist, d.h. ein immer grösserer Teil der Einkommen wird für die Gesundheit aufgewendet. Dies stellt vor allem für Wenigverdienende ein Problem dar.
2. Die erste Initiative der SP zielt darauf ab, die Prämien auf 10 % des verfügbaren Haushaltseinkommens zu begrenzen, um die Kosten für Familien mit niedrigem und mittlerem Einkommen zu senken. Die zweite von der Mitte sieht einen Mechanismus ähnlich der Schuldenbremse vor, wenn die Gesundheitskosten schneller steigen als die Löhne.
3. <https://lobbywatch.ch/de/daten/lobbygruppe/2/Krankenkassen>
4. Bulletin der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, 2014;95(43):1598.
5. Jahresbericht 2006 der Kommission für Wirtschaft. Download-Link: <https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/7488.pdf>
6. <https://www.santesuisse.ch/fr/detail/content/la-flambee-des-couts-dans-lassurance-de-base-menace-la-stabilite-des-prim>
7. <https://www.efv.admin.ch/efv/fr/home/aktuell/a/gesundheitswesen.html>
8. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien.html>
9. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien.html>
10. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/parlamentarische-initiative-finanzierung-der-gesundheitsleistungen-aus-einer-hand-einfuehrung-des-monismus.html>
11. <https://www.greelane.com/fr/science-technologie-math%C3%A9matiques/sciences-sociales/economics-as-the-dismal-science-1147003/>
12. <https://www.mtk-ctm.ch/fr/tarifs/tarmed/> _

13. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Tarifsystem-Tarmed.html>
14. Ein Zürcher Unternehmer äusserte in den Medien seine Meinung, dass 70 Prozent der Führungskräfte ihre Zeit damit verbringen, ihre Privilegien zu wahren. <https://www.bazonline.ch/in-seiner-firma-machen-alle-was-sie-wollen-933781274285>.
15. Die Rand Corporation (Research and Development) ist ein amerikanischer Think Tank, der für seine interdisziplinären Analysen bekannt ist.
16. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/besondere-versicherungsformen/wahlfranchisen.html>
17. www.miges.admin.ch
18. www.miges.admin.ch
19. Schweizerische Ärztezeitung 2016;97:1634
20. <https://www.tagesanzeiger.ch/die-drei-teufelskreise-der-kostenbeteiligung-891642781310>
21. Zu diesem Ergebnis kommt die Studie von Steinmann und Telser in „Vier Thesen zur Avenir Suisse-Studie: Gesundheitskosten in einer alternden Gesellschaft“. Zürich: Neue Zürcher Zeitung, 2005.
22. <https://www.fmh.ch/files/pdf29/standesordnung---de---2023-11.pdf>
23. <https://www.humanrights.ch/de/ipf/grundlagen/rechtsquellen-themen/recht-gesundheit>
24. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-mensch-gesundheit.html>
25. <https://www.swissrights.ch/gesetze/Artikel-41-BV-2024-DE.php>
26. Download-Link: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1
27. EQ-5D. <http://www.euroqol.org/>
28. <https://www.vie-publique.fr/fiches/274930-quest-ce-que-lindex-de-developpement-humaine-idh-et-autre-indices>
29. <https://worldhappiness.report>
30. Zitat eines 48-jährigen Patienten mit fortgeschrittener amyotropher Lateralsklerose (Borasio, 2014, S. 78)
31. Offizielle Verfahren der Weltgesundheitsorganisation, Nr. 2, S. 100, seit 7. April 1948 in Kraft

32. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/grafiken.assetdetail.14840934.html>
33. Schweizerische Ärztezeitung 2021;102:1220–3
34. <https://fr.calameo.com/read/001547469bf5e1f4c190c>
35. <https://fr.calameo.com/read/00154746920624f8e77fb>
36. Die angewandte Methodik wird in der Studie ausführlich beschrieben und in diesem Kapitel teilweise wiederholt.
37. What is the equity-efficiency trade off? <https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/economics/equity-efficiency-tradeoff/>
38. <https://gesundheitspunkt.ch>
39. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/bakv/verzeichnis-zugelassenen-krankenversicherer/verzeichnis-zugelassenen-krankenversicherer11/liste-assureurs-01102024.pdf.download.pdf/Zugelassene%2520Krankenversicherer_1.10.2024.pdf&ved=2ahUKEwjKuKyz24GKAxWpwAIHHfKFIw0QFnoEC-BgQAQ&usg=AOvVaw0IinaQoJN9bJZO3xwPIPDF
40. Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen. Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC), (2011), Neuchâtel: OFS. 41.
41. www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/kranken-versicherung-revisionsprojekte/netzwerk-qualitaet-gesundheitsversorgung.html
42. www.obsan.admin.ch/de/publikationen/berufsaustritte-von-gesundheitspersonal

Dank

Unsere Vision einer patientenzentrierten Reform hat sich im Laufe der Zeit infolge zahlreicher Kontakte entwickelt. Wir konnten auf eine Vielzahl von Gesprächen und Unterstützungen zählen. Die meisten davon erhielten wir durch die Präsentation unserer Ideen in den Medien, auf Konferenzen und vor allem im Rahmen der Gesundheitskommission von *Uni3*, die sich auf Initiative der Universität Genf besonders an ältere Menschen wendet. Ihnen allen sei an dieser Stelle unser tief empfundener Dank ausgesprochen. Schliesslich danken wir der vdf Hochschulverlag AG für die Durchsicht und Korrektur dieses Textes und Frau Marina Casselyn für die sorgfältige Editierung der französischen Fassung.

Die französische Originalfassung dieser Publikation wurde 2023 im Verlag RMS Editions, Genf, veröffentlicht.

Detailliertes Inhaltsverzeichnis

Inhaltsübersicht	3
Vorwort	5
Die Autoren	11
Einführung	13
1. Ökonomische Aspekte des Gesundheitssystems	23
1.1. Privater Markt versus Service Public	24
• Marktvorteile	26
• Marktnachteile	27
• Vorteile des Service Public	29
• Nachteile des Service Public	31
1.2. Erweiterung des Referenzrahmens	32
1.3. Schlüsselbegriffe	35
• Informationsasymmetrien	36
• Adverse Selektion	36
• Moralisches Risiko (Moral Hazard)	40
• Die Grenzen der Kommerzialisierung von Gesundheit	41
2. Finanzierung	45
2.1. Für die einen kostet die Gesundheit, für die anderen bedeutet es Einnahmen	46
2.2. Finanzierung der Krankenversicherungen	49
2.3. Methoden der Vergütung	50
• Vergütung durch Lohn	51
• Rückerstattung gemäss medizinischer Leistung	51
• Vergütung mit Pauschalen	52
• Kopfpauschale	52

2.4. TARMED/TARDOC	53
2.5. Kopfpauschale	57
• Aus der Sicht der Patientinnen und Patienten	58
• Aus Sicht der Ärztinnen/Ärzte	59
• Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit	59
3. Dilemma zwischen Verantwortung und Solidarität	61
3.1. Die Berichte der RAND-Corporation	61
3.2. Zweifel in Bezug auf die Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten	62
3.3. Die Teufelskreise der Armut	65
3.4. Die öffentliche Debatte	67
4. Qualität der Pflege	71
4.1. Ethik und Gesundheitspolitik	72
4.1.1. Medizinische Ethik	72
4.1.2. Wirtschaftsethik	75
4.2. Lebensqualität: eine normative Wahl	79
4.3. Qualitätskontrolle	84
5. Gesundheitskosten im Alter	89
5.1. Erwartungen an die Pflege am Lebensende	91
• Die Senkung der Gesundheitskosten liegt im Interesse der Patientinnen und Patienten.	91
• Die Senkung der Gesundheitskosten liegt im Interesse des Gesundheitsbetriebs (Spital, Pflegeheim oder andere).	92
• Die Kostensenkung liegt im Interesse der Krankenversicherung.	93
• Die Kostensenkung liegt im Interesse der Ärztinnen und Ärzte.	93

• Die Kostensenkung liegt im Interesse der Steuerzahlenden.	94
• Kann eine Stärkung des Dreiecksverhältnisses – Ärztinnen/Ärzte, Patientinnen/Patienten, Versicherungen – zu Einsparungen führen?	94
• Kann eine engere Beziehung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten helfen, Geld zu sparen?	95
• Kann eine engere Beziehung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Krankenversicherung helfen, Geld zu sparen?	95
5.2. Solidarität auf dem Prüfstand	97
• Zusammenhänge zwischen Wirtschaft und Gesundheit	98
• Massnahmen zur Kostensenkung	98
• Kostenschätzung für die Behandlung einer Lungenentzündung	99
5.3. Kostensenkung und Interessengruppen	100
6. Eine neue Vision der Reform	101
6.1. Die Patientinnen und Patienten ins Zentrum des Gesundheitssystems stellen	102
6.2. Finanzierung des <i>Medical Home</i>	104
6.3. Qualitätskontrolle	105
6.4. Beispiele für solche Organisationen des Gesundheitssystems	106
6.5. Die Reform erfolgreich durchführen	107
• Gegenseitige Finanzierung	108
• Medical Home	108
• Kopfpauschale	109
• Freier Zugang zur Pflege	109
• Qualitätskontrolle	110
• Bürokratieabbau	110

Fazit: eine Reform, bei der Patientinnen und Patienten im Zentrum stehen	111
Bibliografie	115
Fussnoten	123
Dank	127
Detailliertes Inhaltsverzeichnis	129

Das Schweizer Gesundheitssystem weist trotz eines grossen Budgets, einer guten medizinischen Dichte und der unbestreitbaren Qualität der praktizierten Pflege zahlreiche Schwächen auf, die durch die Covid-19-Pandemie noch verschärft wurden. Vorschläge, die sich ausschliesslich auf Kostensenkungen stützen, können die Probleme im Gesundheitswesen nicht allein lösen.

Das vorliegende Buch gibt der Debatte über die Reformen dieses Gesundheitssystems neue Impulse, indem es die Interessen der verschiedenen beteiligten Akteure – Angehörige der Gesundheitsberufe, Versicherte und Krankenkassen – analysiert, um die Patientinnen und Patienten wieder in das Zentrum der Gesundheitsversorgung zu stellen.

Die Autoren – ein Arzt und ein Ökonom – schlagen einen interdisziplinären Ansatz, neue Formen der Finanzierung und Bezahlung sowie eine unabhängige Qualitätskontrolle vor. Dieser Ansatz zielt auf eine grundlegende Reform des Schweizer Gesundheitswesens ab und richtet die Aufmerksamkeit auf ethische Aspekte wie Solidarität, Fairness und gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Er empfiehlt, das Schweizer Gesundheitssystem in Form von Netzwerken (z.B. Medical Homes) zu organisieren, wie sie mancherorts bereits mit Erfolg praktiziert werden. Dadurch wird es auch einfacher, die ausufernde Bürokratie einzudämmen.



ISBN 978-3-7281-4201-6 (Printversion)
ISBN 978-3-7281-4202-3 (E-Book)
DOI 10.3218/4202-3

www.vdf.ch
verlag@vdf.ch