

Das schweizerische System der Gesundheitsversorgung ist beliebt – vor allem im Ausland. In Deutschland hat die Regierung von Angela Merkel angekündigt, Reformen nach schweizerischem Vorbild vorzulegen. Vor allem die Finanzierung der Krankversicherung durch Kopfprämien wird diskutiert. In den USA orientiert sich Präsident Obama bei der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung am helvetischen Modell. In der Schweiz allerdings hält sich die Popularität des Systems in engen Grenzen. Steigende Krankenkassenprämien, der Einfluss der Krankenkassenlobby und die hohen Selbstbehalte bei Medikamenten und Behandlungen sind Gründe für die weit verbreitete Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem.

Privater Sozialstaat

In der Tat weist das helvetische Modell einige Besonderheiten auf. So wurde erst spät (1996) eine obligatorische Krankenversicherung eingerichtet. Aber dabei haben die Behörden nicht wirklich eine neue Sozialversicherung geschaffen, sondern es für die ganze Bevölkerung zur Pflicht erklärt, sich bei einer der meist privaten Krankenkassen zu versichern. Über 95 Prozent der Bevölkerung waren bereits vorher versichert. Obwohl die Krankenversicherung nun als Sozialversicherung gilt, ist die Finanzierung über Kopfprämien unsolidarisch, und die Versicherten bezahlen einen hohen Teil der Kosten aus der eigenen Tasche: Selbstbehalte und Kostenbeteiligungen kommen etwa für ein Drittel der gesamten Gesundheitskosten auf – ein Rekordwert im internationalen Vergleich. Wir befinden uns in einem Modell, das als „privater Sozialstaat“ bezeichnet werden kann, weil der Einfluss privater Akteure (Krankenkassen, Privatkliniken, Pharmaindustrie, Ärzte usw.) enorm ist und die Kosten weitgehend auf die privaten Haushalte überwälzt werden.

Seit der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung ist das Gesundheitssystem eine der grössten permanenten politischen Baustellen in der Schweiz. Behörden und Lobbyisten arbeiten ohne Unterbruch an „Reformen“, um die „Kostenexplosion“ zu bremsen und „mehr Wettbewerb“ zu erreichen, wie es heisst. Der ehemalige Bundesrat Pascal Couchepin hat mit seinen Vorlagen den Zorn breiter Teile der Bevölkerung, und gewisser Interessenverbände auf sich gezogen. So kam es im April 2006 zu einer ersten Massenkundgebung von ÄrztInnen in Bern. Und während es Couchepin gelungen ist, in der Abstimmung 2007 die aus sozialen und linken Kreisen lancierte Initiative für eine Einheitskasse zu bodigen, scheiterte ein Jahr später auch ein neuer Verfassungsartikel, der ganz nach dem Gusto der Krankenkassen ausgearbeitet worden war. Es gibt in gesundheits-

politischen Fragen ein politisches Patt, und die „Experten“ wünschen sich vom neuen Bundesrat Didier Burkhalter, dass er es nun endlich überwindet. Aber was steht dabei politisch eigentlich auf dem Spiel?

Prämienerhöhungen und Sofortmassnahmen

Jedes Jahr genehmigt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung. Nur schon weil das BAG keinen Einblick in die Buchführung der Kassen hat, kann es deren Vorschläge in der Regel nur abnicken. So auch dieses Jahr: Anfang Oktober wurde der Öffentlichkeit mitgeteilt, dass die Prämien für 2011 wieder massiv steigen werden, nachdem sie schon 2010 durchschnittlich um 8.7 Prozent (sogar 13.7% für junge Erwachsene, 10% für Kinder) anstiegen – der höchste Anstieg seit 2003. Mittlerweile summiert sich der Prämienanstieg seit dem Jahr 2000 auf satte 68 Prozent.

Der Bundesrat hat am 29. Mai 2009 Sofortmassnahmen angekündigt: eine Praxisgebühr von 30 Franken pro Arztbesuch, die Einrichtung telefonischer Beratungsdienste der Kassen, ausserordentliche Beiträge des Bundes an die Prämienverbilligungen, etc. Diesen Vorschlägen wurde in der Öffentlichkeit viel Aufmerksamkeit geschenkt, im Parlament waren sie aber rasch vom Tisch. Sie haben als Rauchpetarden gewirkt, um Couchepins Handlungswillen zu demonstrieren und den Blick von den wichtigeren Weichenstellungen abzulenken, die in der Gesundheitspolitik vorgenommen werden.

Die neue Spitalfinanzierung

Bisher wurden die öffentlichen Spitäler zur Hälfte von den Kantonen und Krankenkassen finanziert. Bundesrat Couchepin hat bereits grundlegende Veränderungen durchgesetzt, deren Auswirkungen erst in einigen Jahren voll zu spüren sein werden. Einerseits wurde ein neuer Kostenverteilungsschlüssel eingeführt: 45 Prozent Krankenkassen, 55 Prozent Kantone. Zudem wurden die privaten und öffentlichen Spitäler einander gleichgestellt, damit die Kantone die öffentlichen Einrichtungen nicht (mehr) bevorzugt finanzieren können.

Ab 2012 erfolgt die Finanzierung über so genannten Fallpauschalen oder DRG (Diagnosis-Related Groups). Das ist eine Form der Leistungsfinanzierung, der die Durchschnittskosten für mehr

oder weniger homogene Krankheits-/ Behandlungstypen als Grundlage dienen: ein Blinddarm kostet so viel, eine Geburt so viel, eine Nierensteinoperation so viel usw. Es ist offensichtlich, dass die Krankenkassen und Behörden ein Instrument in die Hand kriegen, um den Kostenvettbewerb zwischen den Spitalern zu intensivieren: Wenn ein Blinddarm in Appenzell so viel kostet, warum soll er im Zürcher Unispital mehr kosten?

Die Spitäler erhalten damit starke Anreize, PatientInnen mit komplexen Krankheitsbildern, die eben überdurchschnittlich viel „kosten“, rasch los zu werden oder gar nicht aufzunehmen. Begleitforschungen in Deutschland, wo ein DRG-System seit 2004 eingeführt wurde, zeigen, dass sich die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und dem Pflegepersonal ebenso verschlechtert hat wie die Beziehung des Personals zu den PatientInnen; und das Verhältnis des medizinisch-pflegerischen Personals zu den DRG-getrimmten Spitalverwaltungen ist sehr schlecht. Zu erwarten ist mit der DRG-Finanzierung auch ein weiteres Spitalsterben: Laut dem damaligen BAG-Direktor Thomas Zeltner werden von den 321 Spitalern (2007) in nächster Zeit etwa weitere 100 die Türen schliessen müssen (1982 existieren in der Schweiz noch 462 Spitäler). Auf längere Sicht steht ausserdem der Wechsel zu einer monistischen Spitalfinanzierung zur Diskussion: Die Spitäler würden dann aus einer Hand, d.h. nur noch von den Krankenkassen finanziert; die Kantone müssten ihre Beiträge an die Kassen überweisen. Natürlich würde deren Position dadurch massiv gestärkt, und die Kantone verlören an Einfluss auf die Budgetgestaltung der Spitäler.

Die neue Pflegefinanzierung

Ein neues Finanzierungsmodell hat der Bundesrat auch für die Pflege in Spitalern, Heimen und



Gesundheit ist keine Ware !
**Gegen die Oekonomisierung
an den Spitalern !**
**Weg mit DRG-System
und Fallkostenpauschale !**

Demonstration
Samstag 5. März 2011, 13.30 Uhr, Zürich
Besammlungsort in Kürze auf:
www.bfs-zh.ch

zu Hause eingeführt. Es wird zwischen zwei Formen von Pflege unterschieden. Bei der Akut- und Übergangspflege nach einer medizinischen Behandlung übernimmt die Krankenversicherung die Kosten bis zwei Wochen nach dem Spitalaustritt. Das klingt gut, ist aber zu relativieren, weil die neue Spitalfinanzierung die Spitäler anhält, die PatientInnen so rasch wie möglich zu entlassen, was – im Fachjargon – zu so genannten „blutigen Austritten“ führen dürfte.

Bei der Langzeitpflege – hier geht es vor allem um betagte Menschen – bezahlt die Krankenversicherung nur einen Grundbeitrag. Der Rest wird auf die pflegebedürftigen Menschen abgewälzt (bis 20% der nicht gedeckten Kosten oder 7'100 Franken pro Jahr), sowie auf andere soziale Sicherungssysteme wie die AHV (Pflege zu Hause) und die Ergänzungsleistungen (EL) (Heim-pflege). Zweifellos wird durch diese Kostenverlagerungen auch der Druck auf Angehörige (in der Regel sind es Frauen) steigen, doch ihre älteren Verwandten selbst zu pflegen. Und auf längere Sicht könnte dann der seit einigen Jahren zirkulierende Vorschlag, die Pflegefinanzierung aus der Krankenversicherung auszugliedern und eine neue Pflegeversicherung einzuführen, wieder Auftrieb erhalten. Die Versicherten müssten dann eine zusätzliche Versicherung bezahlen, um weiterhin gegen Pflegekosten abgesichert zu sein.

Ärztstopp und Vertragsfreiheit

Seit Jahren machen politische Behörden und Gesundheitsexperten die „zu hohe Ärztedichte“ verantwortlich für einen Teil des Anstiegs der Gesundheitskosten. 1998 wurde der Numerus Clausus für das Medizinstudium eingeführt. Er gilt immer noch, während schweizerische Spitäler scharenweise ausländische ÄrztInnen rekrutieren und bald schon auch ein Mangel an Hausärztinnen auftreten dürfte. 2002 wurde erstmals ein Ärztestopp verhängt, d.h. die Eröffnung neuer Arztpraxen ist seither kaum mehr möglich. Aus der Sicht des Bundesrates und der Krankenkassen handelt es sich nur um einen Übergangsschritt zur so genannten „Aufhebung des Vertragszwangs“: Die Kassen wollen nicht mehr die Behandlungskosten aller ÄrztInnen übernehmen, sondern nur noch von jenen, mit denen sie entsprechende Verträge abschliessen – und die also nach ihren Wünschen arbeiten und abrechnen. Diese Vertragsfreiheit für die Kassen wäre das Ende der freien Arztwahl für die PatientInnen. Das konnte bislang nicht durchgesetzt werden, zu stark war der Widerstand gerade auch unter den ÄrztInnen.

Aber es zeichnet sich ein gut helvetischer Kompromiss ab, der auch von Bundesrat Burkhalter propagiert wird: Demnach soll ein zweistufiges System eingeführt werden, in dem die Versicherten wählen müssen zwischen der freien Arztwahl und dem Anschluss an ein Netzwerk von Leistungserbringern (HMO; Managed Care). Natürlich müssten diejenigen, die weiterhin ihre ÄrztInnen frei wählen möchten, eine höhere Krankenkassenprämie bezahlen und höhere Selbstbehalte tragen. Damit würde das Zweiklassensystem mit Grundversicherung und Zu-

satzversicherungen (zum Beispiel für Zahnarztrechnungen) in ein Dreiklassensystem umgewandelt.

Kostenbeteiligung der Versicherten

Natürlich machen die Experten auch die PatientInnen für die steigenden Gesundheitskosten verantwortlich. Obwohl davon auszugehen ist, dass mindestens so viele Menschen zu selten zum Arzt gehen wie zu oft (und aus medizinischtherapeutischer Sicht ist es besser, zu oft zu gehen), wird permanent über Massnahmen diskutiert, um Menschen von „unnötiger“ medizinischer Beratung und Behandlung abzuhalten.

Nun ist die Beteiligung der Versicherten an den Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz bereits sehr hoch: etwa ein Drittel der Kosten wird von den privaten Haushalten direkt aus der Tasche bezahlt (Selbstbehalt, Kostenbeteiligung, nicht versicherte Leistungen, etc.), und ein weiteres Drittel bezahlen die Versicherten über die unsolidarischen Kopfprämien der Krankenversicherung. Dennoch wird im Parlament darüber diskutiert, den Regelsatz für die Kostenbeteiligung der PatientInnen von 10 auf 20 Prozent zu erhöhen – vielleicht mit Ausnahme der Versicherten in Managed Care-Modellen.

Wo sind Alternativen?

Nach diesem kleinen Überblick müssen wir uns die Frage stellen, wie wünschenswert es wäre, wenn unter dem neuen Bundesrat Burkhalter das angesprochene politische Patt überwunden würde. In allen Bereichen werden Massnahmen angestrebt, die zu Lasten der Versicherten gehen und den Einfluss und die Profite des privaten Sozialstaats stärken.

Im linken Spektrum dominiert eine gewisse Hilflosigkeit angesichts der Übermacht der von den Lobbyisten und Gesundheitsexperten/-bürokraten vorgebrachten Projekte. Dies zeigt sich etwa bei der Lektüre des Widerspruch-Hefts zum Thema Krankheit und Gesundheit, in dem als Alternativen das Modell der persönlichen Gesundheitsstelle, d.h. eine Variante von Managed Care, und Ideen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (!) präsentiert werden. Die Personalverbände im Gesundheitswesen ihrerseits haben eine Petition zur DRGE-Einführung lanciert, in der flankierende Massnahmen gefordert werden, um das Schlimmste zu verhindern – auch dies eine rein defensive Plattform.

In einer linken Perspektive wäre es notwendig, grundsätzlich die Frage aufzuwerfen, was für ein Gesundheitssystem wir eigentlich wollen, statt mit mehr oder weniger fortschrittlich abge-

Reichtum und soziale Ungleichheit in der Schweiz
Ungleichheit in der Schweiz
Donnerstag 10. März 2011, 19.30 Uhr, Volkshaus Zürich Zimmer 24
SCHLUSS MIT DEM KÜRZEN!
DAS GELD DORT HOLEN WO ES IST!
Diskussionsveranstaltung
 mit **Sarah Schilliger** (Soziologin und Mitautorin "Wie Reiche denken und lenken", Basel) und **Charles-André Udry** (Ökonom, Lausanne)
 Das 2010 erschienene Buch zum Reichtum in der Schweiz "Wie Reiche denken und lenken" zeigt deutlich auf, wie die Reichen ihre Vermögen in den letzten 20 Jahren massiv vergrössern konnten. Dies steht im krassen Gegensatz zu den Angriffen auf die Arbeits- und Lebensbedingungen der Lohnabhängigen, SchülerInnen und StudentInnen.
bfs
 Bewegung für den Sozialismus
 www.bfs-zh.ch

wandelten Varianten aus der aktuellen „Reformdiskussion“ zu hausieren.

Dafür lassen sich Ansatzpunkte finden, insbesondere bei den Mobilisierungen des Pflegepersonals und der ÄrztInnen in verschiedenen Ländern (die sogar die Schweiz ein wenig erfasst hat), sowie bei kritischen Studien zum Gesundheitssystem, wie sie zum Beispiel in Deutschland oder angelsächsischen Ländern durchgeführt wurden.

Der Blick nach Frankreich ist interessant, weil dort eine kritische Tradition der Arbeitsmedizin besteht und interessante Untersuchungen zum Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit gemacht wurden. Ein Teil der Alternativen wird sich darauf konzentrieren müssen, die durch den heutigen Kapitalismus geförderten, krankmachenden Arbeitsbedingungen und Lebensstile in Frage zu stellen statt einfach nur an die individuelle Verantwortung jedes/r Einzelnen zu appellieren. Auf der anderen Seite sind Überlegungen angebracht, wie in der Schweiz ein integriertes System der sozialen Sicherheit geschaffen werden könnte, das den Bedürfnissen der lohnabhängigen Bevölkerungsmehrheit statt den Interessen privater Versicherungen entspricht, und in dem die Krankenversicherung ein zentrales Element sein müsste.

«Debatte»
 BFS Zürich der Bewegung für den Sozialismus
jetzt abonnieren!
auf www.debatte.ch
Chinas neue Arbeiter_innenklasse
Proteste in Frankreich
 Frankreich: Lohnabhängige organisierten überwältigende Streiks und Blockaden. Was bleibt?
Invalidenversicherung
 Die sechste IV-Revision bringt erneut massive Leistungskürzungen und muss bekämpft werden.

Kontakt & Infos: BFS Zürich,
 Postfach 3956, 8021 Zürich
 PC-Konto: 85-507861-5
 Webseite: www.bfs-zh.ch
 Mailadresse: info@bfs-zh.ch