

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Band: 75 (1977)

Heft: 8

Artikel: Kostenexplosion im Gesundheitswesen

Autor: Walz, Friedrich / Buster, Aldo / Schäuble, Max

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950729>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 20.11.2024

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

das Gebiet immer mehr aus; folgende Ausbildungen kamen dazu: Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger FA SRK (mit Fähigkeitsausweis des Schweizerischen Roten Kreuzes, 1960, damals Chronischkrankenpflegerinnen genannt), diplomierte medizinische Laborantinnen und Labo-
ranten (1970), Gesundheitsschwestern (1973, Ausbildungsbestimmungen in Vorbereitung), diplomierte Hebammen (1974 Ausbildungsbestimmungen in Vorbereitung) usw.

12. Verschiedenes

a) Umstrukturierung des Zentralvorstandes

Jedes vierte Jahr erfolgt ein totaler Umbruch. Eine Koordination ist erschwert, es gibt keine Kontinuität. Eine Wiederwahl ist zwar zulässig, jedoch möchte der Zentralvorstand sich nicht wieder wählen lassen. Alle Regionen sollten im Zentralvorstand vertreten sein. Mit einer besseren Verteilung auf die ganze Schweiz profitieren alle Mitglieder. Die Sekretärin sollte im Amt bleiben können und mehr Verantwortung und Arbeit übernehmen. Der Zentralvorstand wird Umschau halten und bis zur DV 1978 einen Vorschlag machen, der rechtzeitig in beiden Fachzeitschriften erscheinen wird.

Schwester A. Hartmann, Aargau: das bedingt aber eine Statutenänderung.

Der Zentralvorstand ist sich darüber im klaren und wird auf die DV 1978 einen Vorschlag machen.

b) Internationaler Hebammenkongress 1975 in Lausanne

Schwester Elisabeth Stucki: Wir haben vom internationalen Hebammenverband

(ICM) in London eine Abrechnung erhalten. Fr. 11 000.– sind bis heute vom ICM ans Palais Beaulieu für verlorengegangene Kopfhörer noch nicht bezahlt worden. Schwester Georgette Grossenbacher orientiert darüber: Es gibt kein Defizit. Das Gesamtbefiz beträgt etwa Fr. 60 000.–, zwei Drittel gehen an den ICM (laut Statuten des ICM) und ein Drittel soll unser Verband erhalten. Etwa 5000–6000 Franken sind noch auf einer Bank in der Schweiz. Leider kann ich Ihnen heute keinen Scheck zeigen, aber das Geld wird in den nächsten Tagen überwiesen. Wir bekommen die Fr. 20 000.– auf jeden Fall, obwohl ein «Krieg» zwischen dem Beaulieu und einem Advokaten in London besteht. Der Advokat des Beaulieu hat das ganze Dossier an die Schweizer Botschaft in London geschickt. Wir erwarten noch den Bericht, beziehungsweise den Entscheid, ob uns die genannte Anzahl Kopfhörer wirklich zur Verfügung gestellt wurde. Der SHV ist eventuell bereit, ein Drittel von diesen 11 000 Franken zu übernehmen.

Der nächste internationale Hebammenkongress findet vom 3. bis 8. September 1978 in Israel (Jerusalem) statt. Der Zentralvorstand ist daran, Offerten für die Reise einzuholen.

c) Die Gruppe der EG-Hebammen (Europäische Wirtschaftsgemeinschaft) traf sich im Oktober 1976 in Kopenhagen. Schwester Elisabeth Stucki war als Beobachterin zum Treffen eingeladen.

Es besteht der Wunsch, eine Gruppe von Hebammen aus allen europäischen Staaten zu bilden.

Ziel: Koordination der Hebammenausbildung, Erfahrungsaustausch. Vor 10 Tagen luden die EG-Hebammen zu einem Treffen nach Strassburg ein. Schwester Elisabeth Stucki und Schwester G. Grossenbacher waren bei dieser Zusammenkunft.

Schwester Georgette Grossenbacher wurde als Präsidentin der europäischen Hebammengruppe gewählt.

Schwester Elisabeth Stucki: es ist für uns eine grosse Ehre, dass eine Schweizer Hebamme gewählt wurde, Schwester Georgette ist dafür prädestiniert.

Signorina L. Walter stellt uns noch die erste Tessiner Hebamme vor, die in den Grossen Rat gewählt wurde: Signorina Fausta Bardin, Biasca.

Nach 10jährigem Aufenthalt in Kamerun weilt Signorina Pina Peruchi unter uns. Da Fräulein Dr. Nägeli mit einem Armbruch verunfallt ist, schreibt Schwester Thili Aeberli freundlicherweise das Protokoll. Jedermann wünscht gute Besserung.

Schwester Elisabeth Stucki bittet die Anwesenden, in einer Schweigeminute der 14 Kolleginnen zu gedenken, die wir 1976 durch den Tod verloren haben.

Alle Anwesenden erheben sich zum Gesang der ersten Strophe: Grosser Gott wir loben Dich.

Schwester Elisabeth Stucki schliesst die 84. Delegiertenversammlung um 16.50 Uhr, dankt allen für ihre Mitarbeit und ihr Mittragen, besonders ihren Mitarbeiterinnen im Zentralvorstand, und wünscht allen einen schönen Aufenthalt im Tessin.

Die Zentralpräsidentin: Elisabeth Stucki
Die Protokollführerin: Thildi Aeberli

Friedrich Walz

Kostenexplosion im Gesundheitswesen

Aus der Sicht des Volkswirtschafters

Die vor etwa 15 bis 20 Jahren einsetzende Verknappung des Arbeitskräfteangebots war eine Herausforderung an Wissenschaftler und Politiker, nach Wegen zu suchen, um diesem zunehmenden Problem zu begegnen. Die eine Möglichkeit, die Einsatzbereitschaft der Erwerbstätigen durch den Abbau des unfall- und krankheitsbedingten Ausfalls zu erhöhen, war in mehrfacher Hinsicht verheissungsvoll. Neben den humanitären Gesichtspunkten, die ohnehin für eine möglichst gute Versorgung der Bevölkerung mit Dienstleistungen des Gesundheitswesens sprechen, konnte nun auch auf die Einkommens- und Wohlstandssteigernden Auswirkungen hingewiesen werden. Mit der möglichen Zuordnung der Ausgaben

für das Gesundheitswesen in den Investitionsbereich waren auch von der Finanzierungsseite her die Weichen auf Expansion gestellt. Unter diesen Voraussetzungen war es bis vor kurzer Zeit gar nicht denkbar, die Rentabilität des Gesundheitswesens oder die langfristige Finanzierbarkeit in Frage zu stellen, ohne in den Verruf zu geraten, ein materialistischer, unmenschlicher Gegner des sozialen Fortschritts zu sein.

Das Ausmass der Kostensteigerungen
Heute geben mehrere Tatsachen zur Diskussion Anlass. Einerseits hat sich der Kostenauftrieb im Gesundheitswesen fast unerträglich beschleunigt. Wählen wir als Gradmesser für diese Entwicklung die Krankenpflegekosten je Versicherten, so ergibt sich in der Schweiz von 1960 bis 1965 eine Zunahme der Kosten um 50%, von 1965 bis 1970 um 94% und von 1970 bis 1975 gar um 105%. Unser Land stellt damit zwar keinen Sonderfall dar. So haben sich z. B. die entsprechenden Kosten in der Bundesrepublik Deutschland allein in den letzten fünf Jahren um 132% erhöht. Es ist allerdings nur ein schwacher

Trost, dass andere noch mehr unter demselben Symptom leiden, wenn 1975 jeder Versicherte 390 Franken mehr ausgeben musste als 1960, als die durchschnittlichen Krankenpflegekosten noch bei 79 Franken pro Jahr lagen.

Zur Diskussion gibt andererseits die Tatsache Anlass, dass der Kostenauftrieb im schweizerischen Gesundheitswesen viel stärker war als die Entwicklung anderer binnenwirtschaftlicher Grössen (mit Ausnahme der Ausgaben für das Bildungswesen und den Umweltschutz). Die Kostensteigerungen des Gesundheitswesens gehen weit über die durchschnittlichen Preiserhöhungen hinaus. Der überproportionale Zuwachs im Verhältnis zu den Löhnen und zum Bruttosozialprodukt ist ein Indikator für die ständig zunehmende finanzielle Belastung sowohl der Erwerbstätigen als auch der Gesamtwirtschaft. Zur Befriedigung anderer Bedürfnisse stehen immer weniger Mittel bereit.

Zudem werden die stark steigenden Kosten, selbst wenn es sich dabei, wie im Falle des Gesundheitswesens, nur um einen Teilbereich der Volkswirtschaft handelt, bei schwacher oder rückläufiger Kon-



Zur Angst vor Krankheit gesellt sich immer mehr die Angst vor den Heilungskosten. Damit hat das Gesundheitswesen beunruhigende Proportionen angenommen. Fotos: Comet

Da das Gesundheitswesen als Teil der Infrastruktur keine eigentliche Leistungsbewertung durch den Markt erfährt, bilden seine Kosten ersatzweise das Mass für die Aktivität. Heute werden also genau dieselben Zahlen als Alarmsignale interpretiert, die vor wenigen Jahren – als man noch der Meinung war: je grösser die eingesetzten Geldmittel, desto grösser der Erfolg – als positiver Leistungsausweis dienten. Nach dieser Wandlung sind sich alle darin einig, dass unbedingt etwas geschehen muss: Das Gesundheitswesen darf nicht zur Plage werden. Die sparsame Mittelverwendung ist eine moralische Forderung, die sich durchaus neben die ethische Verpflichtung der Medizin setzen lässt. Um der genannten Gefahr zu begegnen, müssen wir uns fragen, wie es überhaupt so weit kommen konnte, dass die Gesundheitskosten einen immer grösseren Teil von dem auffressen, was verdient wird.

Ursachen der Kostensteigerungen

Bei den folgenden Überlegungen wollen wir uns auf die Kosten im Gesundheitswesen selbst konzentrieren. Die wirtschaftliche Entwicklung wird also trotz ihrer Bedeutung für die Finanzierung ausser acht gelassen.

An der Verteuerung des Gesundheitswesens um das Fünffache innerhalb von 15 Jahren, was einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung um 12,7% entspricht, waren die einzelnen Bereiche sehr unterschiedlich beteiligt. Weitaus am stärksten haben die Ausgaben für die Behandlung in den Heilanstalten zugenommen. Die Ausgabenstruktur verschob sich dadurch erheblich. 1960 beanspruchten die ambulanten Behandlungskosten noch den grössten Teil (56%) der gesamten Krankenpflegekosten. 1975 gingen nur noch 45% an die entsprechenden Ärzte. Auch die Ausgaben für die Arzneimittel und die übrigen Kosten nahmen anteilmässig ab.

Solange diesen Kostenkomponenten keine Daten der entsprechenden realen Leistungsveränderungen gegenübergestellt werden können, vermag man mit einer derartigen Aufgliederung lediglich festzustellen, wo es zu den grössten Kostensprüngen kam. Jedes Werturteil über die Angemessenheit wäre verfehlt. Andererseits zeigt der Mangel an statistischen Unterlagen zur Klärung der Situation im Gesundheitswesen, dass nicht allen Beteiligten in gleichem Masse daran gelegen ist, die Zusammenhänge auf objektive Art zu durchleuchten. Die Entwicklungen, die hier für die Kostenexplosion verantwortlich gemacht werden, sind also eher verbale Argumente als statistisch quantifizierbare Ursachen.

junktorentwicklung, wie wir sie seit 1974 erleben, besonders spürbar. So hat die häufig vertretene Ansicht, dass die Grenzen der Belastbarkeit erreicht oder gar schon überschritten seien, ihren Ursprung hauptsächlich in dem in der letzten Zeit besonders stark gestiegenen Anteil der Ausgaben des Gesundheitswesens am Bruttosozialprodukt. 1973 gab die Schweiz noch 5,1% des Gesamteinkommens für die Gesundheit aus; 1975 waren es schon 6,5%, und in den kommenden Jahren wird die Belastung weiter wachsen.

Kostenexplosion

Neben der beschriebenen Erhöhung der Durchschnittskosten pro Versicherten trägt auch folgende Tatsache dazu bei, dass immer mehr Menschen die zunehmenden Belastungen zu spüren bekommen. Die Wirksamkeit der ursprünglichen Zielsetzung, durch die Übernahme der Krankenfürsorge in staatliche Obhut einen sozialen Ausgleich für Bevölkerungsgruppen mit

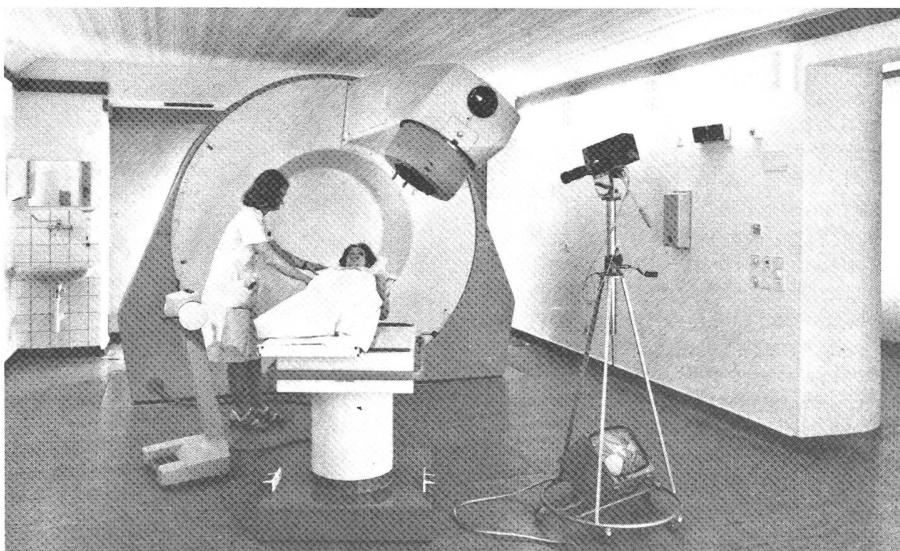
niedrigerem Einkommen zu schaffen, verflacht immer mehr. Durch die Finanzierungsschwierigkeiten verstärkt sich die Tendenz, dass jeder sich vermehrt an den steigenden Kosten beteiligen muss. Inzwischen haben sich auch berechtigte Zweifel erhoben, ob die Verbesserung und Erweiterung des Gesundheitswesens – wie ursprünglich angenommen – eine positive Wirkung auf die Wirtschaftsentwicklung ausüben. Obwohl in der Schweiz die Krankheitsfälle von 1965 bis 1975 relativ zurückgingen, wurde diese erfreuliche Entwicklung für die Wirtschaft nicht wirksam, da sich gleichzeitig die Krankheitsdauer so erhöhte, dass die Absenzen, in Tagen gemessen, pro Beschäftigten konstant geblieben sind. Die Steigerung der Aktivitäten im Gesundheitswesen diente also wohl zur Verbesserung der Lebensqualität, schlug sich aber nicht gleichzeitig in einer entsprechenden Erhöhung des Sozialprodukts nieder. Dieses Problem wird auch in Zukunft nicht nur für die Finanzierung des Gesundheitswesens, sondern für fast alle Dienstleistungen der öffentlichen Hand eine entscheidende Rolle spielen.

Der kostenintensive apparative Aufwand ist überproportional gewachsen. Bestrahlungsapparat im Kantonsspital Basel.

Foto: Kantonsspital Basel

Die Fortschritte in der Medizin haben wesentlich zur Verlängerung des menschlichen Lebens beigetragen. Die Vermutung, dass sich damit aufgrund einer gesünderen Bevölkerung eine Kostenreduktion pro Versicherten ergeben würde, erweist sich als Irrtum. Durch die Erhaltung von Leben nimmt der Anteil der Heilungsbedürftigen zu und fordert so einen immer grösseren Aufwand.

Ein anderer Faktor, der zur Erhöhung der Nachfrage nach Dienstleistungen des Gesundheitswesens führt, liegt in der gegenseitigen Abhängigkeit von Wohlstand und Gesundheit. Sowohl der Vergleich von Ländern mit unterschiedlichem Wohlstandsniveau als auch der Vergleich von Personen mit verschiedenem Einkommen oder Vermögen zeigt, dass die Ausgaben für die Gesundheit mit steigendem Wohlstand überproportional zunehmen. Von der Finanzierungsseite her ist dies erklärbar, können doch mit wachsendem Einkommen aufgestaute Bedürfnisse und teurere Dienstleistungen des Gesundheitswesens in Anspruch genommen werden. Auch die in den vergangenen Jahren fast zur Ideologie gewordene Meinung, dass die Gesundheit ein öffentliches Gut sei, dass also jeder im Krankheitsfall seine Unterstützung wie ein Grundrecht fordern kann, wirkte als stimulierendes Element auf die Nachfrage. In manchen Ländern schliesst dieser Anspruch inzwischen nicht nur das körperliche, sondern auch das seelische und soziale Wohlbefinden ein. Hinzu kommt, dass sich auch die sogenannten Vorsorgeuntersuchungen, die in manchen Ländern sogar gesetzlich verankert wurden, im Anfangsstadium kostentreibend auswirken. Der



finanzielle Vorteil durch die Verhütung von Krankheiten stellt sich erst später ein. Andere Ursachen der Nachfrageausweitung, die mit negativen Wohlstandserrscheinungen zusammenhängen, wie Arztbesuch aus snobistischen Motiven oder als Ersatzhandlung anstelle einer anderen Tätigkeit, seien hier nur erwähnt, ohne näher darauf einzutreten.

Auf der Angebotsseite liegen die Ursachen für die Ausgabenerhöhungen einerseits im Mehraufwand für die Erweiterung und die Verbesserung der Versorgung und andererseits in der Verteuerung der Dienstleistungen, wobei letztere durch Kosten-, Gewinn- bzw. Einkommenssteigerung bedingt sein kann.

Verbesserte medizinische Versorgung

Die medizinische Versorgung hat sich seit 1960 erheblich erweitert und verbessert. Im Bereich der ambulanten Behandlung stand vor 17 Jahren im Durchschnitt ein Arzt für 954 Einwohner zur Verfügung;

1975 mussten sich nur noch 804 Einwohner in einen Arzt teilen. Dabei war allerdings der Zustrom der Ärzte in die Grossstädte stärker als in die ländlichen Gebiete, obwohl dort der Bevölkerungszuwachs geringer war. Ungleich kräftiger noch ist der personelle Aufwand in den Krankenhäusern gestiegen. Schätzungen gehen von einer Verdoppelung des Personalbestands in den Heilanstalten innerhalb der letzten 15 Jahre aus. Ein anderer oft verwendeter Indikator für das mengenmässige Angebot im stationären Bereich

Kostenexplosion

des Gesundheitswesens ist die Veränderung der Bettenzahl. Von 1960 bis 1970 stieg die Einwohnerzahl so stark, dass sich trotz der Erhöhung des Bettenbestands die Relation Einwohner pro Krankenbett von 79 auf 91 verschlechterte. Durch die Verkürzung der Aufenthaltsdauer in den Pflegeanstalten konnten jedoch jedes Jahr etwa 5% mehr Kranke versorgt werden. Die überaus rege Bautätigkeit in den letzten Jahren lässt, zusammen mit dem Bevölkerungsrückgang, auch in der Schweiz die Tendenz zu Überkapazitäten im Krankenhauswesen vermuten. Die Erfahrung aus anderen Ländern zeigt, dass Leerkapazitäten eine Art Sorgwirkung ausüben. Durch die zunehmenden Krankenhaufälle oder aber auch durch die Verlängerung der Aufenthaltsdauer wird zwar verhindert, dass sich die Durchschnittskosten und damit die Spitaltarife erhöhen. An einer finanziellen Mehrbelastung ändert das jedoch nichts. Im Bereich der Arzneimittel schliesslich gestaltet sich selbst eine



Dem qualifizierten Personal mit längerer Ausbildung musste ein zeitgemässer Lohn bei zeitgemässer Arbeitszeit zugestanden werden, was die Personalkosten in die Höhe trieb.

nur oberflächliche Analyse äusserst schwierig. Hier stehen nicht einmal Indikatoren für die Entwicklung des mengenmässigen Angebots zur Verfügung.

Auch die Umstrukturierung des mengenmässigen Leistungsangebots in Richtung einer teureren Versorgung schlägt sich in Kostensteigerungen nieder. Dies geschieht z. B., wenn ein Patient von einem Arzt der allgemeinen Medizin zu einem Facharzt, von einem Spital in eine Universitätsklinik oder von einem herkömmlichen, billigen Medikament zu einem Spezialpräparat wechselt.

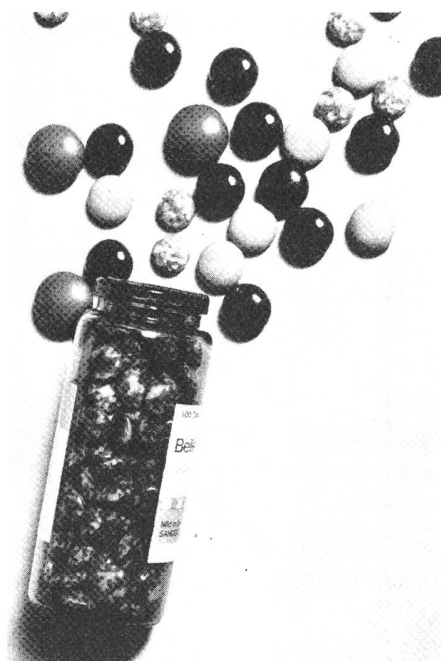
Der wohl brisanteste Punkt in der Diskussion um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen sind die Preissteigerungen der Angebotsseite, also der Ärzte, der Heilanstalten und der pharmazeutischen Industrie. Von den Beschäftigten im Gesundheitswesen wird viel Einsatzbereitschaft, eine hohe Qualifikation und ein grosses Verantwortungsbewusstsein verlangt. Das rechtfertigt auch eine gewisse Sonderstellung von der Einkommenseite her. Ein besonderes Kennzeichen der Medizin ist ferner der ständige Zwang zur Erneuerung des Wissens und der technischen Ausrüstungen. Die notwendigen Investitionen in Sachkapital und Forschung für das Gesundheitswesen überschreiten deshalb die entsprechenden Relationen anderer Bereiche. Damit sind aber die Kostensteigerungen der Angebotsseite, auch unter Berücksichtigung der günstigen Nachfragekonstellation, die einen grossen Überwälzungsspielraum schafft, nur teilweise erklärt.

Ungenügendes Kostenbewusstsein

Die Patienten werden von Ärzten ambulant und in Krankenhäusern stationär behandelt sowie von der chemischen Industrie mit Medikamenten versorgt. Bezahlt werden diese Leistungen aber nur zum Teil direkt von den Empfängern. Der weit grössere Teil (etwa 60 bis 70%) wird über die Krankenkassen, die SUVA und die öffentliche Hand (Bund, Kantone und Gemeinden) finanziert, wobei es zwischen diesen Institutionen ebenfalls wieder Querverbindungen gibt. In anderen europäischen Ländern hat diese indirekte Finanzierungsart sogar ein noch grösseres Gewicht.

Da also nicht jeder einzelne für die unterschiedlichen Leistungen entsprechend aufkommen muss, was ja den eigentlichen Sinn der Krankenversicherung ausmacht, geht das Kostenbewusstsein verloren. Das System gibt somit nicht nur keinen Anreiz, die Kostenentwicklung in Grenzen zu halten, sondern derjenige, der am meisten Kosten verursacht, erzielt den grössten Vorteil. Das Gesundheitswesen wird deshalb oft mit einem Selbstbedienungsladen verglichen, an dessen Ausgang keine Kasse steht.

Diese kostentreibenden Wirkungen, die ihre Ursache in einer durch das System begünstigten Verhaltensänderung der Versicherten haben, werden jedoch teilweise



Mit der Heilmittelflut sind auch die Heilmittelkosten angeschwollen. Ist die kostspielige Vielfalt notwendig?

zu Unrecht der Nachfrageseite zugerechnet. Der Umfang der Dienstleistungen des Gesundheitswesens wird nämlich nicht vom Patienten, sondern von den Ärzten festgelegt. Die Mediziner sind dadurch in der aussergewöhnlichen Lage, die Nachfrage nach ihrer eigenen Leistung sowie der Leistung der Krankenhäuser und der pharmazeutischen Industrie zum Teil selbst zu bestimmen. Viele Kritiker unseres Gesundheitssystems sehen darin die eigentliche Ursache der Kostenexplosion.

Das Gesundheitswesen ist ein Musterbeispiel für ein demokratisches System, das die Vor- und Nachteile verschiedener Entscheidungssysteme vereinigt. Auf der einen Seite kann das Gesundheitswesen nicht nach rein marktwirtschaftlichen Kriterien organisiert werden, weil es einfach nicht vertretbar ist, dass Menschen durch die Preisgestaltung von der ärztlichen Versorgung und medikamentösen Hilfeleistungen ausgeschlossen werden. Auf der andern Seite bleibt die konsequente Annahme der politischen Entscheidungskriterien nicht ohne Folgen. Der Ausbau des Gesundheitswesens erfolgt nach dem Maximalbedarf, mit allen Gefahren der Unterauslastung durch Konjunktur- und Bevölkerungsschwankungen.

Die bürokratische Verwaltung neigt zur Ineffizienz; alle Entscheide, die durch politische Kompromisse zustande kommen, haben inflationäre und expansive Tendenzen. Das Fehlen von Alternativen erlaubt keine Vergleichsmöglichkeiten und verhindert damit frühzeitige Korrekturen. Da nicht jeder einzelne, sondern Interessenvertreter ihren Willen bei politischen Entscheidungsprozessen manifestieren, fehlt die direkte Verbindung und Kontrolle: Der

eigentliche Wille der «Verbraucher» wird verfälscht.

So wird heute von der Blindheit der modernen Medizin gesprochen, da sowohl der Ausbau wie die Planung des Gesundheitswesens eher einen Selbstzweck verfolgen, als die eigentlichen Bedürfnisse des Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Wir scheinen tatsächlich an einem Punkt angelangt zu sein, wo wir uns nicht nur Gedanken über die ökonomischen Kosten und Erträge des Gesundheitswesens machen müssen, sondern auch darüber, wie wirksam und sinnvoll die heutige Medizin überhaupt ist. Viele Massnahmen kommen zur Anwendung, deren Nutzen nicht bewiesen ist. Die Zugeständnisse an die menschlichen Schwächen fallen uns finanziell immer schwerer. Wir können es uns einfach nicht mehr leisten, mit den zusätzlichen psychologischen Wirkungen eines jeden Mittelchens vertröstet zu werden. Eine Weiterentwicklung der Medizin, die sich nur an den eigenen Möglichkeiten orientiert, führt zwangsläufig zu einem Überfluss. Damit wächst die Gefahr der kritiklosen Verteilung und des unbedachten Konsums, was den Sinn der Medizin, die Gesundheit des Menschen zu erhalten, ins Gegenteil verkehren könnte.

Massnahmen gegen die zunehmenden Kosten

Patentrezepte zur Eindämmung der Kostenflut im Gesundheitswesen gibt es sicher nicht. Entsprechend den beschriebenen Ursachen sind eine Vielzahl von Massnahmen zur Bekämpfung weiterer Kostensteigerungen denkbar. Im ambulanten Bereich verspricht man sich vor allem von einer Trennung der Aktivitäten Vorteile. Die technischen Leistungen können wesentlich kostengünstiger von marktwirtschaftlich orientierten Instituten mit gewerblichem Charakter erbracht werden. Durch eine Veränderung der Tarifgestaltung könnten die Ärzte ihre Tätigkeit, die sich bisher infolge der Jagd nach Krankenscheinen verzettelte, effizienter gestalten.

Kostenexplosion

Im stationären Bereich könnten durch Quervergleiche der Betriebskosten wertvolle Orientierungshilfen gewonnen werden. Ferner würde die Infragestellung der Finanzierung des bisher mehr oder weniger automatischen Defizitausgleichs zum wirtschaftlicheren Denken anregen. Eine nationale wie internationale Koordinierung der Investitionsplanung sollte zudem im Gesundheitswesen zur Selbstverständlichkeit werden. Mit Hilfe von neuen Verpackungseinheiten sollte versucht werden, dem Problem besser Herr zu werden, dass etwa ein Drittel aller verordneten Arzneimittel unbenutzt weggeworfen werden. Auch die Reduzierung der Anzahl der

Medikamente könnte zu Kostenersparnissen führen. So gibt es in Schweden nur etwa halb so viele Medikamente wie in der Schweiz.

Auf der Finanzierungsseite könnten zwar degressive Vergütungen zu einer kostengünstigeren Krankenversorgung beitragen. Durch eine Verkürzung der ambulanten und stationären Behandlung ergäben sich aber andere negative Auswirkungen. Einschneidenden Massnahmen zur Förderung des Gefühls der Eigenverantwortlichkeit für die Gesundheit durch die Erhöhung der Kostenbeteiligung sind ebenso Grenzen gesetzt wie den autoritären Massnahmen, die den Aktivitätsspielraum der Anbieter von Leistungen des Gesundheitswesens zu stark einengen. Wenn wir vom Weiterbestehen unserer demokratischen Grundordnung ausgehen, wird das Gesundheitswesen den Charakter eines pluralistischen Entscheidungssystems bewahren. Das bedeutet, dass vor allem die Zusammenarbeit zwischen Interessenvertretern der Nachfrageseite und den Anbietern von Leistungen des Gesundheitswesens grundlegend verbessert werden muss. Einen Konsens zu finden, ist deshalb so wichtig, weil es keine objektiven Kriterien für die tatsächlichen Bedürfnisse gibt und die Nachfrager immer stärker durch Reklame und Ideologie in ihrer Haltung beeinflusst werden. Oberste Zielsetzung der medizinischen Aufklärungsarbeit müsste es sein, den Menschen keine

Kostenexplosion

neuen Ängste durch die Schilderung aller möglichen Krankheiten und ihrer Folgen zu bringen, sondern stärker ins Bewusstsein zu rufen, dass auch mit einer gewissen Einschränkung des idealen Gesundheitszustandes das Dasein durchaus positiv zu bewältigen ist. Mit der Einsicht, dass Gesundheit nicht unbedingt machbar, sprich käuflich ist, wächst auch das Verständnis, dass ein Mehr an Dienstleistungen des Gesundheitswesens den fehlenden Verzicht auf ein gesundheitsschädigendes Verhalten nicht aufwiegt.

Krankenpflegekosten je Versicherten nach Kostenkomponenten

Jahr	Ärztliche Behandlung	Arzneimittel	Behandlung in Heilanstalten	Übrige Kosten	Total
Index					
1960	100	100	100	100	100
1975	478	486	1223	443	596
Anteil in %					
1960	56,0	25,8	15,6	2,6	100,0
1975	45,0	21,1	32,0	1,9	100,0

Quelle: P. Gygi, Das schweizerische Gesundheitswesen in der Bewährung.

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen wirtschaftlichen Grössen

Jahr	Krankenpflegekosten je Versicherten	Konsumtenpreise	Durchschnittliche Stundenverdienste der Arbeiter	Brutto-sozialprodukt
Indices, 1960 = 100				
1965	150	117	144	162
1970	291	139	201	253
1975	596	201	345	389

Quelle: P. Gygi, Das schweizerische Gesundheitswesen in der Bewährung; eigene Berechnungen.

Aldo Buser, Verwaltungsdirektor des Kantonsspitals Basel

Eindämmung der Kostenflut – aber wie?

Die Schweiz steht dem Problem der hohen Kosten des Gesundheitswesens nicht allein gegenüber; vielmehr bekunden mehr oder minder ausgeprägt alle westlichen Industrienationen Mühe, damit fertig zu werden. An Kongressen und Symposien ist das Thema behandelt worden, Autoren haben Bücher verfasst, in Parteiprogrammen erscheinen Thesen zur Gesundheitspolitik. Für Systemveränderer ist es eine willkommene Gelegenheit, um «nachzuweisen», dass unsere Gesellschaft nicht in der Lage ist, solche Probleme zu meistern. Wieder andere sehen die Lösung in einer Zentralisation des Gesundheitswesens und somit dieses als

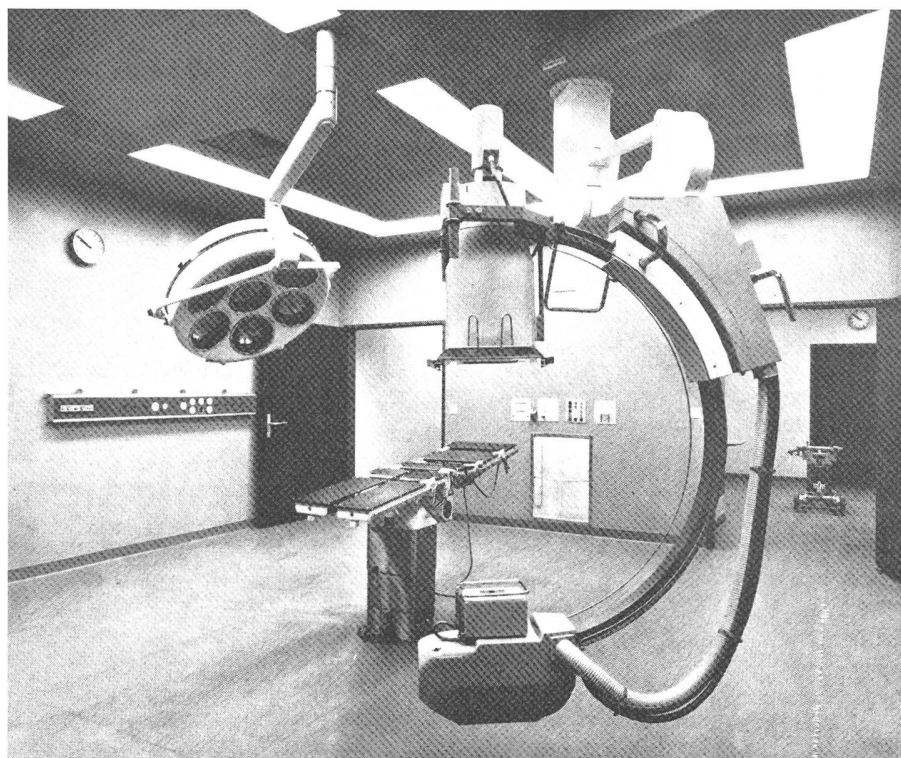
Bundesaufgabe. Eine neue Art von Technokraten ist entstanden, die nach Kontrollen aller Art rufen; der hierfür bereitzustellende Apparat würde sicher Mehrkosten verursachen, ohne Gewähr zu bieten, damit auch nur einen Rappen einzusparen.

Medizinischer Fortschritt schafft Probleme

Wie ist es überhaupt zu dieser Situation gekommen? Noch Anfang des 19. Jahrhunderts lag die durchschnittliche Lebenserwartung eines Neugeborenen bei knapp über 30 Jahren; heute beträgt sie mehr als 70 Jahre. Vor noch nicht allzu langer Zeit stand der Mensch fast machtlos der hohen Säuglingssterblichkeit und den Krankheiten und damit auch einem frühen Tod gegenüber. Die Überlebenschance eines kranken Menschen war verhältnismässig gering. Mit dem Einzug der Naturwissenschaften in das medizinische Denken, der Entwicklung von immer besseren medizintechnischen Apparaten und den Erfolgen mit pharmazeutischen Präparaten stellten sich Fortschritte in der Medizin ein, welche heute die Heilung gefährlicher Krankheiten oder Verletzungen und die Verhütung von Krankheiten erlauben. Die Forschung deckt immer weitere, faszinierende Möglichkeiten auf; nur vergisst man darob leicht, dass der Fortschritt auch einen Preis hat. Als Beispiel sei die Knochenmarkstransplantation erwähnt, mittels welcher es

Im Kantonsspital Basel werden mehrere solcher ultramodernen Operationssäle zur Verfügung stehen, nebst weiteren Räumen wie Vorbereitung, Aufwachsraum usw.

Foto: Kantonsspital Basel



mit steigendem Erfolg gelingt, aplastische Anämie und akute Leukämie zu heilen. Die Kosten für eine solche Transplantation liegen zwischen 40 000 und 80 000 Fr., ohne Berücksichtigung der erforderlichen Investitionen. Ist das zuviel, um ein hoffnungsvolles junges Leben vor dem sicheren Tod zu retten? Der Fortschritt beseitigt Probleme, schafft aber zugleich neue Probleme, von denen wir heute wohl kaum behaupten können, wir hätten sie im Griff. Es sei hier nur auf die Probleme des alternden Menschen, von der Sicherung seiner Existenz bis hin zur höheren Morbidität, hingewiesen. Nach weitverbreiteter Meinung haben wir die Grenzen unserer finanziellen Möglichkeiten erreicht, nach Meinung vieler jedoch bereits überschritten.

Aufteilung des Gesamtaufwandes

In einer Studie über das schweizerische Gesundheitswesen haben P. Gygi und H. Henny den Gesamtaufwand für das Jahr 1973 mit 6798 Mio. Fr. ermittelt. Dieser Betrag entspricht 5,1 % des Brutto-sozialproduktes und 9,6% der Summe des AHV-Erwerbseinkommens desselben Jahres. Diese Zahlen vermögen nicht auszusagen, ob der Aufwand für das Gesundheitswesen noch erträglich ist. Vergleiche mit anderen westlichen Ländern zeigen, dass wir in der Schweiz mit diesem Anteil gut dastehen, was angesichts des hohen Standards unserer medizinischen Versorgung auf eine relative Wirtschaftlichkeit unseres Systems schliessen lässt. Vom Gesamtaufwand entfielen auf die Spitäler 3536 Mio. Fr. (inkl. Investitionen), die Ärzte 1509 Mio. Fr., den Heilmittelverkauf 1060 Mio. Fr. (ohne Abgabe in Spitälern) und die Zahnärzte 600 Mio. Fr. Aus diesen Zahlen ist ersichtlich, dass mehr als die Hälfte des Gesamtaufwandes von den Spitälern verursacht wird. Davon werden 1860 Mio. Fr. von den Kantonen und Gemeinden direkt sowie je etwas über 600 Mio. Fr. von den Krankenkassen, den Selbstzahlern und den Privatversicherten getragen. In den Rest teilen sich die eidgenössischen Versicherungen und der Bund. Hier zeigt sich nun, wo der Schuh eigentlich drückt. Es sind vor allem die Kantone und die Gemeinden, welche die Defizite ihrer Spitäler zu tragen haben und angesichts der auch auf anderen Gebieten stark gewachsenen Ausgaben in zunehmender Weise in Finanzschwierigkeiten geraten. Es ist Mode geworden, die Kosten des Gesundheitswesens, insbesondere aber die Spitälerkosten, für das wachsende Ungleichgewicht der öffentlichen Finanzen verantwortlich zu machen. Das Hätschelkind der sechziger Jahre ist plötzlich zum Prügelnknaben der siebziger Jahre geworden, was bei einer näheren Betrachtung der Ausgabenentwicklung der öffentlichen Haushalte im Verlaufe der letzten 10 bis 15 Jahre nicht zu rechtfertigen ist. Andere Aufgabenbereiche der öffentlichen Hand weisen in diesem Zeitabschnitt höhere Wachstumsraten auf. Damit soll zum Aus-

Spitalbauten ohne Ende? Oder ist ein Ende in Sicht? Zürcher Stadtspital Triemli. Foto: Comet



druck gebracht werden, dass die Situation nicht dramatisiert werden sollte; andererseits ist nicht zu verkennen, dass Besinnung notwendig und wirksame Massnahmen erforderlich sind, um die Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen.

Selbstkritische Einstellung erforderlich

Das Gesundheitswesen stellt ein komplexes System dar, das von einer Vielzahl von Komponenten beeinflusst wird. Zwischen diesen an sich weitgehend autonomen Komponenten bestehen starke Interdependenzen in dem Sinne, dass Massnahmen, die sich ausschliesslich auf eine der Komponenten beziehen, nicht in allen Teilen überschaubar und kontrollierbare Auswirkungen bei den anderen auslösen. Ohne Anspruch auf Vollzähligkeit zu erheben, seien folgende Komponenten erwähnt:

- Angebot: Freipraktizierende Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Spitäler, Labors und therapeutische Institute.
- Nachfrage: Die gesamte Bevölkerung in Einstellung und Verhalten gegenüber ihrer Gesundheit bzw. ihren Krankheiten.
- Finanzierung: Selbstzahler, Krankenkassen, private Versicherungsgesellschaften, eidg. Sozialversicherungen und öffentliche Hand.
- Behörden: Legislative und Exekutive. Allein diese grobgefächerte Darstellung zeigt deutlich, von wieviel Einzelverhalten

zu leisten, zu lösen sind. Dabei bedarf es eines hohen Masses an selbstkritischer Einstellung, gilt es doch möglicherweise mit herkömmlichen Konzepten aufzuräumen, sogenannte legitime Forderungen in Frage zu stellen – und dies in erster Linie im eigenen Interessenbereich.

Man darf mit Genugtuung feststellen, dass diese Einsicht allmählich Platz greift. So sind im vergangenen Jahre von der Verbindung der Schweizer Ärzte, vom Konkordat der schweizerischen Krankenkassen und vom Verband der schweizerischen Krankenanstalten (VESKA) sowohl getrennt als auch anlässlich einer gemeinsamen Veranstaltung eindeutige Erklärungen in dieser Richtung abgegeben worden. Damit ist wohl der Weg freigelegt für ein koordiniertes Vorgehen.

Die Lage im Spitalbereich

Die Tabelle auf Seite 111 gibt Auskunft, wie sich die Spitälerkosten zusammensetzen. Zur Aussagefähigkeit dieser Zahlen, die sich auf die von der VESKA-Statistik erfassten Akutspitäler (durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten unter 30 Tage) beziehen, sind gewisse Vorbehalte anzubringen. Es betrifft dies insbesondere die Position «Ersatz, Neuanschaffungen, Abschreibungen, Unterhalt und Reparaturen»; im Wissen um die verschiedenartigen Buchungs- und Abrechnungsvorschriften in den schweizerischen Spitälern stellt sich diese Position in Tat und Wahrheit höher, so dass die Prozentzahlen der übrigen Rechnungspositionen zu hoch ausgewiesen sind. Ungeachtet davon machen die Personalkosten mit Abstand den grössten Teil des Gesamtaufwandes aus. Das ist für einen ausgesprochenen Dienstleistungsbetrieb nicht überraschend. Bedenklicher stimmt, dass deren Anteil in den letzten Jahren stark gestiegen ist. Als Gründe für diese Entwicklung sind die Personalvermehrung infolge zunehmender Spezialisierung und Anpassung der Ar-

Kostenexplosion

und -entscheiden das Gesundheitswesen beeinflusst wird. Eingedenk dieses Sachverhaltes bedarf es wohl auch keiner grossen Phantasie, um einzusehen, dass die anstehenden Probleme nur durch ein Bemühen bei allen Komponenten, einen Beitrag an die erforderlichen Einsparungen

beitszeit an das landesübliche Mass sowie die Angleichung der Spitallöhne an das allgemeine Lohnniveau zu nennen.

Auch wenn man die Notwendigkeit der Anpassung der Löhne und der Arbeitszeit an die tatsächlichen Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt kaum ernsthaft bestreitet, fragt es sich, ob man hinsichtlich der Spezialisierung nicht zu weit gegangen ist. Wohl steht diese in einem gewissen Zusammenhang mit der zunehmenden Technisierung der Medizin, doch vermag man sie nicht ausschliesslich damit zu erklären. Hier ist unter dem Begriff «Qualitätsverbesserung» gesamthaft gesehen einiges gesündigt worden und demzufolge eine kritischere Einstellung in dieser Beziehung notwendig.

Die ab und zu geäusserte Meinung, es sei der erreichte Standard zu senken, ist speziell in einem qualitätsbewussten Land wie der Schweiz eine Utopie. Hingegen ist die Frage berechtigt, ob die Qualität der angebotenen Medizin wirklich so eng mit der Technisierung und Spezialisierung zusammenhängt, wie man in den letzten Jahren anzunehmen bereit war. Steht die Qualität nicht eher im Zusammenhang mit den Menschen, die an einem Spital tätig sind, nämlich mit ihrer Motivation, ihrem Einsatz und ihrem Verantwortungsbewusstsein? Es ist somit die Frage zu stellen, ob die Tendenz, in jedem Spital teure Apparaturen anzuschaffen und Spezialisten anzustellen, richtig ist. Drängt sich nicht gerade auf diesem Gebiet eine regionale, eine interkantonale und in ausgewählten Fällen sogar eine landesweite Zusammenarbeit auf? Nicht Prestigegedenken, sondern wirtschaftliche Vernunft muss bei diesen Fragen Platz greifen; dies um so mehr, als eng damit auch qualitative Gesichtspunkte (z. B. Arbeitsqualität) verbunden sind. Es gilt, mit aller Klarheit – und dies ungeachtet der Proteste, die damit ausgelöst werden – festzuhalten, dass in den beiden letzten Jahrzehnten eine auf Aufgabenteilung beruhende Spitalgliederung durchbrochen worden ist und noch immer durchbrochen wird – mit den ökonomischen Folgen, die heute nur allzu bekannt sind.

Was ist zu tun?

Prof. Cottier hat in seiner Präsidialansprache anlässlich der 44. Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin den Begriff der massvollen Medizin geprägt und dazu folgendes gesagt: «Beim Begriff «massvoll» geht es nicht nur um ökonomische Aspekte, sondern auch um die Ausgewogenheit ärztlich-medizinischen Wirkens auf allen Stufen sowie um die Ausgewogenheit der Bedürfnisse des «Konsumenten», des Patienten nämlich.»

Es geht somit im Grunde genommen um eine Mentalitätsänderung, und nur mittels einer solchen wird es gelingen, die sicher zu Recht kritisierte Entwicklung – wenn

auch in Form und Ton übertrieben – zu fassen. Mit dieser Feststellung sollen die gemachten Einsparungsvorschläge nicht in Frage gestellt, jedoch deutlich zum Ausdruck gebracht werden, dass damit bisher nur Symptome, aber nicht die Ursachen angegangen worden sind. Im Sinne der vorstehenden Ausführungen wäre es erwünscht, wenn die Schweizerische Sanitätsdirektoren-Konferenz – und dies obwohl sie keine Weisungsbefugnis hat – sich als oberstes Koordinationsorgan und Motor für die Durchsetzung des Gedankens einer massvollen Medizin einsetzen liesse. Ihre Aufgaben bestünden darin, einen Konsens zu erreichen, Aufklärung zu betreiben und gezielte Aktionen einzuleiten. Die Einsicht und die Bereitschaft zur

Kostenexplosion

aktiven Mitarbeit ist in wachsendem Masse vorhanden – Organisationen, die sich dazu einspannen lassen, ebenfalls. Was notwendig ist, ist eine koordinierende Stelle. Eine grosse Verantwortung liegt zweifellos auch bei den Ausbildungszentren, d. h. in erster Linie bei den schweizerischen Universitätskliniken. Was der angehende Arzt dort mitbekommt, trägt er schliesslich in sein zukünftiges Tätigkeitsgebiet hinaus, sei es in die ärztliche Praxis, sei es in ein Spital. Wird an unseren Ausbildungszentren ausreichend darauf aufmerksam gemacht, dass die ärztlich-pflegerische Tätigkeit durchaus mit einem wirtschaftlichen Verhalten vereinbar ist? Hier besteht sicher noch eine Lücke, die es zu schliessen gilt. Die Spitalverwaltungen müssen dazu ihren Beitrag leisten und die ökonomisch relevanten Zahlen so präsentieren, dass sie vom wirtschaftlichen Laien verstanden und in seine Tätigkeit einbezogen werden können. In diesem Sinne ist dem Ausbau des Spitalrechnungswesens die gebührende Beachtung zu schenken und insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass die Kosten der erbrachten Leistungen so klar wie möglich zum Ausdruck gebracht werden.

Die vorstehenden Ausführungen bezwecken nicht, den gesamten Problembereich in allen seinen Einzelheiten auszuleuchten. Vielmehr ist es darum gegangen, Denkanstösse zu vermitteln und zu zeigen, wo und wie die Probleme in Wirklichkeit liegen.

Für die laufenden Diskussionen gilt es, daran zu erinnern, dass unser Gesundheitswesen in einer Bewährungsprobe steht. Je nach dem Verhalten der darin Involvierten kann diese aufgrund ökonomischer Zwänge zu zentralistisch-bürokratischen Lösungen führen – mit dem Verlust der heute noch weitgehend intakten Entscheidungsfreiheit des einzelnen. Es ist angezeigt, nach der Euphorie der vergangenen Zeit nicht in Hysterie zu verfallen,

sondern Lösungen nach Massgabe des gesunden Menschenverstandes zu suchen.

Zusammensetzung der Spitalkosten (1975)

Art des Aufwands	in 1000 Fr.	in %
Besoldungen und Sozialleistungen	1 977 766	70,5
Medizinischer Bedarf	277 299	9,9
Lebensmittel	101 295	3,6
Haushalt	65 059	2,3
Ersatz, Neuanschaffungen, Abschreibungen, Unterhalt und Reparaturen der Immobilien und		
Mobilien	162 815	5,9
Energie und Wasser	67 017	2,4
Miet- und Kapitalzins	68 084	2,4
Büro- und Verwaltungsspesen	56 902	2,0
Übriger Aufwand	28 804	1,0
Total	2 805 041	100,0

Max Schäuble, Direktor der Basler Versicherungsgesellschaft

Kostenexplosion: Ein Problem für die private Krankenversicherung

Seit 1960 ist im schweizerischen Gesundheitswesen eine beunruhigende Entwicklung festzustellen. Die Kosten der medizinischen Versorgung stiegen in diesem Zeitraum gegenüber der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung überdurchschnittlich stark und beanspruchen somit einen immer grösseren Teil der Erwerbseinkommen. Der Kostenauftrieb war in den einzelnen Bereichen der medizinischen Behandlung unterschiedlich, wobei die höchste Teuerungsrate im Spitalsektor zu verzeichnen war.

Private Krankenversicherung benachteiligt

Für die private Krankenversicherung ist die Kostenaufblähung im Gesundheitswesen zu einem ständigen, schwierigen Problem geworden. Als Versicherungsträger hat sie die Aufgabe, die bei Krankheit der Versicherten anfallenden Kosten zu übernehmen. Auf die Kostenursachen und die Preisbildung hat sie aber keinen Einfluss. Ihre Versicherten werden beim Arzt als Privatpatienten behandelt und im Spital auf der Privatabteilung gepflegt. In diesen Bereichen gibt es keine Tarifverträge, die es der privaten Krankenversicherung er-

möglichen würden, auf die Preisgestaltung Einfluss zu nehmen. In einigen Kantonen bestehen zwar Richtlinien oder Rahmen-tarife für die Behandlung von Privat-patienten; sie werden aber einseitig von den betreffenden kantonalen Ärztesell-schaften aufgestellt. Die Spitäler bzw. die Kantone als Spitalträger legen die Tages-taxen für die Privatabteilungen ebenfalls einseitig fest, wobei seit Jahren die Ten-denz besteht, die Preise kostendeckend zu gestalten, im Gegensatz zu den Taxen der Allgemeinabteilungen, die aus sozialen Erwägungen stark verbilligt werden. In dieser Beziehung befinden sich die Kran-kenkassen in einer günstigeren Lage, da sie ein Mitspracherecht bei der Fest-setzung der Arzt- und Spitaltarife haben. Für die Arzttarife sieht z. B. das Gesetz eine vertragliche Regelung zwischen den kantonalen Ärztesellschaften und den Krankenkassen vor. Nur wenn kein Vertrag zustande kommt, wird der Tarif von der Kantonsregierung festgelegt. Auch die Spitaltarife für Krankenkassenmitglieder werden zwischen den Spitälern und den Kassen vertraglich geregelt, wenigstens in bezug auf die Allgemeinabteilung. Unter diesen Umständen ist es nicht verwunder-lich, dass sich die Teuerung bei der Privat-versicherung noch stärker auswirkt als bei den Krankenkassen.

Folgen der Kostenexplosion

Welche Folgen hatte nun die Kostenexplor-sion und wie wurden die Auswirkungen bewältigt? In diesem Zusammenhang erga-ben sich vor allem zwei Probleme: Einer-seits war dafür zu sorgen, dass den Ver-sicherten trotz der Teuerung ein ausrei-chender und lückenloser Schutz erhalten blieb, und andererseits musste das Gleich-gewicht zwischen Einnahmen und Aus-gaben sichergestellt werden.

In der privaten Krankenversicherung ist es möglich, den Versicherungsschutz den persönlichen Bedürfnissen und Ansprü-chen anzupassen. Aus diesem Grund wird dem Versicherten ein umfangreicher Kata-log von abgestuften Leistungen ange-boten. Sowohl für die ambulante ärztliche Behandlung wie für die Spitalpflege kann unter zahlreichen Varianten mit unter-schiedlichen Höchstleistungen gewählt werden. Infolge der starken Teuerung trat

Kostenexplosion

nun in den vergangenen Jahren oft eine Unterversicherung ein, d. h. die einmal ver-sicherten Leistungen wurden durch den Anstieg der Heilungskosten ungenügend. Mit der Schaffung neuer Leistungsvarian-ten und mit wiederholten Anpassungen be-stehender Versicherungen ist es aber gelungen, die Entwertung des Versiche-rungsschutzes zu verhindern. Ferner wur-den neue Versicherungsformen entwickelt,

Wäre es Ihnen vielleicht so recht?

die entweder nur noch eine sehr hohe Gesamtbegrenzung vorsehen oder ganz auf eine summenmässige Beschränkung verzichten. Es darf somit festgestellt wer-den, dass das Problem, jedem Versiche-ten trotz der massiven Teuerung einen ge-nügenden Schutz zu gewährleisten, ein-wandfrei gelöst werden konnte.

Massnahmen zur Erhaltung des finanziellen Gleichgewichts

Infolge der Kostenzunahme musste die private Krankenversicherung auch Vor-kehrungen treffen, um das notwendige Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben jederzeit zu garantieren. In dieser Beziehung standen ihr verschie-dene, mehr oder weniger wirksame Mittel zur Verfügung:

1. Bei steigender Schadenbelastung in-folge der Teuerung bleibt dem Versiche-rungsträger meist nichts anderes übrig, als die Prämien den neuen Verhältnissen an-zupassen. In den vergangenen Jahren musste die private Krankenversicherung, wie übrigens auch die Krankenkassen, öfters von dieser Massnahme Gebrauch machen. Heute hat aber die Prämienbelas-tung pro Haushalt ein Ausmass erreicht, das auch für den Mittelstand an der oberen Grenze liegt. Sollten die Kosten des Gesundheitswesens weiterhin überdurch-schnittlich steigen, so wird es in Zukunft schwierig sein, bei der Krankenversiche-rung den Ausgleich durch entsprechende Prämien erhöhungen zu finden.

2. Als zweckmässige Alternative zur Prä-mienanpassung kann die höhere Kosten-beteiligung der Versicherten betrachtet werden. Freilich ist die Beteiligung des Versicherten an den Schadenkosten nicht beliebt. Da sie aber eine Entlastung auf der Prämien-seite bewirkt, wird dieser Weg in letzter Zeit immer mehr gewählt. Zunächst ist die prozentuale Selbstbeteiligung zu er-wähnen. Bei dieser Form hat der Kranke einen bestimmten Prozentsatz – heute oft 10% – der Heilungskosten selbst zu tragen. Meist wird ein Höchstbetrag der Selbstbeteiligung festgelegt, um bei sehr hohen Behandlungskosten die Versiche-ten nicht allzu stark zu belasten. Der pro-zentuale Selbstbehalt ist in erster Linie in

der Spalkosten-Versicherung bekannt. Eine andere Form der Selbstbeteiligung ist der Mindestselbstbehalt, die sogenannte Franchise. Eine solche wird in der Regel für die ambulante Behandlung vorgesehen. Sie hat vor allem den Zweck, die Prämien-belastung auf einem tragbaren Niveau zu halten. Einmal wird die Versicherung nicht mehr durch Bagatellfälle belastet, und zwar weder durch die entsprechenden Schadenzahlungen noch durch die admini-strativen Umtriebe. Sodann fördert die Franchise das Kostenbewusstsein der Versicherten und beeinflusst damit das subjektive Risiko. Die Beteiligung an den Kosten vermindert bekanntlich die Gefahr einer Überbeanspruchung von Versiche-rungsleistungen wesentlich. Selbstver-ständlich wirkt diese Bremse nur dann, wenn die Franchise so angesetzt ist, dass sie den Versicherten im Schadenfall spür-bar belastet. Es werden daher immer mehr Versicherungsformen mit relativ hohen Franchisen angeboten. Wer davon Gebra-uch macht, hat wohl die allfälligen Krankheitskosten bis zu einem von ihm ge-wählten Betrag selbst zu berappen, profi-tiert aber andererseits von einer stark verbil-ligten Prämie und ist trotzdem gegen hohe und höchste Behandlungskosten ge-schützt. Es ist zu erwarten, dass sich die private Krankenversicherung unter dem Druck der Teuerung im Heilungskosten-ktor mehr und mehr zu einer Gross-risiko-Versicherung entwickelt. In einer Branche mit sehr hoher Schadenfrequenz ist die Entschädigung von Bagatellfällen auch kaum sinnvoll.

3. Wie schon erwähnt, hat die Privatver-sicherung keinen direkten Einfluss auf die Preisgestaltung im Medizinalsektor. Sie kann aber nachträglich die Arzt- und Spitalrechnungen auf ihre Angemessen-heit überprüfen. Im Falle übertriebener Honorarforderungen ist es möglich, die Rechnungen durch die Honorarprüfungs-stellen der kantonalen Ärzteorganisatio-nen kontrollieren zu lassen. Diese Kontroll-stellen mussten in den letzten Jahren vermehrt beansprucht werden. Der Erfolg hält sich allerdings in bescheidenem Rahmen. Eine Verbesserung könnte erzielt werden, wenn alle kantonalen Ärztesellschaften Rahmentarife für die Behandlung von Privatpatienten aufstellen würden.

Das Übel an der Wurzel packen

Die Kostenexplosion im Gesundheitswe-sen – die übrigens auch im Ausland grosse Sorgen bereitet – nimmt für die soziale und private Krankenversicherung immer be-drohlichere Formen an. Es ist daher von äusserster Dringlichkeit, dass dieser un-heilvollen Entwicklung mit allen zur Verfü-gung stehenden Mitteln Einhalt geboten wird. Möglichkeiten, das Übel an der Wurzel zu fassen, sind vorhanden, und ge-eignete Massnahmen werden gegenwärtig geprüft. Für den Spitalsektor, der bisher den stärksten Kostenanstieg aufwies, sind Untersuchungen und Gespräche im

Gänge, um wirksame Einsparungen zu erzielen. Hauptziele sind einmal eine interkantonale Koordination der Spitalversorgung, womit eine bessere Kapazitätsauslastung der Heilanstalten erreicht werden sollte. Ferner sind für Chronischkranke geeignete Hospitalisierungsmöglichkeiten zu schaffen und die Hauspflege zu fördern, weil damit die teuren Akutspitäler entlastet werden können. Gleichzeitig wird die Konzentration der Spitzenmedizin auf einige wenige Zentren angestrebt. Auf dem Gebiet der ambulanten ärztlichen Behandlung werden schliesslich ebenfalls Anstrengungen zur Kostenverminderung unternommen.

Diese Artikel haben wir der Zeitschrift «Der Monat in Wirtschaft und Finanz» 1977/3 des Schweizerischen Bankvereins entnommen.

Errichtung eines Internationalen Kollegiums für medizinische Sophrologie in Neuenburg

Zahlreiche Ärzte und Sophrologen aus ganz Europa nahmen an der offiziellen Gründung des Internationalen Kollegiums für medizinische Sophrologie teil, die am 22. Januar in Neuenburg stattfand.

Das neue Kollegium ist eine Dachorganisation, der die verschiedenen Landeskollegien in der Schweiz (die Gründung erfolgte ebenfalls am 22. Januar), Deutschland, Italien, Frankreich, Spanien, Südamerika usw. unterstehen, die nach den gleichen Grundsätzen errichtet wurden. Der Sitz des Internationalen Kollegiums wird Lausanne sein; Präsident ist Dr. J. J. Jatton, Prangins, Vizepräsident Dr. Dumont, Genf, und Dr. Abrezol, Lausanne, ist Sekretär.

Präsident der Sektion Schweiz, deren Sitz sich in La Chaux-de-Fonds befindet, ist Dr. de Wyss, St-Aubin, Prof. Hahn aus Genf wird Vizepräsident sein und Dr. Chenaux aus Zürich der Sekretär.

Die Sophrologie wurde vor 15 Jahren von Professor Caycedo in Spanien begründet und gewinnt immer grössere Bedeutung. Sie hat sich sowohl in Südamerika als auch in Europa als eine wahre medizinische Revolution erwiesen.

Die Sophrologie untersucht die psychologisch, physisch und chemisch hervorgerufenen Veränderungen der menschlichen Bewusstseinsvorgänge sowie deren therapeutische Anwendungsmöglichkeiten der Medizin. Ihre Methoden, die in völligem Einklang mit den heutigen medizini-

schen Erkenntnissen stehen, ermöglichen die Erhaltung oder Wiedererlangung von Gleichgewicht und Gesundheit dank dem besseren Verständnis der eigenen Persönlichkeit.

Gezielte Entspannungsmethoden vermitteln dem Patienten ein intensives Erleben der sich in ihm abspielenden körperlichen und psychischen Vorgänge. Diese neue Bewusstwerdung öffnet die Horizonte der gesamten psychosomatischen Medizin. Als integrierender Bestandteil des Arsenal der Medizin besitzt die Sophrologie eine ausgeprägte vorbeugende Wirkung. Die mit ihrer Hilfe erlangte Einstellung gestattet, mit viel weniger Medikamenten auszukommen, und die daraus folgende geringere Belastung der Krankenkassen hat direkte Auswirkungen auf die Allgemeinheit.

Die Kollegien veranstalten regelmässig Kurse für Ärzteschaft und verwandte Berufe.

Seit 1975 besteht in La Chaux-de-Fonds eine Vereinigung für Sophroprophylaxe, die allgemein zugängliche Kurse organisiert. Diese Kurse werden von einer Medizinalperson geleitet. Die Ergebnisse sind als sehr positiv zu bewerten, da der Medikamentenverbrauch nach den Kursen erheblich zurückgegangen ist.

2,24 Millionen für Naturschutz im eigenen Land

16 Natur-, Tier- und Umweltschutzorganisationen aus der Schweiz und Liechtenstein haben im Herbst 1976 an der grossen Sammelaktion «Pro Natura Helvetica» teilgenommen. Durch die Hilfe ihrer Mitglieder, von Schulkindern und vielen Freiwilligen sind erfreuliche 2,24 Millionen Franken zusammengekommen. Damit sind für die nächsten drei Jahre Pflege und Unterhalt der bestehenden Pro-Natura-Helveticaschutzgebiete gesichert; eine Million Franken kann für den Erwerb wertvoller Gebiete eingesetzt werden. Und auch für die beiden dieses Jahr eröffneten Erziehungszentren – das Naturschutzzentrum Aletschwald des Schweizerischen Bundes für Naturschutz und das Schweizerische Zentrum für Umwelterziehung des WWF in Zofingen – stehen nun weitere notwendige Mittel zur Verfügung.

Die Organisatoren der Sammelaktion, der SBN und der WWF, sind vom Ergebnis sehr befriedigt; das anvisierte Ziel von 2,5 Millionen Franken dürfte bald erreicht sein.

Schwimmen spielend leicht gemacht

Für ängstliche oder für (noch) Nichtschwimmer, aber auch für fanatische Wassersportler gibt es neuerdings eine gerade-

zu sensationelle Erfindung: Vlabeta, die aufblasbare Schwimmhaube! Sie umschliesst den Kopf bis hinunter zu Hals und Nacken und lässt nur das Gesicht frei. Der Kopf ist also rund herum durch eine tragende Luftblase gestützt; ein Untergehen ist dadurch weder in Rücken-, noch in Seitenlage und nicht einmal in Bauchlage möglich. Beim Schwimmenlernen hält Vlabeta den Schüler besser als die Hand des Lehrers unter dem Kinn und hilft dem Neuling, sich ohne jede Angst mit dem ihm bisher so unsicher scheinenden Element vertraut zu machen.

Besonders gut eignet sich Vlabeta für Leute, die aus therapeutischen Gründen viel schwimmen sollten (Rheumakranke, Gelähmte, Teilamputierte usw.). Die weiche Kraft des Wassers verschafft ja gerade Behinderten die Wohltat der entspannten Bewegung; das Körpergewicht, das ihnen an Land so zu schaffen macht, ist im Wasser um ein Mehrfaches verringert. Mit der neuen Schwimmhaube können auch schwer Behinderte viel mehr in den Genuss dieser heilsamen Therapie kommen, da die Haube so gut trägt, dass eine Begleitperson nicht mehr nötig ist.

Vlabeta hat zwei voneinander unabhängige Luftkammern und ein Sicherheitsventil. Sie ist in zwei Grössen erhältlich – Kindergrösse Fr. 15.70, Erwachsenengrösse Fr. 16.50 – und ist zu beziehen in allen Warenhäusern, Drogerien und Sportgeschäften. SAIH

Marianne

Marianne, eine im Frühling in ein Berner Spital eingetretene Lehrschwester ist so freundlich und wird Ihnen in unregelmässigen Abständen über Erlebnisse und Eindrücke ihrer Lehr- und Wanderjahre berichten.

Ich hoffe, dass sich zu dieser Artikelserie recht bald noch die Briefe einer Hebammenschülerin gesellen. Nelly Marti

Mit einem Kribbeln in der Magengegend trat ich am 12. April in die Schwesternschule ein. Meine erste Frage war: Was wird mich wohl hier in diesen eigentlich gemütlichen Schulräumen in den nächsten Jahren erwarten? Das ist für mich eine sehr wichtige Frage, denn viele Leute erzählten mir vor meinem Schulbeginn, wie ausserordentlich streng gerade die Schwesternausbildung an dieser Schule sei und wie viele Mädchen immer wieder austreten müssten...

Man wird mich sicher verstehen, warum ich fast ehrfürchtig die Schulräume betrat. Mit zwanzig jungen «Mitschwestern» – diese Anrede war für den Anfang, da wir ja nichts konnten, sehr komisch – und einem Pfleger begann ich meine Ausbildung. Die