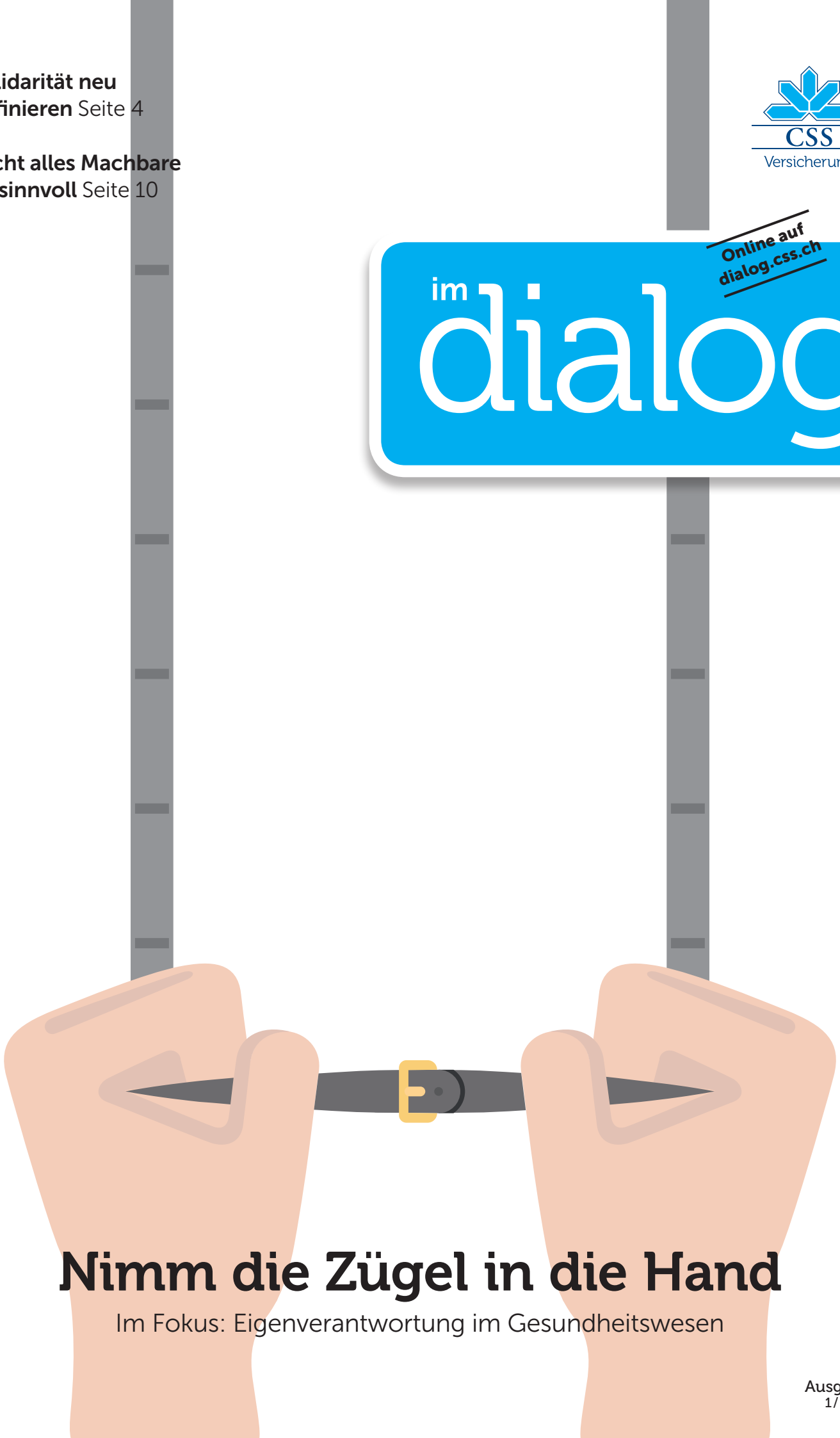
Solidarität neu definieren Seite 4

Nicht alles Machbare ist sinnvoll Seite 10

CSS Versicherung

im dialog

Online auf dialog.css.ch



Nimm die Zügel in die Hand

Im Fokus: Eigenverantwortung im Gesundheitswesen

Ausgabe
1/2019

Thomas Heiniger

Bewusstsein wecken

«In einem System, das von wesentlichen Solidarbeiträgen der Gesellschaft lebt, ist das Wissen um die Folgen des eigenen Verhaltens aber ebenso wichtig und nötig [wie die persönliche Freiheit des Individuums] – ohne dass ich nun Verboten und Strafen das Worte rede.»

Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz, «Luzerner Zeitung», 1.2.2018

Victoria Curzon Price

Zwang als Ausweg?

«Solange Menschen nicht gezwungen werden, verantwortungsvoll zu agieren, klettern Nachfrage und Angebot Hand in Hand immer höher.»

Prof. emer. für Wirtschaftswissenschaften, «Finanz und Wirtschaft», 30.8.2018

Claudia Steurer-Stey

Verantwortung – ja, gerne!

«Chronisch Kranke und ihre Angehörigen wollen durchaus Verantwortung übernehmen. Aber nur wenn sie merken, dass das auch gewollt ist und sie dabei unterstützt werden.»

Lungenärztin und Chronic-Care-Pionierin, «Beobachter», 3.1.2017

Machteld Huber et al.

Selbst ist der Mensch

«Gesundheit ist die Fähigkeit, sich anzupassen und sich selbst zu managen.»

Konferenz internationaler Gesundheitsexperten in den Niederlanden, 2011

Susanne Hochuli

Nicht einfach das Erstbeste

Über Zweitmeinung: «Wenn die Leute ein Haus bauten oder ein Auto kauften, nähmen sie ja auch nicht das Erstbeste, sondern liessen sich eine Offerte machen. Und zwar nicht nur bezüglich der Kosten, sondern auch bezüglich der Qualität.»

Präsidentin SPO, «NZZ», 17.1.2018

Folgen Sie uns auf Twitter:
twitter.com/CSSPolitik

Jodok Wyer ist Verwaltungsratspräsident der CSS Versicherung.

Vorab ein Blick in den Rückspiegel!

Inhaltsverzeichnis

4 **Eigenverantwortung im Gesundheitswesen**
Solidarität neu definieren

7 **Standpunkt**
Grundprinzipien wieder ins Zentrum rücken

8 **Hintergrund**
Eigenverantwortung stärken? Ja, aber zielgerichtet.

10 **Praxis**
Nicht alles Machbare ist sinnvoll

12 **Im Gespräch**
«Wir müssen erzieherisch wirken»

16 **Die andere Sicht**
Das Leben ist (k)ein Boxkampf

17 **Persönlich**
Ihre Motivation liess die Pfunde purzeln

18 **Santé!**
Eigenverantwortung und Kindermädchen-Staat

19 **Wissenschaft**
Finanzielle Eigenverantwortung als Lösungsansatz?

Die Beiträge finden Sie auch online unter dialog.css.ch

Ich möchte nicht lange in der Mottenkiste der Geschichte wühlen. Aber gleichwohl blende ich kurz auf das Jahr 1899 zurück. Damals wurde im Sinne einer Selbsthilfeeinrichtung die CSS gegründet. Sie basierte auf der Solidarität aller, vor allem aber auf einer ausgeprägten Eigenverantwortung der damals 60 Mitglieder. Sie waren sich bewusst, dass ihre Institution nur dann Bestand haben würde, wenn sie möglichst wenig Leistungen in Anspruch nähmen. Und heute? Zwar gilt das Solidaritätsprinzip noch immer. Die Eigenverantwortlichkeit jedoch ist bei vielen Versicherten einer Gleichgültigkeitsmentalität gewichen – je umfassender das Angebot, desto mehr wird konsumiert. Besonders frappant zeigt sich dies bei einem Blick auf das Stadt-Land-Gefälle, das sich innerhalb der Kantone in den Prämienregionen widerspiegelt. So bezahlte zum Beispiel gemäss Bundesamt für Gesundheit eine erwachsene Person 2018 in der Stadt Zürich (Prämienregion 1) eine durchschnittliche Monatsprämie von 505 Franken, eine Person in einer Zürcher Landgemeinde (Prämienregion 3) jedoch lediglich 424 Franken, also 1000 Franken weniger pro Jahr.

Das Beispiel zeigt, wie wichtig es ist, die heutigen Prämienregionen beizubehalten. Nur so wird die Kostenwahrheit abgebildet, und die Versicherten realisieren, dass sich eigenverantwortliches Handeln unmittelbar auszahlt. Bestand dieses eigenverantwortliche Handeln 1899 einzig darin, den Arzt aufzusuchen oder eben nicht, bieten sich heute viele Möglichkeiten: die Wahl eines alternativen Versicherungsmodells, die Erhöhung der Franchise, das Einholen einer Zweitmeinung oder die Nutzung des neuen digitalen Diagnosefinders myGuide, den die CSS letzten Sommer lanciert hat. Alles Schritte, die dazu führen können, sich dem Urprinzip des Krankenversicherungsgedankens wieder vermehrt anzunähern. Und Grund genug, das vorliegende Heft dem Thema Eigenverantwortung zu widmen.

Impressum

Erscheint dreimal jährlich in deutscher und französischer Sprache. Herausgeber: CSS Versicherung, Tribschenstrasse 21, CH-6002 Luzern, E-Mail: dialog@css.ch, Internet: www.css.ch, Chefredaktion: Bettina Vogel, Roland Hügi; Redaktionelle Mitarbeit, Produktion und Grafik: Infel AG, Katharina Rilling, Michelle Russi (Text) und Peter Kruppa (Art Director), Marina Maspoli (Editorial Design) | Bildnachweise: Samuel Trümpy, iStock/Nastasic, Dominik Pluess, mit freundlicher Unterstützung Hotel Scheuble Zürich, Markus Bertschi, Fabio Ripa, zVg, iStock/Ljupco, Keystone/Marco Govel | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Druck: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg.
Diese Publikation wird vollständig aus Mitteln aus dem Zusatzversicherungsgeschäft (VVG) finanziert.

MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C008110

Eine risikounabhängige Prämie ohne Kostenbeteiligungen führt zu einer Vollkasko-Mentalität. Das widerspricht dem Urprinzip der Versicherung: der Eigenverantwortung. Haben wir die moralische Verpflichtung, eigenverantwortlicher zu werden?

Von Prof. Martin Eling

Solidarität neu definieren

Eigenverantwortung ist spätestens seit Einführung des KVG im Jahr 1996 ein zentrales Thema der schweizerischen Krankenversicherung. Während sich andere Länder seit jeher eher zurückhalten in der Verwendung von Franchisen und anderen Kostenbeteiligungen, hat die Schweiz über viele Jahre eine Vorbildfunktion für andere Länder eingenommen. Eigenverantwortung hat zum Ziel, ein gesundheitsbewusstes Verhalten aktiv zu fördern und auch Kostensteigerungen im Gesundheitssektor zu begrenzen. Dennoch hat in der Schweiz eine erhebliche Mengenausweitung der medizinischen Leistungen stattgefunden, sodass wir (gemessen anhand der Gesundheitskosten zur Wirtschaftsleistung) inzwischen nach den USA das zweitteuerste Gesundheitssystem der Welt unterhalten. Es stellt sich daher die Frage, ob der Aspekt der Eigenverantwortung im Schweizer Gesundheitssystem tatsächlich funktioniert und ob er überhaupt relevant ist für die Entwicklung der Gesundheitskosten. Die Frage nach der Eigenverantwortung gewinnt auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Nutzung von «pay as you live»-Elementen in der Krankenversicherung an Relevanz und ist auch in der medialen Berichterstattung sehr präsent (z.B. «my step» der CSS oder das Bonusprogramm «Helsana+» der Helsana).

In Kürze

- **Risikoreiches Verhalten beeinflusst die Gesundheitskosten und somit die solidarisch finanzierten Prämien.**
- **Damit das System nachhaltig und finanzierbar bleibt, müssen Anreize zur Übernahme von mehr Eigenverantwortung geschaffen werden.**
- **Die Notwendigkeit eines sozialen Ausgleichs ist unumstritten.**

Bei den Zähnen funktioniert's

Zu Beginn eine kleine Anekdote, die zeigt, dass Eigenverantwortung im Schweizer Gesundheitssystem funktioniert. Ich kann mich noch gut erinnern, wie irritiert ich war, als ich kurz nach meinem Umzug von Deutschland in die Schweiz einen Kollegen Zähne bürstend in der Mittagskantine antraf. Im Nachhinein ist die Irritation aber unbegründet und einfach zu erklären. Denn während die deutschen Krankenversicherungen Leistungen für Zahnerkrankungen in gewissem Umfang übernehmen, sind diese in der Schweiz komplett ausgeschlossen und können nur über teure Zusatzversicherungen abgedeckt werden. So überrascht es denn auch nicht, dass die Zahngesundheit in Deutschland signifikant schlechter ist als in der Schweiz. Eigenverantwortung und Moral Hazard (hier: Verhaltensbeeinflussung durch Versicherung) in Reinform. Niemals hatte ich in Deutschland einen Arbeitnehmer angetroffen, der eine Zahnbürste zur Arbeit bringt.

An diesem Beispiel zeigt sich die enorme Bedeutung der Assekuranz in unserem Alltag und wie wesentlich die Anreize für risikoadäquates Verhalten sind. Dies kann auch kritisch gesehen werden, wenn etwa den Versicherern vorgeworfen wird, sie sollen nicht erzieherisch auftreten. Jeder Mensch hat das Recht, ungesund zu leben. Aber warum soll die Solidargemeinschaft für den ungesunden Lebensstil Einzelner vollumfänglich zur Verantwortung gezogen werden? Ist es moralisch nicht doch fragwürdig, dass diejenigen, die zeitlebens auf Gesundheit und Ernährung achten, für diejenigen, die dies gar nicht interessiert, in erheblichem Umfang zu zahlen haben? Eine gewisse Berücksichtigung des eigenen Risikoverhaltens mag für die nachhaltige Tragbarkeit eines Versichertenkollektivs nützlich und sogar notwendig erscheinen. Denn jedes Mitglied eines Kollektivs hat die moralische Verpflichtung, den potenziellen Schaden für die Solidargemeinschaft möglichst gering zu halten. Das System muss allerdings Anreize schaffen, damit diese Verantwortung wahrgenommen werden kann.

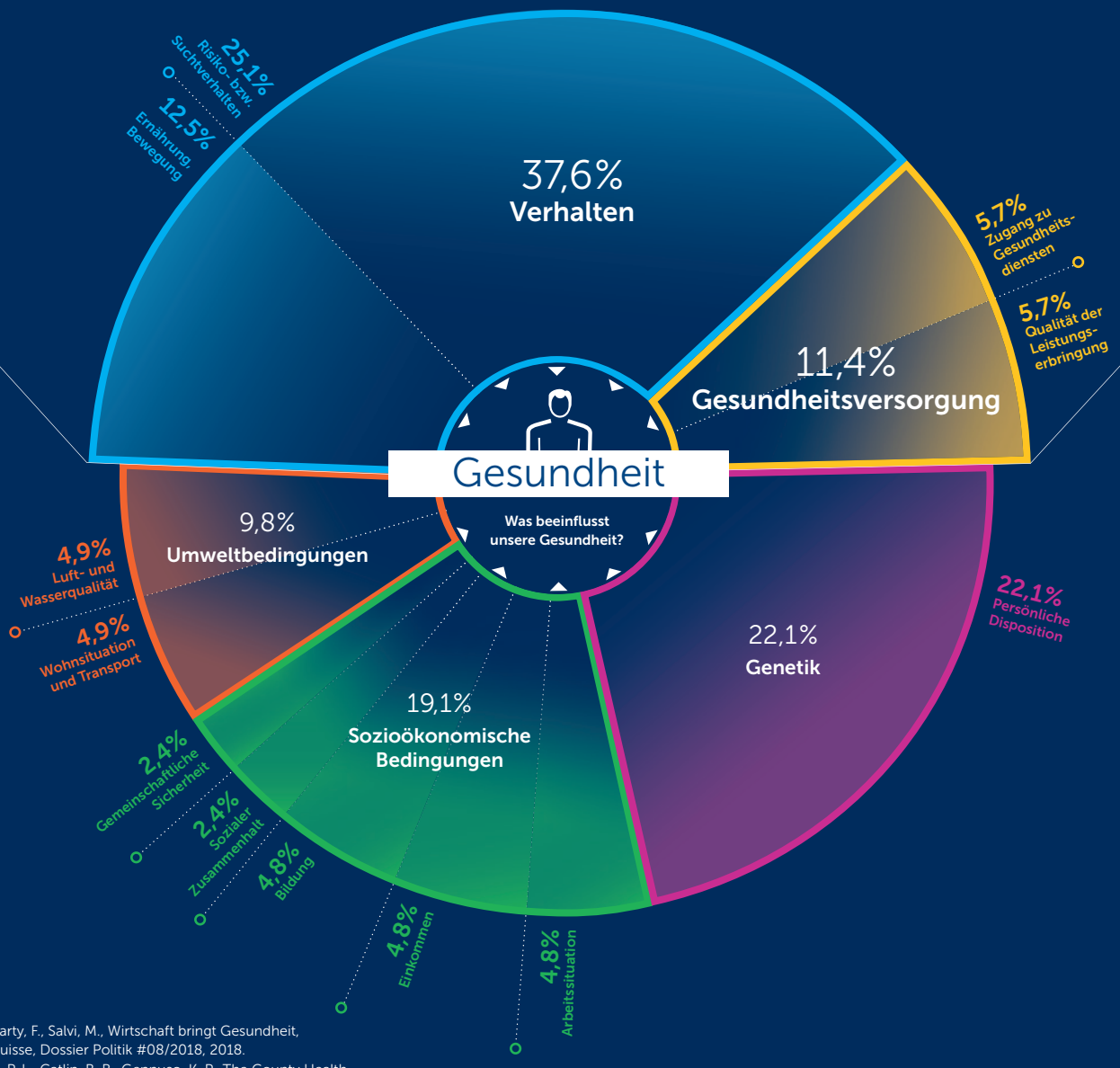
Warum also nicht mehr Anreize für einen eigenverantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit setzen, wenn dies hilft, die Gesundheitskosten in einem vernünftigen Rahmen zu halten? Die Antwort ist leider nicht trivial. Denn es ist gar nicht einfach, eine Trennlinie zwischen dem eigenen Verhalten und externen Umwelteinflüssen zu ziehen. Dies wirft sehr schnell ethisch, sozialpolitisch und medizinisch heikle →

Finanzielle Eigenverantwortungsmassnahmen

- Erhöhung der Franchise
- Alternative Versicherungsmodelle (AVM)
- Bonus-/Malus-Systeme
- Erhöhung der Selbstbeteiligung
- Einführung Arzt-/Spitalgebühr
- Health Savings Account/Pflegekonto
- «pay as you live» (PAYL)
- Leistungsausschluss
- Prämienregionen

Nichtfinanzielle Eigenverantwortungsmassnahmen

- Gesundes Verhalten
- Einholen einer Zweitmeinung
- Teilnahme an Gesundheitsprogrammen
- Nutzung von Ratgebern, wie z.B. myGuide
- Patienten-Empowerment durch Gesundheitscoaches
- Shared-Decision-Making



Quellen: Marty, F., Salvi, M., Wirtschaft bringt Gesundheit, economiesuisse, Dossier Politik #08/2018, 2018.
Remington, P. L., Catlin, B. B., Gennuso, K. P., The County Health Rankings: rationale and methods, Population Health Metrics, 2015.

→ Fragen auf. Ist beispielsweise ein Raucher zu bestrafen? Im Fall der Krankenversicherung kommt zudem erschwerend hinzu, dass bestimmte Risiken gar nicht durch das eigene Verhalten beeinflusst werden können, sondern durch die Gene vorgegeben sind.

Eigenverantwortung in der Krankenversicherung

Im Bereich der Eigenverantwortung unterscheidet sich die soziale Krankenversicherung an einem substanziellen Punkt von der privaten Krankenversicherung. Denn während in der Privatassekuranz eine risikoadäquate Prämie und Ausschlüsse vorgesehen sind, gelten in der Sozialversicherung ein Kontrahierungszwang, ein einheitlicher Leistungskatalog und eine risikounabhängige Prämie. Dies bietet auch «schlechten» Risiken eine sozialpolitisch erwünschte Grundsicherung. Einer der Nachteile ist jedoch, dass die Funktion der Assekuranz in der Beeinflussung von risikoadäquatem Verhalten nicht mehr vollumfänglich funktionieren kann. Schlechtes Verhalten wird nicht mit einer höheren Prämie sanktioniert. Dementsprechend bedarf der Aspekt der Eigenverantwortung anderer Instrumente und einer besonderen Aufmerksamkeit.

Eine risikounabhängige Prämie ohne Kostenbeteiligungen führt zu einer Vollkasko-Mentalität derart, dass der Patient im Krankheitsfall keinerlei Interesse an den Kosten hat. Man möchte die beste Behandlung, Geld spielt keine Rolle. Hinzu kommt das Spannungsfeld zwischen Patient, Leistungserbringer und Versicherer. Auch der Arzt hat per se kein Interesse an geringen Kosten, sondern wünscht eine hohe Auslastung seiner Praxis. Dementsprechend ist der Moral Hazard in der Krankenversicherung noch deutlich vielschichtiger und komplexer als in einer einfachen bilateralen Beziehung zwischen Kunde und Versicherer.

Eigenverantwortung stärken

Eigenverantwortung kann aber auf vielfältige Art und Weise gestärkt werden. Zu den in der Schweiz eingesetzten Instrumenten gehören die Selbstbeteiligung, Franchisen, Bonus-/Malus-Ansätze sowie Ausschlüsse vom Leistungskatalog (wie das obige Beispiel der Zahnerkrankungen). Eine kritische Frage ist dabei stets die individuelle Tragbarkeit derartiger Beteiligungen, was in der Schweiz mitunter zu komplexen und wenig transparenten Formen der Umverteilung führt. Zwar ist die Notwendigkeit eines sozialen Ausgleichs unumstritten. Aber wer weiss schon nach Abzug von Rabatten, Prämienverbilligungen und sonstigen Subventionen, wer Netto-Zahler und Netto-Empfänger im Gesundheitssystem ist?

Ein erheblicher Teil der Gesundheitskosten ist auf das eigene Verhalten zurückzuführen. Laut aktuellen Studien lassen sich die Einflussfaktoren, die auf die Gesundheit der Bevölkerung wirken, in fünf Determinanten unterteilen (vgl. Marty/Salvi, 2018). Verhaltens- und Lebensweisen bestimmen dabei 38 Prozent des Gesundheitszustands. Hierzu zählen Ernährung und Bewegung sowie Risiko- bzw. Suchtverhalten etwa bezüglich Alkohol und Sport. Weitere Determinanten sind sozioökonomische Bedingungen wie Bildung, Einkommen oder Wohnsituation (19%), die Versorgungsqualität (11%), Umweltbedingungen (wie Klima, Katastrophen, Unfallwahrscheinlichkeit, zum Beispiel auf Strassen; 10%) sowie die Genetik (22%). Das eigene Verhalten ist folglich im statistischen Durchschnitt der wichtigste Faktor in der Erklärung der eigenen Gesundheit.

In Anbetracht dieser enormen Bedeutung erscheint es durchaus relevant, wie weit unser Gesundheitssystem auf Elemente der Eigenverantwortung setzt. Mehr Eigenverantwortung könnte für die Dinge, die man selbst beeinflussen kann, eingefordert werden. Beispielsweise könnten für bestimmte Krankheitsbilder, die in unmittelbarem Zusammenhang mit eigenem Verhalten stehen, höhere Selbstbeteiligungen oder gar Ausschlüsse vorgesehen werden. Selbstverständlich kann dies nicht völlig unabhängig von der finanziellen Tragbarkeit erfolgen. Dennoch zeigt das eingangs genannte Beispiel zur Zahngesundheit im Ländervergleich sehr eindrücklich, wie Eigenverantwortung unser Verhalten beeinflusst und zu einer besseren Gesundheit führt.

Zur Stärkung der Eigenverantwortung erscheint auch ein noch stärkerer Einbezug der Patienten sinnvoll. Ein Beispiel wären Versicherungsmodelle, in denen die Versicherer ihre Patienten vor Spitaleingriffen beraten, um die Versicherten für Qualitäts- und Kostenunterschiede zu sensibilisieren (vgl. Cosandey, Roten, Rutz, 2018). Wählen sie ein günstigeres, aber qualitativ gleichwertiges Angebot, werden sie für die resultierenden Kosteneinsparungen mit einer Gutschrift oder tieferen Prämien belohnt. Auch könnten verstärkt Massnahmen der Prävention im Gesundheitswesen eingefordert werden. Hier kann ein Vergleich mit ganz anderen Versicherungsbereichen interessante Perspektiven aufzeigen. So müssen etwa bei der Gebäudeversicherung vorsorgliche Massnahmen getroffen werden, um den Versicherungsschutz zu gewähren. Auch die oben genannten «pay as you live»-Ansätze sind in diesem Sinne als ein Beitrag zur Stärkung der Eigenverantwortung zu verstehen, wenn sie helfen, die Menschen zu einer besseren Gesundheit anzuleiten. Sie bewirken keine Entsolidarisierung, sondern ganz im Gegenteil: Die Solidarität kann nur funktionieren, wenn jeder seine Eigenverantwortung wahrnimmt.

Jedes Mitglied eines **Kollektivs** hat die **moralische Verpflichtung, den potenziellen Schaden für die Solidargemeinschaft möglichst gering zu halten.**

Fazit

In einer Welt der stärkeren Eigenverantwortung könnte Solidarität primär für die Dinge genutzt werden, die

Durch Eigenverantwortung erhalten Versicherte die Solidarität und können erst noch Prämien sparen. Die CSS unterstützt ihre Kunden dabei.

Grundprinzipien wieder ins Zentrum rücken

Philomena Colatrella ist Vorsitzende der Konzernleitung der CSS Versicherung.

Wir alle wollen Verantwortung übernehmen, und zwar ganz selbstverständlich für uns selbst, aber auch für andere Menschen um uns herum. Und wir wollen diejenigen unterstützen, denen es weniger gut geht als uns. Wir handeln eigenverantwortlich und sind gleichzeitig solidarisch. Beides sind Grundprinzipien der Krankenversicherung, die allerdings bisweilen in Vergessenheit geraten sind oder gar ignoriert werden. Verantwortung übernehmen heisst informierte Entscheide treffen, und dabei unterstützt die CSS ihre Versicherten. Viele Fragen wollen beantwortet sein, wie beispielsweise: Welcher Arzt kann mir am besten helfen? In welchem Spital bekomme ich die beste Behandlung, die ich brauche? Wie kann ich unnötige Kosten vermeiden und Prämien sparen? Muss ich zum Arzt, oder kann ich mich selbst behandeln? Sie merken, all diese Fragen haben nicht zuletzt mit Qualität zu tun, und genau darum geht es: effiziente und qualitativ gute Behandlungen, das Richtige am richtigen Ort. Die CSS investiert viel in die Stärkung der Eigenverantwortung und die echte Wahlfreiheit ihrer Versicherten. So können Sie mit Qualicheck die Qualität von Spitälern abfragen und Ihre persönliche Entscheidung treffen. Oder Sie erhalten mit myGuide aufgrund Ihrer Krankheitssymptome in Kürze eine Empfehlung über das adäquate Vorgehen. Mit der heutigen Möglichkeit, die Höhe der Franchise eigenverantwortlich zu wählen, übernehmen Versicherte das Risiko von Bagatellerkrankungen und bezahlen diese selbst. Damit entlasten sie das Gesamtsystem und sind solidarisch mit Personen, die dieses finanzielle Risiko nicht tragen können.
Eigenverantwortung ist in einem Sozialversicherungssystem unabdingbar.
Sie sorgt dafür, dass die Versicherten sich nicht ohnmächtig dem Gesundheitssystem ausliefern müssen, sondern dessen Leistungen effizient und effektiv nutzen, Prämien sparen und gleichzeitig einen wichtigen Beitrag zur Solidarität unter den Menschen leisten. Für den Erhalt und Ausbau dieser Eigenverantwortung setze ich mich persönlich ein, damit die Werte der solidarischen Krankenversicherung weiterbestehen und sie bezahlbar bleibt.

aufgrund von Umwelteinflüssen und Genen nicht beeinflusst werden können. Dinge, die man durch eigenes Verhalten zu verschulden hat, werden teuer und setzen so wirksame Anreize zu einem risikobewussten Umgang mit dem eigenen Körper und finanziellen Ressourcen – den eigenen wie denjenigen der Solidargemeinschaft. Insgesamt bietet eine Stärkung der Eigenverantwortung damit eine Möglichkeit, Wirksamkeit und Effizienz des Gesundheitssystems zu stärken, die Kosten im Griff zu behalten und so die Nachhaltigkeit insgesamt sicherzustellen. Solidarität und Eigenverantwortung sind kein Widerspruch, sondern bedingen einander. Nur wenn ein verantwortungsvoller Umgang mit der eigenen Gesundheit und den finanziellen Ressourcen sichergestellt ist, kann auch die für die Gesellschaft so wichtige Solidarität dauerhaft gewährleistet werden.

Martin Eling ist Professor für Versicherungsmanagement und Direktor des Instituts für Versicherungswirtschaft an der Universität St.Gallen. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der empirischen Versicherungsökonomik, hier unter anderem zur Zukunft der Sozialversicherung und der Generationengerechtigkeit.

Quellen: Cosandey, J., Roten, N., Rutz, S., Gesunde Spitalpolitik, Avenir Suisse, Zürich, 2018.
Marty, F., Salvi, M., Wirtschaft bringt Gesundheit, economiesuisse, Dossier Politik #08/2018, 2018.

Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status haben ein schlechteres Gesundheitsverhalten und eine geringere Gesundheitskompetenz. Inwiefern können diese Menschen mit spezifischen Massnahmen zur Stärkung der Eigenverantwortung erreicht werden?

Von Dr. Cornel Kaufmann (Interface Politikstudien, Luzern) und Prof. Dr. Stefan Boes (Universität Luzern)

Eigenverantwortung stärken? Ja, aber zielgerichtet.

Die Stärkung der Eigenverantwortung wird in verschiedenen kantonalen und nationalen Gesundheitsstrategien gefordert, wie beispielsweise in der Strategie Gesundheit2020 oder der Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten. Eigenverantwortung hat diverse Facetten, und das Verständnis unterscheidet sich zwischen Akteuren wie Krankenkassen, Patientengruppen oder der Ärzteschaft. In unserem Verständnis umfasst eigenverantwortliches Handeln vor allem eine informationsbasierte Entscheidungsfindung von Individuen unter Einbezug ihrer Präferenzen und allfälliger finanzieller und nichtfinanzieller Konsequenzen. Entscheide können zusammen mit Expertinnen und Experten, wie beispielsweise Ärzten oder anderen Gesundheitsfachleuten, getroffen werden. Entsprechend kümmern sich Individuen verantwortungsbewusst um ihre Gesundheit und bewegen sich aktiv und kostenbewusst durch das Gesundheitssystem, was letztlich auch zu einer effizienteren Versorgung beiträgt. Im Zusammenhang mit Eigenverantwortung stellt sich jedoch die Frage, ob alle Personen die gleichen Voraussetzungen für eigenverantwortliches Handeln mitbringen.

Was sagen die Daten?

Gemäss einer Studie zum Gesundheitsverhalten, die wir im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan durchgeführt haben, unterscheidet sich das Gesundheitsverhalten je nach sozioökonomischem Status. Der Anteil Personen mit mindestens zwei negativen Gesundheitsverhalten* betrug 2012 im niedrigsten Einkommensquintil 37,5 Prozent. Bei den Individuen mit den höchsten Einkommen betrug dieser Anteil nur 22,1 Prozent. Das Bildungsniveau erklärt hierbei den grössten Teil dieser Differenz. Personen mit niedrigerem Bildungsniveau manifestieren häufiger schädliches Gesundheitsverhalten und sind öfter in den tiefen Einkommensgruppen vertreten (siehe Grafik). Die Kombination von negativem Gesundheitsverhalten geht im Allgemeinen mit einem schlechteren Gesundheitszustand einher. Ein analoges Bild zeichnet die Verteilung der Gesundheitskompetenz nach Einkommensgruppen. Das Konzept der Gesundheitskompetenz beschreibt, inwiefern Personen die Fähigkeit besitzen, sich relevante Informationen zu beschaffen, diese zu verstehen und anzuwenden, um damit die eigene Gesundheit zu fördern. Personen in tieferen Einkommensgruppen weisen eine deutlich geringere Gesundheitskompetenz auf. Ausgehend von der Prämisse, dass gute Gesundheit grundsätzlich wünschenswert ist, legen die präsentierten Ungleichheiten nahe, dass auch die Voraussetzungen, Eigenverantwortung zu übernehmen, je nach Gruppenzugehörigkeit divergieren.

Zielgruppengerechte Massnahmen

Individuen mit relativ niedrigem Bildungsniveau, wenig förderlichem Gesundheitsverhalten und tieferer Gesundheitskompetenz könnten besonders von Massnahmen zur Stärkung der Eigenverantwortung profitieren. Um Eigenverantwortung übernehmen zu können, wird vorausgesetzt, dass relevante Informationen verfügbar und zugänglich sind. Die Informationen und die

In Kürze

- **Eigenverantwortliches Handeln umfasst eine informationsbasierte Entscheidungsfindung.**
- **Das Gesundheitsverhalten unterscheidet sich je nach sozioökonomischem Status.**
- **Besonders Individuen mit relativ niedrigem Bildungsniveau, Personen mit niedrigem Einkommen, aber auch chronisch kranke Personen können von Massnahmen profitieren.**

Quelle: SGB 2012, CHPE-Survey 2015

verwendete (Bild-)Sprache sollten hierbei gut auf die Bedürfnisse der anzusprechenden Bevölkerungsgruppen zugeschnitten sein und von einem vertrauenswürdigen Absender stammen. Die neuere Forschung zeigt, dass personalisierte Informationen in dem Kontext besonders erfolgversprechend sind.

Als Beispiel wurden in einem von der CSS Versicherung durchgeführten Pilotprojekt ältere Personen per Post darüber informiert, bei welcher Apotheke in ihrer Umgebung sie sich gegen Grippe impfen lassen können. Solche Massnahmen fördern das individuelle Bewusstsein über die möglichen Folgen einer Grippe und motivieren die Personen zu einem kostengünstigen Erhalt der Grippeimpfung.

Ein anderes Beispiel sind Personen mit niedrigem Einkommen, die über den Bezug von Prämienverbilligung identifiziert werden und gezielt über Versicherungsalternativen, wie beispielsweise Managed-Care-Modelle, informiert werden können.

Eine weitere mögliche Zielgruppe stellen chronisch kranke Personen dar. Bei dieser Gruppe könnten vermehrt (digitale) Gesundheitscoaches zum Einsatz kommen. Dadurch können bei Patientinnen und Patienten Verhaltensänderungen und eine höhere Therapietreue erzielt werden. Zusätzlich werden Betroffene befähigt, Veränderungen im Gesundheitszustand schneller zu erkennen und entsprechend zu handeln. Gemäss ersten Erkenntnissen stärkt dies das individuelle Wohlbefinden und reduziert die Anzahl Arztbesuche.

Konkrete Einführung der Massnahmen

Bei der Ausarbeitung von zielgruppenspezifischen Massnahmen zur Stärkung der Eigenverantwortung ist eine experimentelle Vorgehensweise anhand von Pilotversuchen empfehlenswert. Nur durch eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluierung lässt sich sicherstellen, dass die Massnahmen eine Wirkung entfalten und fortlaufend verbessert werden können.

* Negative Gesundheitsverhalten umfassen in der verwendeten Definition: Rauchen, körperliche Inaktivität, kein Ernährungsbewusstsein und übermässiger Alkoholkonsum.

Dr. Cornel Kaufmann ist Ökonom und Projektleiter bei Interface Politikstudien. Er ist Experte für empirische gesundheitsökonomische Analysen. Zudem ist er Lehrbeauftragter in Gesundheitsökonomie an der Universität Luzern.

Prof. Dr. Stefan Boes ist Professor für Gesundheitsökonomie am Department of Health Sciences and Health Policy und Direktor des Center for Health, Policy and Economics (CHPE) an der Universität Luzern.

Für die medizinischen Behandlungen sollen die Werte, Bedürfnisse und Präferenzen des Patienten ausschlaggebend sein. Patienten können Entscheidungen in ihrem Interesse erst fällen, wenn sie neben den Vorteilen auch über die Nachteile von Behandlungen informiert sind. Wie Shared-Decision-Making Werte anstelle von Volumen fördert.

Interview mit Prof. Christoph A. Meier

Nicht alles Machbare ist sinnvoll

Prof. Christoph A. Meier ist seit 2016 ärztlicher Direktor und Stv. Spitaldirektor des Universitätsspitals Basel. Zuvor war er am Zürcher Stadtspital Triemli tätig. Er hatte unter anderem in Boston und Genf gearbeitet; in Genf hat er zudem seit 2005 eine Professur an der Uni inne.

Was bedeutet Shared-Decision-Making (SDM)?
Das Ziel der Medizin sollte es sein, nur diejenigen Untersuchungen und Therapien durchzuführen, die den Werten, Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten entsprechen. Für einen Patienten mit Hüftschmerzen kann ein neues Hüftgelenk keinen Mehrwert bieten, wenn er z.B. aufgrund seines schwachen Herzens nicht mehr spazieren gehen kann und die Schmerzen medikamentös gut kontrolliert sind. Seine Lebensqualität würde mit dieser Intervention nicht signifikant verbessert. Der Austausch zwischen Arzt und Patient ist daher unerlässlich. Zwar findet dieser heute schon statt, aber nicht immer mit der notwendigen Systematik und Striktheit. Wichtig ist, dass die Nachteile ebenso gut erklärt werden wie die Vorteile. Der effektive Mehrwert der Behandlung muss transparent gemacht werden.

Können Sie ein Beispiel nennen?
Ein gutes Beispiel ist der PSA-Test: Wenn Sie 1000 Männer zwischen 55 und 69 Jahren während 10–15 Jahren mittels PSA-Test screenen, vermeiden Sie 1–2 Todesfälle wegen Prostatakrebs. Das ist der positive Aspekt. Der negative Aspekt ist in der Grafik auf Seite 11 (USPSTF) zu erkennen: Das Screening führt in fast 10 Prozent der Fälle zur Entfernung oder Bestrahlung der Prostata mit substanziellen Nachteilen für die betroffenen Patienten. Shared-Decision-Making hat das Ziel, herauszufinden, ob der Patient das leicht geringe Risiko, an Prostatakrebs zu sterben (1:1000), höher gewichtet als das Risiko, mögliche Operationsfolgen, wie Inkontinenz und Impotenz, in Kauf zu nehmen.

In welchen Situationen ist SDM anwendbar?
SDM ist vor allem bei jenen diagnostischen und therapeutischen Eingriffen relevant, in denen die Patientenpräferenzen entscheidend sind. Meist sind das Interventionen, deren Nutzen im Verhältnis zu ihren Risiken gering ist. Solche Fälle werden z.B. beim Krebsscreening, in der Orthopädie und teilweise in der Kardiologie beobachtet.

Warum ist SDM wichtig?
SDM führt zu Behandlungen, die für den betroffenen Patienten sinnhaft und zweckmässig sind, da dies die Werte des Patienten, und nicht das Behandlungsvolumen von Leistungserbringern, ins Zentrum stellt; dass die Medizin damit kostengünstiger wird, ist nicht das Hauptargument, aber ein nicht unerwünschter Nebeneffekt. Ich bin überzeugt, dass wir heute teilweise eine Medizin praktizieren, die nicht immer optimal den Patientenpräferenzen, -werten und -bedürfnissen entspricht; die Lebensqualität und ein würdiges und möglichst leidensfreies Sterben werden von kranken Menschen meist als wichtiger betrachtet als die Lebensdauer.

Wie kann man die Patienten stärker in die Verantwortung der Entscheidungsfindung einbeziehen?
SDM heisst nicht, dass man schwierige Entscheidungen an die Patienten delegiert. Wir Ärzte haben die Tendenz, vorwiegend die Vorteile einer Behandlung oder Operation zu erklären; mögliche Nachteile werden dagegen eher weniger klar besprochen und gewichtet. Mit grafischen Mitteln und Videos können Ärzte Vor- und Nachteile verständlicher aufzeigen. Verschiedene Studien zeigen, dass Menschen, die vorab durch ein Gespräch, eine

Shared-Decision-Making ist der Prozess, herauszufinden, welche **Werte, Bedürfnisse und Präferenzen** der Patient hat.

grafische «decision aid» und/oder ein Video umfassend über einen Eingriff informiert worden sind, kritischer und zurückhaltender gegenüber dessen Durchführung sind; im Falle z.B. von Hüft- oder Knieprothesen verzichtet über ein Drittel der Patienten nach strukturiertem SDM auf eine Operation.

Wo liegen die Grenzen von SDM?
SDM ist naturgemäss schwierig anzuwenden bei Notfällen oder Situationen, in denen es klar eine beste Option gibt. Eine partizipative Entscheidungsfindung wäre in der Geriatrie enorm wichtig; aber dort gibt es die grosse Problematik der kognitiven Einschränkungen der Patienten. Man kann auch nur dort kommunizieren, wo valide Zahlen vorhanden sind.

Welchen Stellenwert hat SDM aktuell in der Schweiz?
Die Resonanz, die ich im Rahmen von Podien und Symposien erhalte, zeigt mir, dass in der Ärzteschaft ein grosses Bedürfnis vorhanden ist, SDM anzuwenden und zu etablieren. Die Umsetzung in der Praxis ist aber komplex, da für die Schweiz zum einen noch zu wenig validierte Entscheidungshilfen vorhanden sind, aber auch weil unser Gesundheitssystem für das «Nichtmachen» von Abklärungen oder Behandlungen kaum Anreize setzt.

Was behindert die Anwendung von SDM?
Unser Versorgungssystem und dessen ökonomische Incentivierung sind heute generell auf das Durchführen des medizinisch Machbaren ausgelegt, und es gibt wenige systemische Anreize, etwas nicht zu machen. Beim SDM geht es aber gerade auch darum, medizinische Massnahmen zu unterlassen, wenn deren Mehrwert gemäss den Präferenzen des Patienten sehr klein ist. Die Diskussion und das gemeinsame Abwägen zwischen Arzt und Patient finden heute oft zu wenig systematisch und strukturiert statt, ist doch SDM zeitintensiv und kommunikativ höchst anspruchsvoll. Man benötigt für ein komplexes SDM-Gespräch, wie z.B. für ein PSA-Screening, leicht auch einmal eine halbe Stunde; ein PSA-Test ist aber heutzutage schneller durchgeführt, als mit dem Patienten die Vor- und Nachteile des Tests zu besprechen.

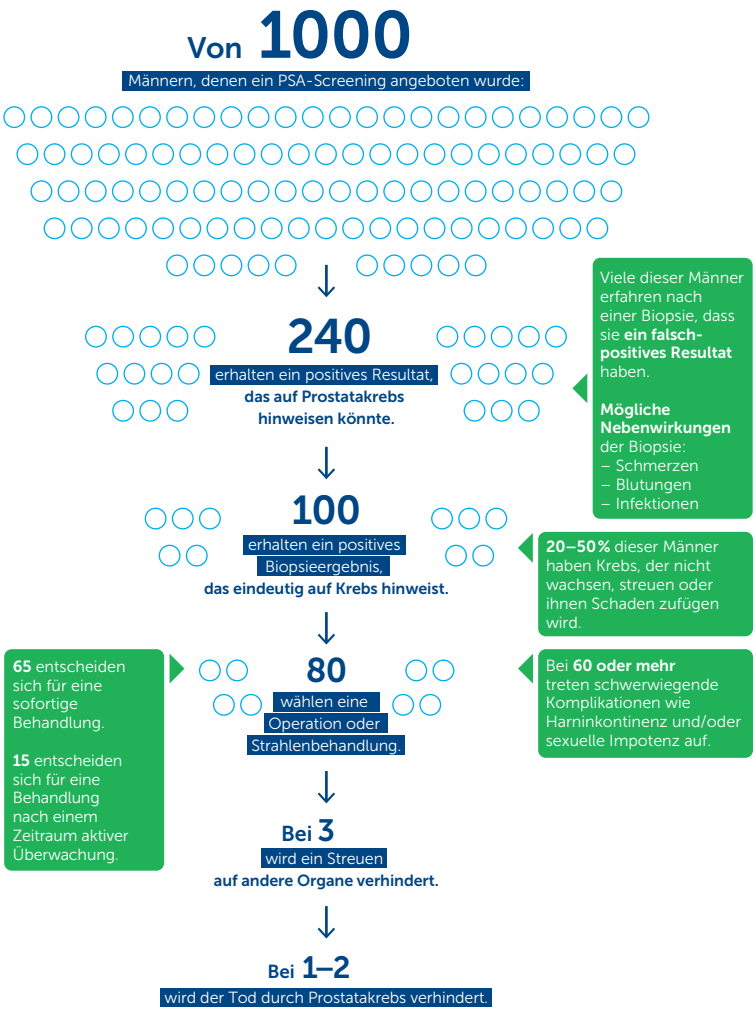
Was ist notwendig, um SDM zu etablieren?
Um SDM zu fördern, muss idealerweise der tatsächliche Mehrwert einer Behandlung für den einzelnen Patienten ökonomisch abgebildet und bezahlt werden und nicht wie heute das Behandlungsvolumen. Grundlage dafür ist der Ansatz von Value-Based-Healthcare von Michael Porter. Im ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) sind Metriken für mittlerweile 27 Krankheitsbilder entwickelt worden, um den Patientenmehrwert von Behandlungen zu messen. Diese Metriken erfassen bis zu zehn Jahre nach der Behandlung, wie es den Patienten geht. Bei Brustkrebspatientinnen werden zum Beispiel nicht nur Überlebenszeit und Metastasenbildung, sondern auch Libido, Körperbild, Schmerzen und Integration in die soziale Welt erfasst. An diese Erfassung könnte dann ein Bezahlungssystem gehängt werden.

Eine weitere Möglichkeit, SDM zu etablieren, ist die Verpflichtung der Ärzte, SDM im Vorfeld gewisser Interventionen durchzuführen, wie dies z.B. in den USA für gewisse orthopädische Operationen der Fall ist.

Den potenziellen Nutzen versus die Risiken für Männer ab 55 verstehen

Der PSA-Screening-Test (prostataspezifisches Antigen) ist die von Ärzten am häufigsten verwendete Methode zum Screenen von Prostatakrebs. Beim PSA-Test wird die Menge an PSA, einem Protein, im Blut gemessen. Wenn ein Mann einen erhöhten PSA-Wert hat, kann dies durch Prostatakrebs verursacht sein, aber auch andere Ursachen haben.

Studien zeigen, dass PSA-basiertes Screening bei Männern im Alter von 55 bis 69 Jahren in einem Zeitraum von 10 bis 15 Jahren Nutzen und Risiken mit sich bringt.



Quelle: U.S. Preventive Services Task Force, Draft Recommendation Statement: Screening for Prostate Cancer, April 2017. http://screeningforprostatecancer.org
2017 American Medical Association

Führt eine Notfall- und Praxisgebühr, wie sie SVP-Nationalrat Thomas Burgherr vorschlägt, zu mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen? Nein, sagt Patientenschützerin Barbara Züst im Streitgespräch, vielmehr bräuchten die Patienten bessere Aufklärung.

Interview: Patrick Rohr

«Wir müssen erzieherisch wirken»

Patrick Rohr (PR): Frau Züst, was bedeutet für Sie als Vertreterin der Patientinnen und Patienten der Begriff «Eigenverantwortung»?
Barbara Züst (BZ): Im Wort «Eigenverantwortung» steckt der Begriff «Antwort». Um Eigenverantwortung übernehmen zu können, brauche ich also Antworten. Nur wenn ich genug Informationen habe, kann ich eigenverantwortlich entscheiden und handeln.

PR: Ist die Schweiz in dieser Hinsicht gut genug? Bekommen die Patientinnen und Patienten die Informationen, die sie brauchen, um entscheiden zu können?
BZ: Jein. In der Medizin besteht eine gewisse Informationsasymmetrie. Wenn ich als ehemalige Pflegefachfrau Anästhesie Patientin bin, kann ich ganz andere Fragen stellen als ein medizinischer Laie. Der ist stark darauf angewiesen, dass er gute Unterstützung bekommt. Wenn ich mein Auto in die Garage bringe, kann mir der Garagist relativ viel erzählen …

PR: … und Sie sagen zu allem Ja, weil Sie es nicht verstehen?
BZ: Ja, ich muss, weil ich zu wenig weiss! Darum braucht es in Bereichen, in denen eine grosse Informationsasymmetrie besteht, eine gewisse Unterstützung.

PR: Herr Burgherr, wie definieren Sie Eigenverantwortung im Gesundheitswesen?
Thomas Burgherr (TB): Eigenverantwortung fängt dort an, wo ich mir überlege, wie ich der Gemeinschaft entgegenkommen kann. Wir wissen ja, dass die Gesundheitskosten explodieren. Und das hat auch mit der Einstellung zu tun:

«Ich will, dass man sich überlegt, ob man wegen jedem Schnupfen oder Fieber zum Arzt muss.»
Thomas Burgherr

Ich bin versichert, also kann ich auch alle Leistungen nutzen.

PR: Das ist ja auch die Idee einer Versicherung?
TB: Ja, aber wir sehen, wo es hinführt! Darum müssen wir uns gut überlegen, was in den Leistungskatalog gehört. Wir müssen da erzieherisch wirken.

PR: Das würde bedeuten, gewisse Leistungen nicht mehr zu zahlen?
TB: Ja. Wir brauchen einen Grundkatalog, der ermöglicht, dass sich alle Leute medizinisch behandeln lassen können, wenn es notwendig ist. Aber man muss da auch Grenzen setzen können.

PR: Und wo soll man die setzen?
TB: Wenn jemand das Gefühl hat, die Augen sind nicht so schön, weil die Augenlider hängen, ist es nicht Aufgabe der Allgemeinheit, das zu bezahlen.
BZ: Schon heute ist, was nicht medizinisch indiziert ist, nicht übers KVG abrechenbar. Dazu gehören auch die ästhetisch-plastischen Eingriffe. Und das ist auch richtig so.
TB: Ja, aber wenn jemand sagt: «Ich habe psychische Probleme wegen meinen Augenlidern», dann kann er sich das über die Krankenkasse zahlen lassen.
BZ: So einfach ist das nicht, das wissen Sie auch. Es braucht eine medizinische Beurteilung durch eine medizinische Fachperson.

PR: Also noch einmal, Herr Burgherr: Wo ziehen Sie die Grenzen?
TB: Wichtig scheint mir, dass sich jeder Versicherte behandeln lassen kann, wenn er krank ist. Das ist das Grundprinzip. →

→ Dass er nicht riskiert, bleibende Schäden zu haben, weil er nicht medizinisch behandelt wurde.

PR: Ihre Partei nannte 2012 in einem Positionspapier die «Komatrinker» als Beispiel: Wenn jemand selbstverschuldet zum Arzt muss, dann muss er das auch selber bezahlen.
TB: Dieser Meinung bin ich auch.

PR: Aber wo soll man da ansetzen? Ist ein dicker Bauch selbstverschuldet? Ist der Lungenkrebs beim Raucher selbstverschuldet?
TB: Es kommt darauf an, woher der dicke Bauch kommt. Wenn man nachweisen kann, dass der Patient übermässig Alkohol trinkt, bin ich der Meinung, man könnte einen Regress machen.

PR: Und wer soll das beweisen?
TB: Der Arzt.

PR: Und was machen wir mit dem Lungenkrebs beim Raucher?
TB: Ein grosser Teil der Bevölkerung raucht; da ist es schwierig zu sagen, ob jemand Krebs bekommen hat, weil er viel geraucht hat. Es gibt Raucher, die rauchen seit sechzig Jahren und bekommen keinen Krebs.

PR: Beim dicken Bauch ist das einfacher?
TB: Wenn jemand übermässig Alkohol konsumiert, kann man das nachweisen.

PR: Und was machen wir mit dem Manager, der zu viel arbeitet und ein Burn-out hat? Das ist ja gewissermassen auch selbstverschuldet?
TB: Der Manager, der viel arbeitet, übernimmt eine grosse Verantwortung innerhalb einer Firma, und jeder Mensch kann sich in gewissen Situationen überschätzen. Darum muss das Burn-out im Katalog drin sein.
BZ: Jetzt wird es aber abenteuerlich! Sie merken doch, dass das nicht umsetzbar ist. Wir haben in diesem Land eine grosse Solidarität, und diese sollten wir nicht aufs Spiel setzen. Wir sind ein Land mit viel Geld, da finde ich es problematisch, wenn man eine Gruppe wie zum Beispiel die Suchtkranken einfach ausgrenzt.

PR: Aber wir haben das Problem, dass die Kosten ins Unermessliche steigen.
BZ: Wir bekommen aber auch etwas dafür! Es ist doch enorm, wie wir von unserem Gesundheitswesen profitieren. Abgesehen davon ist heute vieles viel billiger als früher: Elektronik, Reisen, Nahrung – alles so billig wie noch nie! Dafür leisten wir uns ein gutes Gesundheitswesen.

«Wir haben in diesem Land eine grosse Solidarität, und diese sollten wir nicht aufs Spiel setzen.»

Barbara Züst

Barbara Züst, 50, ist Geschäftsführerin und fachliche Leiterin der Schweizerischen Stiftung SPO Patientenschutz. Sie war ursprünglich Pflegefachfrau, spezialisiert auf Anästhesie, bevor sie 1999 die Matura machte und an der Universität St.Gallen Jus studierte.

Thomas Burgherr, 56, ist seit 2016 SVP-Nationalrat im Kanton Aargau und Inhaber einer Holzbaufirma. Er ist Mitglied der Staatspolitischen Kommission und spezialisiert auf Wirtschafts-, Energie-, Bildungs- und Sicherheitspolitik.

PR: Und das darf uns etwas wert sein.
TB: Das ist es uns ja.

PR: Dann sollten wir aber auch nicht die Solidarität aufs Spiel setzen für ein paar Einsparungen.
TB: Ja, deshalb müssen das auch Fachleute beurteilen.

PR: Sie haben selber einen relativ einfach umzusetzenden Vorschlag gemacht: In einem Vorstoss fordern Sie, dass man eine Gebühr zahlen soll, wenn man auf den Notfall oder zum Arzt in die Praxis geht. Was erhoffen Sie sich davon?
TB: Ich erhoffe mir davon, dass die Leute sensibilisiert werden. Ein Notfallarzt sagte mir, sehr viele Leute kämen wegen ein bisschen Kopfweh oder Bauchweh ins Spital, vor allem auch viele Ausländer. Die haben ein anderes Verständnis von der Gesundheit, und sie haben auch nicht die Ärztedichte, die wir haben. Darum gehen sie immer direkt ins Spital. Im Kantonsspital Baden nutzen 40 Prozent Ausländer den Notfall.

PR: Und 60 Prozent Schweizer. Und von ihnen allen möchten Sie künftig eine Gebühr verlangen?
TB: Ja, ich habe auch Ausnahmen definiert. Zum Beispiel für Schwangere und für Kinder unter 16. Oder wenn jemand ohne Geld kommt, was mir kürzlich auch passiert ist – dann kann man nachher abrechnen.

PR: Und Sie denken, das hätte eine abschreckende Wirkung?
TB: Ich will, dass man sich überlegt, ob man wegen jedem Schnupfen oder Fieber zum Arzt muss. Die Gebühr darf nicht zu hoch sein, ich will nicht, dass jemand nicht auf den Notfall oder zum Arzt geht, wenn er wirklich krank ist. 40 Franken wären ein realistischer Betrag, und kann das jemand nicht bezahlen, soll er diese Leistung trotzdem benutzen können.
BZ: Auf den ersten Blick kann ich diese Idee nachvollziehen. Patienten, die wegen jeder Bagatelle zum Arzt gehen, sind wirklich ein Ärger.

PR: Und es gibt Länder, die es schon probiert haben, Deutschland zum Beispiel …
BZ: …ja, und es hat die Gebühr wieder abgeschafft, weil sie nicht funktioniert hat. Denken wir es doch einmal durch: Wen können wir dazu bringen, sein Verhalten zu ändern? Vermutlich Menschen mit Migrationshintergrund, die sich die Gebühr nicht leisten können. Wenn nur einer von zehn, der hätte gehen sollen, nicht geht, ist das ein hohes Personenrisiko.
TB: Wenn es um etwas geht, dann geht der trotzdem auf den Notfall. Es hält vielleicht solche davon ab, die wegen jedem «Wehwehli» auf den Notfall gehen.
BZ: Ja, aber es sind einfach viel zu wenige. Und es gibt viele Fälle, wo die Leute einfach nicht wissen, ob sie zum Arzt gehen sollen oder nicht. Ich bin selber Anästhesiefachfrau, ich war acht Jahre im Operationssaal – und trotzdem bin ich manchmal unsicher. So geht es vielen Leuten.
TB: Wir mussten mit unserer siebenjährigen Tochter auch zweimal auf den Notfall. Da haben wir vorher angerufen, und die Ärztin am Telefon hat gesagt, dass wir mit diesen Symptomen ins Spital müssten. Wenn sie uns gesagt hätte, dass wir das selber zu Hause behandeln können, hätten wir das gemacht.

PR: Das zeigt doch, dass wir die Eigenverantwortung schon heute wahrnehmen können, wenn wir möchten, Herr Burgherr. Auch mit der Wahl der Franchise, zum Beispiel. Wenn ich den höchsten Betrag von 2500 Franken wähle, übernehme ich schon sehr viel Eigenverantwortung.
TB: Man könnte die Franchise auch erhöhen, auf 4000 Franken.

PR: Ja, aber es geht darum: Wir haben diese Möglichkeiten bereits. Warum reichen sie nicht?
BZ: Es geht auf jeden Fall in die richtige Richtung. Herr Burgherr, in Ihrem Kanton ist dem Notfall eine Notfallpraxis vorgelagert. Wenn jemand ein «Boboli» hat, dann pflückt eine erfahrene Pflegefachfrau, eine Advanced Nurse Practitioner, diese Person heraus. Sie kann sie gleich selber behandeln, die muss dann nicht auf den Notfall. Oder nehmen wir Smarter Medicine, wo Ärzte und Fachgesellschaften sich zusammenschliessen und gemeinsam bestimmen, welche Eingriffe in ihrem Bereich unnötig sind. Das ist doch eine Sensation! Wer hätte noch vor zehn Jahren gedacht, dass so etwas einmal möglich sein wird. Wir haben schon sehr viele gute Initiativen. Ich finde es besser, diese zu unterstützen, statt einen neuen bürokratischen Nonsens zu kreieren.
TB: Sehen Sie, es hat ein Umdenken stattgefunden. Und warum hat das stattgefunden? Weil wir diskutiert haben.
BZ: Und wir müssen weiterdiskutieren. Zum Beispiel über das Ampelsystem, das den Konsumenten auf einfache Art aufzeigt, ob ein Lebensmittel gesund ist oder nicht.
TB: Auf einer Packung muss ersichtlich sein, wie ein Produkt zusammengesetzt ist. Aber ich will nicht unterschwellig vom Staat beeinflusst werden, ob ich etwas kaufen soll oder nicht.
BZ: Dann macht es einfach die Industrie – aber so kompliziert, dass ich nicht verstehe, ob etwas gesund ist oder nicht.
TB: Als Käufer will ich doch einfach wissen, was in einem Produkt drin ist.

PR: Und das reicht?
TB: Wer sich informiert, versteht, was da steht. Ich will einfach nicht einen Staat, der mir sagt, was ich kaufen soll.
BZ: Und ich will nicht eine Industrie, die das tut.
TB: Die Industrie macht doch nichts, was schädlich ist.

PR: Aber sie schaut auch nicht primär für unsere Gesundheit.
TB: Wir müssen selber entscheiden, was wir essen und trinken wollen. Ich kann fast überall Schnaps kaufen: Wenn ich jeden Tag einen Liter Schnaps trinke, dann ist das schädlich, das weiss ich, ohne dass mir der Staat das sagt. Ich vertraue auf den mündigen Bürger.
BZ: «Mündig» kommt ja von «Mund» – es bedeutet also, sprechen zu können. Ich kann aber nur reden, wenn ich die Informationen habe. Allerdings sind die Informationen noch nicht so, dass wir überall zu guten Entscheidungsgrundlagen kommen. Und da ist für mich der Staat in der Pflicht. Er muss der schwächeren Vertragspartei mithelfen, an Informationen zu kommen.
TB: Informationen ja, aber keine Beeinflussung.

Patrick Rohr, 50, ist Journalist und Fotograf. Er leitet eine eigene Agentur für Kommunikationsberatung und Medienproduktionen in Zürich. Bis 2007 war er Moderator beim Schweizer Fernsehen (u.a. «Arena», «Quer»).

Der ehemalige Boxer René Schmid sagt, warum Eigenverantwortung in diesem Sport elementar ist und nicht automatisch der Stärkere gewinnt.

Von Manuela Specker

Das Leben ist (k)ein Boxkampf

Viele denken, Boxen sei ein Sport, bei dem wild drauflosgeschlagen wird. Dabei lautet die wichtigste Regel, nie jemanden absichtlich zu verletzen. Boxer begegnen sich auf Augenhöhe, Fairness ist ganz zentral: Im Boxring wird nicht von hinten angegriffen und nicht unter die Gürtellinie geschlagen. Der Sport ist eine sehr gute Schule, um Eigenverantwortung zu lernen. Erst dann stellt sich auch der Erfolg ein. Im Leben aber agieren viele Menschen nach dem Motto «Der Stärkere gewinnt». Diese Rücksichtslosigkeit kann langfristig nicht gut gehen. Mit unfairen Mitteln zu gewinnen, ist widerlich – ob im Boxring, im Beruf oder in der Politik. Denn dann geht es immer nur um die eigenen Interessen und nicht etwa um die Gesellschaft als Ganzes. Man muss sich in das Gegenüber einfühlen und mit stichhaltigen Argumenten überzeugen können, anstatt immer dem Konkurrenzdenken zu verfallen.

Eigenverantwortung zeigt sich auch darin, sich und seinem Körper Sorge zu tragen. Das hat viel mit Selbstachtung zu tun. Man darf nicht die anderen für die eigene Befindlichkeit verantwortlich machen.

«Wie kann ich fair für etwas kämpfen, ohne den anderen zu verletzen, aber auch ohne die eigenen Bedürfnisse zu ignorieren?»

René Schmid

Wer austeilt, muss einstecken können

Boxen verlangt auch deshalb Eigenverantwortung, weil ich den Partner, gegen den ich boxe, selber auswähle. Wenn ich nun meine, gegen den ehemaligen Weltmeister Wladimir Klitschko antreten zu können, dann muss ich mich nicht wundern, bereits in der ersten Runde k.o. zu sein. Auch in meinen Seminaren geht es mir nicht darum, den Leuten beizubringen, wie sie das Gegenüber besiegen. Vielmehr möchte ich ihnen die Philosophie des Boxens näherbringen. Konkret geht es darum: Wie kann ich fair für etwas kämpfen, ohne den anderen zu verletzen, aber auch ohne die eigenen Bedürfnisse zu ignorieren? Wer austeilt, muss auch einstecken können. Darum finde ich es wichtig, dass bereits Kindern ermöglicht wird, im Leben auch einmal auf die Nase zu fallen. Wer immer beschützt wird und wie in Watte gepackt lebt, wird später Mühe haben, Schwierigkeiten zu meistern. Geistige und körperliche Widerstandskraft lässt sich trainieren, auch im Boxring.

Wie das Gegenüber reagiert, hat viel mit meinem eigenen Auftreten zu tun. Ich kann einiges über eine Persönlichkeit herauslesen, wenn ich die betreffende Person im Boxring beobachte. Ich sehe zum Beispiel sofort, ob jemand eher beziehungs- oder handlungsorientiert, ob jemand eher ängstlich oder forsch ist. Boxen ist so gesehen immer auch ein Spiegel der eigenen Persönlichkeit.

René Schmid stand viermal in einem Halbfinal der Schweizer Meisterschaft im Boxen. 2016 gründete er das Unternehmen «sparring academy». Aus seinen Erkenntnissen als Boxer, Lehrer und Coach hat er die Sparringmethode entwickelt, eine Form der Persönlichkeits-, Team- und Führungsentwicklung.

Dank dem mycoach-Programm hat Andrea A.* 25 Kilogramm abgenommen. Aus Eigenverantwortung? Eher aus einer inneren Motivation heraus – und aus Freude am Kochen.

Von Bettina Vogel

Ihre Motivation liess die Pfunde purzeln

Ja – ich glaube, ich darf es als Erfolgsgeschichte bezeichnen», sagt Andrea A.* Ihr ist gelungen, wovon viele andere träumen: Sie hat ihr Gewicht mit dem mycoach-Programm von 100 auf 75 Kilogramm reduzieren können. Über Jahre hinweg hat die 60-Jährige kontinuierlich zugenommen. «Gestört hat mich dies kaum, ich habe es gar nicht wirklich realisiert – und einfach die Hosen eine Nummer grösser bestellt», blendet sie zurück. Doch eines Tages standen drei Ziffern auf ihrer Waage: 100 Kilogramm. «Da wurde mir schlagartig klar, dass die Schmerzgrenze erreicht ist und ich etwas unternehmen muss», so Andrea A. Zufällig stiess sie auf mycoach, das Ernährungsprogramm der CSS.

Langsam, aber stetig

mycoach basiert auf vielen schmackhaften Rezepten. «Und da ich gern koche, ist es mir leichtgefallen, das Programm einzuhalten. Ich habe viele neue Rezepte kennengelernt und auch Dinge, die ich vorher kaum gekannt habe, zum Beispiel Hülsenfrüchte.» Es habe zwar etwas gedauert, bis die Pfunde gepurzelt seien – aber dann ging es stetig runter. 25 Kilogramm. «Wenn die Leute dies hören, denken sie, mycoach sei ein Wundermittel.» Aber das sei es nicht. Wohl aber ein gesundes, komplexes Programm mit einer durchdachten Philosophie dahinter. «Eine Kollegin von mir hat zum Beispiel viel weniger abgenommen als ich», sagt Andrea A. «Wenn das Programm bei mir geholfen hat, heisst es also nicht, dass es bei einer anderen Person ebenso gut funktioniert.»

Ein Anreiz, der ankommt

Bei der CSS erhalten die Teilnehmenden des mycoach-Programms 75 Prozent der Programmkosten nur zurückerstattet, wenn sie den Gewichtszielwert erreichen. Dr. Isabelle Rottmann, Geschäftsführerin von mycoach, sagt erfahrungsgemäss, dass dieser erfolgsorientierte finanzielle Anreiz bei den Programmteilnehmern nicht auf Widerstand stosse. Wichtig sei, dass die Teilnehmer insbesondere zu Beginn genügend begleitet werden. Verschiedene Studien aus Deutschland zeigen eine höhere Zufriedenheit und bessere Ergebnisse bei denjenigen Teilnehmern in Chronic-Care-Programmen, die mehr gefordert werden, aber gleichzeitig auch mehr Hilfe zur Zielerreichung erhalten.

Ein Gewinn auf der ganzen Line

Andrea A. ist froh, bei mycoach mitgemacht zu haben. «Es war definitiv ein Gewinn für mich: Das Treppensteigen fällt leichter, ich sehe besser aus und kann endlich wieder Kleidergrössen kaufen, die man im Laden auch wirklich kriegt. Das Echo aus meinem Umfeld war denn auch durchwegs positiv.» Zudem hatte der Gewichtsverlust den positiven Effekt, dass Andrea A. die Blutdruckmedikamente, die sie vorher jahrelang genommen hatte, schrittweise absetzen konnte. Einzig die arthrosebedingten Knieschmerzen haben noch nicht nachgelassen, obwohl dies von den Ärzten in Aussicht gestellt worden sei. «Nur schon deshalb ist für mich klar, dass ich es bezüglich meines Gewichts nicht mehr so weit kommen lassen würde», gibt sich Andrea A. selbstkritisch.

Obwohl Andrea A. 25 Kilogramm abgenommen hat, mag sie den Begriff Eigenverantwortung nicht verwenden. Das töne so nach konsequentem Handeln und streng sein mit sich selbst. Das sei sie aber nicht wirklich. «Vielmehr habe ich es ja freiwillig gemacht, aus innerer Motivation – einzig und allein für mich und ohne mit jemandem eine Wette abgeschlossen zu haben, dass ich es schaffe.» Andere Gewichtsreduktionsprogramme mit begleitender Kontrolle oder gar Gruppenzwang sind ihr denn auch ein Graus.

*Name von der Redaktion geändert.

Andrea A.* lebt im Fricktal und arbeitet als Assistentin im IT-Bereich.

Eigenverantwortung und Kindermädchen-Staat

Beda M. Stadler, geboren 1950 in Visp (VS), ist emeritierter Professor und war Direktor des Instituts für Immunologie an der Universität Bern. Er ist bekannt für seine bissigen Aussagen zu medizinischen sowie gesundheits- und gesellschaftspolitischen Themen.

Meine Generation hat sich gegen das Tragen von Sicherheitsgurten gewehrt, weil wir fanden, das schränke unsere Eigenverantwortung ein. Verständlich, schliesslich waren wir trotz Kinderspielzeug mit bleihaltigen Farben gross geworden und trugen erstmalig im Militär einen Helm. Der Gepäckträger unseres Fahrrads galt als Beifahrersitz, und dank «Eutra», dem Melkfett, wurden wir rasch braun. Von meinen Klassenkameraden, vom Kindergarten bis zur Uni, leben zum Glück noch fast alle, und keiner ist an etwas gestorben, das der heutige Kindermädchen-Staat seit damals verordnet, verboten oder kriminalisiert hat.

Das Erstaunliche ist, wie wenig Widerstand dieser staatlichen Vorsorge bisher entgegengesetzt wurde. Es ist gar fast unheimlich, wie duldsam sich Raucher den Verboten gebeugt haben. Seit der Staat fast alles, was Spass macht, besteuert oder verbietet, scheint eine neue Generation heranzuwachsen, die sich an das Bemuttern bereits gewöhnt hat. Falls Sie von mehreren Müttern gleichzeitig gelyncht werden wollen, müssen Sie bloss in einer Kita versuchen, süsse Bonbons zu verteilen.

«Der Gepäckträger unseres Fahrrads galt als Beifahrersitz, und dank ‹Eutra›, dem Melkfett, wurden wir rasch braun.»

Die meisten Prämienzahler scheinen bereits einen neuen Begriff zur Eigenverantwortung verinnerlicht zu haben: Jeder ist selber verantwortlich, etwa gleich viel aus der Krankenkasse herauszuholen, wie er als Prämien einbezahlt hat. Gibt es für die heutige Jugend überhaupt noch Modelle, um Eigenverantwortung zu üben? Unsere Nahrungsmittel und alle Konsumgüter sind geprüft, zertifiziert und mit Label versehen, sodass es praktisch gar nicht mehr möglich ist, selbst einen Fehler zu machen. Falls etwas passiert, ist also meistens jemand anderes schuld.

Da der Prämienzahler die Eigenverantwortung verlernt hat, sollte man auch keine weitere Hoffnung daraufsetzen und diese einfach verordnen. Falls Versicherungen und Leistungserbringer bereit sind, aus der Grundversorgung alles, was mit Wellness, Befindlichkeit, kleinen Bobos oder Krankheiten zu tun hat – die sich auch mit Hausmittelchen behandeln lassen –, herauszustreichen und die Franchisen zu erhöhen, wäre ein erster Schritt getan. Wer das brutal findet, soll mal ohne Portemonnaie mit seinem kranken Hund, also einem lieben Wesen ganz ohne Selbstverantwortung, zu einem Tierarzt. Nach einem solchen finanziellen Lehrstück wird vielleicht klar: Die Solidarität im Gesundheitswesen zählt auf die Eigenverantwortung.

twitter.com/CSSPolitik

Die Stärkung der finanziellen Eigenverantwortung wird oft als möglicher Lösungsansatz für die stetig steigenden Gesundheitskosten genannt. Gibt es geeignete Instrumente hierfür, und wie steht es um die Bereitschaft der Versicherten?

Von Christoph Küng

Finanzielle Eigenverantwortung als Lösungsansatz?

Welche Instrumente könnten der Stärkung der finanziellen Eigenverantwortung dienen? Und wie würden diese von den Versicherten in der Schweiz akzeptiert? Erstmals ist eine wissenschaftliche Arbeit diesen Fragen nachgegangen.

Insgesamt wurden 15 Instrumente von acht Experten aus dem Gesundheitswesen nach deren Eignung eingeschätzt (vgl. Grafik; vertikale Achse). Sechs davon werden von den Experten als geeignet eingeschätzt (vgl. Grafik: hellgrüner und grüner Bereich). Ergänzend wurden Versicherte nach ihrer Bereitschaft gegenüber den 15 Instrumenten befragt (vgl. Grafik; horizontale Achse). Von den sechs «geeigneten» Instrumenten weisen die Schweizer Versicherten gegenüber den folgenden vier eine hohe Bereitschaft auf:

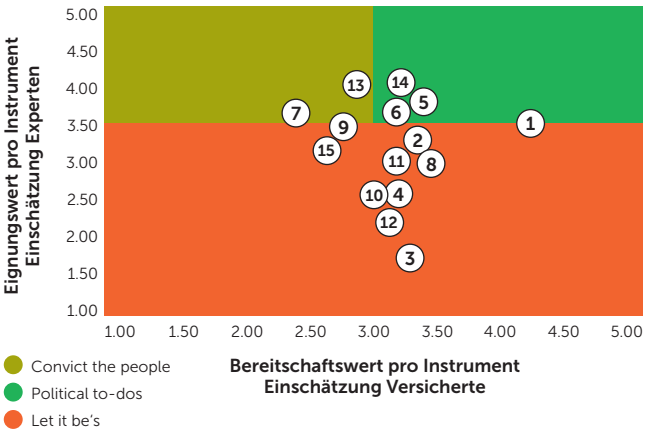
- Erhöhung Minimalfranchise, bspw. auf CHF 400 oder CHF 500 (aktuell CHF 300)
- Einführung Spitalgebühr (Notfall), bspw. CHF 30 (aktuell keine)
- Einführung fakultative Haltefrist Franchisenhöhe, bspw. fakultative vertragliche Fixierung der Franchise CHF 2500 auf drei Jahre mit damit einhergehendem Prämienrabatt (aktuell keine zeitliche Fixierung möglich)
- Erhöhung Höchstbetrag Selbstbehalt, bspw. CHF 1000 (aktuell CHF 700)

Diese vier genannten Instrumente müssten somit aufgrund hoher Eignungs- als auch Bereitschaftswerte auf die politische Agenda gelangen und könnten also – zusammen mit anderen Massnahmen – einen möglichen Lösungsansatz darstellen.

Die politische Zukunft wird zeigen, welcher Weg zur Eindämmung der Gesundheitskosten und letztlich der Krankenkassenprämien eingeschlagen und welche Rolle die Stärkung der finanziellen Eigenverantwortung spielen wird.

Christoph Küng, MSc BA in Health Economics and Health Care Management, ist Fachspezialist bei der CSS Versicherung.

Eignungs-/Bereitschaftsportfolio



1. Erhöhung Minimalfranchise
2. Erhöhung Maximalfranchise
3. Erhöhung Anzahl Wahlfranchisen
4. Einführung einkommensabhängige Minimalfranchise und Wahlfranchisen
5. Einführung fakultative Haltefrist Franchisenhöhe
6. Erhöhung Höchstbetrag Selbstbehalt
7. Erhöhung Prozentsatz Selbstbehalt
8. Einführung differenzierter Selbstbehalt (Höchstbetrag) und somit Wahlselbstbehalten
9. Einführung differenzierter Selbstbehalt (%) (nach Preis, Notwendigkeit)
10. Einführung einkommensabhängiger Minimalselbstbehalt und Wahlselbstbehalt
11. Erhöhung Selbstbehalt Medikament (bei Existenz günstiger Alternativen)
12. Erhöhung Beitrag Kosten an den Spitalaufenthalt
13. Einführung Arztgebühr
14. Einführung Spitalgebühr (Notfall)
15. Abbau Leistungskatalog

Quelle: Küng, Christoph, Masterarbeit Stärkung der finanziellen Eigenverantwortung – Ein möglicher Lösungsansatz für die Schweiz, Luzern, 2017.

Papper-
lapapp

Äh, was soll's, ich weiss ja, dass das Zeugs hier nicht gerade gesundheitsförderlich ist. Aber im Himmel gibt's ja schliesslich keine Pizza mehr.

Fette
Eigenverantwortung

Hey, Mädels, ich hab' gelesen, dass Fett gar nicht so schlecht sein soll wie immer behauptet. Wir übernehmen also voll Eigenverantwortung, wenn wir das hier reinhauen.

Pizza,
Pizza, Pizza ....

Das ist nun schon der fünfte Pizza-Tag hintereinander. Sollten wir nicht doch mal ans Salatbuffet der Kantine schreiten?