

# im dialog



## Einer für alle, alle für einen?

Im Fokus: Das Solidaritätsprinzip

Echo

Schweizerische Konferenz der kantonalen  
Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

# Himmel- fahrts- kommando

«Die Einführung der Schuldfrage im  
KVG wäre ein Paradigmenwechsel mit  
unabsehbaren Folgen.»

Stellungnahme zum Vorentwurf der  
SGK-N zur Pa.Iv. Bortoluzzi, 15.7.2014

Pascal Couchepin, alt Bundesrat, \*1942

# Ein Balanceakt

«Die Kunst der Politik besteht darin,  
die richtige Balance zwischen  
Solidarität und Eigenverantwortung  
zu finden.»

Auf der Petersinsel, 2006

Silvia Bär, stv. Generalsekretärin SVP

# Fass ohne Boden

«Die Eigenverantwortung wird immer mehr in den Hintergrund  
gerückt, bis das System nicht mehr finanzierbar ist.»

20 Minuten online, 5. November 2014

CSS Gruppe

# Keine Solidarität ohne Eigen- verantwortung

«Die CSS Gruppe bekennt sich zu  
einer auf Freiwilligkeit und Sub-  
sidiarität aufgebauten Solidarität.  
Eigenverantwortliches Handeln  
ist Grundlage wahrer Solidarität.»

Grundsätze der Unternehmensphilosophie

Antoine de Saint Exupéry

# Homo responsabile

«Mensch sein heisst verantwortlich sein.»

Franz. Pilot und Schriftsteller (1900–1944)



Folgen Sie uns auf Twitter:  
[twitter.com/CSSPolitik](https://twitter.com/CSSPolitik)



Jodok Wyer ist Präsident des  
 Verwaltungsrats der CSS

# Wo liegen die Grenzen?

## Inhaltsverzeichnis

- 4 **Solidaritätsprinzip**  
 Fehlanreize eliminieren statt  
 Scheingefechte austragen!
- 7 **Standpunkt**  
 Kleiner Hebel mit grosser Wirkung
- 8 **Hintergrund**  
 Im Zweifel für die Eigenverantwortung
- 10 **Praxis**  
 Damit alle gewinnen
- 11 **Die andere Sicht**  
 Fraternitas und Libertas
- 12 **Im Gespräch**  
 «Solidarität funktioniert nur mit  
 Eigenverantwortung»
- 16 **Persönlich**  
 Wir sind auf Solidarität angewiesen
- 18 **Santé!**  
 Das Gesundheitssystem ist krank
- 19 **Wissenschaft**  
 Wie einheitlich ist eine Einheitsprämie  
 wirklich?

Nach dem Leitbild der CSS beruht Solidarität aus wirtschaftlicher Sicht auf Freiwilligkeit und Subsidiarität. Die neuen Sozialversicherungsgesetze haben jedoch zu einer Zwangssolidarität geführt, verbunden mit einem Abbau von Eigenverantwortung.

Im Gegensatz zur AHV, wo die ausbezahlten Leistungen klar definiert sind, stösst das Solidaritätsprinzip bei der Krankenversicherung an seine Grenzen. Bei weiten Teilen der Bevölkerung löst es immer mehr eine verstärkte, gefährliche Anspruchshaltung aus. «Ich zahle Prämien, ergo beziehe ich auch Leistungen», lautet häufig das Credo. Mit dem Resultat, dass der Solidaritätsgedanke mehr und mehr in den Hintergrund rückt und der Systemgedanke überstrapaziert wird. Ich bin überzeugt, dass diese grenzenlose Solidarität mittelfristig der Akzeptanz unseres Systems schadet, da sie dem Grundgedanken einer Sozialversicherung zuwiderläuft.

Hier gilt es, neue Mechanismen anzustreben. Diese müssen die moralische Grundforderung der Solidarität so zur Geltung bringen, dass sich die Beteiligten im eigenen Interesse systemerhaltend verhalten und der Einzelne die Vorteile seiner Investition in Solidarität klar erkennen kann. Solche Mechanismen fussen in erster Linie auf Stärkung der Eigenverantwortung, wie hohen Franchisen, Kostenbeteiligungen oder straffe Bewirtschaftung des Leistungskatalogs (z.B. Ausschluss von Bagatellen). Nur wenn wir es schaffen, das System in diese Richtung zu lenken, können wir verhindern, dass die Kosten im Schweizer Gesundheitswesen – heute bereits 70 Milliarden Franken jährlich – und damit letztlich die Prämien ins Uferlose steigen.

## Impressum

Erscheint dreimal jährlich in deutscher und französischer Sprache. Herausgeber: CSS Versicherung, Tribtschenstrasse 21, CH-6002 Luzern, E-Mail: [dialog@css.ch](mailto:dialog@css.ch), Internet: [www.css.ch](http://www.css.ch), Chefredaktion: Riccarda Schaller, Roland Hügi; Redaktionelle Mitarbeit, Produktion und Grafik: Infel Corporate Media, Claudia Sebald (Text) und Franziska Neugebauer (Art Direction) | Bildnachweis: zVg, Schweizerisches Sozialarchiv Zürich, Keystone Peter Klaunzer, Br Adrian Mueller, Zeljko Gataric, eBalance, Grafilu, depositphotos Valentyn Vokov, Daniel Martinek | 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

Verschiedene politische Vorstösse fordern die Abwälzung einzelner Kosten auf den Verursacher. Das ist jedoch nur eine oberflächliche Massnahme ohne nachhaltige Wirkung. Die Anreize im Gesundheitswesen müssen grundlegend verändert werden, damit sich eigenverantwortliches und solidarisches Handeln wieder lohnt.

Von Josef Barmettler

# Fehlanreize eliminieren statt Scheingefechte austragen!

**K**omatrinker sollen für ihre medizinische Versorgung selber aufkommen!« «Keine Kassenpflicht für Folgekosten nach kosmetischen Eingriffen!»

Solche politischen Forderungen stehen beispielhaft für offensichtlich berechnete Sorgen zum Missbrauch des Solidaritätsprinzips in der sozialen Krankenversicherung. Sie sind nicht neu. Seit man weiss, dass Rauchen, Alkohol- oder Drogenmissbrauch beträchtliche gesundheitliche Schäden verursachen, wird die Frage gestellt, ob die Allgemeinheit für die Kosten solch schädlichen Verhaltens aufzukommen hat.

Die Verantwortung dem Verursacher übertragen heisst erstens, dass das Individuum für Gesundheitskosten, die aus seinem nicht der allgemeinen Norm entsprechenden Verhalten entstehen, ganz oder teilweise selbst aufzukommen hat. Zweitens muss eine gesellschaftlich anerkannte Instanz definieren, welche Verhaltensweisen den allgemeinen Normen widersprechen. Drittens schliesslich legt die Gesellschaft

fest, wie sie mit Menschen umgeht, die sich nicht an diese Normen halten.

Politische Vorstösse zu diesem Thema verweisen konsequent auf das Prinzip des Solidaritätsgedankens. Es macht daher Sinn, sich mit dem wichtigen, oft aber strapazierten Begriff der Solidarität auseinanderzusetzen.

## Solidarität, das Ursprungsthema der CSS

Die CSS entstand vor über 100 Jahren als Selbsthilfeorganisation und bildete in ihrer Form eine nach den Urprinzipien funktionierende Solidargemeinschaft. Mit Einführung der obligatori-

schen Krankenversicherung im Jahre 1994 erfolgte der radikale Umbau der sozialen Krankenversicherung mit tiefgreifenden inhaltlichen und strukturellen Reformen. Bei der CSS fand damals ein Wettstreit der Gedanken statt zur Frage, wie die Ursprünge der CSS in das neue Umfeld einzubetten seien. Dabei hielt der Mitgliederrat<sup>1</sup> Ende 2005 Folgendes fest:

«Die CSS Gruppe bekennt sich zu einer auf Freiwilligkeit und Subsidiarität aufgebauten Solidarität. Eigenverantwortliches Handeln ist Grundlage wahrer Solidarität.» Die Erklärung lautet dazu wie folgt: «Aus wirtschaftlicher Sicht beruht Solidarität auf Freiwilligkeit und Subsidiarität. Unterstützung nach dem Subsidiaritätsprinzip erfolgt im Sinne der Ergänzung der Eigenverantwortung. Die neuen Sozialversicherungsgesetze haben jedoch zu einer Zwangssolidarität geführt, verbunden mit einem Abbau von Eigenverantwortung.»

## Aus den Abhandlungen eines Wissenschaftlers

Bemerkenswert sind in diesem Kontext die unter dem Titel «Rechte ohne Pflichten» aufgezeichneten Abhandlungen von Prof. Dr. iur. Erwin Murer<sup>2</sup>. Er kommt darin zum Schluss, dass unser Sozialversicherungssystem mithilfe seiner Obligationen die Bevölkerung auf hohem Niveau abzusichern vermag und nachhaltig zum sozialen Frieden beiträgt. Problematisch sei dabei aber die Tendenz der sozialen Sicherheit zur Masslosigkeit. Um unsere sozialen Errungenschaften der Zukunft zu erhalten, gelte es, die offensichtlich vorhandenen Fehlentwicklungen zu identifizieren und zu beseitigen. Dazu zählt Prof. Murer namentlich die Dauersteigerung der Gesundheitskosten über das wirtschaftliche Wachstum hinaus, die durch bürokratische Massnahmen offensichtlich nicht in den Griff zu bekommen seien. Dabei fielen die Schwächen des Systems den meisten der Betroffenen gar nicht besonders auf, weil die Kostensteigerungen auf so viele Einzelprämien aufgeteilt würden. Die Analysen von Prof. Erwin Murer müssten bei Politik und Öffentlichkeit endlich zu einem Aufwachen führen. Denn in der AHV und in der beruflichen Vorsorge ist allein aufgrund der demografischen Entwicklung evident, dass wir es uns heute in der Altersvorsorge zu Lasten der nächsten Generationen in einem wohligen Federbett →

## In Kürze

- Verschiedene politische Vorstösse monieren den Missbrauch des Solidaritätsprinzips.
- Die anhaltenden Kostensteigerungen zwingen uns, zu handeln und die Eigenverantwortung im System zu stärken.
- Kern eines reformierten Systems ist die Stärkung von integrierten Modellen mit funktionierenden Solidargemeinschaften.



18–25



26–65



+66

# Transfers in der Grundversicherung (OKP)

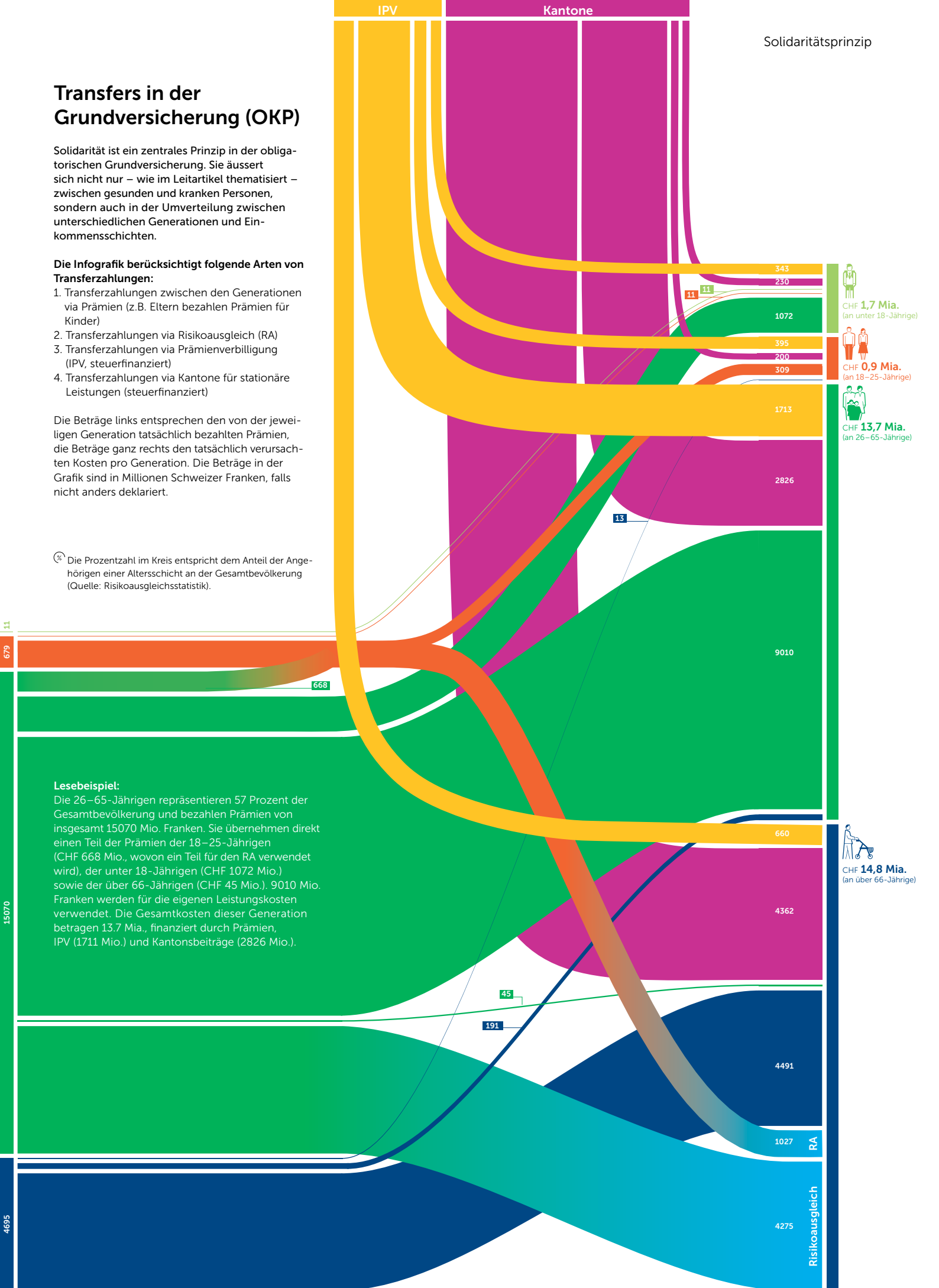
Solidarität ist ein zentrales Prinzip in der obligatorischen Grundversicherung. Sie äussert sich nicht nur – wie im Leitartikel thematisiert – zwischen gesunden und kranken Personen, sondern auch in der Umverteilung zwischen unterschiedlichen Generationen und Einkommenschichten.

## Die Infografik berücksichtigt folgende Arten von Transferzahlungen:

1. Transferzahlungen zwischen den Generationen via Prämien (z.B. Eltern bezahlen Prämien für Kinder)
2. Transferzahlungen via Risikoausgleich (RA)
3. Transferzahlungen via Prämienverbilligung (IPV, steuerfinanziert)
4. Transferzahlungen via Kantone für stationäre Leistungen (steuerfinanziert)

Die Beträge links entsprechen den von der jeweiligen Generation tatsächlich bezahlten Prämien, die Beträge ganz rechts den tatsächlich verursachten Kosten pro Generation. Die Beträge in der Grafik sind in Millionen Schweizer Franken, falls nicht anders deklariert.

\* Die Prozentzahl im Kreis entspricht dem Anteil der Angehörigen einer Altersschicht an der Gesamtbevölkerung (Quelle: Risikoausgleichsstatistik).



### Lesebeispiel:

Die 26–65-Jährigen repräsentieren 57 Prozent der Gesamtbevölkerung und bezahlen Prämien von insgesamt 15070 Mio. Franken. Sie übernehmen direkt einen Teil der Prämien der 18–25-Jährigen (CHF 668 Mio., wovon ein Teil für den RA verwendet wird), der unter 18-Jährigen (CHF 1072 Mio.) sowie der über 66-Jährigen (CHF 45 Mio.). 9010 Mio. Franken werden für die eigenen Leistungskosten verwendet. Die Gesamtkosten dieser Generation betragen 13,7 Mia., finanziert durch Prämien, IPV (1711 Mio.) und Kantonsbeiträge (2826 Mio.).



Die Nettoleistungen in der OKP haben sich  
seit 1996 fast **verdoppelt**  
und betragen heute  
jährlich fast **3000 Franken**  
pro Person.

Ein eigentlicher Leistungskatalog  
existiert nicht.



**Alle Leistungen**  
werden bezahlt, sofern  
sie nicht explizit  
ausgenommen werden.

→ gemütlich machen. Dasselbe gilt für das Gesundheitswesen, wo das Verhältnis zwischen Wirtschaftswachstum und Kostensteigerung seit Jahren in einem eklatanten Missverhältnis steht. Es ist also absehbar, dass sich künftige Generationen unser Gesundheitssystem nicht mehr werden leisten können.

### Neue Weichenstellungen sind unumgänglich

Bereits in meiner nach der ersten Abstimmung zur Initiative über die Einheitskasse im Jahr 2007 verfassten «Streitschrift»<sup>3</sup> «Dem Bürger seine Verantwortung zurückgeben!» habe ich diese Fehlentwicklungen identifiziert. Es sind das Auseinanderklaffen von Verantwortung und Entscheidungskompetenz, die nach der Menge der erbrachten Leistungen gestalteten Tarife, der Vertragszwang, die auf ihre Einzelinteressen bedachten Akteure, keine Vernetzung der Behandlung, fehlende Anreize zum sparsamen Umgang mit den Ressourcen und keine Transparenz in der Qualität der Behandlung.

In diesem System «Selbstbedienungsladen Gesundheitswesen, an dessen Ausgang keine Kasse steht» fühle sich der Bürger grundsätzlich wohl. Meine damalige Schlussfolgerung ist immer noch gültig: In der Gesundheitspolitik sind grundsätzlich neue Weichenstellungen unabdingbar. Sie müssen die heutigen Fehlentwicklungen und Fehlanreize konsequent eliminieren und der mündigen Bürgerin und dem mündigen Bürger wieder mehr Eigenverantwortung übertragen.

### Netzwerke als Grundlage von Solidarität und Eigenverantwortung

Die Kernelemente zur Behebung der Fehlentwicklungen liegen auf dem Tisch: Die obligatorische Krankenversicherung darf nur noch in Netzwerken angeboten werden, die für die gesamte ambulante und stationäre Behandlungskette der Bevölkerung verantwortlich sind. Das Netzwerk ist dafür zuständig, die dem Patienten angemessene Behandlung sicherzustellen. Der Staat setzt dafür die Regeln fest. Leistungserbringer und Versicherer übernehmen neue Rollen: Die Leistungs-

erbringer schliessen sich zusammen, um in Netzwerken für die Behandlung der Bevölkerung zu sorgen. Deren Entschädigung erfolgt nicht mehr nach der Menge der erbrachten Leistungen, sondern mit risikogerechten Kopfpauschalen. Die Krankenversicherer wiederum sind nicht mehr nur Durchlauferhitzer für Prämien und Leistungen. Ihre Aufgabe besteht darin, ihren Kunden die Angebote von Netzwerken zu entwickeln und/oder zu vermitteln. Die Netzwerke schliesslich entstehen auf Eigeninitiative der Leistungserbringer oder in Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern. Die Vertragsfreiheit im ambulanten und stationären Bereich ist dabei Voraussetzung.

Die Finanzierung der gesamten Behandlungskette erfolgt über das Prämiensystem. Die öffentliche Hand beteiligt sich an der Finanzierung der Gesamtkosten, und zwar kostenneutral. Damit der Kunde das für ihn adäquate Netzwerk aussuchen kann, wird bezüglich der Qualität der Behandlungskette Transparenz geschaffen nach Kriterien, welche die Tarifpartner miteinander vereinbaren. Der Staat erlässt dafür Rahmenbedingungen. Der austarierte Risikoausgleich stellt für die Bevölkerung die Wahlfreiheit in einem der durch die Versicherer angebotenen Netzwerke sicher. Die staatliche Prämienverbilligung an die finanziell schwachen Bevölkerungsgruppen wird so bemessen, dass eine dem Grundbedarf gerecht werdende medizinische Versorgung gewährleistet ist.

### Die Folgen des neuen Modells

Mit diesem Modell der Gesundheitsversorgung werden Solidarität und Subsidiarität in einen neuen Kontext gestellt: Innerhalb der Netzwerke entstehen wieder Solidargemeinschaften, in der jene Solidarität praktiziert wird, die der Rolle und Verantwortung jedes Beteiligten entspricht. Die im Netzwerk tätigen Leistungsanbieter sorgen sich um eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung. Ihr wirtschaftlicher Erfolg bemisst sich am Erfolg der Behandlung. Das Netzwerk hat ein wirtschaftliches Interesse an der Gesunderhaltung seiner Kunden. Es entwickelt Massnahmen zur Stärkung ihrer Eigenverantwortung. Frühzeitiges Erkennen und Prävention bei gesundheitsschädlichem Verhalten (Ernährung, mangelnde Bewegung, Missbrauch von Suchtmitteln usw.) sind zentrale Bestandteile des Leis-

## Es ist absehbar, dass sich künftige Generationen unser Gesundheitssystem nicht mehr werden leisten können.

tungsangebots. Der Krankenversicherer wiederum hat ein vitales Interesse am wirtschaftlichen Funktionieren der Netzwerke. Seine Marktchancen bemessen sich an der Qualität und der Effizienz der von ihm angebotenen Netzwerke. Schliesslich steht das Netzwerk in engem Kontakt mit den zuständigen Sozialbehörden, falls sich ein «gesundheitlicher Problemfall» (Drogen, Alkohol, soziale «Ausgrenzung») nicht durch medizinische Massnahmen lösen lässt.

Bürgerinnen und Bürger erhalten in diesem System jene Verantwortung übertragen, die für sie als Individuum oder als Familiengemeinschaft in anderen Be-

Willkürliche Mikroeingriffe in den Leistungskatalog verfehlen die beabsichtigte Wirkung. Viel zielführender ist es, die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten zu stärken und richtige Anreize für Leistungserbringer zu schaffen.

## Kleiner Hebel mit grosser Wirkung

Wenn einzelne Posten aus dem Leistungskatalog gestrichen werden – beispielsweise die Folgekosten von Komatrinken oder missglückten kosmetischen Eingriffen sowie Abreibungen –, hat das keinen spürbaren Einfluss auf die Kostenentwicklung und damit auf die Prämienhöhe. Stattdessen wird mit derartigen politischen Forderungen die Solidarität eingeschränkt, die für eine soziale Krankenversicherung grundlegend ist. Wenn begonnen wird, die Finanzierung medizinischer Leistungen von den Gründen ihrer Inanspruchnahme abhängig zu machen, ist der Willkür Tür und Tor geöffnet. Welche individuellen Verhaltensweisen bzw. Folgekosten sind dann noch gesellschaftlich toleriert und werden finanziert? Und welche nicht? Wie steht es mit den Folgekosten von Rauchen, Risikosportarten, Fettleibigkeit, Suchtkrankheiten oder Suizidversuchen?

Zielführender ist es, die Eigenverantwortung auf Seiten der Leistungsbezüger generell zu stärken sowie richtige Anreize auf Seiten der Leistungserbringer zu setzen. Beides ist im Rahmen einer

Optimierung des bestehenden Krankenversicherungssystems auch ohne umfassende Umgestaltung möglich.

Ersteres erreicht man am einfachsten durch eine deutliche Erhöhung der minimalen Kostenbeteiligung. Warum sollen die Versicherten im Krankheitsfall nur 300 Franken Franchise bezahlen, wenn sie auch ein Vielfaches selber übernehmen könnten? Um einkommensschwache Personen vor finanziellen Engpässen zu bewahren, gilt es, diese zusätzlich zur Prämienverbilligung mit Beiträgen an die Kostenbeteiligung zu unterstützen. Damit auch die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken weiterhin gewährleistet bleibt, könnte für chronisch Kranke die Kostenbeteiligung reduziert werden.

Letzteres ist durch den konsequenten Ausbau der integrierten Versorgung möglich: Ein als Gatekeeper fungierender Leistungserbringer übernimmt eine Budgetmitverantwortung für die gesamten Krankheitskosten seiner Patienten und erhält so einen Anreiz, dass die Leistungen in der gesamten Behandlungskette kostengünstig erbracht werden.

reichen des Lebens selbstverständlich ist. Es sind dies Wahlfreiheit sowie Solidarität und Eigenverantwortung: Bürgerinnen und Bürger wählen nach transparenten Preis- und Qualitätskriterien zwischen unterschiedlichen Modellen ihre Gesundheitsversorgung selber aus. Das solidarische Verhalten im Netzwerk wirkt sich auf dessen wirtschaftlichen Erfolg und damit direkt auf die Höhe der Prämien positiv aus. Zum Wohle des Budgets des Staates und der Individuen!

### Die Politik ist nicht nur marginal gefordert

Die Politik darf sich nicht mehr länger nur mit «Schein-gefechten» um die Stärkung der Selbstverantwortung im Gesundheitswesen kümmern. Der Bevölkerung muss unmissverständlich aufgezeigt werden, in welcher Sackgasse das Gesundheitssystem ohne eine grundlegende Neuorientierung endet. Dabei ist es Aufgabe der Politik, Strategien zu entwickeln, die ein solches Zukunftsmodell gegen den Willen der vom heutigen System profitierenden Interessengruppen mehrheitsfähig machen. Entweder wechseln wir auf ein System, in dem Solidarität und Eigenverantwortung im Gesamtkontext

wieder funktionieren. Oder aber wir vertrauen auf die Steuerung der Gesundheitskosten über rigorose Staats- eingriffe mit Globalbudgets und Rationierung. Dies mit der Konsequenz, dass der Zugang zum Gesundheitssystem staatlich gesteuert wird und die Qualität der Gesundheitsversorgung sinkt. Ich zweifle daran, dass dieses System von der Mehrheit der Bevölkerung gewünscht ist.

**Josef Barmettler**, dipl. NPO-Manager VMI, war von 1988 bis 2008 Generalsekretär der CSS Gruppe. Seit seinem Rücktritt engagiert er sich ehrenamtlich in sozialen Projekten und im NPO-Bereich.

<sup>1</sup> Der Mitgliederrat ist das oberste Organ des CSS Vereins, der als Träger der CSS Gruppe u.a. die Grundsätze der Unternehmensphilosophie, der Grundausrichtung und der sozialen Grundhaltung der CSS festlegt.

<sup>2</sup> Abschiedsvorlesung vom 11.05.2012 von Erwin Murer, em. Professor für Arbeits- und Sozialversicherungsrecht an der Universität Freiburg/Schweiz.

<sup>3</sup> Situativ aktualisiert bis ins Jahr 2012



**Bernhard Keller** ist  
Leiter Statistik der CSS  
✉ [bernhard.keller@css.ch](mailto:bernhard.keller@css.ch)



Die schweizerische Krankenversicherung steht für ein Solidarmodell, das der Eigenverantwortung der Versicherten einen hohen Stellenwert zuweist. Ein Blick in die Sozialstaatsgeschichte zeigt, weshalb.

Von Prof. Dr. Martin Lengwiler

# Im Zweifel für die Eigenverantwortung

**D**as Solidaritätsprinzip der Krankenversicherung manifestiert sich auf zwei Ebenen: beim Prämiensystem und bei der Leistungspalette. In beiden Bereichen hat sich die Schweiz in der Vergangen-

heit mehrfach für ein liberales Modell mit einem geringen Solidarausgleich entschieden. Dies zeigt sich etwa beim eigentümlichen Prämiensystem. Im Gegensatz zu den anderen europäischen Sozialstaaten sind die Prämien in der Schweiz nicht ans Einkommen gekoppelt. Solche «Kopfprämien» gelten als wenig solidarisch, weil gut verdienende Versicherte einen geringeren Anteil ihres Einkommens einzahlen als bedürftige. Andere Staaten sind mit Einführung der sozialstaatlichen Krankenversicherung zu einkommensabhängigen Prämien übergegangen. In der Schweiz kam es nie zu einem solchen Systemwechsel. Schon die Forderung nach einem nationalen Versicherungsobligatorium hatte es schwer. Seit 1900 scheiterten verschiedene Anläufe an antizentralistischen und finanzpolitischen Vorbehalten. Die obligatorische Krankenversicherung breitete sich vielmehr über die föderalistische Hintertüre aus.

Unterstützt von Bundessubventionen, führten Kantone und Gemeinden seit 1912 begrenzte Obligatorien ein. 1950 waren bereits über 50 Prozent der Bevölkerung versichert. Der Anteil stieg schon vor Einführung des nationalen Obligatoriums 1994 auf knapp 100 Prozent an.

## Behörden gegen Staatsmedizin

Weil sich die Krankenversicherung in kleinen Schritten ausbreitete, blieb das Prämiensystem unberührt. Verschiedene geplante Grundsatzreformen scheiterten. So diskutierten Politik und Gesellschaft gegen Ende des Zweiten Weltkriegs über den sogenannten «Beveridge-Plan», der in Grossbritannien zu einer Integration der Sozialversicherungen und zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens führte. Im britischen Modell investierte der Staat umfangreiche Steuermittel ins Gesundheitswesen. Steuern sind meist progressiv, deshalb war der Solidarausgleich im britischen Gesundheitsdienst hoch. In der Schweiz hielten die Behörden ein solches

System für unvereinbar mit den liberalen Traditionen des hiesigen Sozialstaats.

## Reformstau seit 40 Jahren

Ende der 1960er Jahre kam es erneut zu einer Grundsatzdebatte über die Krankenversicherung. Die Kosten fürs Gesundheitswesen stiegen in den 1950er und 60er Jahren markant an. Die Krankenkassen konnten jedoch aus sozialpolitischen Gründen die Prämien im Obligatorium nicht unbegrenzt erhöhen. Die daraus resultierenden Defizite mussten letztlich Bund und Kantone begleichen. 1974 gelangten zwei Reformvarianten vors Volk. Eine Volksinitiative der Sozialdemokratischen Partei orientierte sich an Westdeutschland und verlangte ein umfassendes Versicherungsobligatorium, finanziert durch lohnabhängige Beiträge. Der bürgerliche Gegenvorschlag verzichtete auf ein Versicherungsobligatorium, schlug aber ebenfalls Lohnbeiträge zur finanziellen Sicherung des Gesundheitswesens vor. Beide Modelle hätten den Solidaritätsgedanken über das Prämiensystem deutlich verstärkt. Beide Vorlagen wurden jedoch klar abgelehnt, nicht zuletzt aus Angst vor hohen Kostenfolgen für den Steuerzahler.

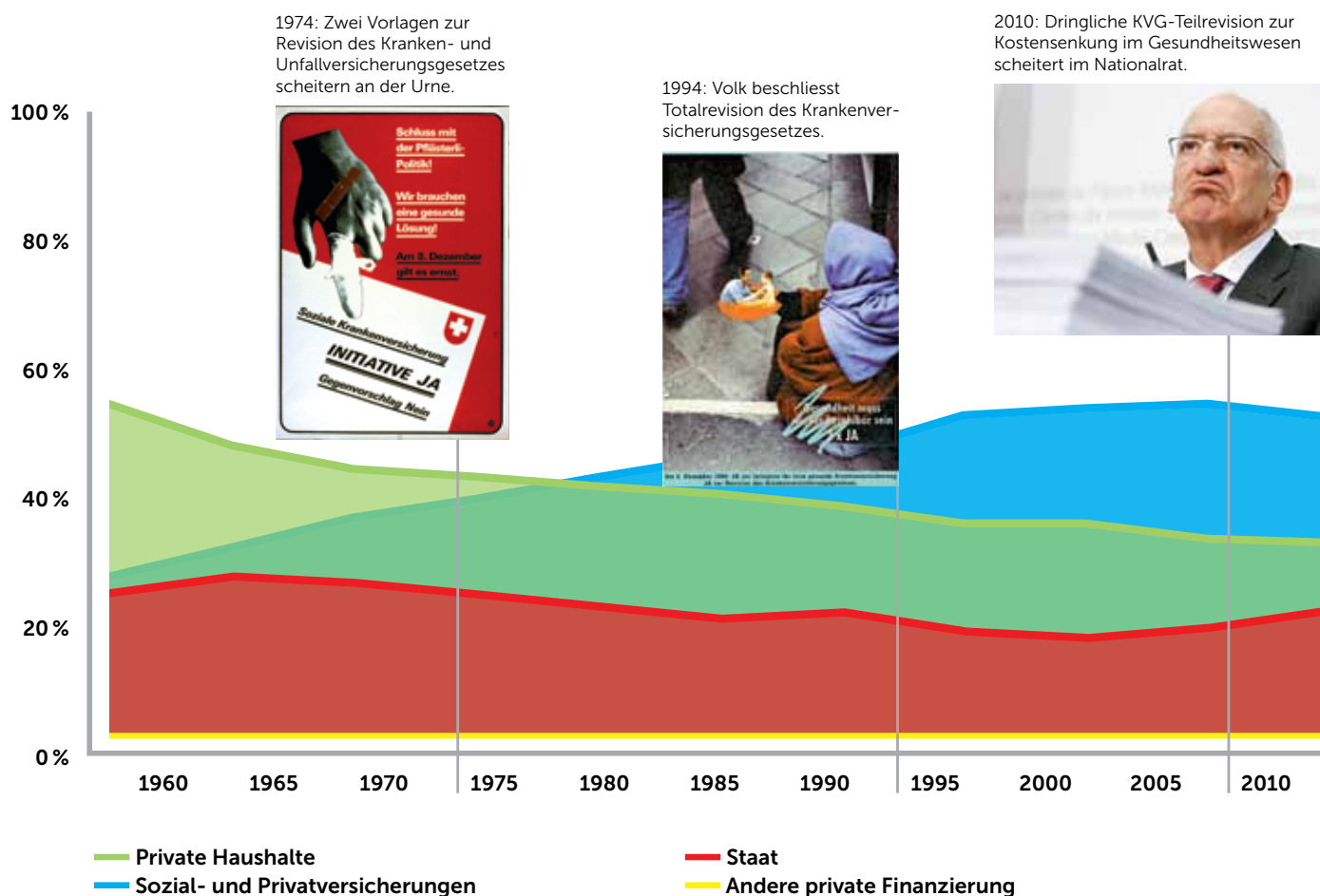
Seither betreiben die Akteure ein Schwarz-Peter-Spiel, bei dem alle die steigende Kostenentwicklung beklagen, sich aber nicht auf wirksame Sparinstrumente einigen. Unter diesen Vorzeichen wurde in den letzten Jahrzehnten das Kopfprämiensmodell gestärkt und solidarische Finanzierungsformen eher eingeschränkt. So reduzierte der Staat seinen Finanzbeitrag zum Gesundheitswesen von knapp 40 Prozent der Gesamtkosten Anfang der 1970er Jahre auf heute noch rund 25 Prozent. Der Anteil der Krankenversicherer stieg dagegen von 25 Prozent auf 40 Prozent. Ausgebaut wurden auch die direkten Kostenbeteiligungen der Versicherten, in Form von Selbstbehalt- und Franchiseregulungen oder von privat bezahlten überobligatorischen Leistungen. Der Solidarausgleich geschieht heute vor allem über die Prämienverbilligungen. Das System ist der Sozialhilfe abgeschaut. Wer eine gewisse Einkommenslimite unterschreitet, kann von verbilligten Prämien profitieren. Dabei geht es um viel Geld. Knapp 30 Prozent aller Versicherten erhalten Verbilligungen. Diese addieren sich auf 4 Milliarden Franken, rund einen Sechstel des gesamten Prämienvolumens.

**Die obligatorische Krankenversicherung breitete sich über die föderalistische Hintertüre aus.**



## Finanzierung des Gesundheitswesens nach Regime von 1960 bis 2010

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des Bundesamts für Statistik



### Spärlicher Leistungsausbau

Auch die Leistungspalette der Krankenversicherung war in der Schweiz wiederholt Gegenstand sozialpolitischer Kontroversen. Bis ins frühe 20. Jahrhundert schlossen viele Krankenkassen kostspielige Bereiche wie Schwangerschaft und Geburt oder teure Behandlungskosten wie Spitalaufenthalte vom Versicherungsschutz aus oder belasteten betroffene Gruppen wie Frauen oder chronisch Kranke mit höheren Prämien. Zwar gab es auch grosszügige Leistungssysteme – zumindest vorübergehend. In der Zwischenkriegszeit lancierte etwa das sozialdemokratisch regierte Zürich ein progressives Versicherungsmodell. Das 1928 eingeführte Obligatorium übernahm die Kosten für Zahnarztbehandlungen, Hebammen und Kuraufenthalte. Die Folge war, dass die Krankenkassen bald strukturelle Defizite schrieben und die Stadt die Zusatzleistungen eine um die andere wieder aus dem Obligatorium entfernen musste.

Seit den 1950er Jahren wurde der Leistungskatalog nur zögerlich erweitert. Die geschlechtsspezifische Diskriminierung von Frauen

blieb auch in der obligatorischen Krankenversicherung bestehen und hielt sich bis über die 1960er Jahre hinaus. Auch sonst war die Krankenversicherung der Nachkriegszeit von gravierenden Versicherungslücken geprägt. Noch in den 1970er Jahren waren kostspielige Leistungen – etwa längere Spitalaufenthalte oder Pflegekosten – weder in der obligatorischen noch in der privaten Krankenversicherung gedeckt. Eine umfassende Pflegeversicherung fehlt bis heute. Seit den 1980er Jahren hat sich der Spardruck in der Krankenversicherung weiter verstärkt. Forderungen nach einem Ausbau der Krankenversicherung haben es seither schwer.

### In Kürze

- Das Solidaritätsprinzip ist geprägt durch das Prämiensystem und die Leistungspalette.
- Das Schweizer Gesundheitswesen steht in der liberalen Tradition des hiesigen Sozialstaats.
- Ausdruck dafür sind die Kopfprämien, die sich gegen ein System mit einkommensabhängigen Prämien durchsetzen.

Seit den 1980er Jahren hat sich der Spardruck in der Krankenversicherung weiter verstärkt. Forderungen nach einem Ausbau der Krankenversicherung haben es seither schwer.

**Prof. Dr. Martin Lengwiler** ist Ordinarius für Neuere Allgemeine Geschichte an der Universität Basel.

Mit Projekten im betrieblichen Gesundheitsmanagement investieren Unternehmen in die Eigenverantwortung ihrer Mitarbeitenden. Eine sinnvolle Massnahme, die aufgrund des schwer messbaren Return on Investment indes ein Schattendasein fristet.

Von Patrick Weibel

## Damit alle gewinnen

**S**olidarität? Immer häufiger zeigt sich, dass dieses Grundprinzip des Versicherungsgedankens ausgehebelt wird. Denn wer gilt schon gern als «blöd» und bezahlt mehr, als wir subjektiv als notwendig erachten. Geiz wird offenbar auch im Versicherungsbereich salonfähig. In diesem Kontext ist es – gerade in den Unternehmensversicherungen – schwierig, sinnvolle Anreize zu schaffen und erwünschtes Verhalten zu fördern. Die CSS bietet seit gut zehn Jahren neben den klassischen Versicherungsprodukten Krankentaggeld (VVG) und Unfall (UVG) auch Dienstleistungen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) an. Sie unterstützt Firmen, sich strukturell so aufzustellen, dass Krankheitsfälle frühzeitig erkannt und wenn möglich verhindert werden können.

Wer langfristig und nachhaltig denkt und handelt, darf durchaus mit ökonomischen Vorteilen rechnen. Ein konkreter Return on Investment ist allerdings bei Lichte betrachtet, v.a. in der Rolle als Anbieter, kaum fundiert zu messen. Die CSS formuliert deshalb mit den Firmen konkrete Projektziele, an denen die BGM-Massnahmen hinsichtlich Wirkung beurteilt werden können. Die subjektive Zufriedenheit des Kunden soll dabei ebenso massgebend und handlungsleitend sein wie die effektive Zielerreichung.

Ein Praxisbeispiel verdeutlicht diesen Ansatz: Bei einem grossen Arbeitgeber mit über 6000 Angestellten ist die CSS nicht nur der Krankentaggeld-Versicherer, sondern auch Provider des BGM, welcher in diesem Setting mit einem tiefen sechsstelligen Betrag (rund 3 Prozent der Bruttoprämie im Kollektiv-Krankentaggeld)

incentiviert wird. Nach drei Jahren wird bilanziert – explizit auch unter Beurteilung der Rentabilität des Versicherungsvertrags. Verdient die CSS Geld, profitiert das Unternehmen – in neu zu definierendem Umfang – weiterhin von finanziellen Anreizen. Wenn nicht, erfolgt eine Vertragssanierung, und die freiwilligen Anreize müssen im Gesamtkontext neu beurteilt werden. Ziel der CSS ist es, langjährige und solide Geschäftsbeziehungen zu etablieren. Beide sollen von der Partnerschaft profitieren.

### Potenzial orten und nutzen

Mit vivit, dem Kompetenzzentrum für Gesundheit und Prävention, versucht die CSS, diesen nicht immer einfachen Spagat operativ zu vollziehen, die Übernahme von finanziellem Risiko einzugehen und gleichzeitig ein systematisches BGM gemeinsam mit den Verantwortlichen im HR des Kunden zu konzipieren und zu implementieren. Von zentraler Bedeutung ist dabei das strukturierte Vorgehen. Es soll beide Seiten davor bewahren, in Aktionismus zu verfallen und unilateral auf der Verhaltensebene («Gesundheitsförderung») anzusetzen. BGM zielt nicht nur semantisch auf das Management. Es fokussiert explizit auf die Führungskräfte und Verantwortungsträger im versicherten Unternehmen. Man weiss einigermaßen gesichert, dass der grösste Risikofaktor in Bezug auf Gesundheit am Arbeitsplatz der eigene Chef ist. Immerhin stellt dieser – positiv formuliert – gleichzeitig auch die grösste Ressource dar. Solches Potenzial kann BGM systematisch erschliessen und soll Arbeitgeber bestärken, selbstverantwortlich zu handeln. So ausgestaltet sind BGM-Projekte ein gelebter Beitrag, kontinuierlich an per se nicht perfekten Strukturen von Unternehmen zu arbeiten und sie unter realen Wettbewerbsbedingungen mit Know-how, Manpower und gezielten Finanzmitteln zu unterstützen. Wie heisst es in einem Werbespot so schön, eine echte Win-win-Situation beschreibend: «Ist die Katze gesund, freut sich der Mensch.»



Die CSS hat 2014  
**55 BGM-Projekte**  
 im Wert von rund  
**600 000 Franken**  
 abgewickelt.

**Patrick Weibel** ist Leiter Leistungen  
 Unternehmensgeschäft der CSS Versicherung.  
 ✉ patrick.weibel@css.ch  
 Weitere Infos unter [www.vivit.ch](http://www.vivit.ch)

Wer gehört zur Solidargemeinschaft? Die Frage haben verschiedene Gesellschaften im Laufe der Zeit unterschiedlich beantwortet. Das zeigt die Schwierigkeit einer eindeutigen Begriffsdeutung auf.

Von Niklaus Kuster

## Fraternitas und Libertas



**D**er Refrain des Solidaritätsliedes appelliert mitten in der Weltwirtschaftskrise an ein Miteinander, das durch gute und schlechte Zeiten trägt. In der Vorzeit innerhalb einer Sippe und von Naturvölkern im eigenen Stamm gelebt, deuteten die entstehenden Nationen Europas das Gemeinwohl auf alle Mitglieder ihrer Gesellschaft. Die Französische Revolution weitete die Horizonte und nannte die Verbundenheit aller Menschen Fraternité. Politisch sprach sie jedoch Liberté und Egalité nur den Männern zu: «Schwestern», welche gleiche Rechte forderten, landeten auf dem Schafott, und anderen Nationen wurde die revolutionäre Freiheit mit Waffengewalt verordnet. Der Sozialismus radikalisierte bürgerliche «Geschwisterlichkeit» zur internationalen Solidarität der Arbeiterklasse, die vereint eine klassenlose Gesellschaft erkämpfen soll. Die Sozialethik der Kirchen bezweifelt, dass sich eine gerechtere Welt mit Gewalt erkämpfen lässt.

Die Bibel illustriert in prophetischen Worten, was Solidarität begründet und was sie gefährdet. Damit sein Leben im Land Kanaan gelingt, erhält Israel vom Bundesgott die Weisung, nicht nur ans Wohl der Sippe zu denken: Wer immer sozial gefährdet ist – Witwen, Waisen und Fremde –, soll solidarische Sorge finden, wie sie Israel, unterdrückt in Ägypten, von Gott selbst erfahren hat. Propheten weiten den Horizont über das eigene Volk hinaus: Erkennt die Menschheit, dass sie unterwegs zum gleichen Endziel ist, nämlich Gottes Fest für alle Menschen, werden alle Völker «Schwenter zu Pflugscharen und Lanzen zu Winzermessern schmieden».

Jesus gibt dieser Verbundenheit familiäre Farben: «Ihr alle seid Geschwister – Töchter und Söhne des einen Vaters im Himmel.» Diese Botschaft soll «die Grenzen der Erde» erreichen. Franz von Assisi schreibt

600 Jahre vor der Französischen Revolution brüderliche Rundbriefe «an alle Menschen auf Erden». Nicht zufällig versammeln sich heute die Welt- und Naturreligionen in seiner Geburtsstadt, um gemeinsam für den Frieden unter allen Nationen zu beten. Papst Franziskus berührt und bewegt weltweit, indem er für Fraternitas und Libertas aller Menschen einsteht: nicht bürgerlich-neoliberal, nicht klassenkämpferisch, sondern aus einer zutiefst biblischen Sicht, in der sich Mystik und Politik untrennbar verbinden: Niemand findet Gott, der achtlos an Menschen vorbeigeht, die sich – ob Freund oder Fremder – als Geschwister erweisen. Die Kirchen, Welt- und Naturreligionen haben dies 2011 in Assisi ökumenisch gesagt: Keine Religion und keine Nation besitzt den Frieden und die Wahrheit: Wir alle pilgern gemeinsam zu tieferer Erkenntnis und Solidarität.

**«Vorwärts, und nicht vergessen, worin uns're Stärke besteht! Beim Hungern und beim Essen, vorwärts und nicht vergessen die Solidarität!»**

Bertolt Brecht, 1929

### In Kürze

- Solidarität galt früher teilweise nur für einen Teil der Gesellschaft.
- Biblische Solidarität umfasst alle bedürftigen Menschen.
- Keine Religion und keine Nation besitzt den Frieden und die Wahrheit.

**Niklaus Kuster** (52) ist Franziskaner und lebt im Kapuzinerkloster Olten. Er studierte Geschichte und Theologie, arbeitete mit Ernst Sieber in der Zürcher Drogenszene, promovierte in Spiritualität und lehrt heute an der Universität Luzern und den Ordenshochschulen in Münster und Madrid.





Muss das Schweizer Gesundheitswesen stärker eigenverantwortlich geregelt werden, damit es finanzierbar bleibt? Über diese Frage debattieren SVP-Nationalrat Toni Bortoluzzi und der Arzt Christian Hess von der «Akademie Menschenmedizin».

Interview: Patrick Rohr

# «Solidarität funktioniert nur mit Eigenverantwortung»



**Toni Bortoluzzi** (Mitte) sitzt seit 1991 für die SVP des Kantons Zürich im Nationalrat. Er ist Mitglied der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit. Bis 2012 betrieb er in Affoltern a.A. eine Schreinerei.

**Christian Hess** (rechts) war von 1988 bis 2012 Chefarzt Innere Medizin am Spital Affoltern a.A. Er ist Vorstandsmitglied der Akademie Menschenmedizin ([www.menschenmedizin.ch](http://www.menschenmedizin.ch)) und Autor u.a. des Buches «Menschenmedizin – für eine kluge Heilkunst».

**Herr Bortoluzzi, Sie plädieren für mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen und haben das auch mit einer parlamentarischen Initiative unterstrichen, die sogenannte Komatrinker für die von ihnen verursachten Kosten zur Kasse bitten möchte. Wie stellen Sie sich das vor?**

*Toni Bortoluzzi (TB):* Wir stellen im Gesundheitswesen eine massive Mengenausweitung fest. Und alles, vom Hustensirup bis zur Schönheitsoperation, wird über das Solidaritätsprinzip bezahlt. Natürlich gibt es über die Franchise und den Selbstbehalt eine Bezugsschwelle, aber grundsätzlich ist der Zugang zu einfach. Das ist die Ausgangslage. Am liebsten würde ich viel weiter gehen. Ich fände es zum Beispiel richtig, wenn man alle ambulanten Behandlungen eigenverantwortlich bezahlen müsste und nur noch stationäre Behandlungen obligatorisch versichert wären. Meine parlamentarische Initiative ist natürlich nur ein kleiner, bescheidener Beitrag, aber es geht mir darum, das System aufzubrechen.

**Dann finden Sie also selber nicht, dass die Bestrafung der Komatrinker wirklich etwas bringt?**

*TB:* Finanziell geht es um eine sehr kleine Summe, natürlich. Aber die Wirkung, die sie erzielen könnte – dass man nämlich nachdenkt, bevor man das Gesundheitswesen in Anspruch nimmt –, darf man nicht unterschätzen.

**Also geht es Ihnen mehr um die symbolische Wirkung?**

*TB:* Ja, denn es kann nicht so weitergehen, dass wir jedes Jahr einen Prämienaufschlag von drei bis vier Prozent haben!

**Herr Hess, denken Sie, Toni Bortoluzzis Vorstoss zielt in die richtige Richtung?**

*Christian Hess (CH):* In der Grundsatzfrage, dass man die Finanzierung überdenken muss, sind wir uns einig. Ich sage bewusst

«Finanzierung» und nicht «Kosten», denn die Finanzierung ist das, was die Leute belastet, die Krankenkassenprämien sind es, die weh tun. Die sind durch viele politische Entscheide in den letzten Jahren massiv angestiegen, nicht nur, weil das Gesundheitswesen teurer wird, sondern weil man viele neue Lasten in die Prämien reingepackt hat.

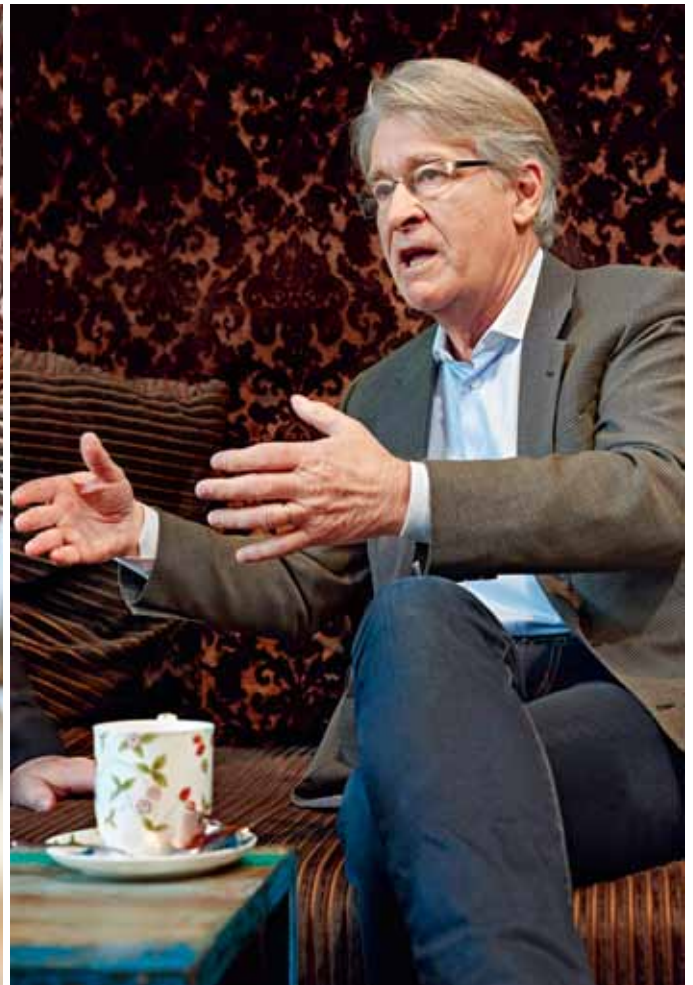
**Zum Beispiel?**

*CH:* Dass man neuerdings, wegen der Fallkostenpauschale, einen Teil der Investitionen über die Prämien zahlen muss. Das war früher nicht so; früher wurden diese Kosten über die Steuern bezahlt, also einkommensabhängig und nicht über die Kopfprämie. Ein zweites Beispiel ist, dass man das Gefühl hatte, dass der Wettbewerb zu besseren Bedingungen im Gesundheitswesen führen würde. Die banale Vorstellung war, dass der Wettbewerb die Qualität steigern und die Kosten senken. Aber was er vor allem tut: Er weitet die Mengen aus, was logisch ist, denn ohne Mengenausweitung sinkt kein einziger Preis.

**Aber der Wettbewerb stärkt die Eigenverantwortung!**

*CH:* Das ist genau der Denkfehler. Der ganze Wettbewerb, der ganze Markt basiert darauf, dass man die Leute zum Konsum motiviert. Da muss man sich doch nicht wundern, wenn innerhalb dieses Systems plötzlich alle anfangen zu konsumieren. Das Problem ist, dass man im Gesundheitswesen ein Solidaritätskonzept mit einer Marktwirtschaft kombiniert, und das sind zwei völlig unterschiedliche Gesetze! Die Solidarität lebt ja gerade von der Eigenverantwortung, denn ohne Eigenverantwortung scheitert die Solidarität. Im Markt aber gibt es keine Eigenverantwortung, das wissen wir spätestens seit der Bankenkrise. Und Herr Bortoluzzi geht es in seinem Vorstoss ja primär um die Eigenfinanzierung. Und da eignen sich →





→ die Komatrinker schlecht, um ein Beispiel zu statuieren, denn das sind 14-Jährige, bei denen am Schluss der Vater zahlen muss. Wenn schon, wäre eine Risikosteuer sinnvoll, wenn man die Eigenfinanzierung stärken will.

**Eine Risikosteuer?**

CH: Ja, wie eine Konsumsteuer, also zum Beispiel die Mehrwertsteuer. Man könnte sie auf Alkohol erheben, auf Nikotin, auf ungesunde Nahrung...

**Herr Bortoluzzi, wer raucht und ungesund isst, würde eigenverantwortlich zur Kasse gebeten. Das wäre doch ein gerechtes System!**

**«Man soll nachdenken müssen, bevor man das Gesundheitswesen in Anspruch nimmt.»**

Toni Bortoluzzi

TB: Schauen Sie, ich habe die Komatrinker gewählt, weil sich da Ursache und Wirkung relativ leicht nachweisen lassen. Bei vielen anderen Fragen, das weiss der Arzt viel besser als ich, ist der Nachweis nicht so leicht zu erbringen, ob das Fehlverhalten allein eine gesundheitsschädigende Wirkung hat und deshalb das Gesundheitssystem belastet. In der Tendenz wahrscheinlich schon, aber Sie können nie mit hundertprozentiger Sicherheit sagen, dass...

**... der Lungenkrebs des Rauchers durch das Rauchen verursacht wurde?**

TB: In der Tendenz stimmt es wahrscheinlich schon.

**Oder dass der Herzinfarkt des Managers von zu grossem Stress kommt?**

CH: Das stimmt nicht in der Tendenz, sondern im Fall von Rauchern mit Lungenkarzinom zum Beispiel zu 90 Prozent! Das kann man ganz genau berechnen, und auch die Krankenkassen können das!

TB: Ja, aber es gibt immer einen ...

CH: ... ja, ja, der nie geraucht hat und trotzdem einen Lungenkrebs bekommen hat!

TB: Nein, der immer geraucht hat und trotzdem 90 geworden ist.

CH: Man nennt das das «Churchill-Syndrom».

TB: Ja, aber es zeigt, wie schwierig die Beurteilung ist. Und kommt dazu, dass es sich beim Rauchen um ein legales Produkt handelt.

**Herr Bortoluzzi, Sie sind in Ihrer Analyse auf die Komatrinker gekommen, weil sich bei ihnen Ursache und Wirkung klar aufzeigen lassen. Und Sie sagen selber, dass das Abwälzen dieser Kosten nur wenig bringen würde. Bei anderen Themen aber sagen Sie, dass sich kein direkter Zusammenhang herstellen lasse. Da dürfte es schwierig werden, die Grundsatzdebatte, die Sie gerne anstossen würden, zu lancieren!**

TB: Nein, nein, sie geht einfach in eine andere Richtung.

**In welche dann?**

TB: Im Unfallbereich haben wir zum Beispiel das System der Eigenverantwortung.

CH: Mit der Regressmöglichkeit.

TB: Genau, obwohl sie sehr zurückhaltend angewendet wird. Man will ja nicht, dass die Leute nach einem Regress finanziell

ruiniert sind. Aber man hat das System, und das finde ich gut.

CH: Also, Herr Bortoluzzi, Sie haben sicherlich – wie die meisten in unserem Alter – auch einige Beschwerden, die einen Regress zur Folge haben würden. In diesem Falle müssten wir einen grossen Teil selber zahlen, weil die Versicherung das nicht mehr übernimmt.

TB: Nein, so kann man es natürlich nicht machen!

CH: Es geht darum, dass es so nicht funktioniert!

**Kommen wir noch einmal zurück auf Ihren Vorschlag, Herr Hess. Sie haben gesagt, dass Sie das Prinzip der Eigenverantwortlichkeit mit einer Risikosteuer stärken möchten.**

CH: Ja, das Geld, das man mit ihr einnehmen würde, müsste ins Gesundheitswesen fliessen. Aber wirklich ins Gesundheitswesen, nicht etwa in die AHV wie heute ein Teil der Nikotinststeuer.

**Herr Bortoluzzi, was halten Sie von einer solchen Steuer?**

TB: Von neuen Steuern halte ich nichts, die Besteuerung von Alkohol und Nikotin ist ohnehin schon ansehnlich. Aber wenn man die Steuern, die man heute schon erhebt, tatsächlich ins Gesundheitswesen umleiten würde, dann könnte man darüber reden. Eine solche Lösung würde ich tatsächlich nicht ausschliessen.

CH: Ich mache jetzt noch einen weiteren Banalvorschlag: Erheben wir einen Zweifränkler auf jede Tageskarte eines Skigebiets! Was die Skifahrer das Gesundheitswesen nämlich kosten ...

TB: Auch da hätte ich nichts dagegen. Ich habe ja gesagt, wir müssen beim Unfall anfangen. Vor allem bei der Nichtbetriebsunfallbelastung. Das Problem ist nämlich, dass der Nichterwerbstätige in der Krankenversicherung versichert ist und dort, im Falle eines Unfalls, einen Selbstbehalt zu zahlen hat – für den gleichen Unfall, für den ein Erwerbstätiger, der bei der Suva oder durch die betriebliche Unfallversicherung abgesichert ist, nichts zahlen muss. Keinen Stutz! Daher sage ich: Um die Eigenverantwortung zu stärken, soll auch der Erwerbstätige einen Selbstbehalt aufgebremst bekommen – begrenzt natürlich, damit er nicht materiell kaputtgeht. Aber so, dass er nachzudenken beginnt.

**Sie sprechen den Selbstbehalt an, Herr Bortoluzzi. Eigentlich haben wir in der Krankenversicherung mit der Franchise und dem Selbstbehalt doch bereits zwei Mittel, die die Eigenverantwortung stärken sollten. Sind sie zu wenig tauglich, dass Sie nach neuen Wegen suchen?**

## «Solidarität und Eigenverantwortung sind keine Gegensätze.»

Christian Hess

TB: Sie gehen im Einzelfall zu wenig weit und sind auch zu wenig spürbar. Kommt dazu, dass bei einzelnen Versicherungen die Rechnungen gar nicht mehr über den Patienten gehen, sondern direkt an die Versicherungen geschickt und auch dort bezahlt werden.

CH: Das Problem ist, dass man heute den Selbstbehalt in einem Jahr auf null reduzieren kann und dann, weil man zehn Medikamente braucht, sich gleich alle Medikamente für das nächste Jahr kauft. Und im nächsten Jahr, wo man dann keine Medikamente mehr beziehen muss, erhöht man den Selbstbehalt wieder und senkt damit die Prämie. Im übernächsten Jahr, wenn man wieder Medikamente braucht, senkt man den Selbstbehalt wieder. Das ist ein absurdes System.

TB: Das Gleiche gilt für die Franchise; wenn man gesund ist, erhöht man sie einfach.

CH: Das ist ja jetzt aber genau wieder der Markt!

TB: Wir wollten das ja anpassen, indem wir sagten, man müsse den Selbstbehalt auf drei oder sogar auf fünf Jahre hin anpassen und nicht von Jahr zu Jahr. Aber

wir hatten politisch keine Chance. Und Bundesrat Berset will jetzt sogar noch den höchsten Franchisesatz senken, um die Solidarität zu steigern.

CH: Wobei die Entsolidarisierung natürlich schon ein Thema ist! Wenn ich meine Gesundheit relativ gut einschätzen kann, gesund bin und es finanziell gut stemmen kann, dann erhöhe ich meinen Selbstbehalt einfach, zahle weniger Prämie und helfe nicht mehr in der Quersubventionierung der Solidarität. Das ist partielle Entsolidarisierung! Wenn wir Solidarität wollen, ist es doch völlig absurd, ein marktwirtschaftliches System zu etablieren, welches als Ideologie die Gewinnmaximierung beinhaltet und in dem jeder blöd ist, wenn er das System nicht zu seinen Gunsten ausnutzt.

TB: Nein, es ist das Problem eines Solidaritätssystems, das praktisch ohne Eigenverantwortung auskommt. Der Mensch muss spüren, dass ein gewisses Verhalten eine Auswirkung auf das Portemonnaie hat.

CH: Nein, Solidarität und Eigenverantwortung sind keine Gegensätze. Solidarität funktioniert nur, wenn die Eigenverantwortung gegeben ist. Wenn der eine dem anderen hilft, wenn er in Not ist – und umgekehrt. In der freien Marktwirtschaft tut das keiner, da schaut jeder für sich. Und da liegt das Problem, wir haben das falsche System. Das müssen wir ändern, erst dann können wir wirklich wieder über Eigenverantwortung im Gesundheitswesen reden.

**Patrick Rohr** arbeitet als Journalist, Fotograf und Kommunikationsberater. Bis 2007 war er Moderator und Redaktor beim Schweizer Fernsehen (u.a. «Arena», «Quer»).





Die Vorurteile gegenüber Adipositas-Kranken sind gross. Immer wieder fordern Politiker, dass Übergewichtige höhere Prämien bezahlen sollen. Vergessen geht dabei, dass Adipositas eine Krankheit ist, die sich nicht durch finanzielle Bestrafung verhindern lässt.

Von Heinrich von Grünigen

# Wir sind auf Solidarität angewiesen

**D**icke, die nicht abnehmen, sind nur zu faul – oder zu dumm! Dabei müssten sie einfach weniger essen und sich mehr bewegen.» – Mit solch verletzenden Botschaften wird man nach wie vor konfrontiert, wenn man an der chronischen Krankheit Adipositas leidet. Da hat jahrelange Aufklärung und Informationsarbeit nichts daran zu ändern vermocht. Die Vorurteile sind tief in die Volksseele derer eingefressen, die selber nicht betroffen sind. Und eine ganze Armada von fahrlässig irreführenden Anpreisungen für immer neue Schlankheitskuren und Wundermittelchen gibt der Meinung weiterhin Vorschub: Wer dick ist, ist selber schuld!

Dabei hat die Forschung schon lange hinreichende Fakten geliefert, dass die wahren Ursachen für die weltweit immer noch wachsende Adipositas-Epidemie keineswegs nur bei unserem individuellen Verhalten liegen, sondern primär genetisch bestimmt sind und durch eine ganze Reihe von Umwelt- und Milieufaktoren – zu denen natürlich auch Ernährung und Bewegung gehören – ausgelöst werden. Bereits ist jeder zweite Erwachsene in der Schweiz Übergewichtig, zehn Prozent beträgt der Anteil der Adipositas-Kranken an der Bevölkerung, und jedes fünfte Kind bringt zu viel Gewicht auf die Waage, womit die Voraussetzung für eine spätere Adipositas in den meisten Fällen bereits angelegt ist.

Noch gibt es auch auf internationaler Ebene keine schlüssige Strategie, um diesem Phänomen Einhalt zu gebieten. Information und Aufklärung schon vom Kindesalter an sind

das eine Gebot. Klare Auflagen und Bestimmungen für die Produktion und die Anpreisung von verarbeiteten Lebensmitteln wären das andere, im Sinne der sogenannten «Verhältnisprävention», aber auch eine bewegungsfreundlichere Gestaltung der Umwelt. Adipositas ist gewissermassen ein «Kollateralschaden» unserer Zivilisation: Zu den Auslösern gehören Bewegungsmangel, Stress, fehlende Nachtruhe (die 24-Stunden-Gesellschaft), aber auch ein Überangebot und die permanente Verfügbarkeit von kalorienreicher Nahrung mit hohem Fett- und Zuckergehalt.

## Finanzielle Diskriminierung von Kranken

Das Fatale an der Sache ist – und diese Erfahrung habe ich mehrmals gemacht –, dass es relativ leicht ist, mit der einen oder anderen Massnahme das «Gewicht» zu reduzieren. Bei einer radikalen «Diät» wird zuerst Wasser verloren, dann Muskelmasse abgebaut; die Fettreserven, die der Körper für schlechte Zeiten angelegt hat, werden dabei so lang wie möglich geschont. Gleichzeitig wird der Energieumsatz gedrosselt, mein Organismus stellt sich auf die künstlich er-

zeugte Notlage ein. Wenn ich nun die Diät abbreche und zur vorher normalen Energieaufnahme zurückkehre, schnellt mein Gewicht sehr rasch wieder hoch – es kommt zum berühmten Jojo-Effekt, denn der Körper braucht jetzt weniger Energie als vorher. So führten auch mich wiederholte Versuche zur Gewichtsreduktion erst in den Teufelskreis einer Adipositas-Erkrankung hinein.

Vor diesem Hintergrund halte ich die immer wieder auftauchende Forderung, die «Dicken» sollten mit höheren Prämien für ihre Gesundheitskosten gefälligst selber aufkommen, für äusserst zynisch und diskriminierend. Niemand, der sein Leben

**Niemand, der sein Leben lang gegen massives Übergewicht angekämpft hat, leidet freiwillig unter dieser Krankheit.**

## In Kürze

- Adipositas ist genetisch bedingt und wird durch verschiedene Umwelt- und Milieufaktoren sowie den Lebensstil ausgelöst.
- Höhere Prämien für Betroffene wären deshalb diskriminierend.
- Präventive Massnahmen wie die Deklarationspflicht bei Lebensmitteln sind politisch noch nicht mehrheitsfähig.



lang gegen massives Übergewicht angekämpft hat, leidet freiwillig unter dieser Krankheit und ihren Folgen. Wir übergewichtigen Menschen sind heute schon im Gesundheitswesen benachteiligt. So ist es uns in aller Regel verwehrt, bei einer Krankenkasse eine Zusatzversicherung abzuschliessen, wenn unser Body-Mass-Index ein bestimmtes Limit überschreitet. Die Kostengutsprache für chirurgische Eingriffe erfolgt gemäss KVG nur nach strengen Kriterien und Auflagen, die Wiederherstellungsoperation bei überschüssiger Haut nach massivem Gewichtsverlust wird – nach einem fatalen Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts – in vielen Fällen verweigert.

### Prävention statt Bussen

Bei kaum einer Krankheit wird wie bei der Adipositas von Gesundheitspolitikern so oft und gern die «Eigenverantwortung» als Allheilmittel angepriesen. Bürgerliche Kreise – instrumentalisiert durch den Gewerbeverband – widersetzen sich im Parlament jeder gesetzgeberischen Massnahme zur Eindämmung der Risiken, wenn es etwa um die Deklarationspflicht bei Lebensmitteln geht oder um die Begrenzung der Werbung für ungeeignete Nahrungsmittel, die an Kinder und Jugendliche gerichtet ist. Die «Freiheit des Marktes» gilt offenbar mehr als das gesundheitliche Wohlergehen von gefährdeten Gruppen, immer unter dem Vor-

wand der Selbstverantwortung. Wer sich für präventive Massnahmen einsetzt, wird als «Gesundheits-Taliban» diffamiert. Als Mitglied einer Arbeitsgruppe, die sich für politisches Lobbying in diesen Fragen einsetzt, muss ich solche Erfahrungen immer wieder machen.

Die Frage, ob ein finanzieller Anreiz – etwa im Sinne eines Bonus-Malus-Systems bei der Krankenversicherung – eine Motivation darstellen könnte für ein «bewussteres» Verhalten bezüglich Ernährung und Bewegung, greift zu kurz. Sie blendet aus, dass bei der «konservativen», d.h. nichtoperativen Adipositas-Therapie die Rückfallquote auf lange Sicht über 90 Prozent beträgt. Wir Adipositas-Kranken sind daher in besonderem Mass auf das Solidaritätsprinzip angewiesen, um auf Dauer mit unserer Krankheit und deren Folgen leben und umgehen zu können.

---

**Heinrich von Grünigen**, Dr. med. h.c., ist Präsident der Schweizerischen Adipositas-Stiftung (SAPS).  
[www.saps.ch](http://www.saps.ch)



# Das Gesundheitssystem ist krank



**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.

# W

ir wissen meistens, dass wir krank sind. Zumindest fühlen wir uns gesund, solange wir nicht krank sind. Im Krankheitsfall erwarten wir Nächstenliebe. Die Aufklärung schuf den Humanismus und somit die Überzeugung, diese Nächstenliebe selber an die Hand zu nehmen. So wurden bereits im frühen 19. Jahrhundert die ersten Krankenkassen gegründet. 1893 schuf das Parlament leider das «Gesundheitsamt», das heutige BAG, statt eines «Amtes gegen die Krankheit». Diese Namensgebung war unglücklich und brachte einen Stein ins Rollen. Je besser die medizinische Versorgung wurde, desto mehr wurden die Kosten zum Problem. Da man es nicht wagte, den Kranken die Leistungen zu kürzen, wurde auf Prävention fokussiert; somit wurden die Gesunden zu potenziellen Kranken. Die verödeten Vita-Parcours sind heute ein Mahnmal für den verfehlten Trend. Einige Krankenkassen änderten sogar ihren Namen und nannten sich «Gesundheitskassen». Andere vergüteten Fitness und Wellness oder warben mit Slogans wie: «we feel good – unser Engagement für Ihre Gesundheit». Die Dachorganisation der sozialen Krankenversicherer der Schweiz, das einstige «Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer», nennt sich seit 2001 «santésuisse».

Wen wundert es, dass die Versicherten verunsichert wurden? Von einer Gesundheitskasse erwartet man primär Gesundheit und nicht Solidarität mit den Kranken. Bietet eine Kasse erwiesenermassen wirkungslose Alternativmedizin, Fitness oder Wellness an, werden die Krankenkassenprämien zum Bonus, den man bis Ende Jahr wieder ausschöpfen möchte. Wer darf einem Gesunden schon die Gesundheit verwehren? Nachdem die Versicherten also verführt wurden, wäre es falsch, nun die Lösung des Problems bei den Kranken zu suchen. Wer zu dick ist, einen ungesunden Lebenswandel führt oder gar raucht, tut dies vielleicht aufgrund seiner Gene, genauso wie jemand, der an Krebs erkrankt. Wer hingegen als Gesunder die Leistungen einer Krankenkasse in Anspruch nimmt, missbraucht das System.

Die Grundversorgung muss ausgemistet werden. Unpässlichkeiten und alles, was ohnehin von selber heilt, dürfen nicht mehr vergütet werden. Die Latte der Krankheit soll höher gesetzt werden. Wer bloss Streicheleinheiten beim Arzt sucht, darf das, aber auf eigene Rechnung. Es wird also Zeit, den sogenannten «WZW-Artikel» des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung anzuwenden. Für die Wissenschaft wäre es ein Kinderspiel, herauszufinden, was wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Da es sich um eine rein rationale Frage handelt, sollten aber Politiker, Heiler und Juristen nicht mitreden.

**«Wer bloss Streicheleinheiten beim Arzt sucht, darf das, aber auf eigene Rechnung.»**



[twitter.com/CSSPolitik](https://twitter.com/CSSPolitik)

Wie solidarisch sind die Gesundheitssysteme in Deutschland, den USA und der Schweiz? Ein Blick auf die Prämienberechnung offenbart verschiedene Arten von Solidarität.

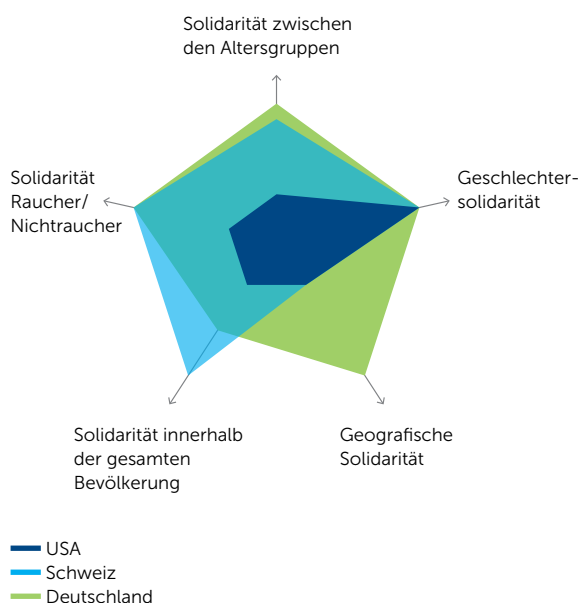
Von Prof. Dr. Konstantin Beck

## Wie einheitlich ist eine Einheitsprämie wirklich?

**I**n den Prämien der sozialen Krankenversicherung manifestiert sich Solidarität ganz konkret. Die Prämienstruktur legt direkt fest, welche Gruppe von welcher anderen finanziell unterstützt wird – oder eben auch nicht. Gleiche Prämien für alle werden insbesondere in europäischen Staaten als unabdingbare Voraussetzung für eine «soziale» Krankenversicherung angesehen. Wer aber genau hinschaut, erkennt bald: «All (...) are equal but some (...) are more equal.» («Alle sind gleich, aber einige sind gleicher»). So gilt für die soziale Krankenversicherung Deutschlands (die sogenannte Gesetzliche Krankenversicherung), dass die Prämie für einen Süddeutschen in Konstanz nicht von der Prämie in Flensburg – weit im Norden – abweichen

soll. Dasselbe gilt auch für Wessi und Ossi. So viel Solidarität hat den unschönen Nebeneffekt, dass es für die Einwohner im teuren Hamburg ungemein schwieriger ist, eine Versicherungsdeckung zu bekommen, als für den Bayern auf dem Land. Ganz anders dagegen die «Gleichheit» in der Schweiz. Vom föderalistischen Selbstverständnis her ist es geradezu selbstverständlich, dass Appenzeller in Innerrhoden eine andere Prämie bezahlen als Appenzeller in Ausserrhoden. Immerhin werden in der ganzen Schweiz die Mittzwanziger gleich behandelt wie die Senioren. Und was machen die Amerikaner? Obama Care, die grosse Krankenversicherungsreform des amtierenden Präsidenten, bringt zwar unbestritten mehr Solidarität ins US-Gesundheitssystem und verhindert damit beispielsweise, dass Obdach- oder Arbeitslose ohne Versicherungsschutz dastehen. Dabei ist es aber ebenso klar für den US-Bürger, dass nur schon die 65-Jährigen drei Mal mehr Prämie bezahlen sollen als die jungen Erwachsenen. Und Raucher zahlen grundsätzlich 50 Prozent mehr. Alle diese «Einheitsprämien» widerspiegeln das jeweilige kulturelle Selbstverständnis. Wo die drei Staaten allerdings übereinstimmen, ist bei der Gleichbehandlung beider Geschlechter. Alle drei kennen die Prämienungleichheit für Mann und Frau. Wer nun aber meint, das deutsche System sei mit Abstand das solidarischste, dem sei noch Folgendes in Erinnerung gerufen: Die deutsche Prämien-solidarität gilt nur für geringe und mittlere Einkommen, in der Schweiz hingegen für alle Einwohner und in den USA für alle, die mitmachen wollen. Es gibt in dieser Frage kein richtig oder falsch, denn auch für den internationalen Einheitsprämienvergleich gilt: «One size doesn't fit all.»

### Prämien-solidarität in Deutschland, den USA und der Schweiz



**Prof. Dr. Konstantin Beck** ist Leiter des CSS Instituts für empirische Gesundheitsökonomie und Titularprofessor der Universität Zürich in Gesundheitsökonomie und empirischer Wirtschaftsforschung.

✉ konstantin.beck@css-institut.ch



## Immer aus dem Vollen schöpfen

Konsumieren ist eine tolle Sache, erst recht, wenn man – wie in der Krankenversicherung – so richtig aus dem Vollen schöpfen kann.

Wenn dann halt darob das Solidaritätsprinzip bachab geht, gibt's nur eines: warm anziehen.

## Wo ist der Ausweg?

Kiffen, bis die Birne dröhnt, saufen bis zur Bewusstlosigkeit, rauchen, bis die Lunge röchelt – und statt der Verursacher zahlt die Allgemeinheit. Ob wir hier je einen vernünftigen Ausweg finden werden, ohne das System ad absurdum zu führen?

## Reformen ins Leere

Hört' ich da das Wort «Reform»? Gute Idee – bloss: Wollen wir gleich das ganze System umkrepeln, oder tun's auch ein paar Anpassungen? Egal, welcher Weg eingeschlagen wird: Ohne mehr Eigenverantwortung werden alle Reformvorschläge ins Leere laufen.