

Zu viel Demokratie im Gesundheitswesen?

Nach wie vor ist das schweizerische Gesundheitssystem ein Abbild der liberalen Staatsauffassung und der föderalen und komplexen Entscheidungsstrukturen in der Schweiz. Noch heute werden die wichtigsten Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsversorgung auf Kantonsebene gefällt. Und bei Reformversuchen auf nationaler Ebene haben die Stimmbürger ein Wortchen mitzureden.

Adrian Vatter¹

Nur wenige Bereiche der Gesundheitsversorgung fallen in den Kompetenzbereich des Bundes. Zwar darf er für bestimmte Bereiche des öffentlichen Gesundheitswesens Rahmengesetze erlassen. Diese können aber durch kantonale Ausführungsgesetze konkretisiert werden, und auch der Gesetzesvollzug ist Sache der kantonalen und kommunalen Behörden. Deshalb gilt die schweizerische Gesundheitspolitik als die am stärksten dezentralisierte aller OECD-Staaten gilt.

¹ Der Beitrag stützt sich auf ein vom Autor verfasstes Buchkapitel, das in Christoph A. Zenger u.a. (Hg.): Management und Gesundheitspolitik im Gesundheitswesen, Hans Huber Verlag, Bern (2002), erscheint.

Aufgrund der komplexen Organisation des schweizerischen Gesundheitswesens sind heute starke vertikale Verflechtungen zwischen den verschiedenen Ebenen des Staatswesens festzustellen: Bund und Kantone finanzieren gemeinsam das System der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung und nehmen Aufgaben wahr im Bereich der Heilmittelkontrolle und der Prävention beziehungsweise Gesundheitsförderung. Kantone und Gemeinden teilen sich die Betriebs- und Investitionskosten von Spitälern und anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen, insbesondere auch im nichtärztlichen ambulanten Bereich. Generell entwickelte sich in den letzten Jahrzehnten ein äusserst kompliziertes Gesundheitssystem mit starken finanziellen Verflechtungen.

Starke marktwirtschaftliche Ausrichtung

Trotz diverser staatlicher Kompetenzen im Gesundheitswesen ist das schweizerische Gesundheitssystem im Vergleich zu anderen Ländern sowohl auf der Leistungs- als auch der Finanzierungsseite stark marktwirtschaftlich ausgerichtet. Insbesondere die Ärzte und Zahnärzte in freier Praxis, aber auch Privatspitäler, Apotheken und diverse Therapeuten können sich auf das verfassungsmässige Grundrecht der Wirtschaftsfreiheit berufen. Auch die Preisbildung – also die Tarifverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern – findet im Grundsatz ohne staatlichen Einfluss statt. Auf der Finanzierungsseite stellt das liberal-individualistische Krankenversicherungssystem mit einer vergleichsweise schwach ausge-



Adrian Vatter

prägten Sozialkomponente ein typisches Beispiel dar. Nach wie vor kennt die Schweiz keine einkommensabhängigen Versicherungsprämien, sondern ausschliesslich das Prinzip der Pro-Kopf-Prämien. Generell betont die schweizerische Gesundheitspolitik die Eigenverantwortung des Einzelnen überaus stark. So sieht etwa die obligatorische Krankenversicherung die Kostenbeteiligung der Versicherten vor, und die Zahnpflege wird zu 95 Prozent durch Selbstzahler finanziert. Experten bezeichnen die Schweiz, was ihr Gesundheitssystem betrifft, deshalb gern auch als «europäische USA». Damit sind nicht nur die ausserordentlich hohen Gesundheitskosten gemeint, die für beide Länder charakteristisch sind, sondern auch die im Vergleich zu anderen Staaten grosse Bedeutung marktwirtschaftlicher Regelungen.

Zwar betont das totalrevidierte KVG von 1996 die Solidarität zwischen den Versicherten der jüngeren und älteren Generation sowie zwischen den Geschlechtern, und staat-

liche Prämienzuschüsse werden nach Massgabe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ausgeschüttet. Generell ist jedoch die direkte Kostenbeteiligung der Versicherten eindeutig höher als in anderen Ländern. Zudem existieren in der Krankenversicherung nach wie vor keine direkten Umverteilungsmechanismen von hohen zu tiefen Einkommen.

Die Entwicklung der letzten Jahre

In den letzten Jahren versuchte der Gesetzgeber, die Kostenexplosion im Gesundheitswesen durch eine Kombination gegensätzlicher Instrumente einzudämmen: Mittels grösserem Wettbewerb unter den Versicherern und den ambulanten Leistungserbringern einerseits, verstärkten (verordneten) Spitalplanungen durch die Kantone andererseits. Eine breit angelegte Wirkungsanalyse des KVG fünf Jahre nach seiner Inkraftsetzung ergab aber, dass zwar die anvisierten Ziele betreffend Solidarität und Leistungsversorgung zu einem beträchtlichen Teil erreicht wurden, es jedoch nicht gelungen ist, die Kostendynamik im schweizerischen Gesundheitswesen zu bremsen.

Der Bürger als Patient und Versicherter

In der schweizerischen Gesundheitspolitik spielen die Instrumente der direkten Demokratie eine wichtige Rolle. So unterstehen bedeutende Änderungen in der Organisation des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung dem fakultativen oder obligatorischen Referendum. Weil eine Vielzahl von Entscheidungen auf kantonaler Ebene gefällt werden, sind die Partizipationsmöglichkeiten der Bürgerinnen und Bürger – mit dem obligatorischen oder fakultativen Referendum (je nach Kanton) bei Gesetzesänderungen sowie dem fakultativen oder obligatorischen Finanzreferendum beim Bau neuer Infrastruktureinrichtungen (z.B. Spitäler) – besonders stark ausgeprägt. Hinzu kommt das auf allen Staatsebenen rege genutzte Instrument der Volksinitiative. Damit werden auf eidgenössischer Ebene regelmässig Änderungen im Kranken-

versicherungswesen angestrebt, oder auf kantonaler Ebene die bessere Ausschöpfung der Möglichkeiten zur Prämienverbilligung.

Stärker als in anderen Bereichen (und ähnlich wie z.B. in der Landwirtschaft) steht der einzelne Bürger bei gesundheitspolitischen Fragen vor zahlreichen und komplexen Zielkonflikten: Als Patient will er möglichst umfassend und fachgerecht behandelt werden (was entsprechende Kosten verursacht), als Versicherter will er möglichst tiefe Prämien bezahlen (was möglichst hohe staatliche Subventionen erfordert), und als Steuerzahler will er möglichst wenig an die allgemeinen Kosten des Gesundheitswesens beitragen (was niedrige staatliche Subventionen bedeutet).

Sein Verhalten in Referendumsabstimmungen ist aufgrund der fehlenden Verknüpfung zwischen den einzelnen gesundheitspolitischen Problemen deshalb oft nicht mit seinen verschiedenen Rollen vereinbar. Lokale und kurzfristige Eigeninteressen dominieren dabei nicht selten Solidaritäts- und längerfristige staatspolitische Überlegungen. Ein offensichtliches Beispiel ist die im Regelfall hohe Zustimmung der Stimmbürgerschaft zu Investitionskrediten bei Spitalneuer- oder -umbauten sowie der starke Widerstand gegen Spitalschliessungen auf kantonaler Ebene (mit den entsprechenden Kostenfolgen). Dieselben gesellschaftlichen Gruppen können aber gleichzeitig eine drastische Senkung der öffentlichen Gesundheitsausgaben und der Krankenkassenprämien fordern.

Der Stimmbürger als «veto player»

Rückblickend zeigt sich, dass zahlreiche Reformversuche des schweizerischen Gesundheitswesens am Widerstand der Bevölkerung bei eidgenössischen Volksabstimmungen scheiterten: Die politische Elite (Parlament und Bundesrat) litt jahrzehntelang am «Lex-Furrer»-Trauma, als Ende des 19. Jahrhunderts trotz breitem Konsens im Parlament eine Gesetzesvorlage zur Einführung einer Krankenversicherung von der Stimmbürgerschaft deutlich verwor-

fen wurde. Die freien und privaten Krankenkassen gingen dabei gestärkt aus dem Abstimmungskampf hervor.

Ein Vergleich mit Abstimmungen aus anderen politischen Bereichen macht deutlich, dass gesundheitspolitische Vorlagen mit die höchsten Neinstimmen-Anteile aller Abstimmungsvorlagen im 20. Jahrhundert aufweisen. Dies gilt insbesondere für die verschiedenen sozialdemokratischen Volksinitiativen, welche die Einführung einkommensabhängiger Krankenversicherungsprämien forderten.

Die direkte Demokratie bildet damit seit der Gründung des Bundesstaates die entscheidende – und oftmals zu hohe – Hürde, die es zu überspringen gilt, wenn gesundheitspolitische Reformen erfolgreich akzeptiert und umgesetzt werden sollen. ■

Autor:

Prof. Dr. Adrian Vatter

Assistenzprofessor

Universität Bern

Institut für Politikwissenschaft

Lerchenweg 36

3000 Bern 9

E-Mail: vatter@ipw.unibe.ch

Ausgewählte Literaturhinweise zur schweizerischen Gesundheitspolitik:

Bernardi-Schenkluhn, Brigitte: Das Gesundheitssystem der Schweiz. Akteure, Strukturen, Prozesse und Reformstrategien. Schriftenreihe der SGGP, Nr. 24, Bern 1992.

Bundesamt für Sozialversicherung (Hg.): Soziale Sicherheit CHSS, erscheint sechsmal jährlich seit 1993.

Egli, Michael (Hg.): Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz, Hünenberg 1999.

Gutzwiller, Felix und Jeanneret, Olivier (Hg.): Sozial- und Präventivmedizin Public Health, Bern 1996.

Immergut, Ellen M.: Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe, Cambridge 1992.

Kocher, Gerhard und Oggier, Willy (Hg.): Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002, Solothurn 2001.

Sommer, Jürg: Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt, Stuttgart 1999.