

Zeitschrift: Rote Revue : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft und Kultur
Herausgeber: Sozialdemokratische Partei der Schweiz
Band: 74 (1996)
Heft: 2

Artikel: Wie man die Körner streut, laufen die Hühner
Autor: Bossart, Margrit
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-341255>

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 13.05.2025

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

Wie man die Körner streut, laufen die Hühner

Um es vorwegzunehmen: Eine Gesundheitspolitik gibt es in der Schweiz nicht. Das Gesundheitswesen erscheint heute vielmehr als Exerzierfeld für die Wettbewerbs-, die Finanz- und die Beschäftigungspolitik. Weshalb?

Margrit Bossart

Beim Gesundheitsmarkt geht es nicht nur um ein Geschäft in der Grössenordnung von 46 Milliarden Franken, sondern auch um ein bedeutendes Beschäftigungspotential. Mit ihrem Anteil sorgt die Sozialversicherung dafür, dass selbst bei Rückgang der Kaufkraft das Rad in Schwung bleibt. Würden die Kranken wirklich gesünder, so käme es zum Konflikt zwischen Konsumrückgang und Arbeitsplatzverlusten. Der Trend weist aber in die entgegengesetzte Richtung. In den letzten dreissig Jahren verdoppelten sich sowohl die Krankheitsfälle als auch die Spitaleinweisungen. Anstatt für das Vertrauen in die Medizin zu danken, wird den Patienten daher oft übertriebene Begehrlichkeit vorgehalten. Diese Argumentation ist zu oberflächlich und fragt nicht nach dem «Wozu». In der Tat entscheidet sich die Patientin/der Patient ja nur, zum Arzt zu gehen oder nicht. Anschliessend aber werden praktisch alle medizinischen und pflegerischen Massnahmen von Ärzten und anderen Medizinalpersonen ausgelöst. Aufgrund unserer Beratungstätigkeit müssen wir feststellen: Die Patienten kennen ihre Rechte nicht und werden deshalb oft unfreiwillig in einen Abhängigkeitsstatus gedrängt. Weder Schulung noch Vorbilder lehren die Bevölkerung, ihre Selbstbestimmungsrechte im Krankheitsfall wahrzunehmen, das heisst in eine Behandlung erst dann einzuwilligen (oder sie abzulehnen), wenn sie die ärztliche Aufklärung erhalten und verstanden haben. «Patient education» ist bei uns ein Fremdwort.

Inzwischen konnte nachgewiesen werden,¹ dass gerade Patienten mit Mehrfacherkrankungen, mit sozialen Schwierigkeiten und mit einem niedrigen Bildungsniveau am meisten Probleme haben, die gewünschten Informationen zu erhalten. Wo der Aufklärungsbedarf somit am grössten wäre, fehlt am häufigsten die Möglichkeit zur Orientierung über Diagnose, Behandlungsplan, Behandlungskriterien, alternative Behandlungsmöglichkeiten sowie über allfällige Kostenfolgen. Resultat: Die Entscheidung bleibt beim Arzt.

Wo Behandlungen nicht im gegenseitigen Einvernehmen stattfinden, wundert es nicht, dass der/die KonsumentIn hin und wieder streikt. Die Schulmediziner beklagen mangelnde «compliance», die Kassen den «Ärztetourismus» und die Naturheiler Kapazitätsengpässe.

Ein Beispiel ist der Arzneimittelmarkt. Es wird geschätzt, dass 35 bis 55 Prozent der Medikamente ungenutzt verfallen. Während Milliarden in die Forschung investiert werden, fehlt der Industrie offenbar das Geld für Abklärungen, weshalb Medikamente überhaupt nicht, falsch oder missbräuchlich verwendet werden. Die Konsequenzen sind gesundheitliche Schädigungen mit grossen volkswirtschaftlichen und sozialen Folgekosten.

Ähnliche Szenarien ergeben sich in den übrigen Bereichen. Die Kontrolle der Qualität und die Evaluation der Patientenzufriedenheit (gemeint sind nicht Alibi-Fragebogen) fristen ein Schattendasein. Die Rehospitalisationen und die Reoperationen werden von vielen Spitälern noch nicht erfasst, und deren Ursachen bleiben im dunkeln. Dies ist umso bedenklicher, als solche Rückfälle für viele PatientInnen nicht nur unangenehm, sondern auch entwürdigend sind. Wie eine Beobachter-Um-

Die Patienten

kennen ihre

Rechte nicht.

¹ La santé et la promotion de la santé. Étude intercantonale sur les indicateurs de santé. IGIP-PROMES. Rapport final. 2e partie 1989.

frage zeigt, fühlten sich die meisten in ihren Rechten übergangen. Typisch für das Gesundheitswesen ist, dass Risiken verschwiegen werden. Die Statistiken, welche Risiken zutage fördern könnten, werden gar nicht erst gemacht, da sie für den Geschäftsgang unliebsame Störeffekte bringen könnten. Ein wirksamer Wettbewerb zur patientenorientierten Minimierung der Risiken ist nicht sichtbar.

Dass der Geschäftsgang effektiv Priorität genießt, beweist die erste repräsentative Bevölkerungsbefragung (1992/93) des Bundesamtes für Statistik.² Sie signalisiert: je höher (und erwerbungsversprechender) die Versicherung, desto häufiger die Spitalaufenthalte. Ein besonders interessanter Aspekt zeigt sich im Kanton Bern. Obwohl die BernerInnen nicht a priori kränker sind als die übrigen SchweizerInnen, werden sie um 13 Prozent häufiger ins Spital eingewiesen. Nach Versicherungstyp unterscheiden sich die Einweisungen wie folgt: Grundversicherte 6 Prozent, Halbprivat-Versicherte 17 Prozent und Privatversicherte 23 Prozent häufiger als der Rest der SchweizerInnen. Aus meiner Sicht müssten solche Daten zuerst auf den Tisch gelegt und als Eckwerte einer Gesundheitspolitik diskutiert werden, bevor aus finanzpolitischer Sicht

rigoroser Spitalbettenabbau gefordert, aus wirtschaftspolitischer Sicht mehr Wettbewerb verlangt und aus sozialpolitischer Sicht problematische Restriktionen bei den kassenzulässigen Leistungen vorgenommen werden. Der Dschungel von Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen fördert statt dessen die Tendenz, wichtige Daten unter Verschluss zu halten und die Versicherten im unklaren zu lassen. Dies verunmöglicht eine echte Gesundheitspolitik, welche (1.) den PatientInnen und Versicherten Selbstverantwortung überträgt und ihre Stellung als Marktpartner stärkt sowie (2.) ethische Verantwortung all jenen PatientInnen gegenüber wahrnimmt, die mehr oder weniger vom Gesundheitswesen abhängig und teils von der Ausgrenzung bedroht sind.

Wenn wir nicht in gesunden Tagen aktiv werden und unsere Forderungen nach Daten und Fakten durchsetzen, werden wir spätestens als PatientInnen erfahren müssen, dass eine Gesundheitspolitik fehlt. Aus diesem Grunde braucht es eine starke PatientInnenvertretung mit zahlreichen Organisierten, welche kompetent mithilft, die kostbaren Ressourcen dort einzusetzen, wo sie von den Kranken wirklich benötigt werden.

² Schweizerische Gesundheitsbefragung, Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit, Auswertungen der Daten von der Schweizerischen Patient-Organisation SPO, Studie PO für den Kanton Bern, Bern 1993.

Margrit Bossart, lic. oec., Präsidentin der Schweiz. Patienten-Organisation SPO, 8025 Zürich, Telefon 01/252 54 22.

Wer macht Politik im Gesundheitswesen, und wo findet diese (nicht) statt?

Mehr noch als im Schulbereich wird Gesundheitspolitik in unserem föderalistischen

Christoph Schürch

Staat auf kantonaler und kommunaler, aber im Gegensatz zur Schule auch

auf Bundesebene definiert. Überall mischen die verschiedensten Interessvertreter, namentlich die Krankenkassen, Ärztelobby, Apothekervereinigung, Pharma- und Medizinaltechnikindustrie und die Privatspitäler mit. Alle wollen möglichst viel vom stetig wachsenden Kuchen.