

„Alternde Bevölkerung und nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung“

**Bericht über die fünfte Tagung
Forum Santé-Gesundheit
Montreux, 16. Januar 2003**

Ein Dossier von :

- Antoine Bailly, Universität Genf
- Martin Bernhardt, Universität Genf

In Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der Gruppe *Forum Santé-Gesundheit* :

- Gaudenz Bachmann, Helsana Versicherung AG, Zürich
- Arno Brandt, Good People Management Practice GmbH, Basel
- Olivier Bugnon, Schweizerische Apothekerverband, Liebefeld ; Policlinique médicale universitaire, Lausanne
- Jean-Pierre Desjacques, vormals santésuisse, Genf
- Jean-Louis Franzetti, Sanofi-Synthélabo (Schweiz) AG, Meyrin
- Mauro Gabella, Sanofi-Synthélabo (Schweiz) AG, Meyrin
- Yves Guisan, Hôpital du Pays d'Enhaut, Château d'Oex
- Martin Lysser, Universitätsspital Zürich
- Marianne Meyer, Fédération romande des consommateurs, Lausanne
- Jean-Philippe Reymond, Institut central des hôpitaux valaisans, Sion
- Yves Seydoux, santésuisse, Solothurn
- Christian Surber, Kantonsspital Basel

Inhalt

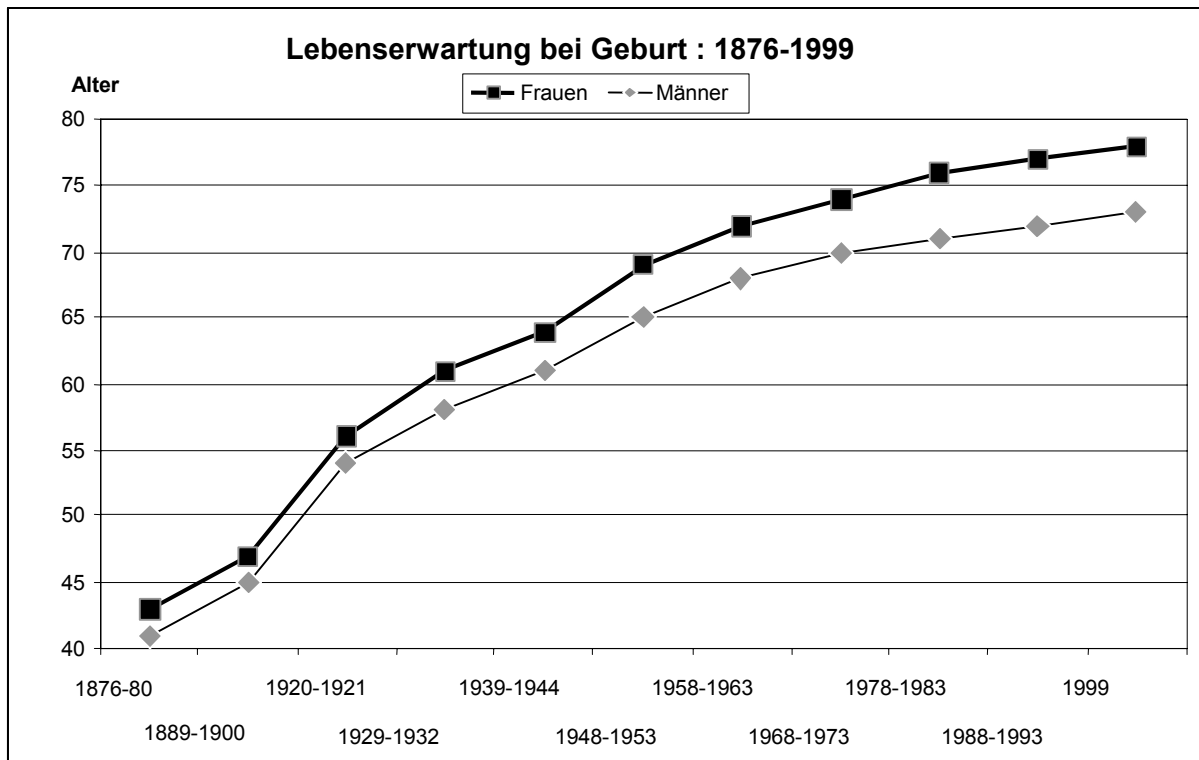
1. Gesundheitskosten in einer alternden Gesellschaft	1
1.1. Ein vorhersehbares Altern der Bevölkerung	1
1.2. Zwei Szenarien der Gesundheitsausgaben	1
1.3. Müssen wir unsere Praktiken ändern ?	2
1.4. Der Standpunkt des Forum Santé-Gesundheit	3
2. Vier Kerngedanken zur Gesundheitsversicherung in der Schweiz	4
2.1. Vier Kerngedanken, die es zu beachten gilt	4
2.2. Wie kann die Gesundheit besser geplant werden ?	4
2.3. Wie kann die Gesundheitsversicherung finanziert werden ?	6
3. Lösungen ausserhalb des Versorgungssystems	10
4. Die Debatten	12
Die eingeladenen Referenten	12
Publikumsdiskussion	14
Eine Vision zur Überalterung unserer Welt	15
5. Synthese	16
Literaturnachweis	18
Bücher, Artikel	18
Unterlagen des Forum Santé-Gesundheit	19

Forum Santé-Gesundheit ist eine unabhängige Vereinigung. Ihre Mitglieder arbeiten auf freiwilliger und unentgeltlicher Basis. Die Ansichten, die im Forum Santé-Gesundheit vertreten werden, sind somit die einer Gruppe von Personen, die ihre Meinung frei äussern und deren Ziel es ist, zur Verbesserung der Gesundheitspolitik in der Schweiz beizutragen.

1. Gesundheitskosten in einer alternden Gesellschaft

1.1. Ein vorhersehbares Altern der Bevölkerung

Die demographischen Vorhersagen sind klar: Die westlichen Bevölkerungen altern und die Schweiz ist davon nicht ausgenommen, selbst wenn man eine mögliche Steigerung der Zuwanderung junger Ausländer in Erwägung zieht. Bis 2020 wird die Anzahl der über 65 jährigen Einwohner um bis zu 50 % und die der über 85 jährigen um bis zu 100 % gestiegen sein! Im 2025 wird die Lebenserwartung für Männer bei 77 Jahren und für Frauen bei 82 Jahren liegen.



Quelle : Höpflinger F., Stuckelberger A., 1999, « Vieillissement démographique et vieillissement individuel », Zürich, Ed Seismo, p.40.

Wenn man dazu noch die Verbesserung der Lebensformen und der Umweltqualität rechnet, könnte man sogar noch höhere Lebensdauern erwarten. Bei dieser Gelegenheit ist zu bemerken, dass die Lebenserwartung zu 27 % von biologischen, zu 19 % von Umweltfaktoren, zu 42 % vom Lebensstil und nur zu 11 % vom Gesundheitssystem abhängt (nach Dever, 1976, Healthcare is more than care).

Die demographische Alterung wird die Gesellschaft umso mehr beschäftigen als sie eine der grössten finanziellen Herausforderungen der Zukunft darstellt. Noch ist dieses Bewusstsein bei der Bevölkerung nicht vorhanden und jeder glaubt, weiterhin über den gleichen sozialen Schutz, die gleichen Vorteile und die gleichen Leistungen wie in den vergangenen Jahren zu verfügen.

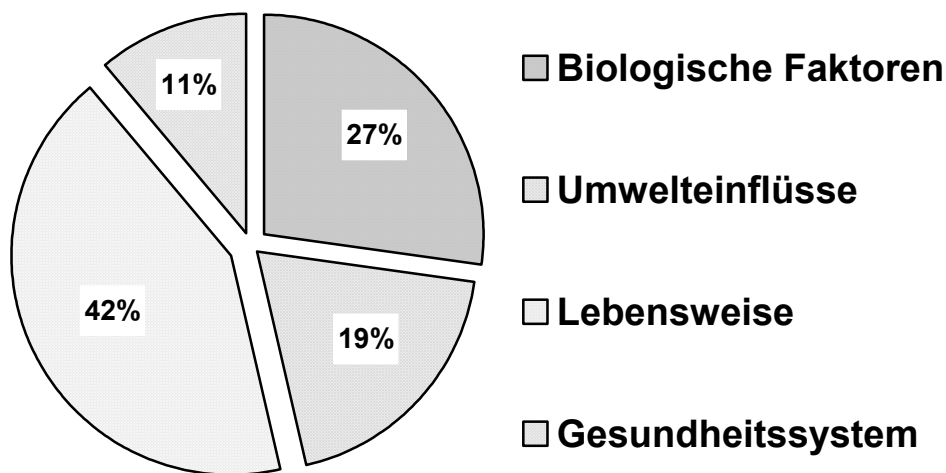
1.2. Zwei Szenarien der Gesundheitsausgaben

Welche Konsequenzen hat das Altern auf die Gesundheitsausgaben? Die Antwort ist nicht leicht, da zwei Szenarien vorstellbar sind. Zuerst das einer Steigerung der Lebensdauer bei guter Gesundheit, ohne funktionelle Behinderung oder chronischer Krankheit. Es basiert auf

der Idee, dass Gesundheitsprobleme, dank einer besseren Prävention der Alterspathologien, erst in höherem Alter auftreten. In diesem Fall (Szenario „Trend“ des BFS) bedarf es lediglich einer Erhöhung der jährlichen Prämien von 0,4 %, um die Gesundheitskosten der alternden Bevölkerung auffangen zu können. Das zweite, pessimistischere Szenario, das sich auf aktuelle Angaben stützt, sieht mit zunehmendem Alter eine Erhöhung der Gesundheitskosten voraus. Gleichzeitig, mit der Anzahl betagter Personen, steigen auch die Kosten. Nach den Autoren könnten sich diese bis 2040 mehr als verdoppeln, wenn man von einem Kostenindex von 100 Punkten in der Altersklasse der 30-39 jährigen ausgeht. Bei den 50-59 jährigen erreichen die Punkte 142 bei den 60-69 jährigen 192, bei den 70-79 jährigen 287 und schliesslich bei den über 79 jährigen Menschen 413 Index-Punkte. Laut diesem Szenario könnte, bedingt durch die demographische Überalterung, die jährliche Prämienhöhung 2 % überschreiten, was für einen Teil der Versicherten, der bereits von den laufenden Erhöhungen betroffen ist, bald einmal untragbar würde.

Die Vorhersage wird noch schwieriger, wenn man die Gesundheitsausgaben der älteren Personen im Detail betrachtet. Die zwölf letzten Lebensmonate sind für mehr als 10 % der medizinisch-pharmazeutischen Kosten der Grundversicherung verantwortlich. Die letzten drei Monate, insbesondere der letzte, verursachen eine Kostenexplosion, die einige zur Behauptung verleiten: „der Tod ist teuer“. Hinzu kommt, dass 10 bis 20 % der Betagten (je nach Altersklasse) an chronischen Krankheiten leiden und mit 60 bis 70 % zu den Gesundheitsausgaben ihrer Altersgruppe beitragen. Allerdings stellen die Spital- und Pflegeheim-Kosten erst ab einem Alter von über 90 Jahren mehr als 30 % der gesamten Gesundheitskosten der Altersklasse dar.

Faktoren, die die Lebenserwartung beeinflussen



1.3. Müssen wir unsere Praktiken ändern ?

Angesichts dieser Tatsachen befinden sich die Sanitätsbehörden in einer schwierigen Situation. Müssen die Finanzierungssysteme der Krankenversicherungen angepasst werden, damit die Kosten des Szenarios 2 bestritten werden können? Oder müssen zuvor ethische Fragen, wie die des Behandlungsumfangs am Lebensende oder der medizinischen Versorgung der alten Menschen, beantwortet werden? Die ethischen Fragen sind schwierig zu beantworten: Einige Autoren sprechen von „angemessenen Grenzen“, die bei der medizinischen Versorgung beachtet werden sollten, d. h. eine Art von Rationierung, die an

die Berechnung einer „gerechten Lebensdauer“¹ gebunden ist. Andere ziehen die „Solidarität zwischen den Generationen“ der Altersdiskriminierung oder der „gerechten Lebensdauer“ vor. Noch andere fragen nach der Notwendigkeit, die finanzielle Solidarität zwischen den Generationen wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Dies zum Vorteil der Jungen und Familien, die schwere finanzielle Lasten zu tragen haben.

Solidarität ist unbedingt nötig, da die ältere Bevölkerungsgruppe zu Beginn des dritten Jahrtausends andere Erwartungen hat, als jene ausgangs des zwanzigsten Jahrhunderts. Dieser oft wohlhabendere Teil der Bevölkerung hat in einer Konsumgesellschaft mit wenig Einschränkungen, in der Komfort zum täglichen Leben gehörte, gelebt. Das Familienleben ist viel freier und individueller (Splitterfamilien) geworden, damit ist ein Teil der innerfamiliären Verbindlichkeit verloren gegangen. Trotzdem ist das Bedürfnis nach Sicherheit immer vordringlicher und sogar zum Anspruch geworden. Zudem betrachtet diese Altersgruppe, die während langer Jahre Beiträge bezahlt hat, Gesundheit als ein Anrecht.

Kann jedoch die Gesellschaft dieser Verpflichtung im Rahmen einer Sozialversicherung nachkommen? Dass dies nicht gelingen könnte, ist das Risiko, des älteren Teils der Bevölkerung, deren Bedürfnisse gegenüber denen der vorherigen Generationen gewachsen sind.

1.4. Der Standpunkt des Forum Santé-Gesundheit

Forum Santé-Gesundheit vertritt gegenüber diesen Vorhersagen und ethischen Herausforderungen einen klaren und realistischen Standpunkt:

1. Das Altern der Bevölkerung verursacht jetzt und in Zukunft ein Wachstum der Gesundheitsausgaben, auch wenn das Auftreten einiger Alterspathologien dank besserer Vorsorge und erhöhter Lebensqualität verzögert wird. Dieses Wachstum hängt mit den sozialen Erwartungen der Betagten, mit dem verbesserten medizinischen Schutz und mit dem technischen Fortschritt zusammen. Besonders neurologische, kardio-vaskuläre, genito-urinäre Erkrankungen, Krebserkrankungen und der Abbau der Sinnesorgane und Gelenke verursachen zusätzlichen Kosten.
2. Der Anteil, der am Lebensende entstehenden Kosten könnte wahrscheinlich verringert werden, wenn man auf eine therapeutische Beharrlichkeit verzichten und den natürlichen Lebensverlauf (insbesondere den «natürlichen» Zeitpunkt des Todes) zulassen würde.
3. Die Lösung darf jedoch nicht eine Rationierung aufgrund des Alters sein. Die Vorstellungen von „gerechter Lebensdauer“ und „Altersgrenze“ können aus ethischer Sicht nicht vertreten werden. Vielmehr sind Solidarität und Gleichheit vor der Krankheit grundlegend in unserer entwickelten Gesellschaft.
4. Aus diesem Grund müssen Lösungen in Betracht gezogen werden, die die Gesundheit der Bevölkerung von morgen finanzierbar macht und die die notwendige Infrastruktur auf Dauer sichert.

Dies ist das Thema der Ausführungen, die wir in diesem Dokument angehen und denen wir vier Kerngedanken zugrunde legen.

¹ Die „gerechte Lebensdauer“ basiert auf der Idee, dass jeder Mensch über einen Lebensvorrat verfügt und die Gesellschaft das Leben über diesen Vorrat hinaus nicht verlängern muss. Dieser Vorrat kann in Anzahl Jahren berechnet werden, zum Beispiel auf Basis der durchschnittlichen oder mittleren Sterblichkeit. Diese Vorstellung ersetzt die traditionelle Version der „Deportierung“ der Alten nach einem bestimmten Alter.

2. Vier Kerngedanken zur Gesundheitsversicherung in der Schweiz

2.1. Vier Kerngedanken, die es zu beachten gilt

Die Gesundheitsversicherung muss vier Grundsätze beachten : Einheitlichkeit, Solidarität, Gleichstellung, Effizienz.

- Aus Gründen der **Einheitlichkeit** müssen alle in der Schweiz ansässigen Personen gegen Risiken wie Krankheit und Unfall versichert sein, unabhängig ihres Alters, ihres Geschlechts, ihrer Einkünfte, ihrer sozialen Situation.
- Aus Gründen der **Solidarität** müssen alle in der Schweiz ansässigen Personen durch eine Grundversicherung geschützt sein, die für alle gleich ist und deren Beiträge unabhängig vom individuellen Risiko sind. Die Kantone tragen zur Finanzierung der Beiträge für Personen mit ungenügenden Einkünften bei.
- Aus Gründen der **Gleichstellung** müssen alle in der Schweiz ansässigen Personen Zugang zum gesamten Angebot der in der Grundversicherung festgelegten Leistungen haben. Dieses Angebot schliesst auch die Prioritäten einer durch den Staat garantierten und mit den gesundheits- und Patientenorganisationen abgestimmten „Public Health“ ein. Der Leistungskatalog sieht auch Massnahmen der Prävention vor.
- Aus Gründen der **Effizienz** müssen die Gesundheitsberufe kompetent und unter Berücksichtigung ethischer und budgetärer Verpflichtungen handeln, indem sie die Möglichkeiten der Versorgungsnetze voll ausschöpfen und sowohl Fehler als auch Missbräuche soweit wie möglich einschränken. Stattdessen sollen die Patienten in den Prozess der Prävention, der Behandlungen und der Gesundheitsförderung miteinbezogen werden.

Diese Grundsätze ermöglichen das Beibehalten der liberalen Medizin im ambulanten Bereich - die in der Schweiz üblich ist – bei gleichzeitiger Vermeidung sozialer Ausgrenzung, die die Schwächsten ohne Versicherungsschutz im Regen stehen lassen würde. Sie ermöglichen auch eine Koordination zwischen den Spitälern -öffentlichen und Privatspitälern- in der ganzen Schweiz. Sie würden schliesslich die Prinzipien anhaltender Qualitätsentwicklung, solidarischer Wirtschaftlichkeit und gesunden Wettbewerbs verbinden.

„Niemand darf diskriminiert werden, namentlich nicht wegen der Herkunft, der Rasse, des Geschlechts, des Alters, der Sprache, der sozialen Stellung, der Lebensform, der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung oder wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung.“

Art.8, al.2, Bundesverfassung, 1. Januar 2000.

2.2. Wie kann die Gesundheit besser geplant werden ?

Wie bei allen Gesundheitssystemen hängt die Frage der Finanzierung von den finanziellen Zuweisungen und dem Finanzierungsweg ab. In der Schweiz sind es die Einwohner, welche durch Krankenversicherungsprämien und direkte Zahlungen der von der Versicherung nicht übernommenen Kosten, die Kantone, die Gemeinden und der Bund die finanziellen Beiträge leisten. In Anbetracht des Wachstums der Gesundheitskosten, das schneller voranschreitet als jenes der öffentlichen Budgets, erhöht sich der Anteil pro Einwohner ständig. Die Beiträge werden für Personen mit niedrigem Einkommen und Familien unbezahlbar, so dass der Kanton in einigen Regionen beinahe der Hälfte der Prämienzahler zu Hilfe kommen muss.

Das Problem der Krankenversicherung ist offensichtlich: einerseits müssen die Krankenkassen ihren sozialen Auftrag erfüllen, der die Grundversorgung der ganzen Bevölkerung sichert, andererseits sind sie bezüglich Zusatzversicherung, wie jedes andere Unternehmen auch, der Pflicht, ertragsorientiert zu handeln, unterworfen. In Zeiten wirtschaftlichen Aufschwungs sind beide Ziele vereinbar. Bei der aktuellen Wirtschaftsflaute und Börsenkrise verschärfen sich die Gegensätze dieser beiden Zielsetzungen.

Dieses System wirft heute zahlreiche Probleme auf, da die Beiträge von einem Kanton zum anderen und von einer Krankenversicherung zur anderen aufgrund der Konkurrenz zwischen den Kassen und der ungleichen Verteilung der Risiken auf kantonaler Ebene, variieren. Dieses «Kantonskonzept» stellt das Prinzip der Solidarität auf Bundesebene in Frage. Sie stellt ebenfalls das Prinzip der Effizienz in Frage, da die Patienten von der kantonalen Gesundheitsdirektion bestimmte Krankenhäuser besuchen müssen, ohne dass eine wirkliche bundesweite Planung möglich wäre. Hinzu kommt, dass es einigen kleinen Kantonen schwer fällt, für ausserkantonale Spitalaufenthalte aufzukommen. Die Schweiz ist ausserdem eines der wenigen Länder, in dem die Beiträge nicht proportional zu den Einkommen (mit Plafonierung) berechnet werden. Kann das so weiter gehen, wenn gleichzeitig den Ärmsten bei der Zahlung ihrer Beiträge Beistand geleistet werden muss und daneben die ältere Bevölkerung oftmals über komfortabel Einkommen verfügt? Diese Frage muss angegangen werden, um den steigenden Gesundheitskosten begegnen zu können. Ansonsten müssten Rationierungsformen eingeführt werden, die für die Gruppe Forum Santé-Gesundheit nicht akzeptierbar wären.

In Anbetracht der Tatsache, dass der Föderalismus in der Sanitätsplanung keine zusammenhängende Versorgungsorganisation ermöglicht, schlägt Forum Santé-Gesundheit folgendes vor:

1. **eine Sanitätsplanung** auf Schweizer Ebene sowie Aufteilung der Schweiz in „Gesundheitsregionen“, um der Nachfrage gerecht zu werden. Diese doppelte Organisation ermöglicht eine Planung „von unten“ (bottom up) für Behandlungen vor Ort und auf regionaler Ebene, und „von oben“ für Spezialbehandlungen und Spitzenmedizin. Trotz der verfassungsmässigen Schwierigkeiten, die diese Änderung mit sich bringt, ist es notwendig, diese Planungskriterien sowie deren geographische Ebene in die Gesamtüberlegungen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung mit einzubeziehen.
2. **eine Tarifierung der Grundversicherung** bezogen auf die 5 grossen Versorgungsregionen, um dem System eine grössere Solidarität zu verleihen. Natürlich ist deren Aufteilung schwierig, vor allem für die Grenzzonen. Doch könnten diese grossen Regionen auf ethischer, geographischer, sozialer und wirtschaftlicher Ebene über eine zusammenhängende Sanitätsorganisation bilden. Ihr Vorteil wäre, dass abgelegene Gegenden nicht benachteiligt würden und eine überkantonale Solidarität erreicht werden könnte. Ebenfalls könnten die Verwaltungskosten rationalisiert und die räumliche Gleichheit in Bezug auf die Versorgung gefördert werden.
3. **die Rolle des Bundes bei der Festlegung der Rechte und Leistungen der Grundversicherung** zu erhalten und dessen Aufgabe als Garant der sozialen Sicherheit durch die Erarbeitung von Rahmenbedingungen für ethische und rechtliche Anliegen auszubauen. Die Bedingungen wären in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden und der Patientenorganisation zu erstellen und würden von den Kantonen in den fünf grossen Versorgungsregionen (überkantonale Organisation) durchgesetzt. Deren Aufgabe würde auch in der Überwachung, möglicherweise Einschränkung oder Ausbau von Einrichtungen und in der Planung der Dichte des medizinischen Angebots bezüglich der Spezialisierungen bestehen. Nur durch eine derartige Regulierung könnte man den Ausbau des Leistungsangebots in den Griff bekommen.

Der Vorschlag 1 beruht auf dem Prinzip der Effizienz und der Vernetzung der Gesundheitseinrichtungen im Rahmen der grossen Versorgungsregionen (Vorschlag 2), die sich um Universitäts- und Akutspitäler gliedern. Er verstärkt die Solidarität im Sinne einer verbesserten Koordination, was wiederum Kosteneinsparungen zur Folge hat.

Der Vorschlag 3 beruht auf der Forderung dass die Finanzierung der Grundversicherungsdeckung in Absprache zwischen Bund, Berufsverbänden und Patientenvereinigungen sichergestellt wird, damit ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen planbar ist und bezahlbar bleibt.

Damit stellt sich die Wahl zwischen einer Einheitskasse und der Erhaltung des aktuellen Konkurrenzsystems. Forum Santé-Gesundheit kann diese Wahl nicht treffen. Wir können jedoch die Themen dieser Debatte aufgreifen. Was die Leistungen der Grundversicherung anbetrifft, schlagen die Verfechter der Einheitskasse die Einführung einer Krankenversicherung nach dem SUVA-Modell vor mit Überwachung durch das BSV und einem aussenstehenden Organ, mit dem Ziel, die Bereiche der Sozial- und Privatversicherungen zu trennen. Andererseits streben sie eine Reform der Strukturen der Dachorganisation der Krankenversicherungen an, um deren Aktivitäten wieder vermehrt auf den sozialen Auftrag und denjenigen der öffentlichen Gesundheit auszurichten, sowie die Zusammenarbeit zu fördern. Die Befürworter des Status quo preisen die Vorteile der Konkurrenz und der Verbindung Grundversicherung – Zusatzversicherungen. Hingegen verurteilen sie die Schwerfälligkeit der Einheitskasse und die Verstaatlichung der Gesundheitsversicherung, die das Problem der Kostenerhöhung alleine nicht lösen könnte. Dieser Diskussion soll nicht ausgewichen werden; Forum Santé-Gesundheit wird an seiner Tagung in einem Klima ohne ideologische Konfrontation darauf eingehen.

Alle diese Vorschläge wirken auf ein Aufgeben der Interessenpolitik jedes einzelnen Partners ein. Damit können die schweizerischen Sanitätssysteme, unter Einbezug der individuellen Fähigkeiten aller Mitspieler, besser koordiniert und unnötige Ausgaben verhindert werden (Effizienz). Die Abläufe im Gesundheitswesen würden dadurch harmonisiert, ohne dass der Zugang zur Versorgung, insbesondere für alte Menschen, oder Grundsätze der lokalen Demokratie, beschnitten würden.

2.3. Wie kann die Gesundheitsversicherung finanziert werden ?

Trotz einer verbesserten Gesundheitsplanung werden sich die Gesundheitskosten nicht stabilisieren. Forum Santé-Gesundheit akzeptiert das Szenario der Kostenerhöhung, um eine Behandlungsrationierung nach Kriterien wie Alter o. ä. zu verhindern. Allerdings kann eine Rationierung nur verhindert werden, wenn die notwendigen Mittel frei gemacht werden, denn das heutige Finanzierungssystem stösst an seine Grenzen und das Potential der finanziellen Beteiligung für viele soziale Gruppen ist ausgeschöpft.

Es wird viel über Lösungen debattiert. Über die Notwendigkeit der Rationalisierung, über eine verbesserte Harmonisierung der Abläufe und über das Vermeiden von Missbräuchen ist man sich einig, selbst wenn die Ausführung solcher Konzepte gegen gewerkschaftliche, administrative und wirtschaftliche Schranken stösst. Denn es gibt, abgesehen von diesen Massnahmen, kaum anderer Lösungsansätze: Entweder beschränkt man die Kosten durch eine Kontrolle des Angebots und der Nachfrage oder man findet neue Geldquellen. Für Forum Santé-Gesundheit scheint letzteres die einzige Möglichkeit zu sein, die Kerngedanken Einheit, Solidarität und Gleichstellung aufrecht zu erhalten. Wie sehen also die möglichen Lösungen einer Grundversicherung in der Schweiz aus?

1. Änderung der Grundversicherung

In diesem Bereich gibt es zwei Vorschläge : Erstens, den Leistungskatalog dieser Versicherung zu reduzieren, um Kosten einzusparen, oder Zweitens, die Phase des

„Lebensendes“ sowie schwere und chronische Krankheiten aus dieser Versicherung auszuschliessen.

Die erste Massnahme birgt das Risiko einer Zweiklassenmedizin, die zweite verlangt zusätzliche Finanzquellen. Forum Santé-Gesundheit möchte ein qualitative hochstehendes Gesundheitssystem erhalten. Wir müssen also solche Quellen suchen, gleichzeitig aber auch akzeptieren, dass die Spezialitätenliste begrenzt werden soll, wenn es um sogenannte „Lifestyle-Präparate“ geht.. Hierbei darf jedoch nicht am Grundsatz der grundlegenden und obligatorischen Sozialleistungen gerüttelt werden. Die „Lifestyle-Präparate“ müssten dann in die einzelnen Zusatzversicherungen aufgenommen werden.

2. Zusätzliche Finanzquellen

Eine erste mögliche Lösung wäre die „Gesundheitskapitalbildung“ (obligatorisch ab dem 50. Lebensjahr), da Menschen, die sich am Ende ihres aktiven Lebens befinden, über grössere finanzielle Mittel verfügen als die Jüngeren. Die so ersparten Summen könnten zur Ergänzung der Krankenversicherung dienen, um zusätzliche Krankheitskosten, die während des Ruhestands auftreten, abzudecken (zusätzlich zur KVG-Übernahme).

Eine zweite Lösungsmöglichkeit basiert auf dem Konzept der Solidarität zwischen den Generationen, indem sich Personen über 65 mit einem hohen Einkommen zusätzlich an den Kosten beteiligen. Derzeit erlischt diese Beteiligung an der AHV bei Antritt des Rentenalters, obwohl einige Rentner über ein komfortables Einkommen verfügen, und weiterhin Beiträge bezahlen oder sogar ganz auf eine Alters-Rente verzichten könnten.

Ein dritter Weg könnte die Einrichtung eines Fonds sein, der unter anderem von Industrie- und Dienstleistungsbetrieben, die Nutzniesser des öffentlichen Gesundheitswesens sind, finanziert wird. Dieser Fonds dürfte nicht abhängig sein von Umsätzen oder Börsenkursen, sondern sollte nur die Zinsen eines geäufteten Kapitals nutzen. Er würde dazu dienen, die Kosten für schwere und chronische Krankheiten, besonders am Lebensende, zu decken.

Im übrigen wäre es an der Zeit, dem Rückzug des Bundes aus der Gesundheitsfinanzierung Einhalt zu gebieten, um ein den 80er Jahren entsprechendes Beteiligungsniveau (prozentual) zu erreichen.

3. Zusatzfinanzierung durch Einkommensabzug

Ein weiterer diskutierter Weg ist in einer Zusatzfinanzierung zu sehen. Neben den heutigen Beitragszahlungen, sollen Abgaben durch direkte Einkommensabzüge bis zu einem festgelegten Höchstbetrag, wie dies in zahlreichen westlichen Ländern üblich ist, in die Krankenversicherung fliessen. Diese Gelder würden vor allem für die Finanzierung von altersbedingten Gesundheitsproblemen gebraucht. Die Einführung eines solchen Modells würde den Solidaritätsgedanken zwischen Alt und Jung umsetzen. Demgegenüber hätte ein der Gesundheit zukommender Prozentsatz der MwSt. den Vorteil, Menschen gemäss ihres Konsumpotentials, aber unabhängig ihres Alters oder ihres Leistungsgrads, zu belasten.

Forum Santé-Gesundheit, dem das Prinzip der Solidarität sehr wichtig ist, favorisiert ein Dreisäulensystem (KVG, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterbliebenenversicherung). Ausserdem befürwortet Forum Santé-Gesundheit für schwächere Einkommen kantonale Beihilfen oder eine Steuerreduktion. Es handelt sich hier um soziale Massnahmen, die für den Erhalt einer qualitative hochstehenden Grundversicherung unerlässlich sind.

Dreisäulensystem

Die 1959 ins Leben gerufene AHV und die Invalidenversicherung (IV) bilden gemeinsam die erste Säule des sogenannten Dreisäulensystems, das 1972 in der Bundesverfassung verankert wurde. Die erste Säule ist für alle verbindlich und beruht auf dem Verteilsystem: Personen im arbeitsaktiven Alter finanzieren durch ihre Beiträge 80 % der Renten der Rentnergeneration. Der Restbetrag von 20 % der jährlichen Ausgaben der AHV geht zulasten des Bundes (17 %) und der Kantone, die sich die verbleibenden 3 % teilen. Die, die heute Beiträge leisten, werden ihrerseits Rentenempfänger von morgen sein und zählen auf die Solidarität der kommenden Generationen, die zukünftig ihre Beiträge zahlen werden. Die erste Säule wird von einer beruflichen Vorsorge vervollständigt, die ausserdem die Hinterbliebenen und Invalidität abdeckt: die zweite Säule (Pensionskasse). Letztere ist für alle Arbeitnehmer ab 25 Jahre und ab 25 000 Franken Jahreslohn Pflicht. Die zweite Säule beruht auf dem Kapitalbildungssystem. Die Leistungen beider Säulen sollen es im Rentenalter ermöglichen, den bisherigen Lebensstandard auf angemessene Weise aufrechtzuerhalten. Die dritte Säule, d. h. die persönliche Vorsorge, ist nicht zwingend, stellt aber gegenüber dem traditionellen Sparen einen finanziellen Anreiz in der Steuerverordnung dar.

Quelle : BSV-OFAS-UFAS. « Longévité - Défi de société, échange culturel », OFCL, Bern, 2002.

Unter Berücksichtigung dieses Grundsatzes wurde von Forum Santé-Gesundheit eine Prioritätenliste zur Dämpfung der Gesundheitskosten und der Organisation von Zusatzfinanzierungen nach einer Konsensmethode ausgearbeitet. Einzig die Antworten, bei denen sich die Mehrheit der Gruppe einig war, wurden ausgewählt. Nach der gleichen Vorgehensweise wird aufgelistet, welche Massnahmen bei der Kostendämpfung und den Zusatzfinanzierungen **vermieden** werden müssen. Die Tabellen 1 und 2 zeigen eine Synthese dieser Vorschläge auf.

Tabelle 1 : Die Prioritäten des Forum Santé-Gesundheit

Dämpfung der Gesundheitskosten

1. Die obligatorische Einführung der Patientenkarte
2. Die Förderung der Patientenverfügung
3. Der Bevölkerung und den Risikosituationen angepasste Behandlungsrichtlinien
4. Eine Reorganisation der Sanitätsplanung in grosse Regionen
5. Entwicklung von Plattformen auf denen Entscheidungen bezüglich schwieriger Gesundheitsfragen breit diskutiert werden können. Entwicklung einer verbesserten zwischenmenschlichen Kommunikation und Auf- oder Ausbau von Versorgungsnetzwerken.
6. Eine Überarbeitung der Spezialitätenliste und des Leistungskatalogs zur Einschränkung der „Lifestyle-Präparate“

Zusatzfinanzierungen der KVG-Leistungen

1. Den schwächeren Einkünften angepasste kantonale Beihilfen
2. Der Aufbau eines Dreisäulen-Versicherungssystems
3. Eine Gesundheitskapitalbildung kurz vor dem Rentenalter (50 Jahre) und ein Gesundheitsbeitrag für Rentner oberhalb eines bestimmten Einkommens

Tabelle 2 : Was Forum Santé-Gesundheit verhindern möchte

Dämpfung der Gesundheitskosten

1. Die vom Alter oder anderen sozio-ökonomischen Kriterien abhängige Rationierung
2. Eine Zweiklassenmedizin

Zusatzfinanzierungen der KVG-Leistungen

1. Beiträge, die absolut proportional den Einkommen angepasst sind.
2. Medizinische Leistungen auf Ebene der Gemeinden (unabhängig der Sozialleistungen)

Aufgrund seiner grundsätzlichen Prinzipien ist Forum Santé-Gesundheit der Ansicht, dass angesichts des aktuellen Defizits der Gesundheitsfinanzierungssysteme neue finanzielle Quellen gefunden werden müssen. Das Konzept der Solidarität zwischen Generationen durch einen Beitrag von Betagten mit hohem Einkommen, erscheint in einer alternden Gesellschaft ebenso wesentlich, wie die Schaffung eines Industriefonds.

Letztlich sind es aber nicht nur budgetäre Überlegungen, die zu einer hohen Qualität der Gesundheitsversorgung führen. Zusätzlich müssen auch Lösungen kultureller, sozialer und organisatorischer Art gefunden werden.

3. Lösungen ausserhalb des Versorgungssystems

Versorgungsunabhängige Lösungen sind in der Gesundheitspolitik von morgen ebenfalls unerlässlich. Forum Santé-Gesundheit zeigt 6 Punkte auf.

1. Die Verbesserung der Lebensweise

Wie wir am Anfang des Textes gesehen haben, hängen 42 % der Lebenserwartung vom Lebensstil und 19 % vom Umfeld ab. Warum sollte man diese zwei Variablen in der Sozialpolitik nicht berücksichtigen, um ein Altern bei besserer Gesundheit zu ermöglichen? Als erstes muss eine dreifache, nach dem Verursacherprinzip finanzierte Prävention eingeführt werden: Prävention des Tabak- und Alkoholmissbrauchs sowie Vermeidung der Umweltverschmutzung. Darüber hinaus zeigen Erfahrungen, wie der Bewegungsmangel älterer Personen vermieden werden kann, wie sie sich, durch gemeinsame Einnahme der Mahlzeiten, besser ernähren und in partnerschaftlicher Zusammenarbeit ihr Leben im Alter mitgestalten können. Sollen diese Vorstellungen umgesetzt werden, ist eine Aufwertung der Haus- oder Familienbetreuung der betagten Personen unumgänglich. Diese "live style"-Ansätze führen dazu, dass Alterspathologien später auftreten und verhindern eine frühe Verlegung in ein Pflegeheim. Einer der Hauptaspekte dieser Sozialpolitik besteht darin, ältere Personen (und ihre Angehörigen) zu ermuntern, zuhause und somit innerhalb der Gesellschaft zu leben.

Es geht darum, ein Medikament- oder Spital - Abhängiges - Verhalten zu verhindern und eine Gesundheitspolitik zu betreiben, die einen Anreiz für eine Verbesserung des Lebensstils schafft.

2. Frühzeitig erteilte Patientenverfügung

Ein anderer Aspekt, der bei der Lösung der Schwierigkeiten der Versorgungsfinanzierung in einer alternden Gesellschaft berücksichtigt werden muss, sind Patientenverfügungen. Sie ermöglichen dem Patienten, im Besitz seiner vollen Urteilsfähigkeit, an den, ihn betreffenden, medizinischen Entscheidungen teilzuhaben. Damit ist aber nicht aktive Euthanasie gemeint.

Damit ein würdiges Lebensende gestaltet werden kann, sind die Patientenverfügungen ein nützliches Hilfsmittel in der Beziehung zwischen Arzt und Patient und ermöglichen einerseits die Ablehnung gewisser Behandlungen (z. B. Reanimation) und andererseits den Zugang zur Palliativmedizin.

3. Die Patientenkarte

Die Einrichtung einer Patientenkarte ist ebenfalls unerlässlich, zum Einen um die Leistungsqualität zu verbessern, zum Anderen, um Wiederholungsuntersuchungen oder medizinische Irrungen zu vermeiden. Dadurch, dass sie die Informationsübertragung zwischen Patient und Behandelndem erleichtert, ermöglicht sie eine bessere Betreuung und vor allem eine Versorgungskontinuität (z. B. Spital - Ambulatorium) im Rahmen der gemeinsam getroffenen Entscheidungen, bei gleichzeitiger Kostenreduzierung. Sie erleichtert die Überweisung der Patienten zu entsprechenden Spezialisten, und verhindert unnötige Behandlungen. Sie ermöglicht u.a. die Rationalisierung ambulanter Behandlungen. Natürlich muss die Karte den Anforderungen des Datenschutzes genügen und sicher sein.

4. Angepasste Richtlinien und Massnahmen

Forum Santé-Gesundheit schlägt in ihren Überlegungen auch die Erstellung von Richtlinien vor, die besonders auf Behandlungsprozesse und Prävention ausgerichtet sind. Solche Richtlinien ermöglichen bessere Behandlungspraktiken, unter Berücksichtigung der bestehenden Risiken in einer alternden Gesellschaft. Die Frage der Erstellung von Richtlinien wird aufgeworfen, um zu verhindern, dass diese einengende, administrative und technische Normen darstellen, die unabhängig sind vom sozialen, wirtschaftlichen und sanitären Kontext. Deren Anwendung in einem Umfeld von Versorgungsnetzen muss ein Ziel

der Weiterbildung in den Gesundheitsberufen sein. Eine gewisse Vorsicht bei deren Erarbeitung ist geboten, jedoch bilden die Richtlinien eine nützliche Massnahme, schlechte oder schlecht ausgeführte Praktiken einzuschränken.

5. Verbesserung der Kompetenzen der Pflege

Eine Aufwertung der Pflegeberufe, vor allem derjenigen die sich mit geriatrischen Patienten befassen, ist für die Pflegequalität unerlässlich. Wie in jedem anderen Unternehmen auch, entsteht dadurch eine Produktivitätssteigerung und eine Qualitätsverbesserung. Natürlich löst dies zuerst Fortbildungs- und Lohnkosten aus, danach könnte jedoch der Betriebsablauf in Pflegeheimen optimiert werden. Die Aufwertung des Pflegepersonals ermöglicht eine verbesserte Pflegequalität. Dadurch könnten unnötige Risiken vermieden werden. Darüber hinaus würde die Ausdehnung der Versorgungsnetze die Effizienz des Gesundheitsangebots fördern.

6. Eine bessere Steuerung der Patienten in angepasste Strukturen

Die Zeit der reinen „therapeutischen und technischen Kultur“ ist längst vorbei. Unsere Gesellschaft kennt noch den Kult, der um die allmächtige Medizin, die auf eine therapeutische Beharrlichkeit ausgelegt ist, gemacht wurde. Über das medizinische Angebot hinaus, ist es unerlässlich, über den Tod zu sprechen und diesen sogar vorzubereiten. In den Spitalleistungen muss daher eine Begleitung am Lebensende angeboten werden. Eine Philosophie, die soweit wie möglich das Lebensende im familiären Umfeld ermöglicht und eine familiäre oder nachbarschaftliche Betreuung der Betagten vorsieht, ist zu fördern. Allgemein sind alte Menschen, die in einem sozialen Netz integriert sind, weniger anfällig für Krankheiten. Insbesondere ist Einsamkeit, wie bei älteren Menschen häufig der Fall, oft ein Grund für psychiatrische Unterstützung.

Steuerliche Abzüge für Kinder (oder Nachbarn), die ihre Angehörigen (oder ihnen nahestehenden Personen) betreuen, könnten eine Entwicklung begünstigen, die gesamtheitlich Einsparungen für die Gesellschaft sowie eine bessere Lebensqualität der alten Menschen fördert.

Durch die Verbindung von Lösungen, die Lebensqualität, Kompetenzen, Netzwerke – nicht unbedingt medizinischer Natur – und Behandlungsfinanzierungen betreffen, kann die Behandlungsqualität für alle – insbesondere für die Betagten – erhalten werden. Sofern es diesen möglich ist, könnten sowohl sie als auch die Wirtschaftszweige, die Nutzniesser des Gesundheitswesens sind, zur Finanzierung beitragen. Dank dieser Fonds und dank verbesserter Präventions- und Verwaltungsmassnahmen könnten wir den Bedürfnissen von morgen gerecht werden. Im Rahmen der Versorgungsplanung würde es einer Bewertung der Vorteile aller Massnahmen bedürfen, um die Politik auf lange Sicht neu zu gestalten. Diese Überlegungen unterbreiten wir, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden und den Patientenorganisationen, den Bundes- und Kantonsbehörden, sowie den Leitern unserer Gesundheitssysteme.

4. Die Debatten

Die Analyse durch die Gruppe „Forum-Gesundheit“ zeigt, dass die Alterung ein Grund der Steigerung der Gesundheitsausgaben ist. Sie zeigt aber auch, dass man einer Zunahme der Kosten, ohne eine altersabhängige Rationierung einzuführen, entgegen treten kann. Dies bedeutet, dass man für die Gesundheit der zukünftigen Bevölkerung Finanzierungs-Lösungen anvisieren muss, die vier wichtigen Prinzipien der Einheitlichkeit, Solidarität, Gleichheit und Effizienz berücksichtigen.

Die eingeladenen Referenten

Wie reagieren die eingeladenen Referenten am Forum Gesundheit auf die Vorschläge und Prioritäten der vorbereitenden Gruppe, zur Finanzierung der Krankenversicherung?

Markus Dürr² schätzt, dass die Lösung der Probleme nicht nur auf dem Niveau einer verbesserten Finanzierung zu suchen sei, aber auch in der Einschränkung des Angebotes. Besonders die Errichtung eines Leistungskatalogs sollte erlauben, das Spektrum der angebotenen Leistungen zu verringern. In diesem Rahmen ist es erforderlich, ein System einzurichten, das strukturierte Entscheidungshilfen bietet, um eine transparente und offene Rationierung vorzuschlagen und damit eine kostengünstige Behandlung der Patienten zu sichern. So würde es möglich sein, eine Versicherung auf solidarischer Basis zu gewährleisten.

Die «Gesundheits-Karte», und nicht «Patienten-Karte», denn sie würde nützliche Informationen über die nicht-krankte Person enthalten, ist eine erforderliche Komponente des Systems. Umso mehr als sie in Verbindung mit einer vernünftigen medizinischen Behandlung, die sich an der Evidenced Based Medicine orientiert, wertvolle Informationen speichern kann. Mit einer besseren Dokumentation der Behandlungen, deckt sie auch Forderungen der Haftpflicht ab. Dies ist unter anderem ein Ansatzpunkt, um die Abtrift der Medizin in die Mühlen der Justiz zu vermeiden.

Die Beherrschung der Gesundheitskosten hat viel mit der Beherrschung der Umweltfaktoren, die Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit der Bevölkerung haben, zu tun. Zukünftige Studien sollten diese zwei Dimensionen berücksichtigen.

Angesichts der steigenden finanziellen Lasten der Kantone, ist letztlich ist eine Politik der Kostenlimitierung unausweichlich, um eine effiziente und dauerhafte Finanzierung der Gesundheit im Alter zu gewährleisten.

Dr. Jean-Philippe Reymond³ fragt Herrn Dürr, ob die alten Menschen von den Auswirkungen der stillschweigenden Rationierung die im Gange ist, betroffen werden?

Markus Dürr meint, dass allein die Qualität der Lebensjahre in Rechnung zu stellen sei. Deshalb sei eher die Frage, ob eine Behandlung eine Verbesserung der Lebensqualität oder lediglich eine Lebensverlängerung bringe, die entscheidende.

Für **Pierre Marcel Revaz**⁴ beruht das grösste Problem, des an und für sich wunderbaren Krankenversicherungssystems der Schweiz, auf der Spannung zwischen Aufwand und Ertrag.

Auch wenn die Diskussionen, die im Parlament zur Modifizierung des KVG läuft, zu Veränderungen führen würden, können die Wirkungen der Maßnahmen nicht vor 2006 spürbar sein. In der Zwischenzeit empfiehlt es sich, gewisse Mechanismen zu modifizieren. Aber die Zunahme der Gesundheits-Kosten resultiert, eines Teils aus dem Ungleichgewicht

² Markus Dürr, Regierungsrat, Gesundheitsdepartement Luzern, , Vorstandsmitglied der SDK

³ Jean-Philippe Reymond, Institut central des hôpitaux valaisans, Gesprächsleitung

⁴ Pierre-Marcel Revaz, Vizepräsident santésuisse, Direktor Groupe Mutuel

der Kräfte zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern und, andern Teils, aus dem Problem der Finanzierung der wirtschaftlich schwachen Personen.

Die Verbesserung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses kann sich nicht ohne eine vorherige Austarierung der Kräfte vollziehen, vor allem zu Gunsten der Zahler, die über die Möglichkeit die Tätigkeiten der Leistungserbringer zu kontrollieren verfügen müssen. So sind die Vorschläge des Forums günstig, aber ohne tiefgreifende Veränderungen dieses Rahmens mittelfristig ungenügend.

Schließlich bedeutet «Beherrschung der Kosten» keine Verringerung der Ausgaben, als vielmehr eine bessere Ausnutzung der vorhandenen Mittel.

Für **Alain Junger**⁵ ist es schwer, von einem eindeutigen Problem der Finanzierung der Alterspflege zu sprechen. So können die Lebensumstände zwischen 65 und 85 Jahren sehr verschieden sein. Für Frauen im Kanton Genf beispielsweise, ist das durchschnittliche Eintrittsalter in ein Pflegeheim über 85 Jahre. So versteht man, weshalb das Pflegepersonal als grösste Schwierigkeit im Umgang mit den Betagten, Probleme mit der Orientierung und Mobilität angibt.

Andererseits zeigen Studien, dass nach drei Jahren die Hälfte der ins Heim eingetretenen Menschen verstorben sind. Demzufolge ist das Pflegeheim ein Ort des Lebensendes, wo der Gesundheitszustand der Patienten rapide abnimmt. Wenn Forum Santé-Gesundheit zu Recht die Notwendigkeit einer qualitativen Verbesserung des Angebotes fordert, ist dies nur durch verbesserte Bildung des Pflegepersonals aber auch durch verbesserte Arbeitsbedingungen, die dem Personalmangel entgegenwirkt, zu erreichen. Schliesslich ist der Unterschied zwischen Pflege und Behandlung zu klären um die Verantwortlichkeiten und den Finanzierungsmodus zu klären.

Franz Schneller⁶ beobachtet, dass allgemein der medizinische Eifer, der dem Tod vorangeht, oft sehr kostspielig ist. Wobei die neuen Medikamente, deren Kosten oft angeprangert werden, die Lebensqualität zahlreicher Patienten entscheidend verbessern. Sie erhöhen nicht nur die Überlebenschance einer Anzahl von Krankheiten, sondern tragen oft dazu bei, die Krankenhausaufenthalte zu verkürzen oder chirurgische Interventionen zu verhindern. Deshalb dürfe man die Medikamentenkosten nicht isoliert betrachten, sondern muss vielmehr die Kosten des Systems in seiner Gesamtheit berücksichtigen.

Schneller unterbreitet vier Vorschläge um die Versorgung mit Medikament zu verbessern: Erstens eine Rückerstattung durch die Grundversicherung nur für Medikamente, die für die Heilung von Krankheiten, die die Lebensqualität beeinträchtigen, nötig sind, Zweitens eine freie Preisgestaltung, die zu Innovationen anspornt Drittens eine schnellere Bewilligungspraxis für die Markteinführung neuer Medikamente Viertens eine Harmonisierung der Medikamentenzulassung mit der Europäischen Union.

In Zukunft werden die Medikamente eine zentrale Rolle für eine dauerhaft tragbare Finanzierung im Hinblick auf die Überalterung der Gesellschaft spielen.

Jan Marejko⁷ bemerkt, dass die Auseinandersetzung mit Gesundheitsfragen vor allem wirtschaftlicher Art geworden ist. Dennoch kann man ein Menschenleben nicht nur wie eine Ware, die es zu verbessern gilt, behandeln. In den Diskussionen darf die Ambition, die Menschen zu besseren Lebensbedingungen zu erziehen, nie aufgegeben werden. Tatsächlich sollte der technische Fortschritt mit einer verbesserten Intelligenz, die philosophische und ethische Fragen beinhaltet, einhergehen. Dr. Jean-Philippe Reymond fragt Marejko über den Zusammen zwischen den alten Menschen und Suizid. Jan Marejko entgegnet, dass er bezüglich dieser Frage die Gelegenheit hatte, dieses schwierige Thema mit protestantischen und katholischen Geistlichen, zu erörtern. Es habe

⁵ Alain Junger, Institut de santé et d'économie ISE, Lausanne

⁶ Franz Schneller, Vizepräsident der VIPS (Vereinigung der Importeure pharmazeutischer Spezialitäten), Zug

⁷ Jan Majejko, Journalist und Philosoph, Genf

sich gezeigt, dass zahlreiche Patienten die Möglichkeit mit einem Priester oder Pastoren zu sprechen ignorierten. So hatten sie nie die Gelegenheit, ihre Verzweiflung zu benennen. Deshalb muss sich die Medizin mit der Religion verbünden, um zu versuchen, das Problem der existentiellen Verzweiflung der Patienten zu lösen. Mit der Alterung wird die Einsamkeit immer unerträglicher, und niemand habe das Recht, diesen Zustand zu tolerieren. Unter diesen Bedingungen kann die Entscheidung zum Selbstmord nur respektiert werden.

Ein Teilnehmer fügte hinzu, dass die Alterung der Bevölkerung mehr Selbstmorde mit sich bringen wird. In der Tat ist die Selbstmordrate bei alten Menschen vier Mal höher als bei Jugendlichen.

Bezüglich der Problematik vom alten Patienten und der medikamentösen Behandlung beobachtete Dr. Jean-Philippe Reymond, dass die Verschreibung, in vielen Fällen, nicht befolgt werde und die Informationen über den Wirkstoff, oft mangelhaft seien. Die Gesundheits-Profis haben in Bezug auf die Begleitung des Patienten in diesen Fragen eine grosse Verantwortung.

Publikumsdiskussion

Zu Beginn wurden einige statistische Informationen präzisiert: Die Ausgaben für Pflegeheime und Spitex stellten nur 9% der Gesundheitsausgaben dar und man schätzt, dass die Betagten nur mässig an der jährlichen Zunahme dieser Ausgaben beteiligt seien. Dagegen weiss man, dass alte Menschen über 80 Jahren kaum Gegenstand wissenschaftlicher Studien sind. Dies bemängeln geriatrisch tätige Spezialisten und verlangen, dass Studien bezüglich der Wirkungsweise von Substanzen durchgeführt würden, damit neue und wirksame Medikamente schneller zugelassen werden.

Im Krankenkassenbereich beanspruchen die «schweren Fälle» nur 1 oder 2% der Ausgaben. Hingegen veröffentlichte «santésuisse» Statistiken, die zeigen, dass 15% der über 65 Jährigen 42% der gesamten Mittel verbrauchen, sogar 46%, wenn man den Anteil der Spitalkosten, die durch die öffentliche Hand finanziert wird, dazu rechnet.

Offensichtlich werden die ausbezahlten Beiträge zum Problem und die alten Menschen zu Sündenböcken. Diesem Thema müsse grössere Aufmerksamkeit zuteil werden, um die Sozialisation Betagter zu begünstigen. Die Maximaltherapie am Lebensende bleibt gleichermassen ein sehr kompliziertes philosophisches Problem.

In diesem Zusammenhang seien die Probleme der alten Menschen mit einem Mangel an familiärer Solidarität und dem Fehlen von Vernetzungen zwischen Gesundheits- und Familienpolitik bedingt. Mehrere Diskussionsteilnehmer teilen die Meinung, dass ein intaktes familiäres Netz, ein besseres Leben und damit eine bessere Gesundheit begünstigt.

Zahlreiche Wortmeldungen bezogen sich schliesslich auf folgende Themen:

- von einem Versicherungssystem, das auf der sozialen Verteilung der Mittel basiert hin zur Einführung eines Kapitalisierungssystem,
- die Aufgaben der Krankenkassen halbieren, mit gleichzeitiger Etablierung eines Gesundheitssystems das auf Solidarität und auf der Selbstverantwortung bezüglich Prävention der Versicherten beruht,
- die kostenintensivsten Krankheiten durch eine spezifische Versicherung abdecken,
- Mittel freistellen um betagte Patienten altersgerecht zu betreuen,
- eine effiziente Koordination zwischen den Versicherern einrichten,
- und schliesslich für eine ausgewogene Verteilung der Kosten zwischen den Versicherern und der öffentlichen Hand sorgen.

Letztlich ist die sogenannte Bionomie erwähnt worden, eine Wortschöpfung von Joël Von Rosnay, die ein System der Ökonomie des Körpers im Hinblick auf die Alterung beschreibt.

Eine Vision zur Überalterung unserer Welt

In seiner Einleitung warnt uns **Dr. Jean Arnautou**⁸, eingeladener Beobachter und Kritiker der Tagung, der Versuchung des « agéisme », genauer dem « anti alt » zu widerstehen. Jeder muss sich betroffen fühlen wenn man den Ausdruck « die Alten » gebraucht. Weil alle natürlicherweise altern.

Auf die erste Frage, bezüglich Planung, habe die Hälfte der Teilnehmer in der elektronischen Abstimmung, der Behandlung der Patienten in herkömmlichen Strukturen zugestimmt. Diese Idealvorstellung sei allerdings weit weg von der Wirklichkeit. Eine Minderheit dagegen, hat sich für die Schaffung eines umfassenden Gesundheitsnetzes ausgesprochen. Arnautou unterstützt diese Ansicht und weist daraufhin, dass in den Vereinigten Staaten, insbesondere im Nord-Osten ein « Health » - Korridor am Entstehen sei. Diese Entwicklung verhindere letztlich den Untergang der regionalen medizinischen Versorgung, die sich sonst immer mehr auf die Grossstädte verlagern würde.

Auf die zweite Frage, die die Modifizierung der Pflichtleistungen der Krankenkassen betraf, habe sich eine Mehrheit der Abstimmenden zur « Einheitskasse » bekannt, « la grosse caisse » wie Arnautou persiflierte. Aber auch eine solche Gross-Kasse wäre nicht in der Lage, den Patienten die optimale Behandlung im gewohnten Umfeld zukommen zu lassen. Dr. Arnautou, der in Frankreich im Kommissariat für die Gesundheitsplanung gearbeitet hat, weist darauf hin, dass er erlebt habe, wie viele Hindernisse einer Dezentralisierung des Gesundheitssektors in den Weg gelegt würden. Doch anlässlich ihrer Anhörung hätten die Verantwortlichen der nationalen Krankenkasse erkannt, dass die Verteilung der finanziellen Mittel sehr ungleich, seien.

So tröstet Arnautou die Minderheit der elektronischen Abstimmung, die sich für die Aufrechterhaltung der gegenwärtigen Strukturen entschieden hat und meint, dass die Schweiz heute ja wohl nicht der schlechteste Ort sei, sich behandeln zu lassen.

Das Abstimmungsergebnis der dritten Frage, in der die Abstimmenden die dafür waren, dass die über 65 jährigen und die Industrie die Mehrkosten tragen sollen, mache ihn etwas ratlos. Dazu könne er weiter nichts sagen.

Schliesslich wünschten sich zur vierten Frage, bezüglich den ergänzenden Lösungen 28% der Stimmenden präventive Massnahmen seien zu verbessern. Ebenfalls eine Mehrheit meint, dass die « Gesundheits-Karte » ein Mittel zur Verbesserung sei. Arnautou hingegen, ist mit der Minderheit, die die « Guidelines » und die Verbesserung der Kompetenzen gewählt haben und die von der Wichtigkeit der Qualität der paramedizinischen Dienste überzeugt sind, einer Meinung. Er meint, dass viele ausländische Kollegen und Kolleginnen das schweizerische paramedizinische Personal beneiden. Arnautou warnt davor, die Helfer in den Gesundheits-Errichtungen zu reduzieren, da diese wesentlich zur Qualität der Betreuung beitragen. Gleichermassen stimmt er den Guidelines, die von der Basis ausgearbeitet werden, zu. Hingegen monierte er eine gewisse Zurückhaltung der Stimmenden, sich gegenüber den vorgeschlagenen Richtlinien zu äussern.

Dr. **André Dubied**⁹, der zweite offizielle Kritiker, schätzt die wichtige Arbeit der Gruppe, die das Programm präsentiert hat. Zusammengefasst meint er, dass die wissenschaftliche Problemlösung nicht streng wissenschaftlich beschrieben werden kann. Der Arzt erreicht die Grenzen seiner Kapazitäten, wenn der Patient nicht mehr will oder nicht mehr mitarbeiten kann. Im Rahmen der Entwicklung von « Forum Santé-Gesundheit », sei es wichtig, die Diskussion zu erweitern. Nicht um zu bestätigen, dass die eine Wissenschaft falsch sei, sondern um aufzuzeigen, wie andere Wissenschaften wie die Philosophie und die Religion zu Hilfe kommen könnten. Vielleicht würde unser Staunen und Vergnügen es erlauben, nicht-wissenschaftliche Lösungen zu scheinbar unlösbaren Situationen zu finden.

⁸ Jean Arnautou, Hôpital Saint-Esprit, Agen, France

⁹ André Dubied, Chef-Apotheker Kantonsspital Baden

5. Synthese

Man sollte die Hoffnung nicht aufgeben, dass das Alter an und für sich lediglich eine Erhöhung der Gesundheitskosten um 1- 2 % verursachen wird. Prof. Antoine Bailly erinnert daran, dass es jedoch erforderlich sein wird, mehr Personal im Gesundheitswesen einzusetzen und dass wir uns gegen die Risiken einer Personalknappheit in gewissen Bereichen absichern sollten. Verschiedene Länder sind von solchen Entwicklungen betroffen und es ist zu befürchten, dass die Schweiz keine Ausnahme sein wird.

Parallel sollen angepasste Gesundheits-Infrastrukturen aufgebaut werden, beispielsweise Pflegeheime oder Pflegezentren. Die Pflege und Betreuung zu Hause sollte ausgebaut werden, auch die Mittel zur Zeit kaum vorhanden sind. Die demographische Entwicklung wird sich auch im vermehrten Verbrauch von Medikamenten niederschlagen. Und diese werden, auch wenn sie gezielter eingesetzt sind, teurer sein.

Das Treffen von Montreux hat jedem erlaubt, etwas zu dem zu sagen, was er wollte oder nicht wollte. Insbesondere seiner Ablehnung einer Rationierung der medizinischen Behandlung, einer Zweiklassen-Medizin, die schon zu bestehen scheint, und dem Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal, Ausdruck zu geben

Die Abstimmungen zeigten, dass sich Forschende der chronischen Krankheiten und Alterskrankheiten intensiver widmen und entsprechende finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden sollten.

Um die Effizienz des Gesundheitssystems zu verbessern, war eine Mehrheit für die Einführung der Einheitskasse und würde für eine ergänzende Finanzierung die Mehrwertsteuer einsetzen. Tatsächlich würde die Erhöhung der Mehrwertsteuer um ein halbes Prozent die Kosten der chronischen und altersbedingten Krankheiten decken. Hingegen verdient der Vorschlag, Industrie- und Unternehmensfonds einzurichten, die solche Risiken abdecken, vertieft studiert zu werden.

Im Rahmen der Selbstverantwortung ist es wichtig, die Patienten in angepassten Behandlungswegen zu führen, auch wenn diese nicht medizinisch betreut sind. Auch die Patientenkarte scheint im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen von Bedeutung zu werden.

Zusammenfassend scheinen vier Handlungen absolut erforderlich:

- das System vereinfachen und die Krankenkassen besser organisieren;
- die Finanzierung der Grundversicherung in Bezug auf schwere Krankheiten am Lebensende und chronischer Krankheiten ergänzen;
- die Beiträge der Grundversicherung so ergänzen, dass die Solidarität zwischen den Generationen zu Tragen kommt;
- die Gesundheits-Vorsorge vermehrt in die Gesellschaft integrieren.

Dr. Mauro Gabella weist auf die Notwendigkeit hin, die ethische und philosophische Dimension dieser Forderungen näher zu Betrachten.

Um eine gute Lebensqualität auch der betagten Menschen aufrechtzuerhalten, gilt es alle Aspekte wie Finanzierung, Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung als auch der spitalexternen Pflege und Betreuung miteinzubeziehend. Alte Menschen in guten finanziellen Verhältnissen würden zur Finanzierung beitragen, wie auch alle Unternehmen, die von der guten Gesundheit ihrer Mitarbeiter profitieren. Dank dieses Kapitaales, dank guter Prävention

und dank einer schlankeren Verwaltung könnten wir den finanziellen Aufwand von morgen tragen. Zudem müssten alle geforderten Massnahmen und Gesundheitsplanungen überprüft und die entsprechenden politischen Umsetzungen auf einer Zeitachse geplant werden

Diese Vorschläge übergibt das Forum Santé-Gesundheiten an bundesstaatlichen und kantonalen Instanzen und fordert diese auf, in Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen und den Patientenorganisationen die Gedanken zu studieren und mögliche Lösungen umzusetzen.

Literaturnachweis

Bücher, Artikel

- Swiss Institut for Business Cycle Research, "Analyse quantitative du système d'assurance maladie", ETH, Zentrum, Zürich, 2002
- Arroyo J.F., "Le prix du vieillissement", in *Etre soigné demain : qui, par qui, où et comment ? Actes des entretiens de Beaulieu 2000*, Médecine et hygiène, Spezialausgabe (Juni), 2001, S. 8-16,
- Bailly A., Périat M. : "Médicométrie : une nouvelle approche de la santé". Paris, Economica, 1995
- Bélan F., "Nouvelles clientèles, nouveau rationnement des services de santé pour les personnes âgées", *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé*, Bd. 4, Nr. 2, Montréal, 1997, S. 294-310.
- Boitte P., "Ethique, justice et santé : allocation des ressources en soins dans une population vieillissante", Namur, Catalyses, 1995, 272 f.
- Boult C., Boult L., Pacala J.T., "Systems of care for elder populations of the future", *JAGS*, 46, 1998, S. 499-505.
- Bui D.H.D., "La dynamique des dépenses de santé en France, l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé à l'horizon 2020", *Futuribles*, Nr. 248, 1999, S. 43-53.
- "Coûts et financement des établissements médico-sociaux", *Santésuisse*, Soleure, papier de positionnement, 9.2.2001.
- Curtis S., Taket A. : "Health and societies : changing perspectives". London , Arnold, 1996
- Dall J.L.C., " The Greying of Europe", *BMJ*, 309, 1994, S. 1282-1285.
- Finanzierung [Die] der Gesundheitsversorgung. Strukturen und Tendenzen in 12 europäischen Ländern, AIM-Bericht, Association Internationale de la Mutualité, Genève, März 1997.
- Gilliand P., "Evolution et perspectives du système de santé : quelques comparaisons avec la Suisse, des cantons et des pays de l'OCDE", Delémont, 1999, 148 f.
- Gilliand P., "Vieillissement de la population et coût du domaine de la santé", *CAMS*, 06-07/00 (Juni 2000), S. 10-12.
- Höpflinger F., "Vieillissement démographique et coûts de santé : mythe et réalité", *Managed Care (Journal)*, 2, 2000.
- Höpflinger F., Stuckelberger A., "Vieillesse et recherche sur la vieillesse en Suisse", Lausanne, Ed. Réalités sociales, 1992.
- Kesselring A., "Pflegerische Angehörige: Welche Herausforderungen für die Zukunft?", *Krankenpflege*, 7, 2001, S. 18-21.
- Lesage I. (ed.), "Quelle politique de santé pour le grand âge ? une réflexion européenne", Paris, Les dossiers de l'Institut d'études des politiques de santé, 1998, 63 f.
- Michel J.-P., "Faire face au vieillissement : les stratégies européennes : éditorial", *Médecine et hygiène*, Bd. 58, Nr. 2323, 2000, S. 2307-2308.
- Moeckli S., "Demographische Herausforderung. Chancen und Gefahren einer Gesellschaft lang lebender Menschen", Bern, Haupt, 1999.

- Moeckli S., "Gesellschafts- statt Generationenvertrag", Soziale Sicherheit CHSS, 5, 2001, S. 252-253.
- Paccaud F., Santos-Eggimann B., "Vieillissement de la population, besoins de santé et réponse sanitaire", Médecine et hygiène, Bd. 57, Nr. 2274, 1999, S. 2042-2044.
- Pedroni G., Zweifel P., "Vieillissement, santé, coûts de santé", Economie et santé, 12, 112, Bâle, 1989, 89 f.
- Pflege neu denken rechnet sich, herausgegeben von der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, 2000.
- Pin S., "La santé fonctionnelle dans la grande vieillesse : la construction d'un indicateur et son utilité", Lausanne, Institut d'économie et management de la santé, Mémoire, Nr. 37, 2001, 71 f.
- Projet politique national suisse de la santé, [s.l.], [s.n.], 2000
- "Quatre cinquièmes des dépenses de l'assurance-maladie de base pour l'ambulatoire", Numerus, Statistique Vaud, Nr. 1, 2002, S. 4-5.
- Rossel R., "Vieillissement démographique et coûts du système de santé", Sécurité sociale : revue de l'Office fédéral des assurances sociales, H.3, 1995, S. 154-158.
- Ruud H.J. ter Meulen, "Les enjeux éthiques des sociétés vieillissantes", Futuribles, Nr. 201, 1995, S. 27-53.
- Spillman B.C., Lubitz J., "Effect (The) of longevity on spending for acute and long-term care", N Engl J Med, 342, 2000, S. 1409-1415.
- "Vieillissement (Le) dans les pays de l'OCDE, un défi fondamental pour la politique". Paris, OCDE / Etudes de politique sociale, Nr. 20, 1996, 126 f.
- Williams A., "Rationing debate: rationing health care by age", BMJ, 314, 1997, S. 820-825.
- Zweifel P., Felder S. (eds), "Eine Oekonomische Analyse des Alterungsprozesses", Bern, Haupt, 1996
- Zweifel P., Felder S., Landolt D., Nocera S., Strüwe W., "Pflegebedürftigkeit im Alter. Risiken, Kosten, Lösungsvorschläge", Zürich, Institut für Empirische Wirtschaftsforschung der Universität Zürich, Wirtschaft und Gesellschaft, September 1994.

Unterlagen des Forum Santé-Gesundheit

- Forum Santé 2000 : "Une conception globale de la filière santé". Genève : Sanofi-Synthélabo, 1999
- Forum Santé 2000 : "La politique du médicament dans l'incertitude : vers une réflexion globale". Genève : Sanofi-Synthélabo, 2000
- Forum 2005 Santé : "Des réseaux gagnants, des réseaux perdants ? Propositions pour des réseaux de santé ambulatoires en Suisse". Genève, Sanofi-Synthélabo, 2001
- Forum 2005 Santé : "La qualité : entre utopie et réalité". Genève, Sanofi-Synthélabo, 2002