

[titel]

Gesundheitspolitische Einstellungen der Bürger und Bürgerinnen im Spiegel der Umfrageforschung

Claude Longchamp
Institutsleiter gfs.bern



Die Einleitung

Gesundheitspolitik bewegt sich im Schnittpunkt verschiedenster Erwartungen: zunächst jener der Kranken an die Ärzte und Ärztinnen; dann auch der Kranken an die Gesunden und an die Gemeinschaft. Die so entstehende Gesundheitsbranche kennt eine ganze Reihe von Leistungserbringern: das medizinische Personal, die Spitäler, die medizinische Forschung, die Pharmabranche, die Apotheken, die Versicherungen. Sie alle haben sich in Verbänden organisiert und steuern mit den Patienten-Organisationen das Gesundheitswesen. Kaum ein Lebensbereich ist heute so von partikulären Interessen durchdrungen wie eben das Gesundheitswesen. So erstaunt es auch nicht, dass die Gesundheitspolitik mit der Säkularisierung der Kirchen zu einer vorrangigen Aufgabe des Staates avanciert ist.

Aktuell zählt die Gesundheitsbranche auch zu einer Wachstumsbranche. Ähnlich wie die Reisebranche unterliegt sie nur bedingt den normalen konjunkturellen Zyklen; vielmehr befriedigt sie eine Nachfrage, die in modernen Gesellschaften sowohl in guten wie in schlechten Zeiten der wirtschaftlichen Entwicklung zu wachsen scheinen. Da die finanziellen Verpflichtungen angesichts des Wachstums der Gesundheitsausgaben fast überall zu einer Belastungsprobe für Versicherte und Versicherungen geworden sind, steigt die Forderung, dass der Staat das Gesundheitswesen nicht nur regelt, sondern mittels Verteilungs- und Umverteilungsmassnahmen auch lenkt. Es macht den Bereich umso interessanter, dass er auch in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert wird.

Die Sicht der zentralen Akteure im Gesundheitswesen ist durch Kommunikation und Interessenformulierung gut bekannt. Weniger bekannt ist dagegen, wie die EinwohnerInnen oder BürgerInnen zu ihrem Gesundheitswesen stehen. Direkte Rückschlüsse von Kranken, Geheilten oder Versicherten auf die Bürgerschaft sind dabei gefährlich. Zu stark sind sie durch Bewertungen geprägt, die man als Verunfallter, als Genesene oder als PrämienzahlerInnen aus der unmittelbaren Erfahrung mit den Vor- und Nachteilen des modernen Gesundheitswesens macht. Deshalb lohnt es sich, einen repräsentativen Querschnitt von Bürger und Bürgerinnen beizuziehen, um die Beurteilung des Gesundheitswesens kennen zu lernen. Dieser kommt dem Normalfall am nächsten. Er repräsentiert Frauen wie Männern, jüngere wie ältere Menschen, Reiche wie Bedürftige. Er gleicht die speziellen Optiken der Kranken und Gesunden Menschen aus. Er stellt im eigentlichen Sinne BürgerInnen-Meinungen dar, welche die Basis der öffentlichen Meinung bilden, die sich in Alltagsgesprächen kristallisiert, in Zeitungsbeiträge äussert, an Parteiveranstaltungen diskutiert wird und parlamentarische Vorstösse begründet. Stehen Entscheidungen an, bildet sich daraus auch eine vorherrschende öffentliche Meinung. Einmal entschieden reflektiert diese auch, was bis zur nächsten Entscheidung gilt und was nicht.

Die Basis dieser Meinungsbildungsprozesse zu erforschen, ist die Aufgabe, welche sich der "Gesundheitsmonitor Schweiz" stellt. Dieser versteht sich als zuverlässiges Informationssystem der BürgerInnen-Meinungen zum schweizerischen Gesundheitswesen. Er erstellt wird er auf der Basis jährlicher Repräsentativ-Befragungen, die sowohl auf aktuelle Fragen Schlaglichter setzen, als auch Vergleiche über die Zeit und damit Trendanalysen erlauben. Initiiert wurde der Gesundheitsmonitor vom Forschungsinstitut gfs.bern. Gefördert wurde er von der ersten Stunde an durch die Interpharma. Seit 1997 sind so jährliche Medienkonferenzen zum Stand der Meinungsbildung in Fragen des Gesundheitswesens realisiert worden; es sich aber auch zahlreiche Publikationen

entstanden, die heute in einer erheblichen Masse, die Stimme der Bevölkerung im gesundheitspolitischen Diskurs repräsentieren. Aus den Ergebnissen des Gesundheitsmonitors wird in der Folge berichtet, wenn es gilt, die Bürgerschaft als Akteur, und ihre Einstellungen zum Gesundheitswesen als Basis für das Funktionieren der Gesundheitspolitik darzustellen.

Der Gesundheitsmonitor der Schweiz als Beispiel

Wer sich für ein Monitoring entscheidet, weiss, dass er mehr als eine Fallstudie machen will, obwohl er genau damit beginnt. Die punktuelle Fallstudie muss im Monitoring als Erstes ausgebaut werden: entweder in vergleichender Perspektive, etwa indem mehrere Entscheidungen in einem Land, bzw. ähnliche Entscheidungen in verschiedenen Ländern untersucht werden, oder mit einer zeitlichen Optik, indem nicht punktuelle Untersuchungen gemacht werden, sondern länderspezifische Entscheidungen in einer mittel- und längerfristigen Betrachtung analysiert werden. Letzteres ist die eigentliche Aufgabe des Monitorings. Darunter versteht man alle Arten der Erfassung von Zuständen oder eines Vorgangs mittels eines (technischen) Beobachtungssystems. Ein Monitoringsystem ermöglicht Interventionen in die betreffenden Prozesse, sofern sich abzeichnet, dass der Prozess nicht den gewünschten Verlauf nimmt.

Monitoring ist ein Überbegriff mit mindestens drei Bedeutungen:

- Beobachtung: die Erfassung eines Zustandes (observation monitoring),
- Überwachung: die verschärfte, besondere Beobachtung eines potenziell/tatsächlich gefährlichen Objektes/ Sachverhalts (detection monitoring),
- Kontrolle: Der Vergleich zwischen Ist-Zustand einer Sache und deren Soll-Zustand (control monitoring).

Für den Fall Schweiz sind sowohl der Anlass als auch das Instrument evident: Seit der grossen Gesundheitsreform, die 1996 eingeführt worden ist, ist sowohl der Bedarf nach Beobachtung, Überwachung und Kontrolle der Gesundheitspolitik aus öffentlicher Warte von Bedeutung. Mit der Einführung des Gesundheitsmonitors 1997 ist auch die Referenz gesetzt worden. Er hat sich, nebst zahlreichen Befragungen der Bundesamtes für Statistik, der Versicherten oder der politischen Magazine als Benchmark im Inland, weitgehend aber auch im Ausland durchgesetzt.

Wenn sich das schweizerische Gesundheitsmonitoring auf die Bürgerschaft konzentriert, hat das verschiedene Gründe, aber auch einige Konsequenzen: Das Instrumentarium versteht sich als politikbezogenes Informationsinstrument. Es soll nicht alle Aspekte im Gesundheitswesen ausleuchten, sondern schwergewichtig die politisch relevanten. Deshalb konzentriert sich das Gesundheitsmonitoring auf die Sammlung und Analyse von Meinungen der SchweizerInnen mit Stimmrecht und lässt im Normalfall die unmündigen Menschen, sprich die unter 18jährigen und die Nicht-SchweizerInnen, weg.

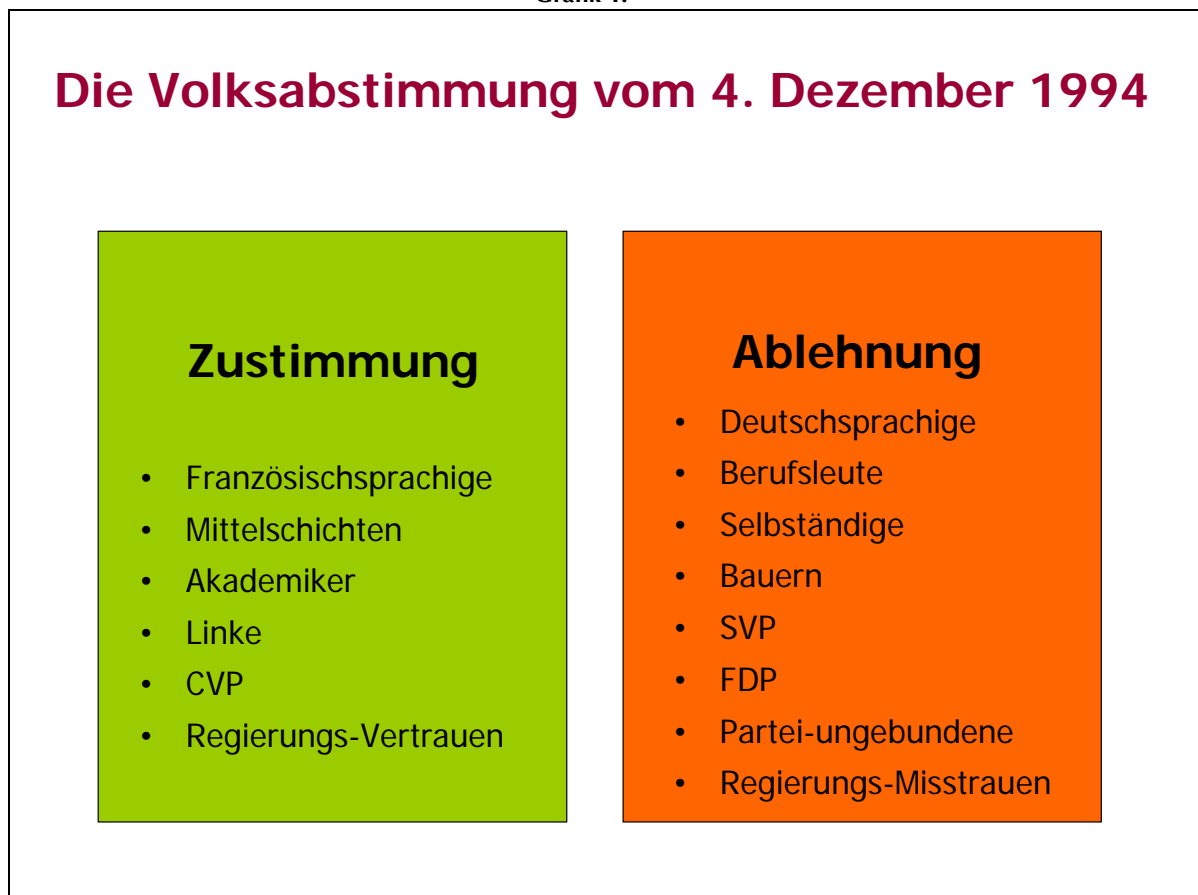
Gesammelt werden die gewünschten Informationen mit den Mitteln der empirischen Sozialforschung: via Repräsentativ-Befragungen. Dabei werden in der Regel 1250 repräsentativ aus der oben definierten Grundgesamtheit ausgewählt und in Form eines persönlichen Interviews von rund 45 Minuten Länge befragt. Diese weitgehend standardisierte Befragung erlaubt es, momentbezogen quantitative Aussagen zu machen, die

dann auch im Zeitvergleich untersucht werden können. So lassen sich Trends in den Bürgermeinungen ermitteln, sie hinsichtlich ihrer Verbreitung, Zu- oder Abnahme bestimmen. Damit dies sinnvoll geschehen kann, war das Gesundheitsmonitoring der Schweiz von Beginn an langfristig und auf Öffentlichkeit angelegt. Dies erlaubt es, das Gesundheitsmonitoring in Unabhängigkeit zu erstellen, was den Wert für die Allgemeinheit erhöht.

Der Ausgangspunkt in der Schweiz

Ausgangspunkt für die Untersuchungsreihe bildete die Volksabstimmung über die Gesundheitsreform vom 4. Dezember 1994. Die Schweizer Stimmberechtigten bewilligten diese Politik in der genannten Volksabstimmung hauchdünn. 51,8 Prozent der Teilnehmenden votierten dafür, 48,2 Prozent dagegen. Die damalige Analyse der politischen Entscheidung zeigte, dass verstärkt die französisch- und italienischsprachige Schweiz für die neue Gesundheitspolitik stimmte, dass es die Mittelschichten waren, die sich von der Reform am meisten versprachen, und dass die Linke wie die Christdemokraten die Gesetzesrevision als Fortschritt verstanden. Mehrheitlich abgelehnt wurde sie dagegen in der deutschsprachigen Schweiz, durch die Berufsleute in der Arbeiterschaft, durch Selbständige und Bauern sowie durch die Mehrheit der AnhängerInnen der rechtskonservativen SVP wie auch der wirtschaftsliberalen FDP. Namentlich der Mischcharakter der Reform mit der gleichzeitigen Berücksichtigung verschiedener Prinzipien hatte dazu geführt, dass die rechten Parteien und ihre WählerInnen die Reform als zu wenig konsequent verwarfen.

Grafik 1:

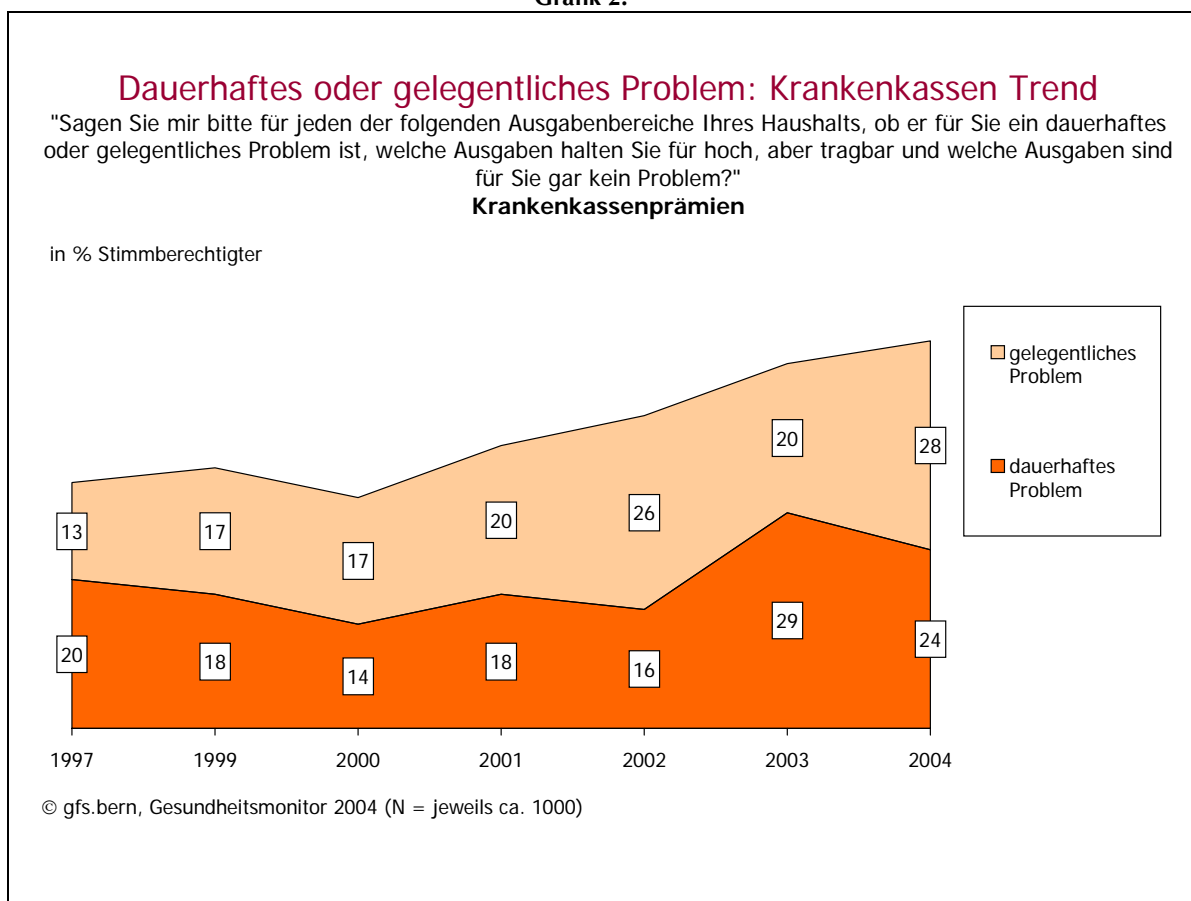


Stand und Entwicklungen der Meinungsbildung in der Schweiz

Was seit der Einführung des neuen KVG's geschah, kann thesenartig wie folgt zusammengefasst werden:

Prämienbelastung: Die Prämienbelastung durch die Krankenversicherung ist zu einem Mehrheitsproblem geworden. Die Kostenorientierung gewinnt für das Verhalten im und die Einstellungen zum Gesundheitswesen an Bedeutung. Dies ist allerdings nicht in allen Themen gleichermaßen der Fall.

Grafik 2:



Die unmittelbaren Auswirkungen des Kostendrucks zeigen sich in der eigenen Versicherungsform, einerseits bei der Wahl von Jahresfranchisen, andererseits auch in der Wechselbereitschaft von einer Kasse zur andern, die bei den Kostenüberlegungen zum wichtigsten Grund aufgestiegen sind. Grösser ist dabei das Potenzial, das der (maximal einmal gewechselten) Kasse treu bleibt und versucht, die Kosten angesichts der benötigten Leistungen zu optimieren.

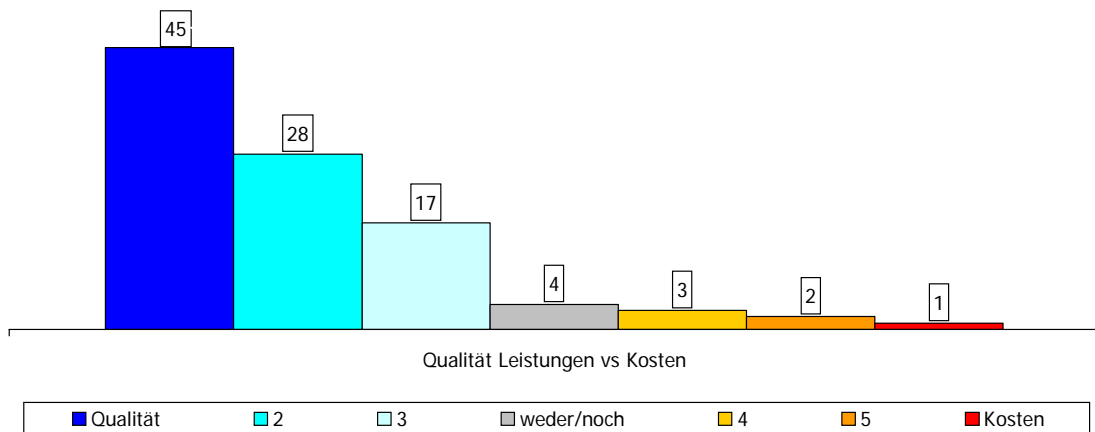
Qualitätsorientierung: Trotz der finanziellen Belastungen bleibt der Wunsch nach einem qualitativ hochwertigen Gesundheitswesen stark verbreitet. Dies gilt auf der Wertebene auch bei der konkreten Wahlfreiheit. Ansonsten wünschen sich die meisten eher einen Mix aus den Gegensätzen, wie jene zwischen Solidarität und Eigenverantwortung, zwischen Markt und Staat und zwischen Föderalismus und Zentralismus. Politisch einseitig situierte Rezepte zur Genesung des Gesundheitswesens sind durchwegs gescheitert.

Grafik 3:

Wunschvorstellung Gesundheitswesen in der Schweiz

"Bitte sagen Sie mir, was für ein Gesundheitswesen in der Schweiz Sie sich wünschen. Wenn Sie mit dem ersten Teil der Vorgabe übereinstimmen, wählen Sie die Zahl "1" oder nahe bei "1". Wenn Sie mit dem zweiten Teil der Vorgabe übereinstimmen, wählen Sie die Zahl "6" oder eine Zahl nahe bei "6".

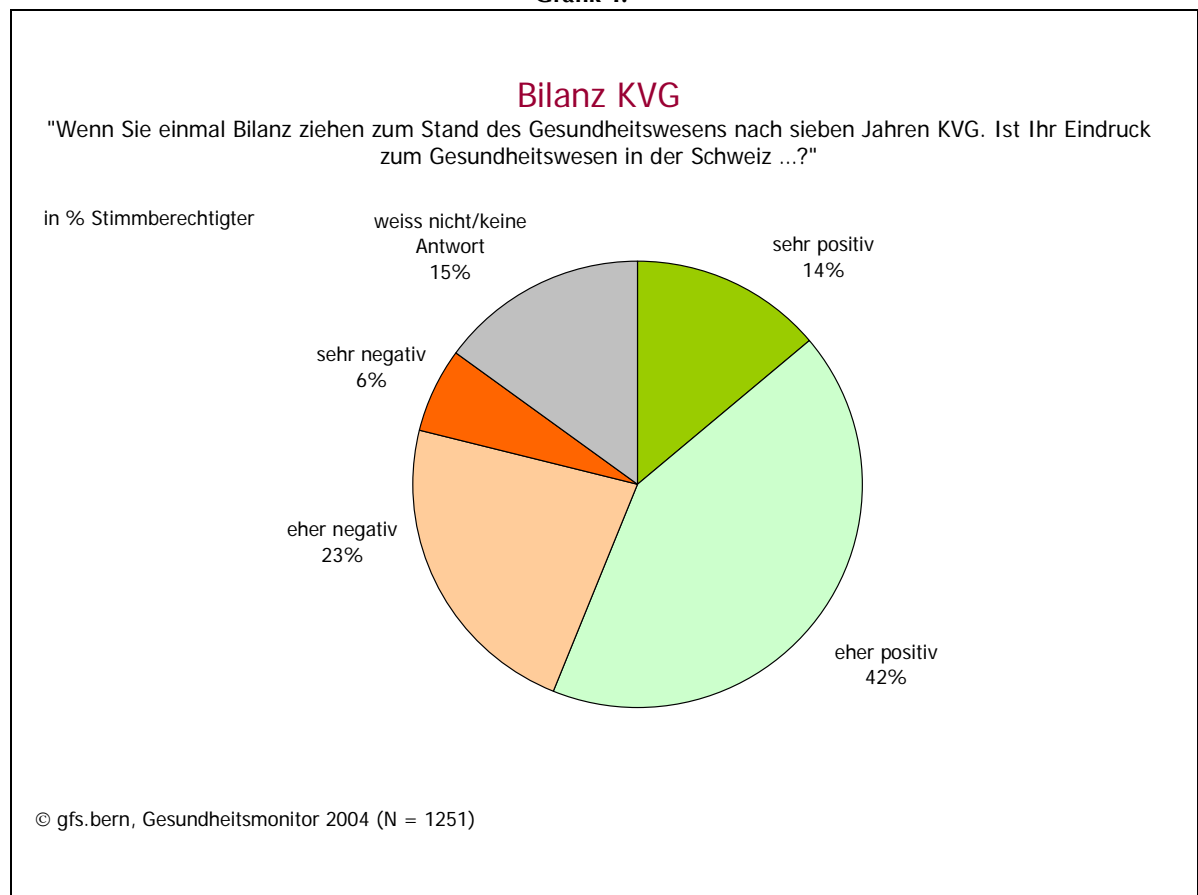
in % Stimmberechtigter



© gfs.bern, Gesundheitsmonitor 2004 (N = 1251)

Zwischenbilanz zum Krankenversicherungsgesetz: Ausserhalb der Kostenfragen ist das KVG in seinen Grundfesten gut verankert. Akzeptiert sind die Zweiteilung in Sozial- und Privatversicherung, sowie der jetzige Stand des Grundversicherungskataloges und der Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen. Akzeptiert ist auch die Finanzierung über Kopfprämien, solange diese durch Steuermittel subventioniert werden.

Grafik 4:



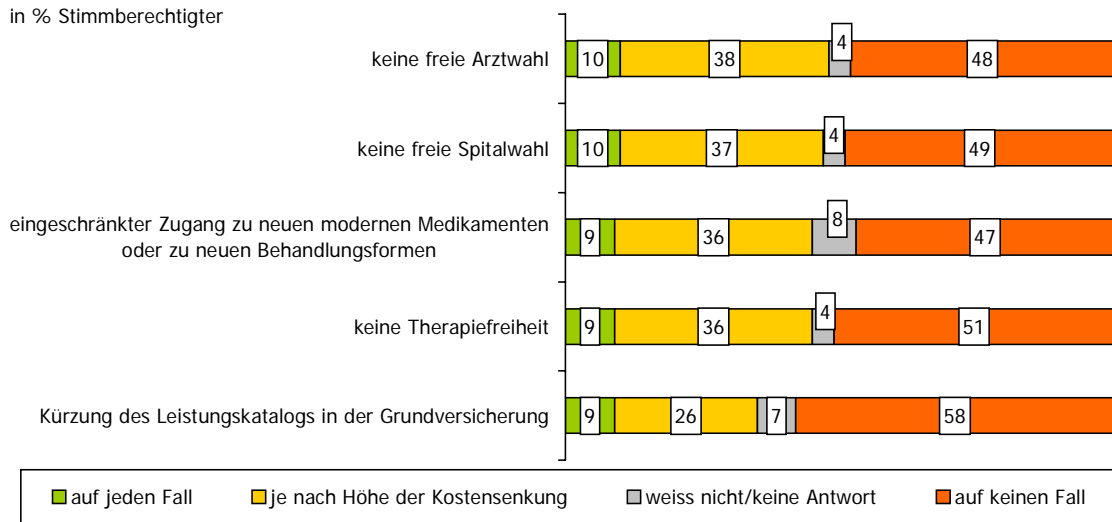
Mehrheitlich befürwortet wird, dass die Finanzierung sozialer wird, das heisst, dass das Einkommen stärker gewichtet wird, und die Kinderprämien ebenfalls subventioniert werden. Eine Teilung von Kranken- und Pflegeversicherung wird dagegen mehrheitlich abgelehnt, denn die Einheitlichkeit der Krankenversicherung gilt als einer der Fortschritten, den das KVG auszeichnet.

Wahlfreiheit seitens der KonsumentInnen: Erhebliche Einschränkungen der Wahlfreiheit bei Spital, Arzt und Therapie werden nicht akzeptiert. Es wächst aber das Verständnis für Einschränkungen, soweit dadurch auch individuelle Kosteneinsparungen resultieren. Dies reicht indessen nur soweit, als es nicht um existenzielle Bedürfnisse geht, die das Gesundheitswesen unabhängig von den verursachten Kosten erbringen muss.

Grafik 5:

Haltung Massnahmen zur Kostensenkung

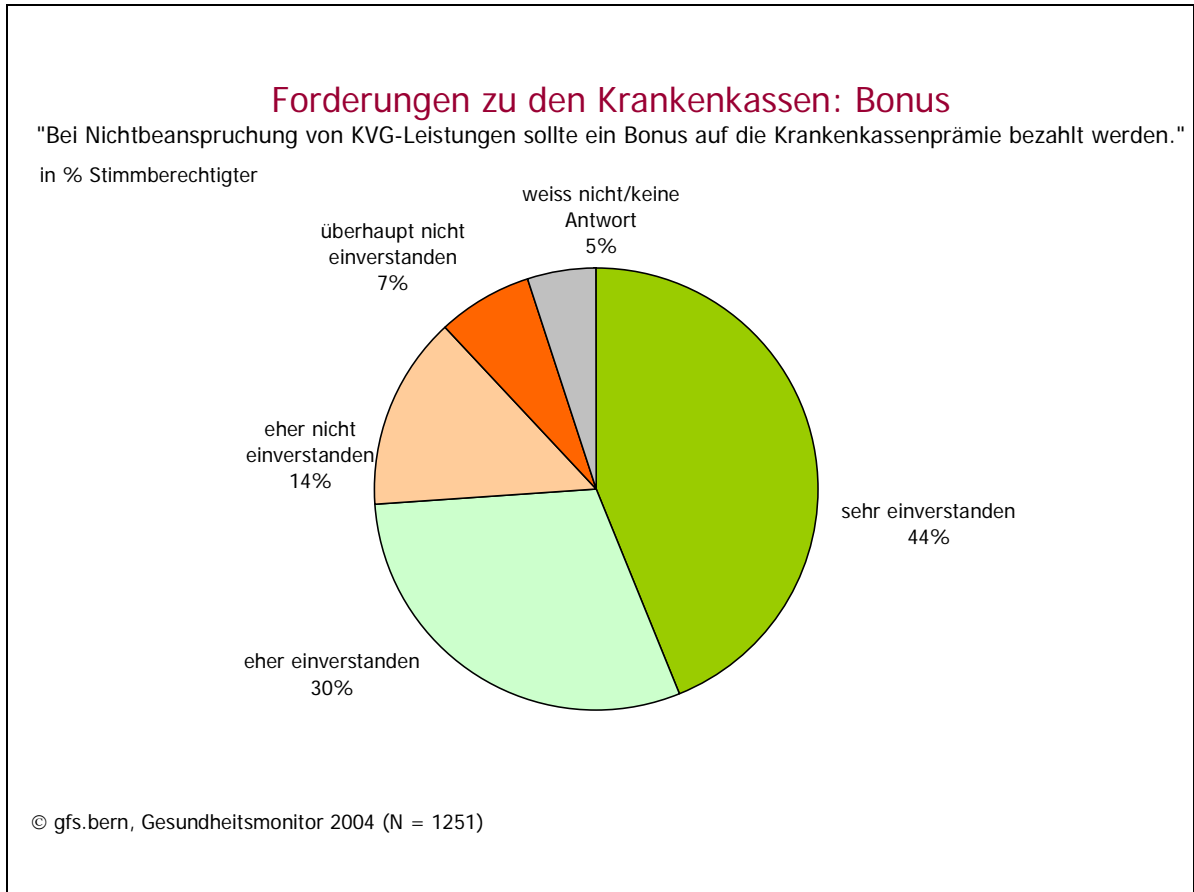
"Welche der folgenden Massnahmen wären Sie bereit, für sich in Kauf zu nehmen, wenn dadurch die Kosten im Gesundheitswesen sinken würden? Sagen Sie mir bitte jeweils, ob Sie auf jeden Fall bereit wären, ob Sie dazu bereit wären, je nachdem wie hoch die Kostensenkung wäre, oder ob Sie auf keinen Fall dazu bereit wären?"



© gfs.bern, Gesundheitsmonitor 2004 (N = 1251)

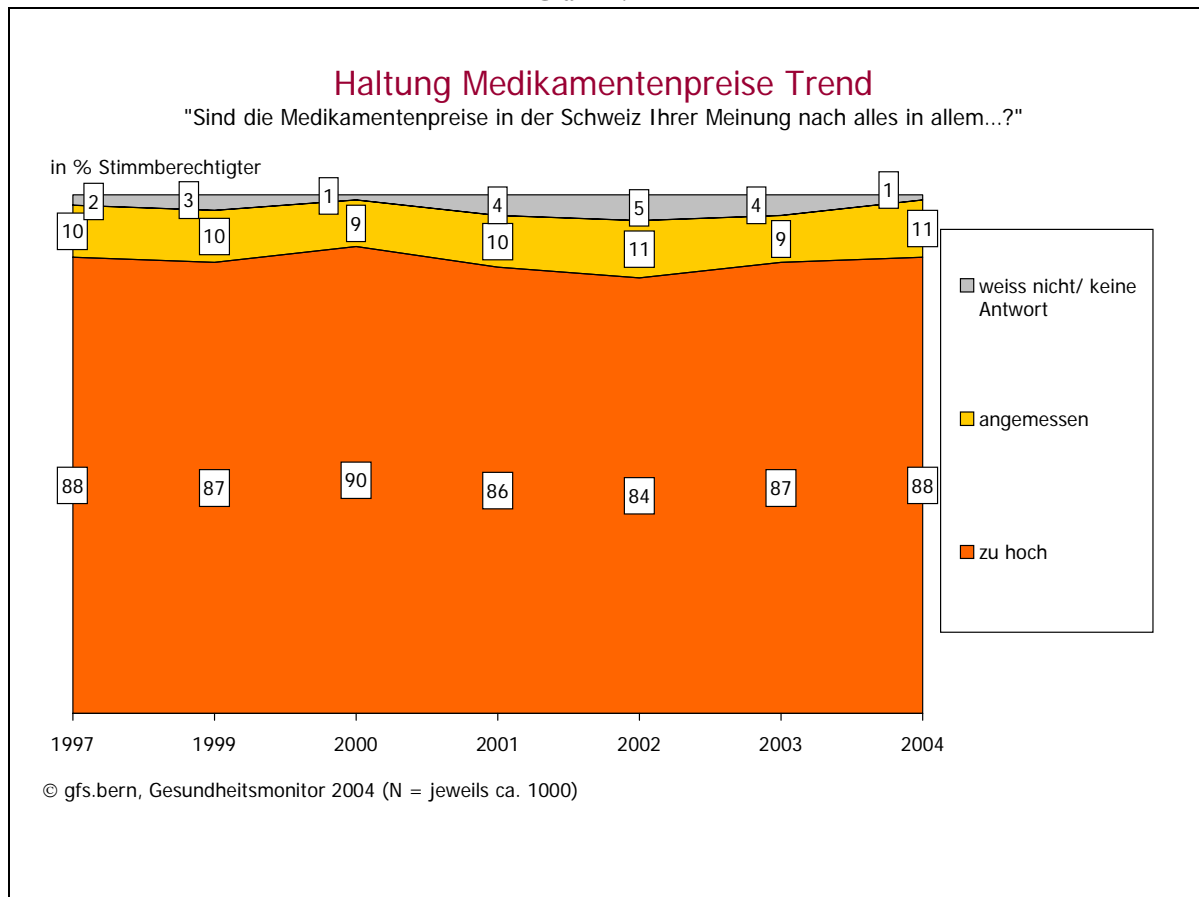
Kosteneinsparungen: Kostensparendes Verhalten der Versicherten sollte sich aus Sicht der BürgerInnen in einem eigentlichen Bonus bei den Kassenprämien niederschlagen. Dieser Gedanke erscheint im bisherigen Prämiensystem zu wenig klar verankert, denn Selbstbehalt und Franchisen werden nicht als Ent-, sondern als Belastungen erlebt. Zudem wird eine generelle Verlagerung der Kosten von den Prämien auf die Eigenverantwortung abgelehnt. Gleiches gilt auch für höhere Prämien, wenn man keinem Ärztenetzwerk angehört.

Grafik 6:



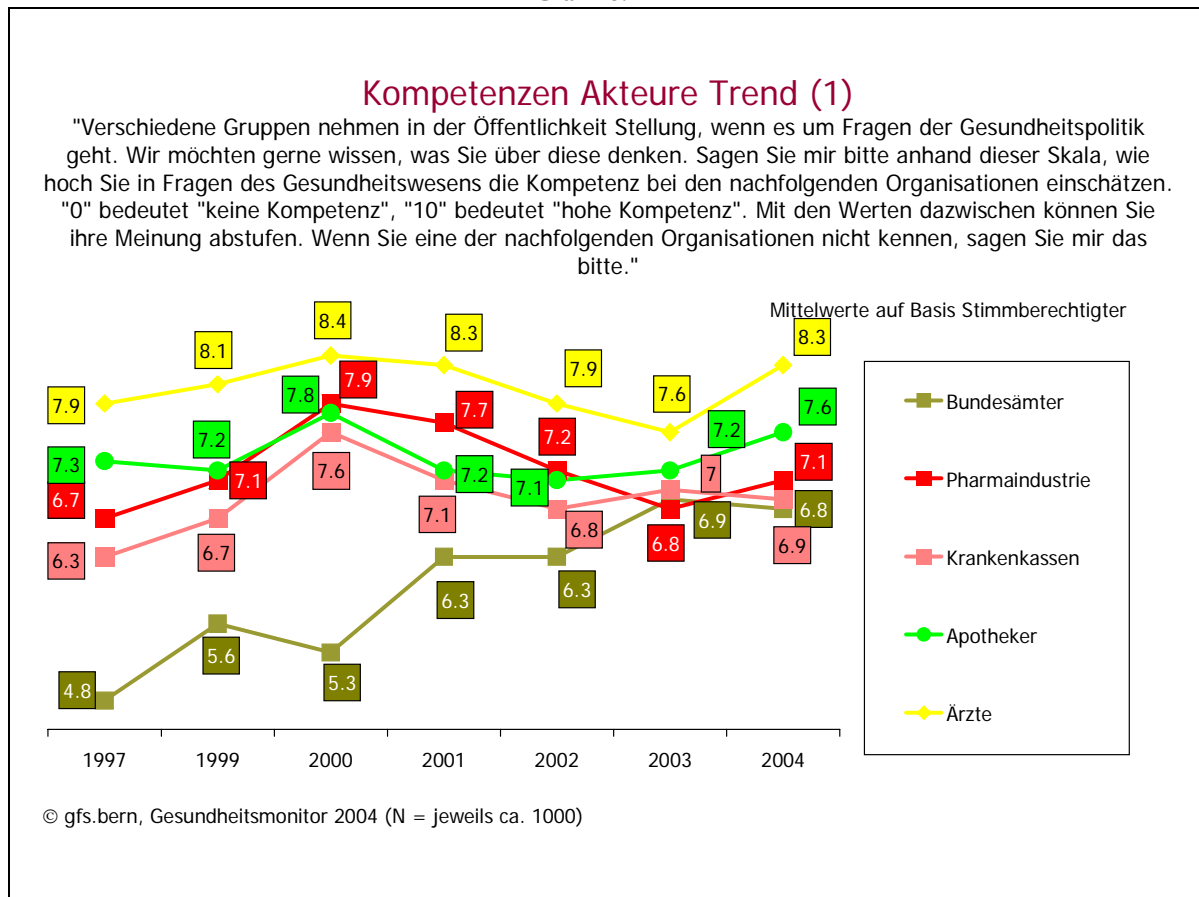
Medikamentenpreise: Der Medikamentenbereich ist stärker von Qualitäts- als von Preisüberlegungen geprägt. Die hohen Medikamentenpreise in der Schweiz werden zwar unvermindert beklagt, erscheinen aber gerechtfertigt, solange die Gewinne in die Medikamentenforschung fliessen. Qualitätssichernd erscheint wieder zunehmend der Einkauf von Medikamenten in der Schweiz, medizinisch verantwortet über den Arzt. Entscheide über Originalpräparate oder Generika beim Medikamentenbezug sollten dagegen Apotheker und PatientInnen selber treffen dürfen.

Grafik 7:



Akteursimages: Die enttäuschten Erwartungen an die Steuerungsmöglichkeiten der Gesundheitskosten drücken auf das Image der meisten Akteure im Gesundheitswesen. Dies gilt namentlich für die Ärzte, die Politik und neuerdings auch für den Bundesrat. Einzig die Bundesbehörden konnten sich in den letzten Jahren sowohl bei der Kompetenz- wie auch bei der Verantwortungsfrage klar besser positionieren. Über diesen generellen Befund hinaus, gilt es allerdings auch das spezifische Image der Leistungserbringer und ihre Öffentlichkeitsarbeit beizuziehen, wenn die Trends in der Notengebung beurteilt werden sollen.

Grafik 8:



Die Bedeutung der chemisch-pharmazeutischen Branche für den Wirtschaftsstandort Schweiz wird unvermindert hoch eingestuft. Die Vorteile der Branche werden vor allem über die Arbeitsplätze wahrgenommen. Es folgt die Bedeutung des Exports als Motor für die binnenwirtschaftliche Entwicklung. Akzeptiert ist der Pharma- und Forschungsstandort Schweiz. Vorteile werden für die Qualität des Gesundheitswesens und für die Lebensqualität in der Schweiz geortet.

Bilanz

Fasst man das Geschriebene zusammen, kann man Gesundheitsmonitore auf der Basis von Bevölkerungsbefragungen als durchaus nützliche Instrumente charakterisieren, welche die übliche Diskussion von punktuell in die Welt gesetzten Ergebnissen verbessern. Dies wird auch dadurch ermöglicht, dass die Einzelergebnisse thesenartig zusammengefasst und damit auch diskutierbar gemacht werden.

These 1:

Das Krankenversicherungsgesetz in der Schweiz ist besser als sein medialer Ruf. Die Bevölkerung urteilt weniger pauschal als die Massenmedien, jedoch differenzierter nach eigentlichen Stärken und Schwächen. Seit der Einführung des neuen KVG haben vor allem seine Prinzipien wie der vorgeschriebene Leistungskatalog für die Grundversicherung, das Mischsystem in der Prämiengestaltung und der Risikoausgleich zwischen konkurrierenden Versicherungsanbietern Anerkennung gefunden. Das Problem ist die Kostenbelastung, nicht zuletzt weil eine weitere Steigerung befürchtet wird.

These 2:

Kurzfristig in die Diskussion eingebrachte Veränderungsvorschläge an einer Gesamtreform werden kaum verstanden. Diese werden seitens der Bevölkerung recht rasch als punktuelle Korrekturen gedeutet, die meist nur eine Problemverlagerung mit sich bringen. Wichtiger erscheint es, dass grundlegende Werthaltungen in der richtigen Mischung in der Gesundheitspolitik repräsentiert werden. Zu diesen gehört die Orientierung an Qualität und Wahlfreiheit. Demgegenüber sind weltanschaulich fundierte Gesundheitsreformen weniger gefragt, denn die Konfliktlinien in Fragen der Gesundheitspolitik sind fast immer komplizierter als die parteipolitischen.

These 3:

Mit steigenden Gesundheitskosten, wie sie in modernen Gesellschaften üblich sind, nehmen die individuellen Klagen über die Belastungen durch Krankenversicherungsprämien und Ausgaben für medizinische Leistungen rasant zu. Der Wechsel zwischen konkurrierenden Kassen bleibt dabei ein nur beschränktes Korrektiv. Solange die Kassen verpflichtet sind, das gleiche Minimum anzubieten, sind die Anreize für einen Wechsel in mobilen Bevölkerungsgruppen zu gering. Häufiger kommt es vor, dass man versucht, die eigenen finanziellen Belastungen zu verringern, indem man den eigenen Risikoanteil in der Versicherung erhöht, oder aber medizinische Dienstleistungen weniger häufig in Anspruch nimmt.

These 4:

Die Qualitätsausrichtung bleibt bei einem Gut wie der Medizin die wichtigste Orientierung. Knapp akzeptiert werden Reduktionen der Quantität. Eine Reduktion eines einmal eingeführten Leistungskataloges wird jedoch mehrheitlich abgelehnt, solange keine Garantie besteht, dass dadurch auch die allgemeinen Gesundheitskosten sinken. Dort, wo man selber entscheiden kann, nimmt die Qualitätsorientierung angesichts der zunehmenden Ökonomisierung der Medizin sogar noch zu.

Fasst man dies alles zusammen, kann man die bisherigen Ergebnisse wie folgt verdichten: Die Kostendiskussion ist in der veröffentlichten Meinung zentral. Sie dominiert im Bewusstsein der BürgerInnen auch die oberflächliche Beschäftigung mit Problemen des

Gesundheitswesens. Dabei ändern sich auch bei hohen Belastungen grundlegende Werte gegenüber der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten viel langsamer, als man politisch gemeinhin annimmt. Veränderungen sind eher in der gewünschten Versorgungsdichte festzustellen als in der Aufweichung der Qualitätserwartungen.

Literaturliste

Kocher, Gerhard, Oggier, Willy: Gesundheitswesen Schweiz, 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht, Bern 2004

Longchamp, Claude et al.: Wachsendes Kostenbewusstsein mit ersten Konsequenzen. Die Einstellungen der Schweizer Stimmberechtigten zur Gesundheitspolitik zwischen Qualitäts-, Mengen- und Kostenerwartungen, Bern/Basel 2004

Vaterlaus, Stephan; Telser, Harry: Was leistet unser Gesundheitswesen? Bern 2004

Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt "Neu-Orientierung der Medizin geht weiter", hgg. von Werner Stauffacher und Johannes Bircher, Basel 2002

Der Autor

[identität]



CLAUDE LONGCHAMP

Politikwissenschaftler,
Institutsleiter, Verwaltungsrat
Schwerpunkte: Abstimmungen, Wahlen,
Parteien, Europäische Integration,
Technologiepolitik, politische Kultur und
politische Kommunikation, Geschichte
und Methoden der Demoskopie.