

48 Pharm. Ztg. 121. Jg. Nr. 25/76, S. 926.

49 Pharm. Ztg. 121. Jg. Nr. 25/76, S. 927.

50 Daß die im 2. AMG erfolgten Auflagen z. B. an die Qualität der Herstellung („GMP“) für mittlere und kleine Arzneimittelbetriebe Probleme mit sich bringen, soll hier nicht bestritten werden. Auf diese Problematik widersprüchlicher Interessen innerhalb der im BPhI organisierten Betriebe kann hier aber nicht eingegangen werden.

51 Im Januar 1973 trafen sich erstmalig die fortschrittlichen Kräfte aus allen Bereichen des Gesundheitswesens unter Beteiligung des DGB zu einem breiten Erfahrungsaustausch. Arbeitsergebnisse und Forderungen erschienen unter dem Titel: Medizin u. gesellschaftlicher Fortschritt, Pahl/Rugenstein 1973.

52 S. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des DGB, Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Düsseldorf 1971.

DGB, Gesundheitspolitisches Programm des DGB, Düsseldorf 1972.

ÖTV, Gesundheitspolitik-Perspektiven und Beschlüsse der Gewerkschaft ÖTV, Stuttgart 1977.

53 Vgl. Beschlüsse zur Selbstbeschränkung der wissenschaftlichen Information und der Arzneimittelwerbung („Berliner Beschlüsse“) sowie die Empfehlungen für einen Maßnahmenplan bei Beanstandungen von Arzneimitteln für die human-medizinische Anwendung, beide entwickelt vom BPhI (s. pharma kodex).

54 Vgl. pharma jahresbericht 75/76, S. 46.

Cyrill Jeger und Alex Schwank

## Die Auseinandersetzung um das Gesundheitswesen der Schweiz

Die fortschrittlichen sozialen Kräfte im Schweizer Gesundheitswesen sind heute noch relativ schwach. Seit ihrer Gründung im Jahre 1974 versucht die Schweizerische Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen (SGSG), diese Kräfte durch ihre Politik zu stärken. Nach einem kurzen Überblick über aktuelle Probleme und Auseinandersetzungen im Gesundheitswesen der Schweiz werden Vorstellungen der SGSG über eine fortschrittliche Gesundheitspolitik in der Schweiz dargestellt.

### 1. Einleitung

Die Widersprüche im Schweizer Gesundheitswesen haben sich in den letzten Jahren stark zugespitzt. Trotz überdurchschnittlicher Kostensteigerungen hat sich die Qualität der medizinischen Versorgung nur unwesentlich verbessert. Hauptgründe für dieses Auseinanderklaffen von Aufwand und Nutzen sind einerseits die überdurchschnittlichen Profite der „Gesundheitsindustrien“, ander-

rerseits, wie in den Nachbarländern, aber auch strukturelle Schwächen. Hier ist vor allem die strikte Trennung in den staatlichen stationären Sektor und den privaten ambulanten Bereich zu nennen, der wie in der BRD eine praktisch unbestrittene Domäne der privat praktizierenden Ärzte ist. Durch den Druck von Bau- und Geräteindustrie ist in den letzten Jahren vor allem der Spitalsektor massiv ausgebaut worden, so daß heute in den meisten Kantonen Überkapazitäten bestehen. Auf der anderen Seite ist der ambulante Sektor nicht in der Lage, alle Anforderungen an eine umfassende Betreuung zu erfüllen. Um die überhöhten Arzteinkommen wird seit einiger Zeit in der Schweiz eine heftige Debatte geführt, wobei aber die Mängel in der Versorgung meist ausgeblendet bleiben. In der Krankenversicherung hat der starke Kostenauftrieb an die Grenzen des geltenden Systems geführt.

## 2. Krankenkassen

1890 wurde in die Bundesverfassung der Schweiz ein Artikel eingefügt, der den Bund beauftragte, eine Kranken- und Unfallversicherung einzurichten. 10 Jahre später wurde ein fortschrittlich-bürgerliches Ausführungsgesetz (Lex Forrer) in der Volksabstimmung abgelehnt. 1911 trat dann das im wesentlichen noch heute gültige Gesetz in Kraft. Es ist ein Subventionsgesetz, das die Bedingungen festlegt und die minimalen Kassenleistungen vorschreibt, damit eine Kasse vom Bund anerkannt wird und entsprechende Bundesbeiträge erhält.

Das Krankenversicherungssystem in der Schweiz kann als eines der unsozialsten in ganz Europa bezeichnet werden: Die Kassenausgaben werden zu ca. 75% von den Versicherten durch direkte Beiträge (Prämien, Kostenbeteiligung) aufgebracht, die übrigen 25% von Bund und Kantonen. Die Prämien werden pro Kopf erhoben und betragen zur Zeit nur für die Grundversicherung (ohne Tagegeldversicherung) 45 bis 55 Franken im Monat (für eine vierköpfige Familie also ca. 150 Franken im Monat, wobei einzelne Kassen für weitere Kinder gewisse Ermäßigungen kennen). Die Prämien sind nicht nach Einkommen abgestuft und belasten daher untere Einkommen erheblich stärker. Als Rarität in einer sozialen Krankenversicherung darf wohl gelten, daß Frauen 10% höhere Prämien bezahlen müssen. Ein Obligatorium (Pflichtmitgliedschaft) existiert auch für untere Einkommensklassen nicht, so daß die Prämien abgestuft sind nach dem Alter bei Versicherungseintritt, und vorbestehende Krankheiten fünf Jahre von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind. 10% der Kosten bei ambulanter Behandlung muß der Versicherte selber tragen, quartalsweise wird zusätzlich ein Fixbetrag von 30 Franken erhoben. Nach zwei Jahren ununterbrochener Spitalbehandlung wird der Versicherte aus der Kasse ausgeschlossen. Dies ist einer der häufigsten Gründe für Armengenössigkeit. Andererseits sind die anerkannten Kassen an minimale soziale Auflagen gebunden (im Gegensatz zu den Privatversicherungen): Vorbehalt maximal fünf Jahre, Frauenprämien maximal 10% höher, Versicherungspflicht, keine Prämienzunahme mit dem Alter.

1974 kam eine Volksinitiative der Gewerkschaften und der SPS zur Abstimmung, welche ein Obligatorium und eine Finanzierung durch Lohnprozente anstatt durch Kopfprämien forderte. In der Abstimmung wurde der Initiative ein bürgerlicher Gegenvorschlag entgegengestellt, den die Krankenkassen unter-

stützten. Im wesentlichen wurde er von rechten Sozialdemokraten formuliert. Nach einer demagogischen Abstimmungskampagne (Verstaatlichung der Medizin!) erreichten sowohl die Volksinitiative als auch der Gegenvorschlag der eidgenössischen Räte das absolute Mehr nicht. Dadurch waren nach geltendem Gesetz beide Vorlagen verworfen, obwohl sich eine Mehrheit der Stimmenden für eine Revision ausgesprochen hatte. Ein neuer Revisionsversuch ist praktisch im Frühjahr 1978 gescheitert. In der Revision wurden diskutiert: Strukturverbesserungen, Leistungsausbau und andere Finanzierungsarten. Für die bürgerlich dominierte Regierung ging es vor allem darum, die Bundessubventionen an die Kassen abzubauen.

Der Abbau der Bundessubventionen war Teil sogenannter Sparpakete zur Sanierung des Bundeshaushaltes. Werden den Kassen die Bundesbeiträge gekürzt und andererseits ein Instrumentarium zur Kostensenkung z. B. bei Pharmapreisen und Ärzteeinkommen vorenthalten, sind sie gezwungen, die Prämien zu erhöhen. Diese haben heute eine Höhe erreicht, daß sie für Durchschnittsfamilien und Rentner kaum mehr tragbar sind. Vermehrt begannen sich die Kassen wieder als Vertreter der Versicherten zu engagieren und suchten das Bündnis mit den Gewerkschaften.

Ein erstes Sparpaket (1977) wurde von den Kassen noch akzeptiert. Zusammen mit Parteien und Organisationen links der SPS sammelte auch die SGSG Unterschriften für ein Referendum. Obwohl sich unsere Argumentation schon damals mit der der Kassen deckte, wagten die Kassen noch nicht, mit der bürgerlichen Allianz zu brechen. Ein zweites noch schärferes Sparpaket soll im Sommer 1978 im Parlament beraten werden. Da dieses die Kassen in ihrer Substanz trifft, bereiten sie sich jetzt schon gezielt auf einen Abwehrkampf vor. Sie drohen mit einem Referendum. Aber es ist nicht nur die „Sparexplosion“, welche die Kassen zum Handeln veranlaßt. Es geht um ihre nackte Existenz, um die Erhaltung eines Sozialversicherungssystems überhaupt. Die Privatversicherung, die keinen solidarischen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken kennt, beginnt um die Kassenversicherten zu buhlen. Sie braucht sich um keine „sozialen Auflagen“ zu kümmern.

Risikoarmen Bevölkerungsgruppen kann die Privatversicherung weit günstigere Bedingungen anbieten als die anerkannten Krankenkassen (z. B. jungen Männern). Fallen die Bundesbeiträge an die Kassen weg, die sie brauchen, um die Mehrkosten der älteren Leute und der Frauen auszugleichen, dann wird die Privatversicherung einen der wichtigsten Pfeiler unseres Sozialversicherungssystems unterhöhlen.

### 3. Unfallversicherung

Auch das Unfallversicherungsgesetz soll revidiert werden. Von der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) sind bisher obligatorisch gegen Unfall und Berufskrankheiten nur die Beschäftigten von größeren Industriebetrieben versichert, nicht aber die Beschäftigten im Kleingewerbe, in der Landwirtschaft, im Gastgewerbe und im übrigen Dienstleistungssektor. Unbestritten ist, daß das Obligatorium auf alle Beschäftigten ausgedehnt werden soll. Hauptstreitpunkt der Revision ist aber, welcher Versicherungsträger zum Zuge

kommt. Von bürgerlicher Seite ist beabsichtigt, als Träger die privaten Versicherungsgesellschaften einzusetzen. Gewerkschaften und Linksparteien fordern die einheitliche Versicherung aller Beschäftigten durch die SUVA, um Profite aus der Sozialversicherung zu verhindern. Außerdem ist dadurch auch eine einheitliche arbeitsmedizinische Betreuung durch den ärztlichen Dienst der SUVA möglich.

#### 4. Fortschrittliche Gesundheitspolitik in der Schweiz

Wir sind uns bewußt, daß einige Unterschiede zur Situation in der BRD bestehen (viel weniger ausgeprägte Berufsverbotspraxis, dafür aber eine stärkere Gewerkschaftsbewegung in der BRD).

Die Ärzte haben eine straffe Organisation zur militanten Verteidigung ihrer Standesprivilegien und es sind praktisch 100% aller Ärzte darin organisiert.

Die diplomierten Krankenschwestern haben sich seit einigen Jahrzehnten in einem Personalverband organisiert. Dieser erkämpfte zwar einige Verbesserungen der Arbeitsbedingungen, die aber immer noch weit hinter denen vergleichbarer Berufe nachhinken. Der Organisationsgrad beim Pflegepersonal ist, wie bei vielen anderen „weiblichen“ Berufen, niedrig. Der Pflegeverband hat sich in diesem Jahr neu strukturiert. Die Gewerkschaft, der VPOD (Verband des Personals im öffentlichen Dienst), organisiert vor allem Handwerker und einzelne Pfleger in den größeren Spitätern. Das Ökonomie- und Reinigungspersonal, das 30% des Spitalpersonals ausmacht und praktisch durchweg aus Fremdarbeitern besteht, wird von der Gewerkschaft nur schlecht erfaßt. Bisher hat der VPOD nur wenig gesundheitspolitische Aktivitäten entfaltet. Erfreulicherweise ist in dieser Beziehung ein gewisser Umbruch festzustellen. Zahlreiche Personalkategorien, wie Arztgehilfinnen, Laboranten(innen), Physiotherapeuten(innen) usw. sind praktisch organisatorisch nicht erfaßt. Daneben bestehen im Gesundheitswesen Patientenverbände: Altersverbände, Invalidenverband, Diabetesgesellschaft usw. In gewissem Sinne ist dazu auch die neue Frauenbewegung zu rechnen, die ihre Ansprüche auch im Gesundheitswesen anmeldet. Vor allem ist auch ihr zunehmender Einfluß auf das weibliche Personal im Gesundheitswesen festzustellen. In der Schweizerischen Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen (SGSG) organisieren sich an einem sozialen Gesundheitswesen interessierte Kräfte, in der Mehrzahl in und um des Gesundheitswesen Tätige. Die Politik der SGSG richtet sich an das Gesundheitspersonal, an Patienten, Krankenversicherte und letztlich an die ganze Bevölkerung. Mitglied kann werden, wer sich mit dem Zweckartikel einverstanden erklärt:

Der Zweckartikel der Statuten der SGSG lautet:

„Die Schweizerische Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen (SGSG) versteht sich als Organisation, die fortschrittliche Kräfte – insbesondere aus allen Berufssparten des Gesundheitswesens – zusammenfaßt, welche gewillt sind, an der Verwirklichung der im Interesse aller Volksschichten notwendigen Reformen im Gesundheitswesen mitzuarbeiten. Sie arbeitet mit allen Organisationen zusammen, mit welchen sich gleiche Ziele ergeben.“

Sie ist konfessionel neutral und parteipolitisch unabhängig.

Sie setzt sich insbesondere ein

- für die Überwindung krankmachender Lebens- und Arbeitsbedingungen.
- für eine Medizin, die die sozialen Ursachen und Folgen einer Krankheit berücksichtigt.
- für eine massive Verbesserung des Gesundheitsschutzes, der medizinischen Grundversorgung und Grundpflege.
- für eine Verbesserung der Betreuung der Betagten, der Chronisch- und Psychischkranken und der Randgruppen.
- für eine zuverlässige soziale Sicherheit.
- für optimale Arbeitsbedingungen und eine gute Qualifikation des Medizinalpersonals auf allen Stufen.
- für eine Demokratisierung des Gesundheitswesens in allen Bereichen und eine aktive Mitbeteiligung der direkt Betroffenen an allen Entscheidungen.“

Die SGSG versucht, fortschrittliche Kräfte aus allen Bereichen des Gesundheitswesens zusammenzufassen und eine Diskussion über – und ein Engagement für – ein soziales Gesundheitswesen zu entwickeln. Die SGSG versteht sich nicht als Alternative, sondern als Ergänzung zu anderen Organisationen im Gesundheitswesen. Ihre Mitglieder sind daher zusätzlich auch Mitglieder anderer Organisationen wie der Gewerkschaft, des Verbandes der Krankenschwestern, der Ärztesgesellschaft und der Assistentenverbände.

In der SGSG diskutieren und arbeiten also Angehörige der verschiedensten Berufsgruppen: Krankenschwestern, medizinisch-technisches Personal, Therapeuten, Ärzte, Soziologen, Arztgehilfinnen usw.

Die SGSG versteht sich als Gesundheitspolitische Organisation, also weder als Gewerkschaft noch als Berufsverband. In Arbeitsgruppen und Kommissionen erarbeiten Mitglieder der SGSG Stellungnahmen und Vorschläge zu anstehenden gesundheitspolitischen Fragen. Die SGSG betreibt Öffentlichkeitsarbeit durch Pressemitteilungen, eigene Tagungen, Unterschriftensammlungen usw. Wenn immer möglich, sucht sie mit den übrigen Organisationen gemeinsame Aktionen durchzuführen.

Seit ihrem Bestehen gibt die SGSG die „*Soziale Medizin*“ 8mal im Jahr heraus. Die *Soziale Medizin* soll als Forum dienen für die Gesundheitspolitische Diskussion der fortschrittlichen Kräfte. Dabei wird weniger der Anspruch erhoben, eine spezialisierte theoretische Diskussion zu führen. Durch Interviews und Erfahrungsberichte wird versucht, das Magazin attraktiv und lesbar zu gestalten und dadurch die Diskussion um eine soziale Medizin in breite Kreise hineinragen zu können.