

Titel

# Hohe Prämien fördern hohe Erwartungen

**DIE EINSTELLUNGEN DER SCHWEIZER  
STIMMBERECHTIGTEN ZUR  
GESUNDHEITSPOLITIK NACH 10 JAHREN KVG**

Projektteam:

Claude Longchamp, Politikwissenschaftler

Monia Aebersold, Sozialwissenschaftlerin

Luca Bösch, Webmaster/Internet-Applikationsdesigner

Stephan Tschöpe, Projektassistent

Silvia-Maria Ratelband-Pally, Administratorin

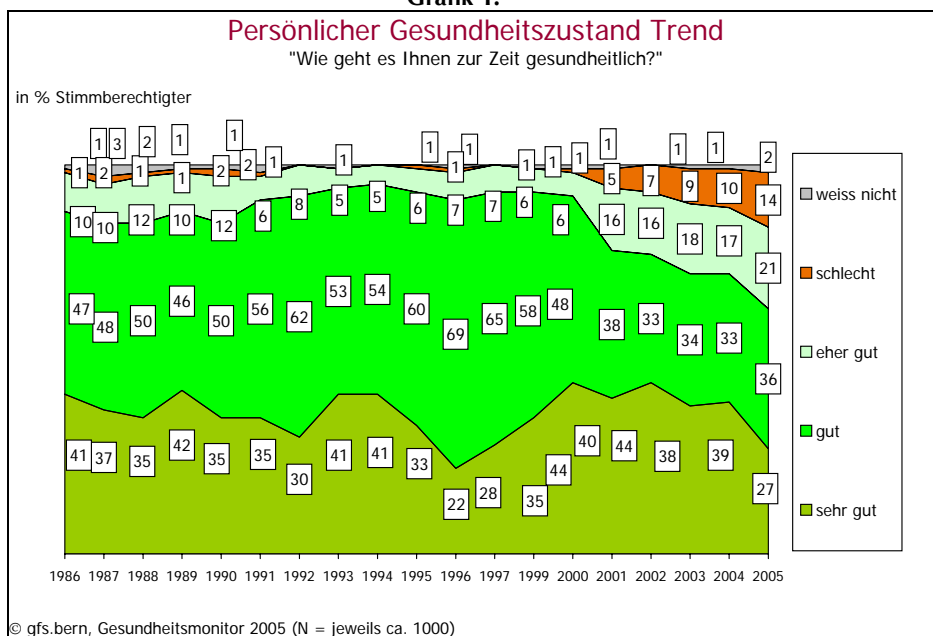


# Die neuen oder starken Trends

## ***Der persönliche Gesundheitszustand verschlechtert sich***

Das Gesundheitswesen erfüllt seinen Auftrag nicht mehr gleich umfassend. Ein rasch anwachsender Anteil der Befragten fühlt sich gesundheitlich schlecht. War es letztes Jahr jede zehnte Person, die den persönlichen Gesundheitszustand als schlecht einstuft, ist es heute rund jede siebte Person. Parallel dazu sinkt der Anteil der Personen, die sich sehr gut fühlen von 39 Prozent im Jahre 2004 auf 27 Prozent für 2005. Somit kann sich heute nur noch rund ein Viertel der Stimmberechtigten einer ausgezeichneten Gesundheit erfreuen. Leicht zugenommen haben hingegen die Gruppen der Befragten mit einem subjektiv eher guten bis guten Befinden. Sie machten 2004 genau die Hälfte der Befragten aus, heute zählen 57 Prozent dazu.

**Grafik 1:**



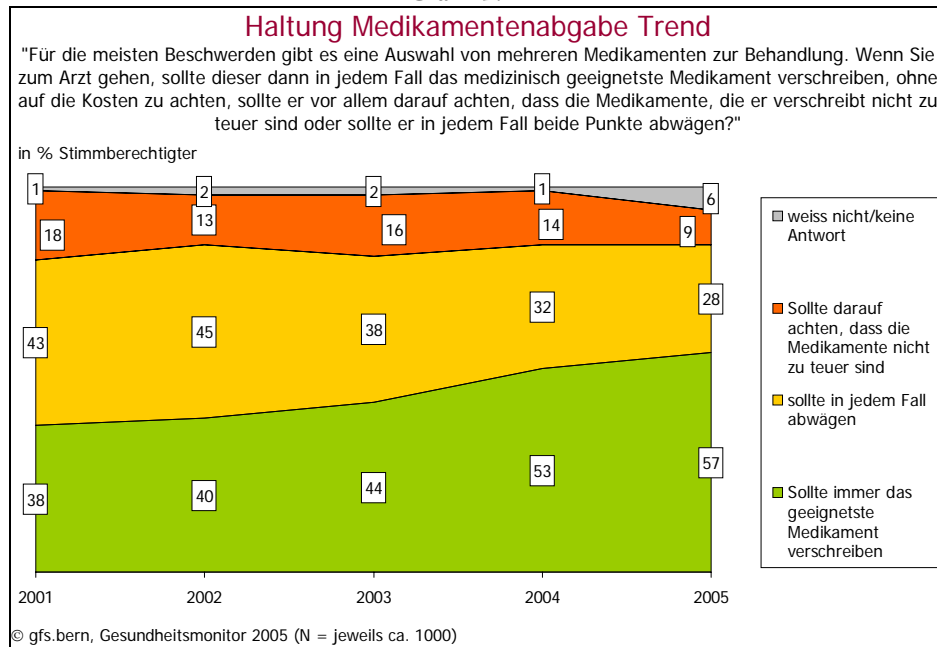
Das selbst referierte Wohlbefinden hängt stark vom Alter, von der Schulbildung, dem Berufsstatus und der Erwerbstätigkeit, also in erster Linie von ökonomischen Indikatoren der Befragten, ab. Signifikant schlechter fühlen sich Personen mittleren Alters (40-49 Jahre) sowie die Stimmberechtigten ab 70 Jahren. Personen mit tiefer Schulbildung, mit einem sehr tiefen Haushaltseinkommen sowie das Kaderpersonal berichten ebenfalls häufiger von einem eher bis sehr schlechten Gesundheitszustand. Sehr gut fühlen sich hingegen vor allem Personen unter 30 Jahren, jene mit einem Haushaltseinkommen von über 9000 CHF, öffentlich Angestellte sowie selbstständig Erwerbstätige.

## ***Kostensparnisse sind nur bei gesicherter Versorgungsqualität akzeptiert***

In Anbetracht des sinkenden individuellen Wohlbefindens gewinnt die Forderung, der Arzt/die Ärztin solle in jedem Fall das medizinisch geeignetste Medikament verschreiben, ohne auf die Kosten zu achten, zusätzliche Stimmen. Die Ärzteschaft soll von ökonomischen Kriterien ausgenommen werden und stattdessen in jedem Fall zum Wohl des Patienten handeln. In den letzten fünf Jahren ist der Anteil der Personen, die die

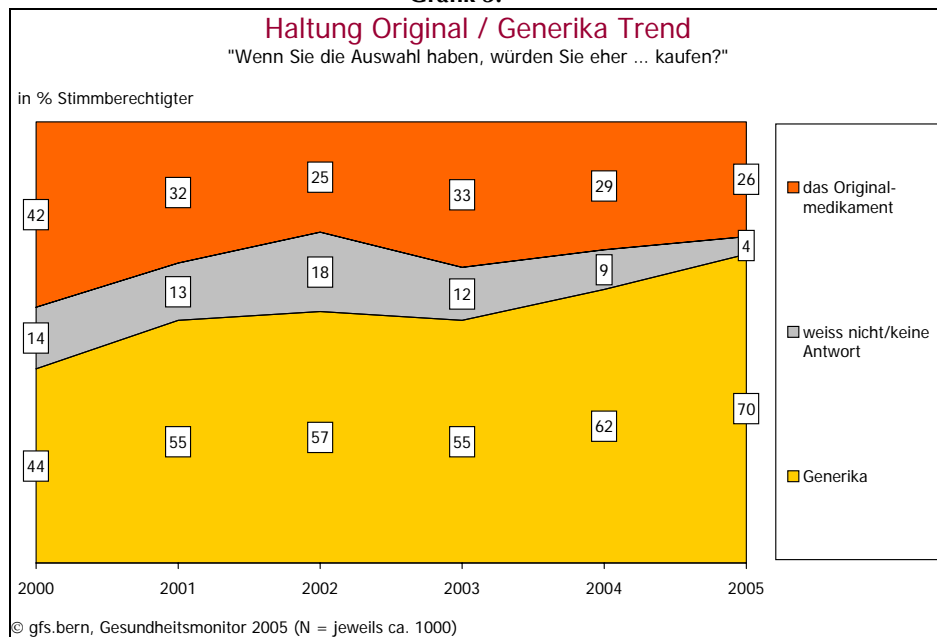
Qualitätssicherung über die Kosteneffizienz stellten, von minderheitlichen 38 Prozent auf mehrheitliche 57 Prozent angewachsen. 28 Prozent der Befragten sind heute der Meinung, der Arzt solle von Fall zu Fall abwägen. Nur noch 9 Prozent fordern, dass Kostenargumente bei jeder Medikamentenwahl in Betracht gezogen werden sollten. Dieser Anteil hat sich seit 2001 halbiert.

Grafik 2:



Hoch akzeptiert sind Nachahmerprodukte. Der Trend, Generika den Originalpräparaten aus Kostengründen vorzuziehen, hält seit 2001 ungebrochen an. Heute sind sieben von zehn Personen bereit, auf das Originalprodukt zu verzichten.

Grafik 3:

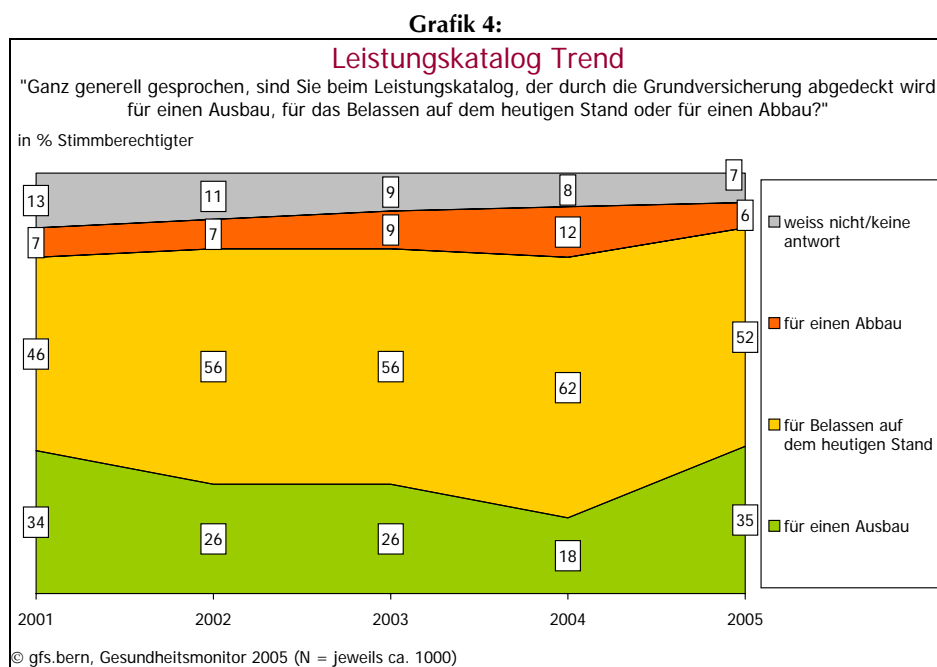


Die Kostendiskussion hat also dazu geführt, dass eine wachsende Mehrheit günstigere Medizin, die aber keine Qualitätsverluste mit sich bringen darf, akzeptiert. Der Gebrauch von Generika ist die weitaus akzeptierteste Massnahme der Kostendämpfung in der Bevölkerung. Ein Viertel der Befragten vertraut hingegen auch weiterhin lieber

dem Original. Die Meinungsbildung ist hier weit fortgeschritten. Während sich vor 5 Jahren noch 14 Prozent nicht zwischen Originalpräparaten und Generika entscheiden konnten, sehen sich heute nur noch 4 Prozent nicht in der Lage, eine Entscheidung zu fällen.

### ***Den Leistungskatalog in der Grundversicherung eher aus- als abbauen***

Der aktuelle Stand des Grundversicherungskatalogs wird auch in diesem Jahr noch mehrheitlich gut geheissen. Insgesamt 52 Prozent der Befragten möchten den Katalog auf dem heutigen Stand belassen, dies sind aber 10 Prozent weniger als im Vorjahr. Während sich die Gruppe der Stimmberechtigten, die sich einen Ausbau des Leistungskatalogs wünscht, innerhalb eines Jahres von 18 Prozent auf 35 Prozent fast verdoppelt hat, hat sich der Anteil der Abbauforderungen genau halbiert. Heute unterstützen nur noch marginale 6 Prozent einen Abbau des Leistungskatalogs in der Grundversicherung.

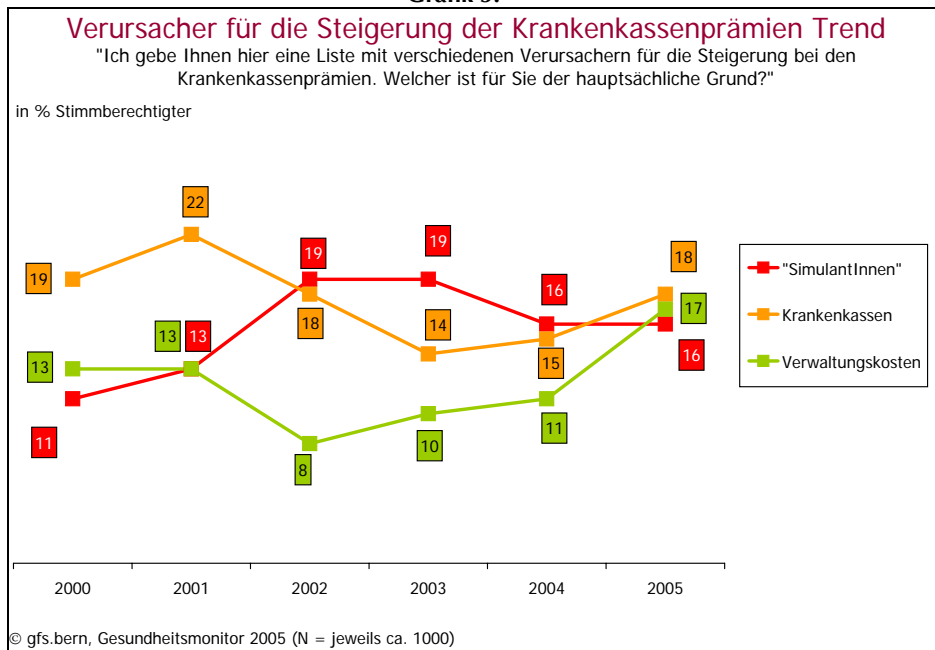


Nach den neusten Kosten- und Prämiensteigerungen im Bereich der Krankenkassen ist in den Augen der Stimmberechtigten ein weiterer Leistungsabbau nicht mehr legitimierbar.

### ***Krankenkassen geraten ins Schussfeld der populären Kritik***

In der Frage nach den Ursachen für die Kostensteigerung im Gesundheitswesen hat in der Bevölkerung seit der letzten Befragung ein Umdenkprozess stattgefunden. Heute werden nicht mehr - wie in den letzten drei Jahren - in erster Linie die "SimulantInnen" für die hohen Krankenkassenkosten verantwortlich gemacht, vielmehr geraten nun die Krankenkassen selber und insbesondere deren Verwaltungskosten ins Schussfeld. Während schlechte Nachrichten zum Gesundheitswesen bis vor zwei Jahren ihre AbsenderInnen vor allem aus den Rängen der Politik rekrutierten, stammen die Hiobs-Botschaften heute vermehrt direkt von den Krankenkassen.

Grafik 5:

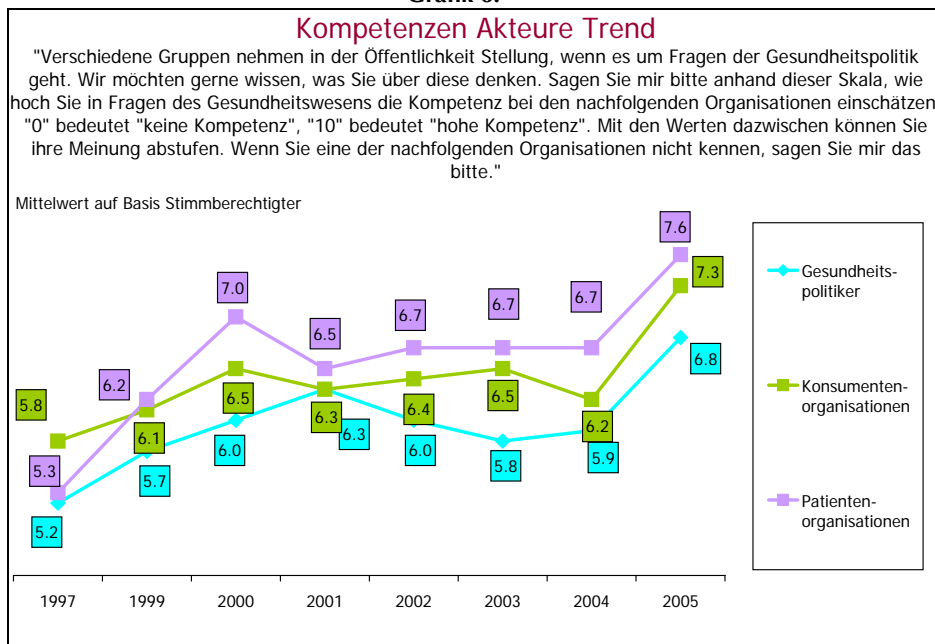


Die Zuschreibungen sind dabei eher ein Ausdruck der latenten Misstimmung als der eigentlichen Ursachenanalyse. Sie drücken aus, mit wem man gegenwärtig am wenigsten zufrieden ist.

### **Schutzorganisationen sind die ImagegewinnerInnen**

Während die LeistungserbringerInnen im Verlauf des letzten Jahres fast durchgehend einen Verlust an Glaubwürdigkeit zu verzeichnen hatten, sind die KonsumentInnen- und PatientInnen-Organisationen die eigentlichen ImagegewinnerInnen. Bei diesen zwei Akteursgruppen des Gesundheitswesens verlief die Kompetenzzuschreibung positiv.

Grafik 6:



Das manifestiert das wachsende Bedürfnis, das Gesundheitswesen als Form des Konsums oder als Teil eines Marktes zu verstehen, bei dem organisierte Interessen der LeistungserbringerInnen durch die Interessen der Betroffenen kontrolliert und allenfalls korrigiert werden. Daneben kennen auch die GesundheitspolitikerInnen einen steigenden Anteil positiver Kompetenzbewertungen. Dies darf als Ankündigung verstanden werden für eine wachsende Erwartungshaltung der Bevölkerung gegenüber der Politik.

### ***Die Zwischenbilanz***

Es lässt sich ein erster genereller Trend in den gesundheitspolitischen Einstellungen wie folgt festmachen: Während sich der subjektiv referierte Gesundheitszustand der Stimmberechtigten sukzessive verschlechtert, steigen die Qualitätserwartungen an das Gesundheitswesen weiter an. Das Gesundheitswesen soll ausgebaut oder zumindest auf dem heutigen Stand belassen, aber keinesfalls weiter abgebaut werden. Ärzte sollen ihre Wahl der Medikamente primär auf medizinische, nicht auf ökonomische Überlegungen stützen. Der Ersatz von teuren Originalmedikamenten durch kostengünstigere Nachahmerprodukte ist aber dann akzeptiert, wenn er keine Qualitätseinbussen mit sich bringt. Nicht unbeeinflusst von wachsenden Qualitätserwartungen ist die Kompetenzzuschreibung verschiedener Akteure des Gesundheitswesens. Die Schutzorganisationen der PatientInnen und KonsumentInnen haben heute einen deutlich wichtigeren Stellenwert im Gesundheitswesen als noch im Vorjahr. Daneben setzt man auch vermehrt wieder Hoffnung auf die GesundheitspolitikerInnen. Sie sollen allfälligen Fehlentwicklungen Einhalt gebieten und die Krankenversicherungen in die Pflicht nehmen. Sind es doch erstmals seit 2002 nicht mehr die "SimulantInnen", die aus Bevölkerungssicht für die hohen Krankenkassenkosten verantwortlich gemacht werden, sondern in erster Linie die Krankenkassen selber, speziell auch ihre Verwaltungskosten. Insgesamt lässt das den Titel der Studie zu: Hohe Prämien fördern hohe Erwartungen.

# Das Inhaltsverzeichnis

<b>1. DIE ÜBERSICHT .....</b>	<b>9</b>
<b>2. DIE EINLEITUNG .....</b>	<b>10</b>
2.1. DIE ZIELSETZUNGEN DES PROJEKTS.....	10
2.3. DIE HYPOTHESE FÜR DIE UNTERSUCHUNG 2005 .....	10
2.4. DAS FORSCHUNGSDESIGN 2005 .....	14
2.5. DER ANALYSERAHMEN.....	15
<b>3. DIE BEFUNDE .....</b>	<b>19</b>
3.1. DIE ÜBERSICHT NACH 10 JAHRE KVG .....	19
3.1.1. <i>Das Problembewusstsein</i> .....	19
3.1.2. <i>Forderungen bezüglich Krankenkasse</i> .....	21
3.1.3. <i>Die Zwischenbilanz</i> .....	23
3.2. DIE ZENTRALE WERTE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN .....	23
3.2.1. <i>Die freie Arztwahl als Wert</i> .....	24
3.2.2. <i>Die Versorgungsqualität als Wert</i> .....	24
3.2.3. <i>Die Versorgungsquantität als Wert</i> .....	25
3.2.4. <i>Der freie Wettbewerb als Wert</i> .....	26
3.2.5. <i>Die Einschätzung der Qualität des Gesundheitswesens heute</i> .....	26
3.2.6. <i>Die Zwischenbilanz</i> .....	28
3.3. DIE PROBLEME MIT DEN GESUNDHEITSKOSTEN .....	28
3.3.1. <i>Das Problem der Krankenkassenprämien</i> .....	29
3.3.2. <i>Das Problem der Zahnarztrechnungen</i> .....	30
3.3.3. <i>Die Zwischenbilanz</i> .....	32
3.4. DIE EINSTELLUNG ZUR KOSTENSTEIGERUNG .....	33
3.4.1. <i>Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen</i> .....	33
3.4.2. <i>Die Verantwortung für die Kostendämpfung</i> .....	34
3.4.3. <i>Die gewünschte Mittelverteilung</i> .....	35
3.4.4. <i>Die Zwischenbilanz</i> .....	37
3.5. EINSTELLUNGEN ZU DEN KRANKENKASSEN .....	38
3.5.1. <i>Die vermutete Ursachen für den Prämienanstieg</i> .....	38
3.5.2. <i>Der Wechsel der Krankenkasse</i> .....	39
3.5.3. <i>Die Beurteilung der Einheitskasse</i> .....	40
3.5.4. <i>Die Zwischenbilanz</i> .....	41
3.6. DIE EINSTELLUNGEN ZUM LEISTUNGSKATALOG IN DER GRUNDVERSICHERUNG .....	42
3.6.1. <i>Massnahmen zur Kostensenkung</i> .....	42
3.6.2. <i>Massnahmen zur Kostensenkung im Bereich der Alternativmedizin</i> .....	43
3.6.3. <i>Massnahmen zum Leistungskatalogs</i> .....	45
3.6.4. <i>Die Zwischenbilanz</i> .....	46
3.7. DIE EINSTELLUNG ZUR EIGENVERANTWORTUNG .....	47
3.7.1. <i>Die Abdeckung von Risiken durch die Grundversicherung</i> .....	48
3.7.2. <i>Die Risiken durch Bagatellerkrankungen</i> .....	48
3.7.3. <i>Die Haltung zum Bonussystemen</i> .....	49
3.7.4. <i>Die Sanktionen von Suchtverhalten und Übergewicht</i> .....	50
3.7.5. <i>Die Zwischenbilanz</i> .....	51
3.8. EINSTELLUNGEN ZU MEDIKAMENTEN .....	52
3.8.1. <i>Die Haltung zu den Medikamentenpreisen</i> .....	52

3.8.2.	<i>Die Bezugsquellen für Medikamente</i> .....	54
3.8.3.	<i>Die Zwischenbilanz</i> .....	54
3.9	EINSTELLUNGEN ZU DEN AKTEUREN .....	55
3.9.1.	<i>Die Einschätzung der Hauptakteure</i> .....	55
3.9.2.	<i>Das Image der chemisch-pharmazeutische Industrie</i> .....	56
3.9.3.	<i>Die Zwischenbilanz</i> .....	58
<b>4.</b>	<b>DIE SYNTHESE</b> .....	<b>60</b>
4.1.	KURZE REKAPITULATION DER FRAGESTELLUNGEN .....	60
4.2.	DAS ERKLÄRUNGSMODELL ZU DEN KVG-BILANZIERUNGEN .....	61
4.3	DIE THESEN UND IHRE BEGRÜNDUNGEN .....	65
	ANHANG .....	68
	DAS GFS.BERN-FORSCHUNGSTEAM.....	68

# 1. Die Übersicht

Die Ergebnisse aus dem "Gesundheitsmonitor 2005" werden aufgrund der nachstehenden generellen Arbeitshypothese entwickelt: Demnach zeigt die vorherrschende Kostendiskussion in der Öffentlichkeit Folgen für das verlangte Verhalten der Leistungserbringer. Dabei dominiert die Kostenoptimierung. Die Bevölkerung, die politisch relevante Reaktionen zeigen kann, reagiert jedoch mit erhöhter Betonung der Qualitätserwartungen. Sie rangiert diese höher als die Kostenoptimierung.

Der nachstehende Bericht zum Gesundheitsmonitor umfasst drei Bestandteile:

- die Einleitung in Form einer generellen Projektbeschreibung (2.),
- das Referat der Befunde aus dem Gesundheitsmonitor 2005 (3.) und
- die Synthese der Ergebnisse vor dem Hintergrund der übergeordneten Arbeitshypothese (4.)

Entstanden ist der Bericht als Gemeinschaftsprodukt des Projektteams am Forschungsinstitut gfs.bern, das mit folgender Arbeitsteilung funktionierte:

- Claude Longchamp hatte die Projektleitung inne und erstellte mit dem Auftraggeber den Fragebogen; er leitete die Projektpräsentationen und redigierte den Schlussbericht.
- Monia Aebersold fungierte als stellvertretende Leiterin des Projektes, leitete dieses operativ und beteiligte sich an der Aufarbeitung der Ergebnisse für die Präsentationen sowie bei der Berichterstattung.
- Stephan Tschöpe leistete die Programmierarbeit für die aktuelle Befragung
- Silvia-Maria Ratelband-Pally erstellte die Präsentationsunterlagen und die grafische Aufarbeitung des Schlussberichtes.
- Luca Bösch schliesslich erstellte die vollelektronische Datenbank, welche dem Kunden die vertiefte Auswertung von Zeitvergleichen ermöglichte.

Seitens des Auftraggebers Interpharma bestand die Begleitgruppe aus Thomas Cueni, Generalsekretär und Sara Käch, Leiterin Kommunikation.

## 2. Die Einleitung

Das generelle Kapitel zum Forschungsprojekt „Gesundheitsmonitor 2005“ hat vier Bestandteile; diese enthalten:

- die Zielsetzungen des Projekts (2.1.)
- die Hypothese für die Untersuchung 2005 (2.2.)
- das Forschungsdesign 2005 (2.3.)
- den Analyserahmen (2.4.)

### 2.1. Die Zielsetzungen des Projekts

Ziel des Gesundheitsmonitors ist es, ein zuverlässiges Informationssystem zu etablieren, das regelmässig aktualitäts- resp. trendbezogene Angaben liefert, wie die stimmberechtigten BürgerInnen das Gesundheitswesen generell und die Gesundheitspolitik nach der Einführung des KVG beurteilen. Methodisch basiert er auf den Möglichkeiten der empirischen Sozialforschung.

Das Bedürfnis nach einem Monitoring des Gesundheitswesens aus politischer Sicht ist mit den Änderungen der Gesundheitspolitik in den 90er Jahren entstanden. 1994 votierten die Stimmenden für das neue Krankenversicherungsgesetz. Sie hiessen damit die kontrollierte Liberalisierung des Gesundheitswesens gut. Vorstellungen darüber, was mit dieser Weichenstellung alles neu entstehen würde resp. in Bewegung geraten könnte, bestanden damals noch kaum. Deshalb entstand eine Nachfrage nach einem Monitor, der aufzeigt, wie die BürgerInnenmeinungen in Gesundheitsfragen ausgestaltet sind und wie sie sich angesichts wechselnder Themenstellungen entwickeln.

Getragen wird der Gesundheitsmonitor seit Beginn von der Interpharma, dem Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen in der Schweiz, und dem Forschungsinstitut, gfs.bern. Für die Konzeption und die Publikation des Monitors zeichnen beide Partner gemeinsam verantwortlich, die Durchführung und die Auswertung obliegen dem Forschungsinstitut gfs.bern. Die Interpharma bewilligt dabei vorgängig das Forschungskonzept und den Schlussbericht.

### 2.3. Die Hypothese für die Untersuchung 2005

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) stand im Zeichen dreier Ziele:

- Schliessung von Lücken im Leistungskatalog,
- Stärkung der Solidarität zwischen den Versicherten und
- Kosteneindämmung.

Ende 2005 wird das Krankenversicherungsgesetz 10 Jahre in Kraft sein, - ein guter Moment für eine Zwischenbilanz zu den Wirkungen auf die Stimmberechtigten. Das ergab denn auch den Rahmen für die Konzeption der Studie 2005 resp. für die Berichterstattung. Dabei liessen wir uns von folgenden Annahmen resp. Ergebnisse leiten.

Die bisherige öffentliche Debatte kannte mehr Dynamik; sie hatte drei Phasen:

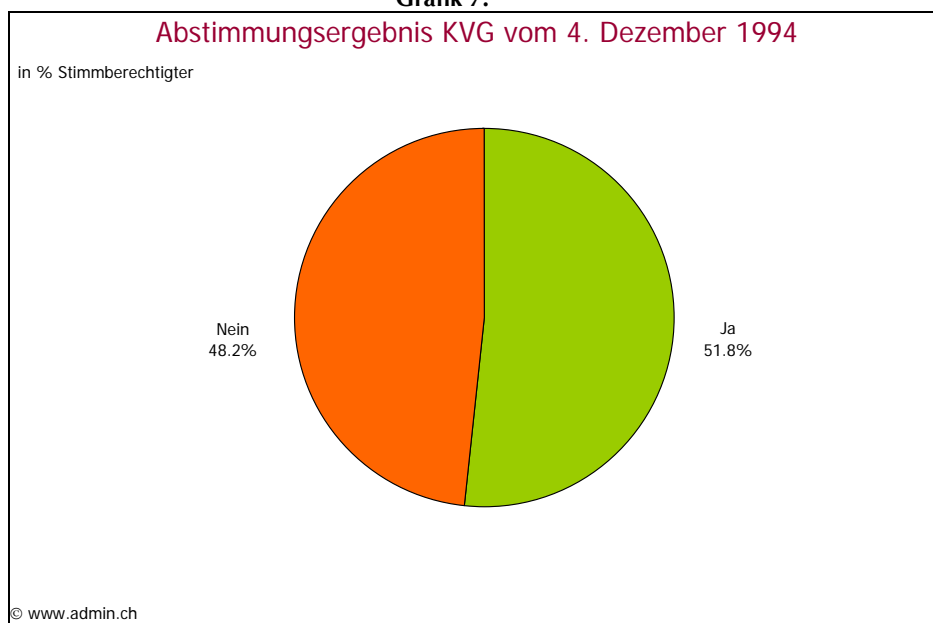
- zunächst die generelle Aufmerksamkeitssteigerung für Fragen des Gesundheitswesens, verbunden mit einer umfassenden Problematisierung,
- dann die Kontroverse über die Kostenexplosion, vor allem im Prämienbereich, die sich ab 2000 auch massiv auf die Versicherten auswirkte, und
- schliesslich unter dem Aspekt der Qualität erbrachter Leistungen, die immer mehr ergänzend hinzukamen.

Zeichnet sich also hintergründig ein neues Paradigma der Bewertung von Gesundheitsfragen ab? Mehren sich die Anzeichen, dass die Kostendiskussion relativiert wird?

Das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) ist 1994 in der Volksabstimmung mit 52 Prozent Ja-Stimmen durch das Volk knapp angenommen worden.

Die Vox-Analyse der Abstimmungsergebnisse zeigte, dass sich die deutlichsten soziodemographischen Unterschiede im Stimmverhalten entlang der Sprachgrenzen abzeichneten, waren doch die DeutschschweizerInnen (53 Prozent Zustimmung) im Schnitt dem neuen KVG gegenüber deutlich skeptischer eingestellt als die Romand(e)s (81 Prozent Zustimmung) und die TessinerInnen (73 Prozent Zustimmung). Daneben konnte die Vox-Analyse eine klare Übervertretung der BefürworterInnen des KVG in den Reihen der SP und in geringerer Masse auch bei den SympathisantInnen der CVP und der FDP aufzeigen. Die Gegnerschaft der Vorlage rekrutierte sich aus den Rängen der politischen Rechten und insbesondere der SVP. Sie war denn auch die einzige Bundesratspartei mit der Nein-Parole.

Grafik 7:

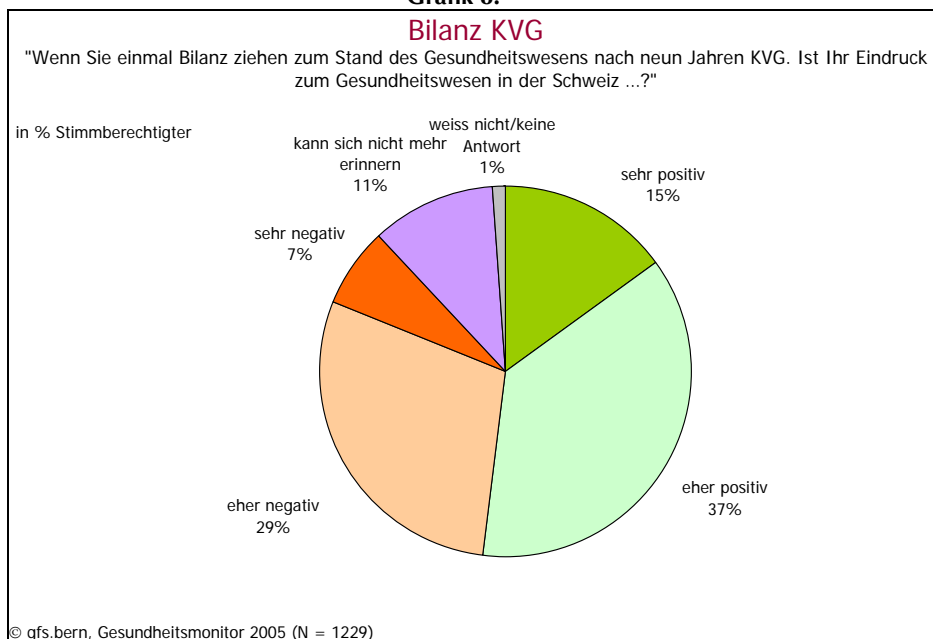


Zweck des neuen Krankenversicherungsgesetzes war insbesondere die Bekämpfung der Kostenexplosion im Gesundheitsbereich, der Schliessung von Lücken im bis anhin geltenden Recht und die Förderung der Solidarität der Versicherten, dies mit der Beseitigung aller Prämienungleichheiten aufgrund des Geschlechts, des Alters beim Eintritt oder des Gesundheitszustandes. Die Einführung des KVG per 1. Januar 1996 hat die sozialpolitische und versicherungsmässige Landschaft tatsächlich wesentlich verändert. Einerseits ist der Krankheitsschutz der Versicherten beträchtlich verbessert, andererseits sind Kostendämpfungsinstrumente eingeführt worden. Gemäss Untersuchungen kann das Ziel der Gewährleistung von Solidarität der Versicherten und vom Zugang zu einer hoch stehenden ärztlichen Versorgung als erreicht gelten. Hingegen konnte das Ziel der Kostendämpfung nicht zufrieden stellend erreicht werden.

Seit Inkrafttreten des Gesetzes war zwischen Kantonen und Krankenversicherern umstritten, wie die Regelung über die Beitragsleistung an ausserkantonale Spitalbehandlungen zu interpretieren sei. Mit einer Teilrevision sollten die nach Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes aufgetretenen Unklarheiten einer dauerhaften Lösung zugeführt werden. Die im Gesetz verankerten Grundsätze sollen konsequent umgesetzt werden, ohne das System in Frage zu stellen. In der Abstimmung vom 17.12.03 lehnte der Nationalrat die Vorschläge der Einigungskonferenz des Ständerates jedoch ab. Die KVG-Revision ist damit gescheitert. Gegenwärtig sind jedoch bereits wieder neue Revisionsdiskussionen am Laufen.

Mehr als 10 Jahre nach der Abstimmung zum neuen Krankenversicherungsgesetz zeigt sich folgendes Bild: Die Bilanz zum Stand des Gesundheitswesens nach neun Jahren KVG entspricht genau dem Abstimmungsergebnis aus dem Jahre 1994. Heute geben 52 Prozent der Stimmberechtigten an, einen sehr oder eher positiven Eindruck vom Schweizer Gesundheitswesen zu haben. 36 Prozent der Befragten ziehen hingegen eine eher bis sehr negative Bilanz der 9 Jahre KVG. 12 Prozent der Befragten konnten oder wollten kein Urteil zum Gesundheitswesen abgeben. Der Zeitvergleich macht jedoch eine eher negativere Bilanz – wenn auch auf hohem Niveau - zum Vorjahr deutlich. Der Anteil mit einer positiven Bewertung der Qualität hat nämlich seit 2005 um 4 Prozentpunkte abgenommen.

Grafik 8:



Während sich auf den ersten Blick nicht viel geändert zu haben scheint, haben sich die Lager der BefürworterInnen und GegnerInnen jedoch verschoben. Ähnlich wie in der Vox-Analyse zur Abstimmung vom Dezember 1994 ergeben sich zwar auch in der Bilanz zum KVG signifikante sprachregionale Unterschiede. Während die Deutschschweiz dem neuen KVG in der Abstimmung skeptischer gegenüber stand, ziehen die Stimmberechtigten hier nun 9 Jahre nach seiner Einführung eine positivere Bilanz als die Befragten der Romandie. Während 54 Prozent der DeutschschweizerInnen einen guten bis sehr guten Eindruck vom Gesundheitswesen in der Schweiz haben, sind in der französischen Schweiz nur minderheitliche 41 Prozent von den Leistungen des neuen KVG überzeugt. Parteipolitisch sind die KritikerInnen des BVG heute unter den ehemaligen BefürworterInnen auszumachen, während die CVP, die FDP und die SVP heute mehrheitlich zufrieden sind mit dem Gesundheitswesen.

Vordergründig ist einstellungsmässig alles stabil geblieben: 1994 wurde das KVG in einer Volksabstimmung knapp mehrheitlich angenommen. Es votierten 52 Prozent dafür. 2005 stehen wiederum 52 Prozent der Stimmberechtigten dem KVG positiv gegenüber. 36 Prozent beurteilen es heute negativ, 12 Prozent kommen zu keinem gerichteten Entscheid. Dennoch, betrachtet man die verschiedenen Teilentwicklungen, kann man von einer grösseren Dynamik im Einzelnen sprechen, die sich vor allem in den Merkmalsgruppen auszeichnen. Übers Ganze gesehen kann das auch eine Folge der Neutralisierung durch gegensätzliche Trends sein. Für die Analysearbeit am Gesundheitsmonitor verwenden wir deshalb die nachstehende Arbeitshypothese:

### **Die Arbeitshypothese**

Die vorherrschende Kostendiskussion in der Öffentlichkeit zeigt Folgen für das verlangte Verhalten der Leistungserbringer. Dabei dominiert die Kostenoptimierung. Die Bevölkerung, die politisch relevante Reaktionen zeigen kann, reagiert jedoch mit erhöhter Betonung der Qualitätserwartungen. Sie rangiert diese höher als die Kostenoptimierung.

## 2.4. Das Forschungsdesign 2005

Im Gegensatz zu anderen Befragungen, die fallweise gemacht werden, gehört es zu den Absichten des Gesundheitsmonitors, Informationen auf einer einheitlichen und konstant gehaltenen Grundlage zu ermitteln. Nur dies erlaubt es nämlich, Unterschiede zwischen und Veränderungen in Indikatoren inhaltlich interpretieren zu können.

Um Zeitvergleiche zu ermöglichen, wurde das Erhebungsdesign 2005 gegenüber den Vorjahren belassen. Immerhin wurden aber einige Anpassungen oder Verbesserungen vorgenommen.

Die Berichterstattung zum Gesundheitsmonitor basiert auf einer Repräsentativ-Befragung, die immer im Sommer des Kalenderjahres realisiert wird. Die Grundgesamtheit der zu befragenden Personen bilden die SchweizerInnen, welche das Stimmrecht haben. Ausgewählt werden die InterviewpartnerInnen aufgrund eines kombinierten Zufalls-/Quotenverfahrens in den Sprachregionen. Erhoben werden die Daten mittels persönlicher Interviews, die durch ausgebildete BefragterInnen des gfs-Befragungsdienstes geführt werden.

Bis 2002 waren es nur jene der deutsch- und französischsprachigen Schweiz, während jene der italienischsprachigen Schweiz aus praktischen Gründen weggelassen wurden. Dieser Mangel wurde ab 2003 behoben. Seither wurde diese Sprachregion sogar überproportional berücksichtigt, um in Spezialauswertungen sofort genügend Informationen zu haben. Deshalb erhöhte sich die Zahl der Befragungen von normalerweise rund 1000 auf zirka 1200.

**Tabelle 1:**  
Übersicht über die technischen Daten der Befragungsreihe „Gesundheitsmonitor“ (1997-2005)

Welle	Datum	Grundgesamtheit	Befragungsart	Stichprobe	N =
1	25.08.-12.09.1997	Stimmberechtigte DCH/FCH	Persönlich (face-to-face)	Zufalls-Quoten-Verfahren für Orte und Personen	1012
2	01.02.-19.02.1999	Stimmberechtigte DCH/FCH	persönlich (face-to-face)	Zufalls-Quoten-Verfahren für Orte und Personen	1008
3	17.07.-28.07.2000	Stimmberechtigte DCH/FCH	persönlich (face-to-face)	Zufalls-Quoten-Verfahren für Orte und Personen	1002
4	16.07.-07.08.2001	Stimmberechtigte DCH/FCH	persönlich (face-to-face)	Zufalls-Quoten-Verfahren für Orte und Personen	998
5	07.07.-04.08.2002	Stimmberechtigte DCH/FCH	persönlich (face-to-face)	Zufalls-Quoten-Verfahren für Orte und Personen	1014
6	01.07.-18.07.2003	Stimmberechtigte ganze Schweiz	persönlich (face-to-face)	Zufalls-Quoten-Verfahren für Orte und Personen, italienischsprachige Schweiz übergewichtet für Spezialanalysen, für Längsschnittanalyse zurückgewichtet	1234
7	28.06.-16.07.2004	Stimmberechtigte ganze Schweiz	persönlich (face-to-face)	Zufalls-Quoten-Verfahren für Orte und Personen, italienischsprachige Schweiz übergewichtet für Spezialanalysen, für Längsschnittanalyse zurückgewichtet	1213
8	04.07.-27.07.2005	Stimmberechtigte ganze Schweiz	persönlich (face-to-face)	Zufalls-Quoten-Verfahren für Orte und Personen, italienischsprachige Schweiz übergewichtet für Spezialanalysen, für Längsschnittanalyse zurückgewichtet	1229
Total	1997-2005	konstant: Stimmberechtigte DCH/FCH	konstant: persönlich (face-to-face)	konstant: Zufalls-Quoten-Verfahren für Orte und Personen	8710

Quelle: gfs.bern, Gesundheitsmonitor

Zwei Eigenheiten des Gesundheitsmonitors bleiben: Die Befragung repräsentiert nicht alle EinwohnerInnen. Es fehlen die Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren sowie die AusländerInnen. Der Hauptgrund hierfür ergibt sich aus der Zielsetzung des Gesundheitsmonitors. Er soll als Orientierungsinstrument für die politische Willensbildung dienen, weshalb er auf dem Meinungsstand der Stimm- und Wahlberechtigten basiert.

Aus dem gleichen Grund ist der Gesundheitsmonitor auch keine PatientInnen-Befragung. Diese würde ein anderes Bild vermitteln, das für die Marktausrichtung von Leistungserbringern interessant wäre, wohl aber viel differenzierter erfasst werden müsste. Der Gesundheitsmonitor will dagegen einen Querschnitt zeigen aus gesunden und kranken Menschen, und zwar so, wie sich die Stimmberechtigten jeweils zusammensetzen, wenn sie die Möglichkeit haben mit zu entscheiden.

Damit Zeitvergleiche effizient erstellt werden können, wurden alle Daten aus den Jahresbefragungen in einer vollelektronischen Datenbank aufgearbeitet. Diese betrachtet die gesammelten Jahresehebungen als eine Grossbefragung, wobei die Ergebnisse gespiegelt durch die Zeitachse nach den gleichen Gesichtspunkten ausgewertet werden können, wie beispielsweise die soziodemografischen Analysen einer Jahresehebung. Die Zusammenlegung der einzelnen Erhebungen hat noch einen zweiten Vorteil. Abstrahiert man von den Veränderungen in den einzelnen Jahren, kann man ausgehend von Mittelwerten über die Zeit das Strukturbild der bestimmenden Faktoren viel differenzierter analysieren. So ist es möglich, über Merkmalsgruppen, die in einer Jahresbefragung zu wenig zahlreich vertreten sind, Aussagen zu machen, indem man sich gleichzeitig auf die Erhebung mehrerer Jahre bezieht.

**Tabelle 2:**  
**Statistische Fehlermargen nach Stichprobengrössen**

<i>N</i> =	500	1000	8000
Fehlermarge	+/- 4,5%	+/- 3,2%	+/- 1,1%

Quelle: Nomogramm

2005 wurden die Rahmenbedingungen des Gesundheitsmonitors optimiert, und der Fragebogen wurde einer kritischen Diskussion unterzogen. Wo im Laufe des letzten Jahres neue Themen aufkamen, wurde der Fragebogen mit zusätzlichen Fragen ergänzt. Das gilt namentlich für die Folgen von Suchtverhalten, wie sie sich zum Beispiel beim Rauchen zeigen, oder von Übergewicht.

Wo es keine schwerwiegenden Einwände an bisher verwendeten Formulierungen im Fragebogen gab, wurden diese belassen. Nur so konnten sinnvolle Zeitvergleiche garantiert werden.

## 2.5. Der Analyserahmen

Die Analyse der Ergebnisse, die aus der Befragung entstehen, geschieht in mehrfacher Hinsicht:

- Zuerst kommt es bei jedem Indikator zu einer Beschreibung der aktuellen Verhältnisse. Je nach Fragestellung widmen wir uns auch den politischen und gesellschaftlichen Determinanten von Einstellungen.

- Die gesamtschweizerischen Verhältnisse werden sodann im Zeitvergleich analysiert, um relevante Trends zu identifizieren.
- Ferner werden im vorliegenden Gesundheitsmonitor auch ausführliche multivariate Kausalanalysen durchgeführt, die Rückschlüsse über die aktuelle Bewertung des KVG zulassen sollen.

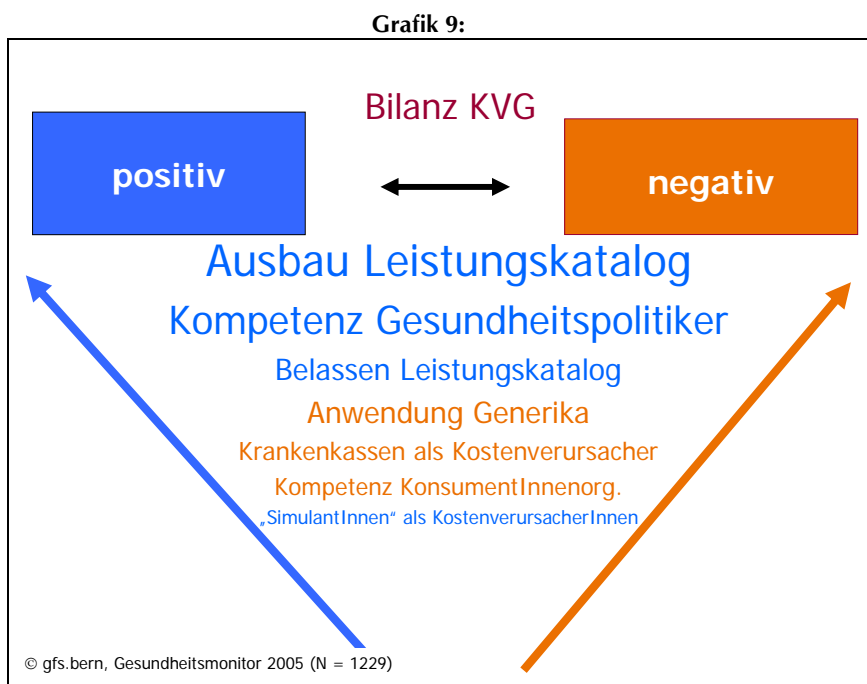
Bei der Datenanalyse galten die folgenden Grundsätze: Merkmalsgruppen werden nur dann ausgewiesen, wenn sie einerseits mindestens 50 Befragte in der Stichprobe umfassen, andererseits die prozentuale Abweichung der Ergebnisse vom Mittel mindestens 4 Prozentpunkte beträgt. Ist eines der beiden nicht der Fall, werden keine Ergebnisse ausgewiesen. Bei Trendvergleichen, die als Veränderungen interpretiert werden, wurden die gleichen Grundsätze angewandt. Nur wenn die Verschiebungen von einer zur anderen Befragung mindestens 4 Prozentpunkte betragen, wird von einem Trend gesprochen. Dieser ist konstant, wenn sich eine Veränderung von der ersten zur zweiten Befragung in der nachfolgenden Wiederholung bestätigt. Ist dies in der dritten Erhebung nicht mehr der Fall, wird ein stagnierender oder gesättigter Trend angenommen, während von einem neuen Trend die Rede ist, wenn sich nach einer Phase der Konstanz Veränderungen nur in den jüngsten Erhebungen zeigen. Schliesslich wird von einem nicht konstanten Trend gesprochen, wenn sich die Resultate von Mal zu Mal in verschiedene Richtungen bewegen.

Die kausale Erklärung der Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Indikatoren und der Zufriedenheit mit dem KVG leisten wir mit Hilfe der multivariaten Regressionsanalyse. Mit dieser Methode wird im Anschluss an jedes Kapitel bestimmt, wie und mit welcher Stärke sich die dort jeweils vorgestellten Indikatoren auf die Zufriedenheit mit dem KVG auswirken. Die Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalysen sind allerdings sehr technisch, sodass wir die Quintessenz in Form eigener (als solche bezeichneten) Grafiken visuell aufarbeiteten. Je grösser die einzelnen Indikatoren in den Regressionsgrafiken dargestellt sind, desto gewichtiger stufen wir diesen vorläufigen Erklärungswert ein. Orange eingefärbte Indikatoren beeinflussen die Bilanz negativ, blau eingefärbte Argumente wirken sich verstärkend auf ein positives Bild vom KVG aus.

Exemplarisch führen wir das hier am Beispiel der vorangestellten zentralen Trends im Gesundheitsmonitor vor. Die sachliche Problemstellung lautet: In welchem Mass wird die vorgestellte Bilanz zum KVG heute durch die Indikatoren, die zur Bestimmung der übergeordneten Trends verwendet wurden, bestimmt. Konkreter noch: In welchem Mass kann eine positive oder negative Bilanzierung erwartet werden, wenn man die Bewertungen der Trendindikatoren kennt, und welche dieser Trendindikatoren sind dabei gewichtiger resp. vermitteln in nur geringerem Masse die Bilanzierung zum KVG.

Die methodische Antwort lautet: Das Bestimmtheitsmass der Regressionsanalyse gibt an, in welchem Masse eine abhängige Variable durch eine oder mehrere unabhängige Variablen insgesamt bestimmt wird. Es wird mit  $R^2$  abgekürzt und liegt zwischen 0 (kein Zusammenhang) und 1 (starker Zusammenhang). Liegt das Bestimmtheitsmass für zwei Variablen X und Y beispielsweise bei  $R^2 = 0.5$ , dann heisst dies, die Hälfte (50%) der Varianz von X kann durch Y erklärt werden. Das Mass, indem die einzelnen Variablen beigezogen werden können, um die erklärte Varianz nach Variablen gesondert zu schätzen, ergibt sich aus den standardisierten Beta-Koeffizienten. Je höher diese im Vergleich der Variablen sind, desto eher kann von einem gewichtigen Beitrag der entsprechenden Variablen ausgegangen werden. Der Vorteil dieses Verfahrens gegenüber der

Korrelationsanalyse ist die Reduktion redundanter Zusammenhänge zwischen mehreren unabhängigen Indikatoren und einer abhängigen Variable. Das kommt insbesondere dann vor, wenn die unabhängigen Variablen untereinander nicht unabhängig sind. Mit der Regressionsanalyse wird auch ein Vorschlag geliefert, welche der abhängigen Erklärungsvariablen die beste ist.



Im vorliegenden Fall sind die Beta-Koeffizienten grafisch dargestellt worden. Ist ihr Vorzeichen positiv, sind die Variablen blau bezeichnet, während sie orange dargestellt sind, wenn der Koeffizient negativ ist. Im ersten Fall kann man von einer positiven, im zweiten von einer negativen Bilanzierung ausgehen. Die Grösse der dabei verwendeten Schrift entspricht dem Beta-Koeffizienten selber. Je grösser dieser ist, desto grösser wird die Variable geschrieben. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Erklärungskraft dieser Variablen stärker ist als jene kleiner verfasster Variablen. Die Reihenfolge der Variablen erfolgt in absteigender Reihenfolge der Beta-Koeffizienten, und zwar unabhängig vom Vorzeichen.

Die Regressionsanalyse zur Bilanzierung des KVG aufgrund der Indikatoren zu den starken und neuen Trends in den gesundheitspolitischen Einstellungen lehrt uns nun vor allem die Bedeutung der Ausstattung des Leistungskatalogs in den Grundversicherungen für die Qualitätsurteile bezüglich des Gesundheitswesens. Wer sich für einen Ausbau oder für das Belassen des heutigen Leistungskatalogs ausspricht, steht dem Gesundheitswesen wohlwollend gegenüber, - und umgekehrt. Die Bilanz von zehn Jahren KVG fällt zudem dort positiv aus, wo man den GesundheitspolitikerInnen Kompetenz in Sachen Gesundheit zuspricht oder den "SimulantInnen" die Hauptrolle bei der Kostentreiberei im Gesundheitswesen zuweist. Wer Generika den teureren Originalpräparaten vorzieht, den Krankenkassen gegenüber Misstrauen äussert oder aber den eher kritischen KonsumentInnen-Organisationen vertraut, zieht hingegen eher eine negative Bilanz.

Die Richtung der Zusammenhänge ist nicht immer eindeutig. Das hat damit zu tun, dass hier Einstellungen mit Einstellungen erklärt werden, wobei es nicht zwingend kausale Verhältnisse gibt, sondern auch Interdependenzen möglich sind. Das zeigt sich am Zu-

sammenhang zwischen positiver Bilanz und Ausbauwunsch. Hier kann nicht abschliessend entschieden werden, was zuerst steht und was daraus folgt.

Die Erklärungskraft des hier vorgestellten Modells insgesamt ist bereits recht gut. Das Bestimmtheitsmass liegt bei 0.12. Die getesteten Indikatoren erklären also die Art und Weise der Einschätzung des KVG durch die Befragten bereits zu fast 12 Prozent. Keine signifikante Wirkung auf die Bilanzierung des Krankenversicherungsgesetzes haben der persönliche Gesundheitszustand, die Haltung zur Medikamentenabgabe, die Haltung, wonach die Verwaltungskosten für die Prämienanstiege verantwortlich sind, sowie die Einschätzung der Kompetenz von Patientenorganisationen.

Einfach ausgedrückt können wir das erste Ergebnis dieser neuen Analyse im Gesundheitsmonitor wie folgt interpretieren:

- Wer mit dem Leistungskatalog in der Grundversicherung, wie er heute besteht, zufrieden ist, oder diesen ausbauen möchte, und/oder wer mit der Arbeit der GesundheitspolitikerInnen zufrieden ist, der zieht zum KVG 2005 eine positive Bilanz. Das Problem im Gesundheitswesen ortet man vor allem bei SimulantInnen.
- Wer dagegen unzufrieden ist mit dem KVG, sieht das Kostenproblem mehr durch die Krankenversicherer verursacht, orientiert sich verstärkt an den KonsumentInnen-Organisationen und ist bereit, bei gleicher Wirkung kostengünstigere Nachahmerprodukte zu verwenden.
- Ersteres ist die Mehrheits-, zweiteres die Minderheitsposition. Eine Erklärung der Bilanz zum KVG nur auf dieser Basis ziehen zu wollen, wäre aber stark vereinfacht, weil die gesamthafte Modellerklärung beschränkt bleibt.

Das Erklärungsmodell schrittweise und insgesamt zu verbessern, ist nebst der Datenpräsentation auch die Absicht der nachfolgenden Berichterstattung.

## 3. Die Befunde

Das Kapitel zu den Befunden des „Gesundheitsmonitors 2005“ ist folgendermassen gegliedert:

- 10 Jahre KVG (3.1.)
- Zentrale Werte definieren übergeordnete Ziele (3.2.)
- Klagen über Kosten verlagern sich (3.3.)
- Kostensteigerung und Mittelverlagerung erwartet (3.4.)
- Krankenkassen geraten auf die Anklagebank (3.5.)
- Leistungsabbau nur fallweise erwünscht (3.6.)
- Fallweise mehr Eigenverantwortung akzeptiert (3.7.)
- Generika, Postversand und Internet wegen Medikamentenpreisen im Kommen (3.8.)
- Leistungserbringer in der Defensive, Schutzverbände in der Offensive (3.9.)

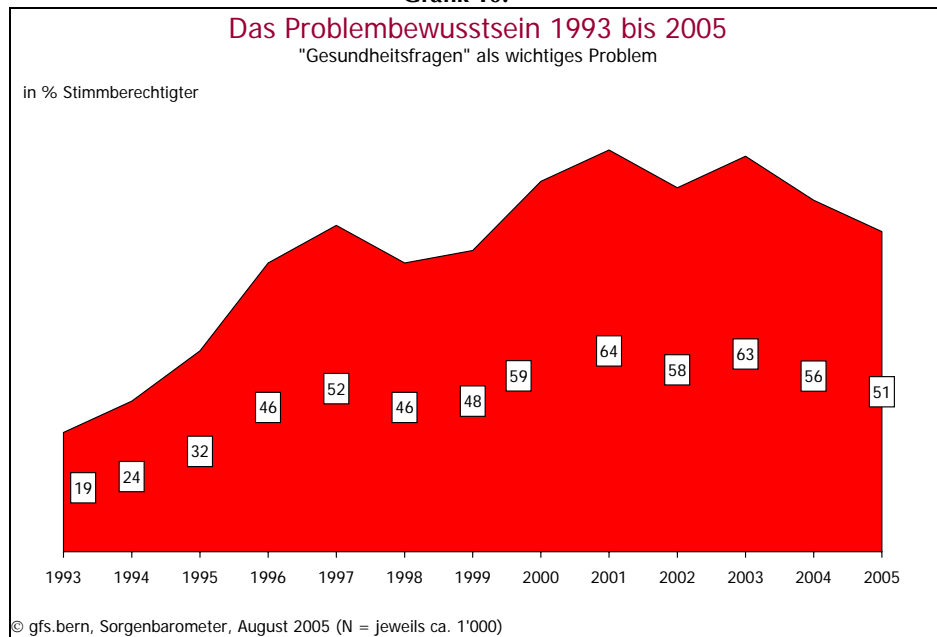
In jedem Kapitel stellen wir die Befunde der aktuellen Befragung sowie die wichtigen Trends vor. Jedes Kapitel wird schliesslich mit einer Zwischenbilanz abgerundet, welche die Synthese vorbereitet.

### 3.1. Die Übersicht nach 10 Jahre KVG

#### 3.1.1. *Das Problembewusstsein*

Mit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes im Jahre 1996 sorgen Gesundheitsfragen erstmals für grossflächige Verunsicherung und besetzen seither einen Spitzenplatz im Problemhaushalt der SchweizerInnen. Im Jahre 2005 steht das Gesundheitswesen in der Problemwahrnehmung der Bevölkerung an zweiter Stelle gleich hinter der Arbeitslosigkeit. Seit wir dieses Problem im Sorgenbarometer vergleichbar operationalisiert haben, also seit 1995 ist der allgemeine Trend steigend. Die Nennhäufigkeit ging im Kurzzeitvergleich zwar schon vier Male zurück (1998, 2002, 2004 und jetzt auch 2005), doch hielt das nie mehr als kurzfristig an. Von einer eigentlichen Entproblematierung dieses Bereichs kann deshalb vorerst nicht die Rede sein.

Grafik 10:

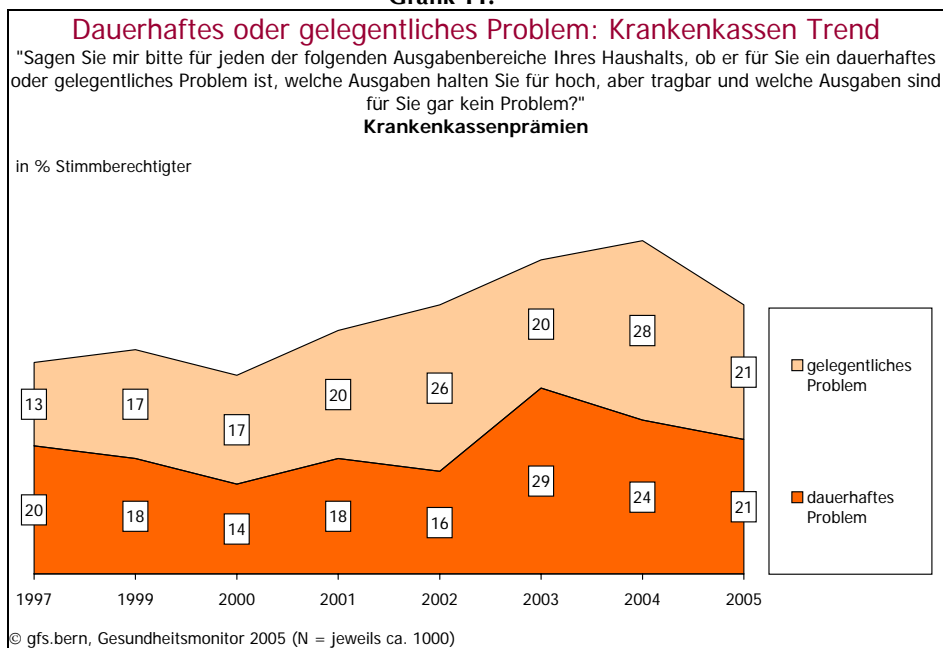


Erfahrungsgemäss ist dabei der Anstieg der Krankenkassenprämien (Gesundheitsmonitor 2005) das zentrale Moment. Diese sind zwischenzeitlich so hoch, dass sie für eine starke Minderheit der Stimmberechtigten ein Problem darstellen. Das ist in den unteren Schichten besonders ausgeprägt der Fall.

Das Profil der Trendgruppen ist entsprechend. Probleme im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen werden von den ältesten Menschen, Personen mit tiefer Bildung oder ganz tiefen Einkommen besonders erwähnt. Generell kommt das in der Romandie verstärkt vor. Es ist auch nicht frei von der wirtschaftlichen Entwicklung. Besonders bei Personen, deren ökonomische Situation sich im Jahresvergleich verschlechterte, werden Probleme mit dem Gesundheitswesen verdeutlicht hervorgehoben. Alles andere als Trend sind in dieser Hinsicht die selbständig Erwerbenden, die ganz Jungen und Personen, die ihre Wirtschaftslage optimistisch beurteilen.

Dass die Krankenkassenprämien nach wie vor eine dauerhafte oder zumindest gelegentliche Belastung für die Haushaltskassen der SchweizerInnen darstellen, bestätigt auch der Gesundheitsmonitor.

**Grafik 11:**



Zwar wurde dieser Trend 2005 das erste Mal seit 1999 wieder gebrochen, aber auch heute noch stellen die Krankenkassenprämien für 42 Prozent der Stimmberechtigten - zumindest gelegentlich - eine finanzielle Belastung dar. Vergleichsweise stark gesunken ist seit letztem Jahr insbesondere der Anteil der Personen, für welche die Krankenkassenprämien nur ein gelegentliches Problem darstellen. Relativ konstant blieb hingegen der Wert bei den Befragten, deren Haushaltsbudget durch die Krankenkassenprämien dauerhaft belastet ist. Die heutige Problemwahrnehmung entspricht in ihrem Gesamtbild dem Niveau von 2002.

### 3.1.2. Forderungen bezüglich Krankenkasse

Trotz dem hohen Kostendruck im Bereich der Krankenversicherungen sind bislang alle Gegenvorschläge zum KVG in Volksabstimmungen gescheitert.

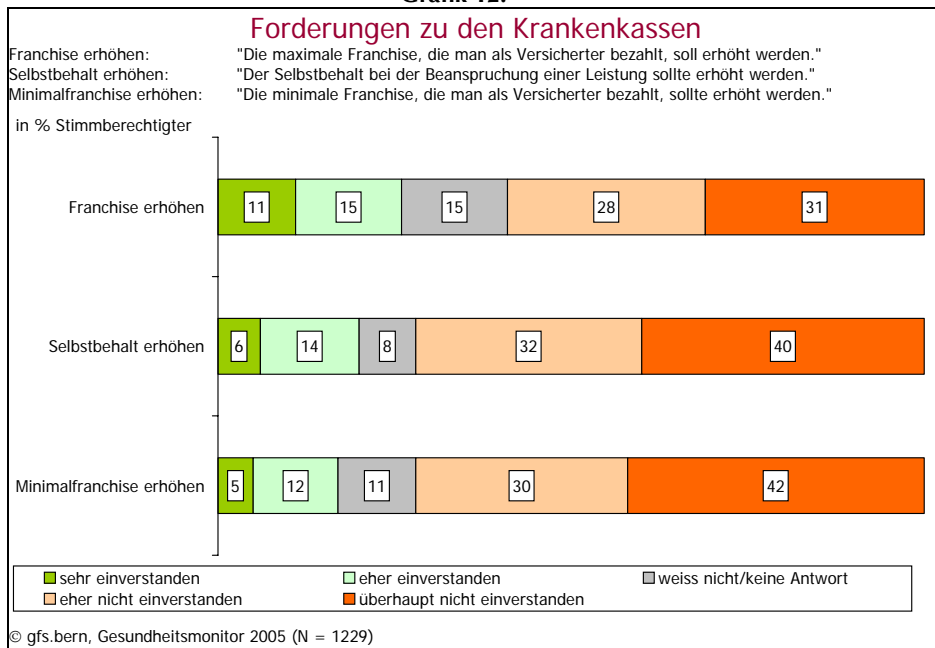
**Tabelle 3:  
Erfolgreiche Volksabstimmungen zu Alternativen**

Datum	Vorlage	Zustimmung Volksmehr	Zustimmung Ständemehr
26.11.00	Volksinitiative für tiefere Spitalkosten	18:82	0:23
04.03.01	Volksinitiative für tiefere Arzneimittelpreise	31:69	0:23
09.02.03	Anpassung Kantonsbeiträge	77:23	-
18.05.03	SP-Gesundheitsinitiative	27:73	3:20

Quelle: www.admin.ch

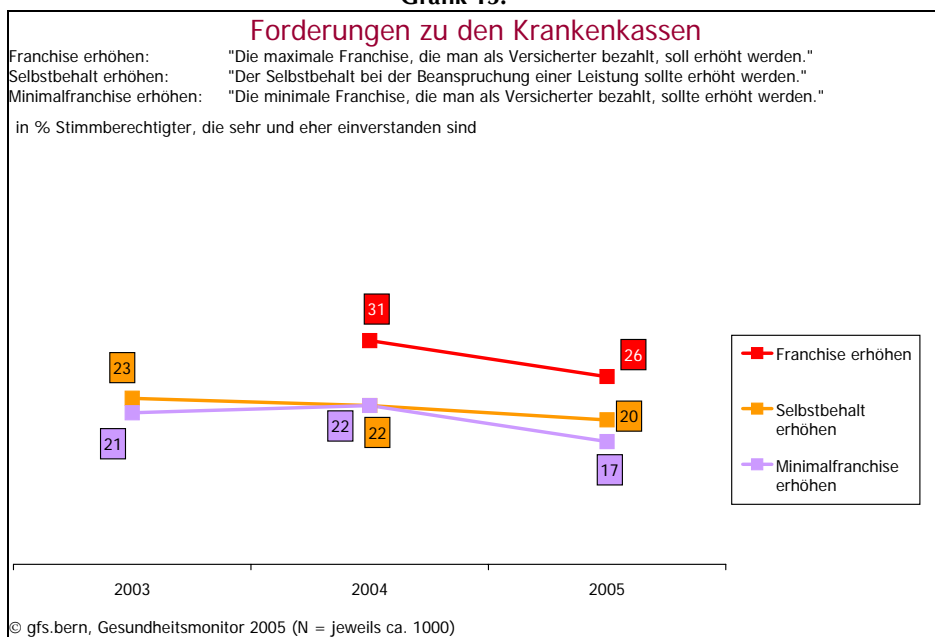
Ausnahmslos und durch alle Merkmalsgruppen hindurch grossmehrheitlich abgelehnt werden auch Sofortmassnahmen zur Reform der Krankenversicherung. Die Stimmberechtigten in der Schweiz wollen auf keinen Fall noch stärker zur Kasse gebeten werden.

Grafik 12:



Am knappsten verworfen wird der Vorschlag, die maximale Franchise zu erhöhen. Allerdings stehen auch dieser Massnahme mehrheitliche 59 Prozent der Stimmberechtigten ablehnend gegenüber. Nur jede vierte Person würde eine Erhöhung der Maximalfranchise begrüssen. Von je 69 Prozent der Stimmberechtigten werden die Erhöhung des Selbstbehaltes oder der Minimalfranchise verworfen.

Grafik 13:

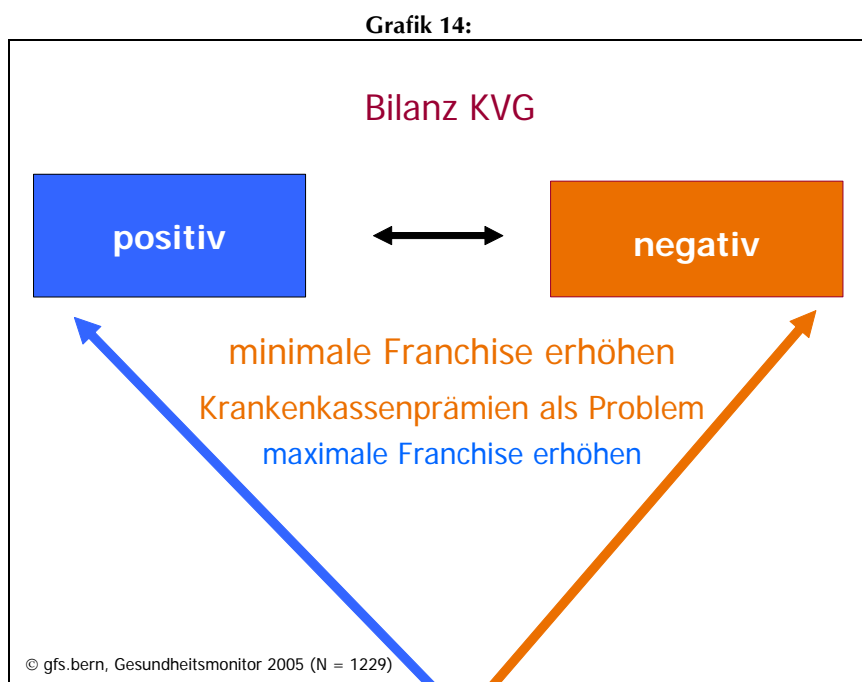


Im Vergleich zu den beiden Vorjahren ist die Akzeptanz dieser beiden Forderungen sogar noch weiter gesunken. Während sich 2003 noch 23 Prozent der Befragten mit einer Erhöhung des Selbstbehaltes einverstanden erklärten, sind es heute nur noch 20 Prozent. Die Zustimmung zur Erhöhung der Minimalfranchise ist von 21 Prozent im Jahre 2003 auf 17 Prozent für 2005 gesunken.

### 3.1.3. Die Zwischenbilanz

Die bisherige Betrachtungsweise von Aussagen und Forderungen zum Gesundheitswesen erklärt noch nicht, anhand welcher Indikatoren die Schweizer Stimmberechtigten das Krankenversicherungsgesetz beurteilen. Die Regressionsanalyse soll diese Verknüpfung nun sichtbar machen. Sie erstellt eine Rangliste der Aussagen und Argumente sortiert nach der Stärke ihrer Wirkung auf die Zufriedenheit der Befragten mit dem Gesundheitswesen nach fast zehn Jahren KVG.

Die individuelle Kostenfrage im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen ist noch immer von Bedeutung, wenn auch die Klagen über die finanzielle Belastung des Einzelnen durch die Krankenkassenprämien etwas leiser geworden sind. Nur eine Minderheit unterstützt Massnahmen zur Optimierung der Prämien durch höhere Eigenverantwortung.



Die erste multivariate Kausalanalyse macht deutlich, dass die beiden Forderungen nach Erhöhung der Minimalfranchise oder der Maximalfranchise eine diametral verschiedene Wirkung auf die Beurteilung der Qualität des KVG haben. Wer der Meinung ist, die Minimalfranchise sollte erhöht werden, zieht eher eine negative Bilanz aus fast 10 Jahren KVG. Diese Forderung widerspiegelt gleichzeitig den stärksten aller in diesem Kapitel getesteten Indikatoren. Ebenfalls einen negativen Effekt auf die Bewertung des KVG weist die Belastung des Haushaltsbudgets durch die Krankenkassenprämien auf. Wer hingegen die Meinung vertritt, die Maximalfranchise könnte noch weiter erhöht werden, ist mit der Qualität des Gesundheitswesens weitgehend zufrieden.

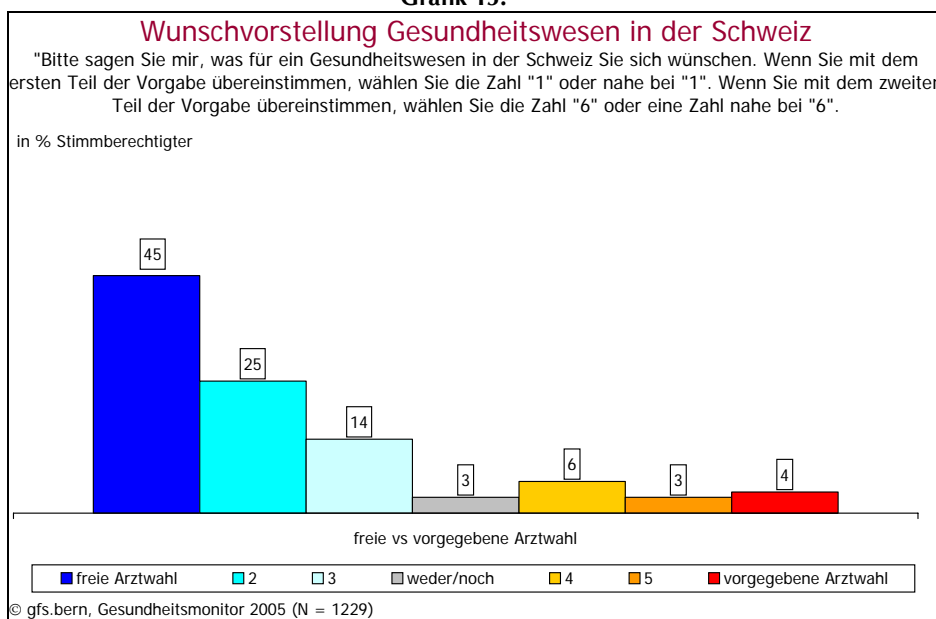
Die in dieser Regressionsanalyse getestete Wirkung der drei unabhängigen Variablen auf die Einschätzung des KVG ist jedoch relativ schwach. Dies lässt sich am Bestimmtheitsmass ( $R^2$ ) der Regressionsgleichung ablesen.  $R^2$  liegt hier bei 0.043. Das bedeutet, dass die drei signifikanten Indikatoren, nur gerade 4.3 Prozent der Gesamtbeurteilung des KVG zu erklären vermögen. Keinen signifikanten Einfluss auf die KVG Bilanz hat die Einschätzung der Krankenkassenprämien als Problem für die eigene Haushaltskasse.

## 3.2. Die zentrale Werte für das Gesundheitswesen

### 3.2.1. Die freie Arztwahl als Wert

Grossmehrheitliche 84 Prozent der Befragten sprechen sich weiter für ein Schweizer Gesundheitswesen aus, wo die PatientInnen frei wählen können, bei welchem Arzt oder Spital sie sich behandeln lassen, - 45 Prozent eindeutig, 39 Prozent in der Tendenz. Demgegenüber wünschen sich nur 13 Prozent ein Gesundheitswesen in der Schweiz, wo die Krankenkasse die Arzt- oder Spitalwahl vorentscheidet. Die Richtung ist klar vorgegeben, in dieser Frage herrscht sehr grosser Konsens in der Bevölkerung: Die freie Arztwahl soll nicht eingeschränkt werden.

Grafik 15:

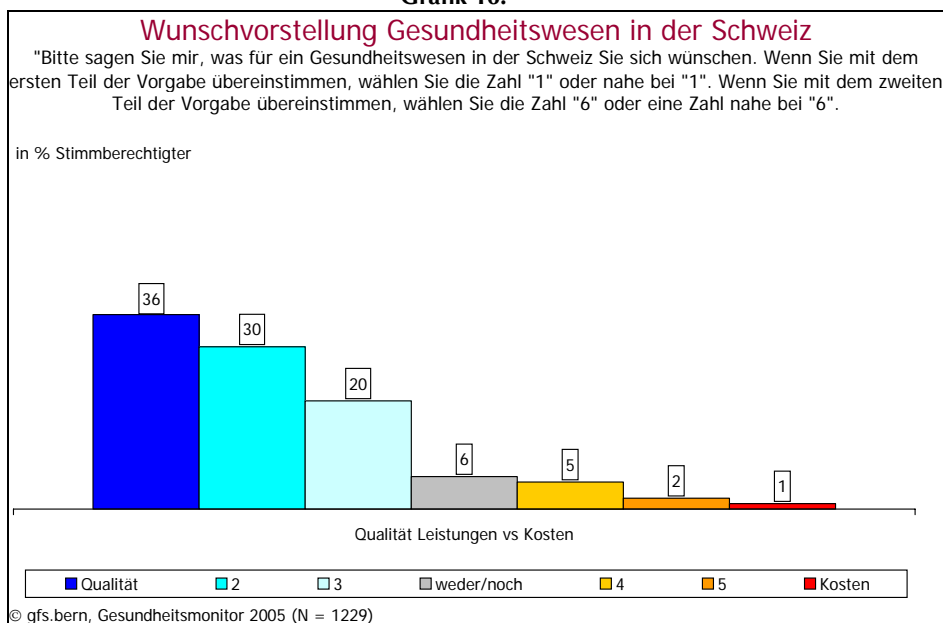


In der Frage der freien Arztwahl zeichnet sich kein Trend ab. Die Meinung der Stimmberechtigten zum Thema ist hier konstant.

### 3.2.2. Die Versorgungsqualität als Wert

Noch klarer zeigt sich das Bild bei der Abwägung zwischen Qualität und Kosten. Überraschende 86 Prozent der Befragten fordern ein Gesundheitssystem, welches Qualitätskriterien den Kostenüberlegungen vorzieht. Nur minderheitliche 8 Prozent möchten hingegen den wirtschaftlichen Argumenten im Gesundheitswesen den Vorrang geben.

Grafik 16:

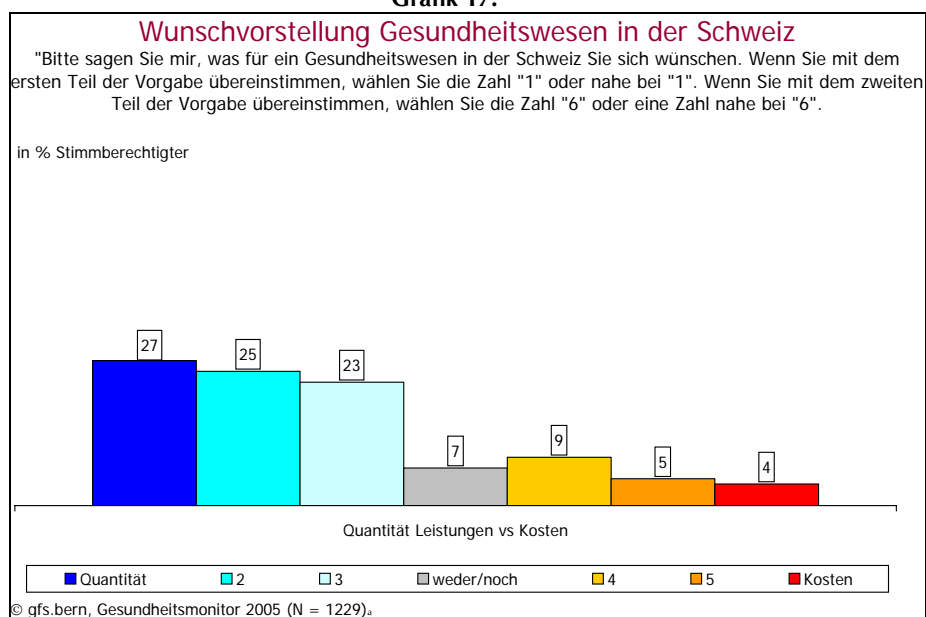


Auch in dieser Frage zeigt sich über die Zeit hinweg ein einheitliches Bild. Die Meinungen sind gefestigt und weisen seit 2003 klar in Richtung "Qualität".

### 3.2.3. Die Versorgungsquantität als Wert

Auf die Polarität zwischen Quantität und Kosten im Gesundheitswesen angesprochen, herrscht ein relativ eindeutiger Wunsch vor. Könnte man frei wählen, wäre die Sicherung der Menge der Leistungen klar den Kostenüberlegungen vorzuziehen. Mehr als ein Viertel der Befragten (27 Prozent) sind klar, weitere 48 Prozent dezidieren dieser Meinung. Demgegenüber stehen 18 Prozent der Stimmberechtigten, die wiederum die Kostenargumente stärker gewichten. Der Konsens ist hier zwar weniger ausgeprägt als bei der freien Arztwahl oder der Qualitätssicherung, dennoch zeichnet sich auch bei dieser Frage eine klare Tendenz hin zur Garantierung der Quantität ab.

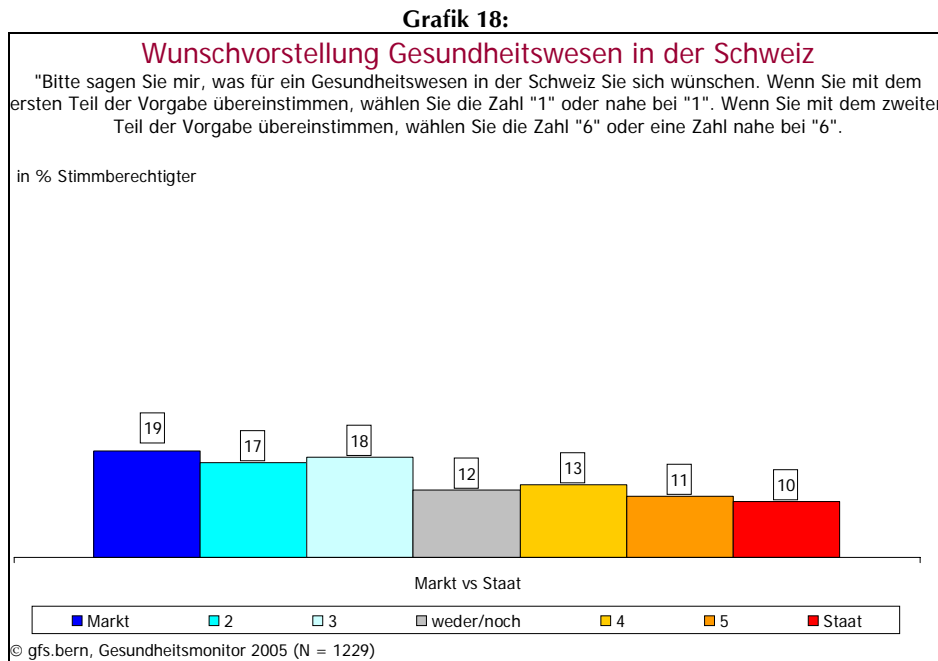
Grafik 17:



In der Abwägung zwischen Quantität und Kosten zeigt sich zudem ein eindeutiger Trend über die Zeit: Weg von Kostenüberlegungen und hin zur Sicherung der Leistungen.

### 3.2.4. Der freie Wettbewerb als Wert

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten wünscht sich ein Gesundheitswesen in der Schweiz, wo der Markt spielen kann. Demgegenüber spricht sich rund jede dritte Person klar oder in der Tendenz für ein vom Staat geregeltes Gesundheitswesen aus.

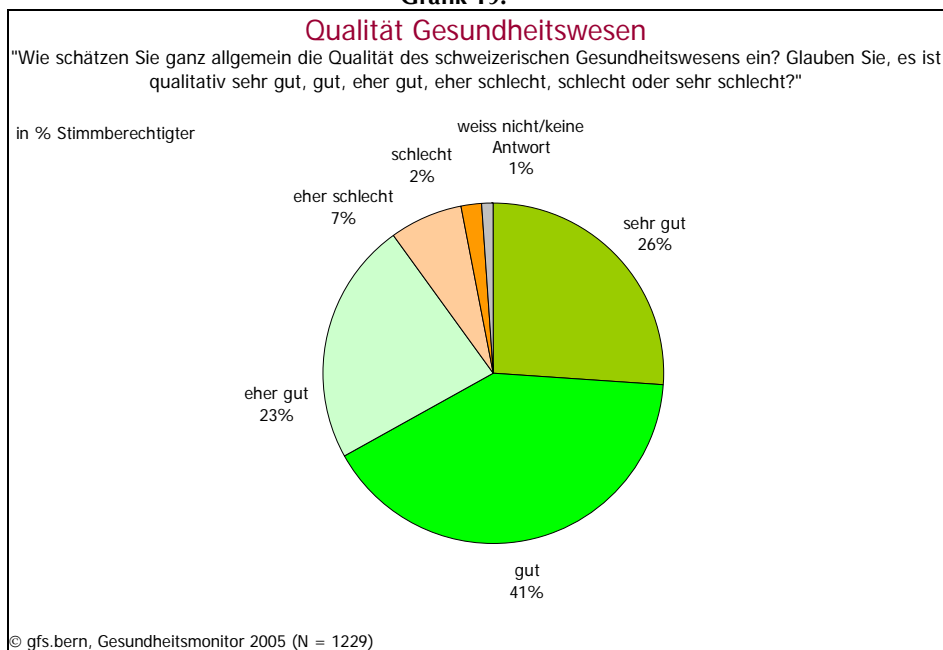


An dieser Tendenz in Richtung eines freien Wettbewerbs im Bereich des Gesundheitswesens der Schweiz hat sich in den letzten drei Jahren nichts geändert.

### 3.2.5. Die Einschätzung der Qualität des Gesundheitswesens heute

Die Qualität des Schweizer Gesundheitswesens wird überwiegend positiv bewertet. Neun von zehn Personen geben die Noten eher gut bis sehr gut ab. Rund ein Viertel der Befragten ist mit der Qualität des Gesundheitswesens sehr zufrieden, 41 Prozent bewerten die Qualität als gut, weitere 23 Prozent als eher gut. 9 Prozent der Stimmberechtigten konnte das heutige Gesundheitswesen schliesslich nicht überzeugen, sie bewerten die Qualität als eher schlecht bis schlecht.

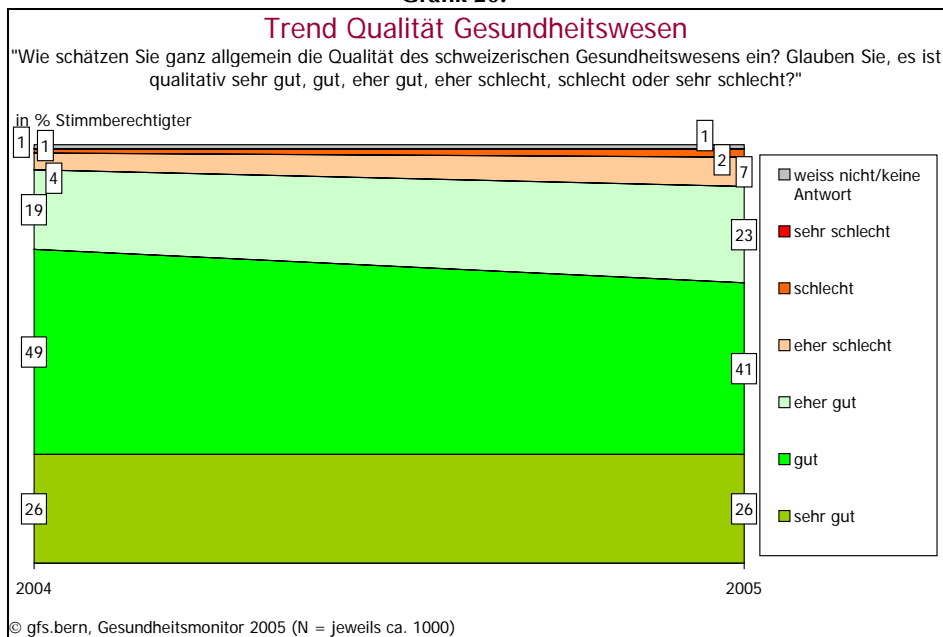
Grafik 19:



Signifikant häufiger erhält das Schweizer Gesundheitswesen die Note "sehr gut" von Personen aus urbanen Gebieten, Personen mit einem sehr hohen Haushaltseinkommen von über 9000 CHF, von DeutschschweizerInnen, von SP-SympathisantInnen sowie von Personen, die ihren persönlichen Gesundheitszustand als gut beschreiben. Am durchschnittlich schlechtesten schneidet die Qualität bei AnhängerInnen der SVP und Personen mit eingeschränktem Wohlbefinden ab.

Der Zeitvergleich macht jedoch deutlich, dass die Bilanz auf hohem Niveau 2005 leicht negativer ausfällt als im Vorjahr.

Grafik 20:



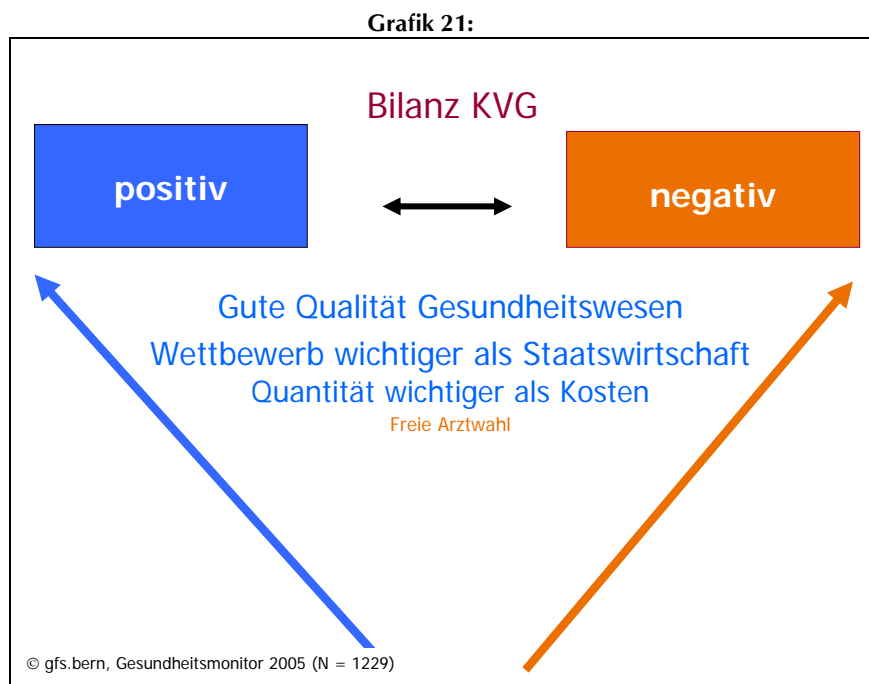
Die positiven Bewertungen sind leicht rückläufig. Während sich 2004 insgesamt 94 Prozent zu einem eher guten bis sehr guten Urteil über die Qualität des Gesundheitswesens in der Schweiz bewegen konnten, sind es nun 4 Prozent weniger. Die kritischen Bewertungen haben entsprechend von 5 auf 9 Prozent zugenommen.

### 3.2.6. Die Zwischenbilanz

Das Schweizer Gesundheitswesen erfreut sich eines guten Rufs unter den Stimmberechtigten. Qualität ist in Fragen rund um Gesundheit der zentrale Wert, den es auch in Zukunft zu sichern gilt. Kosteneinsparungen dürfen keine Qualitätseinbussen zur Folge haben, in diesem Punkt ist man sich einig. Wichtiges und einzigartiges Qualitätsmerkmal des Schweizer Gesundheitswesens ist die Wahlfreiheit und der freie Wettbewerb. Einschränkungen der freien Arzt- oder Spitalwahl werden denn auch ausdrücklich abgelehnt.

Eine Regressionsanalyse soll uns wiederum Aufschluss geben darüber, welche der in diesem Kapitel vorgestellten Indikatoren in das Urteil über das Gesundheitswesen wie einfließen.

Hier wird abermals die Bedeutung der Qualität im Gesundheitswesen deutlich. Wer dem Gesundheitswesen hohe Qualität attestiert zieht positive Bilanz aus zehn Jahren KVG. Dies gilt ebenfalls für jene Stimmberechtigten, welche den freien Wettbewerb im Gesundheitswesen Schweiz wie auch den bestehenden Leistungsumfang nicht einschränken wollen. Die Forderung nach uneingeschränkter Arzt- oder Spitalwahl hat hingegen heute einen leicht negativen Effekt auf die KVG Bilanz.



Das Bestimmtheitsmass des Modells mit diesen vier unabhängigen Indikatoren weist einen Wert von 0.077 aus, was einer erklärten Varianz von knapp 8 Prozent entspricht.

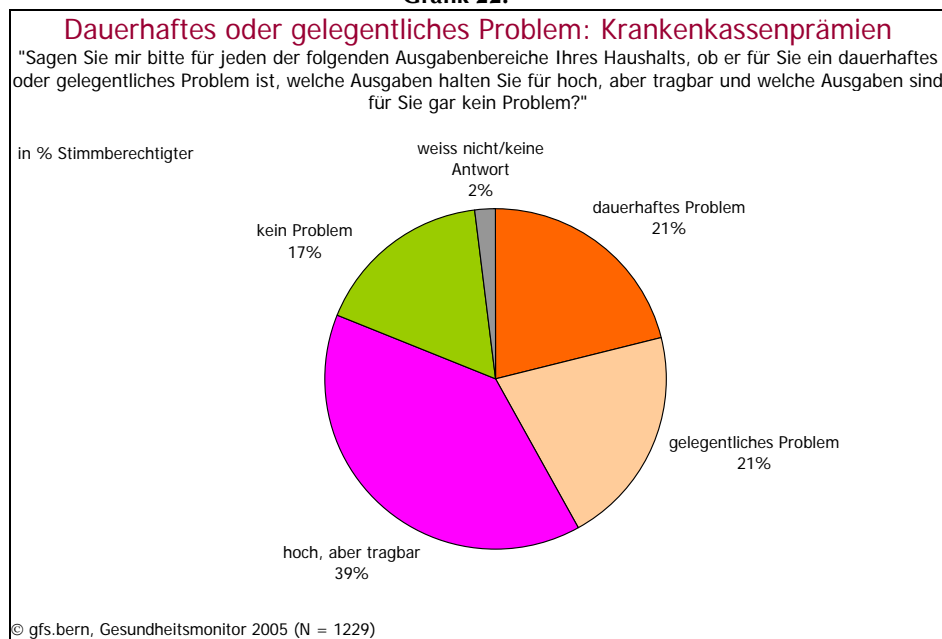
Die Abwägung zwischen der Qualität der Gesundheitsleistungen und den Kosten hat keine signifikante Wirkung auf die Beurteilung des Krankenversicherungsgesetzes.

### 3.3. Die Probleme mit den Gesundheitskosten

#### 3.3.1. Das Problem der Krankenkassenprämien

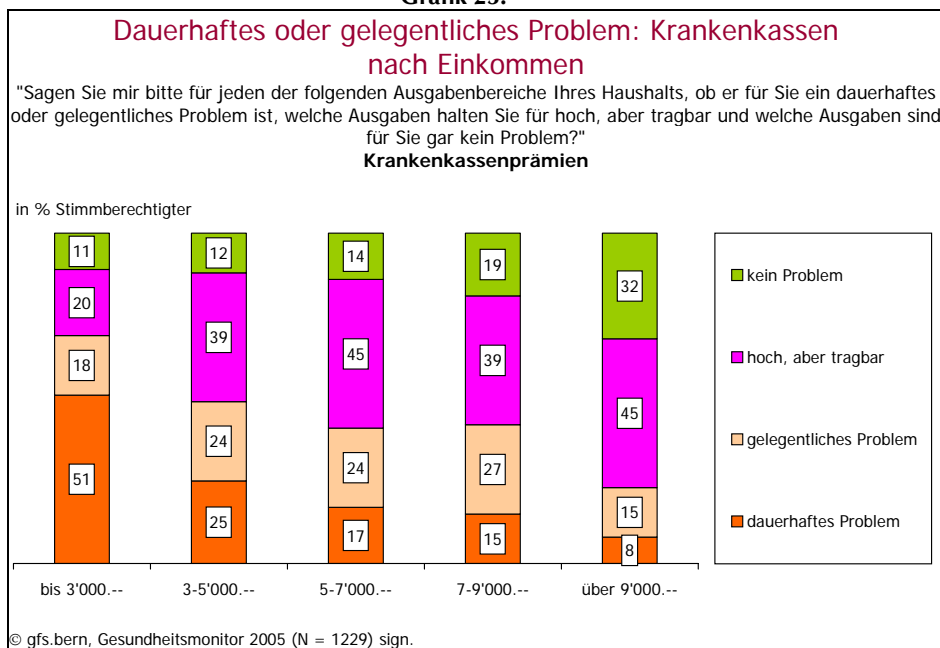
Krankenkassenprämien stellen für 42 Prozent der Befragten ein dauerhaftes oder zumindest gelegentliches Problem für die Haushaltskasse dar. Weitere 39 Prozent sind der Meinung, dass die Prämien zwar hoch, aber dennoch tragbar sind. Die übrigen 19 Prozent haben kein Problem mit der Begleichung der Krankenkassenprämien oder haben dazu keine Meinung.

Grafik 22:



Im Gegensatz zu unserer Umfrage im Jahr 2003, wo Klagen über die Höhe der Prämien in den mittleren bis hin zu oberen Einkommensschichten stark gestiegen sind, stellen die Krankenkassenprämien heute insbesondere wieder für die Haushalte mit einem sehr tiefen Haushaltseinkommen ein Problem dar.

Grafik 23:

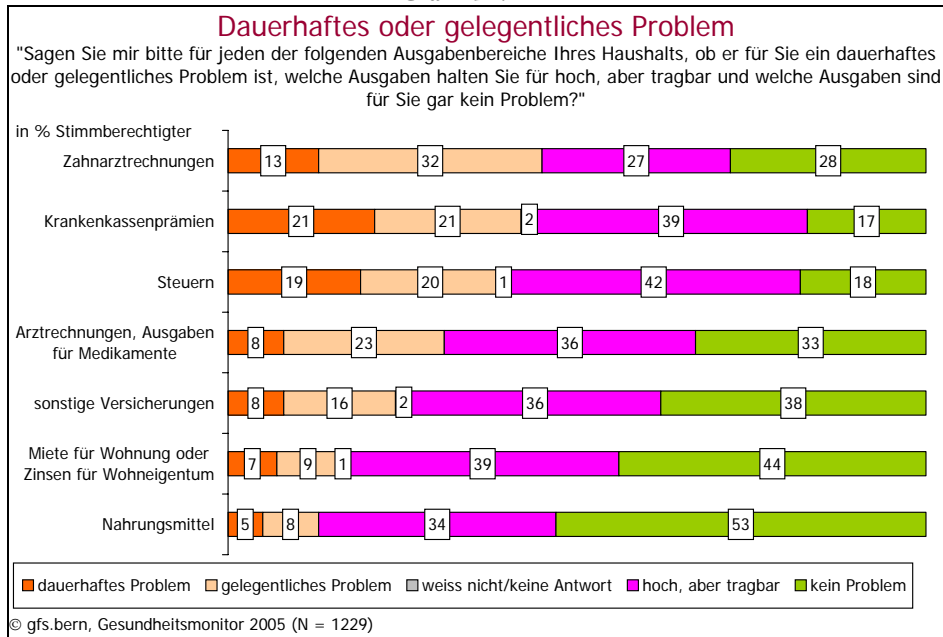


Mehr als die Hälfte der Befragten, die mit weniger als 3000 CHF pro Monat auskommen müssen, empfinden die Prämienlast dauerhaft als erdrückend. Dies sind mehr als sechs Mal so viele als bei den Haushalten mit einem hohen Monatseinkommen von mehr als 9000 CHF. Die Schwierigkeiten sind also verstärkt schicht- und einkommensabhängig.

### 3.3.2. Das Problem der Zahnarztrechnungen

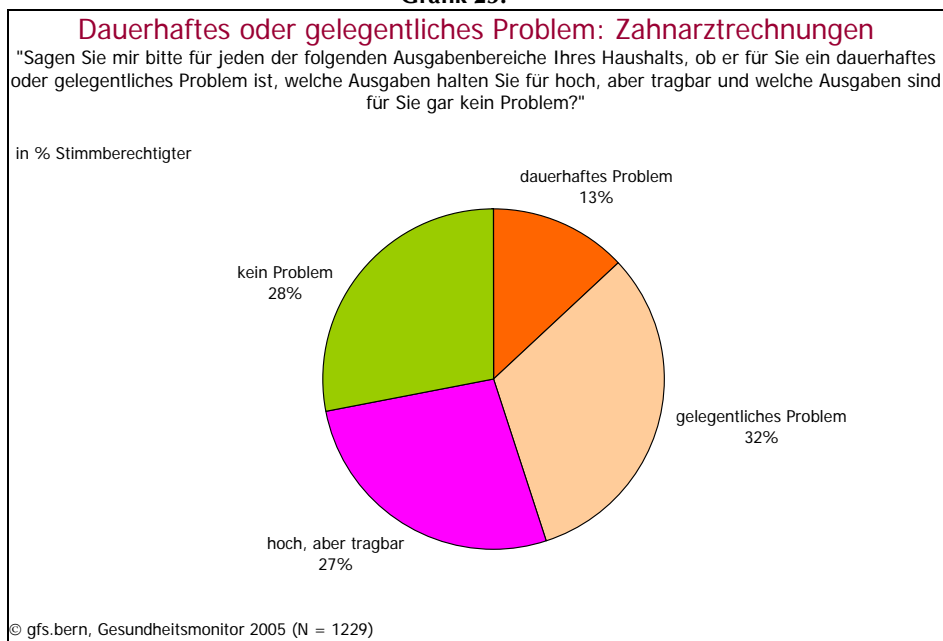
Obwohl sich heute 10 Prozent weniger Befragte als noch vor einem Jahr über die Höhe der Krankenkassenprämien beklagen, kann keine Entwarnung in der Kostenfrage gegeben werden, denn die Klagen haben sich in andere Bereiche verlagert. Am meisten Kummer bereiten heute die Zahnarztrechnungen. Zwar stellen sie nur für 13 Prozent der Befragten ein dauerhaftes Problem dar. Somit liegen sie hier 8 Prozentpunkte hinter dem Dauerproblem Krankenkasse. 27 Prozent der Stimmberechtigten halten die Zahnarztrechnungen zwar für hoch, aber tragbar. Die restlichen 28 Prozent schliesslich haben gar kein Problem mit der Begleichung von Zahnarztrechnungen. Insgesamt geben aber 45 Prozent der Befragten bei den Zahnarztrechnungen an, dass diese das Haushaltsbudget zumindest gelegentlich belasten. Sie verweisen in diesem Jahr somit die Krankenkassenprämien auf den zweiten Platz der Klagenliste. An dritter Stelle erst erscheinen die Steuern, die seit 2002 jeweils als zweitgrösstes Problem gleich hinter den Krankenkassenprämien rangierten.

**Grafik 24:**



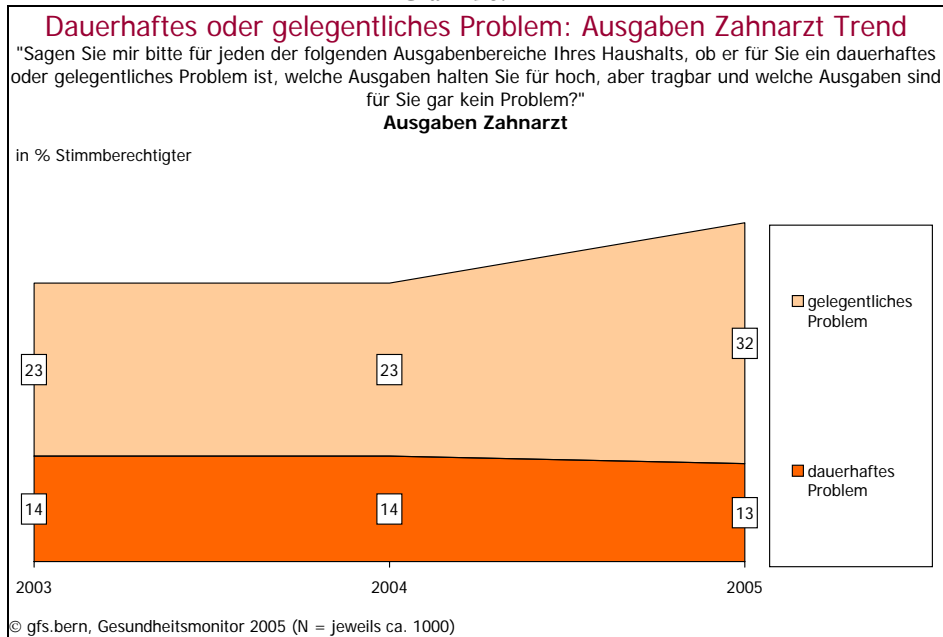
Insgesamt sagen heute 45 Prozent der Befragten aus, dass die Kosten für Zahnarztrechnungen das Haushaltsbudget gelegentlich oder dauerhaft belasten.

**Grafik 25:**



Das sind 8 Prozent mehr als in den beiden Vorjahren. Seit 2003 ist die Personengruppe, welche die Ausgaben für Zahnarztrechnungen als dauerhaftes Problem beschreibt, konstant geblieben. Während aber letztes Jahr erst rund jede vierte Person (23 Prozent) auf gelegentliche Probleme mit Zahnarztrechnungen verwies, ist es heute bereits jede Dritte (32 Prozent).

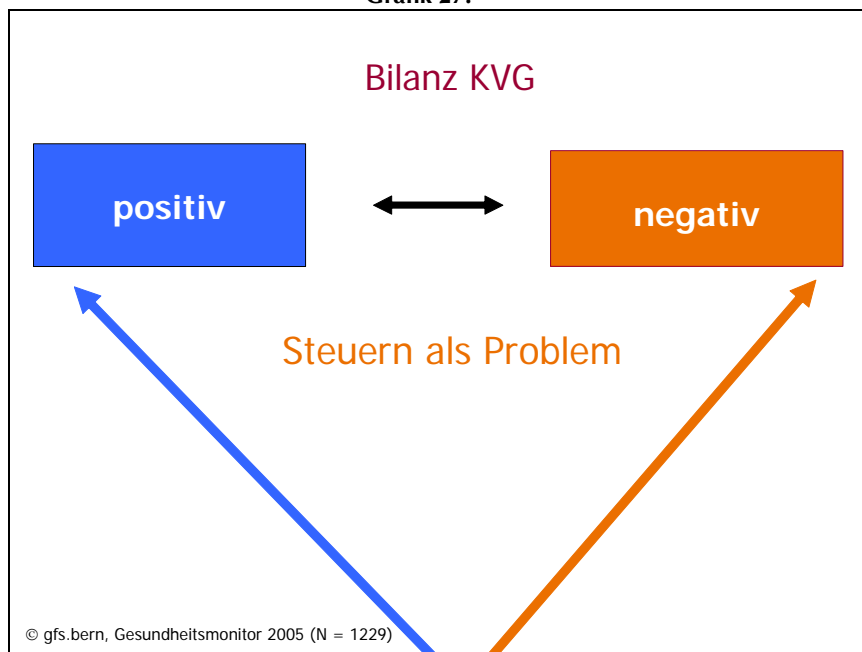
Grafik 26:



### 3.3.3. Die Zwischenbilanz

Die Krankenkassenprämien stellen nach wie vor - jedoch mit abnehmender Tendenz - eine Belastung für das individuelle Budget dar. Dies gilt in besonderem Masse für Personen mit einem tiefen Haushaltseinkommen. 2005 werden die Klagen über die monatliche Prämienlast erstmals von den Problemen mit den Arzt- und insbesondere die Zahnarztrechnungen in den Schatten gestellt.

Grafik 27:



Zwar erscheinen die Steuern auf dem finanziellen Sorgenbarometer der Stimmberechtigten erst auf dem dritten Platz - also nach den Krankenkassenprämien und den Zahnarztrechnungen, die Regressionsanalyse zeigt aber, dass alleine die Einschätzung der individuellen Belastung durch Steuerabgaben Einfluss auf die Bilanz des Gesund-

heitswesens ausübt. Wer also gelegentliche oder dauerhafte Probleme beim Begleichen der Steuern bekundet, ist vom heutigen Stand des Gesundheitswesens nach fast zehn Jahren KVG enttäuscht. Das Ergebnis spricht dafür, dass die eigentlichen ökonomischen Probleme durch die Steuern verursacht werden, dass aber die Krankenkassenprämien als Ventil für Unmutsäusserungen dienen.

Auf die Gesamtbeurteilung des KVG haben die Klagen über die Höhe der Steuern aber kaum Auswirkungen. Sie erklären nur knapp 3 Prozent ( $R^2=0.028$ ) der abhängigen Variable.

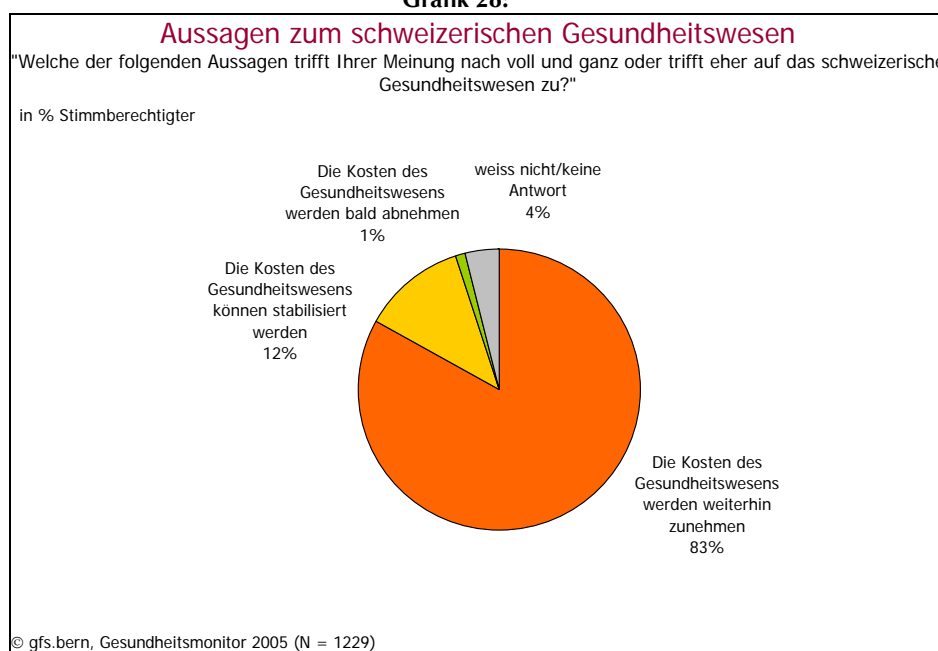
Sowohl die Einschätzung der Haushaltsbudgetbelastung durch Krankenkassenprämien als auch jene durch Zahnarztrechnungen haben also keinen signifikanten Einfluss auf die Bilanz. Ebenfalls unbedeutend für die Beurteilung des KVG sind Arztrechnungen, Prämien für sonstige Versicherungen, die Wohnungsmiete sowie Ausgaben für Nahrungsmittel.

### 3.4. Die Einstellung zur Kostensteigerung

#### 3.4.1. Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen

Grossmehrheitliche 83 Prozent der Befragten rechnen damit, dass die Kosten des Gesundheitswesens weiterhin zunehmen werden. Weitere 12 Prozent nennen die Stabilisierung oder Begrenzung der Kosten als das wahrscheinlichste Zukunftsszenario für das Gesundheitswesen. Nur marginale 1 Prozent der Stimmberechtigten gehen von einer Kostensenkung aus.

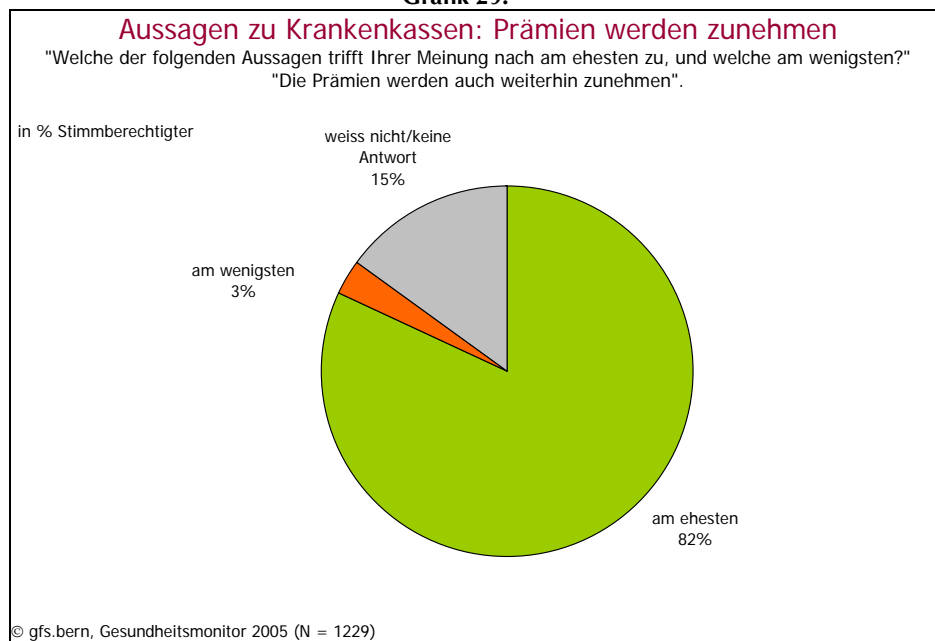
Grafik 28:



Entsprechend der Erwartungen zu den künftigen kollektiven Kostenentwicklungen im Gesundheitswesen allgemein werden Konsequenzen für die individuellen Prämien er-

wartet. 82 Prozent der Befragten gehen davon aus, dass die Prämien auch weiterhin zunehmen werden.

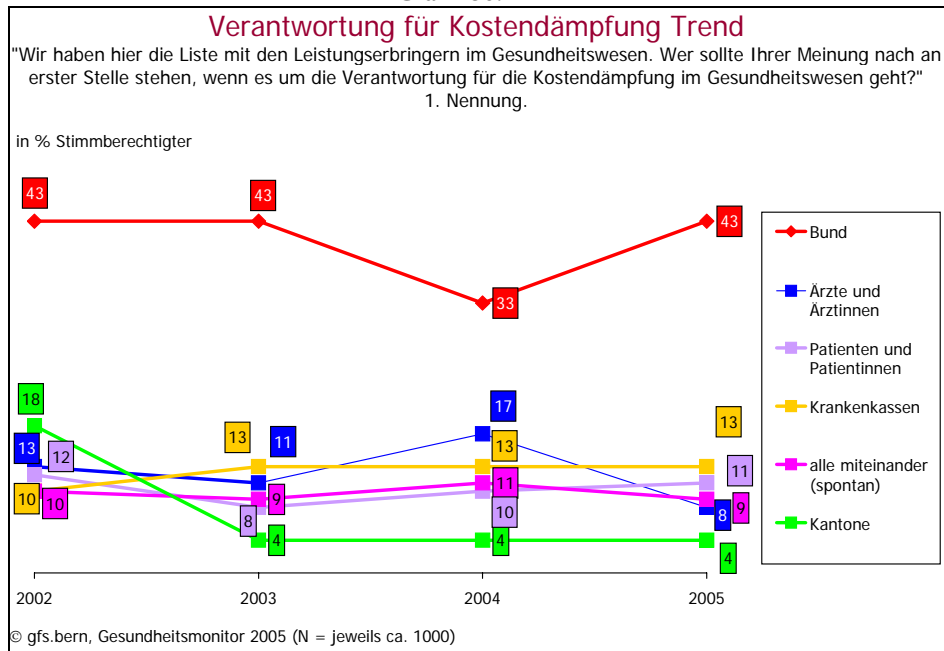
**Grafik 29:**



### **3.4.2. Die Verantwortung für die Kostendämpfung**

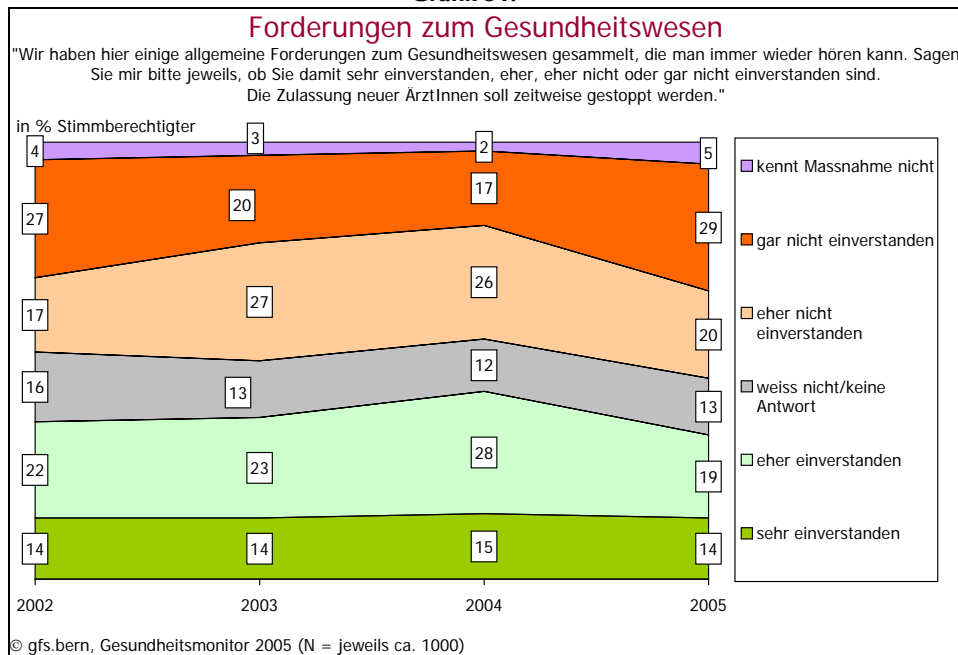
Während die grosse Mehrheit der Befragten eine Kostensenkung für unrealistisch erachtet, wünscht man sich doch eine Dämpfung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen. Dieser wird in erster Linie und sehr deutlich dem Verantwortungsbereich des Bundes zugeordnet. Er soll Vorgaben für kostendämpfende Massnahmen aufstellen. Diese Erwartung ist deutlich verbreiteter als entsprechende Erwartungen an die LeistungserbringerInnen. Weit hinter dem Bund zurück an zweiter Stelle rangieren aber dennoch die in der Wahrnehmung der Befragten eigentlichen Verantwortlichen für die Kostensteigerung, die Krankenkassen, gefolgt von den PatientInnen. Etwas Entlastung vom Kostendruck erfuhren die Ärzte und Ärztinnen. Gegenüber dem Vorjahr fordern heute nur noch rund halb so viele Stimmberechtigte (8 Prozent), dass die Ärzte und Ärztinnen mehr Verantwortung für die Kostendämpfung im Gesundheitswesen übernehmen müssten.

Grafik 30:



Dass die Haltung der Befragten gegenüber den Ärzten und Ärztinnen in Kostenfragen heute entspannter ist als noch vor einem Jahr, zeigt sich auch in der Beurteilung des Zulassungsstopps.

Grafik 31:

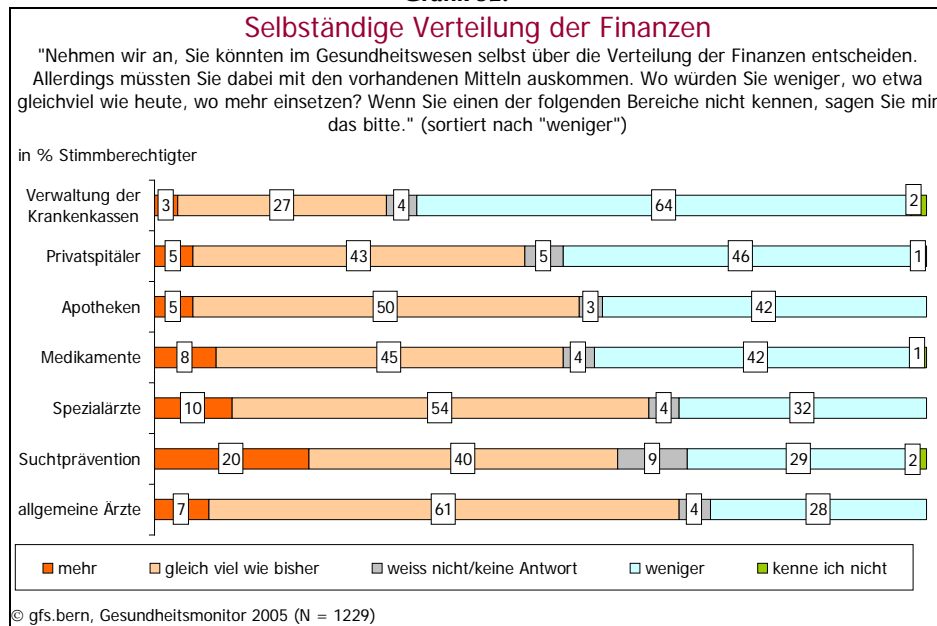


Nur noch gerade ein Drittel der Befragten erklärt sich heute mit der Forderung einverstanden, die Zulassung neuer Ärzte und Ärztinnen zwecks Kostensenkung zeitweise zu stoppen. Dies ist der tiefste Wert seit vier Jahren.

### 3.4.3. Die gewünschte Mittelverteilung

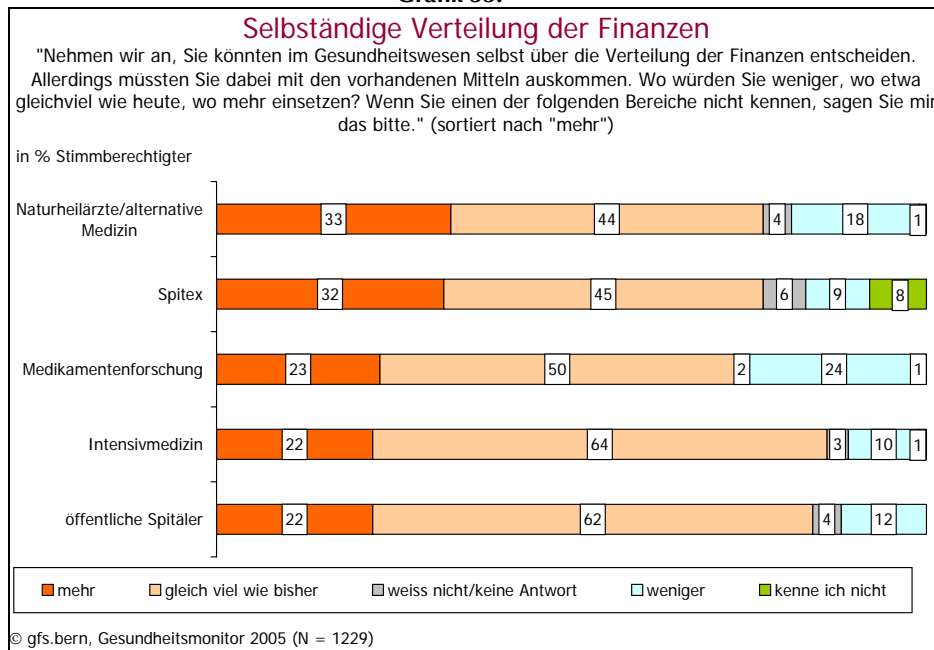
Könnten die Stimmberechtigten die Kosten im Gesundheitswesen anders verteilen, ohne dass zusätzliche Ausgaben entstünden, würde sie auch in diesem Jahr wieder in erster Linie bei der Verwaltung der Krankenkassen sparen. Fast zwei Drittel der Befragten würden hier weniger Geld einsetzen als dies im Status Quo der Fall ist. Immerhin noch fast die Hälfte der Befragten (46 Prozent) würde weiter bei den Privatspitälern den Kostenriegel schieben. Alle anderen Sparmassnahmen finden nur noch klar minderheitliche Unterstützung.

Grafik 32:



Je rund ein Drittel der Befragten möchte mehr Mittel einsetzen bei alternativen Therapiemethoden, für Naturheilpraktiken sowie für die spital- und heimexterne Gesundheits- und Krankenpflege Spitex. In diesen Bereichen wird das Angebot an medizinischen Dienstleistungen als ungenügend erachtet. Grossmehrheitlich einig sind sich die Stimmberechtigten, dass der Erforschung von neuen Medikamenten, der Intensivmedizin und den öffentlichen Spitälern keine Mittel entzogen werden dürfen.

Grafik 33:



In allen Bereichen mit Ausnahme der Verwaltungskosten von Krankenkassen und der Privatspitäler ist zumindest eine relative Mehrheit der Stimmberechtigten mit der heutigen Mittelallokation in zufrieden.

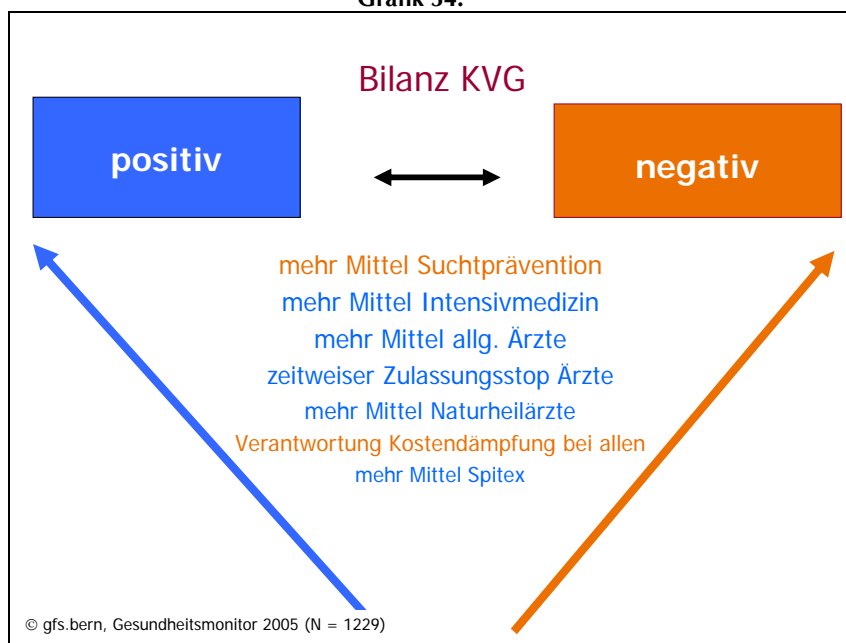
### 3.4.4. Die Zwischenbilanz

Eine grosse Mehrheit glaubt nicht daran, dass die Gesundheitskosten der Schweiz reduziert werden können. Entsprechend werden Konsequenzen für die individuellen Prämien erwartet. Realistisch sind in diesem Kontext nur Forderungen nach einer Dämpfung des Kostenanstiegs. Für die Einführung kostendämpfender Massnahmen im Gesundheitswesen wird in erster Linie der Bund verantwortlich gemacht.

Könnten die vorhandenen Mittel im Gesundheitswesen von den Stimmberechtigten nach ihrem Belieben umverteilt werden, würde insbesondere bei den Verwaltungen der Krankenkassen und in zweiter Linie bei Privatspitälern gespart werden. Mehr Mittel würden dagegen der Alternativmedizin und der Spitex zur Verfügung gestellt.

Die Präferenzen in der Frage der Mittelumverteilung weisen eine relativ starke Wirkung auf die Bilanz zum KVG aus. In ihrer Gesamtheit vermögen die signifikanten Indikatoren rund 9 Prozent der Bewertung des Krankenversicherungsgesetzes durch die Stimmberechtigten zu erklären. Die einzelnen Forderungen unterscheiden sich allerdings in ihrer Wirkungsrichtung: Wer mehr Mittel für die Intensivmedizin, die AllgemeinpraktikerInnen und die Naturheilarzte sowie für Spitex aufwenden oder mit einem zeitweisen Zulassungsstopp für neue Ärzte die Kosten im Gesundheitswesen senken möchte, steht dem heutigen Gesundheitswesen positiv gegenüber. Dagegen fällt die Bilanz nach zehn Jahren KVG negativ aus, wo mehr Mittel für die Prävention insbesondere im Suchtbereich gefordert werden.

Grafik 34:



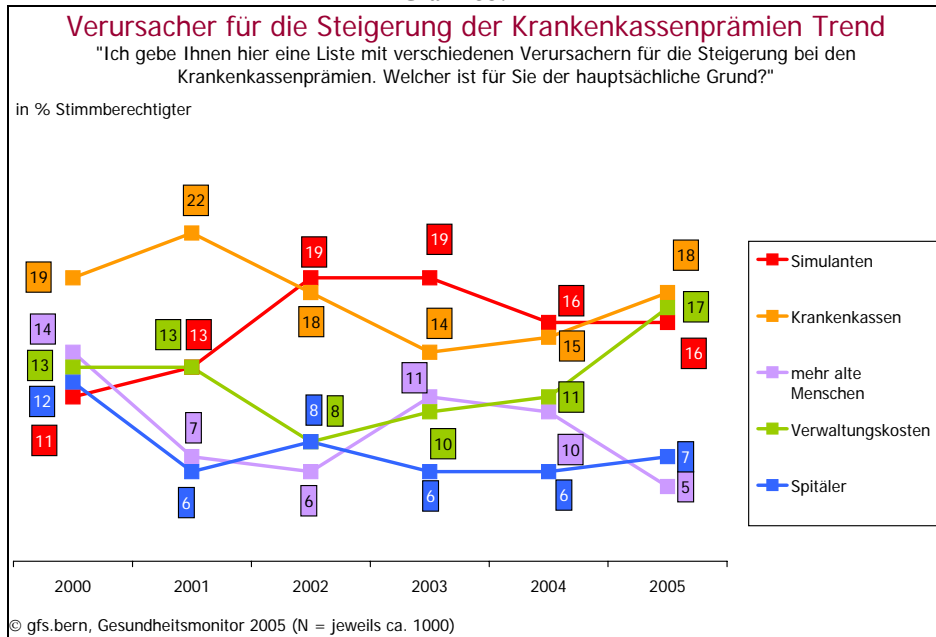
Keinen Einfluss auf die Bilanz des KVG haben die Beurteilung der Kosten- und Prämiementwicklung im Gesundheitswesen, die Verantwortungszuschreibung für die Kostendämpfung an die Adressen von Bund, Ärzten und Ärztinnen, PatientInnen, Krankenkassen oder vom Kanton, sowie der Wunsch nach zusätzlichen finanziellen Mitteln für die Verwaltungen von Krankenkassen, für Privatspitäler oder öffentliche Spitäler, Apotheken, Medikamente allgemein oder die Medikamentenforschung, und auch für Spezialärzte.

### 3.5. Einstellungen zu den Krankenkassen

#### 3.5.1. Die vermutete Ursachen für den Prämienanstieg

Als wichtigste KostentreiberInnen im Bereich der Krankenkassenprämien werden heute die Krankenkassen selber gesehen. 18 Prozent der Befragten nennen sie als Hauptschuldige für die Prämienanstiege. Gleich nach den Krankenkassen werden die Verwaltungskosten erwähnt. 17 Prozent der Stimmberechtigten sehen hierin den hauptsächlichsten Grund für die Prämiensteigerung. Dies sind 6 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Krankenkassen und insbesondere deren Verwaltungskosten lösen somit die "SimulantInnen" ab, die in den letzten drei Jahren den Spitzenplatz besetzten. Die Spitäler werden nur von einer kleinen, relativ konstanten Minderheit von 7 Prozent zu den Hauptverantwortlichen der Prämiensteigerung gezählt. An Erklärungskraft verloren hat einzig das Argument der fortschreitenden Überalterung der Gesellschaft. Heute sind nur noch 5 Prozent der Befragten der Meinung, dass der Kostenanstieg mit den demographischen Entwicklungen in unserem Land erklärt werden müsse.

Grafik 35:

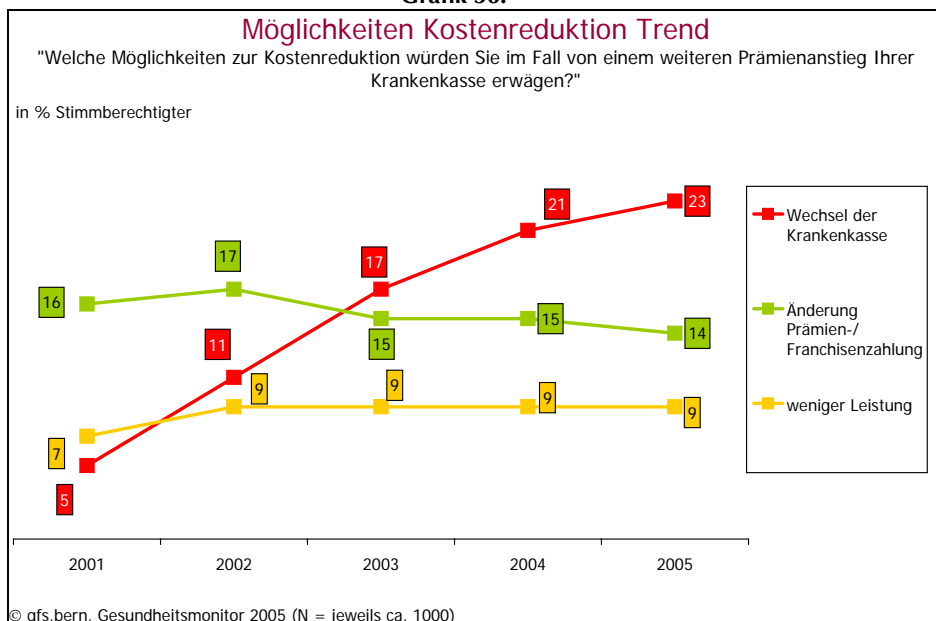


Es muss hier also deutlich festgehalten werden: Es handelt sich hier nicht um eine objektive Analyse der Ursachen, sondern um eine Messung der Vermutungen.

### 3.5.2. Der Wechsel der Krankenkasse

Um der vermeintlichen Kostentreiberei durch die Krankenkassen Einhalt zu gebieten, ziehen die Befragten sowohl individuelle als auch kollektive Mittel in Erwägung. Kommt es zu den erwarteten Prämienanstiegen, werden die Preisstrukturen, die die einzelnen Kassen für den Einzelnen anbieten, noch stärker an Bedeutung gewinnen. Veränderungen in der Versicherungsart und im Leistungskatalog werden nur von einer kleinen Minderheit in Erwägung gezogen. Bereits rund jede vierte Person kann sich heute aber einen Wechsel der Krankenkasse vorstellen, wenn damit die individuellen Kosten reduziert werden können.

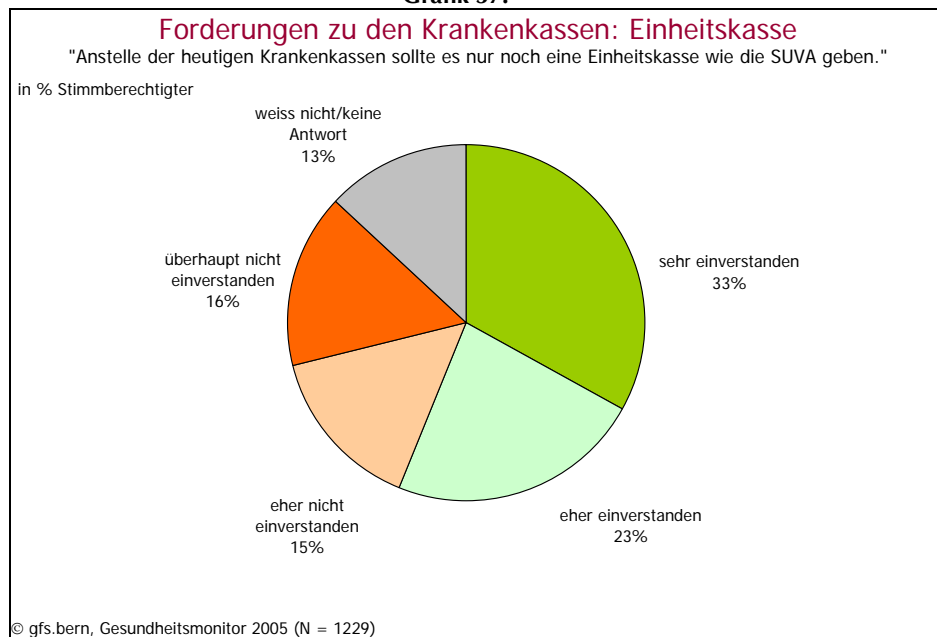
Grafik 36:



### 3.5.3. Die Beurteilung der Einheitskasse

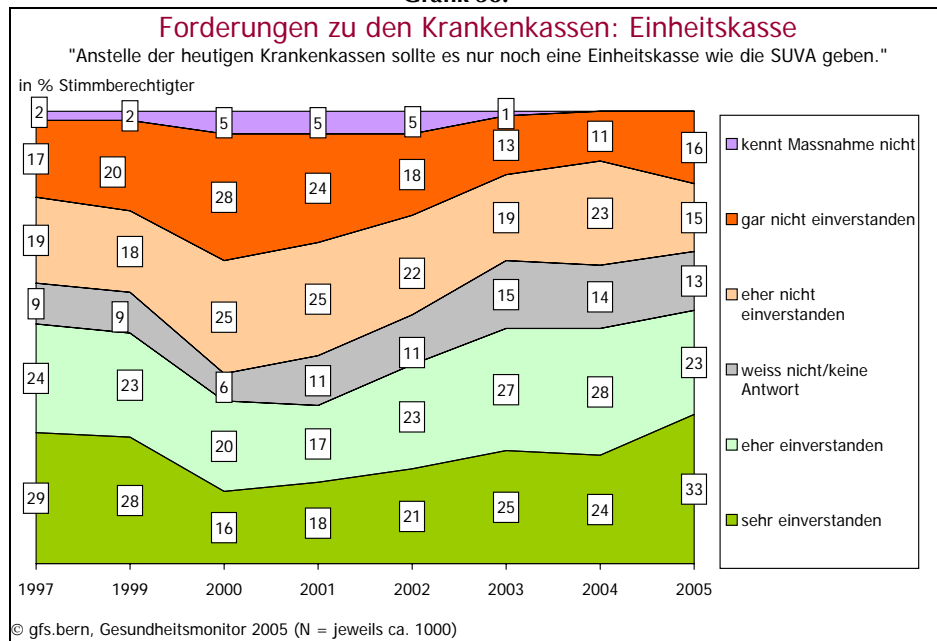
Die Schuldzuweisungen an die Krankenkassen bezüglich der Prämiensteigerungen wirken sich auch auf die Beurteilung der Einheitskasse als alternatives Kollektiv-Modell aus. Die Einheitskasse findet 2005 bei 56 Prozent der Befragten Akzeptanz. Ein Drittel der Befragten zeigt sich mit der Forderung sehr einverstanden, dass es anstelle der heutigen Krankenkassen nur noch eine Einheitskasse wie die SUVA geben sollte. Rund ein weiteres Viertel der Stimmberechtigten ist eher einverstanden. 31 Prozent können sich mit dem Modell der Einheitskasse nicht anfreunden. Die restlichen 13 Prozent haben hierzu keine Meinung.

Grafik 37:



Seit 2000 nimmt die Akzeptanz des Modells der Einheitskasse kontinuierlich zu. Während sich im Jahr 2000 aber erst rund jede dritte Person mit der Forderung nach einer Einheitskasse einverstanden zeigte, erreichte die Zustimmung 2003 erstmals eine Mehrheit. 2005 verzeichnete das Modell mit 56 Prozent sogar die höchste Akzeptanz seit 1997.

Grafik 38:



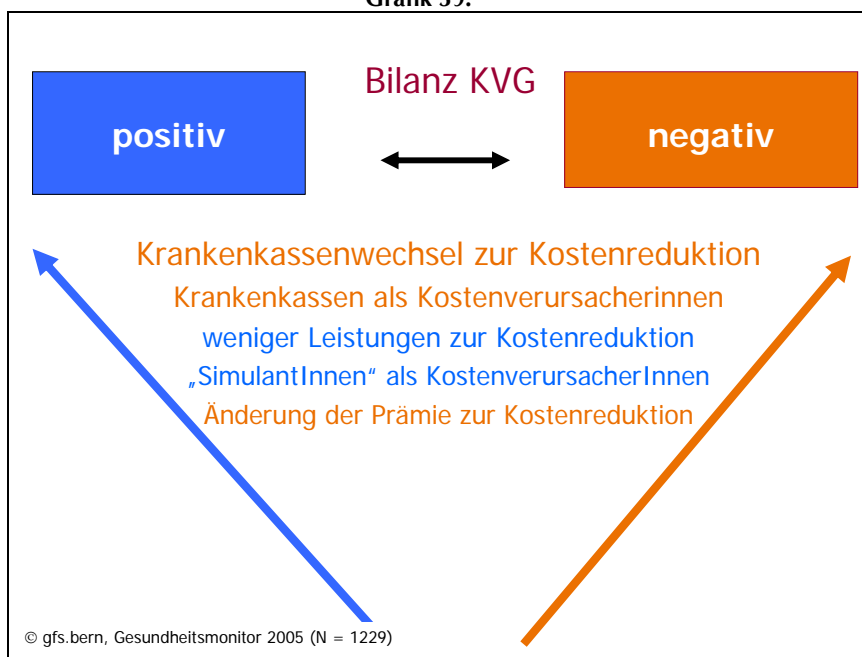
Bei der Beurteilung der Einheitskasse handelt es sich weder um ein parteipolitisches, schichtspezifisches noch um ein klar regional geprägtes Phänomen, sondern um eines, dass aus der Enttäuschung über die Krankenversicherer genährt wird.

### 3.5.4. Die Zwischenbilanz

Hauptverantwortliche für die Kostentreiberei im Gesundheitswesen sind laut den Stimmberechtigten die Krankenkassen mit ihren aufwändigen Verwaltungsapparaten. Diese Schuldzuweisung an die Adresse der Versicherungen führt dazu, dass Möglichkeiten der Kostenreduktion vor allem bei einem Krankenkassenwechsel oder aber bei der Einführung einer Einheitskasse nach dem Beispiel der SUVA gesehen werden. Die Möglichkeiten der Kosteneinsparung durch individuelle Anpassungen der Prämien- oder Franchisenzahlungen sind dagegen ausgeschöpft.

Die Regressionsanalyse macht deutlich, dass die Beurteilung der Krankenkassen massgeblichen Einfluss auf die Meinung über das Gesundheitswesen hat. Wer einen Krankenkassenwechsel oder zumindest die Änderung der Prämie zur Reduktion der individuellen Kosten in Betracht zieht, hat einen negativen Eindruck vom KVG. Dies gilt auch für Personen, welche hauptsächlich die Krankenkassen für die Kostentreiberei im Gesundheitswesen verantwortlich machen. Positive Bilanz zum heutigen Stand des Gesundheitswesens zieht hingegen, wer am ehesten den Leistungskatalog der Grundversicherung beschneiden möchte, um Kosten zu sparen, oder wer die "SimulantInnen" für die hohen Kosten im Gesundheitswesen verantwortlich macht.

Grafik 39:



Obwohl hier ein ganzer Katalog an Indikatoren ermittelt werden konnte, die alle einen signifikanten Einfluss auf die Beurteilung des KVG haben, ist das Modell insgesamt schlecht. Die fünf Variablen erklären zusammen nur gerade 4 Prozent ( $R^2 = 0.043$ ) der Bilanz.

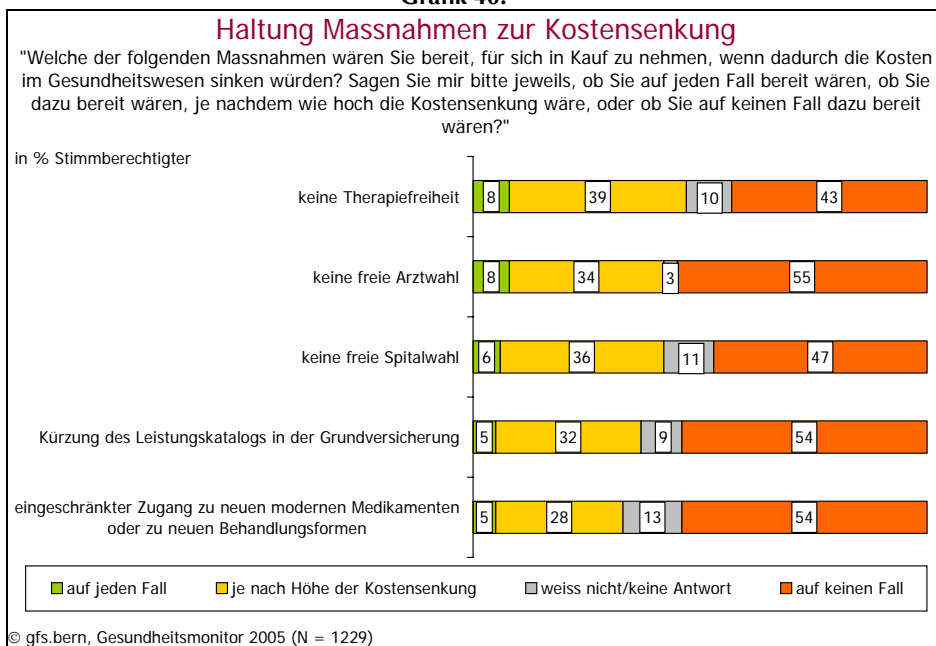
Die Verantwortlichkeitszuschreibung für die Prämiensteigerung an die Adressen der alten Menschen, der Verwaltung oder der Spitäler, sowie die Forderung nach einer Einheitskasse haben keine nachweisliche Wirkung auf die KVG Beurteilung.

### 3.6. Die Einstellungen zum Leistungskatalog in der Grundversicherung

#### 3.6.1. Massnahmen zur Kostensenkung

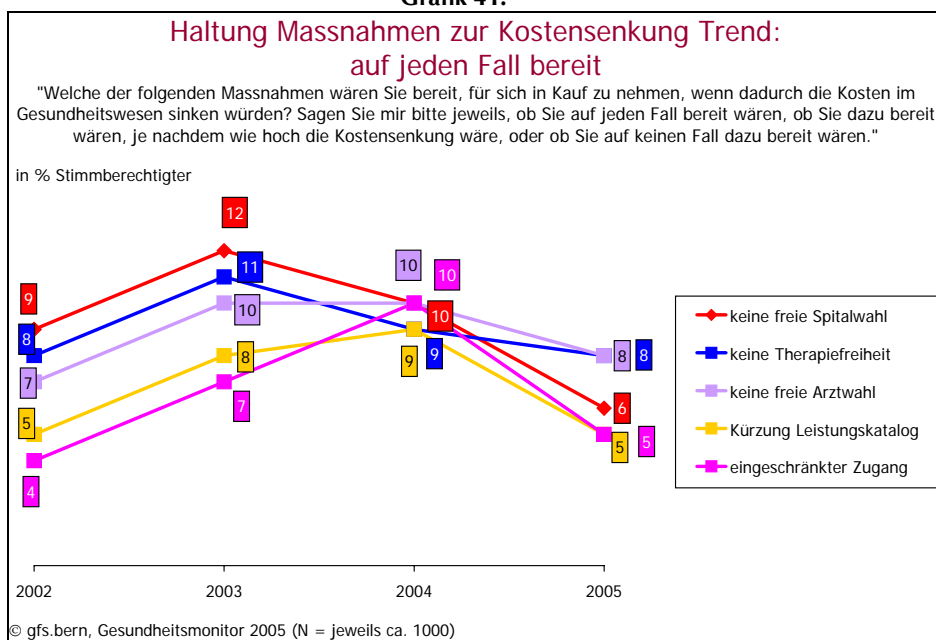
Wie schon in den Vorjahren werden auch 2005 drastische Beschneidungen der Wahl- und Entscheidungsfreiheit abgelehnt. Im Vergleich zum Vorjahr hat die Einschränkung der Therapiefreiheit insgesamt leicht an bestimmter oder zumindest bedingter Zustimmung gewonnen (+ 2 Prozent). Heute könnten sich 47 Prozent der Befragten mit dieser Massnahme anfreunden. Um 10 Prozent gesunken ist dagegen innert Jahresfrist die Akzeptanz der Einschränkung des Zugangs zu neuen, modernen Medikamenten oder neuen Behandlungsformen. 2005 kann sich nur noch gut ein Drittel der Befragten auf jeden Fall oder zumindest teilweise mit dieser Forderung einverstanden erklären, während sich 54 Prozent klar dagegen aussprechen. Ebenfalls (zumindest relative) mehrheitliche Ablehnung finden die Einschränkungen der freien Arzt- und Spitalwahl und auch die weitere Kürzung des Leistungskatalogs in der Grundversicherung.

Grafik 40:



Gegenüber 2004 ist der Anteil Stimmberechtigten, die auf jeden Fall bereit wären, die getesteten Massnahmen in Kauf zu nehmen, wenn dadurch die Kosten im Gesundheitswesen gesenkt werden könnten, in jedem der Fälle rückläufig.

Grafik 41:

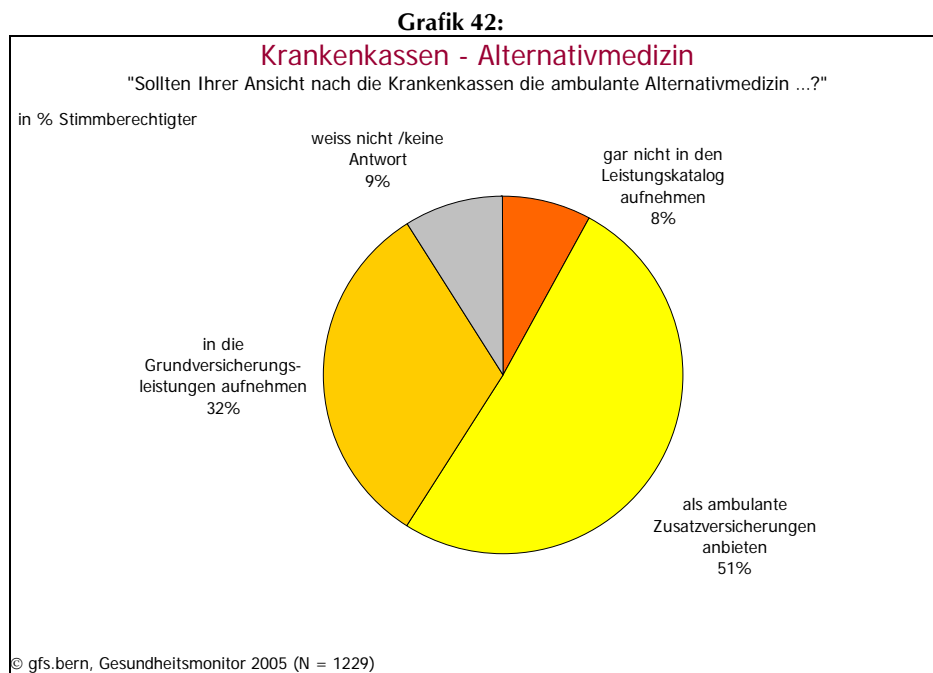


### 3.6.2. Massnahmen zur Kostensenkung im Bereich der Alternativmedizin

Zwar ist 2005 der Anteil der Stimmberechtigten, die einen Ausbau des Leistungskatalogs in der Grundversicherung fordern, (wenn auch auf tiefem Niveau) erstmals wieder gestiegen; dieser Ausbau soll aber nicht die Alternativmedizin einschliessen. Im Frühsommer dieses Jahres hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) unter der Leitung von Bundesrat Pascal Couchepin beschlossen, fünf ärztliche komplementärmedizinische Leistungen (anthroposophische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie, Phytotherapie sowie traditionelle chinesische Medizin (TCM)) aus der Leistungspflicht der

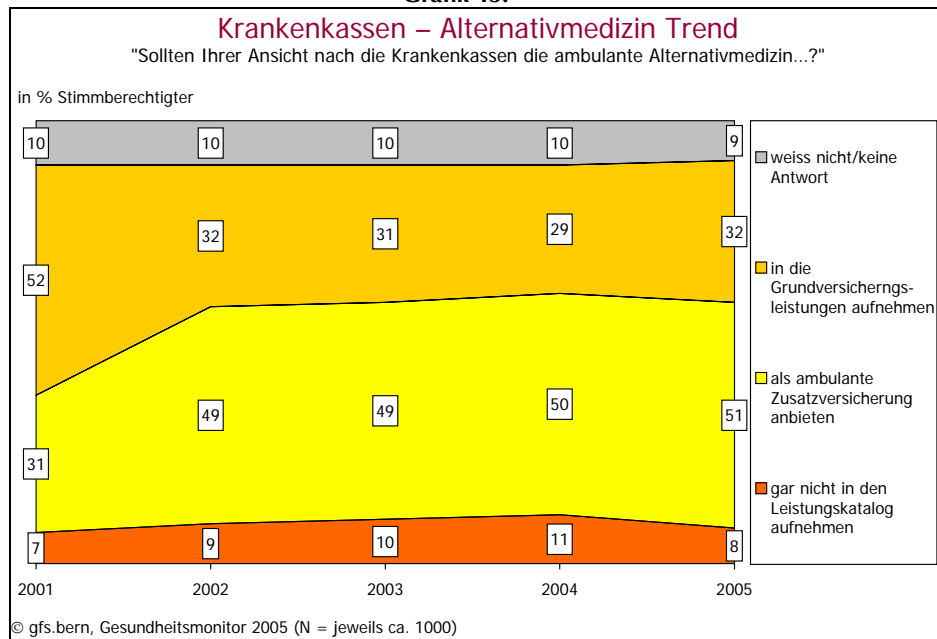
Grundversicherungen zu streichen. Massgeblich für diesen Entscheid war der ungenügende Nachweis, dass diese fünf komplementärmedizinischen Leistungen den zentralen Geboten der Wirtschaftlichkeit, insbesondere aber der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit gemäss KVG entsprächen.

Rund ein Drittel der Stimmberechtigten sind mit dieser Entscheidung des EDI laut dem Gesundheitsmonitor nicht einverstanden. Sie wünschen sich, dass Krankenkassen die ambulante Alternativmedizin ganz allgemein in ihre Grundversicherungsleistungen aufnehmen sollten. Demgegenüber unterstützt jedoch eine knappe Mehrheit von 51 Prozent der Befragten die Entscheidung des EDI, dass komplementärmedizinische Leistungen künftig in ambulanten Zusatzversicherungen angeboten werden sollten. 8 Prozent sind gar der Meinung, dass die ambulante Alternativmedizin gar nicht in den Leistungskatalog aufgenommen werden sollten.



Die Meinungen der Stimmberechtigten sind in dieser Frage gefestigt. Die Mehrheiten sind seit dem Jahr 2002 konstant geblieben. Während der Anteil der Stimmen, welcher die Alternativmedizin ganz generell gar nicht in den Leistungskatalog aufnehmen möchten innerhalb des letzten Jahres von 11 Prozent auf 8 Prozent gesunken ist, ist die Gruppe der Stimmberechtigten, die die Alternativmedizin in die Grundversicherungsleistungen aufnehmen möchte, um 3 Prozent gewachsen. Der seit 2002 anhaltende, leicht sinkende Trend konnte dieses Jahr also erstmals etwas gebremst werden.

Grafik 43:

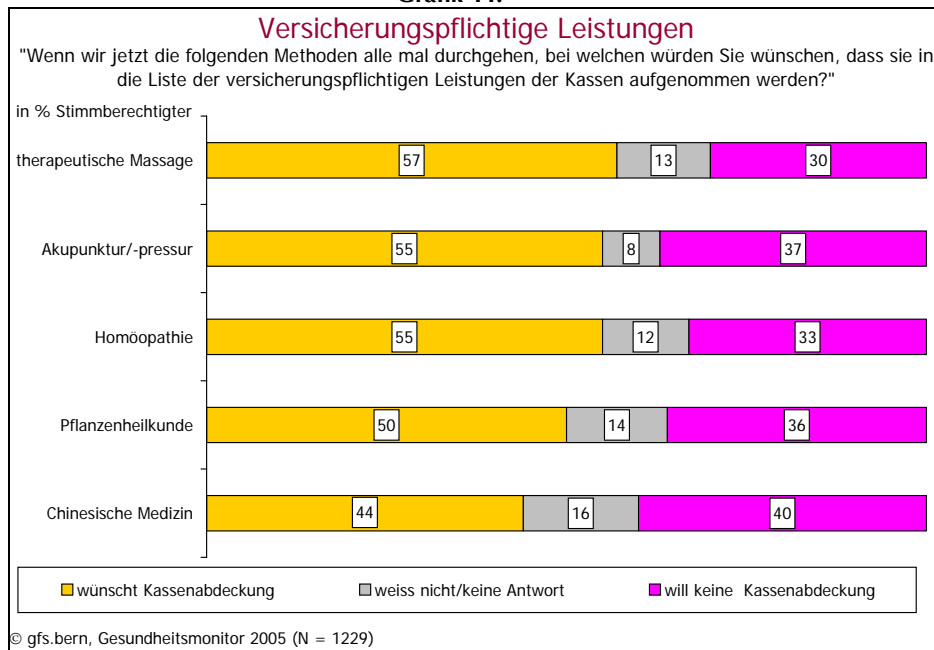


Die aktuelle Diskussion über die Komplementärmedizin hat die Einstellungen hierzu nicht beeinflusst. Sie haben sich mittelfristig herausgebildet, und sie zeigen sein 3 Jahren eine hohe Konstanz. Das Ergebnis darf aber in keiner Weise überinterpretiert werden. Es reflektiert weder die spezifischen Einstellungen zur laufenden Debatte über die Komplementärmedizin, wie sie das BAG führt, noch handelt es sich hier um eine hinreichende Evaluierung von Stimmabsichten zur hängigen entsprechenden Volksinitiative.

### 3.6.3. Massnahmen zum Leistungskatalogs

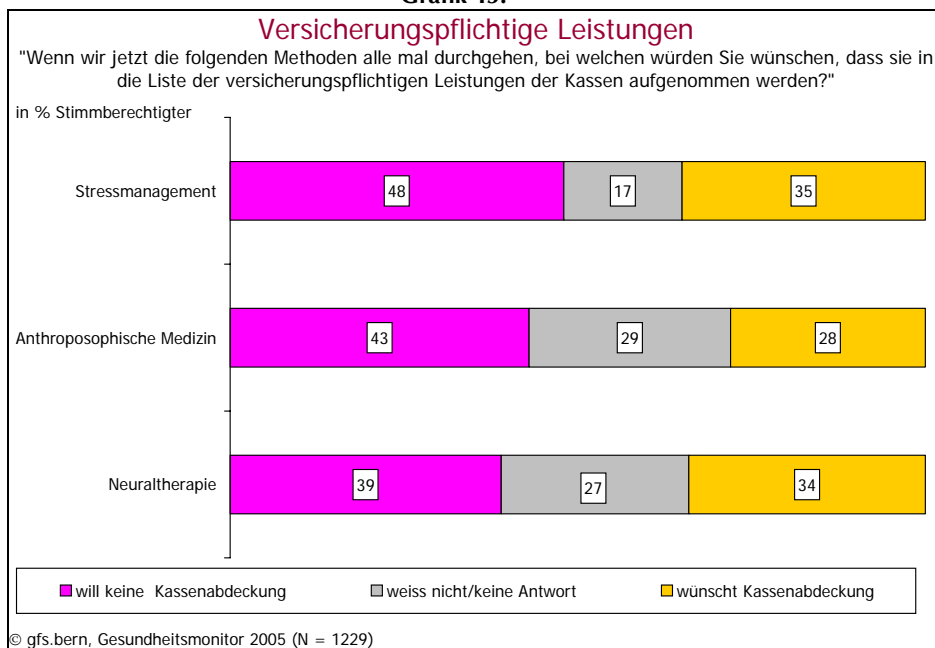
Ganz allgemein gefragt nach der ambulanten Alternativmedizin, sprach sich eine knappe Mehrheit der Befragten gegen eine generelle Aufnahme in den Leistungskatalog der Grundversicherung aus. Differenziert man jedoch nach einzelnen Methoden der Komplementärmedizin, zeigt sich ein anderes Bild. Mehrheiten der Stimmberechtigten wünschen sich eine Aufnahme der therapeutischen Massage, der Akupunktur oder Akupressur, der Homöopathie und der Pflanzenheilkunde in die Liste der versicherungspflichtigen Leistungen der Kassen. Eine relative Mehrheit fordert dies auch für die traditionelle chinesische Medizin.

Grafik 44:



Unsicherer sind sich die Befragten beim Stressmanagement, bei der anthroposophischen Medizin sowie der Neuraltherapie. Hier ist eher keine Kassenabdeckung erwünscht, denn die Stimmen gegen eine Aufnahme dieser Leistungen in den versicherungspflichtigen Leistungskatalog überwiegen.

Grafik 45:

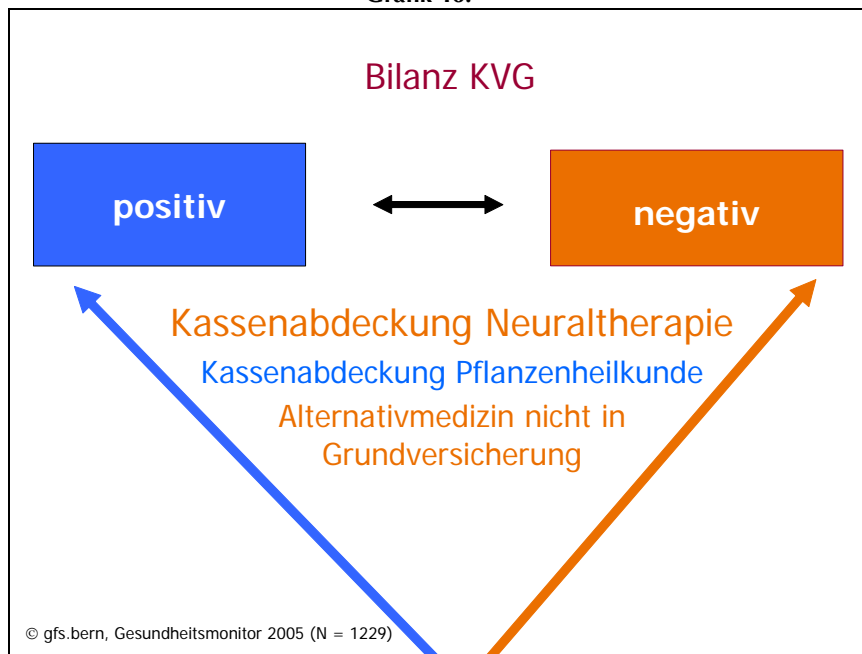


### 3.6.4. Die Zwischenbilanz

Die Kosten im Gesundheitswesen sollen nicht auf Kosten der Qualität gespart werden, dies kommt auch hier nochmals klar zum Ausdruck. Weder die Wahlfreiheit noch der Leistungsumfang sollen eingeschränkt werden. Am grössten ist der Widerstand bei der Beschränkung der freien Arztwahl, bei der Einschränkung des Zugangs zu neuen, modernen Medikamenten oder Behandlungsformen und bei der Kürzung des Leistungskata-

talogs allgemein. Eine Mehrheit wünscht sich zwar, dass die Alternativmedizin generell durch Zusatzversicherungen und nicht durch die Grundversicherung abgedeckt werden müsste, bei bekannten und vertrauten komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden wie die therapeutische Massagen, Akupunktur oder -pressur, sowie bei Homöopathie möchte man jedoch eine Ausnahme machen.

Grafik 46:



In der Regressionsanalyse über alle Variablen dieses Kapitels erweisen sich nur Forderungen zur Komplementärmedizin überhaupt als signifikant. Das Modell ist jedoch nicht sehr aussagekräftig. Insgesamt lässt sich die Beurteilung des KVG durch die Stimmberechtigten nämlich nur zu 3.3 Prozent ( $R^2 = 0.033$ ) mit den Aussagen zur Alternativmedizin erklären.

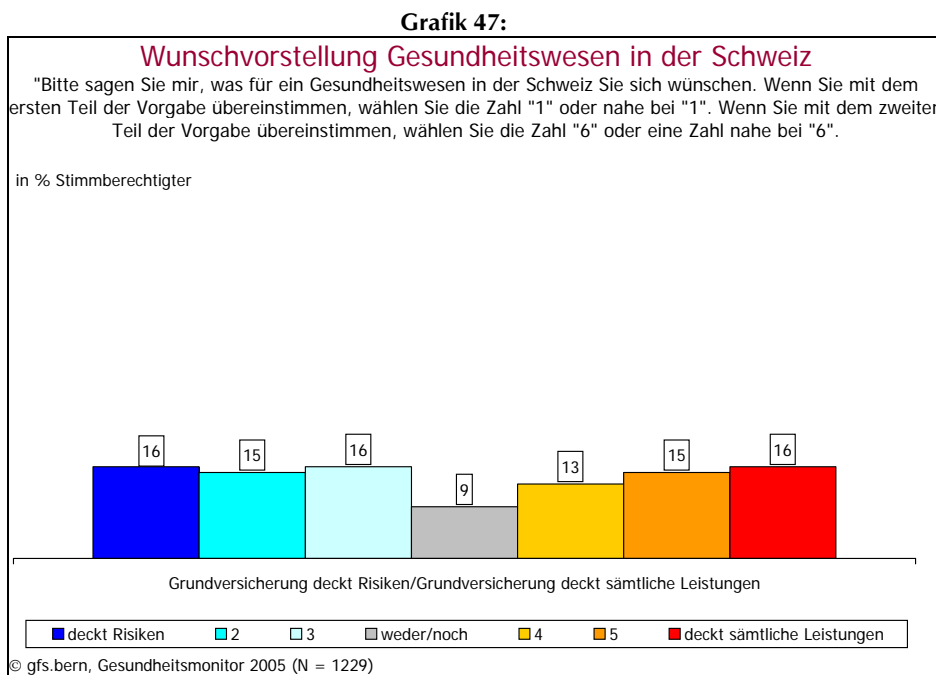
Eine negative Wirkung auf die Bilanz zum Stand des Gesundheitswesens weisen hier die Kassenabdeckung der Neuraltherapie und die Forderung nach Streichung der Alternativmedizin aus der Grundversicherung auf. Wer sich hingegen die Aufnahme der Pflanzenheilkunde in die Liste der versicherungspflichtigen Leistungen der Kassen wünscht, beurteilt das Gesundheitswesen in seinem heutigen Zustand positiv.

Gar keine statistisch nachweisbare Wirkung auf die KVG-Bilanz hat die Beurteilung aller Massnahmen zur Kostensenkung (die Einschränkung der freien Spitalwahl, der Therapiefreiheit, der freien Arztwahl, die Kürzung des Leistungskatalogs oder der eingeschränkte Zugang), sowie der Wunsch einer Aufnahme der therapeutischen Massage, der Akupunktur, der Homöopathie, der chinesischen Medizin, des Stressmanagements sowie der anthroposophischen Medizin in die Liste der versicherungspflichtigen Leistungen.

### 3.7. Die Einstellung zur Eigenverantwortung

#### 3.7.1. Die Abdeckung von Risiken durch die Grundversicherung

Obwohl sich eine knappe Mehrheit klar gegen Kürzungen des Leistungskatalogs der Grundversicherung ausgesprochen hat, selbst wenn damit Kosten gespart werden könnten, herrscht unter den Stimmberechtigten in der Frage um die Ausstattung der Grundversicherung grösste Uneinigkeit.

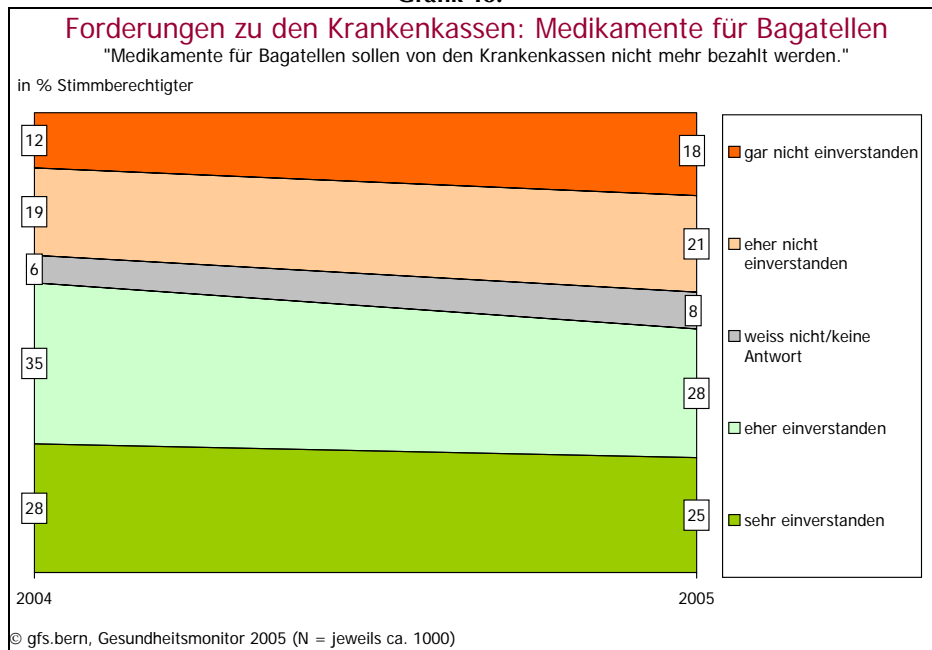


Während sich 47 Prozent der Befragten klar oder zumindest in der Tendenz für eine Grundversicherung aussprechen, die prioritär Risiken, welche die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherten (schwere Krankheit, lange Behandlung) übersteigen, abdeckt, wünschen sich 45 Prozent eine Vollkasko-Grundversicherung, die für sämtliche Leistungen und Ausgaben aufkommt.

#### 3.7.2. Die Risiken durch Bagatellerkrankungen

Medikamente für Bagatellerkrankungen sollen von den Krankenkassen nicht mehr bezahlt werden. Dieser Meinung sind rund die Hälfte der Stimmberechtigten.

Grafik 48:



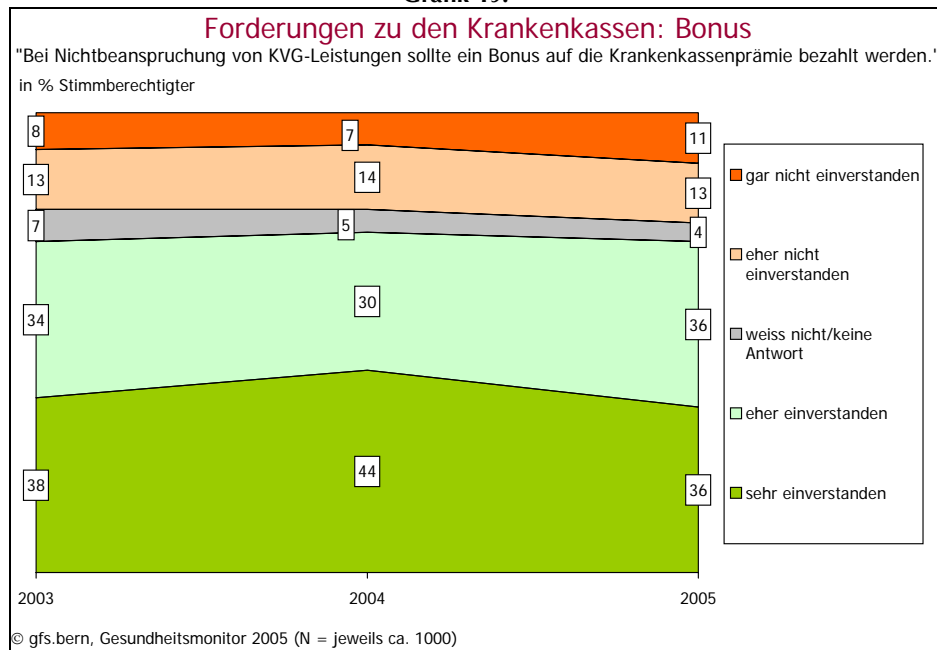
Noch vor einem Jahr erreichte diese Forderung jedoch fast zwei Drittel Zustimmung. Es zeichnet sich also hier ein Trend hin zu einem umfassenderen Leistungskatalog der Krankenversicherung ab. Es sollen keine weiteren Kosten mehr auf das Individuum abgewälzt werden.

Personen aus urbanen Gebieten, mit einem hohen Haushaltseinkommen, SVP-SympathisantInnen, sowie jene, die ihren persönlichen Gesundheitszustand als gut beschreiben oder die heutigen Medikamentenpreise für vernünftig halten, erklären sich signifikant öfter einverstanden mit dem Ausschluss von Bagatellen aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen. Wer auf dem Land, in der deutschen oder italienischen Schweiz lebt, der CVP nahe steht oder sich gesundheitlich eher schlecht fühlt lehnt hingegen diese Forderung überdurchschnittlich häufig ab. Auch in diesen Subgruppen befinden sich die GegnerInnen aber in der Minderheit.

### 3.7.3. Die Haltung zum Bonussystemen

Sehr grosse Zustimmung erhält zum wiederholten Male die Forderung nach einem Bonussystem in den Krankenversicherungen. Ähnlich wie bei den Unfall- oder Haftpflichtversicherungen soll sich kostensparendes und im vorliegenden Fall gesundheitsförderndes Verhalten positiv auf die Prämien auswirken. Insgesamt 72 Prozent der Befragten möchten bei Nichtbeanspruchung von KVG-Leistungen mit einem Bonus auf die Krankenkassenprämien belohnt werden. Rund jeder vierte Stimmberechtigte lehnt diese Forderung ab. Die Meinungen zur Einführung eines Bonus bei Nichtbeanspruchung von KVG-Leistungen sind seit 2003 praktisch unverändert.

Grafik 49:



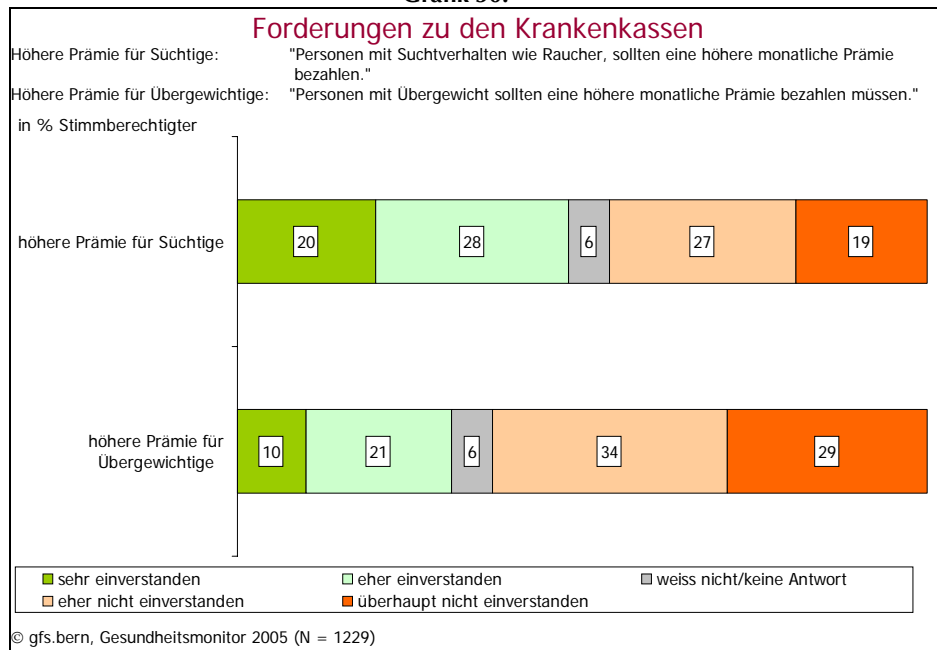
Ein Bonus-System für die Nichtbeanspruchung von KVG-Leistungen wird besonders von Personen mittleren und höheren Alters (40-69 Jahre), Romands sowie von jenen, die sich über zu hohe Medikamentenpreise beklagen, unterstützt.

### 3.7.4. Die Sanktionen von Suchtverhalten und Übergewicht

Nur eine Minderheit der Stimmberechtigten hingegen unterstützt auch die Forderungen nach einem Malussystem in den Krankenkassen. 48 Prozent der Befragten könnten sich mit der Idee anfreunden, dass Personen mit Suchtverhalten wie Raucher, höhere monatliche Prämien bezahlen sollten. Ähnlich viele Befragte (46 Prozent) lehnen eine solche Massnahme jedoch ab. Man kann hier also höchstens von einer sehr knappen relativen Mehrheit sprechen, die höhere Prämien für Suchverhalten bejahen würden. Noch weniger Unterstützung findet die Idee, dass Personen mit Übergewicht mit höheren monatlichen Prämien bestraft werden sollten. Nur ein knappes Drittel der Befragten stellt sich hinter dieser Forderung, während sie von 63 Prozent klar abgelehnt wird.

Mehrheitliche Unterstützung findet die Forderung nach einer Einführung von höheren Prämien für Personen mit Suchtverhalten bei Männern, Personen zwischen 50-59 Jahren, den StädterInnen, Personen mit einem monatlichen Haushaltseinkommen ab 7000 CHF, bei Erwerbstätigen (insbesondere bei selbstständig Erwerbstätigen und öffentlichen Angestellten), sowie bei CVP- und SVP-SympathisantInnen.

Grafik 50:



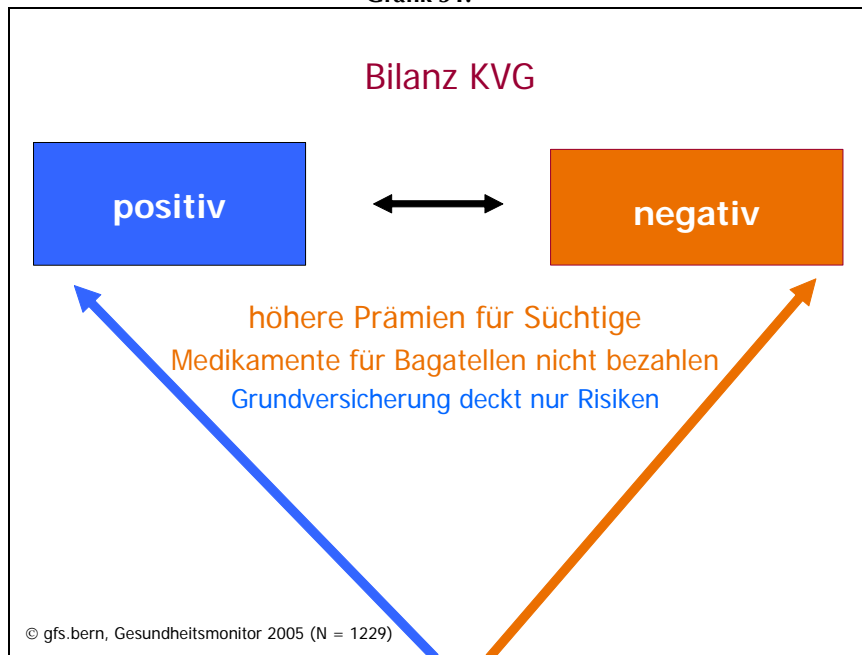
Eine Erhöhung der Krankenkassenprämien für Übergewichtige wird in allen Subgruppen sowohl von einer relativen als auch von einer absoluten Mehrheit abgelehnt. Besonders negativ fallen die Reaktionen bei Frauen und Personen aus zwischen 30 und 50 Jahren, Stimmberechtigten aus ländlichen Gebieten, Romands, bei Personen mit sehr tiefem monatlichem Haushaltseinkommen sowie bei Personen mit mässigem persönlichem Gesundheitszustand aus. In diesen Gruppen sprechen sich jeweils mindestens zwei Drittel der Befragten gegen eine Prämienenerhöhung für Übergewichtige aus.

### 3.7.5. Die Zwischenbilanz

Uneinigkeit herrscht unter den Stimmberechtigten bei der Ausstattung der Grundversicherung. Die Frage, ob die Grundversicherung sämtliche Leistungen oder nur Risiken abdecken soll, kann nicht schlüssig beantwortet werden. Ähnlich unsicher sind sich die Stimmberechtigten bei der Diskussion um die Kostenübernahme von Bagatellerkrankungen durch die Kassen. Grosse Einigkeit herrscht dagegen bei der Beurteilung von Bonus- und Malus-Versicherungen. Während die Einführung eines Bonus bei Nichtbeanspruchung von KVG-Leistungen grossmehrheitlich erwünscht ist, will man von Strafprämien für Süchtige oder Übergewichtige nichts wissen.

Insbesondere diese Forderung nach höheren Prämien für Süchtige sowie auch jene nach Ausschluss von Bagatellerkrankungen aus dem Grundleistungskatalog prägen die negative Einstellung gegenüber dem KVG. Wer sich hingegen eine Krankenversicherung wünscht, die nur die grossen Risiken abdeckt, zieht eine positive Bilanz zum Gesundheitswesen in seiner heutigen Form. Die Wirkung der drei Indikatoren auf die Bilanz des KVG ist aber beschränkt. Zusammen erklären sie gerade mal 2.6 Prozent der Varianz.

Grafik 51:



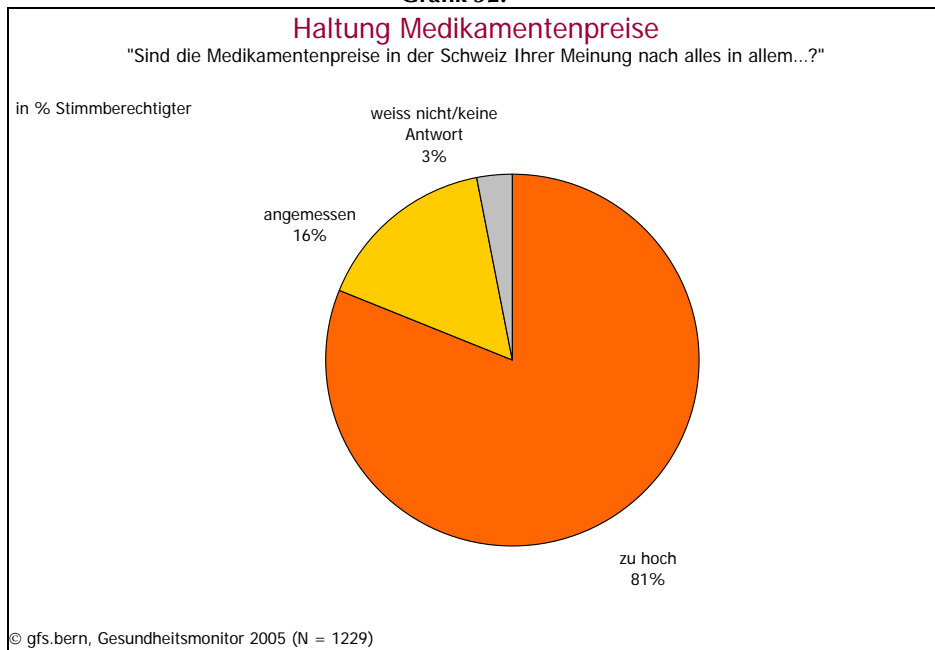
Die Haltung gegenüber den Forderungen nach einem Bonus bei Nichtbeanspruchung von KVG-Leistungen sowie nach höheren Prämien für Personen mit Übergewicht hat keinen signifikanten Einfluss auf die Bilanzierung des Krankenversicherungsgesetzes.

### 3.8. Einstellungen zu Medikamenten

#### 3.8.1. Die Haltung zu den Medikamentenpreisen

Die Preise für Medikamente werden in der Schweiz unvermindert als zu hoch angesehen. Rund acht von zehn Personen sind dezidiert dieser Meinung. 16 Prozent hingegen halten die Medikamentenpreise für angemessen. Die restlichen 3 Prozent können oder wollen keine Aussage zur Verhältnismässigkeit der Preise machen.

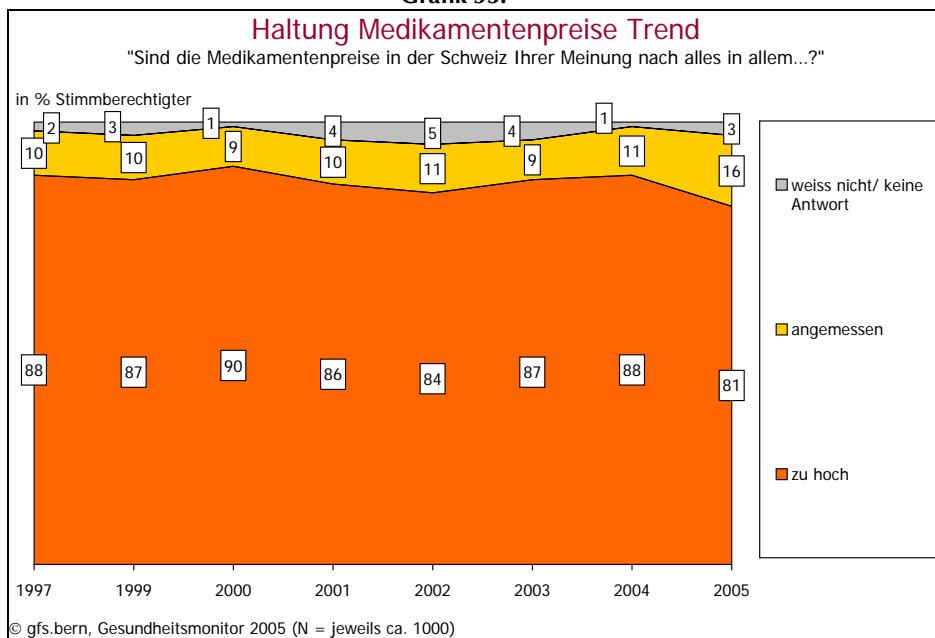
Grafik 52:



Insbesondere Personen aus der lateinischen Schweiz, aus urbanen Gebieten, Personen mit tiefem Haushaltseinkommen, sowie schliesslich jene, die sich den Gebrauch von Generika vorstellen können, schätzen die Medikamentenpreise signifikant höher ein als der Durchschnitt.

Die Klagen über die Preise von Medikamenten in der Schweiz blieben seit 1997 auf hohem Niveau bemerkenswert stabil.

Grafik 53:

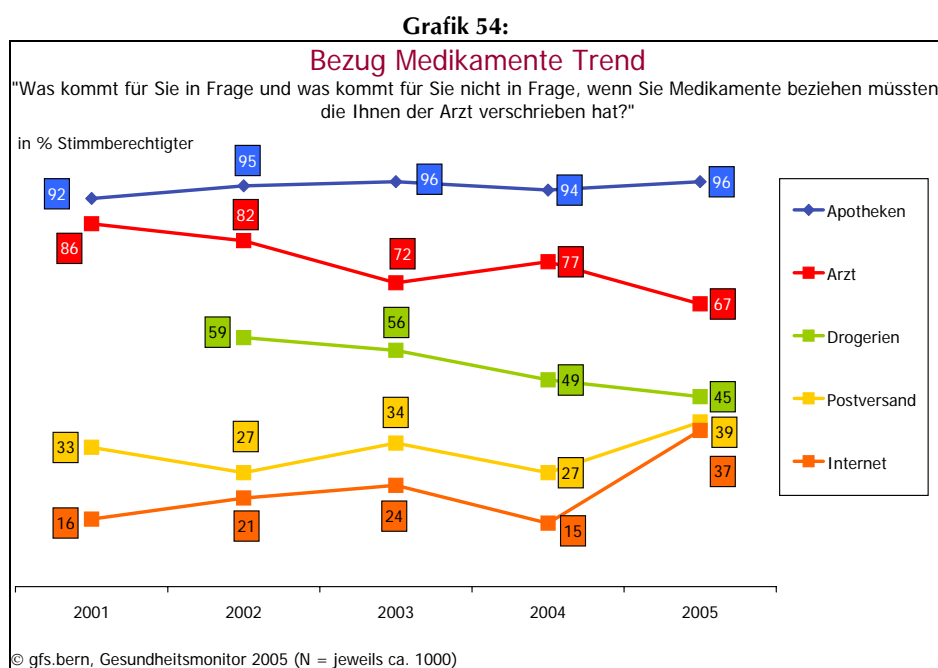


Der Trend der steigenden Unzufriedenheit, der sich seit 2002 abzeichnete, konnte 2005 jedoch erstmals wieder gebrochen werden. Der Anteil der Befragten, der die Medikamentenpreise als angemessen beschreibt, ist heute mit 16 Prozent gar so hoch wie nie zuvor. Obwohl das Preisniveau heute realistischer eingeschätzt wird, darf keine Entwarnung gegeben werden. Im Gegensatz zu den Vorjahren, wo die Klagen keine nennenswerten Auswirkungen auf das individuelle Verhalten der PatientInnen hatten,

ist in den letzten 24 Monaten ihre Akzeptanz gegenüber günstigeren Nachahmermedikamenten gestiegen, wenn damit ohne Qualitätsverluste Kosten gesenkt werden können.

### 3.8.2. Die Bezugsquellen für Medikamente

Die Rangliste der Beliebtheit von Bezugsquellen für Medikamente ist seit 2001 unverändert. Der Medikamentenbezug erfolgt bevorzugterweise noch immer über die Apotheken, gefolgt von den Arztpraxen. Auf dem dritten Platz rangieren die Drogerien. Auf den letzten beiden Rängen erscheinen der Postversand und das Internet. Zwar können sich erst Minderheiten der Stimmberechtigten vorstellen, ihre Medikamente per Internet oder Postversand zu bestellen, diese beiden Absatzkanäle sind aber stark auf dem Vormarsch. Internet und Postversand erweiterten ihr Potential insbesondere auf Kosten der Drogerien und Ärzte, nicht aber auf Kosten der Apotheken.

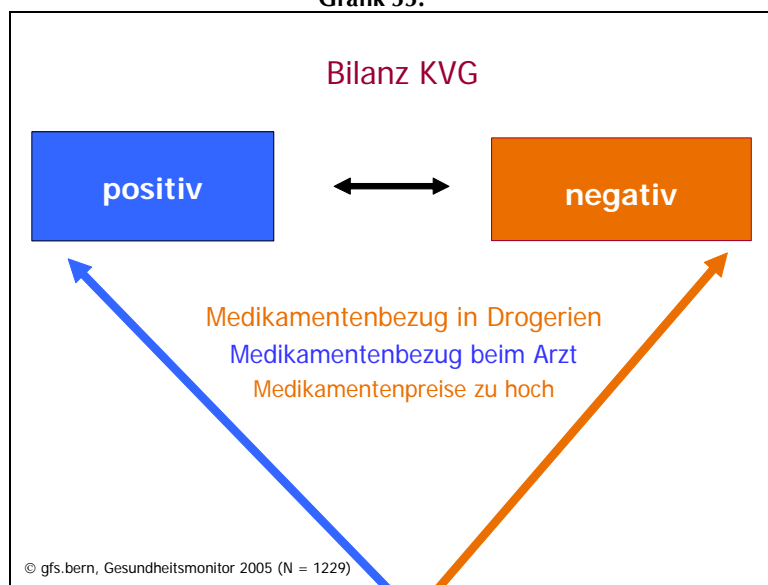


Männer, junge Menschen bis 30, Romands sowie StadtbewohnerInnen können sich besser mit dem Postversand von Medikamenten anfreunden als der Schweizer Durchschnitt. Der Medikamentenbezug via Internet ist ebenfalls bei den Männern und bei Personen bis 30 Jahre auf dem Vormarsch. Im Gegensatz zum Postversand heissen hier aber speziell (wenn auch immer noch auf minderheitlichem Niveau) Personen aus eher ländlichen Gebieten und DeutschschweizerInnen den Bezug über Internet Willkommen.

### 3.8.3. Die Zwischenbilanz

Die Medikamentenpreise in der Schweiz gelten nach wie vor als zu hoch. Dies erklärt einerseits die zunehmende Akzeptanz von billigeren Nachahmerprodukten. Andererseits sind die Klagen über die Preise wohl auch der Grund für die steigende Bereitschaft, Medikamente per Postversand oder über das Internet zu beziehen. Medikamente werden also immer stärker zu einem Konsumgut.

Grafik 55:



Die Regressionsanalyse macht deutlich, dass sich insbesondere jene negativ über das heutige Gesundheitswesen äussern, die sich vorstellen können, ihre Medikamente in Drogerien einzukaufen sowie jene, die sich über die Höhe der Medikamentenpreise beklagen. Wer seine Medikamente hingegen traditionsgemäss beim Arzt bezieht, ist mit dem Gesundheitswesen der Schweiz zufrieden. Insgesamt ist der Zusammenhang zwischen der Bezugsquelle von Medikamenten und der Beurteilung des Krankenversicherungsgesetzes aber äusserst schwach (1.7 Prozent erklärte Varianz).

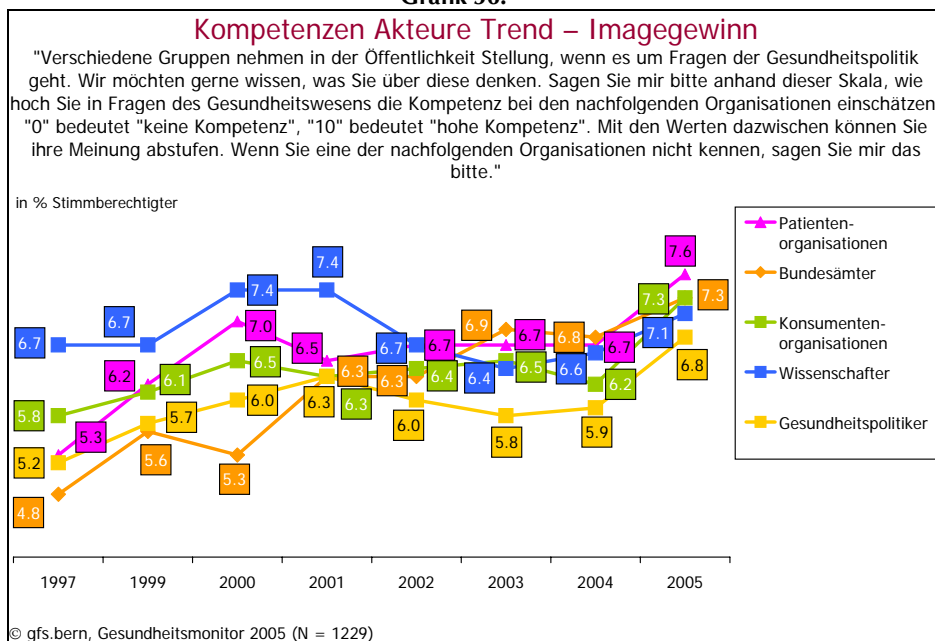
Keine Wirkung auf die KVG Bilanz haben die Urteile über den Bezug von Medikamenten über Apotheken, per Post oder via Internet.

### 3.9 Einstellungen zu den Akteuren

#### 3.9.1. Die Einschätzung der Hauptakteure

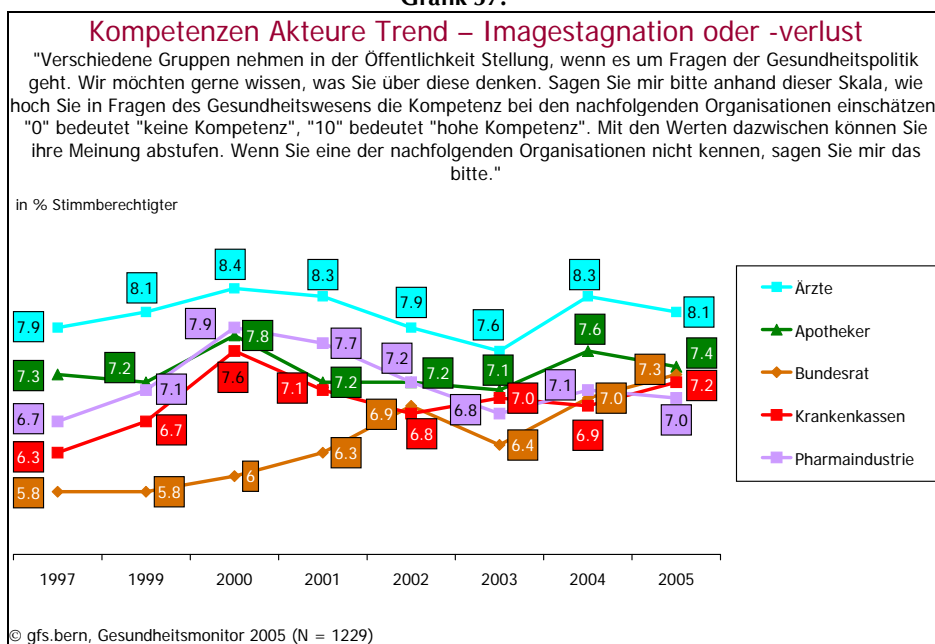
Zur Kompetenz in Fragen Gesundheitswesens erscheinen heute auf dem zweiten Platz gleich hinter den Ärzten und ÄrztInnen bereits die PatientInnen-Organisationen (+ 0.9 Punkte). Zusammen mit den KonsumentInnen-Organisationen (+ 0.9 Punkte) und den GesundheitspolitikerInnen (+ 0.9 Punkte) gehören sie zu den hauptsächlichsten Image GewinnerInnen. Daneben vermochten auch die Wissenschaft (+ 0.5 Punkte), sowie die Bundesämter (+ 0.5 Punkte) besser von ihrer Kompetenz zu überzeugen als noch im Vorjahr. Die Bundesämter konnten somit als einzige Instanz im Gesundheitswesen ihre Glaubwürdigkeit kontinuierlich über die letzten Jahre hinweg erhöhen.

Grafik 56:



Demgegenüber stagniert die Kompetenzzuschreibung beim Bundesrat (+ 0.3), bei den Krankenkassen (+ 0.3 Punkte), den Ärzten (- 0.2 Punkte) und Apothekern (- 0.2 Punkte) sowie bei der Pharmaindustrie (- 0.1 Punkte).

Grafik 57:

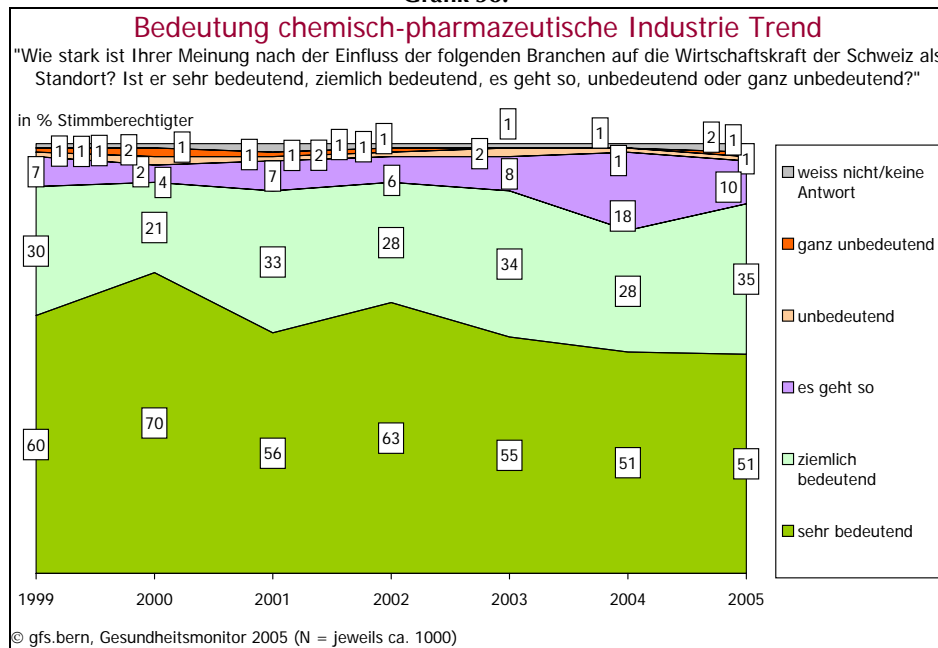


### 3.9.2. Das Image der chemisch-pharmazeutische Industrie

Zwar wird der chemisch-pharmazeutischen Industrie in Fragen rund um die Gesundheitspolitik heute leicht weniger Kompetenz zugeschrieben als 2004, ihr Einfluss auf die Wirtschaftskraft der Schweiz ist jedoch unbestritten. 86 Prozent der Stimmberechtigten sind der Meinung, dass die Pharmaindustrie sehr oder zumindest ziemlich bedeutend sei für den Wirtschaftsstandort Schweiz. Dies sind 7 Prozent mehr als noch im Vorjahr. Nur sehr marginale 2 Prozent wagen die wirtschaftliche Bedeutung der Branche anzu-

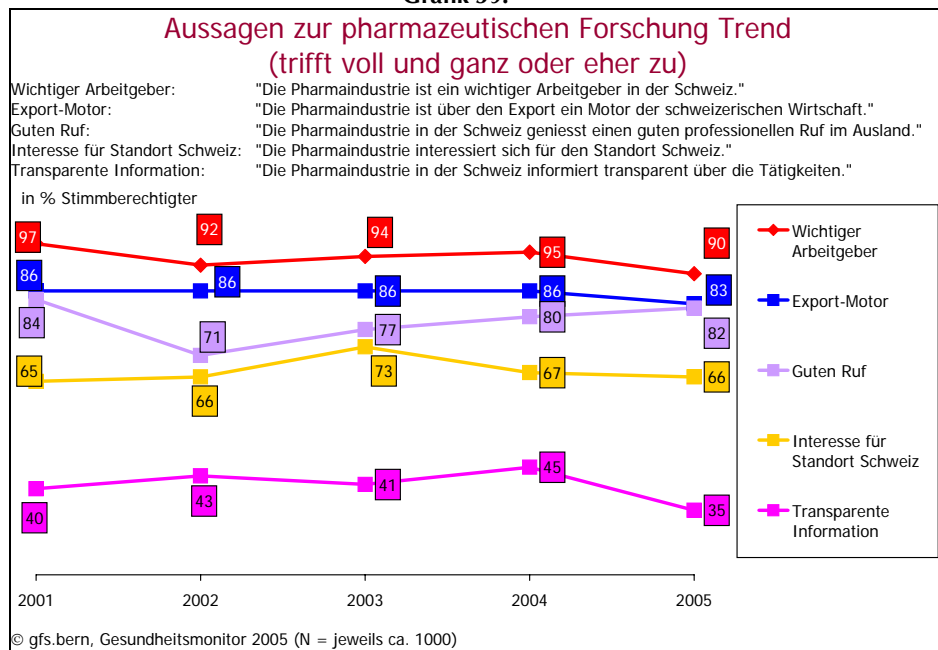
zweifeln. Die chemisch-pharmazeutische Industrie besetzt den zweiten Rang gleich hinter dem Bankenwesen.

Grafik 58:



Die Pharmaindustrie wird im Schnitt von den Stimmberechtigten positiv beurteilt, wenn auch leicht schlechter als noch im Vorjahr.

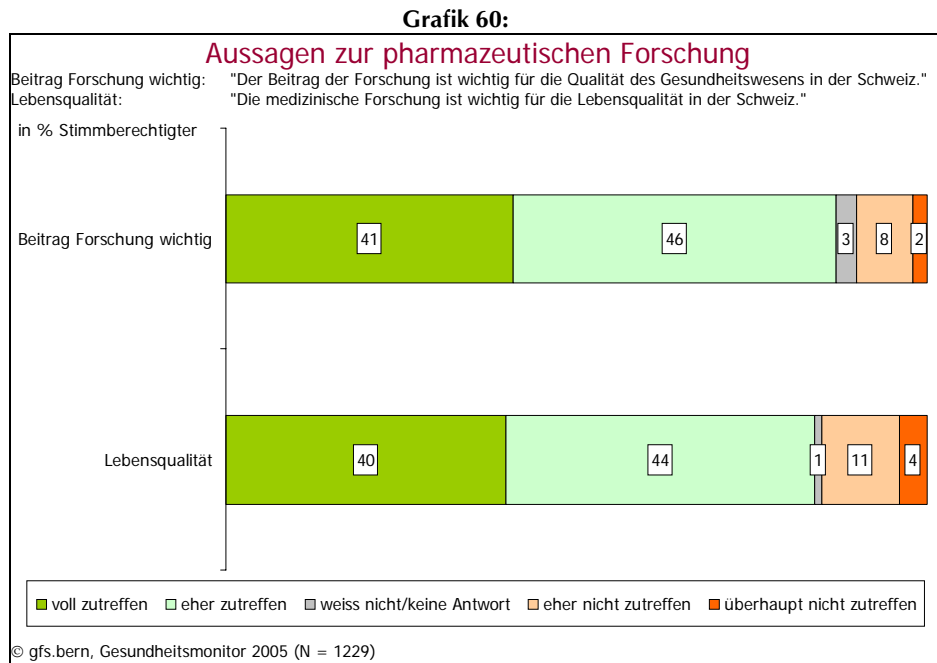
Grafik 59:



Immer noch neun von zehn Befragten bejahen die Aussage, dass die Pharmaindustrie ein wichtiger Arbeitgeber in der Schweiz sei. Neben ihrer Funktion als Motor der Schweizer Wirtschaft wird ihr auch weiterhin ein guter Ruf im Ausland attestiert. Ähnlich wie im letzten Jahr sind 2005 wieder zwei Drittel der Stimmberechtigten der Meinung, die Pharmaindustrie interessiere sich für den Standort Schweiz. Deutlich schlechter als noch 2004 schneidet die Pharmaindustrie heute in Bezug auf ihre Kommunikati-

onspolitik ab. Nur noch rund ein Drittel der Befragten ist der Meinung, die Branche informiere transparent über ihre Tätigkeit.

Der Beitrag, den die pharmazeutische Forschung an die Lebensqualität und die Qualität des Gesundheitswesens in der Schweiz leistet, wird von mehr als 80 Prozent der Stimmberechtigten geschätzt.



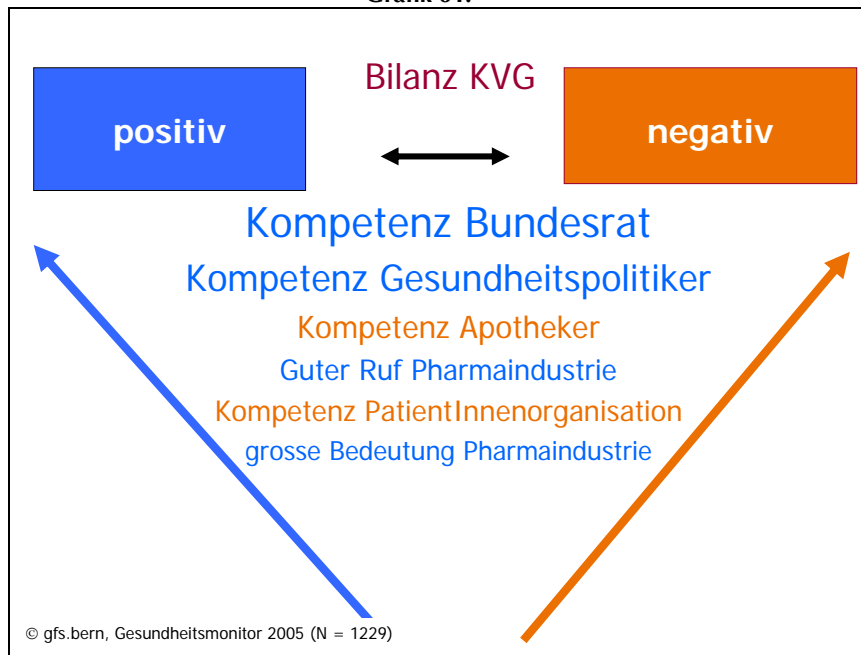
### 3.9.3. Die Zwischenbilanz

PatientInnen- und KonsumentInnen-Organisationen sowie die Gesundheits-politikerInnen sind die wahren ImagegewinnerInnen. Auch die Bundesämter und die Wissenschaft vermochten die Stimmberechtigten leicht besser von ihrer Kompetenz in Gesundheitsfragen zu überzeugen. Leicht schlechter als noch im Vorjahr schneiden hingegen die Ärzte, die Apotheker und die Pharmaindustrie ab. An der wirtschaftlichen Bedeutung der Pharmaindustrie für die Schweiz wagt aber auch dieses Jahr kaum jemand ernsthaft zu zweifeln.

Dieses Modell ist das aussagekräftigste aller hier bisher vorgestellten Regressionsanalysen. Die Beurteilung der Kompetenz verschiedener Akteure des Gesundheitsbereichs erklärt insgesamt 10 Prozent der Beurteilung des KVG.

Am stärksten der in diesem letzten Kapitel getesteten Indikatoren wirkt sich das Vertrauen in den Bundesrat auf die Bilanz zum Gesundheitswesen aus. Wer dem Bundesrat die Kompetenz in Gesundheitsfragen zuspricht, hält viel vom heutigen Gesundheitssystem. Gleiches gilt für die GesundheitspolitikerInnen. Vertrauen gegenüber den für das Gesundheitswesen verantwortlichen PolitikerInnen wirkt sich positiv auf die Beurteilung des KVG aus. Auch die positive Haltung gegenüber der Pharmaindustrie in der Schweiz trägt zu einer wohlwollenden Einstellung gegenüber dem KVG bei.

Grafik 61:



Genau umgekehrt verhält es sich bei der Kompetenzzuschreibung an die Adresse der ApothekerInnen oder PatientInnen-Organisationen. Wer diesen beiden eher systemkritischen Akteuren in Fragen rund um die Gesundheit Gehör schenkt, ist unzufrieden mit dem heutigen Stand des Gesundheitswesens.

Unbedeutend für die Bilanz des KVG sind die Kompetenzzuschreibung an die Adressen der Bundesämter, der KonsumentInnen-Organisationen, der WissenschaftlerInnen, der Ärzte und ÄrztInnen, der Krankenkassen und auch der Pharmaindustrie. Ebenfalls keine signifikant nachweisbare Wirkung haben die Beurteilungen der Pharmaindustrie als wichtige Arbeitgeberin oder als Export-Motor, sowie die Meinungen über ihr Interesse am Standort Schweiz, der Transparenz ihrer Kommunikation, der Wichtigkeit ihres Forschungsbeitrags sowie der Bedeutung ihrer Forschung für die Lebensqualität in der Schweiz.

## 4. Die Synthese

Das Kapitel zur Synthese ist wie folgt aufgebaut:

- Kurze Rekapitulation der Fragestellungen (4.1.)
- Präsentation des Schlussmodells zur Erklärung der KVG-Bilanzierung (4.2.)
- Formulierung der zentralen Antworten auf die Arbeitshypothese (4.3.)
- und Schlussbilanz zum Gesundheitsmonitor 2005 (4.4.)

### 4.1. Kurze Rekapitulation der Fragestellungen

Welche Folgerungen kann man aus dem "Gesundheitsmonitor 2005" ziehen? Diese Frage stellt sich, nachdem die Ergebnisse der Befragung vorgestellt worden sind. Die übergeordnete Zielsetzung der Erhebung von Meinungen zum Gesundheitswesen resp. zur Gesundheitspolitik ist es, ein zuverlässiges Informationssystem zu etablieren, das regelmässig aktualitäts- resp. trendbezogene Angaben liefert, wie die Stimmberechtigten und Bürger das Gesundheitswesen generell und die Gesundheitspolitik nach der Einführung des KVG beurteilen.

Ausgehend von den Resultaten der bisherigen Analysen und Darstellungen, können wir für das Jahr 2005 - also nach fast zehn Jahren KVG - festhalten: Vordergründig ist alles stabil geblieben. 1994 wurde das KVG in einer Volksabstimmung knapp mehrheitlich angenommen; es votierten 52 Prozent dafür. 2005 stehen wiederum 52 Prozent der Stimmberechtigten dem KVG positiv gegenüber. 36 Prozent beurteilen es heute negativ, 12 Prozent kommen zu keinem gerichteten Entscheid.

Die bisherige öffentliche Debatte kannte mehr Dynamik; sie hatte drei Phasen:

- zunächst die generelle Aufmerksamkeitssteigerung für Fragen des Gesundheitswesens, verbunden mit einer umfassenden Problematisierung,
- dann die Kontroverse über die Kostensteigerung, vor allem im Prämienbereich, die sich ab 2000 auch massiv auf die Versicherten auswirkte, und
- schliesslich die Diskussion unter dem Aspekt der Qualität erbrachter Leistungen, die immer mehr ergänzend hinzukam.

Zeichnet sich also hintergründig ein neues Paradigma der Bewertung von Gesundheitsfragen ab? Mehren sich die Anzeichen, dass die Kostendiskussion relativiert wird? Das ist die Kernfrage für die nachstehende Analyse. Sie wurde mit der folgenden Arbeitshypothese zugespitzt:

### **Die Arbeitshypothese**

Die vorherrschende Kostendiskussion in der Öffentlichkeit zeigt Folgen für das verlangte Verhalten der Leistungserbringer. Dabei dominiert die Kostenoptimierung. Die Bevölkerung, die politisch relevante Reaktionen zeigen kann, reagiert jedoch mit erhöhter Betonung der Qualitätserwartungen. Sie rangiert diese höher als die Kostenoptimierung.

Sekundär interessieren wir uns für die Begründung der Bilanz zum KVG, die vordergründig ähnlich knapp positiv ausfällt, wie das seinerzeit bei der Volksabstimmung zur Einführung der Gesetzesänderung der Fall war. Beides soll nun in der Übersicht der Resultate resümiert werden.

## **4.2. Das Erklärungsmodell zu den KVG-Bilanzierungen**

Widmen wir uns zuerst der Frage der KVG-Bilanzierung. Wie wir gesehen haben, fällt sie seitens der stimmberechtigten Bevölkerung knapp positiv aus. Dieses Resultat an sich ist doch eher überraschend, denn es steht im Widerspruch zur generellen Beurteilung durch die Politik und die Massenmedien. Diese haben angesichts der Kostendiskussion zu einem flächendeckenden Angriff auf das KVG geblasen.

Unsere Untersuchung rät zur Vorsicht mit solchen pauschalisierenden Schlussfolgerungen. Unbestritten ist auch nach diesem Bericht, dass es eine Kritik an den Kosten des Gesundheitswesens gibt, die sich vor allem aus der Prämiensteigerung für die Krankenversicherung nährt. Daraus aber eine Umkehrpolitik zu folgern, die das Krankenversicherungsgesetz radikal verändern würde, wäre aufgrund der Studienergebnisse verfehlt. Wie bei der Volksabstimmung 1994 steht eine knappe Mehrheit – nun nicht nur der Stimmenden, sondern auch der Stimmberechtigten – positiv zum KVG. Immerhin, im Jahresvergleich 2004/2005 ist die Zustimmung zum KVG etwas gesunken, was die Bilanz etwas trübt.

Differenzierte Schlüsse lassen sich aus unserer Analyse der Ergebnisse zum Gesundheitsmonitor in zwei Schritten entwickeln:

- Der erste Schritt berücksichtigt die untersuchten Themenbereiche resp. Kapitel im Bericht und ihre Schlussfolgerungen für die KVG-Bilanzierung.
- Der zweite Schritt geht der Erklärungskraft einzelner Indikatoren im Vergleich nach.

In der Übersicht zur Studie haben wir eine erste Bilanz gezogen aufgrund der neuen und starken Trends. Wir kamen dabei zum Schluss, dass wir mit 7 Indikatoren vorerst 12 Prozent der Varianz von Antworten in unserer Befragung bei 1200 Personen erklären können. Im finalen Modell gelingt es uns mehr als das Doppelte zu erklären, nämlich rund 26 Prozent. Das heisst nicht anderes als: Mit den Ausführungen im Detail ist es uns gelungen, deutlich präziser auf eine der zentralen Fragen im Gesundheitsmonitor 2005 eine Antwort zu finden. Mit einem Wert von knapp 30 Prozent haben wir er-

reicht, was man bei einer Repräsentativ-Befragung mit mehr als 1000 Probanden erwarten darf.

**Tabelle 4:**  
Übersicht über die erklärten Varianzen der KVG-Bilanzierungen nach Kapitel

<b>Kapitel</b>	<b>Titel</b>	<b>Bestimmtheitsmass</b>	<b>Erklärte Varianz</b>
Einleitung	Neue oder starke Trends	$R^2 = 0.119$	11.9%
3.1.	10 Jahre KVG	$R^2 = 0.043$	4.3%
3.2.	Zentrale Werte definieren übergeordnete Ziele	$R^2 = 0.077$	7.7%
3.3.	Klagen über Kosten verlagern sich	$R^2 = 0.028$	2.8%
3.4.	Kostensteigerung und Mittelverlagerung erwartet	$R^2 = 0.091$	9.1%
3.5.	Krankenkassen auf Anklagebank	$R^2 = 0.043$	4.3%
3.6.	Leistungsabbau nur fallweise erwünscht	$R^2 = 0.033$	3.3%
3.7.	Fallweise mehr Eigenverantwortung	$R^2 = 0.026$	2.6%
3.8.	Generika, Postversand und Internet wegen Medikamentenpreisen am Kommen	$R^2 = 0.017$	1.7%
3.9.	Leistungserbringer in der Defensive, Schutzverbände in der Offensive	$R^2 = 0.100$	10.0%
Synthese	Total	<b><math>R^2 = 0.257</math></b>	<b>25.7%</b>

Quelle: gfs.bern, Gesundheitsmonitor

Gliedert man die Kapitel aufgrund der erklärten Varianzen, können wir folgendes festhalten:

Erstens, mit unserem raschen Vorgriff auf die neuen und starken Trends 2005 haben wir sieben Indikatoren identifiziert, die als Gruppe am meisten erklären. Das zeugt davon, dass die getroffene Auswahl nicht nur hinsichtlich der Trendzahlen richtig, sondern auch für unsere zweite Fragestellung von Belang war.

Zweitens, viel über die Beurteilung des KVG lernt man darüber hinaus vor allem anhand der Beurteilung der Leistungserbringer. Als Gruppe erklären sie am zweitmeisten, warum die Bilanz positiv oder negativ ausfällt. Je positiver das Bild der Leistungserbringer ist, desto vorteilhafter beurteilt man auch das KVG. Das stimmt nicht nur in der Strukturanalyse, es zeigte sich auch in den aktuellen Trends, die als Ganzes gemischt verlaufen.

Drittens, einen grossen Erklärungswert für die KVG-Bilanz kann man aus der Kostendiskussion und den daraus folgenden Erwartungen für die Mittelallokation ziehen. Praktisch gleich stark ist der Erklärungsbeitrag, stützt man sich einzig auf die zentralen Werte, welche die Ziele im Gesundheitswesen definieren sollen.

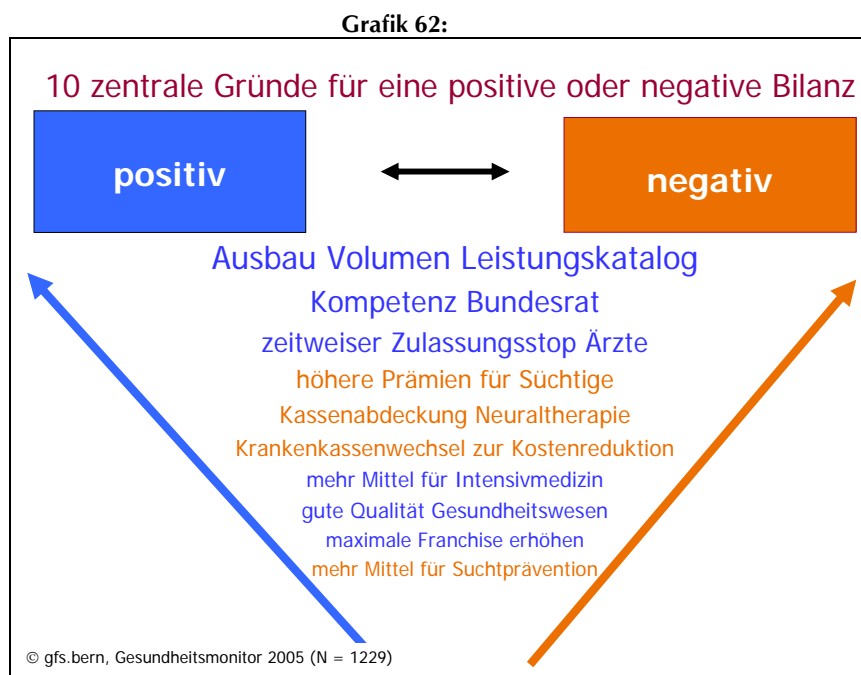
Viertens, alle anderen Modelle verfügen über deutlich weniger Erklärungskraft. Es wird zu überprüfen sein, ob wenigstens einzelne Indikatoren aus den entsprechenden Kapiteln eine Rolle spielen.

Mit Blick auf die Modellierung unserer Antwort können wir vorerst festhalten: Die Bilanz zum KVG 2005 wird beeinflusst durch

- die starken Trends der Gegenwart,
- das Bild der Leistungserbringung,
- die Kostendiskussion und
- die grundlegenden Werte.

Vieles spricht dafür, dass das Gesundheitswesen zunächst output-orientiert ausfällt, gewissermassen aber auch input-orientiert ist. Im Vergleich zur politischen Debatte, die weitgehend input-orientiert erscheint, ist das aber ein erheblicher Gegensatz. Die politische Debatte wird heute in hohem Mass durch Positionen und Forderungen bestimmt, die festlegen, was das Gesundheitswesen generell und individuell soll bzw. wer für welche Leistungen was bezahlen soll. Die Frage nach den Effekten des Gesundheitswesens bleibt dabei weitgehend ausgeklammert. Genau das machen die Leistungsbezüger nicht. Sie fragen zunächst, welches die Leistungen sind für den Preis, den sie obrigkeitlich verrechnet zu bezahlen haben. Sie beurteilen dabei, welche Leistungserbringer ihre Arbeit in welchem Masse kompetent leisten und welche nicht. Nur sekundär sind für sie Faktoren wie die Kosten- und Wertediskussion.

Dieses Hauptergebnis ist für einen Dienstleistungsbereich typisch. Man will zuerst die Bedürfnisse, die man hat, befriedigt sehen. Erst danach stellt sich die Frage, auf welchem Wege die Kosten hierfür zu bezahlen sind resp. was dabei gerecht ist. Das heisst nicht, dass die Politik genau Gleiches tun muss, denn der Politik kommt eine Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen zu, die sich aus den verschiedenen Zielkonflikten ergibt. Es heisst aber, auf die bevorzugten Massnahmen, die letztlich auch die Zustimmung der EntscheidfinderInnen haben müssen, Rücksicht zu nehmen. Dabei braucht es eine Erweiterung des politischen Diskurses, der nebst input- auch output-orientierte Grössen berücksichtigt.



Differenziert man diese generelle Analyse auf der Ebene von Indikatoren, kann man die 10 zentralen Gründe für eine positive oder negative Bilanz wie folgt auflisten:

- Wer höhere Prämien für Raucher befürwortet,
- wer beispielsweise die Neuraltherapie in der Grundversicherung belassen möchte,
- wer die Krankenkasse wechseln würde, um selber Kosten zu sparen und/oder
- wer mehr Mittel für die Suchtprävention möchte,

die/der beurteilt das KVG heute mit klar erhöhter Wahrscheinlichkeit n e g a t i v. Dagegen gilt:

- Wer sich einen Ausbau des Leistungskatalogs in der Grundversicherung wünscht,
- wer die Gesundheitspolitik des Bundesrates für kompetent hält
- wer den zeitweiligen Zulassenstopp für ÄrztInnen befürwortet,
- wer mehr Mittel für die Intensivmedizin wünscht,
- wer die Qualität des Gesundheitswesens hoch einschätzt und/oder
- wer die maximale Franchise erhöhen möchte,

beurteilt das KVG mit klar erhöhter Wahrscheinlichkeit heute p o s i t i v.

Die übergreifende Einteilung der Ziele des KVG, wie zum Beispiel die Schliessung von Lücken im Leistungskatalog, wie die Stärkung der Solidarität zwischen den Versicherten und wie die Kosteneindämmung, helfen damit nur beschränkt zu verstehen, wer heute warum in welcher Form das KVG beurteilt. Kostendämmende Massnahmen, die nachweislich zu einer erhöhten individuellen Akzeptanz des Krankenversicherungsgesetzes führen sind beispielsweise der Zulassungsstopp für ÄrztInnen. Eine Massnahme, die zwar keine unmittelbare Auswirkungen auf das globale Kostenvolumen hat, mindestens aber die individuelle Kostenverantwortung stärkt und deren Befürwortung sich vorteilhaft auf die KVG-Bilanz auswirkt, ist die Möglichkeit, die maximale Franchise zu erhöhen. In diesem Punkten liegt die aktuelle politische Diskussion richtig, denn sie verfolgt erstens die ursprünglichen Ziele mehr oder minder weiter, zweitens trifft sie den Nerv der Kostendiskussion und drittens ist es eine Massnahme, die zu einem positiven Verhältnis zum KVG führt. Nur unter dem Kostenaspekt lässt sich aber nicht verstehen, warum die Menschen heute das KVG positiv beurteilen. Hierfür braucht es auch die Berücksichtigung von Anforderungen, die eher auf der Seite des Lücken-Schliessens im KVG stehen. Die positive Haltung zum KVG nährt sich heute nämlich in erster Linie aus der Beurteilung, wonach der Leistungskatalog in der Grundversicherung generell eher ausgebaut werden soll, weil bisherige Leistungen tendenziell als bedroht erscheinen (z.B. im Bereich der Intensivmedizin). Die Positivbilanz nährt sich aber auch aus der Zufriedenheit mit der Qualität des heutigen Gesundheitswesens und der Arbeit des Bundesrates in Gesundheitsfragen.

Man kann das auch so sagen: Die kritische Prämiendiskussion ist zwar populär, und sie wird so schnell auch nicht verschwinden. Sie ist aber vor allem vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Haushalte heute schon durch Steuern belastet erscheinen. Führt die Prämiendiskussion zu einer Änderung der Angebotsseite, kann das auch zu einer negativen Beurteilung des KVG ganz allgemein führen. Die KVG kritischen Gruppen sehen vor allem im Wechsel der Krankenkassen ein Mittel zur Kostenreduktion und erwarten insbesondere mehr Eigenverantwortung bei der Taxierung des Verhaltens von RaucherInnen.

Erneut bestätigt sich, dass die Output-Orientierung im Gesundheitswesen von Bedeutung ist und bleibt. Sie wirkt sich aktuell gemischt auf das generelle Urteil über das KVG aus. Teilweise führt sie zu positiven Beurteilungen, teilweise nährt sich aber auch die Kritik daraus. Interessant erscheint auch, dass das Verhalten von Akteuren von Belang dafür ist, wie man das KVG bilanziert. Naturgemäss kommt dabei dem Bundesrat eine zentrale Bedeutung zu. Die politischen Werte schliesslich spielen auf der Ebene der Indikatoren nur noch eine geringe Rolle. Vielmehr bekommt man den Eindruck, dass ein-

zelne Massnahmen, die sich aus der Wertediskussion ableiten lassen, die aber für sich gesehen die stimmberechtigte Bevölkerung beschäftigen, Ausschlag gebend sind.

Die einleitend entwickelte Hypothese, wonach es zur Kostendiskussion, die in der Öffentlichkeit dominiert, eine Gegenposition gibt, kann damit im Kern als bestätigt gelten. Generelle Qualitätsfragen bleiben absolut zentral. Und auch bestimmte Quantitätsfragen sind von Belang. Gerade da zeigt sich die Opposition zur vorherrschenden Diskussion am deutlichsten.

### 4.3 Die Thesen und ihre Begründungen

Unabhängig vom Modell zur Erklärung der KVG-Bilanz 2005 können wir die Trends, die der Gesundheitsmonitor 2005 aufzeigt, wie folgt verdichten. Sie bilden die Grundlage, auf der das Projekt auch nach der 10-Jahr-Bilanz weiter getrieben werden soll. Die 10 wichtigsten Folgerungen unsererseits lauten:

#### ***These 1: Finanzielle Belastungen verlagern sich.***

Erstmals nehmen die Klagen über die Krankenkassenprämien wieder ab. Das ist aber noch kein Zeichen einer definitiven Entspannung, denn es wachsen die Klagen über die Zahnarztrechnungen und jene zu den Medikamentenpreisen sind unverändert hoch.

#### ***These 2: Qualitative und quantitative Versorgung ist am wichtigsten.***

Gewünscht werden eine qualitative und quantitative hohe medizinische Versorgung, bei der man frei wählen kann. Weltanschauliche Rezepte bei der Reform des Gesundheitswesens haben sich generell nicht durchgesetzt.

#### ***These 3: Qualitätssicherung ist gerade wegen der Ökonomisierung zentral.***

Niemand rechnet realistisch damit, dass die Gesundheitskosten gesenkt werden können. Gewünscht wird aber eine bessere Verteilung hin zu den alltagsnahen Leistungen, denn man fürchtet zunehmend, dass unter dem Druck der Ökonomisierung des Gesundheitswesens die Qualität der normalen Medizin leidet.

#### ***These 4: Kritik am KVG wird breiter.***

Die Bilanz zum KVG ist mehrheitlich positiv, wird aber kritischer. Die Kritik nährt sich neu nicht nur aus der Kosten-, sondern auch aus der Leistungsperspektive.

***These 5: Grundversicherung soll nicht generell abgebaut werden.***

Der generelle Ausbau der Grundversicherung hat wieder Aufwind, bleibt nur minderheitlich akzeptiert. Alternativmedizin sollte eher über Zusatzversicherungen geregelt werden. In Einzelfällen gibt es darüber hinaus Zustimmung zur Straffung des Grundversicherungskataloges.

***These 6: Beschränkt mehr Eigenverantwortung wird akzeptiert.***

Kostensparendes Verhalten sollte mehr belohnt und Bagatellrechnungen selten selber bezahlt werden, während für starke Minderheiten Suchtverhalten wie Rauchen tendenziell mit höheren Prämien belastet werden sollte.

***These 7: Billigere und einheitliche Krankenkassen liegen im Trend.***

Erstmals erscheinen die Krankenkassen selber als wichtigster Kostentreiber. Veränderungen in der Versicherungsart sind ausgereizt. Weitere Kostensteigerungen führen individuell zu einer vermehrten Nachfrage nach anderen Krankenkassen, und/oder kollektiv zu einer Befürwortung der Einheitskasse.

***These 8: Generika sind zunehmend akzeptiert.***

Die Medikamentenpreise gelten unverändert als zu hoch; ihr Anteil an den Gesundheitskosten wird aber realistischer eingeschätzt. Man ist jedoch klar stärker bereit, Generika statt Originalmedikamente zu verwenden. Internet und Postversand werden beim Medikamentenbezug zur Konkurrenz für Drogerien und Ärzte, nicht aber für Apotheken.

***These 9: Pharmaforschung wird unvermindert akzeptiert.***

Die wirtschaftliche Bedeutung der Pharmaindustrie wird unverändert wahrgenommen. Sie gilt jedoch nicht eindeutig als ortsverbunden und informationsfreudig. Die Pharmaforschung leistet jedoch einen wesentlichen Beitrag zur Lebensqualität in der Schweiz, und soll das auch weiter tun (können).

***These 10: KVG zeigt ambivalente Wirkungen.***

Mit der Modernisierung des schweizerischen Gesundheitswesens sind die Gesundheitskosten kollektiv und individuell gestiegen. Sie führen dazu, dass auch die Erwartungen an die Leistungen steigen. Vom Arzt will man Medizin in bester Qualität, für die übrigen Leistungserbringer will man Kontrollen im Sinne des PatientInnen- und KonsumentInnen-schutzes.

#### **4.4. Die Schlussbilanz**

"Hohe Kosten fördern hohe Erwartungen", das ist der Titel, den wir über die Studie gesetzt haben. Was bedeutet das? Es bedeutet zunächst nicht, dass die BürgerInnen angesichts stets steigender Kosten für das Gesundheitswesen, welche die Gesellschaft als Ganzes, aber auch die Individuen für sich tragen müssen, für die Kostenminimierung optieren. Vielmehr zeigt der Gesundheitsmonitor, dass man kollektiv von weiter steigenden Kosten ausgeht. Das aber stellt das Prinzip der individuellen Kostenminimierung in Frage: Solange das durch das eigene Verhalten nicht abschliessend beeinflusst werden kann, kann es auch pervertiert werden. Das führt denn auch zum anderen Schluss, dem der individuellen Nutzenmaximierung. Wir können zwar nicht belegen, dass das die einzige Maxime ist, nach der heute im Gesundheitswesen gehandelt wird. Es liegt aber der Schluss nahe, dass diese Folgerung aus der Kostensteigerung mindestens so wichtig ist wie jene der individuellen Kostenminimierung.

## Anhang

### Das gfs.bern-Forschungsteam



CLAUDE LONGCHAMP

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



MONIA AEBERSOLD

Sozialwissenschaftlerin, Projektleiterin  
Schwerpunkte: Migrationsforschung,  
Altersforschung



LUCA BÖSCH

Webmaster/Internet-Applikationsdesigner,  
Unternehmenskommunikation  
Schwerpunkte: Internetauftritt, Online-  
Befragungen, statistische Datenanalysen,  
Online-Datenbanken, Visualisierungen.



STEPHAN TSCHÖPE

Projektassistent  
Schwerpunkte: Statistische Datenanalyse,  
EDV-Programmierungen,  
Hochrechnungen, Visualisierungen.



SILVIA-MARIA RATELBAND-PALLY

Administratorin  
Schwerpunkte: Desktop-Publishing,  
Visualisierungen, Projektadministration,  
Vortragsadministration.