

**Zeitschrift:** Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA  
**Herausgeber:** Verein für Schweizerisches Heimwesen  
**Band:** 56 (1985)  
**Heft:** 3

**Artikel:** Zur Kostensituation im Gesundheitswesen  
**Autor:** Künzli, René  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-811689>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 09.01.2026

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

# Zur Kostensituation im Gesundheitswesen

Von René Künzli, Direktor des Privaten Alters-, Pflege- und Krankenhauses Neutal in Berlingen

## Ausgangslage

### 1. Die Kostenentwicklung in der Vergangenheit

Schon seit einigen Jahren wird von der unerfreulichen Kostensituation im schweizerischen Gesundheitswesen gesprochen, wobei oft auch das Wort «Kostenexplosion» verwendet wird. Bei diesem Kostenproblem handelt es sich um eine gewaltige Kostenexpansion, deren Ende heute noch niemand abzusehen vermag.

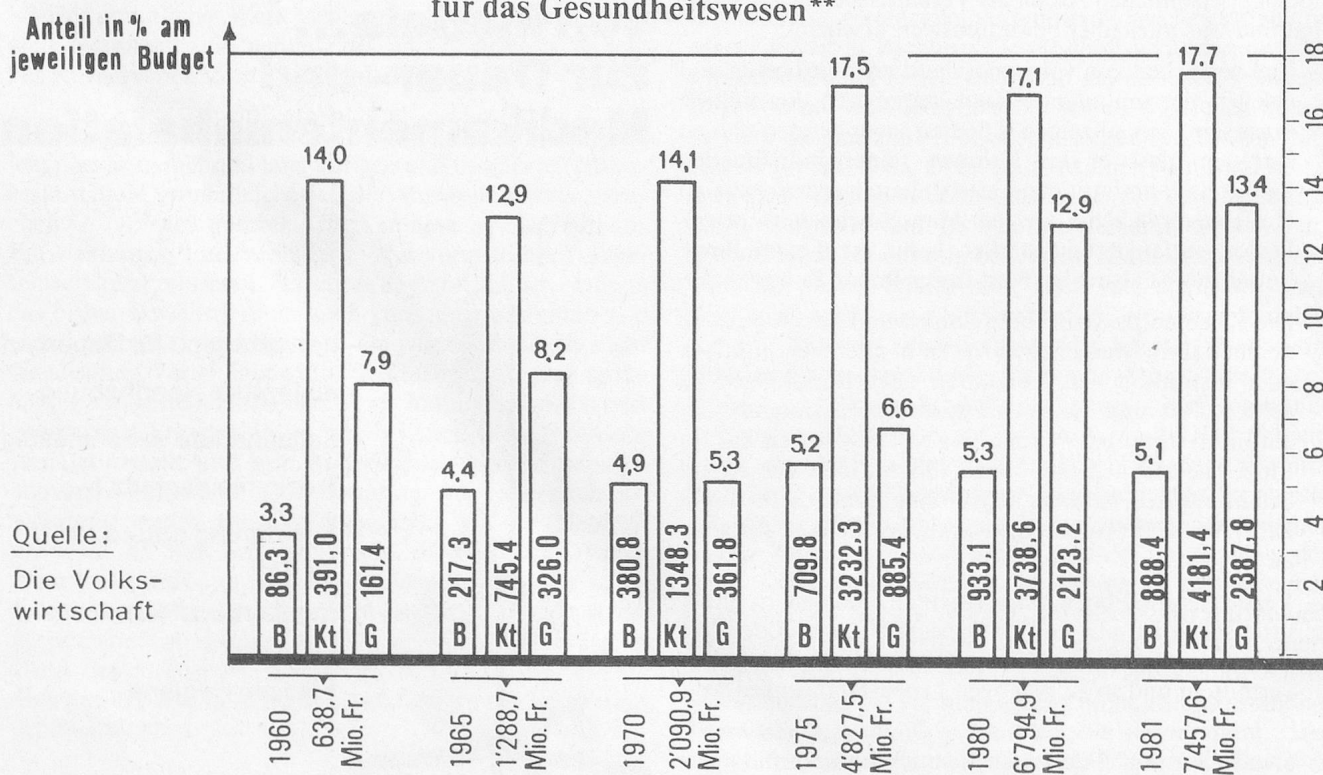
Insbesondere in der Krankenversorgung sind die Aufwendungen in den letzten beiden Jahrzehnten exorbitant gestiegen. Sie betrugen, gemessen an den Gesamtkosten für das Gesundheitswesen im Jahre 1960, 15 Prozent, heute sind es beinahe 50 Prozent. Im gleichen Zeitabschnitt stieg die Teuerung um das Anderthalbfache, die Löhne um das Dreifache, die Kosten für Krankenpflege um das Achtfache. Die Aufwendungen für die Spitalversorgung wuchsen in derselben Zeitspanne sogar um das Zwanzigfache.

Wie aus der Graphik Nr. 1 zu entnehmen ist, haben auch

Bund, Kantone und Gemeinden einen zunehmenden Teil ihres Budgets im Gesundheitswesen investieren müssen, wobei noch zu beachten ist, dass seit Ende der 70er Jahre die Investitionsphase, das heisst der Bau neuer Spitäler, wegen der demographischen Entwicklung weitgehend abgeschlossen war.

Aber auch den einzelnen Bürger bzw. Haushalt traf die Entwicklung, wie Tabelle Nr. 1 deutlich zeigt, recht hart, wobei in dieser Darstellung die drei letzten Jahre 1983/84/85, in welchen unter anderem die Krankenkassen- bzw. Versicherungsprämien für das Krankheitsrisiko ganz massiv anstiegen bzw. steigen werden, noch nicht einmal enthalten sind. Während beispielsweise für Nahrungsmittel für Nahrungsmittel und Bekleidung ein abnehmender Prozentsatz der Ausgaben verzeichnet wird, steigt der entsprechende Wert für die Gesundheitspflege noch an. Er dürfte für 1985 schätzungsweise bereits in der Grössenordnung von 9 Prozent liegen. Solche Entwicklungen stimmen nachdenklich. Sie führen zur Frage nach deren Ursachen und Möglichkeiten, diesem verhängnisvollen Trend Einhalt zu gebieten.

Ausgaben von Bund\*, Kantonen und Gemeinden für das Gesundheitswesen\*\*



\* Beiträge an die Krankenkassen, Gesundheitsausgaben des Bundes und Beiträge an die Bekämpfung der Tuberkulose, des Krebses, rheumatischer Krankheiten, übertragbarer Krankheiten, Lebensmittelkontrolle u. a.

\*\* Vor Abzug der Doppelzahlungen; zudem stehen den Ausgaben periodenverschobene Einnahmen gegenüber.

Tabelle 1

AUSGABEN DER PRIVATEN HAUSHALTE					
in %	1965	1970	1975	1980	1982
Nahrungsmittel	20,9	19,4	13,8	13,0	12,9
Miete	12,1	13,6	12,4	11,1	12,6
Bildung, Erholung	11,8	11,3	12,4	12,7	12,7
Versicherungen (Leben, AHV/IV/E0, Pensions- und Hilfskassen)	9,8	9,4	10,5	10,9	11,1
Bekleidung	9,5	7,9	5,8	5,2	4,7
Gesundheitspflege*	6,3	6,9	6,8	7,1	7,6
Verkehr	6,1	7,4	10,0	9,8	9,7
Wohnungseinrichtung	5,2	5,1	5,1	5,0	4,2
Steuern, Gebühren	4,9	6,3	10,4	11,4	11,2
Getränke und Tabakwaren	2,9	3,3	3,1	3,0	3,0
Körperpflege	1,8	1,8	1,5	1,6	1,4

\* Gesundheitspflege inkl. Krankenversicherung und exkl. Körperpflege

1975 Krankenkassenprämien 3,0%, Heilmittel 0,4%  
 1980 Krankenkassenprämien 3,4%, Heilmittel 0,4%  
 1981 Krankenkassenprämien 3,5%, Heilmittel 0,4%  
 1982 Krankenkassenprämien 3,6%, Heilmittel 0,3%

**Quellen:**

Bundesamt für Statistik, Statistisches Jahrbuch der Schweiz,  
 Öffentliche Finanzen der Schweiz.

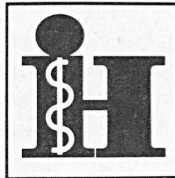
## 2. Zur Kosten- und Leistungsentwicklung im Krankenhaus

Im Jahrfünft 1978 bis 1983 stiegen die Kosten in den Krankenhäusern um rund 50 Prozent an. In derselben Zeitspanne erhöhte sich die Zahl der Pflgetage um lediglich 1 Prozent, jene der Patienten und des Personals um je rund 4 Prozent. Schon aus diesen Verhältniszahlen ist deutlich ersichtlich, dass hier einerseits eine eklatante Kostenentwicklung stattgefunden hat und andererseits die Effizienz des Personals, um dies gelinde zu sagen, auch hier nicht gerade in der erwünschten Richtung verlief. Es ist hier sicher nicht der Ort, über Sinn und Unsinn sowie die Erfordernisse der modernen Medizin zu sprechen. Wenn man indessen feststellen muss, dass im Jahre 1960 auf 100 belegte Betten sechs, heute aber zwanzig Ärzte kommen und dass sich im gleichen Zeitraum das medizinisch-technische Personal von zehn auf vierzig vermehrt hat, so kommen schon echte Zweifel auf, ob eine derartige Entwicklung noch mit den echten Bedürfnissen einer vernünftigen Krankenversorgung einhergeht.

Es darf in diesem Zusammenhang wohl auch angenommen werden, dass die Entwicklung der Medizinaltechnik in den Spitälern weitgehend unkontrolliert Einzug gehalten hat. Superteure Geräte wurden angeschafft, oft unbesehen, ob diese auch wirtschaftlich genutzt werden können. Aber was bedeutet schon Effizienz und Wirtschaftlichkeit in einem Spital, für dessen gewaltige Betriebsdefizite ohnehin der anonyme Steuerzahler aufzukommen hat? Sind denn nicht alle Anstrengungen als wirtschaftlich zu bezeichnen, die der Gesundheit von Menschen irgendwie nützlich sein können? Grundsätzlich ist diese Frage wohl zu bejahen. Wir befinden uns in unserem Lande aber bald einmal am Scheideweg, wo die Grenze der Finanzierbarkeit erreicht ist und die Finanzmittel nicht mehr ausreichen, das Normalmass der medizinischen Versorgung für den Durchschnittsbürger bezahlbar zu machen. Der Ruf zur Beschreitung neuer Wege ist unüberhörbar. Als Basis zur Erörterung von Lösungsmöglichkeiten sind zunächst ein-

# Interhos

## Interhospital 85



**Die größte Krankenhaus-  
Fachmesse der Welt.**

# Düsseldorf

## Düsseldorf

### 7.-10.5.85

# 13. Deutscher Kranken

**13. Deutscher  
Krankenhaustag.**



**NOWEA** INTERMESS Dörgeloh AG  
 Obere Zäune 16 · 8001 ZÜRICH  
 DUSSELDORFER MESSEN Telefon (01) 252 9988 · Telex 816027 inme

mal die Schwachstellen des heutigen Gesundheitssystems und die Ursachen für die unselige Kostenentwicklung zu ermitteln.

## Schwachstellen im Gesundheitssystem

### 1. Patient

Hier sind auch Ursachen für die Kostenentwicklung zu suchen, die ausserhalb des Gesundheitswesens liegen. In den Jahren 1950 bis 1970 verzeichnete die Schweiz eine rasante Bevölkerungsentwicklung von 4,7 auf rund 6,3 Mio. Menschen. Im Zuge dieser Zunahme und aufgrund optimistischer Bevölkerungsprognosen wurden medizinische Infrastrukturen geschaffen, die hohe Bereitschaftskosten verursachen und sich dann bei der seit Mitte der 70er Jahre zu beobachtenden Stagnation der Einwohnerzahl vielerorts als überdimensioniert herausstellten.

Mit dieser Entwicklung einher ging die zunehmende Überalterung der Bevölkerung, welche darin zum Ausdruck kommt, dass 1950 lediglich 9,6 Prozent der Schweizer Einwohner über 65 Jahre alt waren, 1980 jedoch bereits 13,8 Prozent in diese Alterskategorie fielen. Da nach einer Erhebung beispielsweise ein 60jähriger Mann zirka viermal und ein 70jähriger rund achtmal höhere Krankenpflegekosten verursacht als ein 20jähriger Mann, dürfte es klar sein, dass die Altersstruktur eine Teilursache der ungünstigen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bildet.

Eine weitere Ursache liegt zweifelsohne im zunehmenden Wohlstand der Schweizer, der es erlaubt, auch bei den Gesundheitsansprüchen sowohl Qualität als auch Quantität zu erhöhen nach dem Grundsatz: «Ich kann mir das ja leisten!»

Zu diesem Zwecke werden Versicherungen abgeschlossen, welche vielleicht zum Teil unbewusst, im Falle gesundheitlicher Beschwerden zu einer Verhaltensänderung in dem Sinne führen, dass sofort medizinische Hilfe beansprucht wird, weil man ja die Prämie dafür bezahlt hat und von der Versicherung auch einmal etwas haben will. Die Versicherung verschafft dann das Gefühl, die medizinischen Leistungen seien gratis. Diese Haltung führt zur «surconsommation médicale» und damit zu stetig steigenden Versicherungs- oder Krankenkassenprämien.

Eine weitere Ursache für die Kostensteigerung im Gesundheitswesen bildet die starke Zunahme der direkt selbstverschuldeten Krankheiten und Unfälle, die medizinische Leistungen erheischen. Es geht dabei vor allem um

- Krankheiten und deren Folgen aus dem zunehmenden Konsum von Suchtmitteln (Alkohol, Tabak, Drogen, Medikamente) und
- Verletzungen und deren Folgen insbesondere aus Verkehrsunfällen.

Lebensbereiche, in welchen das Gesundheits- und damit auch das Kostenrisiko massgeblich positiv oder negativ beeinflusst werden können, sind unter anderem Genussmittelkonsum, die Ernährung, die Zahnhygiene, die Freizeit und das Verhalten im Verkehr und bei der Arbeit.

### 2. Ärzte

Die Ärzte sind in unserer freien Wettbewerbswirtschaft in einer einzigartigen Lage. Ist der Patient einmal bei ihnen, so sind sie es, welche, jedenfalls in einem beachtlichen Umfang, die Nachfrage nach ihren eigenen Dienstleistungen selbst bestimmen. Diese Situation erfordert schon ein hohes Mass an volkswirtschaftlicher Einsicht und Verantwortlichkeit, welche Eigenschaft leider nicht allen Angehörigen dieser Berufsklasse attestiert werden kann. Selbst wenn die Krankenkassen Tarife festlegen in der Hoffnung, dass damit die Kosten eingedämmt werden können, so kann der Arzt mehr Einzelleistungen verrechnen und so das als erwünscht betrachtete Einkommen erreichen. Das Fatale an dieser Situation ist, dass wegen der nicht vorhandenen Abhängigkeit zwischen Angebot und Nachfrage eine Erhöhung des Angebotes, das heisst der Ärztezah, nicht wie auf anderen Märkten zu vermehrtem Wettbewerb und einer Preissenkung, sondern sowohl zu einer Kosten- als auch Mengenerhöhung führt.

Tabelle 2

AERZTEDICHTE IM INTERNATIONALEN VERGLEICH			
LAND	Einwohner auf 1 Arzt		
	1960	1976	1980
BRD	704	503	442
Frankreich	1020	614	518
Grossbritannien	1163	887	808
Italien	537	431	322
Schweden	1031	568	492
Schweiz*	769	562	451
USA	676	515	508

\* Frei praktizierende Aerzte, Assistenten und Volontäre

#### Quellen:

Bundesamt für Statistik Jahresberichte VESKA u.a.

Die aus der vorstehenden internationalen Zusammenstellung ersichtliche Entwicklung der Ärztedichte zeigt, dass die Schweiz diesbezüglich nach der BRD und Italien an der Spitze steht, wobei namentlich die rasante Entwicklung im Zeitraum 1976 bis 1980 auffällt.

Dass sich dieser verhängnisvolle Trend fortsetzt, ist gewiss; offensichtlich bilden die noch intakten Chancen dieser Berufsgattung, ein weit überdurchschnittliches Einkommen auch in der weiteren Zukunft zu erzielen, begreiflicherweise nach wie vor einen Anreiz zur Ergreifung des Medizinstudiums. Dass ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Ärztedichte und den öffentlichen Gesundheitsausgaben besteht, geht unter anderem klar daraus hervor, dass die entsprechenden Ausgaben in den Kantonen Genf und Basel-Stadt, welche die höchste Ärztedichte verzeichnen, ebenfalls am höchsten sind.

Die weitere Zunahme der Ärztedichte – Schätzungen rechnen bis zum Jahre 2000 mit einer Verdoppelung und bis 10 Jahre später gar mit einer Verdreifachung der Ärztezah – wird schon gegen Ende des laufenden Jahr-

# Das religiöse Menschenbild – oder: Die Suche des Menschen nach Gott

VSA-Kurs V für alle, die in einem Heim tätig sind, sowie für  
Vertreter von Heim-Trägerschaften.

Leitung: Dr. Imelda Abbt

Dieses fünfte und abschliessende Seminar, das unter dem Gesamtthema «Menschen-  
bilder und ihre Rückwirkung auf die Heimarbeit» steht, thematisiert das religiöse  
Menschenbild. Das biblische Gottes-, Welt- und Menschenbild gehört zu unserem Erbe.  
Damit will sich das Seminar auseinandersetzen, um daraus Schlüsse für die Arbeit im  
Heim zu ziehen.

1. Kurstag: **«Lasset uns Menschen machen nach unserem Bild  
und Gleichnis» –**  
Das alttestamentliche Menschenverständnis
2. Kurstag: **«Zur Freiheit seid Ihr berufen» –**  
Das neutestamentliche Menschenverständnis
3. Kurstag: **Ist religiöse Anthropologie heute 'ortlos'? –**  
Konsequenzen für die Arbeit im Heim

## Durchführungsorte und Termine:

### Region Graubünden

Dienstag, 16. April 1985: Stiftung «Gott hilft», Zizers

Dienstag, 7. Mai 1985: Waisenhaus Masans

Dienstag, 4. Juni 1985: Kinderheim «Giuvaulta», Rothenbrunnen

### Region Bern

Dienstag, 30. April 1985: Schulheim Schloss, Kehrsatz

Donnerstag, 9. Mai 1985: Schulheim Landorf, Köniz

Dienstag, 18. Juni 1985: Weissenheim, Bern

Beginn jeweils um 09.30 Uhr

**Kurskosten** für je drei Kurstage, die nur en bloc besucht werden können (inkl. Verpflegung)  
Fr. 250.–

Fr. 150.– für Teilnehmer aus VSA-Heimen

10 Prozent Ermässigung bei persönlicher Mitgliedschaft

**Anmeldung** Bis 31. März bzw. 19. April 1985 an Kurssekretariat VSA, Seegartenstrasse 2,  
8002 Zürich, Tel. 01 252 47 07 (nur vormittags)

---

## Anmeldung (Religiöses Menschenbild 85)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Tätigkeit, Funktion \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Heims \_\_\_\_\_

Region Graubünden ☐ Region Bern ☐

VSA-Mitgliedschaft des Heims ☐ Persönliche Mitgliedschaft ☐ Bitte zutreffendes ankreuzen.

zehnts einen Mehraufwand an Krankenpflegekosten in der Grössenordnung von 3 Mrd. Franken verursachen.

Erwähnenswert ist im weiteren, dass die Ärzte einen weitgehenden Preisschutz für ihre Leistungen geniessen, der ihnen bei vorhandenem Kundenstamm ein sicheres Einkommensniveau garantiert. Diese kartellähnlichen Preisregelungen verhindern eine freie Preisgestaltung und -differenzierung mindestens nach unten weitgehend.

### 3. Krankenkassen und Versicherungen

Es muss leider festgestellt werden, dass beide Institutionen in der Vergangenheit ebenfalls mitgeholfen haben, das Preis-/Kostenkarussell rasch und immer schneller zu drehen. Durch entsprechende Werbeanstrengungen haben sowohl die Privatversicherungsgesellschaften als in jüngster Zeit in verstärktem Masse auch die Krankenkassen versucht, sich ein möglichst grosses Stück aus dem wohlstandsbedingt stark wachsenden «Ausgabenkuchen» des Schweizlers herauszuschneiden. Die Kunden wurden veranlasst, immer bessere und höhere Leistungen zu versichern. Selbst zeitlich und betraglich unbegrenzte Leistungen werden offeriert, wobei man gegenüber den Ärzten und Spitälern ausserordentlich grosszügig ist, und nur in Fällen offensichtlicher, extremer Überforderung einschreitet. Dies im Bewusstsein, bei schlechter Ertragsentwicklung durch eine entsprechende Prämienerrhöhung die Sache wieder ins Lot bringen zu können. Erst in allerjüngster Zeit kann, wohl bedingt durch die enormen Prämienerrhöhungen, festgestellt werden, dass sowohl die Versicherungsberater als auch die Kunden beginnen, Vernunft anzunehmen und es nicht mehr (aus Prestigegründen) selbstverständlich ist, sich à priori eine Privatpatientendeckung zulegen zu müssen.

Tabelle 3

SPITALBETTENDICHTE IM INTERNATIONALEN VERGLEICH			
LAND	Spitalbetten auf 10'000 Einwohner		
	1960	1976	1980
BRD	106	118	115
Frankreich	97	105	111
Grossbritannien	107	89	78
Italien	89	106	96
Schweden	159	164	161
Schweiz*	126	113	128
USA	93	67	59
* 1975			

#### Quellen:

Bundesamt für Statistik, Jahresberichte VESKA u.a.

### 4. Spitäler

Die nachstehende Tabelle zeigt, dass die Schweiz nach Schweden die mit Abstand höchste Bettendichte aufweist. Es wurde bereits erwähnt, dass die heute vorhandene Infrastruktur gemessen am Bedarf überhöht ist. Es ist denn auch nicht verwunderlich, dass selbst prominente Expo-

nenten der Regierungen, wie es dies beispielsweise der Zürcher Gesundheitsdirektor Wiederkehr am diesjährigen schweizerischen Krankenhauskongress in Luzern tat, einem Abbau von Spitalbetten als Rezept gegen die Kostenexplosion das Wort reden. In der Schweiz gibt es als Folge der überdimensionierten Infrastruktur rund 10 000 Betten zuviel. Allein schon im Kanton Zürich könnten ohne namhafte Beeinträchtigung der medizinischen Versorgung fünf Spitäler geschlossen werden. Offensichtlich ist dies politisch nicht durchführbar. Wo immer der Versuch gewagt wird, Betriebe stillzulegen, wehren sich aus verständlichen Gründen die Klinikdirektoren mit Unterstützung der Lokalpolitiker und der Bevölkerung. Die Gesundheitsbehörden als Repräsentanten und Aufsichtsträger resignieren jeweils bei so grossem politischem Widerstand. Das Kostengebaren verschiedener Spitäler ist unakzeptabel. Diese müssten zu einer wesentlich wirtschaftlicheren Verhaltensweise bei den Investitionen (insbesondere vermehrte Kosten-Nutzen-Analysen vor Anschaffung teurer Geräte) und vor allem beim Personaleinsatz gezwungen werden. Die Mitarbeitermotivation sollte noch verbessert und die Personalbestände dürften nicht auf die Arbeitsspitzen ausgerichtet werden. Die Ärzte sollten in betriebswirtschaftlichen Belangen geschult und in Fragen der Personalführung besser ausgebildet werden. Der Führungsbereich vieler Spitäler liegt im argen, wobei oft wichtige Führungsinstrumente, wie eine klare Regelung der Kompetenzen, ein ausgebautes und aussagefähiges Rechnungswesen mit einer Kostenstellen- und -trägerrechnung sowie eine bedarfsgerechte Personaleinsatzplanung fehlen.

Die fachlich vielfach gut ausgebildeten Spitaldirektoren hätten das Rüstzeug, die betrieblichen und kommerziellen Standpunkte wirksam vertreten zu können. Es sind aber immer wieder die systembedingten Führungsschwächen – namentlich die mangelnde Flexibilität beim Personaleinsatz –, die sie daran hindern, wirksam in das betriebliche Geschehen einzugreifen. Eine Teilursache dafür liegt auch in der oftmals zu starken Trennung zwischen Verwaltung und medizinischem Bereich.

## Möglichkeiten der direkten und indirekten Kostenbeeinflussung

### 1. Das Verhalten des Patienten

Einen indirekten Einfluss auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen können der Staat und private Institutionen durch Aufklärungskampagnen, besonders in Schulen, ausüben. Wichtig ist auch die Erziehung zu einer gesundheitsbewussteren Lebensweise (mehr Bewegung, weniger Alkohol, Vermeidung des Rauchens, keine Drogeneinnahme usw.). Ferner ist vermehrt auf die Möglichkeiten der Selbstbehandlung hinzuweisen, wobei nicht an eine allgemeine Aufhebung der Rezeptpflicht, jedoch an eine beschränkte Ausweitung der Selbstbehandlungsmöglichkeiten zu denken wäre. Staatliche Verbote und Gebote (Geschwindigkeitsvorschriften, Sicherheitsvorkehrungen, Umweltschutz) könnten ebenfalls zu einer Verminderung des Morbiditätsrisikos beitragen. Mit solchen Massnahmen wird allerdings die Eigenverantwortung nicht gefördert. Es müsste auch daran gedacht werden, die Gesundheitskosten noch vermehrt nach dem Verursacherprinzip dem einzelnen zu überbinden.

# Aufbaukurs für Alters- und Pflegeheimleitung

Der Verein für Schweizerisches Heimwesen (VSA), der Schweizerische kath. Anstaltenverband (SKAV), die Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser (VESKA) und die Schweizerische Stiftung Pro Senectute gründeten im Jahr 1981 die «Schweizerische Arbeitsgemeinschaft Aufbaukurs für Alters- und Pflegeheimleitung». Auf der Basis eines einheitlichen Aus- und Fortbildungskonzepts beginnen im nächsten Jahr zwei weitere berufsbegleitende Aufbau-  
kurse für Alters- und Pflegeheimleiter.

---

**Zielgruppe:** Teilnehmer mit absolviertem Grundkurs oder vergleichbarer Ausbildung:  
– bereits langjährig tätige Alters- und Pflegeheimleiter  
– weitere Interessenten (nach Massgabe der Aufnahmebedingungen).

**Schwerpunkte der Ausbildung:** Fachwissen und Können in den Bereichen: Führung und Verwaltung des Alters- und Pflegeheims – Institutionen und Berufe in der Altershilfe – Gerontologie (anthropologische, psychologische, soziologische und medizinische Aspekte) – Altersarbeit und Alterspflege – Beratung, Betreuung und Animation des Heimbewohners – Persönlichkeitsbildung.

**Dauer/Ablauf:** 24 Tage; berufsbegleitend im Blockkurssystem (in der Regel 3tägige Einheiten), verteilt auf 1 ½ Jahre.

**Beginn/Orte:** **Kurs Nr. 3:** 22. April 1986 mit Kursort im Nidelbad, Rüschlikon  
**Kurs Nr. 4:** 5. November 1986 mit Kursort im Franziskushaus, Dulliken

**Teilnehmerzahl:** zirka 24 Personen

---

Kursprogramm, Anmeldeformular und weitere Auskünfte:

**Kurs Nr. 3:** Verein für Schweiz. Heimwesen (VSA), Seegartenstr. 2, 8008 Zürich, Tel. 01 252 49 48

**Kurs Nr. 4:** Schweiz. Kath. Anstaltenverband (SKAV), Zähringerstr. 19, 6003 Luzern, Tel. 041 22 64 65

## 2. Zur Nachfragesteuerung der Ärzte

Angesichts der eindeutigen Interessenlage und der Kräfteverhältnisse im «Gesundheitsmarkt» dürften wohl nur sehr wenige Ansätze für wirksame Massnahmen vorhanden sein. Appelle an die Vernunft und das volkswirtschaftliche Verständnis der Ärzte sind wohl sinnvoll, aber realistisch kaum sehr wirksam. Die rigorose Einführung eines numerus clausus an den Hochschulen zwecks Eindämmung der Ärzteschwemme hat ebenfalls seine Tücken; zudem ist sie aus ordnungspolitischen Gründen äusserst problematisch. Ein in der Praxis allerdings schwer zu realisierendes Massnahmenbündel müsste so ausgelegt werden, dass die Ärzte, im Gegensatz zu den bisherigen Gepflogenheiten, dann besonders gut honoriert werden, wenn sie einen Patienten mit einem Minimum an Leistungen (Zeit, Zahl der Konsultationen und Medikamente) kuriert haben.

## 3. Massnahmen der Versicherungsträger

Die Versicherungsträger, das heisst die Krankenkassen und die Privatassekuranz, sollten mit geeigneten Massnahmen der sogenannten surconsommation médicale begegnen. Eine Eindämmung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen könnte wirksam erfolgen durch höhere absolute und (oder) prozentuale Selbstbehalte. Zu prüfen wäre auch die Einführung von Jahresselbstbehalten und eines Bonus-Malussystems. Generell müsste, wie bereits angetönt, die Kostenbelastung in die Richtung des Verursacherprinzips gehen. Ferner sollte bei der Kundenberatung viel mehr auf die Bedürfnisse Rücksicht genommen und nicht unbedacht Privatpatientendeckungen angeboten werden.

Die Versicherungsträger müssten mit entsprechenden Vereinbarungen die Preisgestaltung für medizinische Leistungen nach «unten» offenhalten.

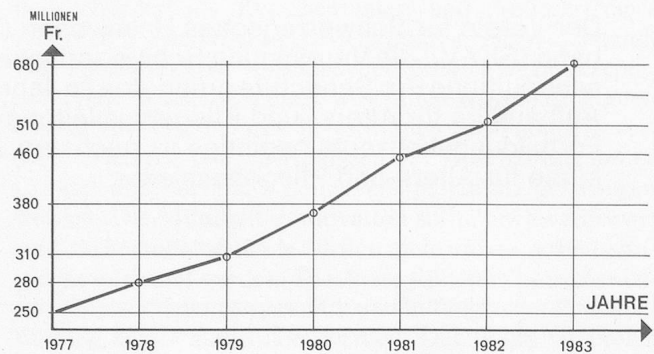
Im Sinne eines Versuches wäre es auch denkbar und allenfalls sinnvoll, dass die Versicherungsträger gemeinsam private Spitäler betreiben oder bestehende fördern, wo sie das Kostengefüge selbst bestimmen oder mindestens massgeblich beeinflussen können.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass der Konsument wohl nur über sein Portemonnaie wirksam «gesteuert» werden kann, wobei selbstverständlich die sozialen Aspekte – denen ja durch gezielte öffentliche Subventionen im Gegensatz zum heutigen Giesskannenprinzip angemessen Rechnung getragen werden kann –, nicht ausser acht gelassen werden können.

## 4. Zur Verbesserung der Kostensituation der Spitäler

Zurzeit hat der Steuerzahler gewaltige Beiträge an die Betriebsdefizite der infrastrukturell überdimensionierten Spitäler zu berappen. Eine Stilllegung oder Umorientierung nicht benötigter Kapazitäten ist vermutlich unumgänglich, wenn man der desolaten Kostensituation begegnen will. Der Personaleinsatz und die Betriebsabläufe sind unbedingt zu verbessern. Den Spitaldirektoren sind vermehrte Kompetenzen zur wirksamen Kostenbeeinflussung einzuräumen, und das leitende medizinische Personal ist in der Personalführung und allgemeinen Problemen des Manage-

ments auszubilden. Die Aufsichtsinstanzen haben für eine langfristige Finanzplanung, eine strenge Kostenkontrolle und die Einführung sowie die effiziente Handhabung von Führungsinstrumenten, insbesondere einer gut ausgebauten Kostenstellen- und -artenrechnung zu sorgen. Das Gesundheitswesen sollte entpolitisiert und die Spitäler zeitgemäss geführt werden. Dazu gehört jeglicher Verzicht auf prestigemässig motivierte Investitionen namentlich von medizinischen Geräten und Anlagen und eine Konzentration derselben auf Orte, an denen diese effizient genutzt bzw. ausgelastet werden können.



Eine Möglichkeit zur Gewinnung von Kostendeckungsbeiträgen bestünde auch in der vermehrten Förderung des sogenannten Patiententourismus. Dieser brachte nach der vom Bundesamt für Statistik veröffentlichten Fremdenverkehrsbilanz der Schweiz im Jahre 1983 immerhin 680 Mio. Franken oder bereits dreimal mehr als 6 Jahre zuvor, was deutlich die Marktmöglichkeiten aufzeigt.

## 5. Verstärkte Förderung der Privatinitiative

Beispiele wie das NEUTAL und andere Privatbetriebe zeigen, dass auf privater Basis betriebene Heime und Spitäler, volkswirtschaftlich betrachtet, einen wesentlichen Beitrag zur positiven Beeinflussung der Kostensituation im Gesundheitswesen zu leisten vermögen. Aufgrund einer oberflächlichen Betrachtungsweise eines Vergleichs zwischen Pensionstaxen öffentlicher und privater Betriebe entsteht fälschlicherweise der Eindruck, private Unternehmen arbeiteten mit wesentlich höheren Kosten als öffentliche Heim- und Spitalbetriebe. Wird indessen dem Umstand Rechnung getragen, dass die gesamte Infrastruktur öffentlicher Betriebe aus Steuergeldern à-fonds-perdu und in der Regel zudem hohe Betriebsdefizite ebenfalls zulasten der Steuerzahler finanziert werden, so sehen derartige echte Vergleiche vollkommen anders aus.

Dies sei nachfolgend anhand eines echten Zahlenvergleiches demonstriert, bei welchem die Zahlen der Betriebsrechnung für den Bereich des Pflegeheimes NEUTAL in Berlingen mit jenen eines öffentlichen Pflegeheimes, dessen Identität aus Diskretionsgründen hier nicht genannt wird, verglichen werden. Die Werte für die beiden Pflegeheime, deren Steckbrief nachstehend wiedergegeben wird, wurden durch ein im Sektor der Heim- und Spitalverwaltung tätiges, spezialisiertes Treuhandunternehmen ermittelt bzw. vergleichbar gemacht.

**DRITTES PRAXIS-SEMINAR VSA**  
**11./12. Juni 1985, im Franziskushaus Dulliken**

Leitung: Dr. Imelda Abbt; Dr. med. Karl-Heinz Bauersfeld

# Veränderungen im Alter

Die diesjährige Thematik geht auf Anregungen im letzten Praxis-Seminar zurück. Das Seminar will Hilfen für den Umgang mit geistigen und seelischen Veränderungen beim alternden Mitmenschen bieten.

---

## PROGRAMM

### Dienstag, 11. Juni 1985

- 10.00 Begrüssung  
«Das Alter in den verschiedenen Kulturen» (Abbt)  
10.45 «Symptomatik typischer Zustandsbilder und Verlaufsformen» (Bauersfeld)  
14.30 «Wie erleben wir im ‚arbeitsfähigen Alter‘ als Mitmenschen und Betreuer diese Symptome?» (Bauersfeld)  
15.30 Wie reagieren wir darauf? Gruppenarbeit an Hand von persönlichen Beispielen  
20.00 Gemütliches Beisammensein

### Mittwoch, 12. Juni 1985

- 09.00 «Verständnis, Pflege und Betreuung, Therapie des alternden Mitmenschen: Begriffliche Klärung unserer Einstellungen und Handlungsweisen. Das Selbstverständnis» (Bauersfeld)  
10.30 «Mitsein, Verstehen, Mitgehen als Weisen mitmenschlichen Seins und Grundlage einer Einstellung zur Pflege, Betreuung und Therapie» (Bauersfeld)  
14.00 Wie kann ich meine Einstellungen und eventuellen ‚Widerstände‘ gestalten? Gruppenarbeit mit Einbezug eigener Erfahrungen  
15.00 Rückblick auf die Arbeit; didaktische Probleme beim Vorbereiten auf diese Tätigkeit  
15.45 «Zur Veränderung als Chance» (Abbt)  
16.00 Schluss des Seminars

---

**Kurskosten** Fr. 250.– für Nichtmitglieder.  
Fr. 150.– für Teilnehmer aus VSA-Heimen.  
10 Prozent Ermässigung bei persönlicher Mitgliedschaft.  
Unterkunft und Verpflegung im Franziskushaus, Vollpension zirka Fr. 65.– separat.

**Anmeldung** bis 1. Juni 1985 an Kurssekretariat VSA, Seegartenstrasse 2, 8008 Zürich, Tel. 01 252 47 07 (nur vormittags)

---

## Anmeldung Praxisseminar 85 Dulliken

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Name des Heims \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

VSA-Mitgliedschaft des Heims ☐ Persönliche Mitgliedschaft ☐ Unterkunft im Franziskushaus erwünscht ☐

Angemeldeten Teilnehmern, die eine Unterkunft bestellt haben, muss bei Rückzug der Anmeldung vor Tagungsbeginn eine Annulationsgebühr von Fr. 70.– berechnet werden.

## Vergleich Kosten Neutral : Heim «X»

### Steckbrief:

#### Neutral

Privatrechtlich (AG)

Gemischtes Heim  
Altersheim/Krankenheim

193 Pflegebetten (84 Altersheimbetten)

Effektive Pflegetage 69 127

#### Ergebnis:

Bescheidener Betriebsgewinn; zuzüglich die Erarbeitung angemessener Abschreibungen zur Sicherstellung eines gesunden Fortbestandes der Unternehmung.

#### Heim «X»

Öffentlich-rechtlich

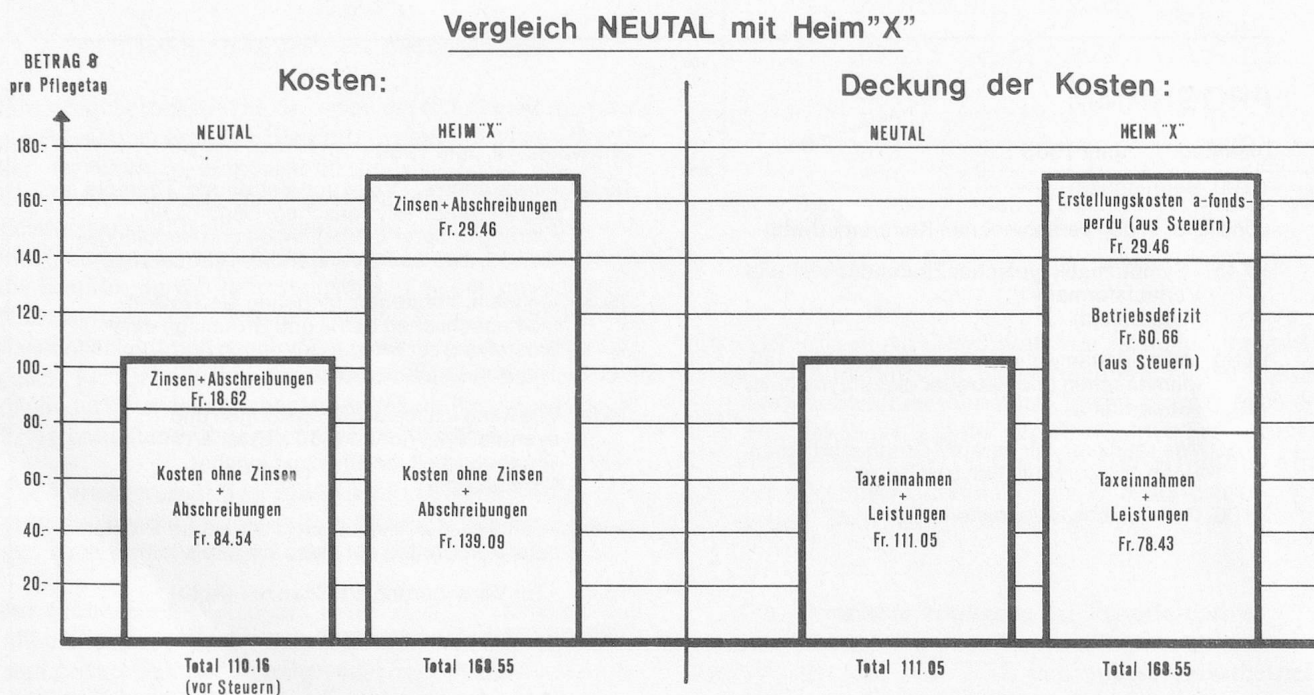
Krankenheim

150 Pflegebetten

Effektive Pflegetage 43 502

#### Ergebnis:

Erheblicher Verlust zulasten Steuerzahler.



Die vorstehende Graphik mit den darin enthaltenen Zahlenangaben spricht eine recht deutliche Sprache. Gestützt darauf können folgende Feststellungen gemacht werden:

1. Die als oberflächlich bezeichnete Gegenüberstellung der Taxeinnahmen zeigt eine scheinbar positive Differenz von fast Fr. 33.– pro Tag und Person zugunsten des öffentlichen Pflegeheimes.
2. Die Kostensituation offenbart eine ins Gewicht fallende Differenz von rund Fr. 58.– zugunsten des privaten Pflegeheimes. Würde das öffentliche Heim mit den Kosten des NEUTAL arbeiten, das heisst diese Differenz mit der Anzahl Pflegetage (43 502) multipliziert, so könnte das öffentliche Pflegeheim gegenüber dem jetzigen Stand mit 2,5 Mio. Franken geringeren Kosten auskommen. Selbst wenn berücksichtigt wird, dass das Heim «X» mit einer etwas neueren und deshalb um rund Fr. 11.– pro Pflege-tag teureren Infrastruktur arbeiten muss, so ergäbe sich bei gleicher Betrachtungsweise immer noch ein Kostenunterschied von beinahe 2,1 Mio. Franken.

3. Die «Zeche», welche der Steuerzahler für den öffentlichen Pflegeheimbetrieb zu begleichen hat, ist recht beachtlich. Sie beträgt Fr. 90.– pro Pflege-tag oder pro Jahr sage und schreibe 3,9 Mio. Franken. Betrachtet man die Kostendifferenz bei der Deckung der Kosten aus dem volkswirtschaftlichen Blickwinkel, stellt man also den Taxeinnahmen des NEUTAL von Fr. 111.– die Gesamtkosten des Heimes «X» von Fr. 168.– gegenüber, so erhält man als Mehrkostenbetrag des öffentlichen Pflegeheimes wieder die erwähnten 2,5 Mio. Franken.

Diese Differenzen müssten den aufmerksamen Leser und Betrachter der Szene unseres Gesundheitswesens recht nachdenklich stimmen. Dies um so mehr, als in den Betriebskosten bzw. Taxeinnahmen des NEUTAL ein Cash Flow enthalten ist, der die tadellose Instandhaltung und eine angemessene und gesunde Fortentwicklung der Unternehmung gestattet.

Es darf ruhig festgestellt werden, dass zwischen der Kostenlage der beiden verglichenen Pflegeheime – ähnliche Vergleiche mit anderen öffentlichen Heimen könnten

beliebig angestellt werden – Welten bestehen. Würde es gelingen, alle öffentlichen Heime kostengünstiger zu betreiben, so könnten in der ganzen Schweiz volkswirtschaftlich betrachtet gewaltige Beträge eingespart werden. Die Unterschiede zwischen den Betriebskosten beim vorstehenden Vergleich resultieren zum überwiegenden Teil aus dem effizienteren Personaleinsatz. Würden auch die Spitäler vermehrt nach privatwirtschaftlichen Maßstäben geführt, so würde sich die Kostenmisere im schweizerischen Gesundheitswesen entschärfen.

Auch wenn derartigen Kostenvergleichen immer gewisse Mängel anhaften, darf behauptet werden, dass es auf privater Basis arbeitenden Betrieben im Sektor des Gesundheitswesens gelingt, vergleichsweise kostengünstig zum Wohle unserer Volkswirtschaft zu wirken. Die Privatinitiative auf diesem Gebiet verdient also gefördert zu werden. Die öffentliche Hand könnte dies zum Beispiel durch die Zulassung höherer steuerlich begünstigter Abschreibungen oder die Gewährung von Subventionen an die Bau- oder Betriebskosten privater Heime und Spitäler tun. Sie könnte auch zinsfreie oder -günstige Darlehen und Hypotheken gewähren und somit durch diese Massnahmen die optisch und materiell ungünstige Ausgangslage der privaten gegenüber den öffentlichen Heim- und Spitalbetrieben verbessern. Zwecks Erreichung der erwünschten Kostentransparenz sollten die öffentlich-rechtlich organisierten Betriebe gezwungen werden, eine Vollkostenrechnung (inkl. Subventionen aller Art sowie Amortisation und Verzinsung der Infrastruktur) zu führen.

### *Schlussbemerkungen*

Insgesamt zeigt sich, dass die bisherige Ordnung des Schweizerischen Gesundheitswesens wirtschaftlich gesehen ziemlich ineffizient ist. Dies beruht auf

- fehlendem Wettbewerb und Wettbewerbsdruck,
- mangelnden Signalen zu einem kostengünstigeren Verhalten,
- ungenügender präventiver Einwirkung und
- der Tatsache, dass der «Gesundheits-Markt» eine ganze Reihe von Defekten aufweist.

Es ging in den vorstehenden Betrachtungen nicht darum, bestimmte Berufsgruppen und Institutionen zu diffamieren, sondern vielmehr, die Schwächen des Systems unseres Gesundheitswesens und Lösungsansätze für Verbesserungen aufzuzeigen. Schliesslich wurde auch beabsichtigt zu demonstrieren, was die Privatinitiative im Gesundheitswesen zugunsten einer besseren Kostenlage zu leisten vermag. Die vorstehenden Ausführungen sollten auch anregen, sich darüber Gedanken zu machen, wie der privatwirtschaftliche Unternehmergeist auf diesem Gebiet wirksamer und zum Wohle aller gefördert werden könnte.

Wenn dieser Artikel zur aktiven Beschäftigung mit den Problemen unseres Gesundheitswesens, das nach Meinung vieler Bürger unseres Staates in einer echten Krise steckt, angeregt hat, so ist der damit verfolgte Zweck erreicht.

## **Zweijähriger Kurs für die Ausbildung von Aktivierungs- therapeuten/innen**

Die Bernische Schule für Aktivierungstherapie führt ab Frühjahr 1986 ihren vierten Kurs zur Ausbildung von Aktivierungstherapeuten durch. Die Ausbildung vermittelt die theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten zur Aktivierung von betreuungsbedürftigen alten Menschen, geistig und/oder körperlich behinderten Erwachsenen und Chronischkranken in Pflegeheimen, Krankenheimen und Kliniken. Aktivierungstherapie heisst fördern und erhalten der geistigen und körperlichen Fähigkeiten, herausführen aus Isolation und Resignation und mithelfen, den Heimaltag sinnvoll zu gestalten.

Aufnahmebedingungen:

- persönliche Eignung für einen sozialen Beruf
- Mindestalter 22 Jahre
- abgeschlossene obligatorische Schulbildung, gute Allgemeinbildung
- abgeschlossene Berufslehre oder vergleichbare Vorbildung
- Tätigkeit oder Vorpraktika im pflegerischen und sozialen Bereich.

Der Kurs steht unter der Aufsicht der Fürsorgedirektion des Kantons Bern, und es wird ein anerkannter Kursausweis abgegeben.

Kursort ist Bärau/Langnau i. E.

Die Kurskosten betragen zirka Fr. 1000.– pro Kursjahr, Stipendienberechtigung nach kantonalen Verordnung.

Die Ausbildung ist vollzeitlich.

Weitere Auskünfte und Informationen erteilt das Sekretariat der Bernischen Schule für Aktivierungstherapie, Pflegeheim Bärau, 3552 Bärau, Telefon 035 2 11 05 (vormittags), das auch die Voranmeldungen zu Informationsgesprächen bis zum 15. April 1985 entgegennimmt.