

Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift
Herausgeber: Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz
Band: 78 (2007)
Heft: 1

Artikel: Kongress : Gesundheitssysteme im Vergleich : "Am wichtigsten ist Prävention"
Autor: Rizzi, Elisabeth
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-804991>

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: 05.02.2026

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

Kongress: Gesundheitssysteme im Vergleich

«Am wichtigsten ist Prävention»

■ Elisabeth Rizzi

Wie sieht ein optimales Gesundheitssystem aus? Mit dieser Frage beschäftigte sich der dritte Schweizerische Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften.

«Auf der Suche nach dem optimalen Gesundheitssystem». So lautete der Titel der Tagung am 27. Oktober im Berner Inselspital. Veranstaltet wurde sie von der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsökonomie. Und bereits das erste Referat von Martin McKee zeigte, wie schwammig der Begriff «optimal» in diesem Zusammenhang ist. Der Direktor des European Centre on Health of Societies in Transition an der Universität London verdeutlichte dies am World Health Report 2000 (WHR2000). In diesem wurden die Gesundheitssysteme von 191 Staaten auf der ganzen Welt untersucht und bewertet.

Zu wenige Messkriterien

Frankreichs Gesundheitsversorgung schnitt am besten ab. «Problematisch», so McKee, «ist der WHR2000, weil nicht einmal klar ist, wie der Begriff «Gesundheitssystem» überhaupt definiert wird.» Verschiedene Länder zählen weit mehr zum Gesundheitssystem als die eigentlichen Gesundheitsdienste, nämlich auch Elemente aus dem Sozialwesen oder die Entwicklungshilfe. Ausgeschlossen werden dagegen in vielen Nationen für das

«Es gibt nicht das eine beste System. Wir können alle voneinander lernen.»

Foto: eri



Gesundheitssystem wichtige Aspekte wie Gefangenen-, Armee- oder Sportmedizin.

Ebenso unklar wie der Gegenstand an sich sind die Messkriterien für die Effizienz eines Gesundheitswesens. Häufig wird die Wirksamkeit an der Mortalitätsrate eines Landes gemessen. In Kriegsgebieten erweist sich dieser Indikator laut McKee jedoch als irreführend. Denn in Kriegen stirbt eine grosse Anzahl Menschen nicht aufgrund von Krankheiten, die durch ein funktionierendes Gesundheitswesen bekämpft werden könnten, sondern als direkte Folge von Gewalt einwirkung.

Als bessere Messkriterien schlägt Martin McKee deshalb vor, Todesursachen zu evaluieren, die durch

Leistungen des Gesundheitssystems vermeidbar gewesen wären. «Viele als gut bewertete Gesundheitssysteme verzeichnen eine hohe vermeidbare Todesrate», warnte er. In Ländern, die dieses Problem aktiv bekämpfen, konnte dagegen in den letzten 20 Jahren eine starke Rückläufigkeit verzeichnet werden; beispielsweise in Portugal. Nach Ansicht des Sozialmediziners sollten nebst einer differenzierteren Mortalitätsbetrachtung auch Faktoren wie der Umgang mit Antibiotikaresistenzen oder mit nicht-finanziellen Ressourcen in die Bewertung eines Gesundheitssystems eingehen.

Grundsätzlich als problematisch erachtete McKee allerdings die heute allgemein anerkannte Praxis, Gesund-

heitssysteme aufgrund von Daten aus der Vergangenheit zu bewerten.

Gesellschaften müssten bei der Ausgestaltung ihrer Gesundheitssysteme stärker die zunehmende Komplexität berücksichtigen, wie sie Internet, Tele-Ärzte und die demografische Entwicklung allgemein mit sich bringen würden. Im Besonderen wies McKee auf das Problem der wachsenden Zahl von betagten, multimorbiden Patienten hin: In vielen Ländern wird seines Erachtens zu wenig auf die Wirkungen und Wechselwirkungen bei der gleichzeitigen Behandlung mehrerer Krankheiten geachtet. Zudem berücksichtigten die Behandelnden zu wenig die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit bei bestimmten Krankheitsbildern. McKee erläuterte dies am Beispiel der Diabetesbehandlung: In den USA liegt die Todesrate aufgrund mangelnder interdisziplinärer Versorgung noch immer um ein Vielfaches höher als in Schweden, wo die Mortalitätsrate unter optimalen Behandlungsbedingungen gegen Null strebt.

Keine Regulation durch Markt

Optimale Behandlungsbedingungen werden allerdings nicht durch Wettbewerb allein geschaffen. So zeigte Sebastian Schneeweiss, Verantwortlicher für Medikamentenevaluation und Wirkungsforschung im Brigham and Women's Hospital in Boston, in seiner Präsentation, warum die Marktregulation im wettbewerbsorientierten US-amerikanischen Gesundheitssystem nicht funktioniert. Die USA geben im Verhältnis zum Bruttosozialprodukt mehr Geld für das Gesundheitswesen aus als jede andere Industrienation (14 Prozent des BIP). Trotzdem ist die Lebenserwartung in den Vereinigten Staaten nicht am höchsten. Schuld daran ist nicht zuletzt die Tatsache, dass immer mehr Patienten mit niedrigem Einkommen wegen fehlender Versicherung die

benötigten Medikamente nicht bezahlen können.

Der Medikamentenmarkt ist diejenige Komponente im amerikanischen Gesundheitssystem mit der höchsten Wachstumsrate der Kosten. Gründe dafür liegen in der Struktur des Systems. Die so genannten Pharmacy Benefit Managers (PBM) sind als private Organisationen zuständig für den Einkauf und die Administration der Medikamente sowie für die Verteilung und die Rückvergütung der verschriebenen Arzneimittel. PBM bieten ihre Dienste Krankenversicherern oder grossen öffentlichen Gesundheitsorganisationen an wie beispielsweise der öffentlichen Verwaltung. Als problematisch erweist sich, dass PBM die Preise in eigenem Ermessen setzen können. Zudem handeln sie häufig Rabatte mit den Herstellern aus, die sie nicht an die Endkonsumenten weitergeben. Schliesslich werden von den PBM Produkte bevorzugt, die hohen Umsatz generieren. Darüber hinaus herrscht in der Öffentlichkeit grosse Intransparenz, sodass beobachtende Stellen wie Konsumentenorganisationen oder auch der Staat wenige Interventionsmöglichkeiten haben.

Steuerfinanzierte Systeme nicht besser

Nicht zwingend sind jedoch staatlich stärker kontrollierte Gesundheitssysteme besser als das wettbewerbsorientierte amerikanische. Das erklärte Reinhard Busse, Institutsleiter für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin. Als klassische steuerfinanzierte Systeme gelten Dänemark, Grossbritannien, Norwegen, Spanien, Italien, Portugal, Schweden und Finnland. In mehreren Reformschritten entwickelten sich diese Gesundheitssysteme in Public-Private-Partnerships. Offene Fragen bestehen laut Busse in der Art der Finanzierung (staatliche oder regionale

Steuern) sowie in der Organisation (dezentral oder zentral).

Beitragsorientierte Sozialversicherungssysteme existieren in Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Luxemburg, Holland und der Schweiz. Diese Modelle beschränkten sich mit ihren Dienstleistungen ursprünglich auf die Erwerbstätigen. Nach und nach wurde der Kreis der Leistungsbezüger ausgeweitet. Die Vergütung variiert heute je nach Land zwischen Einzeleleistung, Budgets und Pauschalen. Es bestehen sowohl kollektive wie auch selektive Verträge mit den Leistungserbringern (Kontrahierungszwang). Ungeklärt, so Busse, sei allerdings vielerorts die Frage, was man wolle: also mehr Wettbewerb, mehr Planung und Steuerung – oder gar beides. In beitragsbasierten Modellen äussern sich die Konsumenten in Umfragen allgemein zufriedener. Dies führt Busse allerdings auch auf die Art der Fragestellung zurück. Die Finanzierungsgerechtigkeit dagegen sei in steuerfinanzierten Systemen besser. Aber keine einzige Studie konnte bislang beweisen, dass mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen die Gesundheit einer Population verbessert. Martin McKees Fazit in der anschliessenden Diskussion war deshalb: «Es gibt nicht das eine beste System. Wir können alle voneinander lernen. Und in jedem System können gute Resultate im Management von chronisch Kranken erzielt werden. Am wichtigsten jedoch ist Prävention im Gesundheitswesen.» Die britische Regierung hat errechnet, dass Einsparungen in der Höhe von 50 Milliarden Euro bis im Jahr 2023 möglich wären, würde sich die gesamte Gesellschaft voll für eine Gesundheitsverbesserung einsetzen. ■

Literatur:

Saltman Richard B., Reinhard Busse und Josep Figueras (2004): «Social health insurance systems in western Europe». Open University Press. ISBN-0 333 21363 4