

# Die gesundheitspolitische Debatte in der Schweiz

## Fakten und Scheinargumente

Anfang Juni 2005 gab Bundesrat Couchepin den Ausschluss eines Grossteils der so genannten komplementär-medizinischen Therapien aus der obligatorischen Krankenversicherung bekannt. Er setzte sich damit über die vorherrschenden Einschätzungen der ExpertInnen hinweg und missachtete die Ergebnisse der Studien, die der Bundesrat vor fünf Jahren selbst in Auftrag gegeben hatte. Die ganze Geschichte könnte als Posse abgetan werden, gäbe es nicht Hinweise, dass hinter den Kulissen bedeutsame Veränderungen im Gange sind. So war einige Wochen vor der Bekanntgabe von Couchepins Entscheid den AutorInnen der bundesrätlichen Studien unter Strafandrohung verboten worden, die den Studien zugrunde liegenden Daten der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, ja sie sollten sogar verpflichtet werden, die Daten vollumfänglich der Bundesverwaltung zu überlassen. Und kaum war Couchepins Entscheid publik, warb die Krankenkasse Groupe Mutuel in ganzseitigen Inseraten für Zusatzversicherungen, die die aus der Grundversicherung ausgeschlossene Komplementärmedizin abdecken. Was man dabei wissen muss: Die Kassen dürfen im Grundversicherungsbereich keinen Gewinn erzielen, im Bereich der Zusatzversicherungen hingegen sehr wohl. Und Couchepin war vor seinem Eintritt in den Bundesrat selbst Verwaltungsratsmitglied von Groupe Mutuel.

### Mehr Gewinnorientierung im Gesundheitswesen?

Der Ausschluss der Komplementärmedizin ist Bestandteil einer umfassenden Strategie, die von massgebender bürgerlicher Seite in der Gesundheitspolitik seit einigen Jahren verfolgt wird. Erklärtes Ziel: Mehr Marktwirtschaft im Gesundheitswesen und die schrittweise Einführung der differenzierten medizinischen Versorgung à la carte. Wobei das Risiko einer Zweiklassenmedizin ganz bewusst in Kauf genommen wird. Weitere Elemente dieser Strategie sind:

- Die Ausdünnung des Leistungskataloges der Grundversicherung soll in den Bereichen Schulmedizin und Psychotherapie weiter geführt werden – der Ausschluss von vier komplementär-medizinischen Therapien war also nur der An-

---

#### Beat Ringger

1955, Zentralsekretär vpod und geschäftsführender Sekretär des Denketzes. Interessenschwerpunkte: Gesundheits- und Sozialpolitik, politische Ökonomie, Psychologie und Fragen der Ideologiebildung.

fang. Diese Politik wird von Bundesrat Couchepin und seinem neuen Vizedirektor im Bundesamt für Gesundheit, Hans-Ulrich Brunner, mit Vehemenz vorangetrieben. Die beiden scheuen sich dabei nicht, an (über?) die Grenzen der zulässigen Interpretation der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen zu gehen.

- In den meisten Kantonen sollen die öffentlichen Spitäler zu ›Unternehmen‹ gemacht werden – durch die Überführung in eine Aktiengesellschaft oder in eine öffentlich-rechtliche Anstalt. Im Kanton Bern wurde gar versucht, für sämtliche Spitäler gesetzlich festzulegen, dass einer privaten Trägerschaft grundsätzlich Vorrang vor einer öffentlichen Trägerschaft einzuräumen sei. Dieses Vorhaben wurde von den StimmbürgerInnen an der Urne allerdings mit einer Zweidrittel-Mehrheit deutlich verworfen.

- Privatspitäler sollen den öffentlichen Spitälern gleichgestellt werden, ohne dass sie in gleicher Weise zur medizinischen Grundversorgung beitragen. Dies führt zur Rosinenpickerei: Privatspitäler sichern sich lukrative Leistungen, aufwändige Therapien werden den öffentlichen Spitälern überlassen.

- Die Stellung der privaten Krankenkassen wird erheblich gestärkt: Sie sollen künftig auswählen können, mit welchen ÄrztInnen sie Verträge eingehen und mit welchen nicht (Aufhebung des so genannten Kontrahierungszwangs). Ärzte ohne Vertrag können ihre Leistungen nicht mehr mit der entsprechenden Kasse abrechnen. Die Kassen sollen zudem gegenüber allen Leistungserbringern (Spitäler, Spitex, Kliniken, Arztpraxen) als einzige zahlende Organisation auftreten (Monismus). Kantone und andere öffentliche Trägerschaften würden ausgebootet und müssten ihre Finanzierungsanteile den Kassen übertragen.

- Die Folge: Ein erheblicher Machtzuwachs für die Kassen, der noch beträchtlich gesteigert werden könnte, falls in einem zweiten Schritt auch gegenüber Spitälern und Kliniken der Kontrahierungszwang aufgehoben würde, worüber bereits diskutiert wird. Denn die Leistungserbringer sollen gegenüber den so gestärkten Krankenkassen zum Wettbewerb gezwungen werden. Die Kassen berücksichtigen dann diejenigen Institutionen, die die Leistung am kostengünstigsten erbringen. Dies könnte unabsehbare Folgen für die Qualität der Leistungen haben.

- Unter dem Stichwort ›Managed Care‹ sollen auch in der ambulanten Versorgung Institutionen (Health Maintenance Organisations, HMO) gefördert werden, die nach privatwirtschaftlichen Grundsätzen arbeiten: Die Vergütung der HMO-Leistungen soll ermöglichen, dass die HMO gewinnorientiert arbeiten können.

- Die Kostenbeteiligung der PatientInnen an den Leistungen soll von

10% auf 20% angehoben werden (bei einer jährlichen Obergrenze von Fr. 700.-).

Die letzten vier Punkte sind Bestandteile der bundesrätlichen Vorlagen zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Das KVG stellt die in der Schweiz massgebende Grundlage zur Regulierung des Gesundheitswesens dar.

### **Denknetz-Fachgruppe Gesundheitspolitik**

Diese Ausgangslage hat eine Reihe von Gesundheitsfachleuten bewogen, sich zu einer Denknetz-Fachgruppe Gesundheitspolitik zu formieren. Die Fachgruppe legt nun im vorliegenden Denknetz-Jahrbuch eine sozialpolitisch fortschrittliche Reformagenda für das Schweizer Gesundheitswesen vor. Diese Reformagenda soll dazu beitragen, dass die Linke über gemeinsame Bezugspunkte im Richtungskampf um die Zukunft der Gesundheitspolitik verfügt.

Dies ist heute unumgänglich. Denn bei einigen kantonalen Abstimmungsvorlagen zu Spitalauslagerungen und -privatisierungen ist die Linke gespalten: Wiederholt legten sozialdemokratisch oder grün geführte Gesundheitsdepartemente entsprechende Abstimmungsvorlagen vor, und die gesundheitspolitischen Diskussionen innerhalb der Linken sind oft von Unsicherheiten geprägt.

Ein weiterer Artikel beleuchtet die Entwicklung des Gesundheitswesens in den USA. Dort lässt sich exemplarisch verfolgen, was geschieht, wenn privates Kapital in breitem Masse ins Gesundheitswesen eindringen kann. Der Artikel wurde anlässlich einer Vortragstournee verfasst, die der vpod im März 2005 mit dem bekannten Kritiker des US-Gesundheitswesens, Prof. David Himmelstein von der Harvard Medical School, durchgeführt hat.

### **Das schweizerische Gesundheitswesen: Gut und vergleichsweise gerecht im Zugang...**

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz gilt als qualitativ gut bis hervorragend. Auch bezüglich der Zugänglichkeit der Leistungen für alle sozialen Schichten schneidet die Schweiz in internationalen Vergleichsstudien gut ab. Zwar korreliert das Einkommen in allen Ländern mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung: je höher das Einkommen, desto besser der Zugang. Eine umfangreiche empirische Untersuchung in acht Ländern ergab jedoch, dass die Schweiz – zusammen mit Irland und den Niederlanden – diesbezüglich die geringsten Ungleichheiten aufweist. Unser Gesundheitswesen ist für alle Schichten vergleichsweise gut zugänglich.<sup>1</sup>

Auch ein Forschungsprojekt von Robert E. Leu und Martin Schellhorn im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 45 kommt zu ähnlichen Ergebnissen. In dieser Untersuchung zeigte sich nur bei der Inanspruchnahme von ärztlichen SpezialistInnen ein signifikanter Unterschied: Reiche suchen häufiger SpezialärztInnen auf als weniger Reiche. Hingegen besuchen Einkommensschwächere häufiger allgemein praktizierende Ärzte.<sup>2</sup> Leu zitiert zudem eine Studie von Doorslaer und Koolmann, laut der Einkommen und Gesundheit zwar in allen 13 untersuchten europäischen Ländern auseinanderdriften, am wenigsten aber in der Schweiz, den Niederlanden und in Deutschland.<sup>3</sup>

Seit 1996 ist in der Schweiz das Krankenversicherungsgesetz (KVG) in Kraft, das durch drei positive Bestimmungen heraussticht:

- Das KVG beinhaltet ein Versicherungsobligatorium, das heisst, sämtliche in der Schweiz wohnhaften Personen müssen sich gegen Krankheit bei einer anerkannten Kasse versichern.
- Durch die Grundversicherung werden alle Leistungen abgedeckt, die medizinisch sinnvoll sind. Dieser so genannte Grundkatalog ist offen (nicht abschliessend), das heisst, neue Verfahren, die wirkungsvoll sind, werden nach Überprüfung in den Katalog aufgenommen
- Die Krankenkassen dürfen in der Grundversicherung nur ein einheitliches Angebot offerieren, und die Leistungen der Grundversicherung dürfen in der ganzen Schweiz nur zu einem einheitlichen Tarif erbracht werden (Tarifschutz).

In der Schweiz sind zudem die wichtigsten und qualitativ besten Spitäler in der Regel in öffentlicher Hand und damit einer guten Grundversorgung verpflichtet. Diese Faktoren stützen die gute Qualität und die vergleichsweise egalitäre Zugänglichkeit des Schweizer Gesundheitssystems. Natürlich spiegeln sich soziale und kulturelle Ungleichheiten innerhalb der Gesellschaft auch in der Gesundheitsversorgung. Ein eloquenter Hochschullehrer hat bessere Aussichten, die Behandlung nach seinen Bedürfnissen und Präferenzen zu beeinflussen, als eine Reinigungsfachfrau kroatischer Herkunft, die nur über wenig Deutschkenntnisse verfügt.

Das Schweizer Gesundheitssystem scheint jedoch nicht zusätzlich diskriminierend zu wirken, das heisst, es enthält bislang keine gravierenden Mechanismen zur Vergrösserung sozialer Unterschiede. Die Reinigungsfachfrau und der Marketingmanager können damit rechnen, im Spital ähnlich gut (oder mitunter auch weniger gut) versorgt zu werden, was den medizinisch-therapeutischen Bereich betrifft. Die privatrechtlichen Zusatzversicherungen – die nicht im KVG geregelt sind – betreffen vorab die Hotellerie und dürfen zu keinen relevanten

Unterschieden in der medizinischen Betreuung führen. Einzig die Möglichkeit, sich via Zusatzversicherung einen Belegarzt für operative Eingriffe aussuchen zu können, verletzt dieses Gleichheitsgebot.

In der Schweiz gibt es zurzeit noch keine Zweiklassenmedizin, und es ist in den gesundheitspolitischen Diskursen von grosser Bedeutung, diese sozialpolitische Errungenschaft hervorzuheben. Es ist deshalb heikel, heute bestehende soziale Mängel mit einer Zweiklassenmedizin gleichzusetzen – dies könnte dazu beitragen, den Widerstand gegen Abbauvorhaben zu verwässern. Wenn beispielsweise die Zürcher Regierungsrätin Verena Diener erklärt, die Schweiz habe ja schon eine Zweiklassenmedizin, so möchte sie damit ihre Spar- und Abbaumassnahmen rechtfertigen, die eine Schlechterbehandlung von »nur« grundversicherten gegenüber privat versicherten PatientInnen zur Folge haben.

### **...aber mit Umsetzungslücken und unsozialer Finanzierung**

Die Umsetzung des KVG wird in einem wichtigen Punkt von den bürgerlichen Mehrheiten in den eidgenössischen Räten seit bald 10 Jahren verzögert. Dies betrifft die Pflegefinanzierung. Das KVG sichert nämlich eine umfassende Finanzierung jeglicher Form der Pflege durch die Kassen, nicht nur im Akutbereich (Spitäler), sondern auch in der Langzeitpflege. Die Pflegeheime wurden deshalb Mitte der 90er-Jahre beauftragt, die Pflegekosten klar von den Hotelleriekosten abzugrenzen und damit die datenmässigen Grundlagen für die Entgeltung durch die Kassen zu schaffen. Dabei wurde klar, dass diese Kosten deutlich höher ausfallen würden als ursprünglich angenommen. Deshalb verlängerte das Parlament wiederholt eine Übergangsregelung. Gemäss dieser Regelung müssen die Kassen in der Langzeitpflege lediglich 20% der Pflegekosten vergüten.

Allerdings ist es sozialpolitisch brisant, möglichst viele Leistungen von den Krankenkassen abdecken zu lassen. Denn – und das ist der Hauptmangel des schweizerischen Gesundheitssystems – die Kassen erheben bei ihren Mitgliedern eine Kopfprämie, deren Betrag lediglich vom Wohnort und von der Kassenwahl abhängt, nicht aber von der Einkommens- oder Vermögenslage.

Diese Kopfprämie ist europaweit einmalig. In keinem anderen Land wird die Gesundheitsversorgung derart unsozial finanziert. Die Finanzierung erfolgt in andern Ländern über Lohnprozente (gut Verdienende bezahlen mehr) oder über Steuererträge. Diese unsoziale Finanzierung wird auch von der World Health Organisation (WHO) bemängelt und hat dazu geführt, dass die Schweiz im internationalen Ranking bezüglich der Gesundheitsversorgung lediglich auf Rang 20 figuriert.<sup>4</sup>

## Eine ›Kostenexplosion‹, die nie stattgefunden hat

Die gesundheitspolitische Situation präsentiert sich also wie folgt: Eine in weiten Teilen sozial ausgestaltete Leistungserbringung mit unsozialer Finanzierung wird von rechts unter Beschuss genommen mit dem Ziel, das System für gewinnorientierte Anbieter zu öffnen. Dabei wird die Kostenfrage ins Zentrum gerückt und behauptet, mehr Markt werde entscheidend dazu beitragen, die Kosten in den Griff zu bekommen. Dass dem nicht so ist, zeigt der Vergleich mit dem US-Gesundheitswesen (siehe Beitrag Seite 69).

Vor allem aber hat die monierte Kostenexplosion gar nie stattgefunden. Die Steigerung der Gesundheitskosten betrug in der Schweiz in den Jahren 1990 bis 2001 durchschnittlich 2.4% und liegt damit deutlich unter dem Durchschnitt der OECD-Länder mit 3.4%. Dennoch ist der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt mittlerweile auf über 11% gestiegen. Die Schweiz liegt damit hinter den USA deutlich über 14%) auf Rang zwei, knapp vor Deutschland. Dies hat aber ausschliesslich damit zu tun, dass das Wachstum des BIP in keinem anderen OECD-Land in der fraglichen Periode so tief ausgefallen ist wie in der Schweiz. Es betrug hierzulande im Jahresdurchschnitt 1990 bis 2001 lediglich 0.2%.<sup>5</sup>

Allerdings ist eine andere, für die NormalbürgerInnen ganz wesentliche Kenngrösse tatsächlich explodiert: Die Krankenkassenprämien. Sie sind vor allem in den Jahren 1995 bis 99 ausser Kontrolle geraten, und erst durch diese Prämienexplosion entstand der Eindruck einer Kostenexplosion. Die Unterscheidung zwischen Prämien- und Kostenexplosion wird aber nur sehr selten gemacht, weil der Eindruck einer Kostenexplosion den politischen Zielen einer Spar- und Privatisierungspolitik die notwendige Begründung liefert. Die scheinbare Kostenexplosion ist das Generalargument schlechthin, mit der die bürgerliche Seite ihre Reformvorschläge begründet.

Dabei ist die Diskrepanz in der Lastenverteilung enorm. In den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land sind die Kassenprämien zwischen 1995 und 1999 um rund 80% gestiegen, die Leistungen der Kassen jedoch im gleichen Zeitraum lediglich um rund 20%. Für den Kanton Zürich lauten die Zahlen ähnlich: Anstieg der Prämien um 70%, der Leistungen ebenfalls nur um 20%.<sup>6</sup> Woher aber rührt diese Diskrepanz?

Der Grund liegt in der Art, wie die Prämienverbilligungen durch das KVG geregelt sind. Vor der Einführung des KVG liess der Bund den Kassen wesentliche Beiträge zur Verbilligung der Prämien direkt zukommen. Mit der Einführung des KVG zog er sich von dieser Aufgabe zur Hälfte zurück. Die neue Regelung besagt, dass die Kantone das Mass

der Verbilligung bestimmen und dabei die Hälfte der Finanzierung mittragen müssen. Viele Kantone gaben in der Folge unter dem allgemeinen Spardruck weitaus weniger Verbilligungsbeiträge frei als vom Gesetzgeber angenommen. Die Kantone verzichteten lieber auf die Bundesanteile von 50%, nur um selbst möglichst geringe Ausgaben tätigen zu müssen. Die Leidtragenden sind die PrämienzahlerInnen: Das Verhalten der Kantone führte zu einem massiven Rückgang der Staatsanteile an den Prämien, weshalb diese so massiv gestiegen sind.

### **Eine fehlgeleitete Diskussion über ›Kostentreiber‹**

Wie kommt es grundsätzlich zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen, die auch in der Schweiz feststellbar ist (wenn sie auch geringer ausfällt als in anderen Ländern und vor allem als von bürgerlicher Seite behauptet)? Meist werden dafür zwei Gründe angeführt.

1. Da die Medizin laufend technische und pharmazeutische Fortschritte mache, liessen sich immer mehr Krankheiten und Unfallfolgen heilen – allerdings bei massiv zunehmenden Kosten. Insbesondere die Spitzenmedizin sei daran in hohem Masse beteiligt. Diese Argumentation verkennt, dass viele technische Fortschritte zu wesentlichen Einsparungen geführt haben (und auch in Zukunft führen werden). Zum Beispiel die so genannten nicht-invasiven Operationstechniken: Mikrotechnologien und Lasertechniken erlauben es, Operationen ohne vorgängiges Aufschneiden grosser Körperpartien vorzunehmen. Dadurch sinken nicht nur die Risiken bei der Operation, sondern auch die Kosten. So ist die Operation des grauen Stars (die am häufigsten vorgenommene Operation überhaupt) in den letzten Jahren dank der Lasertechnik um ein Vielfaches kostengünstiger geworden.

2. Wir werden immer älter, und im Alter steigen die Gesundheitskosten massiv an. Auch diese Begründung stimmt nur bedingt. Denn unabhängig vom absoluten Alter sind es vor allem die Gesundheitskosten des letzten Lebensjahres vor dem Sterben, in denen massive Kosten anfallen. Es ist nicht in erster Linie die Zunahme des absoluten Alters, sondern die Zunahme der Massnahmen im letzten Lebensjahr, die zu einer Kostensteigerung führen. Bürgerliche GesundheitspolitikerInnen möchten uns glauben machen, die Kostensteigerung sei unausweichlich, weil weder der technische Fortschritt noch die zunehmende Alterung der Bevölkerung beeinflussbar seien. Folglich müsse der Zugang zu den medizinischen Leistungen früher oder später rationiert werden. Wesentliche Gründe für den Kostenanstieg liegen aber nicht in der technischen oder demographischen Entwicklung an sich, sondern im Umgang damit.

Zum einen muss der Einsatz technischer Neuerungen und Vorgehensweisen umsichtig und bedarfsgerecht geplant werden, sonst führt er tatsächlich zu Kostensteigerungen, die niemandem nützen – ausser den Herstellern teurer Apparate und Medikamente und den Anwendern prestigeträchtiger Operationsverfahren. Der wesentliche Kostenfaktor liegt nicht in der Technik an sich, sondern in der gewinn- respektive prestigeorientierten Nutzung.

Zum andern ist nicht die steigende Lebenserwartung das Problem, sondern der Umgang mit dem Sterben. Hier gilt es tatsächlich, eine neue Kultur zu entwickeln. Wir müssen »sterben lernen«, gerade weil es uns besser gelingt, Leben zu verlängern. Wir – die Kranken, die Angehörigen, das medizinische Personal – müssen uns der Herausforderung stellen, zu bestimmen, wann lebensverlängernde Massnahmen Sinn machen und wann nicht. Wir – und das ist das Schwierige – müssen die damit verbundenen Unsicherheiten bewältigen. Eine Rationierung medizinischer Leistungen würde dieses Lernen verunmöglichen: Wer genügend Geld hat, kann jede Rationierung umgehen und Leistungen privater Anbieter kaufen. Wem aus Rationierungsgründen Eingriffe verweigert würden, der wäre de facto zum Sterben verurteilt, weil er dieses Geld nicht aufreiben kann.

Keine schöne Welt und keine, die ein Sterben in Würde einfacher macht. In dieser Welt werden den Reichen und gut Versicherten möglichst viele lebensverlängernde Massnahmen vorgeschlagen, weil sich dies für die Leistungserbringer rentiert. Solche Phänomene lassen sich in den USA gut beobachten.<sup>7</sup> Bei den weniger Bemittelten hingegen würden die Leistungen rationiert – Ungerechtigkeiten, falsche Entscheidungen und erniedrigende Situationen liessen sich nicht vermeiden.

### **Welche Steuerung des Gesundheitswesens?**

»Unausweichliche Rationierungen« und »mehr Markt im Gesundheitswesen« stehen bei vielen PolitikerInnen und JournalistInnen leider hoch im Kurs. Beide Rezepte führen jedoch zum Gegenteil dessen, was sie beabsichtigen (oder zu beabsichtigen vorgeben). Die Gesundheitsversorgung würde mit dieser Rezeptur teurer – und gleichzeitig unsozialer. Welche Steuerung aber bietet sich aus sozialer Sicht an? Die nachfolgende Reformagenda der Denknetz-Fachgruppe beinhaltet unter anderem ein Konzept für eine soziale und möglichst kohärente Steuerung der Gesundheitsversorgung.

Zu diesen Vorschlägen gilt es erstens anzumerken, dass eine massvolle Steigerung der Gesundheitskosten ein überaus positives Zeichen für die Lebensqualität einer Gesellschaft darstellt und die Zukunftsfähigkeit

dieser Gesellschaft stärkt. Es gibt wohl kein anderes Gut als die physische und psychische Gesundheit der Bevölkerung, in das sich mehr zu investieren lohnte. Und: Gerade die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens schafft die dringend nötigen Arbeitsplätze, die wir brauchen, um alle Menschen am Wirtschaftsleben vollwertig teilhaben zu lassen.

Zweitens: Eine perfekte externe Steuerung – also eine über Vorschriften, Machtpositionen oder finanzielle Anreize – gibt es nicht. Jeder Mechanismus führt zu Verzerrungen und lädt zu ›Missbräuchen‹ ein. Gerade deshalb ist darauf zu achten, dass in der Gesundheitsversorgung die intrinsischen Motive nach Kräften gefördert werden. Intrinsisch sind alle Motive, die aus der Arbeit selbst entstehen: Die Befriedigung, die das Gesundheitspersonal erlebt, wenn Operationen gelingen, wenn dank guter Pflege der Heilungsprozess voranschreitet, wenn PatientInnen ihre Dankbarkeit ausdrücken, wenn menschliche Anteilnahme zur Heilung beiträgt, wenn neue Verfahren entwickelt und erprobt werden und so weiter. Entsprechend müssen die Arbeitsbedingungen und die Kompetenzverteilungen im Gesundheitswesen optimal gestaltet werden. Das Personal ist nach fairen Grundsätzen zu entlohnen – nicht nur, um die berechtigten materiellen Interessen der Beschäftigten zu sichern, sondern auch eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Und: In wohl keinem anderen gesellschaftlichen Feld haben Profitinteressen weniger zu suchen als im Gesundheitswesen.

## Literatur

- Kocher, Gerhard, Willy Oggier (2004) ›Gesundheitswesen Schweiz 2004–2006. Eine aktuelle Übersicht‹. Bern (2. Aufl.).
- Leu, Robert E., Martin Schellhorn (2004) ›Auswirkungen des KVG auf die Versicherten: Ausgewählte Resultate‹ (Kurzfassung). Bern (NFP 45, Projekt Nr. 4045-059744/1; [www.sozialstaat.ch](http://www.sozialstaat.ch)).
- Schopper, Doris, Ruth Baumann-Hölzle, Marcel Tanner (Hg.) (2001) ›Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen‹. Studie des Schweizerischen Tropeninstitutes und der Dialog Ethik. Basel.
- Friedhoff, Stephanie (2004) ›Hey Doc, was hab ich heute?‹ In: NZZ-Folio, März.

## Anmerkungen

- 1 vgl. Kocher/Oggier 2004, 76ff.  
2 vgl. Leu/Schellhorn 2004, 3.  
3 vgl. Leu/Schellhorn 2004, 4.  
4 vgl. Koch/Oggier 2004, 81.  
5 vgl. Kocher/Oggier 2004, 79.  
6 vgl. Schopper et al. 2001, 24.  
7 vgl. Friedhoff 2004.