

# GELD UND GESUNDHEIT

Finanzierungsform mit Nebenwirkungen: Wenn der Markt die Heilkunst abschafft **4**

Falsch konstruiert: Warum im Schweizer Gesundheitssystem die Kosten steigen **8**

Kostenlos zuhören: Ein Angebot wider den Ärztemangel, für eine menschlichere Medizin **12**

Magazin für Geld und Geist

# moneta

online  
moneta.ch

#1 2025



**4** Giovanni Maio:  
«Eine Finanzierungsform, die der Medizin nicht gerecht wird»

**7** Zweiklassenmedizin?

**8** Das Gesundheitssystem ist eine Fehlkonstruktion

**10** Wer zahlt wie viel wofür?

**12** Endlich Zeit zum Zuhören

**14** Warum die Prämien steigen

#### EXKLUSIV AUF MONETA.CH

*Einladungen aussprechen statt Anweisungen erteilen*  
[moneta.ch/arbeit-organisationsformen](http://moneta.ch/arbeit-organisationsformen)

*«Es ist unsere Lohnarbeit, die den Planeten an den Rand bringt»*  
[moneta.ch/arbeit-organisationsformen](http://moneta.ch/arbeit-organisationsformen)

*Wir müssen reden!*  
[moneta.ch/gesundheit-ueberbehandlung](http://moneta.ch/gesundheit-ueberbehandlung)

#### DIE SEITEN DER ABS

**16** Alles rund um die aktuellen Themen der Alternativen Bank Schweiz

#### PERSÖNLICH

**24** Mary-Anne Hartley:  
Eine Art Copy and Paste von ärztlichem Wissen

## Es ist komplex



«Gut situierte Bevölkerungsschichten treten gegenüber Gesundheitsfachleuten als Kundinnen auf.» Über diese Aussage stolperte ich bei meinen Vorrecherchen für diese moneta – und ich fühlte mich ertappt. Sie stammt aus einem Positionspapier der SP Schweiz, in dem die Partei Wettbewerb und Privatisierung im Schweizer Gesundheitswesen anprangert und sich für ein starkes öffentliches Gesundheitswesen ausspricht. Ertappt fühlte ich mich, weil ich erst vor Kurzem meinen Hausarzt aufgesucht hatte, für einen kleinen Eingriff – zugegebenermaßen eher kosmetischer Natur. Was ich behandelt haben wollte, war weder gesundheitsgefährdend noch einschränkend. Das wusste ich eigentlich schon. Trotzdem fand ich die Sache wichtig. Mein Hausarzt würde sich ihrer sicher annehmen.

Denkste! Er schaute sich alles genau an und meinte dann zu meiner Enttäuschung, ein Eingriff sei nicht angezeigt und könnte aus kosmetischer Sicht sogar kontraproduktiv sein. Ich zog von dannen, durchaus ein bisschen beleidigt, dass mir mein Wunsch nicht erfüllt worden war.

Mit dem Wissen zu Gesundheit und Geld, das ich mir durch die Arbeit für diese moneta angeeignet habe, muss ich meinem Hausarzt rückblickend ein Kränzchenwinden: Indem er mir meinen Wunsch ausschlug, zeigte er Haltung und verhinderte eine Überbehandlung. Auf diese Weise ersparte er nicht nur mir, sondern vor allem auch dem Gesundheitssystem unnötige Kosten – zumindest ein klein wenig. Ich hingegen verhielt mich nicht wie ein Patient, sondern wie ein Kunde, der gerne König gewesen wäre.

In der Schweiz steigen die Kosten für die Gesundheit seit Jahren konstant und damit auch die Prämien der Grundversicherung. In der moneta-Redaktion haben wir uns gefragt, woran das liegt. Unsere Annahme war: Schuld für den Anstieg ist die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens. Oder anders gesagt, dass im Gesundheitswesen das Geld beziehungsweise die Profitmaximierung eine immer wichtigere Rolle spielt – mit der Folge, dass Patientinnen und Patienten zu Kundinnen und Kunden werden, denen man möglichst profitable Gesundheitsdienstleistungen verkauft, teilweise unabhängig vom Nutzen. Natürlich sind wir uns auch bewusst, dass die Leistung des Gesundheitswesens in der Schweiz gut ist, sehr gut sogar, und gemäss Umfragen viele damit zufrieden sind. Nur eben: die Kosten!

Diese moneta zeigt, dass wir mit unserer Annahme nicht ganz danebenlagen, aber auch, welche weiteren Gründe für den Kostenanstieg verantwortlich sind. Und sie befasst sich mit den Folgen des Kostenanstiegs, gerade auch für Menschen, die nicht viel haben, und stellt kostendämpfende Ansätze vor. Um eines vorwegzunehmen: Es ist komplex!

Eine anregende Lektüre wünscht

Simon Rindlisbacher

Co-Redaktionsleiter moneta

**moneta**

Verpassen Sie keine Ausgabe und abonnieren Sie  
den moneta-Newsletter unter [moneta.ch/newsletter-anmeldung](http://moneta.ch/newsletter-anmeldung)



## Strick-Bekleidung made in Basel

Ab 2026 werden auf einem alten Industrieareal im Basler Klybeckquartier mit hochtechnologischen Strickmaschinen Kleider produziert. Das plant die Basel Strick AG, ein erstes Spin-off des Vereins Fair Fashion Factory. Dieser setzt sich dafür ein, dass in Basel ein visionärer Ort für nachhaltige Textilproduktion entsteht. Der Verein knüpft an die handwerkliche und industrielle Textilproduktion an, die in der Schweiz tief verankert ist, und will diese sozial, ökologisch und ökonomisch weiterentwickeln. Unter dem Dach von Fair Fashion Factory sollen Akteurinnen und Akteure aus unterschiedlichen Feldern des textilen Schaffens zusammenfinden, um gemeinsam an der Vision einer zukunfts- und kreislauffähigen Mode zu arbeiten – so wie die Basel Strick AG. Mit den zum Kauf vorgesehenen Strickmaschinen will das Unternehmen eine Lücke im Kreislauf der Textilproduktion und -verwertung schliessen. Denn die hochmodernen Maschinen sind so flexibel, dass sie mit unterschiedlichsten Garnqualitäten umgehen können, beispielsweise auch mit Garnen aus recycelten Textilfasern. Dies ist wichtig, weil heute nur ein sehr geringer Teil der in der Schweiz entsorgten Textilien recycelt und zu neuen Kleidern verarbeitet werden kann. Zurzeit sucht die Basel Strick AG das nötige Startkapital, um die ersten beiden Strickmaschinen zu kaufen. Die Idee ist, wie Geschäftsleitungsmitglied Pascal Heimann erklärt, die teure Produktionsinfrastruktur künftig zu teilen: Die digital gesteuerten Maschinen sollen von verschiedenen Textilproduzentinnen und -produzenten genutzt und zudem in der Ausbildung eingesetzt werden. Mit ihrem Vorhaben will die Basel Strick AG die industrielle Strickproduktion wieder in Basel ansiedeln und Arbeitsplätze für junge Textildesignerinnen und -designer schaffen. (kw)

Weitere Infos zur Basel Strick AG und zum Verein Fair Fashion Factory:  
– [fairfashionfactory.ch](http://fairfashionfactory.ch)

## Kovi 2.0

Innerhalb von nur zwei Wochen ist es der Koalition für Konzernverantwortung gelungen, 180 000 Unterschriften für ihre neue Initiative zu sammeln – weit mehr als nötig. Der Sammelerfolg hat auch damit zu tun, dass seit dem Scheitern der ersten Initiative die Dringlichkeit gestiegen ist. Aber es ist noch mehr passiert. Wir erinnern uns: 2020 sagten 50,7 Prozent Ja zur ersten Initiative, sie scheiterte nur knapp am Ständemehr. Im Nachgang kam die Geschäftsprüfungskommission des Nationalrats zum Schluss, die wirtschaftsnahe Bundesrätin Karin Keller-Sutter (FDP) habe die Grenze zwischen Information und Kampagne klar überschritten – sprich: sich unzulässig stark in den Abstimmungskampf einbinden lassen. Und ihr Gegenvorschlag, so zeigte sich, war ein reines Kampagnenwerkzeug und hatte nie zum Ziel, die Konzerne in die Pflicht zu nehmen. Inzwischen hat beinahe jedes europäische Land ein griffiges Konzernverantwortungsgesetz, aber die Schweiz schaut der Umweltzerstörung und Menschenrechtsverletzungen weiterhin tapferlos zu. «So nicht!», sagte die Koalition für Konzernverantwortung. Nun kann die Schweizer Stimmbevölkerung ein zweites Mal darüber abstimmen, wo ihre Schmerzgrenze liegt. (eb)

## Die Klimaseniorinnen im Kino

2024 war ein weiteres Hitzerekordjahr, und auch die Schweiz litt unter klimabedingten Katastrophen wie Erdrutschen, bei denen Menschen ums Leben kamen. Aber Bundesrat und Parlament weigern sich beharrlich, das Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) zugunsten der Klimaseniorinnen ernst zu nehmen. Jetzt geht es in dieser Sache einen Schritt weiter: Im März tagt das Ministerkomitee des Europarats – es überwacht die Umsetzung der Urteile des EGMR. Die offizielle Schweiz möchte, dass der Fall geschlossen wird, obwohl der Klimaschutz hierzu lande ungenügend ist. Die Klimaseniorinnen ihrerseits ersuchen das Ministerkomitee, die Schweiz zu umgehenden Nachbesserungen aufzufordern, wie es das EGMR-Urteil verlangt. Das Ministerkomitee kann den Bericht der Schweiz akzeptieren oder ihn zurückweisen und das Land zu weiteren Massnahmen verpflichten. Voraussichtlich noch während sie auf diesen Entscheid warten, werden die Klimaseniorinnen im Kino zu sehen sein: Am 9. April ist in Bern Premiere von «Trop chaud – Klimaseniorinnen vs. Switzerland». (eb)

– [trop-chaud.ch](http://trop-chaud.ch)



### Einladungen aussprechen statt Anweisungen erteilen

Von Mathias Morgenthaler

*Immer mehr Unternehmen verabschieden sich von strikt hierarchischen Organisationsformen und erwarten von Angestellten, dass sie mitdenken und mitentscheiden. Kommt das gut, wenn sich Chefs reihenweise selbst abschaffen?*

Jetzt online lesen:  
[moneta.ch/arbeit-organisationsformen](http://moneta.ch/arbeit-organisationsformen)

### «Es ist unsere Lohnarbeit, die den Planeten an den Rand bringt»

Von Stefan Boss

*Statt in kahlen Meeting-Räumen sollten wir uns für Sitzungen vermehrt im Grünen treffen. Dies fordert Hans Rusinek, der zur Zukunft der Arbeit forscht. Im Interview mit moneta erklärt er, was er damit meint.*

Jetzt online lesen:  
[moneta.ch/arbeit-lohnarbeit](http://moneta.ch/arbeit-lohnarbeit)



moneta wird von der Alternativen Bank Schweiz (ABS) herausgegeben und von einer unabhängigen Redaktion betreut. Die Beiträge geben nicht notwendigerweise die Haltung der ABS wieder, außer auf den «Seiten der ABS» oder in speziell markierten Kommentaren.

# «Eine Finanzierungsform, die der Medizin nicht gerecht wird»

**Schon zehn Jahre ist es her, dass der Medizinethiker Giovanni Maio in einem dünnen Suhrkamp-Band das «Geschäftsmodell Gesundheit» angeprangert hat – «Wie der Markt die Heilkunst abschafft», hiess es im Untertitel. Das Thema hat den Ethiker seither nicht mehr losgelassen, es hat sich politisch ja auch kaum etwas zum Besseren gewendet seither, im Gegenteil. Vor allem auf die Schweiz blickt Maio mit Sorge.** Interview: Roland Fischer

**moneta:** Giovanni Maio, in Ihrem Suhrkamp-Buch schreiben Sie, Sie möchten «die Auswirkungen einer Bemächtigung der Medizin durch die Ökonomie beleuchten» und wie sich die Identität der Medizin dabei von innen her verändert. Bevor wir aufs Hier und Jetzt kommen: Welche historische Linie würden Sie bei dieser «Bemächtigung» sehen, wie ist die Vorgeschichte?

Giovanni Maio Zumindest in Deutschland geht die Entwicklung zurück in die 1970er-Jahre. Damals herrschte die Angst vor, dass die Kosten im Gesundheitswesen immer weiter steigen würden. Man sprach zwar von einer Kostenexplosion, die man unbedingt angehen wollte, obwohl es eine solche Explosion gar nicht gegeben hatte. Aber es genügte, eine solche an die Wand zu malen, um Gesetze zu erlassen, die einen gemeinsamen Nenner hatten. Der bestand darin, die Kosten zu senken – und nicht etwa, eine möglichst gute und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten. Von den vielen Vorschlägen wählte man schliesslich die Fallpauschalen, weil sie am effektivsten auf die Kosten zu wirken versprachen.

**Wie sah das Modell denn vorher aus? So wie Sie es in Ihrem Buch beschreiben, bekamen Spitäler und Ärztinnen und Ärzte gewissermassen Blankochecks von der Gesellschaft ausgestellt?**

Es war ein retrospektives Finanzierungssystem durch die Krankenkassen, das heisst, der Aufwand wurde berechnet und den Krankenkassen vorgelegt, die dann die Rechnung beglichen haben; allerdings musste man eben die Tagessätze mit den Kassen verhandeln. So konnte sich das Gesundheitspersonal ganz auf die Behandlung konzentrieren, auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Aber natürlich: So ein System schafft keine Anreize, etwaige Ineffizienzen zu beseitigen.

**Es rechnete also gewissermassen mit der ökonomischen Vernunft der Ärzteschaft.**

Ja, es setzte den Willen voraus, mit den Mitteln vernünftig umzugehen. Was, würde ich sagen, auch im Grossen und Ganzen der Fall war. Mit der wesentlichen Ausnahme der Liegezeiten: Patientinnen und Patienten wurden zu lange im Spital behalten, auch dann, wenn es eigentlich gar nicht notwendig war. Das war eine tatsächliche Verschwendug der medizinischen Ressourcen. Und da sah die Politik einen Punkt, an dem man mit Fallpauschalen ansetzen konnte. Patientinnen und Patienten sollten durch das Fallpauschalengesetz eigentlich schneller «durchgeschleust» werden. Das war kein Nebeneffekt, das war das Ziel.

**Dieses Ziel mag man ja durchaus auch erreicht haben, die Kosten allerdings sind – wir wissen es – trotzdem weiter gestiegen.**

Natürlich. Die Ausgaben sind einfach verlagert worden. Weil nun für jede behandelte Person so etwas wie ein «Stückpreis» festgesetzt war, konnte sich jedes Spital genau ausrechnen, welche Behandlungen rentierten und welche nicht. Der Effekt war naheliegend: Man konzentrierte sich von nun an immer stärker auf «teure» Krankheiten, und man begann, vor allem am Personal zu sparen, wodurch sich die Arbeitsbedingungen immer weiter verschlechterten. Die Kliniken sind zu Unternehmen geworden, und die Ärztinnen und Ärzte dienen nun zwei Herren: Sie sollen für die Patientinnen und Patienten da sein und zugleich für den Unternehmenserfolg. Das schafft ein dauerndes moralisches Dilemma.



**Giovanni Maio** ist Arzt und Philosoph und zudem Inhaber des Lehrstuhls für Medizinethik an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br. und Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin. In seinem jüngsten Buch («Ethik der Verletzlichkeit», 2024) zeigt Maio, dass Verletzlichkeit und Angewiesenheit wesentlich sind für die menschliche Existenz, trotz aller Autonomiebestrebungen.

**Aktuell dient die Ökonomie nicht der Medizin, sondern die Medizin dient der Ökonomie, indem nur noch das gemacht wird, was Gewinn verspricht.**

**Moment: Eine Ärztin oder ein Arzt wird doch immer aufseiten der Patientinnen und Patienten sein, im konkreten medizinischen Fall? Sie haben ja noch alle Freiheit, die medizinisch beste Behandlung zu wählen.**

Da irren Sie! Wenn man dem medizinischen Fachpersonal die Pflicht aufbürdet, auch unternehmerisch zu denken, dann wird das nicht ohne Wirkung bleiben. Ob sie wollen oder nicht, sie werden gewissermassen umprogrammiert, nach und nach. Wenn die Geschäftsführung sie regelmässig zitiert und ihnen vorhält, dass sie nicht genügend Umsatz gemacht haben, dann hat das einen Effekt. Das korrumptiert die Ärzteschaft, sie kommen zwangsläufig in einen Rollen- und Wertekonflikt. Und es sorgt dafür, dass sie nachweislich immer unzufriedener mit ihrer Arbeit sind – sie fühlen sich schlicht nicht mehr wohl. Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten muss sein, erkrankte Menschen möglichst gut zu behandeln, nicht Erlöse zu maximieren. Aber das System lässt ihnen keine Wahl, und damit führt ein solches System dazu, dass sie eine Sinnentleerung ihres ärztlichen Tuns empfinden.

**Was macht das mit dem Arzt-Patient-Verhältnis?**

Das färbt auch darauf ab. Die Patientinnen und Patienten fragen sich: Wird mir hier etwas empfohlen, weil es mir etwas Gutes tut oder weil es der Spitalbilanz etwas Gutes tut? Zudem hat das Fallpauschalsystem eine Reihe von Fehlanreizen geschafft: Es wirkt darauf hin, so wenig wie möglich mit den erkrankten Personen zu sprechen und so viel wie möglich – und so teuer wie möglich – zu behandeln. Paradoxe Weise haben wir es also zeitgleich sowohl mit einer Unter- als auch einer Überversorgung zu tun, einer psychosozialen Unterversorgung in Verbindung mit einer interventionellen Überversorgung, oder anders gesagt: Man spricht immer weniger und macht dafür immer mehr Eingriffe. Das führt eben zu diesem Gefühl der Fließbandabfertigung und zu einer Frustrierung der Pflegenden und der Ärzteschaft, weil sie für eine solche Art von Medizin und Pflege schlachtweg nicht angetreten sind.

**Sie kennen auch die Situation in der Schweiz ganz gut. Sind wir da bereits an einem ähnlichen Punkt?**

Mich hat es sehr bekümmert, zu erleben, wie die Schweiz in den letzten Jahren in etwas abgeschwächter Form ganz ähnliche Fehler gemacht hat; man hat auf die falschen Beratenden gehört. Die Situation in Ländern wie Deutschland war eigentlich schon so deutlich, dass man das Problem hätte sehen können – es gab auch bereits genug kritische Fachleute, die vor den Folgen warnten. Dass man dann trotzdem auch auf die Fallpauschalen gesetzt hat, ist sehr schade, denn man hätte es in der Schweiz einfach besser machen können.

**Ein Kapitel in Ihrem Buch heisst: «Zur Notwendigkeit ökonomischen Denkens in der Medizin». Also ist die Ökonomisierung doch nicht ganz falsch?**

Ich bin ja Ethiker, nicht Ökonom. Aber daraus folgt nun eben nicht, dass für mich gute Medizin nur dann gegeben ist, wenn wir keinen Gedanken an Geld verschwenden. Es geht um einen vernünftigen – und das heisst auch ökonomischen – Einsatz der vorhandenen Mittel. Ich bin also durchaus für wirtschaftliches Denken, aber nicht mit dem blinden Ziel einer Gewinnmaximierung. Der ökonomische Sachverständig muss im medizinischen Kontext immer eine dienende Funktion haben. Aber aktuell dient die Ökonomie nicht der Medizin, sondern die Medizin dient der Ökonomie, indem nur noch das gemacht wird, was Gewinn verspricht. Damit wendet sich die Medizin aber von ihrem genuin sozialen Auftrag ab, und das ist besorgniserregend.

>>>



>>> **Wo sehen Sie denn einen «unvernünftigen» Einsatz der Mittel?**

Da gibt es viele Beispiele. So wie wir das im Moment rechnen, «lohnst sich» Grundversorgung nicht. Auch für Kindermedizin und für Geriatrie fehlen zusehends die Ressourcen. Wenn man die Gesundheitsversorgung einfach allein dem Gewinnmaximierungsdenken überlässt, dann ergibt sich daraus nicht automatisch eine gute Versorgung der Bevölkerung, sondern es wird einfach nur noch das angeboten, was sich rechnet. So sind dann die kleineren Häuser in ländlichen Regionen extrem benachteiligt, und das führt automatisch zu einem Abbau der Grundversorgung und einem Überbau von Kliniken, die teure Eingriffe verkaufen. Was sich nun eben auch in der Schweiz abzeichnet: Viele versorgungsrelevante Spitäler, auch die hoch anerkannten Kantonsspitäler, geraten in finanzielle Nöte, und man darf den Fehler nicht machen, diese Grundversorgung zu zerstören. Man darf nicht denken, dass nur die Häuser, die gute ökonomische Daten haben, deswegen auch notwendig sind. Denn die Bilanzen sagen nichts darüber aus, wie versorgungsrelevant ein Haus ist.

**Aber immer mehr Spitäler schreiben nun einmal rote Zahlen.**

Es ist eben ein Fehlschluss, zu denken, dass ein Spital nur dann erhalten bleiben darf, wenn es schwarze Zahlen schreibt. Wir müssen uns das immer wieder vor Augen halten: Man kann mit der Gesundheit viel Geld verdienen, aber sie ist kein Markt. Die Spitäler sind Orte der Daseinsvorsorge, und als solche dienen sie dem Gemeinwohl. Es gehört zu einem würdevollen Leben, dass man eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung hat. Man muss die Krankenhauslandschaft so ausgestalten, dass eine Bedarfsgerechtigkeit hergestellt wird, und man darf nicht denken, dass die Bilanzen per se schon eine gerechte Versorgung bewirken.

**Was bedeutet das politisch, müssen die Fallpauschalen wieder weg?**

Das System der Fallpauschalen muss auf jeden Fall infrage gestellt werden, ja. Wir brauchen weniger Markt, mehr Professionalität, mehr Bedarfsorientierung. Vielleicht könnte man ein Bezahlsystem etablieren, in dem Ärztinnen und Ärzte belohnt werden, wenn kranke Menschen gut behandelt werden? Und das heißtt auch: sich gut behandelt fühlen.

**Gibt es denn auf politischer Ebene Einsicht in die Fehlentwicklungen?**

Ja und nein. Selbst der deutsche Gesundheitsminister gibt inzwischen zu, dass die Ökonomisierung zu stark war. Aber er hat sie nicht abgemildert, er hat sie nur in die nächste Ära hinübergetragen. Die aktuelle deutsche Krankenhausreform ist ein ziemlich missglücktes Stückwerk, sie wird das grundlegende Problem nicht beseitigen können. Vielleicht müssen wir gerade lernen, dass man mitunter mutig sein muss: Der grundlegende Fehler muss korrigiert werden, wir

müssen endlich einsehen, dass wir mit den Fallpauschalen eine Finanzierungsform haben, die der Medizin nicht gerecht wird.

**Sie sprechen auch oft von der «Angewiesenseit» des kranken Menschen. Was meinen Sie damit?**

Ganz einfach: Patientinnen und Patienten sind keine Kunden. Sie befinden sich in einer Situation der Bedürftigkeit. Es gibt da ein Machtgefälle, deshalb müssen sie unbedingt geschützt werden vor Ausbeutung. Sie sind eben angewiesen darauf, dass sich jemand ehrlich für sie und ihre Leiden interessiert, dass jemand zuhört. Es braucht da ein echtes menschliches Engagement.

**Aber wer ins Spital oder in eine Arztpraxis geht, erwartet ja auch, dass ihr oder ihm geholfen wird, mit aller möglichen Medizintechnik.**

Ja, das auch. Das pflegende Personal muss auch eine technische Lösung anbieten können. Aber nur über das Gespräch, über das Zwischenmenschliche, wird die Ärztin oder der Arzt wissen, ob die Technik tatsächlich die Lösung des Problems darstellt oder ob sie möglicherweise das Problem nur verschiebt. Alle Ärztinnen und Ärzte müssen sich eben für die Frage, wer die zu behandelnde Person ist, genauso interessieren wie für die Frage, was sie hat. In der Medizin gehören das Was und das Wer einfach zusammen. Momentan interessiert im Behandlungskontext fast ausschliesslich das Was, nicht das Wer, und das ist eine fatale Fehlentwicklung der modernen Medizin, die eben immer mehr zu einer Durchschleusungsdisziplin wird.

**Und wie kommt der Mensch wieder mehr in den Mittelpunkt?**

Das ist nur über Gespräche möglich, deshalb spreche ich auch von einer «Beziehungsmedizin». Ärztinnen und Ärzte sind eben keine Ingenieure für den menschlichen Körper. Wenn es gelingt, aus dem Arzt-Patient-Kontakt eine Arzt-Patient-Begegnung zu machen, im Sinne einer echten Wir-Begegnung, dann wird dadurch automatisch Raum geschaffen für eine wirklich patientenorientierte Medizin, von der sich die Patientinnen und Patienten auch ernst genommen fühlen.

**Das klingt notwendig und schön, aber noch ein ökonomischer Einwurf: Der Erfolg einer solchen Beziehungsebene dürfte notorisch schwer zu messen sein, oder? Und deshalb hat sie es eben auch schwer, wenn es darum geht, ihre Wichtigkeit zu begründen.**

Natürlich, das können Sie schlecht messen. Aber bloss deswegen wird das Gespräch ja nicht wertloser, deswegen verliert es nicht seine Sinnhaftigkeit. Es sollte bei der Gesundheit ja ohnehin viel mehr um ein Ermessen als um ein Messen gehen, genau da liegt die Kunst der Ärztinnen und Ärzte: eine gute Indikation zu erstellen. Nicht bloss die Krankheit zu erkennen, sondern auch das Kranksein zu verstehen, und nicht nur den Befund zu sehen, sondern sich auch für das Befinden zu interessieren. •

# Zweiklassenmedizin?

**Die Schweiz hat ein gutes Gesundheitssystem, doch nicht alle profitieren gleichermassen. Menschen mit geringen Einkommen verzichten oft aus Kostengründen auf notwendige Behandlungen – mit Folgen.** Text: Simon Rindlisbacher

Eigentlich ist der Zugang zum Gesundheitssystem in der Schweiz für alle gleich. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung garantiert eine gute medizinische Versorgung und vergütet grundsätzlich alle Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, einschliesslich präventiver Massnahmen. Eigentlich. Denn verschiedene Studien belegen, dass armutsbetroffene Menschen «die notwendigen Versorgungsleistungen oft nicht genügend in Anspruch nehmen», wie es das Bundesamt für Gesundheit (BAG) festhält. So hat etwa das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) 2023 in einem Bericht aufgezeigt: Je grösser die sozioökonomische Benachteiligung, desto höher das Risiko, aus Kostengründen auf Gesundheitsdienstleistungen zu verzichten. In der Studie, die dem Bericht zugrunde liegt, gilt dies für über fünf Prozent der befragten Personen.

## Problematisch hoher Eigenanteil

Diese Zugangshürden haben Folgen. Der Sozialwissenschaftler Stéphane Cullati und sein niederländischer Kollege Adrien Remund belegten 2019, dass sie zu deutlichen Unterschieden in der Lebenserwartung führen. Hochschulabsolventen leben länger als Personen mit Grundbildung – besonders Männer. Für die beiden Forscher ist klar: Der hohe Eigenanteil an den Gesundheitskosten zwingt Menschen mit niedriger Schulbildung in der Schweiz doppelt so oft dazu, auf Arzttermine zu verzichten, wie Personen mit Sekundar- oder

Tertiärausbildung. Dass der grosse Eigenanteil ein Problem ist, zeigen auch Medienberichte aus dem vergangenen Jahr. So schreibt die «WOZ» in einem Artikel, in dem auch betroffene Personen zu Wort kommen: «Um zu sparen, wählen Menschen mit wenig Geld die höchste Franchise. Wenn sie dann zum Arzt oder zur Ärztin müssen, tragen sie die Kosten der Behandlung selbst. Deshalb zögern sie die Behandlung hinaus – auch wenn sie nötig wäre.»

Zusätzliche Ungleichheiten beim Zugang entstehen durch halbprivate und private Spitalzusatzversicherungen. Diese leisten sich laut einem Obsan-Bulletin von 2021 in erster Linie Menschen mit höherem Bildungsniveau und Einkommen. Sie landen dann zwar nicht häufiger im Spital als Allgemeinversicherte, suchen aber öfter eine Ärztin oder einen Arzt auf, insbesondere Spezialistinnen und Spezialisten. Eine Studie des BAG zeigt zudem, dass (halb-)privat Versicherte auch öfter operiert werden – etwa bei orthopädischen Eingriffen. Das Obsan-Bulletin und die BAG-Studie legen nahe, dass Zusatzversicherungen nicht automatisch bessere medizinische Versorgung bedeuten, wohl aber schnelleren Zugang und möglicherweise unnötige Eingriffe.

## Zugangsbarrieren abbauen

Die Schweiz erhält gute Noten für ihr Gesundheitssystem, sowohl in Umfragen bei der Bevölkerung als auch im internationalen Vergleich. Es zeigt sich aber: Selbst in einem guten System variieren die Chancen auf Behandlung stark. Oder wie es Cullati und Remund formulieren: «Der gesundheitliche Fortschritt in der Schweiz ist ungleich verteilt.» Laut Obsan wurden bereits verschiedene Angebote geschaffen, um das Gesundheitssystem zugänglicher für armutsbetroffene Menschen zu machen. Dennoch könne die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen verbessert werden. Idealerweise wird auch das Gesundheitspersonal besser für den Umgang mit sozialen Bedürfnissen geschult. Eine Studie der Berner Fachhochschule und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften empfiehlt, Zugangshürden abzubauen – etwa bei der Finanzierung von Arzt- und Zahnarztbesuchen sowie durch mehr Gesundheitskompetenz, niedrigere soziokulturelle Barrieren und Sprachförderung. Dabei gibt es gemäss der Studie eine besonders wichtige Zielgruppe: ältere Menschen, die Sozialhilfe beziehen. •



**Es zeigt sich aber:  
Selbst in einem guten System variieren  
die Chancen auf Behandlung stark.**

# Das Gesundheitssystem ist eine Fehlkonstruktion

**Warum steigen die Gesundheitskosten immer weiter?  
Weil die mächtigsten Akteure im Markt die grossen Entscheide treffen und nicht die Politik.**

Text: Philipp Albrecht, Marie-José Kolly und Priscilla Imboden

In einem idealen Markt gibt es ein Gleichgewicht zwischen Nachfrage und Angebot. Steigt die Nachfrage, versucht die Angebotsseite, diese mit einer Mengenausweitung zu befriedigen. Das kann dazu führen, dass irgendwann das Angebot die Nachfrage übersteigt. In der Regel fallen dann die Preise, damit im besten Fall die Nachfrage wiederbelebt wird. Die Gesundheitsbranche ist weit entfernt von einem idealen Markt. Registrieren Spitäler oder Arztpraxen einen Rückgang der Nachfrage, senken sie nicht die Preise. Stattdessen führen sie mehr Behandlungen, Tests und Untersuchungen durch, um kein Sparprogramm durchführen zu müssen. Sie machen also das Gegenteil von dem, was ein Akteur in einem idealen Markt tun würde. In einem idealen Markt prüfen Hersteller ihre Kosten und streben nach Effizienz, um Verluste zu vermeiden. In der Gesundheitsbranche fehlt dieser Anreiz. Spitäler und Arztpraxen müssen nicht effizienter werden, da jede ihrer Leistungen ein Preisschild hat, das vom Staat definiert wurde. Einmal Blut entnehmen: 17 Franken und 10 Rappen.

## Tarifsystem schafft Fehlanreize

Dahinter steht ein Tarifsystem namens Tarmed. Dieses verhindert zwar, dass die Ärztinnen den Preis für eine medizinische Leistung einfach erhöhen, wenn sie weniger Patienten haben. Es führt aber auch dazu, dass Arztpraxen oder Spitäler die Quantität erhöhen können: Hier noch ein Bluttest, dort ein Röntgenbild. Dass bei einem Überangebot die Preise sinken könnten, müssen sie nicht befürchten. Und die Patientinnen werden sich kaum wehren, schliesslich könnte es ja etwas Ernsthaftes sein. Die Wissenschaft spricht hier von einem «Informationsvorsprung der Leistungserbringer». Er ermöglicht es der Ärztin, für einen Teil des Marktes die Nachfrage selber zu bestimmen. Der Bundesrat hat Tarmed bereits einmal überarbeitet, doch die Fehlanreize sind geblieben, die Gesundheitskosten weiter angestiegen. Nun setzt die Politik auf ein neues System. Es heisst Tardoc und

soll in Kombination mit ambulanten Pauschalen ab 2026 einen weiteren Kostenanstieg verhindern.

Das Problem dabei: Das gesamte System mit seinen einzelnen Tarifen wird von der Branche selbst gestaltet. Die Vertreter von Spitälern, Krankenkassen, Pharmaindustrie und der Ärzteschaft diskutieren seit vielen Jahren. Sie haben keine Eile, ein System richtig zu reformieren, von dem sie künftig weniger profitieren sollen. Und selbst wenn die Leistungserbringer zu einer Einigung finden: Tardoc wird die Gesundheitskosten nicht senken können. Im allerbesten Fall steigen sie nicht mehr so stark wie bisher. Ausserdem herrschen weiter Fehlanreize: «Auch Tardoc ist lediglich eine Einzelleistungsvergütung, was bedeutet, dass man nichts verdient, wenn man nichts macht», sagt der Gesundheitsökonom Heinz Locher, der sich seit Jahrzehnten mit dem Schweizer Gesundheitssystem beschäftigt. «Wie man die Körner streut, so laufen die Hühner.»

## Auf der falschen Ebene geregt

In der Schweiz gibt es gegen 180 Spitäler sowie 100 Rehabilitations- und psychiatrische Kliniken. Im internationalen Vergleich ist das sehr viel. Die Stadt London verfügt mit einer ähnlichen Bevölkerungszahl von 8,5 Millionen über 39 Spitäler. Die hohe Spitaldichte in der Schweiz führt zu einem Überangebot und dazu, dass einige Spitäler schlecht ausge-



lastet sind und zu viele unnötige Behandlungen durchführen. Jedem Tälchen sein Spältchen, war lange das Motto. Die Spitäler sind Sache der Kantone. Und viele Regierungsräte machen lieber nichts, als dass sie womöglich einen Schaden anrichten. Wer will schon sein Amt riskieren, während er oder sie gegen die steigenden Gesundheitskosten vorgeht. Das würde nämlich bedeuten, dass sie unnötigen Spitäler den Hahn zudrehen.

Das Gesundheitswesen ist auf der falschen Ebene geregelt, sagt Gesundheitsökonom Locher: «Die Regionalpolitik ist mächtig. Da versagen auch die Parteien. Sie kuscheln in den Regionen, während sie auf nationaler Ebene grosse Reden schwingen.» Gekuscht wird aber auch im nationalen Parlament. Viele Parlamentsmitglieder sind mit der Gesundheitsbranche verbandelt. Sie vertreten im National- und Ständerat Partikularinteressen, anstatt sich für das Gemeinwohl einzusetzen. Laut der Plattform Lobbywatch weisen die Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit über siebzig Mandate aus dem Gesundheitswesen auf. Das sind teilweise unbezahlte Mandate in Vereinen und Stiftungsräten, aber auch lukrative Verwaltungsratssitze in Spitalgruppen und Krankenkassen. Die lukrativen Posten besetzen praktisch ausschliesslich Parlamentarier von SVP, Mitte und FDP. Etwa Mitte-Nationalrat Lorenz Hess, der als Verwaltungsratspräsident der Krankenkasse Visana

amtet, Mitte-Ständerat Erich Ettlin, der im Verwaltungsrat der Krankenkasse CSS sitzt, SVP-Nationalrat Thomas de Courten, Präsident des Lobbyverbandes Intergenerika, oder FDP-Ständerat Damian Müller, der Präsident des Verbandes Swiss Medtech ist.

#### **Die Pharmaindustrie will die Preise selber bestimmen**

Das Schweizer Gesundheitswesen ist ein riesiger Markt. Jede zwölftes Person arbeitet in der Branche, die als grösste Arbeitgeberin im Land gilt. Zwölf Prozent der gesamten Wirtschaftsleistung gibt die Schweiz jedes Jahr für Gesundheit aus. Das sind pro Kopf rund 10 000 Franken, die über die Steuern, die Krankenkassenprämien oder direkt aus der eigenen Tasche bezahlt werden. Dieses Geld teilen sich auf: Spitäler, Arztpraxen, Physiopraxen, Pharmakonzerne, Medizinalfirmen, Psychiatrien, Apotheken, Labors und Krankenkassen. Sie alle üben – mit unterschiedlichen Mitteln – ihren Einfluss auf Politik und Verwaltung aus, um zwei Dinge zu erreichen: so wenig Regulierung wie möglich und so viele Leistungen wie möglich in der Grundversicherung.

Besonders erfolgreich sind die Pharmaunternehmen. Wegen der hohen Kaufkraft in der Schweiz bieten sie hier ihre Medikamente flächendeckend zu deutlich höheren Preisen an als im Ausland. Würden Arzneimittel parallel importiert, könnten die Gesundheitskosten gesenkt werden. Doch der letzte Versuch im Parlament, Parallelimporte zu vereinfachen, wurde im Dezember 2021 ohne Diskussion im Ständerat versenkt. Bei einer Mehrheit der Kantonsvertreter verdingt ein diffuses Argument der Pharmalobbyistinnen: die fehlende Patientensicherheit.

Mehrere Versuche, die Unternehmen zu Preissenkungen zu zwingen, scheiterten bisher an der bürgerlichen Mehrheit. Ein Vorstoss, der Mengenrabatte bei Medikamenten mit grossem Marktvolumen möglich machen will, ist derzeit im Parlament hängig. Gleichzeitig versucht aber der Branchenverband Interpharma mithilfe gutgesinnter Volksvertreter das Gesetz so anzupassen, dass die Pharmaunternehmen die Preise künftig selber bestimmen können.

Neben der Pharmabranche ist die Ärzteschaft mit ihrem Berufsverband FMH einer der mächtigsten Akteure im Gesundheitssystem. Die FMH geniesst das Privileg, die Preise des neuen Tarifmodells Tardoc aktiv mitgestalten zu dürfen. Die Verhandlungspartner haben dem Bundesrat schon vier verschiedene Tardoc-Varianten zur Genehmigung vorgelegt. Viermal lehnte der Bundesrat ab, hauptsächlich, weil die Ärzteschaft tiefere Tarife verweigert. Sie hat gute Argumente auf ihrer Seite: Wenn die Politik Einsparungen vorschlägt, warnt sie vor Zweiklassenmedizin und Qualitätseinbussen in der Behandlung. Zugleich sind die Ärzte in einer Branche tätig, die der scheidende Mitte-Präsident Gerhard Pfister im Bundesparlament einmal als «einzigartiges Perpetuum mobile der Selbstbedienung, ein Paradies für Geldgierige» bezeichnete. •

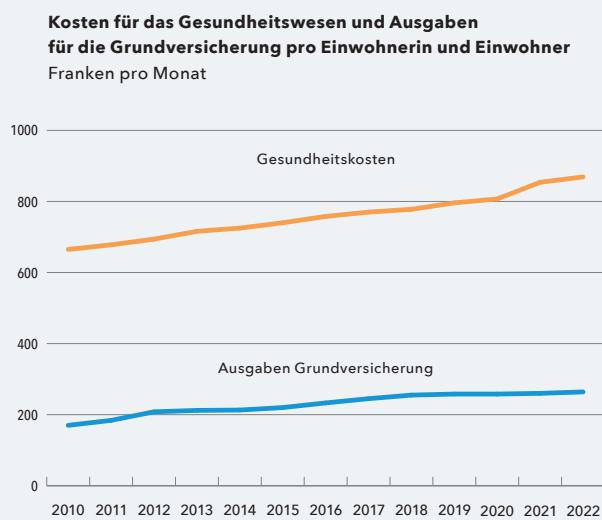
Dieser Text erschien zuerst in einer längeren Version im Onlinemagazin «Republik» und wurde von Co-Autor Philipp Albrecht für moneta gekürzt und aktualisiert.

# Wer zahlt wie viel wofür?

**Das Schweizer Gesundheitswesen wird immer teurer - und einen grossen Teil der Kosten trägt die Bevölkerung selbst.**  
**Ein Blick auf verschiedene Zahlen und Fakten zeigt, wie sich die Gesundheitskosten entwickeln,**  
**wer sie trägt und wo die Schweiz im internationalen Vergleich steht.** Zusammengestellt von Simon Rindlisbacher

## Kosten steigen laufend

Das Gesundheitswesen in der Schweiz verschlingt seit Jahren immer mehr Geld. 2010 kostete es pro Einwohnerin und Einwohner monatlich 665 Franken, 2022 waren es 869 Franken. Parallel dazu nahmen auch die Krankenkassenprämien zu, wie die steigenden Ausgaben für die Grundversicherung zeigen.

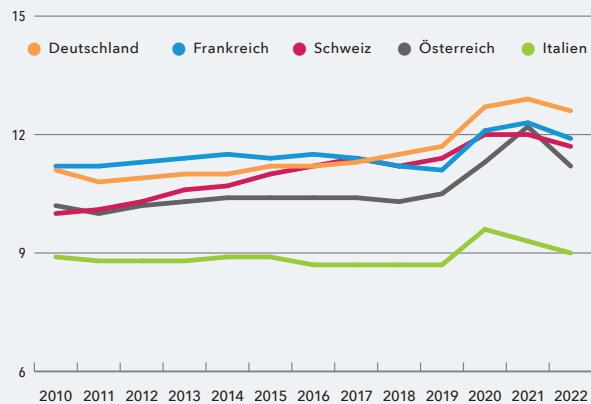


Quelle: BFS - Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)

## Im internationalen Vergleich mittendrin

Gemessen am BIP entsprechen die Gesundheitskosten in der Schweiz weitgehend jenen der Nachbarländer - sowohl in ihrer Höhe als auch in ihrer Entwicklung. Lediglich in Italien lagen sie insgesamt etwas tiefer. Auffällig in allen Ländern ist der starke Anstieg der Kosten während der Coronapandemie.

## Kosten für das Gesundheitswesen in den Nachbarländern der Schweiz Als Prozentsatz des Bruttoinlandprodukts



Quelle: OECD Health Statistics 2024

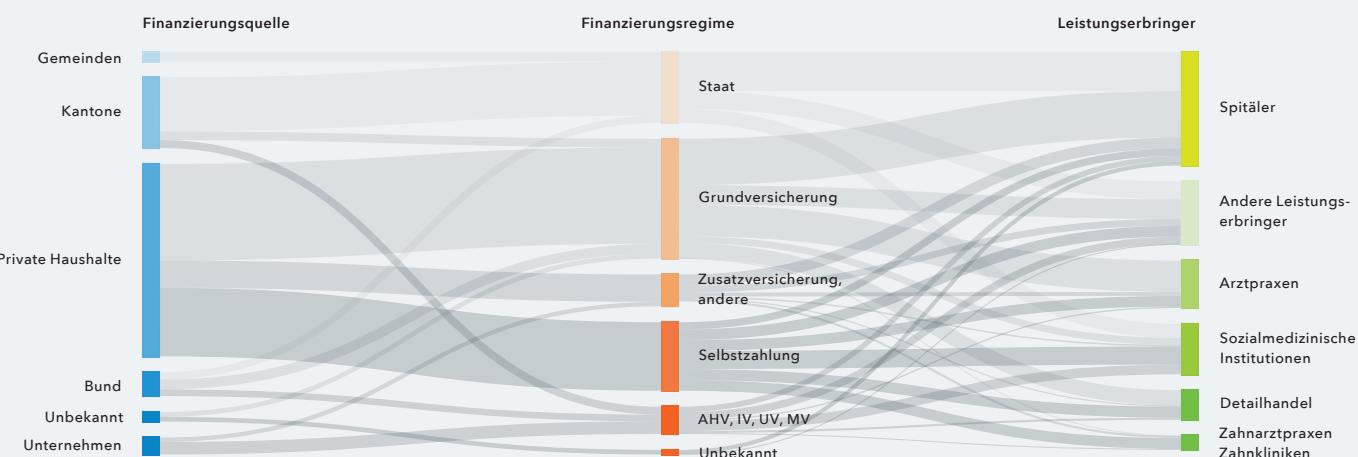
## Komplexe Finanzströme

Die Finanzströme im schweizerischen Gesundheitswesen sind komplex. Das Bundesamt für Statistik unterscheidet zwischen Quellen wie dem Staat oder den privaten Haushalten, von denen das Geld über verschiedene Finanzregimes wie die Krankenversicherung zu den Leistungserbringern fliessst.

Finanzierung total: 92,9 Milliarden Franken\*

## Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2022

Kosten total: 91,5 Milliarden Franken\*



Quelle: BFS - Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)  
Stand der Daten 31.3.2024

\*Die Differenz zwischen den Beiträgen der Finanzierungsregimes und den Gesundheitskosten sind mit Finanzierungsüberschüssen bei den Versicherungen zu erklären.

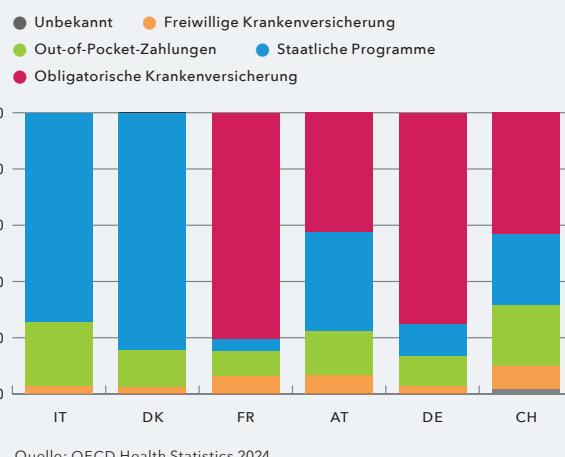
# 91,5 Milliarden Franken

hat das Gesundheitswesen in der Schweiz 2022 gekostet.

## Italien und die Schweiz mit hohem Out-of-Pocket-Anteil

Ein Vergleich mit fünf ausgewählten OECD-Ländern zeigt, dass die Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz hinsichtlich der Quellen am ehesten mit Österreich vergleichbar ist. Allerdings ist der Out-of-Pocket-Anteil in der Schweiz höher. Er liegt wie in Italien bei über 20 Prozent.

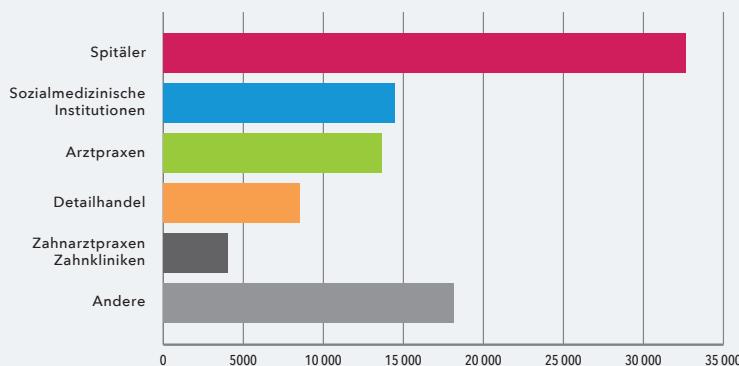
**Finanzierung des Gesundheitswesens nach Quelle in ausgewählten OECD-Ländern 2022** Anteile in Prozent



## Spitäler als wichtigste Leistungserbringer

In der Schweiz sind die Spitäler die wichtigsten Leistungserbringer im Gesundheitswesen – zumindest gemessen an den Kosten, die sie verursachen. 2022 machten diese 35,6 Prozent der Gesamtkosten des Gesundheitswesens aus. An zweiter Stelle standen mit knapp 15,8 Prozent sozialmedizinische Institutionen wie Alters- und Pflegeheime, dicht gefolgt von Arztpraxen mit 14,9 Prozent.

**Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringer** Millionen Franken



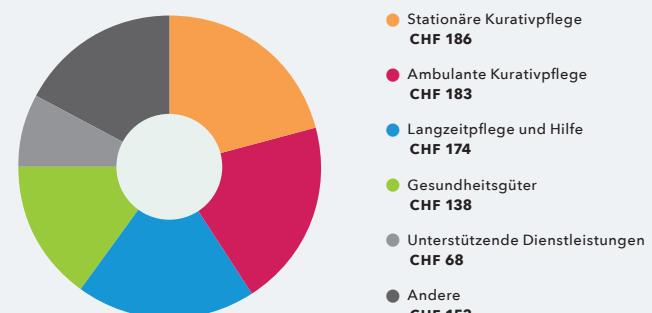
## Zu 60 Prozent von Privathaushalten finanziert

2022 wurde das Gesundheitswesen mit 92,9 Milliarden Franken finanziert. Der Staat bezahlte 32 Prozent davon, die Unternehmen 5 Prozent und die Privathaushalte 60 Prozent. Der Restbetrag kam aus unbekannten Quellen. Pro Person und Monat trugen die Privathaushalte im Durchschnitt 526 Franken bei. Davon entfielen 264 Franken auf die Prämien der Grundversicherung und 68 Franken auf Zusatzversicherungen. 188 Franken machte der Out-of-Pocket-Anteil aus. So viel zahlte jede Person direkt aus der eigenen Tasche.

## Knappe zwei Drittel der Ausgaben für Pflege

Je 21 Prozent der Gesundheitsausgaben fliessen in die ambulante und stationäre Kurativpflege, also in die Behandlung von erkrankten Personen durch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen. Weitere 20 Prozent gehen in die Langzeitpflege und Hilfe. Mit 16 Prozent sind auch Gesundheitsgüter wie Medikamente, Verbrauchsmaterial und therapeutische Apparate ein grosser Posten. In unterstützende Dienstleistungen fliessen 8 Prozent der Ausgaben. In diesem Bereich, zu dem beispielsweise die Radiologie und Laboranalysen gehören, sind die Kosten seit 2020 um 57 Prozent angestiegen.

**Kosten des Gesundheitswesens nach Leistung 2022**  
Franken pro Kopf pro Monat



Quelle: BFS - Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)

## Eine Hüftoperation für 18 000 Franken

Medizinische und chirurgische Behandlungen kosten schnell mal Tausende von Franken. Die Behandlung einer Lungenentzündung – 2022 der häufigste medizinische Fall – kostete im Durchschnitt über 11 000 Franken. Der häufigste chirurgische Fall war im selben Jahr der Kaiserschnitt mit Kosten von rund 10 200 Franken. Auch unter den Topdrei der häufigsten chirurgischen Fälle: der Ersatz von Gelenken – und solche Eingriffe sind besonders teuer. Die «NZZ» hat berechnet, dass das Einsetzen eines neuen Hüftgelenks durchschnittlich 18 000 Franken kostet.

### Kostenzusammensetzung einer Hüftoperation in Franken

**Hotellerie** 830.– **Administratives** 240.– **Operation** 8560.–  
**Sozialberatung** 150.– **Arztvisite** 600.– **Zimmerreinigung** 150.–  
**Aufwachraum** 170.– **Radiologie** 300.– **Betreuung auf Bettenstation** 2980.– **Labor** 530.– **Therapien** 440.–  
**Infrastruktur** 1880.– **Gewinn** 1170.–

# Endlich Zeit zum Zuhören



**Im Land mit dem zweitteuersten Gesundheitswesen haben immer weniger Menschen eine Ärztin oder einen Arzt, die beziehungsweise der sie kennt. Hat das Folgen? Ja. Ein erhellender Besuch in einem der «Café Med», wo pensionierte Ärztinnen und Ärzte kostenlos beraten.** Text: Esther Banz

Eine Stelltafel auf dem Trottoir weist darauf hin, dass Ratsuchende an diesem Nachmittag willkommen sind: «ammm Café Med. Wir unterstützen Sie bei medizinischen Entscheidungen. Persönlich. Unabhängig. Kostenlos», steht darauf. Nicht in eine Praxis treten die Menschen durch die Tür hinter der Tafel, sondern ins gemütliche Café Neumärt, das auch an diesem Nachmittag für alle offen ist. In fast jeder grösseren Schweizer Stadt gibt es seit ein paar Jahren ein Café-Med-Angebot. Pensionierte Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen sowie eine Psychologin und eine Sozialarbeiterin sind einmal im Monat vor Ort und nehmen sich Zeit für Menschen und ihre medizinischen Fragen und Unsicherheiten – in Zürich sogar zweimal.

Es ist kurz vor 15 Uhr, bald geht es los. Im Café mit Spannteppich sind die einen in ein intimes Gespräch vertieft, andere über eine Zeitung oder ein Handy gebeugt. Etwas aussergewöhnlich mutet hier einzig die Gruppe distinguerter Männer und Frauen an, die in einer hinteren Ecke des Lokals um drei Tische herum sitzen. Wie sie miteinander sprechen und zugleich dem Raum und dem Geschehen zugewandt sind. Es sind die neun Medizinerinnen und Mediziner, die hier während der nächsten drei Stunden zuhören werden.

Eine von ihnen ist die Gynäkologin Brida von Castelberg, die während zwanzig Jahren die Frauenklinik des Zürcher Stadtspitals

Triemli geleitet hat. Anwesend ist auch die Neurologin Barbara Simons, sie führte eine eigene Praxis. Mit ihnen sind Ärztinnen und Ärzte für innere Medizin, Kardiologie und Orthopädie im Café da, auch eine Chirurgin und ein Nieren-Facharzt.

Den Medizinerinnen und Medizinern stehen in diesem Raum keine Instrumente und keine Technik zur Verfügung, auch Körperbegutachtungen sind hier eher schwierig. Aber sie haben Zeit. Und offene Ohren. Sowie ihr grosses Wissen. «Wir untersuchen nicht», sagt Brida von Castelberg, «wir geben auch keine Zweitmeinung. Wir hören zu und beraten.»

## Steigende Kosten wegen fehlender Hausärztinnen und -ärzte

Béatrice Guggenbühl steht in der Nähe des Eingangs an einem Stehtisch. Die Sozialarbeiterin macht die Triage – fragt also, mit welchem Anliegen die Person kommt, und weist sie der einen oder andern Fachperson zu. Von den Ratsuchenden, die kommen, sind einige im Pensionsalter, aber es hat auch jüngere.

Kurz nach 15 Uhr tritt Béatrice Guggenbühl erstmals mit einem Blatt, auf dem sie Namen und Themen notiert hat, an den Tisch, an dem Brida von Castelberg mit einer Kollegin sitzt, und sagt: «Die erste Patientin hat Fragen zur Hormonersatztherapie.» Von Castelberg nickt, erhebt sich und geht zu der Frau hinüber. An den Nebentischen sitzen plaudernde Café-Gäste – kein Problem. Nach einer kurzen Begrüssung erzählt die Frau, nennen wir sie Sabine Pauli, von ihren Hormonpräparaten und von chronischen Schmerzen. Brida von Castelberg hört aufmerksam zu, nickt, stellt Verständnis-

fragen. Sie geht auf Paulis Fragen zu den Medikamenten ein und spricht mit ihr über Brust- und Gebärmutterkontrollen. Pauli hört aufmerksam zu, nickt oft, fragt ihrerseits nach, erzählt wieder. Nach gut zwanzig Minuten bedankt sie sich sichtlich erleichtert, drückt die Hand der Ärztin und wartet auf die Neurologin, mit der sie ebenfalls noch kurz sprechen möchte. «Viele haben heutzutage keinen Hausarzt mehr», wird Brida von Castelberg später sagen und dass das ein Problem sei: «Zuallererst für die Betroffenen, aber auch für unser Gesundheitssystem, dessen Kosten stetig steigen.»

Die «NZZ» verglich vergangenes Jahr die Zahl der praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz mit der Empfehlung der OECD für eine gute Versorgung und kam zum Schluss, dass hierzulande rund 4000 Hausärztinnen und Hausärzte fehlen – «nicht von ungefähr», sagt die Neurologin Barbara Simons, während sie im Café auf ihren ersten Einsatz wartet: «Sie werden überrannt und verdienen deutlich weniger als Spezialisten.» Das ist fürs Gesundheitssystem als Ganzes ungünstig, denn: «Hausärztinnen und Hausärzte sind Schaltstellen. Sie kennen die Patientinnen und Patienten am besten und können – unabhängiger als Spezialistinnen – beurteilen, ob es einen bestimmten, teuren Eingriff wirklich braucht und ob ein solcher zum Besten der Patientin ist.» Die Anreize, unnötige Behandlungen durchzuführen, seien bei Hausärzten weniger gross, sagt auch Brida von Castelberg.

#### Patientinnen und Patienten mutierten zu Einnahmequellen

Es war unter anderem der Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten, der sie zusammen mit der Psychotherapeutin und Präsidentin des Vereins Akademie Menschenmedizin (amm) Annina Hess-Cabalzar vor acht Jahren dazu bewegte, das «amm Café Med» zu gründen. Aber sie taten es auch, weil sie beobachten mussten, wie der Mensch im Gesundheitswesen «immer mehr durch die Brille von Wettbewerb und Leistung betrachtet wird», stellt Annina Hess-Cabalzar fest. In dieser Logik werde der Mensch zur Ware. Die Einführung der Fallpauschale 2012 habe zu einem Paradigmenwechsel geführt: «Die Patientinnen und Patienten mutierten von Hilfesuchenden zu Einnahmequellen, die bewirtschaftet werden müssen. Zu den Systemfehlern gehören Fehlanreize mit daraus folgender Mengenausweitung und wachsendem Misstrauen.» Auch deshalb brauche es immer mehr Administration, sagt die Initiantin der «amm». Dass diese radikal reduziert wird, ist eine der Forderungen, die die «amm» letztes Jahr in Form eines Manifests publizierte (siehe Kasten).

Mit dem «amm Café Med» halten Hess-Cabalzar, von Castelberg und weitere gestandene Fachpersonen auch ganz konkret und niederschwellig der kostentreibenden Entwicklung etwas entgegen. Einzig um die Menschen soll es hier gehen, um ihre Gesundheit, ihre Fragen und Unsicherheiten. Patientinnen und Patienten wüssten heute ja oft nicht einmal mehr, ob das, was ihnen empfohlen und verschrieben wird, wirklich zu ihrem Besten sei, sagt Annina Hess-Cabalzar. «Und wenn Sie als Patientin oder Patient nicht mehr unterscheiden können, ob eine Operation, Medikation oder Radiologie aus kommerziellen Gründen vorgeschlagen wird oder aus medizinischen, ob sie Ihrer Situation angepasst ist oder nicht – dann haben wir als Gesellschaft ein Riesenproblem. Ich würde auch sagen: eine Vertrauenskrise.»

#### «Das Interesse an der Medizin verliert sich nach der Pensionierung nicht»

Pius Senn (auch seinen Namen haben wir geändert) ist ins Café Med gekommen, weil er Wundschorf im Gesicht hat, der nicht mehr weggeht. Als Kind habe er starke Akne gehabt, der damalige Arzt behandelte sie mittels Bestrahlung. «Ich hatte in meinem Leben deshalb schon fünf oder sechs Krebsgeschwüre im Gesicht, die zum Glück keine Ableger machten. Aber es ist dieses Mal kein Krebs, oder? Ich muss nicht wieder zum Dermatologen gehen?», fragt der ältere Mann den Arzt, der ihm vis-à-vis sitzt, unsicher, aber eindringlich. Dieser lehnt sich nach kurzem Vorbeugen und Betrachten wieder zurück und sagt dann sanft, aber klar: «Doch. Sie sollten das bald zeigen.» Dann bleibt er noch sitzen, um dem geknickten Pius Senn seine weiteren Fragen zu beantworten.

Nach 17 Uhr packen jene Ärztinnen und Ärzte, die nicht mehr am Beraten sind, langsam ihre Sachen zusammen. Schon in zwei Wochen werden einige von ihnen wieder da sein. Warum engagieren sie sich im Pensionsalter auf diese Weise – mit der Verpflichtung auch, bei den medizinischen Entwicklungen stets auf dem Laufenden zu bleiben, Studien und Berichte zu lesen? Barbara Simons sagt: «Das Interesse an der Medizin verliert sich nach der Pensionierung nicht einfach – und es ist schön, etwas vom eigenen Wissen weitergeben zu können. Außerdem treffe ich hier Berufskollegen – dieser Austausch ist interessant. Ich tue also auch mir etwas Gutes.» Und dann sagt sie noch: «Hier kann ich so arbeiten, wie ich mir das immer gewünscht hatte, ohne wirtschaftlichen und zeitlichen Druck. Alles Administrative fällt weg. Ich kann mich voll und ganz auf die Menschen konzentrieren. Das ist das, was ich immer schon am liebsten machte. Es ist die Essenz der Medizin.» •

## Ein Angebot der Akademie Menschenmedizin

Regelmässig stattfindende «amm Café Med» gibt es inzwischen in Basel, Bellinzona, Bern, Chur, Glarus, Lugano, Luzern, St. Gallen, Winterthur, Zürich und sogar im Südtirol. Die Akademie Menschenmedizin (amm), die hinter dem kostenlosen Angebot steht und ein Verein für alle ist, engagiert sich für eine Medizin, die den Menschen ins Zentrum

stellt – und gegen Fehlanreize, die nicht zuletzt die Kosten in die Höhe treiben und das System als Ganzes belasten. Mit einem 13 Forderungen umfassenden Manifest hat die «amm» letztes Jahr ihre Vorstellungen konkretisiert. Sie enthalten unter anderem: die drastische Reduktion der Administration, stattdessen mehr Zeit für die Patien-

tinnen und Patienten, Fixlöhne und Reduktion der Spitzenlöhne im Gesundheitswesen und auch bei den Krankenkassen, ein Ende der Kommerzialisierung im Gesundheitswesen mit der Abschaffung der Fallkostenpauschalen sowie einen Verhaltenskodex für alle.

[menschenmedizin.ch](http://menschenmedizin.ch)

# Warum die Prämien steigen

**Die Krankenkassenprämien steigen und steigen. Ein Teil dieser Preissteigerung ermöglicht uns ein längeres und besseres Leben. Es gibt aber auch unnötige Kosten. Die SP will mit einer neuen Initiative für eine öffentliche Kasse Gegensteuer geben.**

Text: Stefan Boss

Seit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 1996 sind in der Schweiz alle obligatorisch gegen Krankheit versichert. Seither sind in der Grundversicherung die Prämien von Alter (ab 26) und Geschlecht unabhängig. Ältere Menschen und Frauen zahlen also nicht mehr grundsätzlich höhere Beiträge. So weit, so gut. Seit der Einführung des neuen Gesetzes haben sich die durchschnittlichen monatlichen Prämien aber fast verdreifacht, von 128 Franken bis 360 Franken pro versicherte Person im letzten Jahr. Dies stellt eine enorme Preissteigerung dar. Anfang Jahr stiegen die Prämien erneut, die Entwicklung scheint unbremst.

Die Prämien werden einmal im Jahr von den Krankenkassen festgelegt, aufgrund der zu erwartenden Kosten. Bevor sie in Kraft treten, müssen sie vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) genehmigt werden. Der Anstieg in den letzten Jahren ist die direkte Folge der steigenden Gesundheitskosten. Die Gründe dafür sind mannigfaltig, wie Simon Wieser erläutert. Er ist Professor am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). Rund ein Drittel der Zunahme geht laut Wieser auf die demografische Alterung der Gesellschaft zurück. Ältere Menschen verursachen höhere Kosten und haben oft mehrere Krankheiten auf einmal. Rund zwei Drittel der Kostensteigerungen sind aber dem Umstand geschuldet, dass alle Personen – also auch jüngere – mehr medizinische Leistungen beanspruchen. «Auch der medizinische Fortschritt spielt dabei eine Rolle, wir wissen aber nicht genau, wie gross der Anteil daran ist», sagt er.

## Teure unnötige Leistungen

Viele Kostensteigerungen, beispielsweise wegen Behandlungen von Herzinfarkten und Schlaganfällen, bringen den Menschen einen grossen Nutzen: Sie ermöglichen den Betroffenen ein längeres und mit gewissen Einschränkungen auch ein besseres Leben. Daneben gibt es laut dem Gesundheitsökonomie aber viele unnötige medizinische Leistungen. Denn Spitäler und Arztpraxen senken nicht einfach die Preise, wenn die Nachfrage zurückgeht, wie es in einem idealen Markt eigentlich geschehen müsste. Vielmehr reagieren sie mit mehr Tests und Behandlungen (siehe dazu den Artikel auf Seite 8).

Es geht laut Gesundheitsökonom Wieser beispielsweise um zu viele Laboruntersuchungen oder bildgebende Verfahren wie MRI. Gerade an Knien und Schultern gebe es auch zu viele Operationen, Wieser nennt als Beispiel die Kniearthroskopie. «Konservative Behandlung wie Physiotherapie wirkt oft besser», sagt er. Der Gesundheitsökonom schätzt, dass durch minimal invasive Eingriffe wie diese unnötige Kosten in der Höhe von 15 bis 20 Prozent der gesamten Gesundheitsleistungen entstehen – andere Experten sprechen gar von bis zu 30 Prozent.

Das BAG versucht zwar, unnötige Leistungen aus der Grundversicherung zu streichen. Leistungen müssen laut KVG «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein», damit sie von der Grundversicherung bezahlt werden. Wie ein Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle klarmacht, konnte man aber statt wie erwartet 200 Millionen Franken pro Jahr nur 25 Millionen einsparen. Herstellerfirmen und medizinische Fachverbände verhinderten viele Streichungen.

## Eine öffentliche Krankenkasse solls richten

Kein Wunder, dass die hohen Gesundheitskosten immer wieder Thema der Politik sind und es schon zahlreiche Volksinitiativen dazu gab. Eine Kostenbremse-Initiative der Mitte, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung eingeschränkt hätte, wurde letztes Jahr mit 63 Prozent Nein-Stimmen abgelehnt. Die SP verfolgt einen anderen Ansatz: Sie unternahm schon mehrere Anläufe zur Schaffung einer öffentlichen Krankenkasse. Die Idee dahinter ist unter anderem, die Kosten für die Verwaltung und für das Marketing der Krankenkassen einzudämmen. Der letzte Anlauf wurde 2014 mit 62 Prozent Nein abgelehnt. Im Sommer 2023 beschloss die Partei, es mit weiteren Initiativen zu versuchen. Geplant ist demnach die Gründung einer öffentlichen Krankenkasse in jedem Kanton, die sich interkantonal zusammenschliessen könnten. Zudem sollen die Krankenkassenprämien 10 Prozent des verfügbaren Einkommens nicht überschreiten.

Seit der Abstimmung von 2014 über eine öffentliche Kasse habe der Problemdruck weiter zugenommen, findet Matthea Meyer, Co-Präsidentin der SP Schweiz: «Es gibt einen Pseudowettbewerb unter den Kassen, der die Kosten unnötig mitanheizt. Die Versicherten tragen die hohen Verwaltungs- und Werbekosten mit ihren Prämien.»

Laut Gesundheitsexperten geben die Kassen rund 200 Franken pro versicherte Person und Jahr für die Verwaltung aus – etwa 5 Prozent der Prämien. Auch wenn Meyer einräumt, dass diese Kosten nicht enorm sind, hält sie sie für «unnötig». Zudem berge das System weitere Probleme: «Wenn eine Krankenkasse auf Prävention setzt, führt dies erst einmal zu höheren Prämien.» Dies habe zur Folge, dass die Versicherten von dieser Kasse wieder abwanderten. Eine

öffentliche Kasse könnte sich laut Meyer viel gezielter dem Vorbeugen von Krankheiten widmen, wie das zum Beispiel die Suva bei den Unfällen schon mache. Zudem wäre sie ein mächtiger Akteur bei Tarifverhandlungen.

Die Lancierung der neuen Initiative ist laut Meyer noch nicht spruchreif. Es sei jedoch klar, dass man die öffentliche Kasse und die solidarische Finanzierung in zwei separate Vorlagen packen werde. Mit der Lancierung sei wohl erst 2026 zu rechnen.

#### Andere Länder, andere Systeme

Wie sind die Krankenversicherungen eigentlich in anderen Staaten organisiert? Kein Vorbild für die Schweiz können sicher die USA sein. Obwohl eine unter Präsident Barack Obama eingeführte Gesundheitsinitiative (Obamacare) vielen Amerikanerinnen und Amerikanern den Zugang zu einer Krankenversicherung brachte, bleiben nach wie vor viele Menschen aussen vor. Es gibt vorwiegend private Kas- sen, und wegen hoher Kosten und anderer Hürden sind Millionen von Menschen nicht krankenversichert.

Am ehesten vergleichbar ist das System der Schweiz mit jenem in Deutschland. Es gibt rund 100 Krankenkassen, die untereinander in Konkurrenz stehen, wie einem Onlinebericht von SRF zu entnehmen ist. Es handelt sich jedoch um öffentlich-rechtliche Kassen, die durch Steuern und Abgaben von Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden finanziert werden. Im Gegensatz zur Schweiz gibt es in Deutschland also keine einheitlichen Prämien für Erwachsene (Kopfprämien). Wer möchte, kann sich auch privat versichern lassen. Auf diese Weise erhält man meist schneller einen Termin, ohne warten zu müssen. Laut Wieser ist der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt Deutschlands mit zwölf Prozent ungefähr gleich hoch wie in der Schweiz.

In Dänemark schliesslich gibt es ebenfalls eine einzige staatliche Krankenversicherung für die ganze Bevölkerung. Finanziert wird sie grossteils von der Zentralregierung, den Rest bezahlen die Gemeinden. Dänemark setzt auf stark

Exklusiv  
auf  
moneta.ch

#### Wir müssen reden!

Von Roland Fischer

Medizin tut heutzutage oft mehr, als gut ist – auch in der Schweiz. Unnötige Untersuchungen und Behandlungen bringen selten Nutzen, oft aber Risiken. Trotzdem spricht kaum jemand darüber. Denn das moderne Gesundheitssystem belohnt Handeln und bestraft Zurückhaltung.

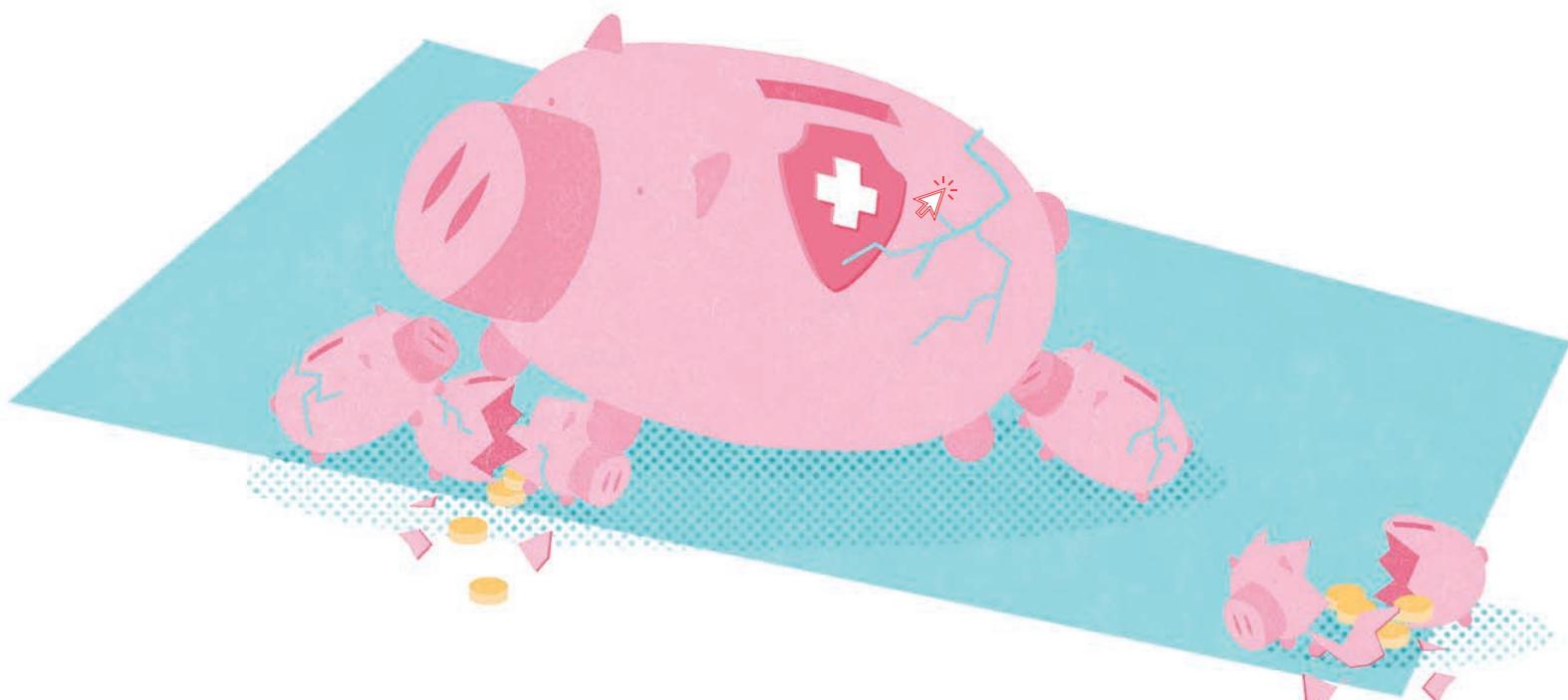
Jetzt online lesen:

[moneta.ch/gesundheit-ueberbehandlung](http://moneta.ch/gesundheit-ueberbehandlung)

zentralisierte sogenannte Superkrankenhäuser und auf eine Digitalisierung des Gesundheitssystems. Für Behandlungen in Spitälern gibt es allerdings manchmal lange Wartefristen.

#### Vorbild Dänemark?

Kann das Gesundheitssystem in Dänemark ein Vorbild sein für die Schweiz? In Bezug auf die Finanzierung der Gesundheitskosten durch Steuern könnte das Land durchaus als Vorbild taugen, findet SP-Co-Präsidentin Mattea Meyer. «Bei uns zahlen Haushalte über 60 Prozent der Gesundheitsleistungen unabhängig von der Höhe ihres Einkommens selber. Kein OECD-Land ist unsolidarischer.» Bereits letztes Jahr stimmte die Bevölkerung über eine SP-Initiative ab, welche die Kosten für die Prämienzahlenden auf maximal 10 Prozent des Einkommens beschränken wollte. Sie erreichte immerhin einen Ja-Anteil von 45 Prozent. Mit einer Gesundheitsinitiative habe ihre Partei noch nie ein so gutes Resultat erzielt, sagt Meyer. Sie will deshalb an dem Thema dranbleiben. •



# DIE SEITEN DER ABS

## MEDIZINISCHE VERSORGUNG DARF KEIN PRIVILEG SEIN

**Die Gesundheitsförderung ist in allen Geschäftsfeldern ein wichtiges Ziel der ABS. Bei ihren Investitionsstrategien fokussiert sie unter anderem auf einen sozial gerechten Zugang zu medizinischer Versorgung. Zusätzlich beteiligt sich die ABS an Kampagnen der Access to Medicine Foundation.**

Text: Katrin Wohlwend

In ihrer Nachhaltigkeitsanalyse beurteilt die ABS, welche Unternehmen in ihr Anlageuniversum aufgenommen werden. Dabei kommen verschiedene Kriterien zum Einsatz, die sich in Ausschluss- und Förderkriterien sowie weitere positive und negative Bewertungskriterien unterteilen. Einige dieser mehr als 270 Kriterien haben einen direkten Bezug zum Thema Gesundheit. Sie kommen zum Einsatz, wenn zum Beispiel ein Pharmaunternehmen bewertet wird. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Frage, ob und wie das Unternehmen den Zugang zu medizinischer Versorgung für Menschen in benachteiligten Weltregionen sichert.

Im Bereich Gesundheit ist dieser Aspekt eines der wenigen Themen, die sich in allen Kategorien von ABS-Kriterien niederschlagen: So ist es bei grossen Pharmaunternehmen ein Ausschlusskriterium, wenn keinerlei Strategien für einen solchen Zugang definiert sind. Bei kleineren und mittleren Unternehmen führen fehlende Zugangsstrategien zwar nicht automatisch zum Ausschluss, fliessen aber als wichtiges Negativkriterium in die Gesamtbewertung ein. Umgekehrt fallen Unternehmen, die Zugangsstrategien im Einsatz haben, unter die Positiv- und Förderkriterien der ABS.

### **Die Pharmaindustrie in die Pflicht nehmen**

Diese Herangehensweise zeigt, wie stark die ABS soziale Gerechtigkeit beim Zugang zu medizinischer Versorgung gewichtet. Sie unterstützt deshalb auch die Arbeit der niederländischen Access to Medicine Foundation, insbesondere durch das Mitunterzeichnen von öffentlichen Investoren-Stellungnahmen. Die 2003 gegründete gemeinnützige unabhängige Stiftung mobilisiert Pharmaunternehmen, um die chronischen Probleme der Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit von Arzneimitteln zu lösen. Das Ziel ist, dass immer mehr Menschen in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen (engl. «Low and Middle Income Countries»: LMIC) Zugang zu lebenswichtigen Gesundheitsprodukten erhalten. Wegen ihrer umfangreichen Ressourcen und globalen Reichweite spielen hierbei insbesondere grosse Pharmaunternehmen eine entscheidende Rolle.

Anhand von Daten und Forschungsergebnissen untersucht die Access to Medicine Foundation, wie solche Unternehmen die globale Gesundheitsversorgung verbessern können, und gibt dazu Leitfäden heraus. Zudem analysiert die Stiftung, ob die Unternehmen diese Massnahmen tatsächlich umsetzen. Seit 2008 veröffentlicht sie alle zwei Jahre den «Access to Medicine Index». Der Index bewertet die zwanzig grössten Pharmaunternehmen weltweit und stuft sie anhand ihrer Bemühungen ein, den Zugang zu ihren Gesundheitsprodukten für Menschen in LMIC zu erweitern. Ein begleitender Bericht ordnet die Resultate ein.

### **Gemeinsam mehr erreichen**

2024 hat die ABS gemeinsam mit 147 anderen Finanzinstituten eine öffentliche Stellungnahme unterzeichnet, welche die Relevanz des Index bekräftigt. Gemeinsam verwalten die unterzeichnenden Institute ein Vermögen von 22 Billionen US-Dollar. Mit der Stellungnahme bestätigen sie, dass die Existenz ernsthafter Zugangsstrategien der Unternehmen für sie ein zentrales Thema bei Investitionsentscheidungen ist. Der Index setzt Pharmaunternehmen unter Druck, indem er zeigt, wer bereits gut abschneidet und wo es Nachholbedarf gibt. Die Investoren-Stellungnahme zum Index unterstützt diese Bemühungen. Zudem vertieft der begleitende Bericht die relevanten Themen im Zusammenhang mit Zugangsstrategien und bietet der Branche somit auch Unterstützung bei der Entwicklung von Massnahmen.

Die ABS ist im Vergleich zu anderen Finanzinstituten eine kleine Investorin. Einige der im Index gelisteten Unternehmen sind aus unterschiedlichen Gründen aus dem ABS-Anlageuniversum ausgeschlossen, die nicht mit dem Kriterium der Zugangsstrategien zu tun haben müssen. Die ABS schliesst jedoch nicht die Pharmaindustrie als ganze Branche aus, sondern nur einzelne Unternehmen. Grundsätzlich ist es daher möglich, dass ausgeschlossene Unternehmen künftig auch für die ABS investierbar werden, wenn sich Geschäftspraktiken ändern. Dank dem gemeinsamen Engagement mit der Access to Medicine Foundation und den mitunterzeichneten Instituten bietet sich der ABS bereits heute eine Möglichkeit, darauf hinzuwirken, dass sich immer mehr Unternehmen weltweit für einen verbesserten Zugang zu medizinischer Versorgung engagieren - auch wenn diese nicht Teil des ABS-Anlageuniversums sind.



Im Nachhaltigkeitsbericht 2023 lesen Sie ab Seite 113 detailliert, wie sich die ABS in allen Geschäftsbereichen für das Thema Gesundheit und Wohlergehen einsetzt.

[abs.ch/naha23](http://abs.ch/naha23)

Mehr Infos: [accesstomedicinefoundation.org](http://accesstomedicinefoundation.org)

# «GELDPROBLEME MACHEN KRANK»

**In der mit Unterstützung der ABS renovierten Klinik Schützen in Rheinfelden finden Menschen in einer nicht stigmatisierenden Umgebung aus einer schweren Krise heraus und zurück in ihr selbständiges Leben. Den Namen trägt die Institution aufgrund ihrer historischen Gebäude.** Text: Esther Banz

Ein Projekt aus dem ABS-Förderbereich



SOZIALE INTEGRATION

Schritte tun kann schwierig sein, findet man sich eines Tages in einer Dunkelkammer wieder, ohne Vorstellung, wo sich der Ausgang befindet, und auch ohne Kraft, um danach zu suchen.

Je nach Situation und Schwere einer psychischen Krankheit kann jemand von zu Hause aus wieder gesund werden, ambulant begleitet. In manchen Fällen braucht es aber eine andere Umgebung, Distanz und eine Behandlung, die über das ambulant Mögliche hinausgeht.

Einen solchen Ort gibt es in Rheinfelden. Die Klinik Schützen befindet sich nur wenige Schritte vom Bahnhof entfernt. Mit ihren historischen Gemäuern und dem pastellgelben Verputz des Haupthauses, das direkt an der ruhigen Strasse zur Altstadt liegt, strahlt sie die Menschen regelrecht an, die auf sie zugehen. An Psychiatrie denkt nicht, wer sich der Klinik nähert. Viel eher an ein gehobenes Hotel, mit den Balkonen und dem Restaurant, das zum Einkehren und gediegen Essen einlädt. «Klinik im Hotel» ist denn auch das Konzept der in Rheinfelden verwurzelten und gewachsenen Institution für Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie.

## Ein Ort mit langer Gesundheitstradition

Rheinfelden hat mit seinen Solebädern dank dem vorhandenen Salz eine lange Gesundheitstradition. Um 1900 herum gab es in der wegen seiner Brücke auch historisch bedeutsamen Stadt vierzehn Kurhotels, das ehemalige Schützenhaus «Schützen» war bereits vor 150 Jahren ein Solebadhotel, das erste noch dazu. Die Anfänge der Klinik in ihrer jetzigen Form gehen auf

die frühen 1980er-Jahre zurück, mit einem Angebot für Psychosomatik und Rehabilitation im Hotel Schützen.

In den geschmackvoll eingerichteten Räumen verbindet sich die Geschichte des Gebäudekomplexes, der verschiedene Trakte umfasst, mit heutiger Moderne, von der Einrichtung bis zur Technik. Die Frische ist kein Zufall: Der ganze Schützen-Komplex wurde in einem aufwendigen Prozess im Bestand renoviert und vor bald zwei Jahren neu eröffnet. Die Hausbank ABS, die auf Ebene Verwaltungsrat via Albi Wuhrmann auch personell mit der Klinik Schützen verbunden ist, spielte beim Umbau eine wichtige Rolle, erzählt Direktor und Chefarzt Hanspeter Flury beim Gang durchs Haupthaus: «Es gab grosse Probleme mit dem ersten Generalunternehmer, der Rechtsstreit – es geht um Millionen – ist noch nicht abgeschlossen. Wir waren sehr froh um eine Bank wie die ABS, die einen Sinn dafür hat, dass es auch schwierige Zeiten geben kann, und uns entsprechend gut begleitete.»

## «Niederschwellig» dank offener Atmosphäre

Die Klinik Schützen ist eine Privatklinik, die aber – wie es in der Schweiz üblich ist – sowohl privat und halbprivat als auch allgemein Versicherte behandelt. Und obwohl man sich hier auch in einem gehobenen Hotel befindet, ist «niederschwellig» ein Wort, das Hanspeter Flury immer wieder verwendet, wenn er von der Klinik spricht. Er erklärt es so: «Menschen, die eine stationäre Behandlung brauchen, suchen diese oft nicht, weil die Vorstellung, in eine psychiatrische Klinik einzutreten, sie abschreckt. Hierherzukommen, ist ein weniger grosser Schritt. Man ist zwar in einer Klinik, aber die Atmosphäre ist anders, offener, eben weil wir auch ein Hotel sind und ein Ort, an dem Seminare abgehalten werden.» Tatsächlich fühlt man sich hier weit entfernt von einer Psychiatrie, die stigmabehaftet ist.

Im Unterschied zu den Hotelgästen bezahlen jene, die für einen Klinikaufenthalt nach Rheinfelden kommen, die Kosten nicht selber. Psychiaterinnen und Psychiater weisen in Absprache mit der jeweiligen Krankenkasse je-

Foto: zvg



ne Patientinnen und Patienten zu, bei denen sie eine stationäre Behandlung für notwendig erachten. Mit jeder zugewiesenen Person gibt es dann ein Vorgespräch. «Wir schauen das Problem an und besprechen gemeinsam, was es braucht», sagt Hanspeter Flury. Daraus resultieren Abmachungen für eine freiwillige Behandlung, die in der stationären Klinik in der Regel drei bis sechs Wochen dauert.

Die meisten der erwachsenen Patientinnen und Patienten (das Mindestalter bei Eintritt ist 18, in Ausnahmefällen 16) kommen mit einem Burn-out respektive einer Erschöpfungsdepression, viele auch mit einem Trauma. Flury bemerkt nebenbei: «Wir haben eine Warteliste wie nie zuvor.» Auch Angststörungen nähmen zu, bedingt nicht zuletzt durch Kriege, Klimawandel und wirtschaftliche Unsicherheiten.

#### **Finanzielle Probleme als psychische Belastung**

Speziell belastend seien für Menschen zudem finanzielle Probleme, «psychische Probleme sind oft daran gekoppelt», sagt der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der nach wie vor auch direkt mit Patientinnen und Patienten arbeitet. Arbeitslosigkeit sei denn auch die grössere Gefahr für die psychische Gesundheit als Stress, «wenig Geld ist überhaupt ein Risikofaktor, und ganz schlimm ist Verschuldung und erschwerter Zugang zu Bildung». Rückzug sei eine Folge davon, aber auch gesellschaftlicher Ausschluss und schliesslich Vereinsamung und Scham. «Man fällt aus Kontakten raus, insbesondere im Abstieg. Das ist brutal. Da gibt es viel Teufelskreis-Gefahr.» Viele täten sich schwer damit, Sozialleistungen in Anspruch zu nehmen. Die sozialen Ressourcen – eigene und solche von aussen – sowie das Gesundheitsverhalten seien aber auch Punkte, an denen man therapeutisch ansetzen könne: «Eine Patientin sagte im Vorgespräch: «Am 15. Mai bringe ich mich um. Dann muss ich aufs Sozialamt.» Es gelang mittels Sachhilfe, sie vor dem Konkurs zu bewahren», erzählt Flury, «so konnten wir mit ihr an der Scham arbeiten, und schliesslich kam sie aus der Depression heraus.»

Die Palette der Therapien in der Klinik Schützen ist vielfältig und reicht von klassischen Einzel- und Gruppen Gesprächen über Ergotherapie bis zu Fitness-, Kreativ- und Expressivtherapien. Sie alle dienen nicht zuletzt auch der Stärkung der eigenen Ressourcen. «Alle

erhalten einen individuellen Therapieplan, den sie auf dem Handy greifbar haben», sagt Flury, ebenso, dass der Plan im Verlauf des Prozesses angepasst werde. Das Programm sei intensiv, man arbeite auch mit Angehörigen zusammen und wenn nötig mit der dafür zuständigen Person am Arbeitsort. Bei aller Niederschwelligkeit – eine Einschränkung gebe es, sagt Flury: «Für Menschen, die auffällig krank sind, etwa mit einer akuten Psychose, ist die Klinik Schützen nicht der richtige Ort – dafür sind wir zu offen.»

#### **Druck auf Leistungserbringende nimmt zu**

Seit ihrer Wiedereröffnung ist die Klinik mit ihren rund 100 Betten und 50 weiteren für externe Hotellerie grösser als zuvor. Eine Tagespauschale, in der alles enthalten ist, deckt die Kosten des Aufenthalts – sie liegen im Schnitt um die 700 Franken pro Tag und sind damit im üblichen Rahmen. Die grosse Warteliste deutet darauf hin, dass die Klinik gut läuft. «Ja», bestätigt Flury, «aber die Erwartungen an die Leistungen steigen ständig, gleichzeitig sollten die Kosten runter. Wir spüren, dass wir dauernd noch mehr quetschen müssen, um wirtschaftlich zu sein.» Gleichzeitig nehme der Aufwand für die geforderte Administration ständig zu. Dass sich in der Gesellschaft die Schere weiter öffne, die zwei Prozent der Reichen stets noch reicher würden und der Mittelstand absacke, es mehr und mehr ärmeren Menschen gebe: Das sei auch fürs Gesundheitswesen ein Problem. «Der Druck auf uns Leistungserbringende steigt, wir müssen immer mehr nachweisen. Das ist ein zentraler Grund, weshalb der administrative Aufwand so zunimmt.»

Nach dem Austritt aus der Klinik sind die Patientinnen und Patienten in der Regel so weit stabil, dass sie zurück in ihr gewohntes Umfeld gehen und falls nötig fortan ambulant weiter begleitet werden können.

Foto: zvg



Hanspeter Flury,  
Chefarzt und Direktor  
der Klinik Schützen  
Rheinfelden



# GESCHÄFTSJAHR 2024: IN ALLEN BEREICHEN ZUGELEGT

**Die Alternative Bank Schweiz hat im vergangenen Jahr einen Gewinn von 1,7 Millionen Franken erwirtschaftet. Zu diesem Erfolg haben alle Geschäftsbereiche beigetragen - sowohl das Kredit- als auch das Anlagegeschäft.**

Text: Julia Barriga

## ABS in Zahlen

Anzahl Kundinnen und Kunden	<b>44 690 +1,0%</b>
Kundengelder	<b>CHF 2 287 000 000 +5,65%</b>
Anzahl Kreditnehmerinnen/Kreditnehmer	<b>1 319 +5,85%</b>
Kundenausleihungen	<b>CHF 2 069 000 000 +13,26%</b>
Anteil Ausleihungen in einem ABS-Förderbereich (Basis benutzbare Kreditlimiten)	<b>88,5% +1,6%</b>
Anzahl ABS-Aktionärinnen und -Aktionäre	<b>9435 +0,06%</b>
Anzahl Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter inkl. Lernende	<b>168 +5,66%</b>
Bilanzsumme	<b>CHF 2 613 000 000 +5,3%</b>
Eigenmittel	<b>CHF 299 907 000 +0,68%</b>
vereinfachte Leverage Ratio	<b>9,16% -0,63%</b>
Geschäftsauwand	<b>CHF 29 400 000 +12,0%</b>
Jahresergebnis (Gewinn)	<b>CHF 1 700 000 +12,06%</b>

Die Alternative Bank Schweiz (ABS) hat ein weiteres erfolgreiches Geschäftsjahr hinter sich. Sie konnte in sämtlichen Bereichen zulegen: Ende 2024 zählte sie 44 690 Kundinnen und Kunden und damit 442 mehr als im Vorjahr. Diese vertrauten der Bank insgesamt 2,287 Milliarden Franken an, was einer Zunahme von 5,7 Prozent entspricht. Die Bilanzsumme nahm daher ebenfalls zu und wuchs um 5,3 Prozent auf 2,613 Milliarden Franken. Auch den Gewinn konnte die ABS im vergangenen Jahr steigern: Er betrug 1,7 Millionen Franken. Das sind 184 252 Franken mehr als 2023. «Mich freut besonders, dass wir auch im Jahr der Umstellung auf das soziokratische Organisationsmodell wirtschaftlich sehr gut abgeschnitten haben», sagt Nicole Bardet, Mitglied der ABS-Geschäftsleitung. Das zeige, dass die neue, besonders partizipative Organisationsform die Entwicklung der Bank positiv unterstützt.

## Beliebt bei der Geschäftskundschaft

Zum guten Ergebnis trugen 2024 alle Geschäftsbereiche bei. Die ABS konnte das Kreditvolumen und damit die Zinserträge erneut steigern. Ende 2024 betrug der Brutto-Zinserfolg 30,5 Millionen Franken, im Vergleich zum Vorjahr ein Plus von 294 491 Franken. Die Ausleihungen betragen Ende Jahr 2,069 Milliarden Franken. Im Vergleich zum Vorjahr ist das eine Zunahme von 13,3 Prozent. 88,5 Prozent ihrer Kredite hat die Bank an Organisationen und Unternehmen vergeben, die einen sozialen oder ökologischen Mehrwert schaffen. Die restlichen 11,5 Prozent sind in Projekte geflossen, welche die strengen Mindestanforderungen der Bank erfüllen, indem sie keine ihrer Ausschlusskriterien verletzen. Dass die ABS sich bei ihren Geschäftskundinnen und -kunden grosser Beliebtheit erfreut, zeigte 2024 ein Kundenrating der «Handelszeitung». Dort landete die Bank in mehreren Kategorien auf Platz 1, unter anderem beim Kreditangebot für Geschäftskunden, aber auch bei der Beratungsqualität in diesem Kundensegment. «Das freut uns sehr», sagt Bertrand Donninger, Verantwortlicher für Finanzierungen bei der ABS. «Nachhaltige KMU sehen uns als Bankpartnerin, die ihre Bedürfnisse kennt und ihre Entwicklung unterstützt.»

## Positive Performance des ABS-eigenen Nachhaltigkeitsfonds

Auch im Geschäft mit nachhaltigen Anlagen ist die ABS weitergewachsen. Das Team der Anlageberatung und das Asset Management betreuten Ende 2024 3292 Per-

sonen oder Institutionen mit insgesamt 1,391 Milliarden Franken. Das sind 123,5 Millionen Franken mehr als im Vorjahr, was einer deutlichen Steigerung entspricht. Das Vermögen im «ABS Living Values - Balanced Fund» stieg um 14,5 Prozent auf 111,1 Millionen Franken. Der ABS-eigene Fonds beendete das Jahr 2024 mit einer positiven Performance. Diese Entwicklungen schlügen sich im Ertrag aus dem Kommissions- und Dienstleistungsgeschäft nieder: Die Bank verdiente in diesem Bereich deutlich mehr als 2023. Der Ertrag stieg um 11,1 Prozent auf 11,0 Millionen Franken.

## Gute Entwicklung soll 2025 weitergehen

Die Anzahl der Aktionärinnen und Aktionäre der ABS wuchs leicht auf 9435. Die Eigenmittel stiegen gleichzeitig um 0,7 Prozent auf 299,9 Millionen Franken. Damit kann die ABS eine vereinfachte Leverage Ratio von 9,2 Prozent vorweisen. Vom Kleinbankenregime sind mindestens 8 Prozent gefordert. Auf dieser Grundlage erwartet die ABS, dass sie auch 2025 weiterwachsen wird. «Wir gehen aber davon aus, dass sich das Wachstum etwas verlangsamen wird nach dem Rekordjahr 2024», sagt Nicole Bardet, ausblickend. Die wichtigsten Investitionen sollen im Bereich Personal erfolgen, wo vor allem die Ressourcen für das Projekt- und das Risikomanagement ausgebaut werden sollen. Trotz der Investitionen rechnet die ABS mit einem positiven Ergebnis.



Den vollständigen Geschäftsbericht 2024 der ABS finden Sie unter: [abs.ch/gb2024](http://abs.ch/gb2024)

## WICHTIGER HINWEIS ZU MONETA-BEILAGEN UND -INSERATEN

Zeichnungsangebote für Beteiligungen oder Obligationen in dieser Zeitung sind von der ABS nicht geprüft. Sie stellen deshalb keine Kaufempfehlung der ABS dar.



# JA ZUR FINANZPLATZ-INITIATIVE!

**Die Alternative Bank Schweiz (ABS) unterstützt die am 26. November 2024 lancierte «Initiative für einen nachhaltigen und zukunftsgerichteten Finanzplatz Schweiz» (Finanzplatz-Initiative). Gemeinsam mit einem breiten Bündnis aus Politik, Finanzwirtschaft und Umweltorganisationen setzt sich die ABS für verbindliche Regeln ein, die sicherstellen, dass der Schweizer Finanzplatz seiner grossen Verantwortung für den Schutz von Klima, Biodiversität und natürlichen Ressourcen gerecht wird.**

Text: Katrin Wohlwend



Foto: Anni und Julian

Nicole Bardet,  
Mitglied der ABS-  
Geschäftsleitung und  
Teil des breit ab-  
gestützten Komitees  
der Finanzplatz-  
Initiative

Über ihren Finanzplatz wird die flächenmässig kleine Schweiz zum globalen Schwergewicht: Trotz Bekenntnissen zur Nachhaltigkeit fliessen weiterhin Milliarden in umweltschädliche Projekte wie Kohleabbau und Regenwaldabholzung - mit gravierenden Auswirkungen auf Klima und Biodiversität. Die dadurch verursachten CO<sub>2</sub>-Emissionen übersteigen die gesamten inländischen Emissionen der Schweiz um mindestens das 18-Fache. Zugleich werden die negativen Folgen der Klimakrise auch in der Schweiz spürbarer und die Zukunft der nachfolgenden Generationen immer ungewisser. Dass entschlossenes Handeln dringend erforderlich ist, bekräftigt auch Nicole Bardet, Mitglied der ABS-Geschäftsleitung und Teil des breit abgestützten Komitees der Finanzplatz-Initiative: «Gemeinsam können wir einen Finanzplatz schaffen, der nicht kurzfristigen Profiten, sondern dem Gemeinwohl verpflichtet ist.» Die freiwilligen Selbstregulierungen der Finanzbranche sind völlig unzureichend, so die gemeinsame Überzeugung des Bündnisses. Diese Regelungen beschränken sich auf Reporting und die Beratung von Kundinnen und Kunden. Ambitioniertere Massnahmen sind weiterhin nicht in Sicht, und die Verantwortung bleibt vollständig bei der Kundschaft.

## Was will die Finanzplatz-Initiative erreichen?

Die Finanzplatz-Initiative fordert eine gesetzliche Grundlage, um den Schweizer Finanzplatz ökologisch nachhaltiger zu gestalten. Schweizer Banken, Vermögensverwalter, Versicherungen und Pensionskassen sollen ihre Geschäftstätigkeiten im Ausland verbindlich an den internationalen Klima- und Biodiversitätszielen ausrichten. Mit Transitionsplänen sollen die Finanzinstitute selbst festlegen dürfen, mit welchen Strategien, Zielen, Massnahmen und Ressourcen sie die Vorgabe der Initiative erreichen wollen.

Sofortige Einschränkungen würde es hingegen für die Finanzierung und Versicherung von Projekten zur Erschliessung neuer fossiler Energiequellen wie Kohle oder Erdöl geben. Auch für die Ausweitung des Abbaus bereits bestehender fossiler Energievorkommen würde es künftig keine Finanzierung oder Versicherungsdienstleistungen mehr geben.

**Kein Geld  
für Zerstörung**



## Die Initiative und die ABS

Die ABS teilt die Forderungen der Finanzplatz-Initiative aus voller Überzeugung und geht seit 35 Jahren mit gutem Beispiel voran: Investitionen in Unternehmen aus der fossilen Energiebranche schliesst die Bank von allen Geschäftstätigkeiten aus. Dasselbe gilt für Unternehmen, deren Aktivitäten die Umwelt zerstören und das Vorsorgeprinzip gegenüber künftigen Generationen grob missachten.

Die Forderung der Initiative, die finanzierten und versicherungsbezogenen Emissionen im Ausland verbindlich an den Zielen des Pariser Klimaabkommens auszurichten, betrifft bei der ABS vor allem das Anlagegeschäft. Aktuell erfüllt die ABS diese Anforderungen noch nicht. Im Rahmen ihrer 2024 verabschiedeten Nachhaltigkeitsstrategie arbeitet sie jedoch bereits an einem Transitionsplan, wie ihn die Initiantinnen und Initianten für die Umsetzung vorschlagen.

In den Geschäftsfeldern Kredite und eigene Finanzanlagen und Beteiligungen betreibt die ABS seit 2018 Geschäftstätigkeiten im Ausland. Diese werden jeweils im Geschäftsbericht offengelegt und beschränken sich auf:

- Finanzanlagen bei und Beteiligungen an werteverwandten Banken
- gemeinsame Finanzierungen von nachhaltigen Projekten mit werteverwandten Banken im Ausland, um gemeinsam mehr positive Wirkung zu erzielen

Dank ihrem nachhaltigen Geschäftsmodell erfüllt die ABS schon heute einen grossen Teil der Forderungen der Finanzplatz-Initiative. Den Schweizer Finanzsektor fordert sie zu Offenheit und Unterstützung für diese wichtige Initiative auf, die aus Sicht der ABS realistische Ziele und zumutbare Anforderungen formuliert. Zudem ruft die ABS alle Menschen in ihrem Netzwerk auf, die Unterschriften-Sammelphase zu unterstützen.

Unterschriftenbögen als Beilage in dieser moneta und unter: [finanzplatz-initiative.ch/unterschreiben](http://finanzplatz-initiative.ch/unterschreiben)

## WAS DIE ABS TUT, UM DIE INITIATIVE ZU UNTERSTÜTZEN

- Die ABS ist Mitglied im Trägerverein.
- Nicole Bardet, Mitglied der ABS-Geschäftsleitung, ist Mitglied im Initiativkomitee.
- Die ABS nimmt auf verschiedenen Kanälen an der Kommunikationskampagne teil.
- Die ABS trägt zur Verbreitung der Unterschriftenbögen via moneta und Auslage an den ABS-Standorten bei.
- Im Januar 2025 wurden mit Unterstützung des WWF Schweiz freiwillige Schulungen für ABS-Mitarbeitende zum Inhalt der Initiative durchgeführt.
- Alle ABS-Mitarbeitenden dürfen 2025 auf freiwilliger Basis einen halben Tag Arbeitszeit für die Unterschriftensammlung einsetzen.

## EINLADUNG ZUR 34. ORDENTLICHEN GENERALVERSAMMLUNG DER ABS

Freitag, 23. Mai 2025, 10.15 Uhr, im Volkshaus in Zürich

### Wichtige GV-Traktanden

Auf der Traktandenliste der ABS-Generalversammlung stehen unter anderem eine Wiederwahl und die Neuwahl von einem Verwaltungsratsmitglied.

Die Aktionärinnen und Aktionäre erhalten fristgerecht eine persönliche Einladung mit der detaillierten Tagesordnung und allen weiteren nötigen Unterlagen.

### Als Guest an die Generalversammlung

Auch wer keine ABS-Aktien besitzt, ist herzlich eingeladen, an der Generalversammlung teilzunehmen. Melden Sie sich an unter [gv-ag@abs.ch](mailto:gv-ag@abs.ch) oder Telefon 062 206 16 16.

### Feier zu 35 Jahre ABS am Nachmittag

Im Anschluss an die Generalversammlung lädt die ABS die Aktionärinnen und Aktionäre zu einem Mittagessen und einem vielfältigen Jubiläumsprogramm ein. Nähere Informationen erhalten Sie mit der Einladung zur GV.



Illustration: art.lschock

## ABS TWINT

Mit der ABS TWINT App bezahlen und überweisen Sie Geld bequem und sicher mit Ihrem Smartphone. Ob unter Freunden und Freunden oder Familienmitgliedern, im Onlineshop oder beim Einkaufen, im Hofladen, im Restaurant, an Automaten oder beim Spenden. Mit über 5 Millionen aktiven Nutzerinnen und Nutzern gehört TWINT zu den beliebtesten Zahlungsmitteln in der Schweiz.

Die ABS TWINT App ist ab sofort kostenlos im App Store und im Play Store erhältlich. Alles, was Sie benötigen, ist: einen gültigen ABS-E-Banking-Vertrag, ein Alltagskonto, ein Alltagskonto Plus, ein Kontokorrent für Privatpersonen oder ein Ausbildungskonto sowie ein Smartphone mit einer Schweizer Mobiltelefonnummer.

Weitere Informationen zu ABS TWINT finden Sie unter [abs.ch/twint](http://abs.ch/twint)

**casafair**  
Eigenamt  
mit Verantwortung

## Wohnungsübergabe, Mietrecht oder Fragen zum Stockwerkeigentum

Mit den neuen Leitfäden für Eigentümerinnen und Eigentümer für alle Situationen gewappnet.  
Jetzt bestellen unter [www.casafair.ch/shop](http://www.casafair.ch/shop)

[www.casafair.ch](http://www.casafair.ch)

**Freiwilligeneinsätze Weltweit mit SCI Schweiz**  
Volunteering for Peace

Entdecke die Welt von einer anderen Seite

SCI Schweiz [scich.org](http://scich.org)

### Verkaufe Boutique-Hotel im Tessin

Einen Gang zurückschalten, dem Dauerstress entfliehen?

Verkaufe altershalber (70jährig) meinen Traum im Maggiatal

- Historisches Tessiner Haus (17.Jh.)
- Moderner Anbau von Stararchitekten Luigi Snozzi (2011)
- Sehr ruhig und doch zentral gelegen.
- 8 Doppel-, 2 Einzelzimmer, 1 Appartement
- Aufenthalträume, Küche, Gewölke-Weinkeller
- Wildromantischer, grosser Naturgarten, begrenzt von Trockenmauern, Fluss und Wasserfall Salto
- Gute ÖV-Verbindungen, grosser Parkplatz

Casa Martinelli AG, Verhandlungspreis CHF 2.3 Mio

[www.casa-martinelli.ch](http://www.casa-martinelli.ch) | Monika Gmür, 6673 Maggia

## 50 Jahre Oikocredit: Pionierarbeit für morgen.

Seit 1975 regt die Genossenschaft Oikocredit dazu an, verantwortungsvoll zu investieren, um allen Menschen die Möglichkeit zu geben, ein würdevolles Leben zu führen.



Helfen Sie uns,  
unsere Vision zu  
verwirklichen:  
Investieren  
Sie jetzt



Oikocredit Schweiz | 044 240 00 62  
[info@oikocredit.ch](mailto:info@oikocredit.ch) | [oikocredit.org](http://oikocredit.org)



# Wenn Kräuter zu deiner Hausapotheke gehören.

Komplementärmedizin ist Teil unserer DNA.



Jetzt Beratung  
anfordern



 **EGK**  
Gesund versichert



ALTERNATIVE  
BANK  
SCHWEIZ

## ABS-Aktien ermöglichen Sinnvolles.

Mit Ihrer Investition in ABS-Aktien bewirken Sie eine sozialere und ökologischere Wirtschaft und Gesellschaft.

[abs.ch/aktien](http://abs.ch/aktien)

artischock.net

Bei diesem Inserat handelt es sich um Werbung. Es stellt keine Kaufofferte dar und dient lediglich der Information.

ମନ୍ଦିର ପତାଳ ପ୍ରକାଶ ମାର୍ଗୀ

# AGENT OF HAPPINESS

ARUN BHATTARAI & DOROTTYA ZURBO  
BHUTAN

AB 20. MÄRZ  
IM KINO

OFFICIAL SELECTION 2024  


«Ein Film mit sanftem Humor und ein herzerwärmendes Porträt des Himalaya-Königreichs.»  
THE GUARDIAN



trigon-film

## Eine Art Copy and Paste von ärztlichem Wissen

**Medizinisches Fachpersonal auszubilden, ist teuer. Bei uns ist das ein bildungspolitisches Thema, in Afrika ist es ein existenzielles. Wie wäre es, hier statt Menschen KI einzusetzen? Die Ärztin Mary-Anne Hartley von der ETH Lausanne sieht ein riesiges Potenzial.** Interview: Roland Fischer

**moneta: Mary-Anne Hartley, Sie haben eine KI gebaut, die medizinisches Wissen vermitteln kann. Warum braucht die Welt so etwas?**

Mary-Anne Hartley Large Language Models (LLM) schaffen Zugang zu einem der wichtigsten Elementen der Medizin: Information. Als Ärztin sehe ich die Hauptaufgabe der Medizin tatsächlich in der Bereitstellung der richtigen Informationen zur richtigen Zeit am richtigen Ort. Wenn sie vertrauenswürdig sind, können diese medizinischen LLM Menschen helfen, die normalerweise nie einen Arzt aufsuchen würden.

**Mit anderen Worten: Es geht nicht um Regionen mit Top-Spitalinfrastruktur, es geht um sogenannte Low-Resource-Settings. Was bedeutet das?**

Am ehesten gibt wohl die Ärztedichte einen Eindruck. In der Schweiz wie im restlichen Europa liegt sie typischerweise bei 50 bis maximal 70 Ärzten pro 10 000 Einwohnern. In Afrika liegt sie vielerorts nicht einmal bei einem Arzt pro 10 000 Einwohner.

**Und was genau kann Ihr Sprachmodell «Meditron» da leisten?**

Stellen Sie es sich ein wenig vor wie ein Copy and Paste von ärztlichem Wissen. Normalerweise ist eine solche Vervielfältigung ja sehr aufwendig und teuer, das geht nur über die Ausbildung weiterer Ärztinnen und Ärzte. Mit einer KI, die dieses Fachwissen gesammelt hat, wird alles plötzlich sehr einfach!

**Moment, medizinische Versorgung ist doch viel mehr als einfach Information?**

Das stimmt, aber als Grundlage braucht es diese Information unbedingt. Man kann

Berge von teuren Medikamenten zur Verfügung haben – wenn man nicht weiß, wann und wie man sie am besten einsetzt, sind sie absolut wertlos.

**Wie muss ich mir den «Meditron»-Service konkret vorstellen: eine Sprach-KI, die auf dem Smartphone läuft, für alle Menschen offen zugänglich?**

Zunächst einmal müssen wir sicherstellen, dass die KI gute und brauchbare Auskünfte gibt. Deshalb testen wir das Modell derzeit ausgiebig und bringen ihm bei, wie es kontextabhängig die bestmöglichen Informationen liefern kann. Dann stellen wir es in einem ersten Schritt Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung. Wenn es sich bewährt, können wir den Zugang auch für das Pflegepersonal öffnen und zum Schluss auch direkt für Patienten.

**Welches sind weitere Herausforderungen, wenn man ein solches System speziell in Low-Resource-Settings einsetzen möchte?**

Die Trainingsdaten müssen unbedingt die besondere Situation fern der westlichen Hochpreismedizin repräsentieren, das ist nicht einfach. Die verfügbare Fachliteratur bildet das kaum ab. Darum gibt es bei uns eine weitere Trainingsebene: Lokale Ärztinnen und Ärzte versuchen, gezielt Schwachstellen zu finden und das System entsprechend richtig zu biegen.

**Sie legen den Fokus fürs Erste ganz auf nichtwestliche Gebiete. Könnten solche Systeme auch bei uns helfen, die Kosten in den Griff zu bekommen?**

Warum nicht? Die effizientere Verteilung von Ressourcen ist ja auch bei uns zentral. Haben Sie schon einmal von «Doctor

Fatigue» gehört? Ärztinnen und Ärzte sind konstant überlastet, es wäre schon viel gewonnen, wenn die KI ihnen im administrativen Bereich Arbeit abnehmen könnte. Aber es geht noch weiter, ich stelle mir eine solche Assistenz-KI wie ein «listening device» vor, das sich ganz unauffällig zwischen Arzt und Patient fügt. Dann klebt der Arzt nicht mehr an seinem Gerät oder seiner Tabelle und hat wieder mehr Augenkontakt.

**Aber die Vorbehalte, dass Menschen nicht noch mehr Maschinen wollen im medizinischen Kontext, können Sie schon verstehen?**

Ganz ehrlich: Dieses Narrativ «Mensch gegen Maschine» finde ich gefährlich. Es muss um Mensch *und* Maschine gehen, um die Art und Weise, wie uns die KI am besten assistieren kann. Aber, um den Fokus noch einmal auf die Low-Resource-Settings zu verschieben: Falls da eine Angst ist, dass die Maschine einen Menschen ersetzen könnte, der doch eigentlich gute Arbeit macht – das ist ja eben der Punkt, dass es dort diese Menschen gar nicht gibt, die man ersetzen würde. Die KI hilft da, klaffende Leerstellen zu füllen.

Foto: ZVG



Professorin **Mary-Anne Hartley** leitet das Laboratory for Intelligent Global Health and Humanitarian Response Technologies (LiGHT), eine internationale Forschungsgruppe mit Standorten in den USA (Ariadne Labs), der Schweiz (ETH Lausanne) und Ruanda (Carnegie Mellon University Africa). In Zusammenarbeit mit NGOs und humanitären Organisationen entwickelt ihr Team KI-gestützte Lösungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in ressourcenarmen Regionen.