

Finanzmonitoring: Gesundheit

Wettbewerb zugunsten des Patienten
statt planwirtschaftliche Symptomtherapie

3. Juli 2006 Nummer 25 7. Jahrgang

dossierpolitik

Rote Karte für 1999 bis 2003/2004

Das Wichtigste in Kürze

Teures Gesundheitswesen: Im Aufgabenbereich Gesundheit stiegen die Ausgaben der öffentlichen Hand in der Vierjahresperiode 1999 bis 2003 um durchschnittlich 5,6 Prozent pro Jahr. Verantwortlich für dieses starke Ausgabenwachstum sind Überkapazitäten im Spitalsektor, Mengenausweitung durch Leistungserbringer und Patienten, neue medizinische Behandlungsmöglichkeiten, hohe Ansprüche der Versicherten und die demografische Alterung. Diese hohe Ausgabendynamik ist nicht nachhaltig finanzierbar und deshalb zu bremsen.

Position von economiesuisse

Die Wirtschaft setzt sich für ein starkes, innovatives und effizientes Gesundheitswesen ein. Dazu bedarf es umfassender Reformen, welche über die Stärkung der Eigenverantwortung und des Wettbewerbs die Kosten dämpfen. Staatsversagen durch Über- und Fehlregulierung ist abzubauen, denn planwirtschaftliche Gesundheitssteuerung führt zu Rationierung, politisch motivierter Mittelallokation und langfristig stark steigenden Kosten. Dazu sind in der laufenden KVG-Revision Transparenz zur erbrachten medizinischen Qualität und Kosten herzustellen, damit wettbewerbsorientierte Instrumente wie die Vergabe von Leistungsverträgen im Submissionsverfahren und die (selektive) Aufhebung des Kontrahierungszwangs ihre positive Wirkung zugunsten des Patienten entfalten können.

Der Blick ist somit nicht nur auf die Besorgnis erregende Höhe der Zwangsabgaben (Krankenkassenprämien und Steuern) im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu richten, sondern gerade auch auf die Effizienz der Leistungserbringung. Gesundheitspolitisch motivierte Zwangsabgaben dürfen nicht wegen mangelnder Transparenz für Regional- und Beschäftigungspolitik zweckentfremdet werden. Nur so wird das Gesundheitswesen nicht mehr nur das Prädikat „gut aber teuer“, sondern „(sehr) gut und nachweisbar effizient“ erhalten und dem Wachstumscluster Gesundheit im immer internationaler stattfindenden Wettbewerb um Patienten gute Chancen eröffnet.

Die vorliegende Ausgabe „dossierpolitik“ ist Bestandteil eines umfassenden Monitorings der öffentlichen Ausgaben. Anknüpfungspunkt bildet das von economiesuisse 2002 publizierte „Ausgabenkonzept“. Basierend auf diesen Prognosen wird die effektive Ausgabenentwicklung jedes Bereichs aktualisiert. Ziel ist es festzustellen, ob und wo sich die Ausgaben nachhaltig entwickeln.

Im Zeitraum 1999 bis 2003 erhöhten sich die konsolidierten Gesamtausgaben der öffentlichen Hand und der Sozialversicherungen im Mittel um jährlich 3,4 Prozent auf 172 Mrd. Franken. Weit überproportional stiegen dagegen mit 5,6 Prozent pro Jahr die Ausgaben für das Aufgabengebiet Gesundheit. 2003 beanspruchte dieser Bereich in Bund, Kantonen und Gemeinden insgesamt 22 Mrd. Fran-

ken. Sein Anteil an den Gesamtausgaben erhöhte sich seit Anfang der 90er-Jahre von 11,5 Prozent auf 12,7 Prozent. Gemäss „Ausgabenkonzept“ liegt die Zielentwicklung der Ausgaben für den Gesundheitsbereich bei plus 2,2 Prozent pro Jahr. Dies liegt über der angestrebten Zielentwicklung für die Gesamtausgaben von jährlich plus 1,8 Prozent. Ohne Korrekturmassnahmen wird im „Ausgabenkonzept“ für das Aufgabengebiet Gesundheit mit einer Trendentwicklung der Ausgaben von plus 5,0 Prozent pro Jahr gerechnet.

Spitzenplatz bei den Gesundheitsausgaben

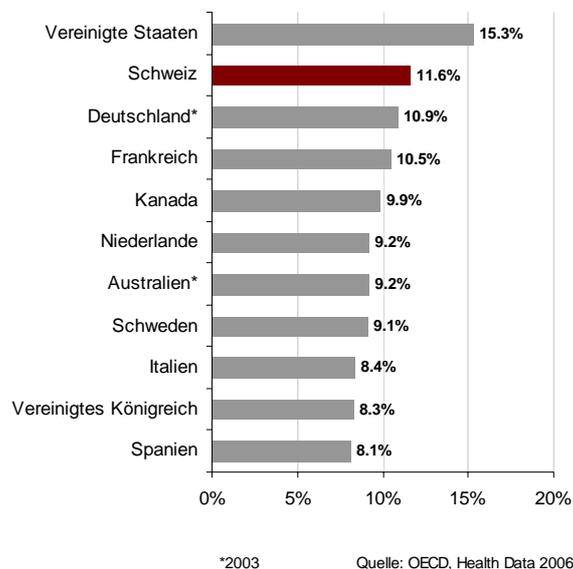
Die staatlichen Ausgaben unter dem Titel Gesundheit de-

cken sich nicht mit dem üblichen Begriff Gesundheitswesen (als Dienstleistungssektor mit verschiedenen Zweigen und Zulieferbranchen). Sie entsprechen auch nicht sämtlichen obligatorischen, durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) finanzierten und geregelten Ausgaben. Die Verschiedenartigkeit der involvierten Kostenträger (privat und staatlich), sich zum Teil überlappende Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen sowie komplizierte Finanzierungsmechanismen erschweren einen transparenten Überblick über die Finanzierung des Gesundheitssystems.

Im internationalen Vergleich zählt die Schweiz zu den Ländern mit dem höchsten Anteil Gesundheitskosten am BIP. 2004 erreichte er 11,6 Prozent, was hinter den USA (15,3 Prozent) Platz zwei bedeutet (siehe Grafik rechts). Während das BIP als Massstab auch auf die bis 2003 anhaltende Wachstumsschwäche der Schweiz verweist, sehen auch die Gesundheitsausgaben pro Kopf nicht besser aus: Hier lag die Schweiz mit kaufkraftbereinigten USD 4077 an dritter Stelle, klar hinter den USA (USD 6102) und Luxemburg (USD 5089) sowie knapp vor Norwegen (USD 3966).¹

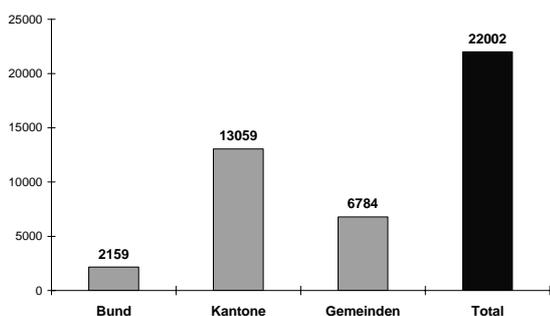
Insgesamt betragen die Kosten des Gesundheitswesens (inkl. OTC-Medikamente) 2003 49,9 Mrd. Franken; daran steuerte die öffentliche Hand 22 Mrd. Franken bei (siehe Grafiken unten). 2004 kletterten die Gesundheitskosten auf 51,7 Mrd. Franken oder 11,6 Prozent des BIP. Ein weiterer Teil der Gesamtkosten des Sektors wird über Individualprämien bei der Krankenversicherung finanziert. Die Versicherungseinrichtungen, die sich mit diesen obligatorischen Krankenversicherungsbeiträgen finanzieren, gelten in der Schweiz trotz Umverteilungscharakter als privat. Die von ihnen getätigten Ausgaben im Umfang von 16,4 Mrd. Franken im Jahr 2003 werden in der Steuerquote nicht erfasst.

Gesundheitskosten in Prozent des BIP, 2004



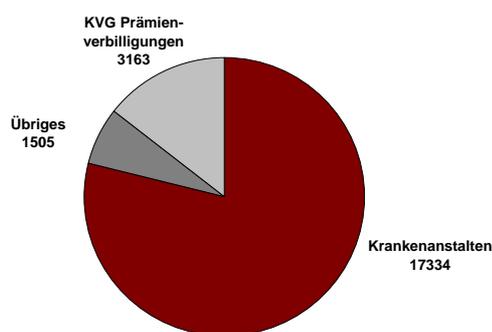
Die Beiträge der öffentlichen Hand an Krankenanstalten (Spitäler, Kranken-/Pflegeheime, psychiatrische Kliniken) beliefen sich 2003 auf 17,3 Mrd. Franken. Sie werden von Kantonen und Gemeinden getragen und bilden den Löwenanteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben. Ein Teil dieser Spitalfinanzierung wird den Kantonen allerdings von den Krankenversicherern zurückerstattet – als anrechenbarer Kostenanteil gemäss KVG. Nach heutigem System kommen Kantone und Gemeinden für die Investitionen der öffentlichen Spitäler auf. Demgegenüber werden die Betriebskosten der öffentlichen Spitäler durch die Krankenversicherer bis zu 50 Prozent übernommen, während die Kantone und Gemeinden die Restlast tragen.

Aufteilung der Gesundheitsausgaben nach Staatsebene (2003, in Mio. Franken)



aufgrund: EFD, öffentliche Finanzen der Schweiz 2003

Ausgaben von Bund, Kantonen und Gemeinden für Gesundheitsausgaben (2003, in Mio. Franken)



aufgrund: EFD, öffentliche Finanzen der Schweiz 2003

¹ OECD-Daten für 2004.

3,2 Mrd. Franken schüttete der Staat 2003 in Form von KVG-Prämienverbilligungen aus. Davon profitierten 2,4 Millionen Personen oder knapp ein Drittel der mittleren Wohnbevölkerung. Derzeit kommt der Bund für zwei Drittel der Prämienverbilligungsausgaben auf, die Kantone für einen Drittel. Die Beteiligung der einzelnen Kantone ist jedoch nach der Finanzkraft abgestuft. Sie haben zudem die Möglichkeit, ihren Anteil um maximal 50 Prozent zu kürzen, was aber auch eine Kürzung des Bundesbeitrags im gleichen Verhältnis nach sich zieht. Um den ganzen Bundesbeitrag zu beziehen, müssen die Kantone diesen um insgesamt 50 Prozent aufstocken. Diese Subjektfinanzierung ist zwar nach offizieller Statistik dem Aufgabengebiet Soziale Wohlfahrt zugeordnet. Sie wird hier aber, wie das KVG, im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen betrachtet, um die öffentlichen Ausgaben in diesem Sektor vollständig zu erfassen.

Der Posten „Übriges“ enthält insbesondere die ambulante Krankenpflege, die Krankheitsbekämpfung (Forschung und Prävention) und die Lebensmittelkontrolle. Es handelte sich 2003 um Ausgaben von 1,5 Mrd. Franken, die ebenfalls vorwiegend von Kantonen und Gemeinden finanziert werden.

Ausgabenentwicklung: nur beschränkt wirksame Reformen

Bisherige Entwicklung

Die Ausgaben der öffentlichen Hand für das Gesundheitswesen erhöhten sich zwischen 1990 und 1999 auf fast das 1,5fache. Die Kosten pro Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG haben sich fast verdoppelt. Dieser Kostenschub widerspiegelt sich in den stark gestiegenen Krankenkassenprämien. Die massive Zunahme der Gesundheitskosten hat diverse Ursachen:

Erstens konsumierten die Patienten mehr Gesundheitsdienstleistungen und -produkte. Gründe dafür waren die steigende Lebenserwartung mit entsprechend steigendem Pflegebedarf, der medizinische und technische Fortschritt und wachsende Ansprüche der Versicherten.

Zweitens führten Überkapazitäten u.a. im Spitalbereich und bei Spezialärzten zu einer Ausdehnung der angebotsinduzierten Nachfrage. Die Leistungsanbieter nutzten ihren Informationsvorsprung gegenüber Krankenversicherungen und Patienten, um die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen ihrem Angebot anzupassen, d.h. die konsumierte Menge auszuweiten.

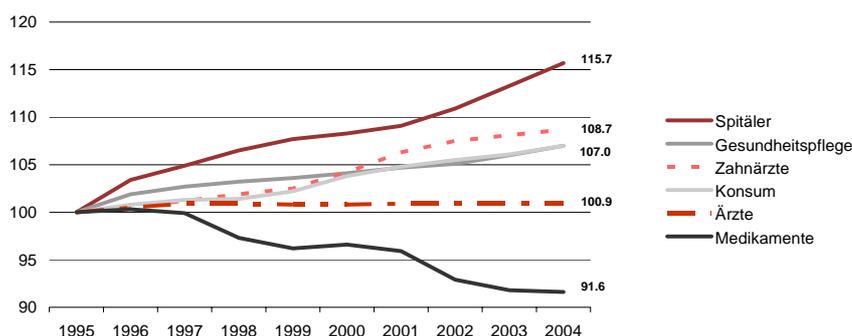
Drittens stiegen auch die Preise medizinischer Leistungen: Den stärksten Preisanstieg verzeichneten die Spitäler, was namentlich auf steigende Personalkosten zurückzuführen ist. Anders der ambulante ärztliche Bereich, in welchem die Preise seit 1995 stagnieren. Bei den Medikamentenpreisen fallen die Preise seit 1995 konstant (siehe Grafik unten), auch wenn dieser Effekt wegen Änderungen im Warenkorb durch neue innovative Produkte beschränkt wird.

Fazit: Die Kosten bestehen aus der Formel „Menge x Preis“. Die konsumierte Menge hat sich in den vergangenen Jahren weiter erhöht, wofür Patient und Leistungsanbieter verantwortlich waren. Preissteigerungen gab es vor allem im stationären Bereich, in dem die Kostenentwicklung mit einer Steigerung von 29 Prozent zwischen 1999 und 2004 deutlich höher lag als bei Medikamenten und Medizinalprodukten (23 Prozent) und der ambulanten Versorgung (20 Prozent). Dies ist ein Indiz für Fehlanreize, sollte doch der technologische Fortschritt zu einer Verlagerung vom teuren Spitalbereich hin zur ambulanten und medikamentösen Versorgung führen.

Trendentwicklung: ungenügende Reformen

Im Finanzplan 2007 bis 2009 des Bundes wird im Bereich Krankenversicherung für die Periode 2005 bis 2009 mit

Preisindices des Gesundheitswesens ab 1995



Quelle: Bundesamt für Statistik, Interpharma

durchschnittlichen Mehrausgaben von jährlich 3,1 Prozent gerechnet. Dies ist vor allem auf die von den eidgenössischen Räten beschlossene Aufstockung der Bundesbeiträge für die Prämienverbilligung zurückzuführen. Den Finanzplanzahlen liegen eine Ausschöpfungsquote des Zahlungsrahmens durch die Kantone von jeweils 87 Prozent und jährliche Anpassungen an die Kostensteigerungen von 1,5 Prozent zugrunde.

Auch bei der OKP wird der Trend hin zu höheren Kosten kaum zu bremsen sein, da die Kosten treibenden Faktoren, welche die bisherige Entwicklung dominiert haben, weiter wirken. Fraglich ist, ob die im Gesundheitswesen zurzeit diskutierten Reformbestrebungen die Kostenentwicklung bremsen können. So scheiterten bisher ambitionöse und mutige Reformvorhaben wie die 2. KVG-Revision, die im Dezember 2003 im Parlament Schiffbruch erlitt. Sie hätte unter anderem die schrittweise Einführung der Vertragsfreiheit im ambulanten Bereich, ein so genanntes Sozialziel bei der Prämienbelastung für tiefe Einkommen und Familien, ferner die hälftige Beteiligung der Kantone und der Krankenkassen an der Spitalfinanzierung gebracht.

Nach dem Misserfolg im Parlament änderte der Bundesrat seine Strategie: Einerseits legte er die KVG-Reform dem Parlament in kleinen Paketen vor, andererseits nutzte das EDI mutig und zum Teil erfolgreich den Gestaltungsspielraum seines Zuständigkeitsbereichs.

Schleppende KVG-Revision

– Spitalfinanzierung: ungenügend

Das für die Kostenentwicklung wichtigste Reformpaket stellt die Spitalfinanzierung dar. Eine ambitionöse Reform der SGK-S mit der Aufhebung der Ungleichbehandlung ambulanter und stationärer Vergütung durch die Einführung eines monistischen Finanzierungssystems scheiterte am Widerstand der Kantone. Stattdessen verabschiedete der Ständerat einen unbefriedigenden Kompromiss.

Positiv ist, dass Kantone nicht mehr Institutionen, sondern – mittels Fallpauschalen – die erbrachte Leistung subventionieren. Die Pauschalen werden sowohl die Betriebskosten gemäss KVG als auch die Investitionskosten umfassen. Die Kantone müssen in der Regel 60 Prozent, in Regionen mit unterdurchschnittlichem Prämienniveau mindestens 45 Prozent der Fallpauschalen übernehmen, den Rest tragen die Krankenkassen. Dieser Wechsel einerseits von der Objekt- zur Subjektfinanzierung und andererseits von der Zahlung auflaufender Kosten hin zur Festlegung von Pauschalen bildet das zentrale Fundament weiterer Reformen.

Weiter werden die Urteile des Eidg. Versicherungsgerichts zum Anspruch Zusatzversicherter auf kantonale Sockelbeiträge umgesetzt. Die Umsetzung der Urteile erfolgte bisher über Dringlichkeitsrecht mit einer Pauschal-

zahlung von 300 Mio. Franken, was ca. 300 Mio. Franken zu tief liegt. Um die Umsetzung der Urteile kostenneutral zu gestalten, soll die Spitalplanung ausgedehnt werden. Private und öffentliche Spitäler sollen gleich behandelt werden, wenn sie über einen Leistungsvertrag verfügen, wobei diese gemäss einer restriktiveren Planung vergeben werden sollen. Die Vergabe von Leistungsverträgen wird somit zur Zugangspforte zur Spitalliste und damit zu Beiträgen von Krankenversicherungen und Kantonen. Als Sicherheitsventil soll die Kategorie Vertragsspitäler eingeführt werden, d.h. Spitäler, welche nicht auf der Spitalliste figurieren, aber mit den Versicherungen einen Vertrag abschliessen konnten und sich somit wenigstens den Grundbeitrag der Krankenkassen sichern.

Zehn Jahre Spitalplanung lassen befürchten, dass Leistungsverträge nicht diskriminierungsfrei, effizienzorientiert und nach gesundheitspolitischen Massstäben vergeben werden.² Diese Gefahr besteht namentlich bei an Bedingungen geknüpften Leistungsaufträgen (z.B. Auftrag für Gebärklinik hängt vom Verzicht auf Herzchirurgie ab), die so zur Strukturbereinigung gegen unliebsame (private) Konkurrenten eingesetzt werden können. Die überwiegende Zahl der Kantone nutzte bisher die Spitalplanung zur Abschottung der kantonalen Spitalmärkte. Mit möglichst vielen Patienten in den eigenen Spitälern wurden die eigenen Eigentümer- und Finanzinteressen gefördert und Überkapazitäten nur ungenügend abgebaut. Der Grossteil der Kapazitätsreduktion erfolgte durch wenig kostenwirksame Ausdünnung der Bettendichte. Da aber 70 Prozent der Betriebskosten auf Personalkosten entfallen, führt nur die Schliessung von Abteilungen und Spitälern zu Einsparungen. Der Personalbestand erhöhte sich aber von 1996 bis 2002 um sechs Prozent, weil die Spitäler neue Wachstumsmärkte in der Rehabilitation und im ambulanten Spitalbereich erschlossen, was zu einem entsprechenden Kostenwachstum führte. Damit triumphierte Regional- und Arbeitsplatzpolitik über den gesundheitspolitischen Verfassungsauftrag von Kantonen (und Bund – Art. 41 BV), den effizienten Zugang zur Pflege zu gewährleisten.

Das Ungenügen des planerischen Ansatzes zeigte sich auch bei der Transplantationsmedizin: Hier können sich die Kantone nicht auf eine Aufteilung der Transplantationszentren einigen. Der Zwischenbericht ausländischer Experten zeigt aber nicht nur die Notwendigkeit des Konzentrationsprozesses, sondern auch, dass sich die Definition von Spitzenmedizin laufend ändert und mehr als Transplantationsmedizin umfasst, was die Abgrenzung

² Vgl. dazu auch „dossierpolitik“ Nr. 12 vom 3. April 2006 und Ortrud Biersack: Kantonale Spitalplanung und Spitallisten in der Schweiz: Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkung, Berlin 2005.

zwischen föderaler und kantonaler Planung erschwert. Auch wird das Fehlen medizinischer und betriebswirtschaftlicher Effizienzdaten bemängelt, da damit politische Zuteilungsentscheide gefällt werden. Zu Recht verlangt der Bericht, dass die „Zuweisung ... ein dynamischer Prozess [ist, der] basierend auf aktueller Ergebnisqualität, Kosteneffektivität und internationaler Konkurrenzfähigkeit erfolgen [sollte].“³

Damit spricht der Bericht drei weitere, auf den stationären Bereich generell übertragbare Mängel der ständerrätlichen Vorlage an: Erstens ist die Fixierung auf Kosten gefährlich. Mit der notwendigen und zentralen Einführung leistungsabhängiger Fallpauschalen werden Kostenvergleiche möglich. Das fördert Effizienz, kann aber zu Qualitätseinbußen führen. Notwendig sind deshalb neben Kostenvergleichen auch Vergleiche zur medizinischen Ergebnisqualität. Zweitens sind diese auf Abteilungsebene durchzuführenden Vergleiche zu veröffentlichen, denn Steuerzahler und Patient sollen wissen, welche Spitalabteilungen medizinisch gut und effizient arbeiten.⁴ Drittens sollen Leistungsaufträge öffentlich und nach objektiven Kosten- und Qualitätskriterien vergeben werden. In Analogie zu Art. 2 Abs. 7 (kantonale und kommunale Monopole) des im Dezember 2005 revidierten Binnenmarktgesetzes hat die Ausschreibung nach den Regeln des öffentlichen Beschaffungswesens und diskriminierungsfrei zu erfolgen.

Transparente Leistungsverträge sind allerdings aus wirtschafts- und wettbewerbspolitischer Sicht ein Mindestkompromiss – das Ziel muss die Einführung des Binnenmarktes im Spitalwesen sein. Hier geht die Revision in die falsche Richtung: Sie dehnt die kantonale Planung aus. Mit der Lockerung des Territorialitätsprinzips im Rahmen von Versuchsprojekten wird es leichter sein, im Ausland Spitalleistungen einzukaufen als im benachbarten Kanton. Auch wird hier der Einsatz von Steuergeldern für ausländische Privatspitäler möglich sein, während Gleiches im ausserkantonalen Wettbewerb kategorisch abgelehnt wird.⁵ Mögliche Kompromisse werden sich daran messen lassen, ob auf dem Weg zum Ziel des Spitalbinnenmarktes private und ausserkantonale Anbieter nicht von Protektionismus und Diskriminierung vom Markt verdrängt werden.

³ Zwischenbericht zum Gutachten Spitzenmedizin, 8. Mai 2006, S. 1.

⁴ Der Ständerat sieht nur eine Kann-Formulierung zu Betriebsvergleichen (Kosten) vor, was voraussichtlich analog ähnlicher Bestimmungen in der Vergangenheit toter Buchstabe bleiben wird.

⁵ Vgl. Regierungsratsbeschluss vom 28. Februar 2006 des Kantons Solothurn, zitiert von SR Leuenberger, Amtl. Bull. vom 8. März 2006 zu Art. 41 KVG.

– Pflegefinanzierung

Immer stärker ins Gewicht fallen die Pflegekosten. Die Zahl der Rentnerinnen und Rentner steigt mit dem Nachrücken der Babyboomgeneration stark an. Zudem werden die Menschen immer älter. Allerdings sind die gewonnenen Lebensjahre vorwiegend gesunde Lebensjahre und komprimiert sich somit die pflegeabhängige Zeit.

Trotzdem drohen demografische Entwicklung und technologischer Fortschritt gemäss einer Studie der Universität Neuenburg bis 2030 die Kosten der Langzeitpflege auf 15,3 Mrd. Franken zu verdoppeln. Dies wird die Bevölkerung sowohl als Versicherte durch steigende Krankenkassenprämien als auch als Steuerzahler (mehr Sozialhilfe) zu spüren bekommen. Und Vermögende müssen immer mehr selber zu den Pflegekosten beisteuern. Die Umverteilung der unter 60-Jährigen zu den über 60-Jährigen, welche bei den Krankenkassenprämien bereits im Jahr 2000 bei 4 Mrd. Franken lag, wird rein wegen altersbedingter Kosten bis 2030 auf 5,8 Mrd. Franken anwachsen und die Generationensolidarität zusätzlich strapazieren.⁶

Effizienzsteigerungen sind somit auch hier notwendig: Sparpotenzial ergibt sich laut Neuenburger Studie durch einen späteren Eintritt ins Pflegeheim. Ein Aufschub um ein Jahr reduziert die Kosten 2030 um jährlich 2,2 Mrd. Franken. Gezielte Gesundheitsvorsorge für Ältere wäre somit eine lohnende Investition.

Ob das Parlament in der laufenden Revision der Pflegeversicherung genügend Anreize für Effizienzsteigerungen beschliessen wird, ist zurzeit unklar. In den vergangenen Jahren führte die Ausdehnung der von der OKP übernommenen Leistungen zu einem Kostenanstieg. Bei den Pflegeheimen wurde vor allem ein Mengenwachstum, bei den Spitex-Diensten ein Preiseffekt festgestellt.⁷ Bei den Pflegeheimen ist dies einerseits die Folge der 1998 eingeführten Rahmentarife für Pflegeleistung, welche nach einer einmaligen Anhebung bis Ende 2006 eingefroren wurden, bei den Spitex-Diensten deutet es auf fehlende Konkurrenz anderer Anbieter.

– Managed Care und Aufhebung Vertragszwang

Als Notbremse bis zu einer eventuellen Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Krankenversicherern und Ärzten verfügte der Bundesrat am 3. Juli 2002 für längstens drei Jahre einen Zulassungsstopp für Arztpraxen. Da es bisher nicht gelungen ist, den Kontrahierungszwang zu beseitigen, hat das Parlament den Zulassungsstopp um drei Jahre verlängert. Zur Kostendämpfung hat der Zulassungs-

⁶ Avenir Suisse: Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft, Zürich 2005, S. 82, 84.

⁷ BfS, Kosten des Gesundheitswesens, Neuenburg, 27. Februar 2004.

stopp kaum beigetragen, denn vor dem Stichtag war eine Flut von Praxiseröffnungsgesuchen zu verzeichnen. Zudem trifft der Ärztstopp vor allem die nach neuestem Stand ausgebildeten jungen Ärzte, was sich innovationshemmend auswirkt, Managed-Care-Modelle behindert und einen groben Eingriff in die Grundrechte (Wirtschaftsfreiheit und Diskriminierungsverbot) darstellt. Auch hier ist Transparenz zu den angebotenen Leistungen und Spezialisierungen der Ärzte als erste Qualitätsindikatoren eine wichtige Voraussetzung für Reformen in Richtung der notwendigen Vertragsfreiheit.

Um die Diskussion zu entschärfen, beschloss der Ständerat die Aufhebung der Vertragsfreiheit mit der Förderung von Managed-Care-Modellen zu verbinden. Solche haben erst in den vergangenen Jahren einen grösseren Zulauf erlebt. Generell versprechen sie nicht nur über finanzielle Anreize für die Ärzte eine Beschränkung der angebotsinduzierten Nachfrage ähnlich der Einführung der DRG im Spitalbereich, durch das Arbeiten in Netzwerken und Qualitätszirkeln ist auch eine bessere Qualität möglich. Wichtigste Fördermassnahme wäre die Flexibilisierung des gesetzlichen Korsetts für Managed Care, zum Beispiel die unlimitierte Weitergabe von Einsparungen an die Versicherten, mehrjährige Verträge oder die Möglichkeit, lebensstilabhängige Bonusversicherungen einzuführen. Werden solch innovative Managed-Care-Modelle gefördert, welche ihre Leistungsqualität intern kontrollieren und öffentlich darlegen, kann sowohl ein Beitrag zur Kostendämpfung als auch zur Qualitätssteigerung im ambulanten Bereich geleistet werden. Damit wird auch ein Beitrag zur Entschärfung der Diskussion um die Vertragsfreiheit geleistet.

– Risikoausgleich

Beim Risikoausgleich gleichen Versicherungen mit überdurchschnittlich guten Risiken jenen mit schlechten Risiken die durchschnittlichen Risikounterschiede zwischen den massgeblichen Risikogruppen aus. Damit ist der Risikoausgleich das versicherungstechnisch notwendige Korrektiv für die durch die Einheitsprämie fixierten Bereiche Alter und Geschlecht sowie die fehlende Risikoabklärung des Versicherers zum Gesundheitszustand des Versicherten. Die Versicherer teilen sich so erstens das Risiko, dass fünf Prozent der Versicherten 50 Prozent der Kosten verursachen. Zweitens soll die volkswirtschaftlich unsinnige Risikoselektion der Versicherer verhindert werden. Risikoselektion scheint sich trotz bestehendem Risikoausgleich auszuzahlen. Erstens kennt dieser nur die (leicht erfassbaren) Kriterien Alter und Geschlecht, welche immer weniger die Realität der zahlenmässig zunehmenden gesunden Älteren und chronischkranken Jungen abbilden. Zweitens verhindert der bestehende Ausgleich Innovation, da kein

Anreiz besteht, durch Innovation auf der Leistungsebene die Kosten der teuersten Patienten zu senken. Allerdings sind bessere Rahmenbedingungen für alternative Versicherungsmodelle mindestens ebenso wichtig wie eine Verbesserung des Risikoausgleichs, womit die vom Ständerat beschlossene Änderung vor allem bei einer umfassenden Reform bei Spitalfinanzierung oder Managed Care Sinn macht.

– Aufstockung Bundesbeiträge für Prämienverbilligung

Schliesslich bewilligten die eidgenössischen Räte die Aufstockung der Bundesbeiträge für die Prämienverbilligungen. Der entsprechende Zahlungsrahmen wurde für 2006 und 2007 jeweils um 100 Mio. Franken gegenüber dem Vorjahr erhöht und für 2008 und 2009 mit 1,5 Prozent indexiert. Damit sollen nach dem Willen des Gesetzgebers die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung für untere und mittlere Einkommen um mindestens 50 Prozent reduziert werden können. Es bleibt den Kantonen überlassen, wo sie im Rahmen ihrer Verbilligungssysteme die Einkommensgrenzen ziehen.

Mutige Reformen des EDI

– Kleinarbeit bei Leistungsüberprüfung usw.

Unabhängig der parlamentarischen Reformarbeit macht das EDI in seinem Zuständigkeitsbereich Ernst mit einer systematischen Leistungsüberprüfung, um die Kostenentwicklung zu dämpfen. So wurde die Komplementärmedizin vom Leistungskatalog gestrichen und Vorschläge zur Kosteneindämmung bei der Psychotherapie gemacht.

Im Weiteren wurde auch die maximal mögliche Franchise von 1500 Franken auf 2500 Franken erhöht, was ein kleines, aber wirksames Mittel gegen die Mengenausweitung ist.

– Grosserfolg im Medikamentenbereich

Den grössten Erfolg erzielte das EDI aber mit der Pharmaindustrie: Erstens wurden Einsparungen von 250 Mio. Franken bei den Medikamenten vereinbart, namentlich über Preissenkungen bei Medikamenten, deren Patent bereits abgelaufen ist, und zusätzliche Überprüfungen der Medikamentenpreise. Damit werden nicht nur die vor allem bei älteren Präparaten auftretenden Preisunterschiede zum Ausland reduziert (während die Fabrikabgabepreise vor Einführung des KVG 1996 um 26 bis 85 Prozent über jenen der BRD lagen, reduzierte sich die Differenz seither auf minus vier bis 14 Prozent),⁸ sondern die seit Jahren beobachteten, fallenden Preise bei den Medikamenten weiter beschleunigt: Mit Ausnahme der patent-

⁸ Präsentation Preisüberwacher.

geschützten Originale, sind die Konsumentenpreise seit Ende 2005 bei den Generika um zehn Prozent und bei Originalprodukten mit Generikakonzurrenz sogar um 16 Prozent gefallen.⁹

Zweitens wurden Anreize für die Verwendung von Generika eingeführt. Ausser wenn eine Substitution aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, ist für Originalpräparate ein von zehn auf 20 Prozent erhöhter Selbstbehalt zu bezahlen, wenn das Originalpräparat nicht auf das Preisniveau der Generika gesenkt wurde oder auf der Basis des Publikumspreises mindestens zwei Drittel der Generika einen um mindestens 20 Prozent tieferen Höchstpreis als das Originalpräparat aufweisen. Auch hier war das EDI erfolgreich: Der Generikaeinsatz explodiert seit Ende 2005 (siehe Grafik unten).

Beide Massnahmen sind nicht nur erfolgreich bezüglich der Kostendämpfung, sie sind auch aus volkswirtschaftlicher Sicht zu begrüssen. Sie schaffen den so genannten „headroom for innovation“, d.h. den finanziellen Spielraum, um innovative Medikamente – zum Beispiel im Krebsbereich – durch den Innovationsbonus zu belohnen. Damit wird der finanzielle Spielraum geschaffen, damit die OKP Patienten rasch den Zugang zu neuen, innovativen Therapien gewähren kann, und gleichzeitig wird ein für die Forschung förderliches Klima geschaffen.

Hängige Volksinitiativen

Wie sehr die Probleme im Gesundheitswesen drängen, zeigt sich auch daran, dass gleich drei Volksinitiativen zu diesem Thema zustande gekommen sind und der Volksabstimmung harren. Die SVP will mit ihrer Prämiensenkungsinitiative mehr Wettbewerb und damit mehr Effizienz ins Gesundheitswesen bringen. Ein Mittel dazu soll die Aufhe-

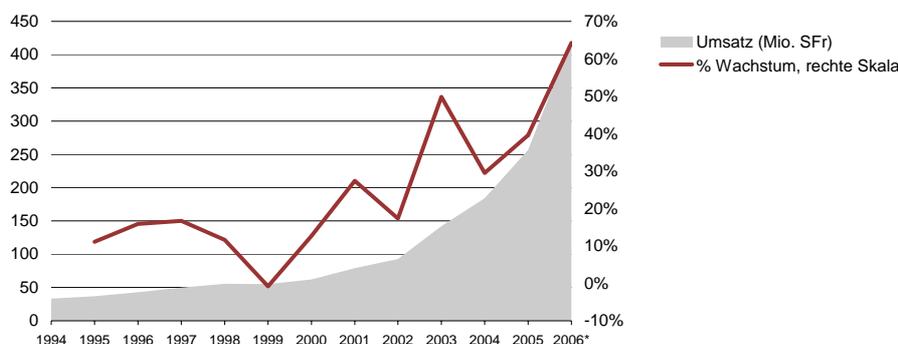
bung des Vertragszwangs für alle Akteure im Gesundheitswesen sein. Ferner soll der Leistungskatalog der obligatorischen Versicherung gestrafft werden, um eine staatlich angeordnete Überversicherung zu vermeiden. Zudem fordert die Initiative die Festschreibung des staatlichen Anteils (höchstens 50 Prozent) an den Gesamtausgaben der Grundversicherung. Der Bundesrat lehnt die Initiative ab und verweist auf die laufende Revision des KVG.

Die zweite Initiative will die Komplementärmedizin wieder zum Bestandteil der Grundversicherung machen, sie fördern und mit der Schulmedizin gleichstellen. Damit soll der Leistungskatalog um Leistungen erweitert werden, welche sich namentlich bei der Wirksamkeit nicht nach den gängigen wissenschaftlichen Kriterien messen lassen und mit dem beanspruchten Sonderstatus zu einer Mengenausweitung der Gesundheitsdienstleistungen und damit einer Erhöhung der Gesundheitskosten führen wird.

Bei der dritten und folgenreichsten Initiative handelt es sich um jene „für eine soziale Einheitskrankenkasse“. Sie wurde vom welschen „Mouvement populaire des familles“ lanciert und genießt die Unterstützung der SP und der Grünen. Am 18. Mai 2003 hatte das Volk mit überwältigendem Mehr die SP-Gesundheitsinitiative verworfen. Diese hatte verlangt, dass die Krankenversicherung über die Mehrwertsteuer sowie über einkommens- und vermögensabhängige Prämien finanziert wird. Sparanreize wären damit völlig entfallen. In eine ähnliche Richtung zielt die neue Initiative. Sie will eine einzige Krankenkasse anstelle des heutigen Wettbewerbssystems einführen. Ausserdem sollen die Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten berechnet werden.

Bundesrat, Parlament und Wirtschaft lehnen die Initiative ab. Die Schaffung einer Einheitskasse schaltet Wett-

Generikamarkt in der Schweiz
Herstellerabgabepreise



* Daten Januar-April 2006 im Vergleich zum Vorjahr; Umsatz auf Jahresbasis hochgerechnet

Quelle: IMS Health GmbH / Interpharma

⁹ Zahlen der e-mediat

bewerb fördernde Elemente und Sparanreize aus, weshalb die Gesundheitskosten nicht sinken, sondern steigen würden. Zwar sind Einsparungen beispielsweise im Werbebereich möglich, doch würde eine Monopolversicherung ihre Verhandlungsmacht für Rationierungsentscheide missbrauchen, da sie einerseits zu stark auf die Kosten fixiert ist und andererseits aus politischen Gründen den Kostentreiber Personalaufwand nicht beschränken will. Abgelehnt wird auch die Finanzierung der Grundversicherung mittels einkommens- und vermögensabhängiger Prämien. Hier besteht die Gefahr, dass einkommensstarke Personen abwandern und – wie ausländische Beispiele zeigen - über Lohnforderungen die Wettbewerbsfähigkeit der Schweiz geschwächt wird.

Rote Karte für effektive Ausgabenentwicklung

Die Ausgaben der öffentlichen Hand für das Aufgabengebiet Gesundheit stiegen im Zeitraum 1999 bis 2003 um durchschnittlich 5,6 Prozent pro Jahr. Die Zuwachsraten gegenüber dem Vorjahr liegen zwischen 2,3 Prozent (2003) und 8,3 Prozent (2001). 2003 beanspruchte der Bereich Gesundheit 22 Mrd. Franken. Die Zunahme 1999 bis 2003 übersteigt sowohl die 2002 bei der Präsentation des „Ausgabenkonzepts“ postulierte Zielentwicklung von jährlich 2,2 Prozent als auch die erwartete Trendentwicklung von jährlich 5,0 Prozent. Dies bedeutet eine rote Karte.

Mehrausgaben verursachten hauptsächlich die Spitäler: In der Berichtsperiode 1999 bis 2003 beanspruchten diese im Durchschnitt 5,7 Prozent mehr öffentliche Mittel pro Jahr. 2001 waren es plus 8,0 Prozent. Eine substantielle Zunahme ist mit 7,1 Prozent auch 2002 zu verzeichnen. In

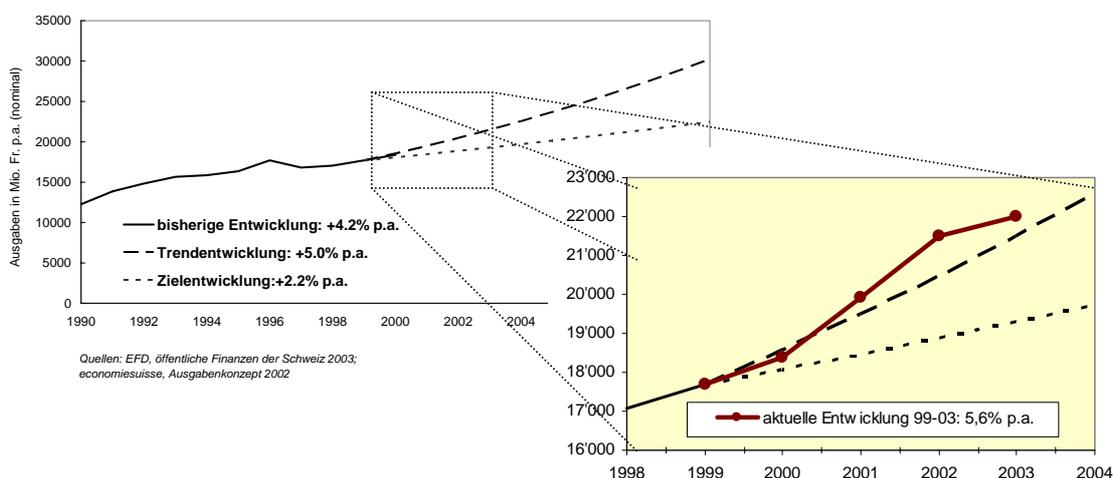
diesen beiden Jahren stiegen die Spitalausgaben der öffentlichen Hand um jeweils mehr als 1 Mrd. Franken. 2003 schwächte sie sich auf 4,3 Prozent ab, war damit aber immer noch erheblich. 17,3 Mrd. Franken wurden 2003 in den Spitalbereich gesteckt. Die individuellen Prämienverbilligungen für die Grundversicherung gemäss KVG bilden den zweiten Hauptposten der staatlichen Gesundheitsausgaben. Die für Prämienverbilligungen bereitgestellten Mittel nahmen im Zeitraum 1999 bis 2003 um durchschnittlich 5,2 Prozent jährlich zu. 2003 wurden 3,2 Mrd. Franken dafür berappt. 2005 lagen die durchschnittlichen Kosten in der Grundversicherung bei 2737 Franken pro Versicherten, 5,4 Prozent mehr als im Jahr zuvor und 12,9 Prozent mehr als 2003 mit 2424 Franken.

Da sich die aktuelle Ausgabenentwicklung nicht auf Zielkurs befindet, geben die im „Ausgabenkonzept“ formulierten Leitlinien weiterhin die Richtung für Reformen an, mit denen der Gesundheitssektor auf eine finanziell nachhaltige Basis gestellt werden kann. Damit sollte das durchschnittliche jährliche Wachstum der öffentlichen Ausgaben für den Bereich Gesundheit auf 2,2 Prozent zu drosseln sein.

Selbstverantwortung und Wettbewerb stärken

Die obligatorische Krankenversicherung ist mit ihren Solidaritäten ein anzuerkennender Pfeiler des Schweizer Sozialversicherungssystems. Sie ist nicht rein nach wissenschaftlichen Grundsätzen konzipiert. Ethische Überlegungen setzen im Gesundheitswesen der ökonomischen Rationalität Grenzen. Über alle politischen (und Landes-)Grenzen hinweg besteht jedoch Einigkeit zum Reformbedarf im Gesundheitswesen.

Entwicklung der Ausgaben für den Bereich Gesundheit: rote Karte 1999 bis 2003/2004



Gesundheitspolitische Diskussion ebenso notwendig...

Notwendig scheint eine grundsätzliche Diskussion zum Gesundheitswesen, seinem Stellenwert und seiner Gestaltung. Aus liberaler Sicht hat ein wettbewerbsorientiertes Gesundheitswesen mind. folgende Ziele zu erreichen:

1. Gesellschaftspolitisches Ziel: Zugang für alle zur technologisch fortschrittlichen Qualitätsmedizin, insbesondere bei medizinischen Grossrisiken;
2. Finanzpolitisches Ziel: Dämpfung des durch obligatorische Abgaben (Prämien und Steuern usw.) finanzierten Anstiegs der Gesundheitskosten durch
 - Steigerung der Effizienz der Leistungserbringung, d.h. (Prozess-)Innovation, Transparenz zu Kosten und Qualität sowie Wettbewerb zur Verhinderung von „rent-seeking“ der Leistungserbringer;
 - Anreize für Eigenverantwortung des Einzelnen, namentlich bei der Verminderung lebensstilabhängiger Krankheitskosten.
3. Volkswirtschaftliches Ziel: Stärkung des Wachstumsclusters „Gesundheit“ durch Anreize für Innovation und rasche Einführung moderner Technologien.

Auf die finanzpolitischen Ziele soll hier vertieft eingegangen werden: Die Zunahme der finanziellen Belastung der privaten und öffentlichen Haushalte durch Gesundheitsausgaben ist zu bremsen. Das hat sowohl durch Massnahmen beim Angebot als auch bei der Nachfrage zu geschehen.

...wie lösungsorientierte Reformvorschläge

Im Bereich des Angebots wurden die Vorschläge der Wirtschaft für die laufenden Projekte der KVG-Revision oben skizziert. Die mittel- bis langfristigen Ziele wie Vertragsfreiheit und monistische Finanzierung scheinen allerdings auf direktem Weg nur schwierig erreichbar. Dies haben auch die Reformgegner gemerkt – auch sie predigen immer häufiger ein grundsätzliches Einverständnis für grundlegende Reformen und Markt. Dies im Wissen, dass mutige Reformvorstösse an den Partikularinteressen von Kantonen und Berufsständen scheitern werden. Notwendig sind deshalb Reformvorschläge, welche die Richtung des Tankers „Gesundheitswesen“ ändern.

Spitalfinanzierung: Wettbewerb zugunsten des Patienten

Im Bereich der Spitalfinanzierung wurde deshalb von den Professoren Leu (Uni Bern) und Poledna (Uni Zürich) ein solcher Vorschlag erarbeitet: Statt die Spitäler direkt in die Vertragsfreiheit zu entlassen, soll ein Regulator auf nationaler Ebene einen doppelten Leistungsvergleich von Kosten und medizinischer Ergebnisqualität der Spitalabteilungen organisieren und veröffentlichen. Damit wird das erste Ziel – Transparenz – erreicht. Abteilungen, die schweizweit kumulativ im doppelten Leistungsvergleich

von Kosten und Qualität zu den besten zum Beispiel 90 Prozent gehören, sollen weiterhin automatisch einen Vertrag erhalten, der Rest, d.h. zu teure oder qualitativ schlechte Spitäler, haben Verträge mit den Versicherungen abzuschliessen. Damit wird ein zweites Ziel – der (von allen geforderte) Strukturwandel nach *objektiven* Kriterien – erreicht. Alle Patienten sollen zudem freie Wahl zu diesen besten Spitalabteilungen haben. Damit wird ein drittes Ziel – der Binnenmarkt – erreicht.

Der Vorschlag verzögert die laufende Revision nicht – im Gegenteil: Mit einer Zweiteilung der Vorlage kann einerseits sofort die Einführung der Fallpauschalen und die Grundlage für Betriebsvergleiche sowie die diskriminierungsfreie Vergabe von Leistungsverträgen nach den Regeln des öffentlichen Beschaffungswesens eingeführt werden. In einem zweiten Teil, der auf der raschen Einführung der Fallpauschalen basiert, soll die SGK-N mit der Verwaltung und unter Beizug der Leistungserbringer das Modell Leu/Poledna finalisieren.

Dieser Vorschlag ist ambitiös: Er verlangt, dass die Schweiz bezüglich Transparenz und Wahlmöglichkeit vom gesundheitspolitischen Entwicklungsland zu Ländern wie den Niederlanden aufschliesst. Der Vorschlag ist aber nicht unrealistisch: Es wird Reformgegnern schwer fallen, Steuerzahlern und Patienten zu erklären, wieso sie gegen Transparenz und Wahlmöglichkeit sind, wenn z.B. in den Niederlanden die Mortalitätsrate nach Schlaganfall beim schlechtesten Spital mit 32 Prozent 2,3-mal höher liegt als beim zwanzigstschlechtesten Spital (14 Prozent).

Ähnliche pragmatische Vorschläge braucht es auch in anderen festgefahrenen Bereichen. Nur so kann verhindert werden, dass Reformen angesichts der Zunahme von Personen mit Prämienverbilligungen immer schwieriger werden und kurzfristig motivierte Kostenreduktion dank planwirtschaftlichen Massnahmen über die Einführung von Qualitäts- und Leistungswettbewerb triumphieren.

Selbstverantwortung beim Lebensstil

Soll nicht am System der nicht nach Risiken differenzierten Kopfprämien mit ihrer Ergänzung durch einkommensabhängige Prämienverbilligungen gerüttelt werden, so ist die Förderung von Eigenverantwortung zentral. Das zeigen die USA eindrücklich: Sie haben nicht nur das teuerste Gesundheitswesen, sondern eine relativ tiefe Lebenserwartung. Diese relativ tiefe Produktivität des Systems lässt sich zu einem grossen Teil auf Übergewicht, Bewegungsmangel und Fehlernährung zurückführen, d.h. Fragen des Lebensstils.¹⁰ In nur fünf Jahren nahmen die durch Diabe-

¹⁰ Camanor/Frech III/Miller: Is the US an Outlier in Health Care and Health Outcomes? A Preliminary Analysis, [International Journal of Health Care Finance and Economics](#), March 2006, S. 3 ff.

tes verursachten Kosten in den USA von 44 Mrd. USD auf 92 Mrd. USD zu, wobei gemäss Weltgesundheitsorganisation (WHO) rund 60 Prozent von Diabetes sich direkt auf Übergewicht usw. zurückführen lassen.¹¹ Die USA sind kein Einzelfall, sondern ein Vorreiter; ähnliche Entwicklungen gibt es auch in der Schweiz.¹² Es erstaunt vor diesem Hintergrund nicht, dass mit einem jährlichen Umsatz von 12 Mrd. USD das weltweit bestverkaufte Medikament zur Blutdrucksenkung dient. Diese Mengenausweitung infolge Lebensstilveränderung ist möglichst frühzeitig zu thematisieren, andernfalls die Kostenentwicklung vollständig aus dem Ruder läuft

Eigenverantwortung übernehmen bedarf nicht primär grosser Aufklärungs- und Umverteilungskampagnen mit stark steigenden Ausgaben, wie sie als Präventionsstrategie von einer Expertengruppe des Bundes vorgeschlagen und von *economiesuisse* abgelehnt werden. Notwendig sind stattdessen einerseits neue, innovative Versicherungsmodelle, welche gesundes Verhalten namentlich für Risikogruppen finanziell stark belohnen. Andererseits soll die OKP sich auf definierte, medizinisch notwendige, aber dafür hoch stehende Leistungen erstrecken. Für Wunsch-, Wahl- und Luxusbedarf sollen private Zusatzversicherungen oder Medical Savings Accounts (z.B. Säule 3c für Pflegeleistungen) sorgen. Schliesslich ist die Kostenbeteiligung der Versicherten so zu gestalten, dass sie eine bessere Lenkungswirkung entfaltet.

Förderung von e-Health

Im Gesundheitswesen wurde der gewaltige technologische Fortschritt der vergangenen 60 Jahre primär über Produkteinnovation erreicht, namentlich im Medikamenten-, Medtech- und chirurgischen Bereich.¹³ Ein bedeutendes, unausgeschöpftes Innovationspotenzial liegt heute bei den Prozessen, namentlich zur Erleichterung der Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern.

Hier liegt der Vorteil von e-Health, d.h. der Integration von Informations- und Kommunikationstechnologie ins Gesundheitswesen. Wie die Erfahrung in anderen Branchen zeigt, führt das – nach einer gewissen Einführungszeit – zu Qualitäts-, Effizienz- und Produktivitätssteigerungen. Vorteile sind nicht nur bei den administrativen Abläufen zu erwarten, sondern von der Integration der Behandlungsprozesse zwischen Arzt, Apotheke, Spital und Pflegeheimen, der Verbesserung der Betreuung Chronisch-kranker zuhause, der Reduktion von Fehlmedikationen (e-

Die sechs wichtigsten Massnahmen

- Transparenz zu Kosten und medizinischen Ergebnissen. Damit unterstützt der Patient und Steuerzahler den Strukturwandel im Gesundheitswesen im eigenen Interesse.
- Einführung des nationalen Binnenmarktes für Gesundheitsleistungen und des Abbaus von Überkapazitäten über transparenten Qualitäts- und Kostenwettbewerb. Die Spitalplanung ist abzubauen, und Spitälern ist unternehmerische Freiheit zu gewähren, damit sie über Innovation und Spezialisierung erfolgreich bestehen können.
- Systemwechsel zur monistischen Finanzierung, damit Verzerrungen zwischen ambulantem und stationärem Bereich einerseits und im stationären Bereich andererseits reduziert werden.
- Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten und stationären Bereich. Das führt u.a. zu besseren Rahmenbedingungen für alternative Versicherungsformen (Hausarztmodelle, HMO). Bei der Umsetzung des neuen Systems darf die flächendeckende Versorgung nicht beeinträchtigt werden, und Anforderungen an die Krankenkassen sollen dafür sorgen, dass keine Qualitätseinbussen entstehen.
- Überprüfung der Leistungen der Grundversicherung, damit diese finanzierbar bleibt. Versichert sein sollen primär medizinische Grossrisiken, hier aber ist der Zugang zum technologischen Fortschritt und zur Spitzenmedizin zu gewährleisten. Für Wunsch-, Wahl- und Luxusbedarf sollen private Zusatzversicherungen oder Instrumente wie Medical Savings Accounts sorgen.
- Kantonalisierung der Prämienverbilligung im Sinne einer konsequenten Entflechtung. Einkommensabhängige Massnahmen sind auf möglichst tiefer Stufe anzusiedeln, um einen effizienten Mitteleinsatz zu gewährleisten.

Rezept) oder der Reduktion der oft gesundheitlich belastenden Doppeluntersuchungen (Röntgen). So ermöglicht z.B. die Überwachung von Patienten auf der Intensivstation durch Telemedizin (remote-ICU) eine Reduktion der Sterblichkeit um 27 Prozent, der Liegedauer um 17 Prozent sowie der Fallkosten um 25 Prozent.

Im Gesundheitswesen ist die Einführung von e-Health allerdings erschwert durch regulative Hürden, Fragen des Datenschutzes, der Interoperabilität von Systemen und der Finanzierung der notwendigen Infrastruktur. Um das Potenzial von e-Health nutzen zu können, bedarf es deshalb möglichst rasch einer Klärung der offenen Fragen und ein technologie- und innovationsfreundliches Umfeld. Ansonsten droht die Schweiz bei der Einführung von e-Health auf das Abstellgeleise zu geraten – ebenso wie die noch höhere Gesundheitskosten ausweisenden USA.¹⁴

¹¹ Yach/Stuckler/Brownell: Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes, *Nature Medicine*, 1/2006, S. 62 ff.

¹² Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1999 – 2002, BfS, Neuenburg 2005.

¹³ Curtler: *Your Money or Your Life*, New York 2005, S. 2 ff.

¹⁴ Anderson/Frogner/Johns/Reinhardt: *Health Care Spending And Use Of Information Technology In OECD Countries*, *Health Affairs*, 3/2006, S. 819 ff.

Kommentar

Die Gesundheitspolitik befindet sich unter Druck: Erstens ist der Kostenanstieg des Gesundheitswesens zu hoch und liegt klar über dem BIP-Wachstum. Wegen fehlender Qualitäts- und Kostentransparenz ist unklar, wie stark der Kostenanstieg auf Überversorgung durch Leistungsanbieter oder medizinischen Fortschritt und demografische Veränderung zurückzuführen ist. Ersteres ist volkswirtschaftlich schädlich, Letzteres eine Investition in die Gesundheit, welche sich z.B. über eine flexible Erhöhung des AHV-Alters amortisieren lässt.¹⁵

Zweitens rückt der Kostenanstieg die Finanzierung immer mehr ins Zentrum der Diskussion und gibt Forderungen nach einkommensabhängiger Finanzierung und Rationierung Auftrieb. Die Fixierung auf Kosten kann aber nicht nur die Qualität der Leistungserbringung gefährden, sondern auch den Wachstumscluster „Gesundheit“, der für die Schweiz mit ihren Spitzenpositionen in den Bereichen Pharma, Medtech, klinische Forschung, Universitäten, z.T. Spitäler und Tourismus wichtig ist.

Das ist volkswirtschaftlich abzulehnen: Der Gesundheitssektor beschäftigt direkt oder indirekt 525 000 Personen oder 17 Prozent der Schweizer Beschäftigten; seine Bruttowertschöpfung beläuft sich auf 59 Mrd. Franken oder 14 Prozent des BIP.¹⁶ Für 36 Mrd. Franken werden Gesundheitsdienstleistungen exportiert, zu 97 Prozent durch die Pharma- und Medtech-Industrie.

Diese Zahlen sind kein Grund zu ungeteilter Freude, denn die tiefe Arbeitsproduktivität beschäftigungsintensiver Bereiche (stationärer Sektor) deuten auf Ineffizienzen. Das Wachstum des Gesundheitssektors ist somit zum Teil durch staatliches Regulierungsversagen verursacht. Falsche Anreize und Segmentierung haben den Gesundheitssektor künstlich aufgebläht.

¹⁵ Das subjektive Gesundheitsempfinden verbessert sich: Während sich 1992 71 bzw. 79 Prozent der Frauen bzw. Männer im Alter von 65 bis 69 Jahren als mindestens gesund einstufen, lagen die Zahlen 2002 bei 79 bzw. 86 Prozent. „avenir aktuell“, Mai 2006, S. 4.

¹⁶ Infras: Wertschöpfung und Beschäftigung im Gesundheitssektor Schweiz, Zürich 30. Mai 2006.

Hier steht die Politik vor Zielkonflikten. Regional- und Beschäftigungspolitik stehen sich Gesundheits- und Wettbewerbspolitik gegenüber und verlangen eine Prioritätensetzung. Im Unterschied zur medial attraktiven Diskussion um Parallelimporte patentgeschützter Güter, wo Arbitragegewinne des Wettbewerbs zwischen staatlichen Regulierungen gegen Innovations-, Gesundheits- und Standortpolitik abzuwägen sind, erlahmt beim finanziell viel bedeutenderen aber steinigem Terrain des Binnenmarkts für stationäre Leistungen das Engagement vieler für den Wettbewerb.

Wird Rationierung von Gesundheitsleistungen abgelehnt, sind Effizienzsteigerungen die einzige Medizin fürs Gesundheitssystem. Nur über den offenen Leistungsvergleich bleibt der Bürger bereit, die alters- und technologiebedingte Zunahme der Gesundheitskosten zu bezahlen. Problematisch ist hier namentlich der durch Steuer- und Prämien finanzierte OKP-Teil – weniger die Gesamtkosten des Gesundheitssystems. Bei der OKP sind die Prämien seit Einführung des KVG 1996 um jährlich 5,9 Prozent gestiegen und belaufen sich für den durchschnittlichen Erwachsenen heute auf monatlich 290 Franken (ordentliche Franchise, inkl. Unfalldeckung). Dies erhöht die Lebenshaltungskosten, führt zu Lohnforderungen und beeinträchtigt die Wettbewerbsfähigkeit der Schweiz.

Keine Medizin ist die Ausdehnung staatlicher Planwirtschaft bei Spitälern (Spitalplanung) oder Versicherungen (Einheitskasse). Hier genügt der Blick ins Ausland: Nicht nur werden kurzfristige Einsparungen durch Qualitätseinbussen, lange Wartezeiten, Verzögerungen bei der Einführung neuer Therapieformen oder gar Rationierung erkaufte, vielmehr sind die Kosteneinsparungen nicht dauerhaft. In Kanada gewährte der Supreme Court Bürgern den Zugang zu privaten Versicherungen und Leistungsanbietern, da zum Teil lebensgefährliche Wartelisten gegen Quebecs Grundrechtskatalog verstießen,¹⁷ und mit der gleichen Begründung haben in Grossbritannien Patienten

¹⁷ Chaoulli v. Quebec, 2005 SCC 35, [2005] 1 S.C.R. 791 Supreme-Court-Entscheid vom 9. Juni 2005.

erstmalig seit 50 Jahren das Recht zur Wahl zwischen vier Spitälern inkl. einem privaten Anbieter.¹⁸

So weit soll es in der Schweiz nicht kommen: Die KVG-Reformen verlangen in vielen Bereichen Systementscheidungen zwischen Plan und Markt. Diese Entscheidungen aufzuschieben, stösst immer mehr an juristische und finanzielle Grenzen, und weitere Verzögerungen sind wegen der Zunahme der Personen mit Prämienverbilligungen, welche Reformen eher kritisch gegenüber stehen, implizit bereits eine Entscheidung – gegen den Markt. Um Vertrauen für Reformen zu schaffen, ist deshalb Wettbewerb im Gesundheitswesen neu zu definieren¹⁹ und am Patientennutzen auszurichten – zum Beispiel über das Schaffen von Transparenz der Effizienz bei Qualität und Kosten. Dass dies dem Patienten nützt, zeigt eine auf 15 Jahren Daten basierende Studie: Wählte der Patient für eine Bypass-Operation ein Topspital, war die Mortalität halb so hoch wie im Spital der schlechtesten Fünftel.²⁰ Mit der Spitalfinanzierung, Managed Care/Vertragsfreiheit und dem Risikoausgleich stehen in den kommenden Monaten zentrale Entscheidungen für oder gegen ein innovatives, effizientes und gleichzeitig finanzierbares Gesundheitswesen an.

Rückfragen:

stefan.brupbacher@economiesuisse.ch

pascal.gentinetta@economiesuisse.ch

¹⁸ Deutsches Ärzteblatt online, 4. Januar 2006.

¹⁹ Porter/Teisberg: Redefining Competition in Health Care, Harvard Business Review, June 2004.

²⁰ Jha/Epstein: The Predictive Accuracy of the New York State Coronary Artery Bypass Surgery Report-Card System, Health Care, 3/2006, S. 844 ff.