

13. Juli 2014 (Gesundheitspolitik)

HINTERGRUND GESUNDHEITSWESEN SEITEN 20/21

Unheilbar krank

Um 4,5 Prozent steigen die Krankenkassenprämien im nächsten Jahr. Die Gesundheitskosten wachsen ungebremst, dabei wollte sie Bundesrat Alain Berset um 20 Prozent senken. Das System leidet am Reformstau und an Akteuren, die von der Kostenexplosion profitieren. Eine Diagnose in sechs Punkten. **Von Francesco Benini, Daniel Meier und Gordana Mijuk**

Die Rechnung ist einfach. Unser Gesundheitswesen kostet rund 25 Milliarden Franken, und zwar nur jener Teil, der durch die obligatorische Krankenversicherung finanziert wird. Über die letzten zehn Jahre stieg dieser Betrag im Durchschnitt um etwa 4 Prozent jährlich. 4 Prozent von 25 Milliarden sind 1 Milliarde. Mit anderen Worten: Jedes Jahr muss 1 Milliarde Franken zusätzlich über Prämien bezahlt werden.

Für einen Moment lebten die Versicherten im Glauben, man habe das Problem im Griff. Seit 2012 stiegen die Prämien vergleichsweise langsam, um jeweils 1,5 bis 2,2 Prozent (siehe Grafik rechts). Doch nun holt uns die Realität ein. Um 4,5 Prozent werden die Prämien 2015 erhöht, gab der Branchenverband Santésuisse letzte Woche bekannt.

Damit nicht genug. «Eigentlich müsste der Anstieg höher sein», warnt Felix Schneuwly vom Vergleichsdienst Comparis. Laut dem Krankenkassenexperten hat die 2012 eingeführte Spitalfinanzierung über Fallpauschalen einen Kostenschub ausgelöst. «Nun steigen die Kosten auf einem viel höheren Niveau weiter.» Trotzdem verzichten die Krankenkassen auf eine richtig schmerzhaft Erhöhung und zehren stattdessen von ihren zum Teil komfortablen Reserven. Keiner will Kunden an die Konkurrenz verlieren. Ausserdem wird am 28. September über die Einheitskasse abgestimmt. Die Initiative kam nicht zuletzt deshalb zustande, weil die Befürworter sinkende Prämien in Aussicht stellen. Stimmt das Volk zu, bedeutet dies das Ende einer ganzen Branche. Fortan gäbe es nur noch eine Kasse.

Der Prämien Schub ist aufgeschoben, aber nicht aufgehoben. Solange der Kostenanstieg von 4 Prozent im Gesundheitswesen nicht nachhaltig gebremst werden kann, müssen laut Experte Schneuwly auch die Prämien um durchschnittlich 4 Prozent angehoben werden: «Erhöhen die Krankenkassen stattdessen die Prämien zum Beispiel nur um 2 Prozent, muss das irgendwann mit einer Erhöhung um 6 Prozent nachgeholt werden.»

In jeder Branche würde man sich über solche Zuwachsraten freuen. Doch der Boom im Gesundheitswesen macht vor allem die Pharmaindustrie glücklich sowie die Ärzte und Pflegenden, die sich keine Sorgen um ihren Job machen müssen. Gesamtwirtschaftlich betrachtet, ist die Entwicklung bedenklich. Seit langem wachsen die Ausgaben in der obligatorischen Krankenversicherung schneller als die Löhne und die Wirtschaft. Somit steigt der Anteil des Gesundheitssektors am Bruttoinlandprodukt. Vor 20 Jahren waren es 9 Prozent, nun sind es 11,5. International liegt die Schweiz auf einem der vordersten Plätze, allerdings auch punkto Qualität der Versorgung.

Im Gesundheitswesen kommen folgenschwere Faktoren zusammen. Eine enorme, jährlich wachsende Gesamtsumme von inzwischen 68 Milliarden Franken; lauter Akteure, die aufgrund von falschen Anreizen ein Interesse daran haben, die Kosten weiter in die Höhe zu treiben; ein System, in dem praktisch jede Reform chancenlos ist; schliesslich die Versicherten, die zwar tiefe Prämien wollen, aber als Patient jeweils sämtliche möglichen Leistungen einfordern.

Die Versicherten wollen tiefe Prämien, doch kaum sind sie Patienten, fordern auch sie alle Leistungen ein. Nur das Beste ist gut genug.

Darüber hinaus spielen gesellschaftliche Entwicklungen eine Rolle. Der medizinische Fortschritt geht weiter. Die Frage, ob alles, was möglich wäre, auch gemacht werden soll und für alle finanzierbar ist, bleibt ein Tabu, wird sich aber irgendwann stellen. Dass die Menschen im Durchschnitt älter werden, zieht ebenfalls hohe Mehrkosten nach sich.

Bundesrat Alain Berset präsentierte Anfang 2013 seine Strategie «Gesundheit 2020» mit einem ehrgeizigen Ziel: Um 20 Prozent sollen die Gesundheitskosten sinken. Fakt ist: Unter Berset sind sie im Schnitt um 5,9

Prozent pro Jahr gestiegen - wobei das auch mit dem Kostenschub nach der neuen Spitalfinanzierung zu tun hat. Bei Couchepin waren es 4,8 Prozent, bei Burkhalter 2,6 Prozent.

«Berset hat bisher keine einzige Massnahme getroffen, die wirklich Kosten senkt», kritisiert Schneuwly, «stattdessen verteilt er Geschenke, wie etwa die 200 Millionen an die Hausärzte.» Für den Experten ist klar: «Die Politik muss endlich wettbewerbliche Anreize schaffen, um die Kosten zu senken, ohne die Qualität der medizinischen Leistungen zu verschlechtern.» Doch die Diagnose ist niederschmetternd: Derzeit ist kein Reformprojekt mit messbarem Sparpotenzial in Sicht.

Reformen

Das Gesundheitssystem zu reformieren, daran sind viele Bundesräte gescheitert: Ruth Dreifuss, deren Revision des Krankenversicherungsgesetzes 2003 vom Parlament abgeschmettert wurde. Pascal Couchepin, der trotz Tatendrang resignierte. Und Didier Burkhalter, der nach zwei Jahren als Gesundheitsminister aufgab. Auch Alain Berset gelingt es bis jetzt nicht, die Kosten einzudämmen.

Die letzte grosse Gesetzesreform ist jene der Spitalfinanzierung, die 2012 in Kraft trat. Seither werden stationäre Behandlungen in Spitälern mit einem fixen Betrag abgegolten, egal, wie lange der Patient im Spital liegt. Die Pauschale wird nach einem Basispreis berechnet sowie nach einer Gewichtung der Art und Schwere der Behandlung. Die Spitäler haben heute einen Anreiz, ihr Angebot kosteneffizient zu gestalten. Zudem sollen die Fallpauschalen dazu beitragen, dass gewisse Behandlungen nur noch in jenen Spitälern durchgeführt werden, in denen sie sich lohnen.

Doch bisher hat der Systemwechsel Mehrkosten ausgelöst. Ob die Kosten mittelfristig sinken, muss sich noch zeigen. Zu beobachten ist bereits, dass sich die Kosten in den ambulanten Bereich verschieben. Dies liegt zum einen am technischen Fortschritt. Viele Behandlungen können heute schneller durchgeführt werden und sind für den Patienten weniger problematisch. Zum andern scheinen die Spitäler aber auch bewusst Kosten im stationären Bereich zulasten der ambulanten Versorgung zu reduzieren, etwa bei der Vor- und Nachbereitung einer Operation.

Ambulante Spitalbehandlungen werden zu 100 Prozent von den Krankenkassen bezahlt, stationäre Behandlungen dagegen hälftig von Kantonen und Kassen. Das führt zu einem Interessenkonflikt: Die von den Kantonen kontrollierten Spitäler wollen wohl mit der Reduktion der stationären Kosten das Kantonsbudget schonen. Bei ambulanten Behandlungen gelten zudem keine Pauschalen, vielmehr wird hier jede erbrachte Leistung separat nach dem Ärztetarif-Modell Tarmed verrechnet - und zwar jede Leistung, ob nötig oder nicht. Das fördert die Mengenausweitung.

Deshalb wird der Ruf nach Pauschalen auch hier lauter. Doch davon ist man weit entfernt. Tarmed müsste schon lange revidiert werden. Ärzte, Spitäler und Krankenkassen, die als Tarifpartner dafür zuständig wären, blockieren sich gegenseitig. So haben die Tarife zum Teil nur noch wenig mit den effektiven Kosten zu tun. Augenoperationen etwa sind viel zu hoch bewertet, sagt Gesundheitspolitiker Ignazio Cassis (fdp.): «Das erlaubt es einigen Spezialärzten, an der gleichen Operation wie vor 20 Jahren heute dreimal so viel zu verdienen.» Allerdings, so sind sich Beobachter einig, wird die Tarifrevision die Kosten nicht senken, sondern anheben.

Eine Reform, die sinnvoll gewesen wäre, wurde 2012 vom Volk abgelehnt. Unter dem Titel Managed Care wollte man Ärztenetze fördern. Anreize sollten geschaffen werden, damit sich möglichst viele Patienten verpflichteten, bei gesundheitlichen Problemen zuerst ein Ärztenetzwerk aufzusuchen. Das sollte den Konsum von Gesundheitsleistungen eindämmen. Man wollte etwa verhindern, dass ein Patient im Alleingang zahllose Fachärzte konsultiert und sich niemand ein Gesamtbild über den Fall verschaffen kann.

Die Idee war vielversprechend, scheiterte aber an der Angst der Patienten, die ihre freie Arztwahl gefährdet sahen. Gesundheitsreformen haben es an der Urne grundsätzlich schwer, nicht zuletzt deshalb, weil knapp 29 Prozent der Versicherten und 40 Prozent aller Haushalte von Prämienverbilligungen profitieren. Sie bekommen die Kostenexplosion nicht in voller Härte zu spüren - was den Leidensdruck abschwächt. Den Vertragszwang zwischen Krankenkassen und Ärzten aufzuheben, wäre eine vielversprechende Massnahme. Man spricht schon lange über den Eingriff - aber er wird nicht umgesetzt.

Weniger eine Reform als pure Verzweiflung war der 2002 eingeführte Ärztestopp. Wegen der Personenfreizügigkeit befürchtete man eine Vielzahl an neuen Arztpraxen. Je höher die Ärztedichte, so zeigt die Erfahrung, desto höher ist der Konsum von Gesundheitsleistungen. Jede neue Praxis verursacht Gesundheitskosten von einer halben Million Franken. Der Ärztestopp wurde 2013 in einigen Kantonen für drei Jahre erneuert. Pro 1000 Einwohner gibt es zwei Ärzte, das ist im internationalen Vergleich sehr viel. Städte weisen eine hohe Dichte auf, Landregion sind oft unterversorgt. Gesundheitsökonomien schlagen vor, die Tarife je nach Fachärzte-Dichte zu senken oder anzuheben. So soll regional gesteuert werden, wo die Ärzte tätig werden.

Medikamentenpreise

Jeder fünfte Franken wird in der obligatorischen Krankenversicherung für Medikamente ausgegeben, das sind rund 5 Milliarden Franken pro Jahr. Weil die Pharmapreise massiv teurer als im Ausland waren, machte Bundesrat Berset kurz nach seinem Amtsantritt Druck auf die Industrie. Man einigte sich auf ein System, bei dem die Preise regelmässig mit sechs Ländern in Europa verglichen und angepasst werden. Doch dann kam die Finanzkrise, der Franken wurde stark aufgewertet. Dadurch erhöhte sich auch das Senkungspotenzial für die Preise in der Schweiz. Da wollten die Pharmakonzerne nicht mehr mitmachen, schickten ihre Lobbyisten los und reichten Rekurse gegen das System ein. Schliesslich kam Berset der Branche entgegen, unter anderem mit einem fiktiven Wechselkurs. Ein Fehler, sagt Felix Schneuwly von Comparis: «Hätte Berset nichts gemacht und zuerst einmal die Gerichtsentscheide abgewartet, wären jetzt die Preissenkungen möglicherweise stärker.»

Die Preise sind zwar tatsächlich gefallen. Beim letzten Vergleich lagen sie 5 Prozent über jenen im Ausland - noch 2009 waren es rund 25 Prozent. Trotzdem ist es der Pharmaindustrie gelungen, ihre Umsätze weiter zu erhöhen - indem sie neue Produkte lancierte und die Anwendungsbereiche von bestehenden Wirkstoffen ausweitete. Derweil scheint der Nutzen mancher dieser Mittelchen nicht über jeden Zweifel erhaben zu sein.

Unbestritten ist hingegen, dass Generika in der Schweiz viel zu teuer sind. Zuletzt wurde ein Aufschlag von 46 Prozent gegenüber dem Ausland ermittelt. Ausserdem kommen Nachahmerprodukte nach wie vor zu wenig zum Einsatz. Ihr Anteil liegt derzeit bei rund 17 Prozent. Preisüberwacher Stefan Meierhans fordert einen grundlegenden Wechsel zu einem Festbetragssystem. Dabei müssten die Patienten den Aufpreis gegenüber dem günstigsten Generikum selber bezahlen. Dadurch sollen sich 380 Millionen Franken jährlich einsparen lassen. Derzeit bereitet Berset die Preisfestsetzung ab 2015 vor. Darin ist zwar ein Systemwechsel bei den Generika vorgesehen, allerdings erst «in einem späteren Schritt». Meierhans erachtet «eine Umsetzung in den nächsten ein, maximal zwei Jahren» als möglich.

Spitaldichte

Die Gesundheitskosten werden in der Schweiz auch von der grossen Zahl der Spitäler in die Höhe getrieben. Es sind laut dem Bundesamt für Statistik 298, unter ihnen sind viele Häuser mit weniger als 125 Betten. Laut Studien würden rund 40 grosse Akutspitäler genügen, dazu kämen Spezial- und Rehabilitationskliniken. Mit der Schliessung von kleinen Spitälern liessen sich mehrere Milliarden einsparen. Die Spitalplanung liegt aber bei den Kantonen - und Gesundheitsdirektoren, die kleine Betriebe schliessen, machen sich beim Volk unbeliebt. Darum schrecken die meisten Politiker davor zurück. Spitäler werden als Prestigeangelegenheit angesehen; die Zusammenarbeit über die Kantone hinaus verläuft mancherorts harzig.

29 Prozent aller Versicherten profitieren von verbilligten Prämien. Das senkt den Leidensdruck - und führt wohl dazu, dass es jede Reform an der Urne schwer hat.

Die Vielzahl kleiner Spitäler führt nicht nur zu höheren Kosten, es leidet auch die Qualität der Behandlungen. Wenn ein Operationsteam einen Eingriff häufig vornimmt, ist die Zahl der Komplikationen tiefer als bei Ärzten, die weniger geübt sind. Geringe Fallzahlen erhöhen die Gefahr einer schlechten medizinischen Leistung; diesen Zusammenhang hat zum Beispiel eine Studie über die Behandlung von Brustkrebs erhärtet. Die Hoffnung, dass sich die Spitäler mit der Einführung der Fallpauschalen auf weniger Fachgebiete konzentrieren, hat sich bisher nur in Ansätzen bewahrheitet. So bleibt das System viel teurer, als es sein müsste. Stark zugenommen hat an den Spitälern die Zahl der ambulanten Behandlungen. Dies hat auch damit zu tun, dass viele Menschen nicht mehr einen Hausarzt aufsuchen, wenn sie erkranken, sondern die Notfallaufnahme eines Spitals. Dies wirkt sich kostensteigernd aus.

Anreize

Bei einem normalen Verkaufsgespräch ist es so: Auf der einen Seite steht der potenzielle Kunde, der die Angebote mit den Preisen vergleicht und sich dann für oder gegen einen Kauf entscheidet. Ihm gegenüber ist der Verkäufer, der sich nach Kräften um einen Abschluss bemüht. Im Gesundheitswesen verhält sich der Arzt wie ein Verkäufer, aber er hat zwei entscheidende Vorteile. Erstens verfügt er über ungleich viel mehr Wissen als der Patient, der vielleicht besorgt ist und kaum über die nötige Kompetenz verfügt, um die Diagnose zu hinterfragen. Also kann der Arzt diese Situation ausnutzen, unnötige Medikamente und Behandlungen verschreiben und so sein Einkommen erhöhen. Zweitens hat der Patient ohnehin kein Interesse, die Leistungen abzulehnen, weil er sie ja nicht selber bezahlt, sondern die Rechnung an seine Krankenkasse schickt. Im Gegenteil: Viele Versicherte fordern im Krankheitsfall die bestmögliche Behandlung ein - schliesslich zahlen sie jeden Monat hohe Prämien.

Dass sowohl Ärzte als auch Patienten von falschen Anreizen beeinflusst werden, gilt als wichtiger Kostentreiber. Laut einer Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften war 2004 bis 2010 der Einfluss des Mehrkonsums auf die Gesundheitskosten doppelt bis dreimal so hoch wie der eigentliche Anstieg der Preise. Das deutet darauf hin, dass unnötige oder sogar schädliche Massnahmen verschrieben oder verlangt worden sind.

Um diesem Phänomen entgegenzuwirken, wären richtige Anreize gefragt. Die Selbstverantwortung der Patienten muss gestärkt werden, etwa über einen höheren Selbstbehalt. Die Krankenkassen wiederum könnten

Kunden, die ihre medizinische Kompetenz in Kursen erhöhen, mit günstigeren Prämien belohnen, denn mündige Patienten treten gegenüber den Ärzten kritischer auf.

Innovation

Der technologische und medizinische Fortschritt gilt als einer der Hauptgründe für die Kostensteigerungen. Dies ist seltsam, da Innovationen die Kosten normalerweise senken. Zwar werden auch im Gesundheitswesen bestehende Behandlungen durch medizinisch-technische Entwicklungen günstiger, doch der Fortschritt eröffnet ständig neue Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten, die in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden und die Nachfrage anheizen.

Fortschritte in der Anästhesie führen etwa dazu, dass auch ältere Menschen komplizierte Operationen durchführen lassen können. Früher wäre das gar nicht möglich gewesen. «Das Problem im Gesundheitswesen ist, dass wir in der Hoffnung leben, unsterblich zu werden», sagt der freisinnige Gesundheitspolitiker Ignazio Cassis. Deshalb werde jeder Fortschritt, der unser Leben verlängern könnte, jede Innovation von den Patienten in Anspruch genommen. Laut Schätzungen trugen zwischen 2000 und 2010 Fortschritte in der Technologie und Medizin sowie die damit zusammenhängende Mengenausweitung zu 60 Prozent des Kostenanstiegs bei.

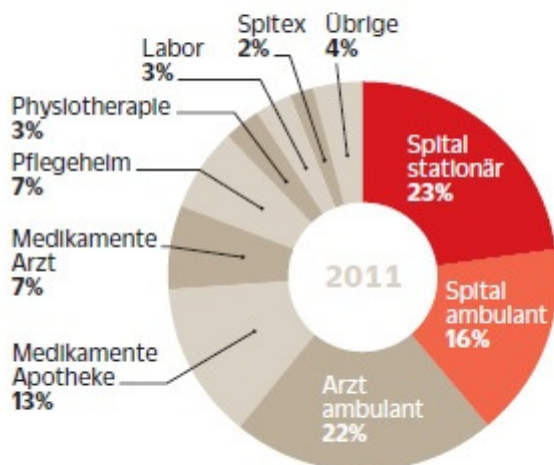
Demografie

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung in der Schweiz bedeutet eine Steigerung der Gesundheitskosten. Geburtenstarke Jahrgänge erreichen das Pensionsalter, andererseits nimmt die Lebenserwartung zu; fünf Prozent der Menschen in diesem Land sind älter als 80. Mit steigendem Alter erhöhen sich die Gesundheitskosten. Ein 30-Jähriger bezahlt im Durchschnitt Krankenkassen-Prämien in der Höhe von 2350 Franken pro Jahr und bezieht Leistungen in der Höhe von 1200 Franken. Bei einem 90-Jährigen sieht das Verhältnis so aus: Prämie 3000 Franken, Behandlungskosten 13 700 Franken.

Dabei fallen vor allem Pflegekosten ins Gewicht, also Spitex und der Aufenthalt in Pflegeheimen; ein Platz in einem gewöhnlichen Schweizer Pflegeheim kostet 7500 Franken pro Monat. Die Denkfabrik Avenir Suisse schlägt deshalb nun eine obligatorische Pflegeversicherung für alle ab dem Alter von 55 vor; damit soll eine übermässige finanzielle Belastung der Allgemeinheit abgewendet werden. Dabei darf nicht vergessen werden, dass viele Menschen nicht zuletzt dank dem medizinischen Fortschritt bis ins hohe Alter ein gesundes und eigenständiges Leben führen; ein beträchtlicher Anteil der medizinischen Behandlungskosten fällt erst in den letzten Monaten vor dem Tod an.

Spitäler kosten am meisten

Aufteilung der Kosten in der obligatorischen Krankenversicherung



Total: 24,9 Mrd. Fr.

Quelle: BAG

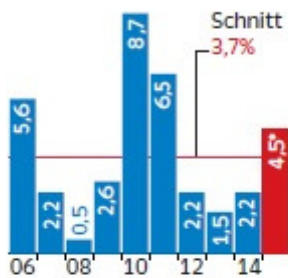
Alain Berset

Der SP-Politiker aus dem Kanton Freiburg wurde Ende 2011 in den Bundesrat gewählt und übernahm von Didier Burkhalter das Innendepartement. Berset stellte Anfang 2013 seine Strategie «Gesundheit 2020» mit 36 Massnahmen

vor und versprach, die Kosten um 20 Prozent zu senken.

Prämienschub

Erhöhung der Prämien in Prozent

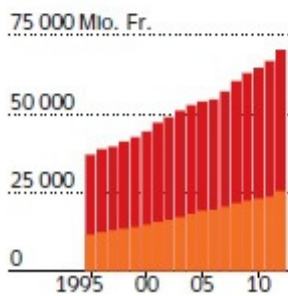


* Schätzung für 2015
Santésuisse

Steiler Anstieg

Kosten im Gesundheitswesen

- Total
- davon obligatorische Krankenversicherung



Quellen: BAG, Santésuisse

[Seitenanfang](#)

[PDF](#) [Drucken](#) [Schliessen](#)