

Aktuelles, veröffentlicht am 27.09.2006

Gesundheitssystem der Schweiz

Seit über einem Jahrzehnt sind das Gesundheitssystem und die fortlaufend ansteigenden Gesundheitskosten ein politisch aktuelles Thema. Jedoch verursacht das Gesundheitssystem nicht nur Kosten, sondern ist zu einem wichtigen wirtschaftlichen Faktor herangewachsen. Alleine die 345 Spitäler mit den insgesamt 41'900 Betten beschäftigen 149'000 Personen. Total sind sogar 429'000 Personen im Gesundheitssystem beschäftigt, 14'500 davon sind Ärzte.

Der vorliegende Text soll einen Überblick geben, wo im Gesundheitssystem Geld ausgegeben wird, woher dieses kommt und welche Veränderungen derzeit im Parlament diskutiert werden.

Kostenentwicklung und -aufteilung

Gemäss der aktuellsten verfügbaren Statistik wurden im Jahr 2003 in der Schweiz rund 50 Mrd. Fr. für die Gesundheit ausgegeben. Das sind 11.5% des gesamten Bruttoinlandsprodukts [BIP] oder 6'735 Fr. pro Einwohner. Von diesen 50 Mrd. Franken werden 16.8 Mrd. Franken durch die obligatorische Krankenversicherung [OKV] gedeckt. Die restlichen 33.2 Mrd. Franken sind von der OKV nicht gedeckte Behandlungen und Medikamente, sowie Franchise und Selbstbehalt.

Wie in der nebenstehenden Grafik ersichtlich, sind die Kosten des Gesundheitswesens von 1995 bis 2003 um rund 38% gestiegen. Damit sind sie viel schneller gewachsen als das Bruttoinlandsprodukt.

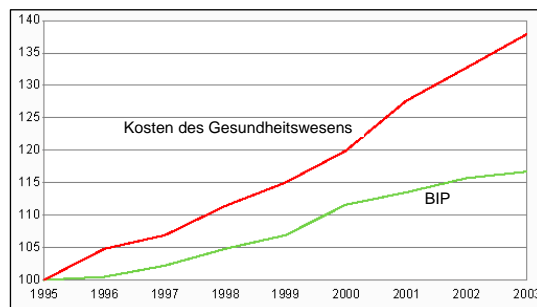


Abb 1: Kostenentwicklung im Gesundheitswesen
Quelle: Bundesamt für Statistik

Im gleichen Zeitraum sind mit 52% diejenigen Kosten noch schneller gewachsen, welche durch die OKV gedeckt sind.

Die Gründe für den Anstieg der Kosten sind vielfältig und teilweise auch unbekannt. Ein Teil ist durch die höhere Lebenserwartung und die damit steigenden Gesundheitskosten begründbar. Dies erklärt jedoch deutlich weniger als die Hälfte der Kostensteigerung. Der übrige Teil des Kostenanstiegs ist darauf zurückzuführen, dass das Bedürfnis nach Gesundheitsprodukten in der Bevölkerung generell gestiegen ist und so mehr konsumiert wird. Gleichzeitig werden neue Behandlungen und Diagnosemethoden immer umfangreicher und damit teurer. Tabelle 1 zeigt, wie sich die Kosten in der OKV verteilen und wie schnell die verschiedenen Bereiche wachsen.

	Anteil an den Kosten	Wachstum der letzten 2 Jahre (Jan-Jun 04 – Jan-Jun 06)
Ärzte Behandlungen	23%	+ 6.2%
Spital stationär	23%	+ 7.1%
Medikamente	21%	+ 2.8%
Spital ambulant	14%	+ 50.4% *
Pflegeheime	8%	+ 2.8%
Laboratorien, SPITEX u. übrige	11%	+ 6.6%

Tabelle 1: Kosten der obligatorischen Krankenversicherung [OKV]

* Das hohe Wachstum ist auf das Jahr 2004 zurückzuführen. Von 2005-2006 sanken die Kosten bei „Spital ambulant“ um 3.6%.

Im ersten Halbjahr 2006 sind die Kosten in der OKV erstmals seit Bestehen nicht angestiegen. Dies ist auf die einmalige Senkung des Taxpunktwerthes für Laboratorien und die Neuregelung des Selbstbehaltes für Medikamente, für die ein günstigeres Generika vorhanden ist, zurückzuführen.

Einfach erklärt:

KVG:

Steht für Krankenversicherungsgesetz. Es wurde in der Volksabstimmung vom 4.12.1994 angenommen und 1996 in Kraft gesetzt. Es regelt die Organisation des Gesundheitssystems und im Speziellen der obligatorischen Krankenversicherung [OKV].

OKV

Steht für die obligatorische Krankenversicherung. Diese umfasst alle medizinischen Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung von Krankheiten, Mutterschaft und Unfällen sowie deren Folgen dienen und gleichzeitig wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Franchise

Jeder Versicherte muss die Gesundheitskosten in einem Jahr bis zur Franchise selber bezahlen. Die Mindestfranchise beträgt 300 Fr. Man zahlt also mindestens die ersten 300 Fr. pro Jahr selber, bevor die OKV mit Ausnahme des Selbstbehalts den Rest bezahlt.

Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt in der Regel 10%. Das heisst, jeder muss von den Kosten, die in einem Jahr die Franchise übersteigen, 10% selber bezahlen. Der Selbstbehalt beträgt pro Jahr jedoch maximal 700 Fr.

Beispiel: Hat man in einem Jahr Kosten von 10'000 Fr., so muss man die ersten 300 Fr. selber bezahlen (Franchise). Von den restlichen 9'700 Fr. muss dann noch ein Selbstbehalt von 10% (=970 Fr.) jedoch maximal 700 Fr. bezahlt werden. In diesem Beispiel müsste man also – neben den Prämien – 300 Fr. Franchise und 700 Fr. Selbstbehalt bezahlen, während die OKV die restlichen 9000 Fr. bezahlt.

Analysiert man, wer die meisten Kosten im Gesundheitswesen verursacht,

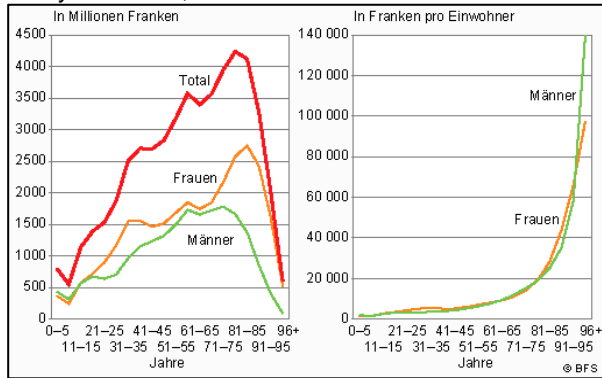


Abb. 2: Kosten im Gesundheitswesen nach Alter

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS)

stellt man fest, dass die Kosten mit steigendem Alter stark zunehmen (vgl. Abb. 2). So verursachen die über 65 Jährigen 44% der Kosten, machen aber nur 16% der Bevölkerung aus. Speziell die Kosten für die Pflege steigen stark an. So sind 60% der Gesundheitskosten der über 90 Jährigen auf Pflegeheime zurückzuführen, während der für

Pflegeheime aufgewendete Anteil bei den 65 Jährigen erst 6% beträgt.

Finanzierung

Die rund 50 Mrd. Fr. Kosten des Gesundheitswesens werden über ganz unterschiedliche Wege finanziert. Ein Teil davon wird, wie oben erwähnt, durch die OKV bezahlt, welche wiederum durch den Staat und die Prämien der Haushalte finanziert wird. Die privaten Haushalte bezahlen aber auch z.B. Zusatzversicherungen, die Franchise, den Selbstbehalt und unversicherte Leistungen. Der Staat wiederum zahlt nicht nur über die Prämienverbilligung einen Teil der Gesundheitskosten, sondern übernimmt auch einen Teil der Spitalfinanzierung. Weiter übernehmen IV und die Ergänzungsleistung der AHV gewisse Gesundheitskosten und auch die Unfallversicherungen beteiligen sich an den Kosten. Die folgende Tabelle zeigt, wer schlussendlich über die verschiedenen Wege (OKV, IV, Franchise, etc.) wie viel bezahlt.

Finanzierung des Gesundheitswesens	2002	2003	Entwicklung
Staat (Bund, Kantone, Gemeinden)	13'414	14'022	4.50%
- davon Prämienverbilligung	3'083	3'184	
Unternehmungen	2'947	3'116	5.70%
Private Haushalte	31'620	32'741	3.50%
- davon Prämien OKV	13'694	14'809	
Total	47'981	49'880	4.00%

Tabelle 2: Finanzierung des Gesundheitswesens (Quelle: BFS)

Der Anteil des Staates ist in den vergangenen Jahren wegen der eingeführten Prämienverbilligung stark gestiegen. Inzwischen erhalten 1'215'989 Haushalte eine Verbilligung der Krankenkassenprämie. Da die Höhe der Verbilligung einkommensabhängig ist, sind die Prämien indirekt auch einkommensabhängig. Personen mit sehr geringem Einkommen zahlen gar keine Krankenkassenprämie mehr, während Personen mit überdurchschnittlichem Einkommen weiterhin die volle Prämie bezahlen.

Probleme der heutigen OKV

Die politisch diskutierten Probleme konzentrieren sich vorwiegend auf die obligatorische Grundversicherung [OKV]. Diese muss von allen bezahlt werden und deckt ein relativ breites Spektrum der Gesundheitsleistungen ab. Vereinfacht gesagt, übernimmt die OKV sämtliche Kosten für Diagnose und Behandlung von Krankheiten und Unfällen, sofern die Wirksamkeit der Behandlung wissenschaftlich nachgewiesen ist. Weitere Behandlungen kann man freiwillig durch Zusatzversicherungen versichern lassen.

Ein weiterer Unterschied der OKV zu normalen Versicherungen (wie z.B. Autoversicherung) besteht bei den Prämien. Die Prämie der OKV ist innerhalb einer Region für alle dieselbe. Es gibt also keine Abstufung der Prämie nach dem Risiko des Versicherten, wie es das z.B. bei der Autoversicherung gibt (Bonus/Malus). Dies soll die Solidarität zwischen kranken und gesunden Personen sicherstellen.

Grundsätzlich ist es positiv, wenn ein Wirtschaftssektor wie das Gesundheitssystem wächst. Dies schafft Arbeitsplätze und Wohlstand. Durch die speziellen Regelungen in der OKV, die den Vorteil der Solidarität und einer guten Gesundheitsversorgung sicherstellen, gibt es allerdings einige Probleme:

Profi-Wissen:

Hängige Gesetzesvorlagen:

Nachdem eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes [KVG] im Winter 2003 im Parlament bei der Schlussabstimmung gescheitert ist, entschied der Bundesrat die Revision auf zu splitten und in einzelnen Teilen dem Parlament neu zur Beratung vorzulegen. Zum Zeitpunkt der Publikation dieses Textes waren folgende fünf Pakete im Parlament in Bearbeitung. Ob das Parlament die vom Bundesrat vorgeschlagenen Revisionen übernimmt, komplett ablehnt oder in abgeänderter Form annimmt, kann derzeit nicht abgeschätzt werden.

a) Vertragsfreiheit

Heute müssen die Krankenversicherer grundsätzlich jeden Arzt akzeptieren und die Leistungen des Arztes bezahlen. Es besteht also ein Zwang für die Versicherer mit jedem Arzt einen Vertrag abzuschliessen, der es dem Arzt ermöglicht seine Leistungen über die Versicherung abzurechnen. Dieser Zwang soll aufgehoben werden. Die Versicherer können dann aussuchen, mit welchen Ärzten sie noch zusammenarbeiten. Dies soll dazu dienen, dass die Versicherer sich die günstigen und qualitativ guten Ärzten zur Zusammenarbeit aussuchen können und die restlichen Ärzte ausgeschlossen werden.

b) Kostenbeteiligung

Der Versicherte beteiligt sich heute an den von ihm verursachten Kosten, indem er die Kosten bis zur jährlichen Franchise selber übernimmt und von den restlichen Kosten einen Selbstbehalt von 10% bis maximal 700 Fr. pro Jahr selber bezahlt. Die Vorlage sieht vor, dass der Selbstbehalt auf 20% erhöht wird, jedoch weiterhin maximal 700 Fr. pro Jahr beträgt. Damit soll die Eigenverantwortung des Versicherten gestärkt werden.

1. Dadurch, dass die Kosten immer weiter steigen und die Grundversicherung obligatorisch ist, werden einkommensschwache Haushalte in die Armut getrieben. Dieses Problem ist inzwischen weitgehend durch die Prämienverbilligung gelöst.
2. Weil der Grossteil der Kosten im Alter anfällt und die Prämien für alle gleich hoch sind, kommt es zu einer Umverteilung von Jung zu Alt. Diese Umverteilung kommt zusätzlich zur Umverteilung bei der AHV. Dies ist insofern sozial problematisch, da die Armut bei den älteren Personen am tiefsten ist und bei den Jungen am höchsten. Das heisst, es kommt zu einer Umverteilung von arm zu reich. Pro Jahr werden rund 3.4 Mrd. Fr. Krankenkassenprämien von nicht Rentner auf Rentner umverteilt
3. Es gibt keinen funktionierenden Wettbewerb im Gesundheitssystem. Dies führt dazu, dass die Preise für die Gesundheitsleistungen im Vergleich zum freien Markt zu hoch sind und damit das Gesundheitssystem weniger effizient ist als es andernfalls möglich wäre.
4. Der Leistungskatalog der OKV wird vom Bundesamt für Gesundheit bestimmt und ist fix. Das heisst, man versichert sich auch für Leistungen, die man vielleicht gar nicht möchte.
5. Jeder muss die gleich hohe Krankenkassenprämie so oder so bezahlen. Das heisst, für die Nutzung von Gesundheitsleistungen (Medikamente, Arztbesuche, etc.) entstehen bis auf Selbstbehalt und Franchise keine weiteren Kosten. Sie sind also bis auf den Selbstbehalt kostenlos. Dadurch besteht ein Anreiz zu viele Gesundheitsleistungen zu konsumieren. Dies führt zu einem entsprechenden Anstieg der Krankenkassenprämien.

Während die ersten beiden Probleme sozialpolitischer Natur sind, sorgen die letzteren drei dafür, dass wir mehr für die OKV zahlen, als wir eigentlich wollen. Das Geld fehlt jedem Haushalt dann woanders.

Hängige Änderungsvorschläge

Die Politik hat sich mehrerer dieser Probleme angenommen und derzeit sind folgende Volksinitiativen hängig.

- Die Initiative „**Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung**“ möchte das Problem 1 und 4 entschärfen, indem die OKV nur noch das Notwendigste bezahlt und man den Rest freiwillig versichern lassen kann. Dies reduziert aber die Solidarität im Gesundheitswesen.
- Die Initiative „**Ja zur Komplementärmedizin**“ möchte, dass die Komplementärmedizin wieder in die obligatorische Versicherung aufgenommen wird und so von allen mitbezahlt wird. Das stärkt die Solidarität, vergrössert aber die unter Punkt 1 und 4 genannten Probleme.
- Die Initiative „**Für eine soziale Einheitskrankenkasse**“ möchte, dass es nur noch eine Krankenkasse gibt. Das senkt die Werbekosten, vergrössert jedoch gleichzeitig das Problem 3, was die Kosten wiederum steigen lässt.

Zusätzlich dazu werden im Parlament mehrere Gesetzesänderungen diskutiert. Eine Liste der Gesetzespakete finden Sie im Kasten rechts.

Derzeit oft zu hören sind des Weiteren folgende zwei ähnliche Vorschläge, die jedoch politisch bisher nicht aufgenommen wurden:

- Personen, welche sich ungesund verhalten (z.B. Raucher), sollen eine höhere Prämie zahlen. Das senkt die Solidarität zwischen den Personen, hält jedoch alle an gesünder zu leben und so die Kosten zu senken.
- Es soll neu nicht mehr eine für alle gleich hohe Prämie geben, sondern zwei – eine hohe und eine tiefe Prämie. Hat man im Vorjahr überdurchschnittlich viel Kosten verursacht, muss man im nächsten Jahr die hohe Prämie zahlen, sonst die Tiefe. Die Prämien sind so gehalten, dass es immer noch eine Solidarität zwischen Gesunden und Kranken gibt, diese aber eingeschränkt wird. Dadurch verringern sich die Probleme 2 und 5.

Es existieren derzeit also verschiedenste Vorschläge, um das Gesundheitswesen zu reformieren. Welche davon schlussendlich umgesetzt werden, wird sich in den nächsten Jahren entscheiden. Kaum zu verhindern ist, dass die Kosten durch die Alterung der Gesellschaft und neue Behandlungsmethoden weiter ansteigen. Die Frage, die sich jedoch stellt, ist, wie schnell sie ansteigen und wer wie viel davon bezahlen muss.

Profi-Wissen:

Hängige Gesetzesvorlagen [Fortsetzung]

c) Spitalfinanzierung

Heute werden die Spitäler einerseits über die Krankenkassen und andererseits durch die Kantone finanziert. Das heutige System ist jedoch wenig transparent. Deshalb soll neu klar geregelt werden, was von den Kantonen und was den Krankenkasse bezahlt wird. Der ursprüngliche Vorschlag des Bundesrates wurde vom Ständerat angepasst und zusätzlich mit einer Verbesserung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenkassen versehen. Die Vorlage geht nun an den Nationalrat.

d) Pflegefinanzierung

Die Kosten für die Pflege steigen auf Grund der alternden Gesellschaft stark an und die Belastung für die Krankenkasse wird nach Ansicht des Parlaments und des Bundesrates zu hoch. Deshalb soll der Betrag, den die Krankenkassen für die Pflege bezahlen müssen, auf dem heutigen Niveau eingefroren werden und der Rest ist von den Versicherten und den Kantonen zu bezahlen.

e) Managed Care

Die internationalen Erfahrungen zeigen, dass die Qualität steigt und die Kosten sinken, wenn die Patienten während der ganzen Behandlung vom Hausarzt begleitet werden und die Behandlung in integrierten Netzwerken stattfindet. Integriertes Netzwerk heisst, dass beispielsweise ein Arzt nicht mehr für sich alleine arbeitet, sondern die Behandlungskette vom Hausarzt über den Spezialisten zum Chirurgen im Spital sowie die anschliessende Pflege koordiniert und auf dem Patienten abgestimmt wird. Dies wird unter dem Begriff „Managed Care“ zusammengefasst. Diese Vorlage soll die Entstehung von integrierten Leistungsnetzwerken und damit „Managed Care“ fördern.

Literaturverzeichnis:

- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2006). *Monitoring der Kosten in der Obligatorischen Krankenversicherung*. Gefunden unter http://www.bag.admin.ch/kmt/index.html?lang=de&webgrab_path=http://www.bag-anw.admin.ch/kuv/kostenmonitoring_live/km_de.php?mod=4&id1=0&sort=id&nav=ktu0
- Bundesamt für Statistik [BSF] (2003). *Kosten des Gesundheitswesens*. Gefunden unter http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/kosten_finanzierung/kennzahlen0/kosten0/ueberblick.html
- Schweizerische Bundeskanzlei (2006). *Hängige Volksinitiativen*. Gefunden unter http://www.admin.ch/ch/d/pore/vi/vis_1_3_1_1.html
- Parlament (2006). *Dossiers*. Gefunden unter <http://www.parlament.ch/homepage/do-dossiers-az.htm>