

**Probleme des Gesundheitswesens in der Schweiz:  
Übersicht und grundsätzliche Aspekte**

von

**GEBHARD KIRCHGÄSSNER**

Universität St. Gallen, Schweizerisches Institut für Aussenwirtschaft  
und Angewandte Wirtschaftsforschung, CESifo und Leopoldina

**Summary**

In this paper, problems of the Swiss health system and possible solutions are discussed. First, the development of health expenditure and its structure during the last decades is shown, also in comparison with the development in other countries. Then, core problems of the health system like supplier induced demand are discussed. It is shown which factors are responsible for too high costs and which ones for too high cost increases. To show possibilities to reduce the burdens different sectors of the health system are considered: health insurance, compensation of medical services, hospital financing, and drug prices. We conclude with some remarks about the role of competition in the health system.

Keywords: Costs of Health Care, Health Insurance, Hospital Financing, Drug Prices, Health Care Regulation.

JEL Klassifizierung: I10, I18

Hintergrundpapier zu den Teilen 1, 3 und 5 des Jahresberichts 2006 der Kommission für Konjunkturfragen. 26. Oktober 2006. – Für wichtige Anregungen und Hinweise danke ich den Mitgliedern der Kommission sowie HEINZ HAUSER (Universität St. Gallen), ALBERTO HOLLY (Universität Lausanne) und ROBERT LEU (Universität Bern). Für die freundliche Überlassung der Strukturdaten der Kosten des Gesundheitswesens danke ich Herrn RAYMOND ROSSEL vom Eidgenössischen Statistischen Amt.

Anschrift: Prof. Dr. Gebhard Kirchgässner  
Universität St. Gallen  
SIAW-HSG  
Bodanstrasse 8  
CH-9000 St. Gallen  
Schweiz  
Gebhard.Kirchgaessner@unisg.ch

## 1 Einleitung

Eines der derzeit wichtigsten politischen Probleme der Schweiz ist der Anstieg der Gesundheitsausgaben, der regelmässig deutlich über dem Anstieg der Einkommen liegt. Nun wäre die Tatsache, dass ein Wirtschaftszweig besonders floriert, eigentlich kein Anlass, Besorgnis zu äussern; angesichts der Wachstumsschwäche der Schweiz in den vergangenen eineinhalb Jahrzehnten ist es eher erfreulich, dass es einen deutlich expandierenden Wirtschaftssektor gibt. Schliesslich werden dort in erheblichem Umfang Werte produziert, und es wird auch Beschäftigung geschaffen.

Folgt man M. FELDSTEIN (2006), dann gibt es im Gesundheitswesen drei zentrale Probleme, die es zu bewältigen gilt, zwischen denen aber Zielkonflikte bestehen. Es geht erstens darum zu verhindern, dass erforderliche medizinische Betreuung nicht gewährt wird, weil Patienten nicht in der Lage sind, die Kosten dafür aufzubringen. Zweitens soll Verschwendung vermieden werden, und drittens soll sich auch im Gesundheitsbereich die Versorgung an den individuellen Präferenzen der Bürgerinnen und Bürger orientieren.

Ein Teil der Effizienzprobleme ergibt sich daraus, dass die Nachfrager in weiten Bereichen des Gesundheitswesens kaum in der Lage sind zu beurteilen, was für sie in ihrer jeweiligen Situation angemessen ist. Vielmehr bestimmen die Ärzte als Anbieter weitgehend selbständig über die erbrachten Leistungen. Diese ‚anbieterinduzierte Nachfrage‘ führt in der Tendenz zu einem zu hohen Leistungsumfang. Dies ist prinzipiell unabhängig von der Art der Versicherung; es hängt insbesondere nicht davon ab, ob es sich um eine Pflichtversicherung handelt oder nicht.

Ein weiterer Teil der Probleme ergibt sich daraus, dass ein grosser Teil der in diesem Sektor erbrachten Leistungen nicht über den Markt abgerechnet wird, wo Leistungen Gegenleistungen direkt gegenüber stehen, sondern über Versicherungen, bei denen dieses Prinzip gelockert wird. Hier taucht das Problem des ‚moralischen Risikos‘ auf: Menschen pflegen nach Abschluss einer Versicherung ihr Verhalten zu ändern. Dies wäre freilich noch kein Anlass zur besonderen Beunruhigung, wenn es bei diesen Versicherungen risikogerechte Prämien gäbe und wenn man das Problem des moralischen Risikos über den Selbstbehalt oder ähnliche Mechanismen zumindest weitgehend in den Griff bekommen würde. Dies aber könnte in Konflikt mit folgender politischen Wertentscheidung geraten: Niemand soll nur deshalb, weil er arm ist, früher sterben müssen. Dass sich das Gesundheitswesen an dieser Maxime ausrichten soll, ist in der Schweiz wohl allgemein akzeptiert.<sup>1</sup> Regierung und Parlament der Schweiz haben daher beschlossen, dass die Versicherungen in der Grundversorgung als Pflichtversicherungen auszugestalten sind, die jede Bürgerin und jeden Bürger aufnehmen müssen und die ‚Einheitsprämien‘ erheben, die zwar von Versicherung zu Versicherung und auch in gewissem Umfang nach Alter und Region (Kanton) unterschiedlich sein können, aber nicht das

---

1. Tatsächlich wird diese Maxime nicht vollständig umgesetzt, da es eine positive Korrelation zwischen dem Einkommen (Vermögen) einer Person und ihrer Lebenserwartung gibt. Dennoch gilt diese Norm als Richtschnur staatlichen Handelns in der Gesundheitspolitik.

individuelle Risiko berücksichtigen dürfen. Da die Belastung durch diese Prämien für einen erheblichen Teil der Bevölkerung kaum tragbar ist, werden Subventionen ausgeschüttet, um die Belastung für die unteren Einkommensschichten in Grenzen zu halten. Dies bürdet (neben anderen Belastungen aus dem Gesundheitssystem) dem Staat eine erhebliche Finanzierungsbelastung auf, die in den kommenden Jahrzehnten noch steigen dürfte. Folgt man z.B. CH. HAGIST et al. (2005), sind die staatlichen Zuschüsse zum Gesundheitssystem auch in der Schweiz der Hauptgrund dafür, dass die heutige Finanzpolitik nicht nachhaltig ist. Insofern werden Reformen nicht nur gefordert, sondern sie sind auch dringend angezeigt.

Die aufgezeigten Probleme können zwar dazu führen, dass die Kosten im Gesundheitswesen höher sind, als bei einer (theoretisch möglichen) effizienten Bereitstellung der Leistungen dieses Sektors unbedingt erforderlich wäre, sie müssen jedoch nicht dazu führen, dass die Ausgaben für das Gesundheitswesen stärker steigen als die Einkommen und dass deshalb der Prämienanstieg stärker als der Einkommensanstieg ist. Hier müssen andere Gründe eine wesentliche Rolle spielen. Gerade dann, wenn politische Massnahmen ergriffen werden sollen, müssen wir streng unterscheiden, welche Faktoren das Niveau und welche den Anstieg der Ausgaben beeinflussen. Eine Politik, die auf das Niveau einwirkt, kann eine kurzfristige Senkung bewirken, aber sie wird nichts am langfristigen Anstieg der Gesundheitsausgaben verändern. Das bedeutet keineswegs, dass sie nicht sinnvoll wäre, da sie die Kostenentwicklung auf einen niedrigeren ‚Wachstumspfad‘ verschiebt und somit langfristig Einsparungen bewirkt. Sie wird aber die – im politischen Raum teilweise gehegte – Hoffnung darauf, dass eine solche Politik den längerfristigen Anstieg verringern könnte, zwangsläufig enttäuschen.

Die im Jahr 1996 in Kraft getretene Revision des Krankenversicherungsgesetzes sollte insbesondere dadurch, dass in der Krankenversicherung mehr Wettbewerb entsteht, den Anstieg der Gesundheitskosten dämpfen. Dieses Ziel wurde offensichtlich verfehlt, obwohl der Wettbewerb gestärkt wurde. Dies legt nahe, dass hier immer noch zu wenig Wettbewerb besteht, da er durch die staatlichen Regulierungen stark eingeschränkt wird, oder dass er ‚falsche‘ Anreize setzt, indem sich z.B. die Versicherungen mehr darum bemühen, ihren Konkurrenten ‚gute Risiken‘ abzujagen, als darum, Versicherte durch besonders kostengünstig erbrachte Leistungen an sich zu binden. Möglicherweise aber ist der Wettbewerb auch gar nicht in der Lage, den regelmässigen Anstieg der Gesundheitskosten langfristig zu dämpfen. Die Situation bei den Gesundheitsausgaben und die dadurch bewirkte Belastung der öffentlichen wie der privaten Haushalte stellt sich heute auf jeden Fall problematischer dar als vor der Reform des Krankenversicherungsgesetzes. Dies muss nicht bedeuten, dass die Reform falsch war. Möglicherweise ging sie nur nicht weit genug, und/oder die Anforderungen, die an sie gestellt wurden, sind gar nicht einlösbar. Die (bisher im Parlament gescheiterten) weiteren Anläufe zur Reform dieses Gesetzes legen freilich die Vermutung nahe, dass Reformbedarf besteht, sie haben andererseits auch Zweifel an der Handlungsfähigkeit des Parlaments in diesem Bereich geweckt.

Wir haben somit im Gesundheitswesen Gerechtigkeitsprobleme, Effizienzprobleme und Finanzierungsprobleme, die einen erheblichen Reformbedarf anzeigen. Dabei ergibt sich ein wesentlicher Teil der Probleme daraus, dass der Staat – notgedrungen – in diesen Bereich

eingreift. Erschwert werden Reformen u.a. durch ein verbreitetes Unbehagen gegenüber einer ‚Ökonomisierung des Gesundheitswesens‘ sowie durch die Vorstellung, man könne auch auf Dauer Rationierungen im Gesundheitswesen vermeiden. Dabei wird freilich übersehen, dass faktisch immer schon rationiert wurde und dass die Entwicklung der modernen Medizin den Zwang zur Rationierung z.B. im Bereich der Transplantationsmedizin verstärkt hat.

Bei fast allen Vorschlägen für Veränderungen spielt die Forderung nach mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen eine wesentliche Rolle. Nun ist die Zulassung von mehr Wettbewerb zwar nicht immer, aber im Allgemeinen ein geeignetes Mittel, um die Effizienz eines Systems zu steigern. Im Gesundheitswesen aber wird der Preiswettbewerb (nicht nur) in der Schweiz bewusst eingeschränkt, sei es dadurch, dass den Versicherungen einheitliche Prämien vorge-schrieben werden, sei es dadurch, dass Parallelimporte von Medikamenten untersagt werden. Offensichtlich gibt es nach Auffassung der Mehrheit der Bevölkerung bzw. der politischen Entscheidungsträger gute Gründe dafür, den Wettbewerb in diesem Bereich einzuschränken.

Wenn man davon ausgeht, dass diese Gründe (bzw. zumindest einige davon) gültig sind und dass der Wettbewerb deshalb in einigen Bereichen ganz unterbunden oder zumindest eingeschränkt werden soll, macht es im Allgemeinen immer noch Sinn, ihn in den anderen Berei-chen so weit als möglich zuzulassen. Dabei sollte man jedoch auch nicht zu viel vom Wett-bewerb erwarten. Zum einen sind stärker (als das schweizerische) wettbewerblich ausgerich-tete Gesundheitssysteme nicht unbedingt kostengünstiger, zum anderen gilt ein Teil der Gründe dafür, dass die Aufwendungen für das Gesundheitswesen in den letzten 30 Jahren deutlich stärker gestiegen sind als das Einkommen, völlig unabhängig davon, ob bzw. inwie-weit im Gesundheitswesen Wettbewerb herrscht oder nicht.

Einschränkungen des Wettbewerbs an einer Stelle führen häufig dazu, dass er an einer ande-ren Stelle auftritt. Dies zeigt sich auch im Gesundheitswesen, und es hat in aller Regel nega-tive Auswirkungen. Man sollte sich bei einer Einschränkung des Wettbewerbs dieser Gefahr immer bewusst sein und die möglichen nicht-intendierten Nebenwirkungen im Auge behalten. Dies bedeutet nicht, dass man Wettbewerb grundsätzlich nicht beschränken darf; es gibt Situ-ationen, in denen wir ihn bewusst beschränken und die Nebenwirkungen in Kauf nehmen. Aber der Glaube, Wettbewerb könnte ohne ‚Kosten‘ beschränkt werden, ist genauso naiv wie das Vertrauen darauf, dass der Wettbewerb schon alles richten wird. Gerade im Gesundheits-wesen, in dem einige Dilemmata existieren, deren Auswirkungen zwar gemildert, die aber nicht grundsätzlich beseitigt werden können, kommt es besonders darauf an zu überlegen, wo Wettbewerb eine positive Rolle spielen kann, und dort sollte man ihn auch weitestgehend ermöglichen. Gerade dann aber, wenn man den Wettbewerb nur ‚eingeschränkt‘ zulassen will und trotzdem auf seine positiven Wirkungen hofft, ist es wichtig, dass die staatliche Regulie-rung genau darauf abgestimmt ist.

Im Folgenden sollen zentrale Probleme des schweizerischen Gesundheitswesens diskutiert und mögliche Lösungen aufgezeigt werden. Da es sich wesentlich auch um Finanzierungs-probleme handelt, ist es sinnvoll, zu Beginn die Entwicklung der Kosten im Verlauf der letz-ten Jahrzehnte aufzuzeigen. Dabei geht es auch um den Vergleich mit anderen Ländern und

um eine Darstellung, wie sich die Struktur der Kosten entwickelt hat (*Abschnitt 2*). In einem zweiten Schritt soll gezeigt werden, woraus sich die für den Gesundheitssektor typischen Probleme ergeben (*Abschnitt 3*). Dabei wird insbesondere diskutiert, welche Faktoren für (möglicherweise) überhöhte Kosten und welche Faktoren für einen (zu) hohen Anstieg dieser Kosten verantwortlich sind, d.h. wir werden zwischen Niveau- und Wachstumseffekten unterscheiden. Auch ist zu fragen, auf welche dieser Faktoren die Politik überhaupt Einfluss nehmen kann.

Um Möglichkeiten zur Senkung der damit verbundenen Lasten aufzuzeigen, muss auf die einzelnen Bereiche des Gesundheitswesens eingegangen werden. Dies wird im *4. Abschnitt* geschehen. Dabei beschäftigen wir uns eingehender mit der Krankenversicherung, der Honorierung ärztlicher Leistungen, der Krankenhausfinanzierung sowie den Preisen für Arzneimittel. Dies führt zu einer Reihe konkreter Reformvorschläge.<sup>2)</sup> Abschliessend wird nochmals die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen thematisiert.

## **2 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen: Eine Bestandsaufnahme**

Dass die Gesundheitskosten ‚explodieren‘, d.h. stärker als das Einkommen steigen, und dass sich daraus Probleme für die öffentlichen Finanzen ergeben, ist keineswegs ein rein schweizerisches Phänomen, sondern lässt sich in den vergangenen Jahrzehnten in allen Industrieländern in mehr oder weniger hohem Ausmass beobachten. Dabei sind freilich sowohl die absoluten Belastungen als auch die Steigerungsraten sehr unterschiedlich. Interessant ist jedoch nicht nur die gesamte Höhe der Kosten, sondern auch ihre Struktur und deren Veränderung im Zeitablauf, da sich die einzelnen Bereiche des schweizerischen Gesundheitswesens recht unterschiedlich entwickelt haben. Schliesslich ist es auch wichtig, die Preisentwicklung der einzelnen Bereiche näher zu betrachten. Typischerweise werden nur die Kosten des Gesundheitswesens berücksichtigt, d.h. die Umsätze bzw. das Produkt aus Preisen und Mengen. Um politische Massnahmen sinnvoll ergreifen zu können, ist es aber auch wichtig, danach zu fragen, in welchen Bereichen die Kostenexplosion vor allem durch die Preisentwicklung bestimmt wurde und wo sie vor allem eine Folge der Mengenausweitung ist. Im Folgenden soll zunächst die schweizerische Situation im internationalen Vergleich dargestellt werden (*Abschnitt 2.1*), wobei auch auf Indikatoren für die Qualität des Systems eingegangen wird. Danach betrachten wir die Veränderung in der Struktur des Systems (*Abschnitt 2.2*), bevor wir in *Abschnitt 2.3* die Entwicklungen der Preise und Mengen betrachten.

### **2.1 Die Entwicklung in der Schweiz im internationalen Vergleich**

*Tabelle 1a* sowie *Abbildung 1a* zeigen die Entwicklung der Gesundheitsausgaben pro Kopf, umgerechnet mit Kaufkraftparitäten in U.S.-Dollar, für einige ausgewählte Länder und den

---

2. Auf die mit der Alterung der Gesellschaft zunehmenden Kosten im Bereich der Langzeitpflege soll hier nicht eingegangen werden, da diese Problematik im Jahresbericht 2005 der Kommission für Konjunkturforschung ausführlich diskutiert wurde.

Zeitraum ab 1970.<sup>3</sup> Die mit im Zeitablauf zunehmendem Abstand höchsten Ausgaben fallen in den Vereinigten Staaten an; sie betragen im Jahr 2003 5711 U.S. Dollar pro Kopf. Gleichzeitig weisen sie auch die mit Abstand höchste Steigerungsrate auf: Im Jahr 2003 betragen die Ausgaben pro Kopf mehr als das siebzehnfache der Ausgaben des Jahres 1970. Dies entspricht einer durchschnittlichen Steigerung von 8.8 Prozent pro Jahr.

<b>Tabelle 1a: Entwicklung der Gesundheitsausgaben pro Kopf in Kaufkraftparitäten, umgerechnet in U.S.-Dollar, 1970 – 2003</b>								
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Dänemark	384 <sup>1</sup>	573	927	1252	1522	1844	2380	2743
Deutschland	269	568	960	1383	1738	2271	2670	3005
Finnland	191	357	590	966	1419	1430	1716	2104
Frankreich	205	388	697	1088	1532	2028	2450	3048
Kanada	299	484	783	1264	1737	2055	2503	2998
Niederlande	329 <sup>2</sup>	459	755	985	1435	1822	2257	2909
Österreich	193	427	770	923	1328	2229	2667	2958
Schweden	312	531	944	1269	1589	1734	2271	2745
Schweiz	351	630	1031	1474	2029	2573	3179	3847
Vereinigtes Königreich	163	300	480	709	987	1385	1858	2347
Vereinigte Staaten	352	592	1072	1776	2752	3670	4588	5711

<sup>1</sup>) Wert von 1971. <sup>2</sup>) Wert von 1972.

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2006, Version vom 26. Juni 2006

Die Schweiz nimmt heute mit 3847 U.S. Dollar hinter den Vereinigten Staaten und Luxemburg die dritte Stelle ein. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass das schweizerische Gesundheitswesen bereits im Jahr 1970 relativ teuer war; es war damals von all jenen Ländern, die in der Stichprobe der OECD enthalten sind, nach Dänemark und – ganz knapp – den Vereinigten Staaten das drittteuerste. Somit sind auch die Steigerungsraten etwas geringer: Der Wert des Jahres 2003 beträgt ‚nur‘ das 10.7-fache des Wertes des Jahres 1970, die durchschnittliche Steigerungsrate beträgt 7.5 Prozent pro Jahr. Im Gegensatz dazu haben die skandinavischen Staaten Dänemark, Schweden und insbesondere Finnland, aber auch die Niederlande und Österreich, deutlich geringere Ausgaben pro Kopf. In Schweden und Dänemark waren auch die Steigerungsraten deutlich geringer als in der Schweiz; die durchschnittliche Steigerungsrate betrug 6.8 Prozent in Schweden und 6.3 Prozent in Dänemark. Das Vereinigte

3. Mit Ausnahme der unten verwendeten Daten aus dem World Value Survey stammen alle Daten, die wir hier für internationale Vergleiche verwenden, von der OECD (Gesundheitsdaten 2006). Siehe: [http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en\\_2649\\_34631\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html).

Königreich schliesslich hat mit seinem staatlichen und über die Steuern finanzierten Gesundheitssystem besonders niedrige Ausgaben pro Kopf; sie betragen im Jahr 2003 nur 41.1 Prozent der amerikanischen und nur 62.6 Prozent der schweizerischen Ausgaben; mit durchschnittlich 8.4 Prozent lag die Steigerungsrate jedoch über jener der Schweiz. Wir stellen somit in all diesen Ländern (und auch in den übrigen, von der OECD aufgelisteten Staaten) in den letzten 30 Jahren einen erheblichen Anstieg der Gesundheitsausgaben fest.

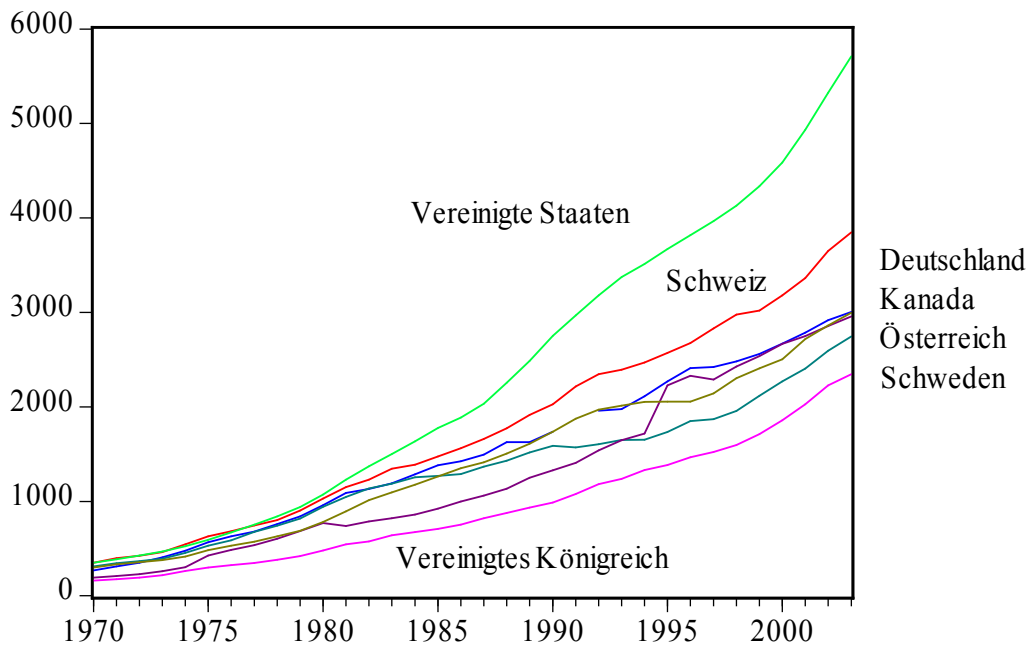


Abbildung 1a: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in U.S.-Dollar, umgerechnet zu Kaufkraftparitäten

Die Umrechnung nach Kaufkraftparitäten in U.S. Dollar ermöglicht zwar einen unverzerrten internationalen Vergleich der Daten, sie impliziert jedoch das Problem, dass die Daten im Längsvergleich nicht inflationsbereinigt sind; ein Teil der Steigerungsraten ist inflationsbedingt. Als Alternative bietet sich daher an, den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt zu betrachten, der ebenfalls von der OECD erfasst wird.<sup>4)</sup> Die entsprechenden Werte sind in *Tabelle 3.1b* (bzw., wiederum für einen Teil der Länder, in *Abbildung 3.1b*) angegeben. Dabei zeigt sich, dass auch hier die Vereinigten Staaten die Spitzenposition einnehmen; die Gesundheitsausgaben betragen im Jahr 2003 15.2 Prozent des Bruttoinlandspro-

4. Eigentlich sollte man den Anteil am Einkommen, d.h. am Bruttonationaleinkommen, und nicht an der Produktion, dem Bruttoinlandsprodukt, betrachten, da die relevante Frage ist, wie viel die Bürgerinnen und Bürger in den einzelnen Ländern von ihrem Einkommen für Leistungen des Gesundheitssystems aufwenden. Entsprechende Daten stellt die OECD jedoch nicht zur Verfügung.

dukts. Gegenüber dem Jahr 1970 ist dieser Anteil um 117 Prozent gestiegen und hat sich damit mehr als verdoppelt.<sup>5)</sup>

<b>Tabelle 1b: Entwicklung der Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt, 1970 – 2003</b>								
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Dänemark	7.9 <sup>1)</sup>	8.7	8.9	8.5	8.3	8.1	8.3	8.9
Deutschland	6.2	8.6	8.7	9.0	8.5	10.3	10.4	10.9
Finnland	5.6	6.2	6.3	7.1	7.8	7.4	6.7	7.4
Frankreich	5.3	6.4	7.0	7.9	8.4	9.4	9.2	10.4
Kanada	7.0 <sup>2)</sup>	7.1	7.1	8.2	9	9.2	8.9	9.9
Niederlande	6.6	6.9	7.2	7.1	7.7	8.1	7.9	9.1
Österreich	5.2	7.0	7.5	6.5	7	9.7	9.4	9.6
Schweden	6.8	7.6	9.0	8.6	8.3	8.1	8.4	9.3
Schweiz	5.5	7.0	7.4	7.8	8.3	9.7	10.4	11.5
Vereinigtes Königreich	4.5	5.5	5.6	5.9	6	7.0	7.3	7.9
Vereinigte Staaten	7.0	7.9	8.8	10.1	11.9	13.3	13.3	15.2

<sup>1)</sup> Wert von 1971. <sup>2)</sup> Wert von 1972.

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2006, Version vom 26. Juni 2006

Dieser erhebliche Anstieg ist insofern interessant, als die Vereinigten Staaten als ein Land mit einem (im Vergleich mit den anderen Ländern) stark wettbewerbsorientierten Gesundheitssystem gelten; dennoch haben sie das nicht nur absolut, sondern auch relativ teuerste System von allen. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass im Gesundheitsbereich die Zulassung von Wettbewerb allein nicht ausreichend ist, um ein befriedigendes Ergebnis zu erzielen, sondern dass es daneben einer ‚intelligenten‘ Regulierung bedarf. Der Reformbedarf ist heute in den Vereinigten Staaten nicht geringer als in der Schweiz oder z.B. auch in Deutschland.<sup>6)</sup>

An zweiter Stelle folgt auch hier wieder die Schweiz. Ihr Anteil betrug im Jahr 2003 11.5 Prozent, und er hat sich damit gegenüber dem Jahr 1970 um 109 Prozent erhöht und damit ebenfalls mehr als verdoppelt. An dritter Stelle folgt Deutschland mit einem Anteil von 10.9

5. Diese Entwicklung existiert nicht erst seit den siebziger Jahren. Siehe z.B. T. BESLEY und M. GOUVEIA (1994, S. 206f.), die die Entwicklung in wichtigen OECD-Staaten von den sechziger bis zu den achtziger Jahren beschreiben.

6. Zur Situation in den Vereinigten Staaten siehe z.B. W. MEIER, Das amerikanische Gesundheitswesen in der Krise: Zu ungleich, zu teuer, auf tönernen Füßen, *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 77 vom 1./2. April 2006, S. 33; zur Situation in Deutschland P. OBERENDER und J. ZERTH (2005).



Prozent und einem Anstieg um 76 Prozent. Demgegenüber weist Finnland mit einem Anteil von 7.4 Prozent und einer Steigerung um 32 Prozent sehr geringe Werte aus. Einen ähnlich niedrigen Wert hat auch das Vereinigte Königreich mit einem Anteil von 7.9 Prozent; allerdings ist dieser Anteil zwischen 1970 und 2002 um 76 Prozent gestiegen. Für die Schweiz interessant sind aber vor allem Dänemark, die Niederlande und Schweden, da es sich bei ihnen ebenfalls um kleine Staaten in Europa mit relativ hohem Einkommen handelt. Diese drei Staaten liegen, was den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt betrifft, mit Werten zwischen 8.9 und 9.3 Prozent im Mittelfeld, und sie weisen von den hier betrachteten Ländern mit 12.7 Prozent, 37.9 Prozent sowie 36.8 Prozent vergleichsweise geringe Anstiege dieser Quote auf.

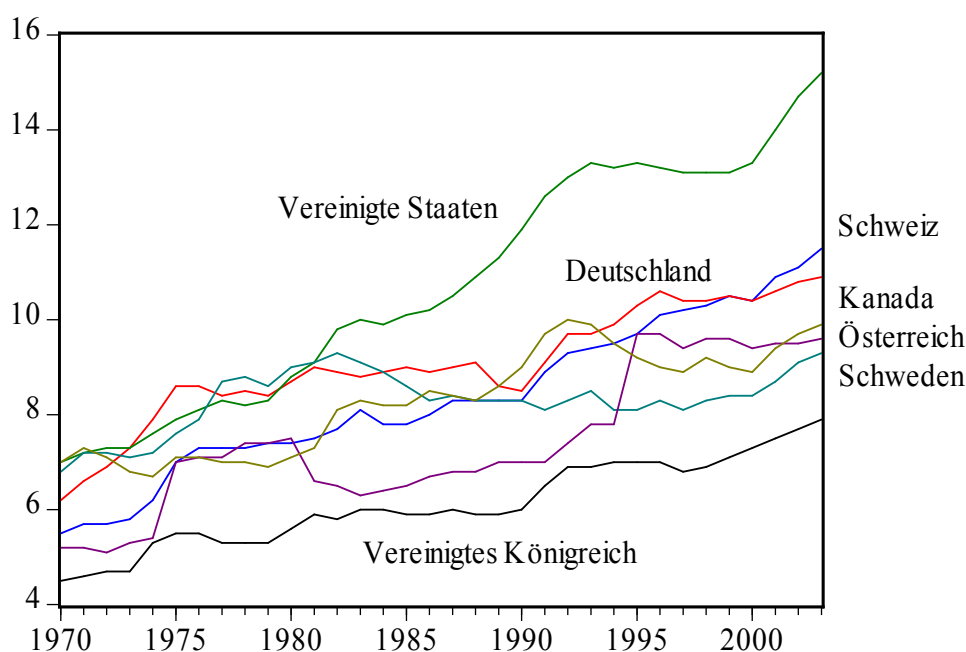


Abbildung 1b: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt

Man muss sich jedoch die Frage stellen, ob dieser in den meisten Ländern gewaltige, auch relative Anstieg der Ausgaben den Gesundheitszustand der Bevölkerung dieser Gesellschaften wirklich verbessert hat. Dies kann man zumindest approximativ an den beiden von der OECD verwendeten Indikatoren für den Gesundheitszustand bzw. die Mortalität der Bevölkerung, der Säuglingssterblichkeit und der Lebenserwartung ablesen. Beide Indikatoren zeigen, dass sich die Situation in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verbessert hat. In der Schweiz gab es im Jahr 1970 noch 15.1 Todesfälle auf 1000 Lebendgeburten, im Jahr 2000 nur noch 4.9. Und die Lebenserwartung ist in diesem Zeitraum von 73.8 auf 79.8 Jahre angestiegen.

Selbstverständlich steht die Schweiz mit dieser Entwicklung nicht alleine da. Nimmt man den ungewichteten Durchschnitt der 30 von der OECD betrachteten Staaten, dann ist die Säug-

lingssterblichkeit in diesem Zeitraum von 28.7 auf 6.6 Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten gesunken und die Lebenserwartung von 63.4 auf 77.3 Jahre gestiegen.

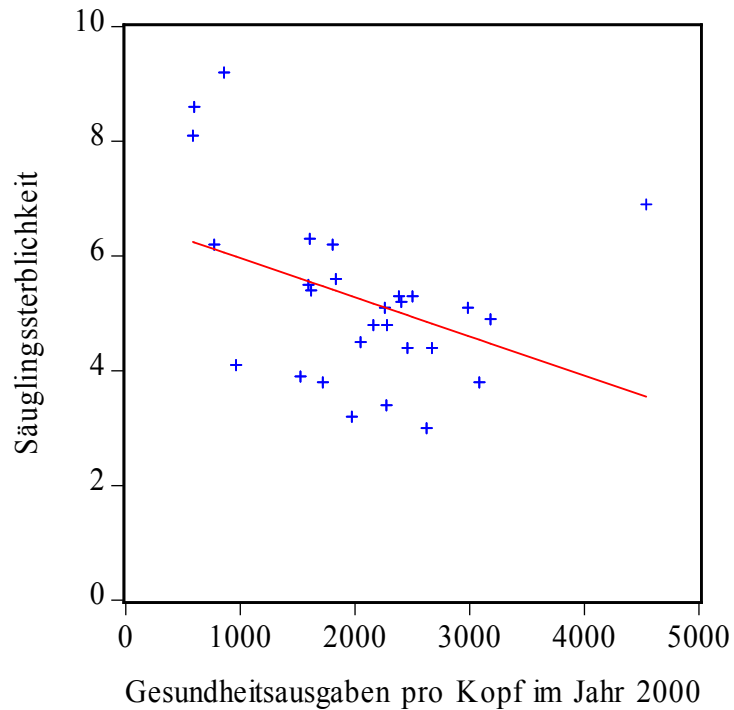


Abbildung 2a: Gesundheitsausgaben pro Kopf und Säuglingssterblichkeit

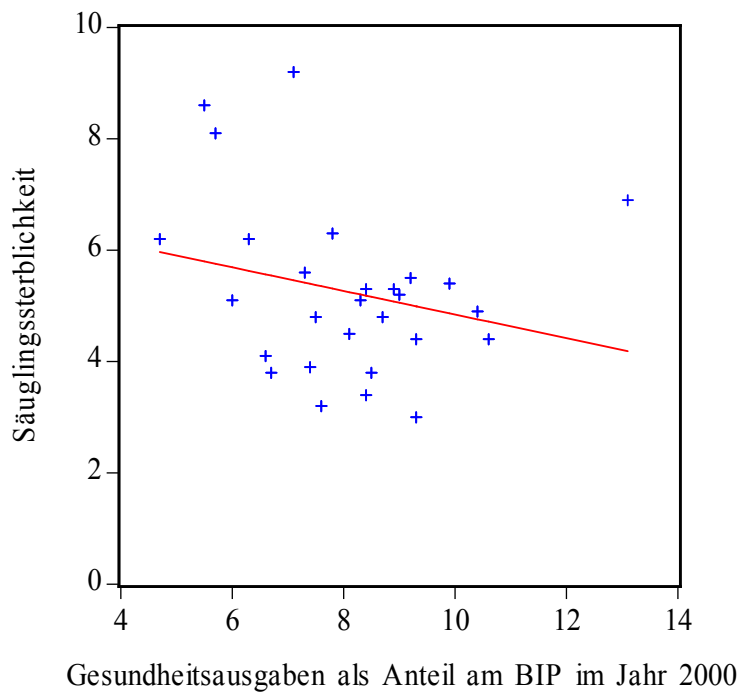


Abbildung 2b: Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP und Säuglingssterblichkeit

Die Situation sieht jedoch nicht mehr ganz so positiv aus, wenn wir im Querschnitt die Werte dieser beiden Indikatoren in den verschiedenen Ländern mit den Gesundheitsausgaben des Jahres 2000 vergleichen. *Abbildung 2a* zeigt das Verhältnis zwischen Säuglingssterblichkeit und Gesundheitsausgaben pro Kopf, wiederum gemessen in U.S.-Dollar zu Kaufkraftparitäten, *Abbildung 2b* dasjenige zwischen Säuglingssterblichkeit und dem Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP. In beiden Fällen finden wir die erwartete negative Korrelation; sie beträgt -0.388 bzw. -0.246, und sie ist für die pro Kopf-Werte auf dem 5 Prozent Niveau statistisch signifikant.<sup>7)</sup> Diese Signifikanz verschwindet jedoch, sobald man nur diejenigen Länder mit höheren absoluten oder relativen Gesundheitsausgaben in der Stichprobe belässt. Betrachtet man nur Länder mit Gesundheitsausgaben über 1000 U.S. Dollar pro Kopf, dann wird die Korrelation sogar positiv und beträgt 0.166, und auch dann, wenn man nur Länder mit einem Anteil der Gesundheitsausgaben von mehr als 7 Prozent des BIP berücksichtigt, wird sie positiv. Sie ist mit 0.057 jedoch verschwindend gering. Dies spricht dafür, dass zusätzliche Ausgaben für die Gesundheit bis zu einem bestimmten Schwellenwert die Säuglingssterblichkeit reduzieren, danach jedoch keine weitere Wirkung mehr erzielen.<sup>8)</sup>

Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn man die Beziehung zwischen den Gesundheitsausgaben und der Lebenserwartung betrachtet, wie sie in den *Abbildungen 3a* und *3b* dargestellt ist. Wir finden eine positive Beziehung: Die Lebenserwartung ist umso höher, je höher die Gesundheitsausgaben absolut oder relativ sind. Dabei handelt es sich vermutlich um eine Feedback-Beziehung: Je höher die Gesundheitsausgaben pro Kopf sind, desto höher ist die Lebenserwartung, aber eine höhere Lebenserwartung führt auch zu höheren Kosten. Die entsprechenden Korrelationen betragen 0.472 und 0.435, und sie sind auf dem 1 bzw. dem 5 Prozent Niveau statistisch signifikant. Aber auch hier verschwindet die Signifikanz wieder, wenn man die Länder mit sehr geringen Gesundheitsausgaben aus der Stichprobe herausnimmt. Betrachtet man nur die Länder mit Gesundheitsausgaben über 1000 U.S. Dollar pro Kopf, so erhalten wir eine negative Beziehung mit einer Korrelation von -0.036 zwischen den Gesundheitsausgaben und der Lebenserwartung, während wir dann, wenn wir nur die Länder mit einem Anteil der Gesundheitsausgaben von mehr als 7 Prozent des BIP betrachten, eine positive Korrelation von 0.043 zwischen diesem Anteil und der Lebenserwartung erhalten. Beide Werte sind verschwindend gering.

Die ‚falschen‘ Vorzeichen bei Ausschluss der Länder mit niedrigen Gesundheitsausgaben ergeben sich durch die Beobachtung für die Vereinigten Staaten: Sie weisen trotz ihrer sehr hohen Gesundheitsausgaben eine vergleichsweise hohe Säuglingssterblichkeit und geringe Lebenserwartung auf.<sup>9)</sup> Nimmt man die Vereinigten Staaten aus der Stichprobe heraus, dann

---

7. Wir haben die Werte der Türkei und Mexikos als Ausreisser aus der Stichprobe eliminiert. Beide Länder haben eine sehr hohe Säuglingssterblichkeit, die weit über den Werten aller anderen betrachteten Länder liegt. Berücksichtigt man auch diese Werte, dann werden die negativen Korrelationen betragsmässig erheblich grösser, und beide sind signifikant von Null verschieden.

8. Die verfügbare Evidenz zeigt, dass höhere Gesundheitsausgaben in Entwicklungs- und Übergangsländern den Gesundheitszustand einer Gesellschaft verbessern. Siehe hierzu S. GUPTA, M. VERHOEVEN und E. TIONGSON (1999, 2002).

9. Zu Sonderfaktoren, die dies zu einem erheblichen Teil erklären, wie z.B. der hohe Anteil an Übergewichtigen, siehe W.S. CAMONAR, H.E. FRENCH III und R.D. MILLER (2006). Dennoch liegt auch nach dieser Stu-

ergeben sich alle Vorzeichen so, wie man es erwartet: Höhere Gesundheitsausgaben führen zu einer geringeren Säuglingssterblichkeit und einer höheren Lebenserwartung. Nach wie vor aber sind die Korrelationen nicht signifikant. Bei (sehr) hohen Gesundheitsausgaben scheinen somit Erhöhungen dieser Ausgaben keine messbaren Auswirkungen mehr auf den Gesundheitszustand in einer Gesellschaft zu haben.

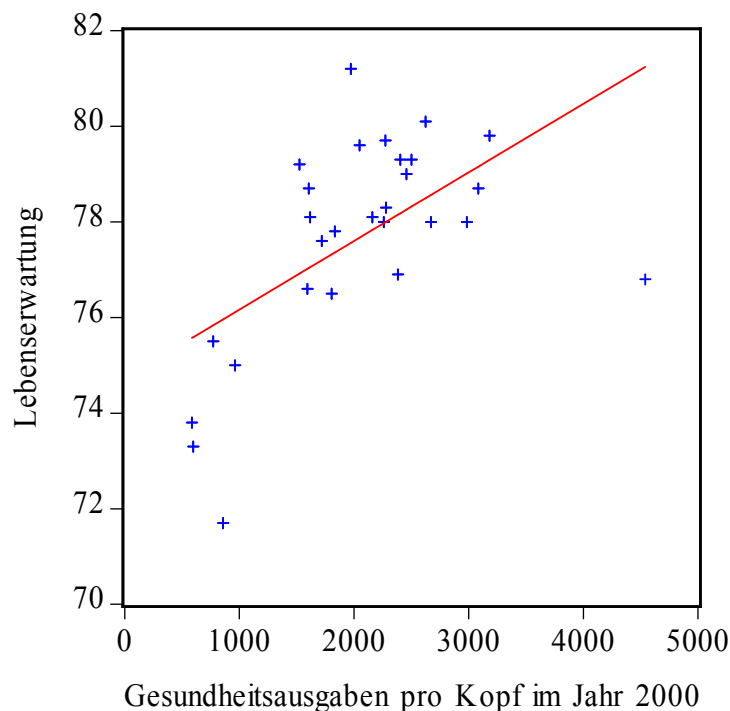


Abbildung 3a: Gesundheitsausgaben pro Kopf und Lebenserwartung

Wichtig für die Erfassung der Qualität eines Gesundheitssystems sind jedoch nicht nur diese relativ leicht erfassbaren ‚harten‘ Grössen, sondern z.B. auch, wie schnell die Patienten Zugang zu einer Behandlung oder zu neuen Medikamenten haben. Was letzteres betrifft, ist – verglichen mit anderen europäischen Staaten – nach N. WILKING und B. JÖNSSON (2005) die Situation in der Schweiz (wie auch in Österreich und Spanien) überdurchschnittlich gut, in Deutschland, Frankreich, Italien, Griechenland, den Niederlanden, Belgien, Dänemark, Schweden, Finnland und Irland durchschnittlich, im Vereinigten Königreich, Norwegen, Polen, der Tschechischen Republik und Ungarn dagegen unterdurchschnittlich. Eine Vielzahl solcher ‚weicher‘ Faktoren versucht der *Europa-Gesundheitskonsumenten-Index* zu erfassen. Im Vergleich aller EU-Staaten und der Schweiz landet letztere auf Platz 5, hinter Frankreich, den Niederlanden, Deutschland, und Schweden. Dabei sind die Punktabstände freilich sehr gering: Frankreich erhält 576, die Schweiz 563 von 750 möglichen Punkten, weshalb die Rei-

---

die die Produktivität des U.S. amerikanischen Gesundheitssystems etwas unter dem Durchschnitt der OECD-Staaten.

henfolge bei geringfügig anderer Gewichtung der verwendeten Indikatoren auch anders hätte lauten können. Das Gesamturteil über die Schweiz lautet: „Gut, aber teuer.“<sup>10)</sup>

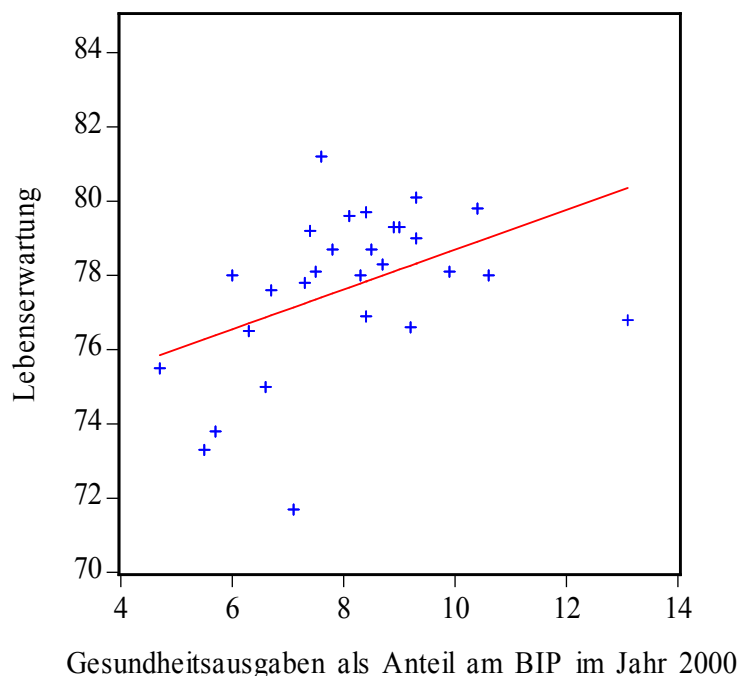


Abbildung 3b: Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP und Lebenserwartung

Bisher haben wir objektive Indikatoren für den (durchschnittlichen) Gesundheitszustand der Bürgerinnen und Bürger in einer Gesellschaft betrachtet. Interessant ist jedoch auch die subjektive Einschätzung der Situation durch die Betroffenen. Diese wurde z.B. im Rahmen des World Value Survey (WVS) in den Jahren 1999/2000 in insgesamt 33 Ländern erhoben. Dabei wurde eine repräsentative Stichprobe des jeweiligen Landes nach ihrem Vertrauen in das Gesundheitssystem befragt. Die Antwortmöglichkeiten waren „sehr viel“ (a great deal), „ziemlich viel“ (quite a lot), „nicht sehr viel“ (not very much) sowie „überhaupt nicht“ (none at all). Der aus diesen Antworten konstruierte Index ergibt sich aus dem Anteil jener, die sehr oder ziemlich viel Vertrauen in das Gesundheitssystem ihres Landes haben.<sup>11)</sup>

Abbildung 4a zeigt die Beziehung zwischen diesem Index und den Gesundheitsausgaben pro Kopf im Jahr 2000 für jene 21 Länder, bei denen sowohl dieser Index im Rahmen des WVS erhoben wurde als auch Daten in den Gesundheitsstatistiken der OECD enthalten sind.<sup>12)</sup> Die

10. Siehe: HEALTH CONSUMER POWERHOUSE, *Euro Health Consumer Index 2006*, Brüssel, 19. Juni 2006, S. 20. (<http://healthpowerhouse.com/media/RaportEHCI2006en.pdf> (11/09/06)) – Diesen Zahlen sollte man freilich mit Zurückhaltung begegnen. Die Autoren dieses Berichts schreiben selbst, dass ihre Untersuchung der Patienteninformation dienen soll und nicht als wissenschaftliche Studie zu verstehen ist.

11. Siehe hierzu R. INGLEHART et al. (2004, E084\_1).

12. In dieser Stichprobe sind weder die Vereinigten Staaten noch die Schweiz enthalten, da in diesen beiden Ländern im Rahmen des WVS diese Frage nicht gestellt wurde.

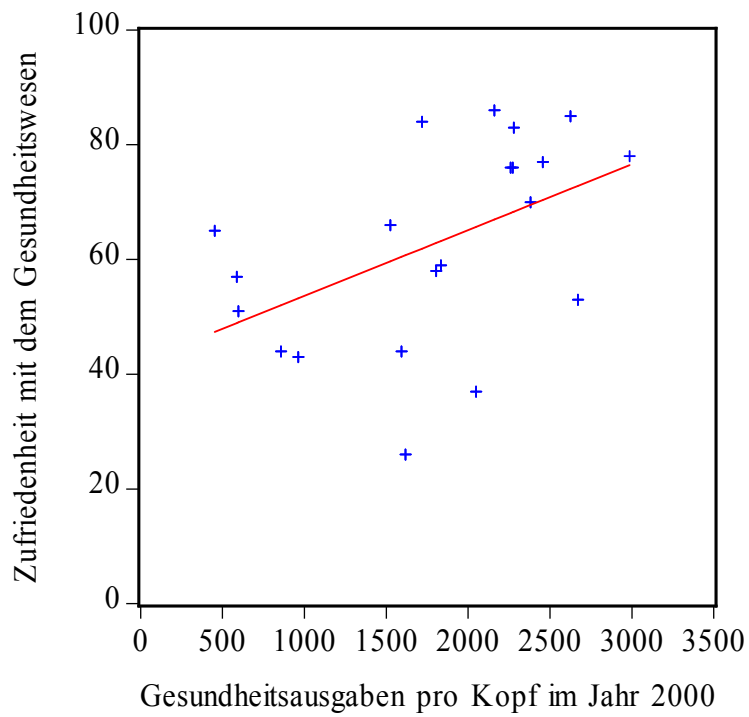


Abbildung 4a: Gesundheitsausgaben pro Kopf und Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem

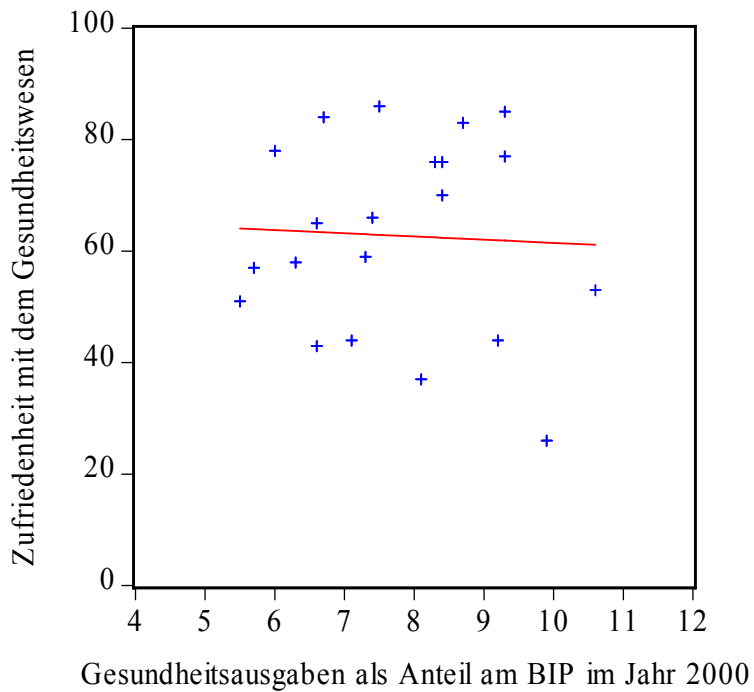


Abbildung 4b: Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP und Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem

Beziehung ist – wie erwartet – positiv: Je höher die Gesundheitsausgaben pro Kopf sind, desto zufriedener sind die Bürgerinnen und Bürger mit ihrem Gesundheitssystem. Die Korrelation beträgt 0.484 und ist auf dem 5 Prozent Niveau statistisch signifikant. Betrachten wir dagegen die Beziehung zwischen diesem Index und dem Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP (*Abbildung 4b*), dann erhalten wir mit einer Korrelation von -0.047 eine ganz schwach ausgeprägte negative Beziehung. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP scheint keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem zu haben.

Wie bereits angemerkt wurde, zeigen die vorgestellten Korrelationen nicht notwendigerweise Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge auf; hierzu bedürfte es kausaler Modelle. Andererseits ergeben alle Indikatoren im Wesentlichen ein gemeinsames Bild: Bis zu einer bestimmten Höhe gehen steigende Gesundheitsausgaben mit einer Verbesserung des Gesundheitszustands in einer Gesellschaft einher, danach ist ein statistisch signifikanter Effekt nicht mehr feststellbar. Dabei dürfte sich diese ‚Schranke‘ im Zeitablauf verändern. Betrachtet man vor diesem Hintergrund die Situation der Schweiz, dann weisen die verfügbaren Indikatoren auf eine hohe Qualität des Systems hin. Diese wird jedoch mit sehr hohen Kosten erkaufte. Dies lässt vermuten, dass erhebliche Kosteneinsparungspotentiale bestehen. Besonders interessant ist dabei der Vergleich mit den Niederlanden und Schweden. Beide Länder hatten einen vergleichsweise geringen relativen Anstieg der Gesundheitsausgaben und haben heute deutlich tiefere Ausgaben als die Schweiz. Bezüglich der objektiven Indikatoren schneiden beide recht gut ab. Bei der Lebenserwartung liegen beide Länder mit 78.0 und 79.7 Jahren nur knapp unter derjenigen der Schweiz mit 79.8 Jahren, während die Säuglingssterblichkeit mit 5.1 Todesfällen je 1000 Lebendgeburten in den Niederlanden leicht höher, in Schweden mit einem Wert von 3.4 jedoch deutlich geringer ist als in der Schweiz mit einem Wert von 4.9. Die Wartezeiten sind zwar in beiden Ländern höher als in der Schweiz, aber insgesamt schneiden sie dennoch bei den ‚weichen Faktoren‘ sogar geringfügig besser ab als die Schweiz. Und auch die subjektive Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem ist mit Indexwerten von 76 bei einem Mittelwert von 62.8 in beiden Ländern recht hoch. Aber auch Finnland mit seinem deutlich geringeren Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt schneidet bei den objektiven Indikatoren nicht wirklich schlechter ab als die Schweiz. Die Säuglingssterblichkeit beträgt dort 3.8 Todesfälle je 1000 Lebendgeburten, die Lebenserwartung 77.6 Jahre. Zudem liegt es, was die subjektive Zufriedenheit der Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem angeht, mit einem Indexwert von 84 auf Platz 4 der 33 betrachteten Länder. Offensichtlich lässt sich auch mit deutlich geringeren Ressourcen als in der Schweiz eine hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem erzielen.

## **2.2 Die Struktur der Kosten und ihre Entwicklung**

Die *Abbildungen 5a* und *5b* zeigen die Struktur der Gesundheitskosten in den Jahren 1985 und 2003.<sup>13)</sup> Dabei fällt auf, dass sich diese Struktur in diesem Zeitraum kaum verändert

---

13. Quelle der Daten: BUNDESAMT FÜR STATISTIK.

hat.<sup>14)</sup> Knapp die Hälfte der Ausgaben wurde für die stationäre Behandlung aufgewendet: 46.7 Prozent im Jahr 1985 und 47.8 Prozent im Jahr 2003. Auch der Anteil der Arzneimittel veränderte sich kaum; er sank leicht von 13.4 Prozent im Jahr 1985 auf 12.6 Prozent im Jahr 2003. Das Gleiche gilt für die ‚anderen Leistungen‘, deren wichtigste Komponenten ‚Medizinische Laboruntersuchungen‘ sowie ‚Transport und Rettung‘ sind und die von 3.4 auf 3.1 Prozent gesunken sind. Die Verwaltungsausgaben sind von 5.66 Prozent auf 4.81 Prozent zurückgegangen. Erhöht hat sich dagegen der Anteil der Prävention, auch wenn er mit 2.25 Prozent immer noch sehr gering ist. Deutliche Veränderungen ergaben sich bei der ambulanten Behandlung (ohne Zahnbehandlung), deren Anteil von 20.6 Prozent auf 23.2 Prozent gestiegen ist, sowie bei der Zahnbehandlung. Ihr Anteil sank von 8.5 auf 6.2 Prozent und ging damit immerhin um 30 Prozent zurück. Dieser Rückgang ist insofern bemerkenswert, als dies jener Teil der Gesundheitsausgaben ist, der durch Versicherungen kaum abgedeckt ist.

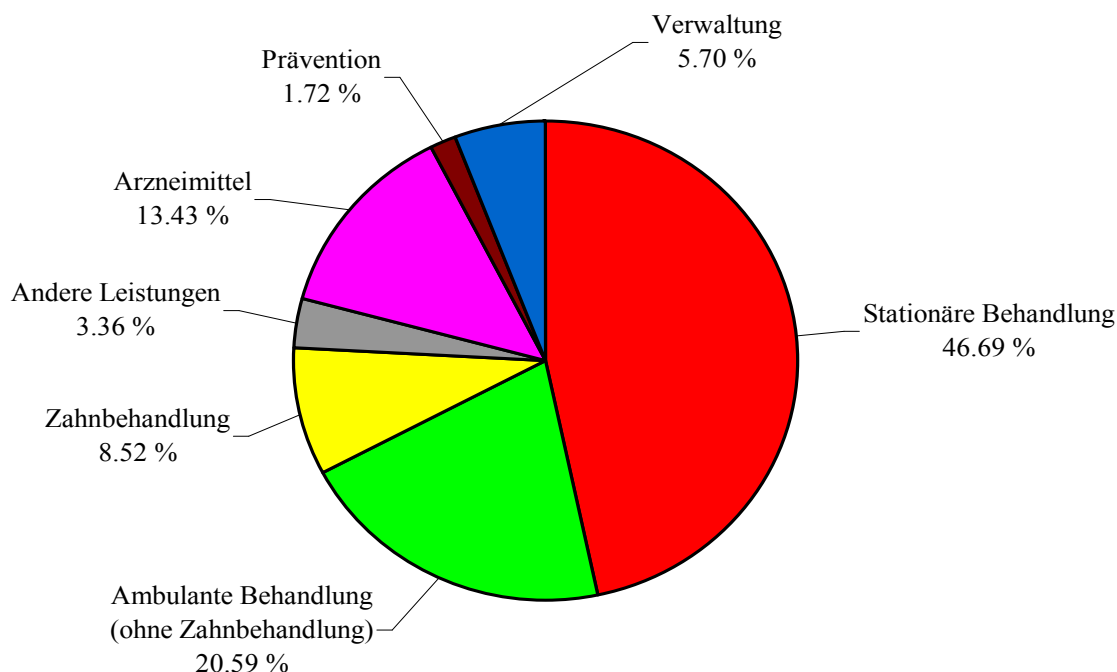


Abbildung 5a: Struktur der Gesundheitsausgaben im Jahr 1985

Verschiebungen gab es dagegen in der Zeit vor 1980. Von 1960 bis 1980 ist der Anteil der stationären Behandlung von 35.6 auf 47.5 Prozent gestiegen, während derjenige der ambulanten Behandlung (einschliesslich der Zahnbehandlung und der anderen Leistungen) von 36.6 auf 31.6 Prozent gesunken ist und jener der Arzneimittel von 24.2 auf 14.5 Prozent. Die wesentlichen Verschiebungen in der Kostenstruktur des Gesundheitswesens liegen damit um mehr als zwei Jahrzehnte zurück.<sup>15)</sup>

14. Siehe auch die entsprechende Abbildung für das Jahr 1996 in O. BIERSACK (2005, S. 8), die ebenfalls fast die gleiche Struktur aufzeigt.

15. Vor 1985 werden die Aufwendungen für die Zahnbehandlung und für die anderen Leistungen nicht gesondert ausgewiesen, sondern sie werden der ambulanten Behandlung zugerechnet.



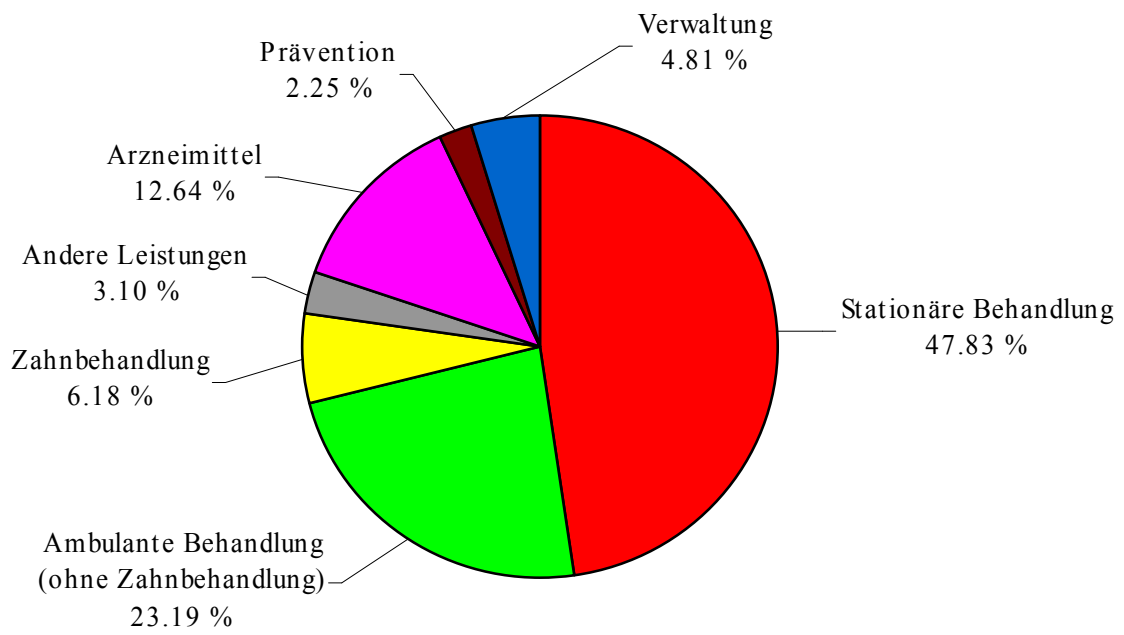


Abbildung 5b: Struktur der Gesundheitsausgaben im Jahr 2003

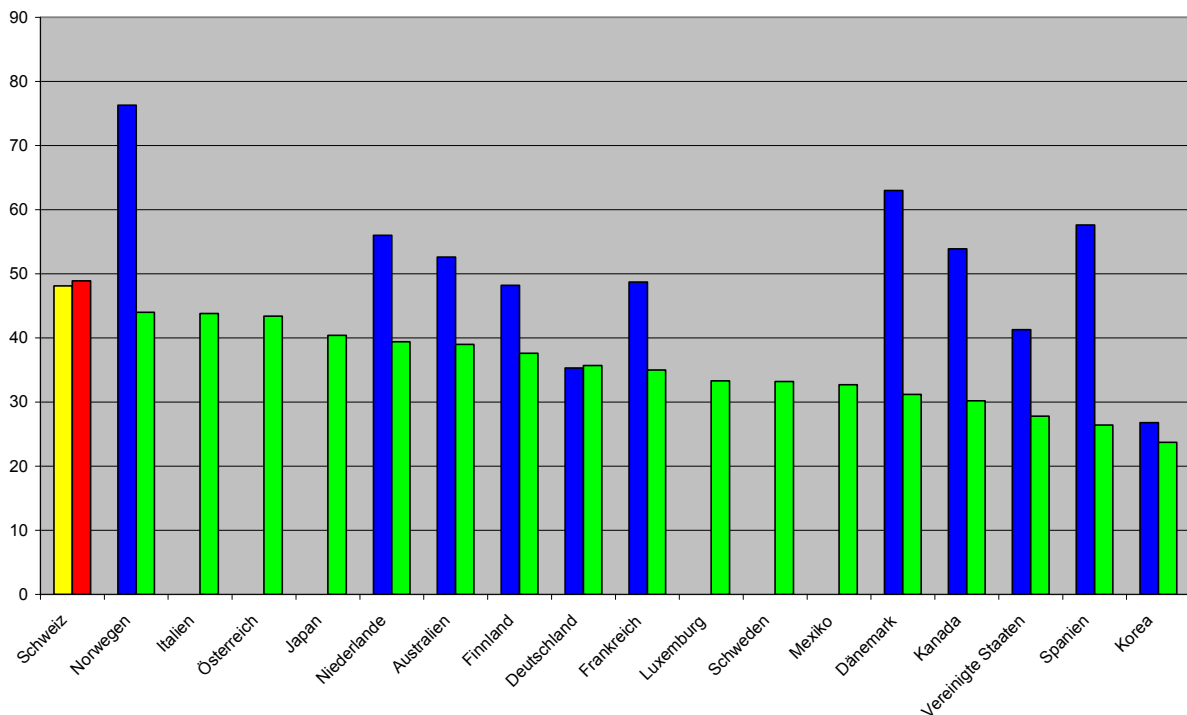
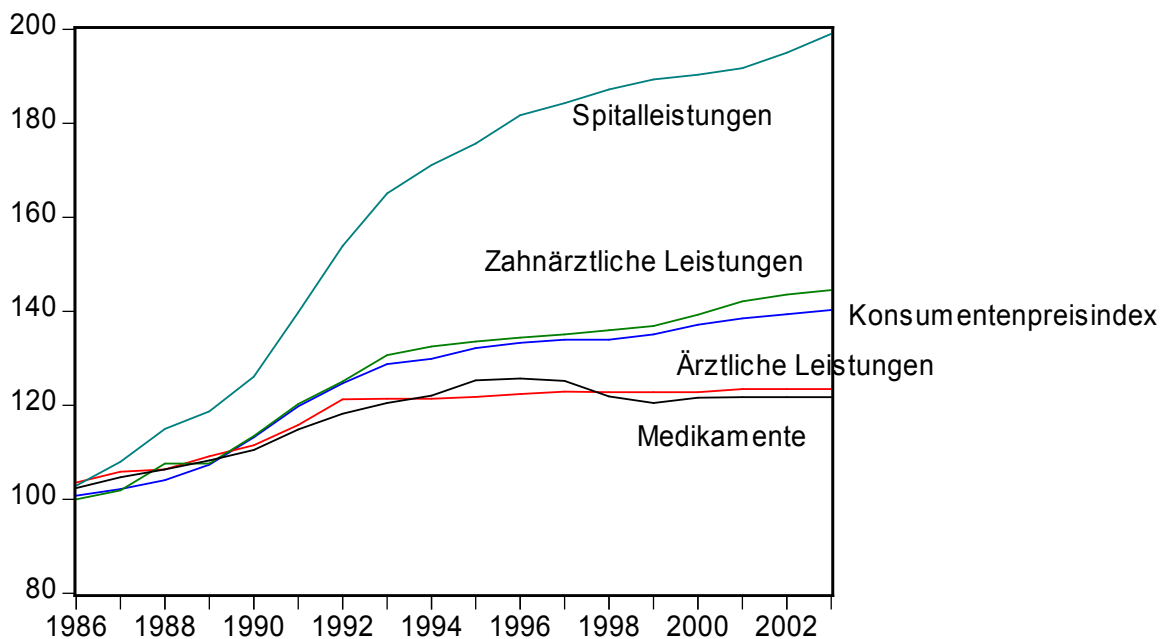


Abbildung 6: Anteile der Kosten für die Stationäre Behandlung an den gesamten Gesundheitskosten (gelb/blau = 1985, grün/rot = 2003)

Dabei ist es interessant festzustellen, dass, wie *Abbildung 3.6* zeigt, die Schweiz von allen hier betrachteten Ländern den höchsten Anteil der Spitalkosten an den gesamten Kosten des Gesundheitswesens hat. Dies war in den achtziger Jahren noch anders. Damals gab es eine Reihe von Ländern, die deutlich höhere Anteile hatten, wie z.B. Norwegen, Dänemark oder die Niederlande. Sie haben diesen Anteil in den letzten 20 Jahren jedoch zum Teil drastisch reduziert, während er in der Schweiz sogar minimal zugenommen hat.

### 2.3 Die Entwicklung der Preise und Mengen

Bisher haben wir nur die gesamten Kosten, d.h. die Umsätze betrachtet. Deren Steigerung kann durch drei Faktoren bewirkt werden: (i) eine Erhöhung der Preise bei gleich bleibender Qualität, (ii) eine reine Mengenexpansion sowie (iii) eine Erhöhung der Qualität, die zu einer Preiserhöhung führt und diese auch rechtfertigt. Je nachdem, in welchem Umfang diese drei Gründe für die Kostenentwicklung verantwortlich sind, dürften unterschiedliche Strategien zur Kosteneindämmung angebracht sein.



*Abbildung 7: Konsumentenpreisindex der Gesundheitsleistungen (1985 = 100)*

Leider sind entsprechende Angaben nur sehr unvollständig verfügbar, und die vorhandenen Statistiken weisen darüber hinaus Strukturbrüche auf, die einen Nachvollzug der zeitlichen Entwicklung sehr erschweren. Am besten dokumentiert sind noch die Konsumentenpreise für die Gesundheitsleistungen, die in *Abbildung 7* wiedergegeben sind.<sup>16)</sup> Während die Konsumentenpreise für ärztliche Leistungen und für Medikamente etwa ab dem Jahr 1992 im Durchschnitt nur um ein knappes halbes Prozent pro Jahr und damit deutlich geringer als das allgemeine Niveau der Konsumentenpreise gestiegen sind, sind die Konsumentenpreise für

17. Quelle der Daten: OECD (2006).

zahnärztliche Leistungen seit damals fast parallel zum Konsumentenpreisindex um durchschnittlich knapp 1.5 Prozent und die Konsumentenpreise für Spitalleistungen deutlich stärker als das allgemeine Preisniveau sogar um fast 3 Prozent pro Jahr gestiegen. Dabei ist freilich zu beachten, dass dies mit Ausnahme der zahnärztlichen Leistungen keine Marktpreise, sondern staatlich festgelegte Preise sind, die nur einen (teilweise sehr geringen) Teil der Kosten abdecken, da die Kosten, welche die Patienten selbst tragen, z.B. bei der ambulanten Behandlung, durch Selbstbehalt und Franchise begrenzt sind.

Geht man davon aus, dass diese Preisindizes qualitätsbereinigt sind, kann man aus den Ausgaben der privaten Haushalte für die verschiedenen Kategorien der Gesundheitsausgaben Mengenindizes berechnen, die freilich nicht qualitätsbereinigt sind. Leider sind aber die entsprechenden Ausgabenreihen (mit Ausnahme jener für zahnärztliche Leistungen) nicht über die Zeit hinweg konsistent. Daher kann man allenfalls für die Zeiträume von 1986 bis 1994 und von 1996 bis 2004 Steigerungsraten berechnen und hoffen, dass diese trotz des Bruchs in den Zeitreihen einigermaßen vergleichbar sind.

<b><i>Tabelle 2: Durchschnittliche jährliche Wachstumsraten der realen Gesundheitsleistungen pro Kopf (in Prozent)</i></b>			
	1986 – 1994	1996– 2004	1986 – 2004
Stationäre Behandlung ohne langfristige Behandlung <sup>1</sup>		6.99	
Stationäre Behandlung einschliesslich langfristiger Behandlung	– 0.49	2.51	1.01
Behandlung durch Ärzte	1.85	3.54	2.69
Behandlung durch Zahnärzte	1.63	0.93	1.28
Arzneimittel <sup>2</sup>	0.43	0.28	0.35
<p><sup>1</sup>) Die Zuzahlungen der privaten Haushalte an die Krankenhäuser ohne Einschluss der Sozialmedizinischen Institutionen werden erst seit 1995 getrennt erfasst.</p> <p><sup>2</sup>) Im Zeitraum bis 1994 werden die durch Ärzte abgegebenen Arzneimittel nicht erfasst.</p> <p><u>Quelle:</u> Eigene Berechnungen nach Unterlagen des BUNDESAMTS FÜR STATISTIK</p>			

Die Werte für die Wachstumsraten sind für die verschiedenen Perioden in *Tabelle 2* aufgelistet. Dabei zeigt sich (bei aller gebotenen Vorsicht, mit denen man diese Zahlen verwenden sollte), dass vor allem im letzten Jahrzehnt, d.h. nach Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes, eine Ausweitung der Menge und/oder Qualität insbesondere bei der stationären Behandlung sowie bei der Behandlung durch Ärzte stattgefunden hat, während die

Entwicklung bei den Behandlungen durch Zahnärzte sowie bei den Arzneimitteln eher zurückhaltend war.

Die zuverlässigsten Zahlen in dieser Tabelle dürften wohl jene für die Zahnbehandlung sein, da hier die Konsumenten die Kosten weitgehend selbst tragen müssen. Dabei ist interessant festzustellen, dass in diesem Bereich der ambulanten Behandlung, in dem die Politik nicht in den Preisbildungsprozess eingreift, die Preise stärker und die Mengen geringer steigen als bei der ärztlichen Behandlung, deren Preise staatlich reguliert sind. Die geringere Mengenausweitung dürfte u.a. darauf zurückzuführen sein, dass bei der Zahnbehandlung die (unten noch zu diskutierende) anbieterinduzierte Nachfrage eine deutlich geringere Rolle spielen dürfte als bei der ärztlichen Behandlung, weshalb die Patienten stärker auf Preisanreize reagieren. Tatsächlich ist die Zahl der Zahnarztbesuche pro Kopf auch von 1.6 im Jahr 1992 über 1.3 im Jahr 1997 auf 1.2 im Jahr 2002 zurückgegangen.<sup>17)</sup>

Dies sind freilich nur die Zahnarztbesuche im Inland. Beim Rückgang pro Kopf in den letzten 15 Jahren könnte neben einer erfolgreichen Prävention auch eine Rolle spielen, dass nach dem Fall des Eisernen Vorhangs neben der bereits seit langem bestehenden Konkurrenz aus den Nachbarländern den schweizerischen Zahnärzten auch Konkurrenz aus den Ländern Mittel- und Osteuropas entstanden ist, insbesondere aus Ungarn. Dort werden heute auch aufwendige Sanierungen zu deutlich geringeren Preisen als in der Schweiz angeboten, was zu einem entsprechenden Tourismus geführt hat. Diese Konkurrenz scheint sich zwar nicht auf die Preisentwicklung dämpfend ausgewirkt zu haben, aber auf die Nachfrage im Inland. Dies spiegelt sich darin wider, dass, wie oben aufgezeigt wurde, der Anteil der Kosten für die Zahnbehandlung an den gesamten in der Schweiz anfallenden Gesundheitskosten in dieser Zeit deutlich gefallen ist.<sup>18)</sup>

Da die Mengen bei den Arzneimitteln nicht sehr stark, die Gesamtausgaben für Medikamente aber erheblich gestiegen sind, ist der durchschnittliche, von der Krankenkasse für ein Medikament zu entrichtende Preis deutlich gestiegen.<sup>19)</sup> Da die Preise neuer Medikamente während der Laufzeit des Patentschutzes kaum verändert werden, müssen die neuen Medikamente, die in aller Regel auch einen Qualitätsfortschritt bedeuten, im Schnitt deutlich teurer gewesen sein als die alten, und die Preissenkungen durch das Auftauchen von Generika nach Ablauf der Patentfrist haben dies (zumindest in dem hier betrachteten Zeitraum) nicht ausgeglichen.

Es wäre informativ, weitere Mengenindikatoren (wie z.B. die Zahl der Arztbesuche) zu berücksichtigen. Sie stehen jedoch kaum zur Verfügung und sind noch seltener über die Zeit hinweg konsistent. Dokumentiert ist jedoch die Anzahl der Ärzte, Zahnärzte und Apotheken, die in *Abbildung 8* wiedergegeben ist.<sup>20)</sup> Dabei zeigen sich sehr unterschiedliche Entwicklun-

---

18. Entsprechend einer Umfrage von PULSUS haben 11 Prozent der Bevölkerung ihre Zähne bereits einmal im Ausland reparieren lassen. Siehe hierzu <http://www.pulsus.info/06-02-01.Tabellen.pdf> (06/09/06).

19. Siehe hierzu auch die Angaben von santésuisse für den Zeitraum von 1997 bis 2003 in CH. BRÄNDLI, Kostenfaktor Medikamente: Grosses Sparpotential, 20. April 2005 (<http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200504191112552.PDF> (11/08/06)).

20. Quelle der Daten: *Statistisches Jahrbuch der Schweiz*, verschiedene Jahrgänge.

gen. Während die Zahl der Ärzte pro Kopf der Bevölkerung im betrachteten Zeitraum um 1.9 Prozent pro Jahr und damit um insgesamt um 42.9 Prozent gewachsen ist, blieb sowohl die Zahl der Zahnärzte als auch jene der Apotheken nahezu konstant; beide weisen mit 0.2 Prozent bzw. 0.3 Prozent pro Jahr und damit über 19 Jahre insgesamt 3.2 Prozent bzw. 6.0 Prozent nur ein sehr geringes Wachstum auf. Die zunehmende Ärztedichte setzt stärkere zusätzliche Anreize zur anbieterinduzierten Nachfrage von Leistungen, die aus gesundheitlichen Überlegungen nicht unbedingt notwendig sind, als die Dichte der Zahnärzte, die sich kaum verändert hat. Zudem reduziert die stärkere Ärztedichte die durchschnittlichen Zeitkosten eines Arztbesuchs und erleichtert damit solche Besuche für die Patienten.

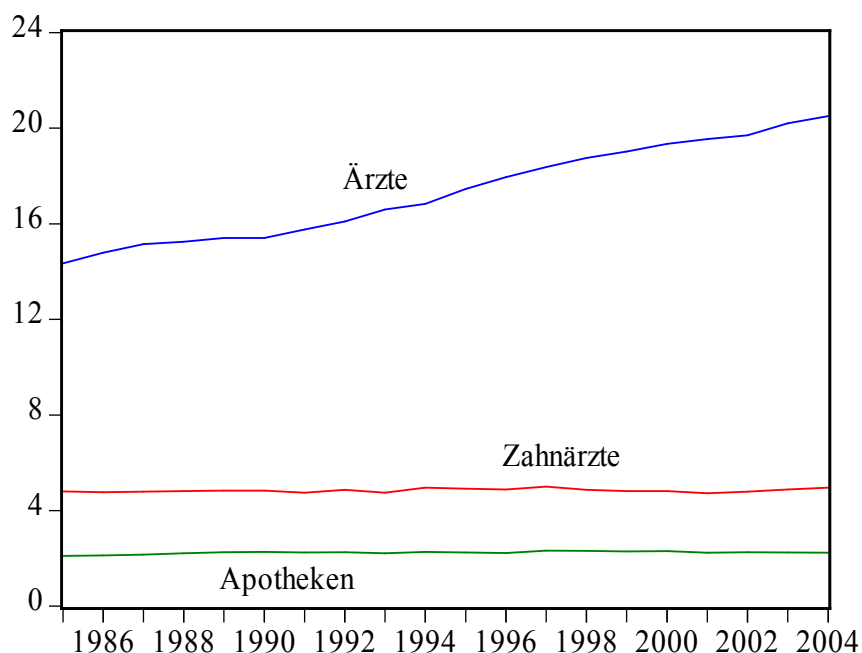


Abbildung 8: Anzahl der Ärzte, Zahnärzte und Apotheken pro 10'000 Einwohner

Für die stationäre Behandlung sind als Indikatoren die Verweildauer bei akuter Versorgung sowie (ab 1986) die Anzahl der Spitalbetten verfügbar.<sup>21</sup> Wie *Abbildung 9* zeigt, sind beide in den letzten zwei Jahrzehnten (wie auch in anderen Ländern) deutlich zurückgegangen, die Bettendichte um 28 Prozent und die Verweildauer um 37 Prozent. Gerade letzteres hat selbstverständlich dazu beigetragen, dass die Kosten pro Behandlungstag gestiegen sind, da die Patienten heute (z.B. nach einer Operation) offensichtlich schneller nach Hause entlassen werden, als dies noch vor zwanzig Jahren üblich war. So wurden z.B. zwischen 1990 und 1996 11 Prozent der Betten abgebaut, während die Kosten im gleichen Zeitraum um 9 Prozent gestiegen sind.<sup>22)</sup>

21. Quelle der Daten: OECD (2006). – Bei der Bettendichte wurde der Wert für das Jahr 1989, der nicht verfügbar ist, linear interpoliert.

22. Siehe INTERDEPARTEMENTALE ARBEITSGRUPPE ‚FINANZIERUNG DER SOZIALVERSICHERUNGEN (IDA FiSo 2)‘ (1997, S. 70) sowie die dort angegebene Quelle. – Abgenommen hat in den letzten 20 Jahren auch die Zahl der Pflgetage pro Kopf in der Akutversorgung. Siehe hierzu Y. ABRAHAMSEN, J. HARTWIG und B. SCHIPS (2005, S. 110).

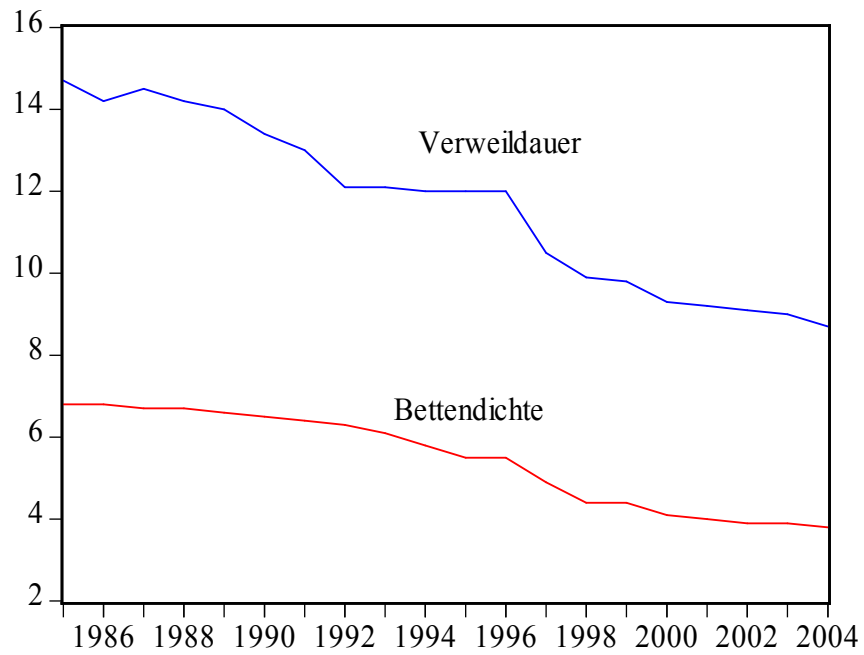


Abbildung 9: Bettendichte (pro 1'000 Einwohner) und Verweildauer (in Tagen) in der Akutversorgung

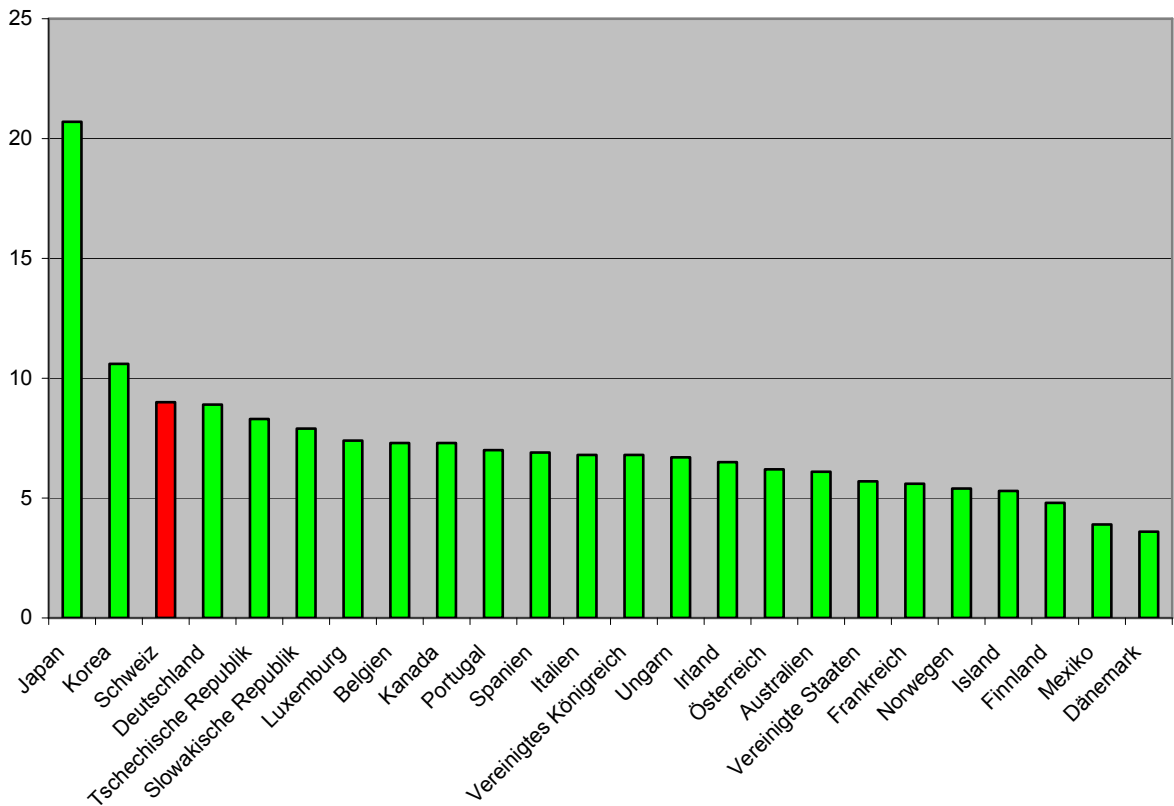


Abbildung 10: Verweildauer in der Akutversorgung (in Tagen) im Jahr 2003

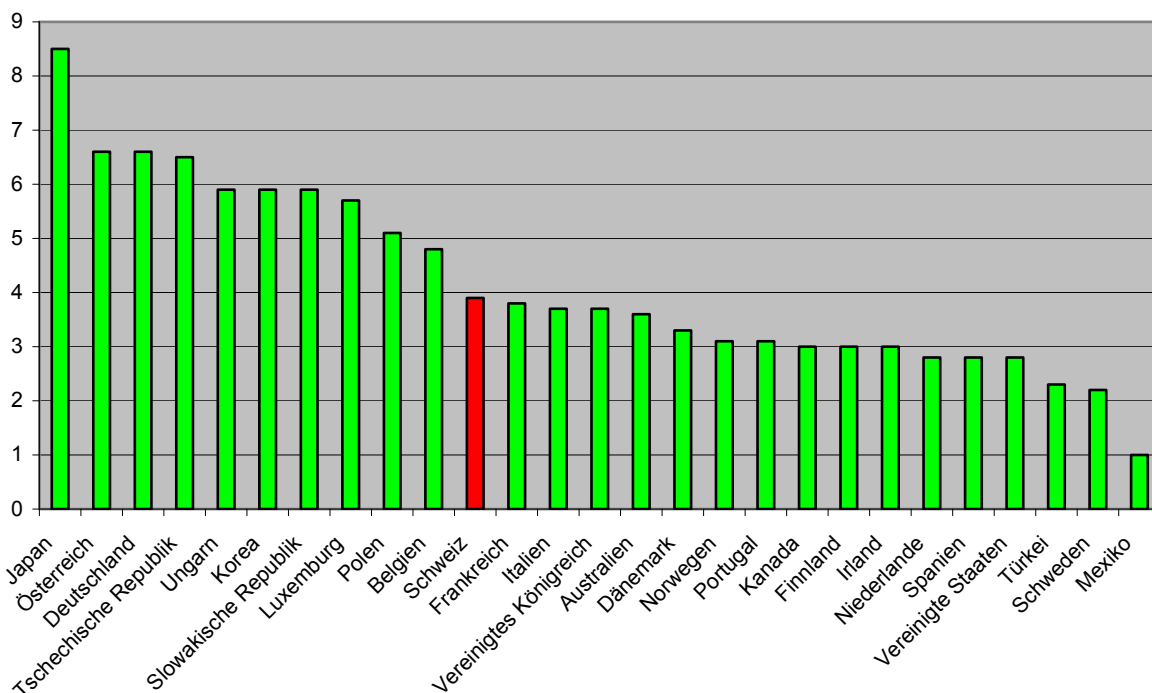


Abbildung 11: Bettendichte in der Akutversorgung (pro 1000 Einwohner) im Jahr 2003

Die Verringerung der Verweildauer dürfte auch auf politischen Druck zurückzuführen sein; schliesslich wird schon seit längerem moniert, dass die Verweildauer in der Schweiz im internationalen Vergleich relativ hoch ist. Wie *Abbildung 10* zeigt, gilt das auch heute noch; nach Japan und Korea hat die Schweiz mit 9 Tagen die längste durchschnittliche Verweildauer im akuten Bereich. Dagegen ist die in *Abbildung 11* dargestellte Bettendichte im Vergleich mit den betrachteten Staaten zwar nicht niedrig, aber auch nicht besonders hoch. Zusammen mit der hohen Verweildauer spricht dies dafür, dass in der Schweiz vergleichsweise wenige Einweisungen in die stationäre Behandlung stattfinden und/oder die existierenden Spitalbetten besonders gut ausgelastet sind.

## 2.4 Zusammenfassung

Aus all dem ergibt sich Folgendes:

- (i) Die Schweiz hat im internationalen Vergleich zwar nicht das teuerste, aber zumindest eines der teuersten Gesundheitssysteme. Dies gilt nicht nur absolut, sondern auch relativ, d.h. in Bezug auf das Bruttoinlandsprodukt. Auch wenn man anerkennt, dass das schweizerische Gesundheitssystem qualitativ sehr hochwertig ist, deutet dies auf Einsparmöglichkeiten und/oder Spielräume zur Effizienzsteigerung hin.
- (ii) Bis zu einem gewissen Punkt gehen höhere Gesundheitsausgaben (pro Kopf wie als Anteil am Bruttoinlandsprodukt) mit einer Verbesserung objektiver Gesundheitsindikatoren wie z.B. der Lebenserwartung als auch subjektiver Indikatoren wie der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem einher. Die Schweiz ist jedoch vermutlich über diesen

Punkt hinaus, d.h. man könnte mit geringeren Ausgaben den gleichen Standard erreichen.

- (iii) Die Entwicklung in der Schweiz ist jedoch nicht singular, sondern eingebettet in eine internationale Tendenz zum relativen Anstieg der Gesundheitsausgaben. Dies deutet darauf hin, dass es Gründe für diesen Anstieg gibt, die nicht im schweizerischen System liegen und die, soll die Qualität nicht verschlechtert werden, kaum ausser Kraft gesetzt werden können.
- (iv) Die Struktur der Kosten ist mit zwei Ausnahmen im Zeitablauf relativ konstant geblieben: Der Anteil der Kosten für die ambulante Behandlung hat deutlich zu- und jener für die Zahnbehandlung deutlich abgenommen. Die Kosten der stationären Behandlung haben sich anteilmässig kaum verändert, sie machen nach wie vor fast die Hälfte der gesamten Kosten aus und sind im internationalen Vergleich sehr hoch.
- (v) Mengen und Preise dürften sich in den verschiedenen Bereichen unterschiedlich entwickelt haben. Während bei der ambulanten Behandlung eine deutliche Mengenausweitung festzustellen ist, die auch mit der zunehmenden Ärztedichte zusammen hängen dürfte, stellen wir bei den Medikamenten sowie insbesondere im stationären Bereich vor allem einen Preisanstieg fest. Versuche, den Kostenanstieg einzudämmen, müssen daher in den einzelnen Bereichen an unterschiedlichen Punkten ansetzen.

Im Folgenden wird es zunächst darum gehen, die besondere ökonomische Problematik herauszuarbeiten, die mit dem Gesundheitswesen verbunden ist, sowie die Gründe aufzuzeigen, die zu überhöhten bzw. zu stark steigenden Kosten führen.

### **3 Die grundsätzliche Problematik im Gesundheitswesen**

Wie eingangs ausgeführt wurde, ist die Tatsache, dass der Gesundheitssektor eine ‚Wachstumsbranche‘ ist, für sich alleine genommen eher positiv als negativ zu bewerten. Wäre der Gesundheitsmarkt ein Markt wie jeder andere und gäbe es eine gesellschaftliche Übereinkunft dergestalt, dass auch in diesem Markt alle Bürgerinnen und Bürger ihre Nachfrage entsprechend ihrer Kaufkraft entfalten sollen, hätten wir mit diesem Markt vergleichsweise wenig Probleme. Nun hat dieser Markt jedoch Besonderheiten, die ihn von anderen Märkten abheben, und gleichzeitig ist er sehr stark reguliert. Die Bezahlung der Leistungen erfolgt neben direkten Beiträgen der öffentlichen Hand im Wesentlichen durch Krankenkassen, die sich ihrerseits über Prämienzahlungen und Zuschüsse aus den öffentlichen Haushalten finanzieren. Dies führt zu der im Jahresbericht 2004 der Kommission für Konjunkturfragen beschriebenen und im Zeitablauf zunehmenden Belastung der öffentlichen Haushalte. Sie wird zum politischen Problem, da sie zu einer kontinuierlich zunehmenden Belastung der Bevölkerung durch Steuern und Abgaben zu führen droht und damit zur Gefahr für die nachhaltige Entwicklung der öffentlichen Finanzen werden kann.

Untersucht man die Situation genauer, dann kristallisieren sich vier Problemfelder heraus. Zum einen gibt es ein weit verbreitetes Unbehagen gegenüber einer ‚Ökonomisierung des



Gesundheitswesens‘, welches dazu führt, dass nahezu jede Ausgabe in diesem Bereich als gerechtfertigt dargestellt werden kann. Dies ist insbesondere deshalb der Fall, weil zweitens die Nutzniesser einzelner Leistungen in aller Regel nur sehr begrenzt für deren Kosten aufkommen müssen, da sie diese auf die Gemeinschaft der Versicherten abwälzen können. Dies führt notwendigerweise zu Ineffizienzen und damit zu – verglichen mit einer idealen, freilich nicht realisierbaren Situation – zu hohen Ausgaben für das Gesundheitswesen. Dieses zu hohe Niveau bietet jedoch noch keinen Grund dafür, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am Einkommen laufend steigt. Hierfür gibt es aber drittens eine Reihe von Gründen, wie z.B. den technischen Fortschritt im Gesundheitswesen. Und viertens wird die Situation möglicherweise dadurch verschärft, dass die Regulierung des Staates nicht optimal ist bzw. dass der Staat zu viel in diesen Bereich eingreift. Auf diese vier Problemfelder soll im Folgenden eingegangen werden.<sup>23)</sup>

### 3.1 Die Furcht vor einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Es gibt eine in der Bevölkerung weit verbreitete Auffassung, dass die Gesundheit ein so hohes Gut ist, dass Anstrengungen zu ihrer Aufrechterhaltung jede Ausgabe rechtfertigen. Deshalb dürfe (und solle) man im Gesundheitswesen zwar rationalisieren, solange dadurch die Qualität der Gesundheitsversorgung nicht eingeschränkt werde, aber nicht rationieren. Bekämpft wird eine ‚Ökonomisierung des Gesundheitswesens‘, die u.a. dazu führt, dass man überlegt, ob bestimmte Massnahmen im Gesundheitsbereich den Aufwand rechtfertigen.<sup>24)</sup> Hier werden mit kategorischer Argumentation Abwägungsverbote implizit oder sogar explizit gefordert. Der Markt wird als Allokationsinstrument für das Gesundheitswesen grundsätzlich abgelehnt.

Dabei werden vier wesentliche Aspekte übersehen:

- (i) Zum einen wägen wir individuell sehr wohl ab, ob wir bestimmte Aufwendungen für unsere Gesundheit erbringen wollen oder nicht. Wir gehen sogar noch sehr viel weiter: Wir riskieren (zumindest langfristig) unsere Gesundheit, indem wir z.B. Genussmittel wie Tabak und Alkohol zu uns nehmen, aber auch in der Freizeit riskante Sportarten betreiben. Wir handeln uns selbst gegenüber in diesem Bereich in keiner Weise kategorisch, und wir tun dies im Bewusstsein, dass die mit diesem Verhalten verbundenen Gesundheitsschädigungen statistische Gefahren sind, die nur mit bestimmter Wahrscheinlichkeit eintreten, und in der Hoffnung, dass es uns selbst schon nicht treffen wird. Dabei ist es wichtig zu sehen, dass für viele dieser Aktivitäten keinerlei Notwendigkeit besteht.
- (ii) Zweitens wägen wir auch kollektiv ab, wie viel wir für den Erhalt unserer Gesundheit aufwenden wollen.<sup>25)</sup> Wenn z.B. über die Einrichtung eines regionalen Herzzentrums entschieden wird, geht es auch darum, wie gross bei einem Herzinfarkt die Überlebenschwah-

---

23. Zur allgemeinen (ökonomischen) Problematik des Gesundheitswesens siehe neben M. FELDSTEIN (2006) auch B.A. WEISBROD (1991).

24. Siehe z.B. B. BLANKE und H. KANIA (1996) oder M. SIMON (2001).

25. Siehe hierzu auch G. GÄFGEN (1985).

scheinlichkeit eines Patienten ist; die Ablehnung der Errichtung eines solchen Zentrums bedeutet, dass – im Durchschnitt – eine bestimmte Anzahl von Patienten pro Jahr frühzeitig sterben wird. Und auch die Frage, wie viel Forschung wir im medizinischen Bereich betreiben, kann einen Einfluss auf die Überlebenschancen zukünftiger Patienten haben.

In diesen Fällen handelt es sich bei den gefährdeten Individuen nicht um konkrete, sondern um ‚statistische Personen‘. Die Argumentation gegen Abwägungsverbote im Gesundheitswesen übersieht dies. Selbstverständlich wird man in einer konkreten Situation ‚Alles‘ unternehmen, um ein Menschenleben zu retten. Dann wird eine Hilfeleistung, wenn sie möglich ist, auch kaum verweigert werden. Dies impliziert jedoch nicht, dass wir nicht Entscheidungen fällen, die zum vorzeitigen Tod einer (häufig recht gut abschätzbaren) Zahl von Individuen führen. Dabei ist Rationierung im Gesundheitswesen, soweit sie sich auf statistische Personen bezieht, heute bereits alltäglich, und sie wird in Zukunft vermutlich noch stärker werden.<sup>26)</sup> Die Ablehnung, sich mit dem Problem der Rationierung ‚rational‘ auseinanderzusetzen, kann dazu führen, dass die Gesundheitskosten höher sind, als optimal wäre, aber auch sie wird kaum dazu führen, dass die Kosten permanent stärker als erforderlich ansteigen.

- (iii) Dazu kommt, dass es die heute verfügbare Hochtechnologie in zunehmendem Masse erforderlich macht, auch in konkreten Fällen Rationierungen vorzunehmen.<sup>27)</sup> Dies war auch bisher schon erforderlich, wenn z.B. bei begrenzten Operationskapazitäten die Reihenfolge der zu behandelnden Patienten festgelegt wurde. Freilich konnte man sich dabei über die Tatsache der Rationierung selbst hinwegtäuschen, indem man davon ausging, dass schliesslich alle behandelt und entsprechend dem, was für sie möglich ist, versorgt werden. Dies war in Normalsituationen auch in aller Regel der Fall. Ein längeres Warten auf die Behandlung schien daher zumutbar zu sein.

Diese Argumentation war in Krisensituationen schon immer fragwürdig, da man dann damit rechnen musste, dass die später zu behandelnden Patienten vor ihrer Behandlung sterben würden. Konsequenterweise wurde deshalb in der französischen Armee das System der Triage eingeführt, nach welchem die Patienten nach einer Schlacht in drei Gruppen eingeteilt wurden, die leicht Verletzten, die man (mehr oder weniger) sich selbst überliess, diejenigen, die so schwer verletzt waren, dass sie kaum Chancen zum Überleben hatten, die man ebenfalls sich selbst (bzw. den Militärpfarrern) überliess, und die mittlere Gruppe der Schwerverletzten, die bei entsprechender Behandlung gute Überlebenschancen hatten. Nur sie wurden zunächst behandelt.<sup>28)</sup> Dieses System ist eine

---

26. Zur Notwendigkeit der Rationierung sowie zu ihrer Realität in verschiedenen Ländern siehe z.B. W. HOFFMANN, Müssen Arme früher sterben?, *DIE ZEIT* Nr. 32 vom 5. August 1999, S. 17f., oder E. BAUMBERGER, Wann, wie, wo?: Im Gesundheitswesen knappe Mittel fair verteilen, *St. Galler Tagblatt* vom 6. April 1999, S. 2.

27. Siehe z.B. J. BLEICH, Die heimliche Selektion, *DIE ZEIT* Nr. 8 vom 12. Februar 1998, S. 27f.

28. Zur Triage siehe z.B. <http://de.wikipedia.org/wiki/Triage>.

Rationierung, die freilich so ausgestaltet ist, dass sie die Überlebenschancen der Betroffenen – ex ante – maximiert.

Aber nicht nur in Krisensituationen war diese Argumentation schon immer fragwürdig. Es gibt genügend Fälle, in denen die Patienten verstorben sind, bevor sie die – für sie vermutlich lebensrettende – Operation erhielten. Diese Situation hat sich heute durch die moderne Hochtechnologie-Medizin massiv verschärft. Wenn z.B. nur ein Spenderorgan zur Verfügung steht, aber mehrere geeignete Empfänger vorhanden sind, muss entschieden werden, wer dieses Organ erhalten soll. Die Nichtberücksichtigung kann für einen Betroffenen den (nahezu) sicheren Tod bedeuten. Hier sind ganz konkrete Abwägungen unvermeidlich. Freilich gibt es eine weitgehende Übereinstimmung in unserer Gesellschaft, dass bei derartigen Abwägungen das Einkommen der Betroffenen keine Rolle spielen darf. Damit ist in der Schweiz z.B. ein Organhandel ausgeschlossen.<sup>29)</sup> Dies ändert jedoch nichts daran, dass hier Abwägungen erforderlich sind, die mit kategorischen Verboten nicht vereinbar sind.

- (iv) Schliesslich ist über die Halbprivat- bzw. Privatversicherung bereits heute ein offizieller Markt eröffnet worden, welcher den Reichen nicht nur mehr Komfort, sondern vermutlich auch eine bessere medizinische Versorgung ermöglicht als den Armen. Dies widerspricht der häufig erhobenen (und a priori durchaus einsichtigen) Forderung, dass Arme keine schlechtere medizinische Versorgung haben sollen als Reiche. Tatsächlich aber lässt sich ein solcher Markt gar nicht unterdrücken; er lässt sich bestenfalls einschränken bzw. kanalisieren. Insofern haben wir auch immer eine ‚Zwei-Klassen-Medizin‘. Das einzige, was der Staat tun kann, ist die allgemeine Grundversorgung auf ein akzeptables Niveau zu heben. Welches Niveau als akzeptabel angesehen wird, ist jedoch eine politische, keine wissenschaftliche Entscheidung.

Aus all dem ergibt sich, dass zum einen Abwägungen auch im Gesundheitsbereich erforderlich sind, dass zweitens dort, wo es um statistische Menschenleben geht, auch wirtschaftliche Argumente eine wichtige Rolle spielen und spielen müssen, und dass drittens der Markt (und damit auch der Wettbewerb) sich aus dem Gesundheitsbereich nicht völlig herausdrängen lässt, auch wenn wir uns darüber einig sind, dass bei bestimmten, sehr wesentlichen Entscheidungen Einkommen und Vermögen der betroffenen Patienten keine Rolle spielen dürfen.

### **3.2 Die statische Ineffizienz des Gesundheitswesens**

In der Schweiz gibt es einen weitgehenden Konsens darüber, dass alle Einwohner bei Bedarf in den Genuss einer relativ hoch stehenden Versorgung mit Gesundheitsleistungen kommen sollen. Dies kann bei Personen mit niedrigem Einkommen und/oder hohen Gesundheitsrisiken nur dadurch gewährleistet werden, dass die Personen ausreichend versichert sind und die Ver-

---

29. Zum Organhandel siehe z.B. CH. AUMANN und W. GAERTNER (2004) oder CH.B. BLANKART (2005). Zum faktisch existierenden internationalen Organhandel siehe z.B. K. VERSECK, Verkaufe gesunde Niere, *Die Weltwoche* Nr. 46 vom 12. November 1998, S. 79.

sicherung im Krankheitsfall für die Kosten der Behandlung aufkommt. Dies führt zu zwei Konsequenzen:

- (i) Wie immer bei Versicherungen tritt auch hier das Problem des *moralischen Risikos* auf, d.h. die Individuen verhalten sich dann, wenn sie versichert sind und die Kosten einer Handlung nicht selbst tragen müssen, anders, als wenn sie keinen Versicherungsschutz hätten und damit z.B. die Kosten ihrer Behandlung voll in ihr Kalkül einbeziehen müssten. Dies ist im Gesundheitsbereich eigentlich auch erwünscht: Die Patienten sollen durch die Versicherung in die Lage versetzt werden, Leistungen nachzufragen, die ihre privaten finanziellen Möglichkeiten übersteigen. Das moralische Risiko führt aber dazu, dass mehr nachgefragt wird, als in einer Situation, in welcher sie über die entsprechenden Mittel in ausreichendem Masse verfügen, aber selbst darüber entscheiden könnten, welche Leistungen sie in Anspruch nehmen, und auch die Kosten dafür tragen müssten. Sie müssten dann Kosten und Nutzen gegeneinander abwägen, während es für sie im Versicherungsfall möglich ist, im Wesentlichen nur die Nutzen in Rechnung zu stellen.

So werden die Patienten dann, wenn sie die Kosten nicht selbst tragen müssen, eher bereit sein, einen Arzt aufzusuchen oder sich in ein Krankenhaus zu begeben, als wenn sie nicht versichert wären.<sup>30)</sup> Ausserdem werden sie mehr Medikamente nachfragen, und sie werden, um einem möglichen Konflikt mit ihrem Arzt auszuweichen, sich diese vielleicht auch dann verschreiben lassen, wenn sie von vornherein die Absicht haben, sie gar nicht zu nehmen. Auch die Nachfrage nach Taxis zum Krankentransport hängt davon ab, ob bzw. wie weit die dabei entstehenden Kosten von der Krankenkasse übernommen werden.

Dies alles bedeutet nicht, dass die Bürger/Patienten diese Leistungen nicht nachfragen sollten. Es geht hier nicht um die moralische Bewertung ihres Tuns, sondern einzig und allein darum aufzuzeigen, wie durch eine Krankenversicherung das Verhalten der Patienten in Richtung auf eine größere Nachfrage nach solchen Leistungen hin verändert wird. Soweit diese Nachfrage zu einem besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung führt, wird man sie befürworten. Alles, was darüber hinaus geht, ist – gesellschaftlich betrachtet – jedoch Verschwendung. Man kann diese mit Selbsthalten (Franchisen) bzw. prozentualen Selbstbeteiligungen reduzieren, aber man wird sie kaum völlig vermeiden können.

- (ii) Der Staat schreibt vor, dass die Versicherungen einheitliche Prämien verlangen, die sich nicht am individuellen Risiko orientieren. Sie dürfen bestenfalls nach dem Alter der Patienten (und auch dort nur in bestimmtem Ausmass) sowie nach der Region, in welcher sie leben, variieren. Damit soll verhindert werden, dass Menschen mit Gebrechen bzw. mit hohem Krankheitsrisiko, insbesondere alte Leute, über Gebühr belastet werden. Wäre die Versicherung auf Seiten der Patienten freiwillig, während die Versi-

---

30. Die eigentlichen Kosten sind dann die Zeitkosten. R.T. RIPHAHN, A. WAMBACH und A. MILLION (2003) zeigen, dass Gruppen mit hohen Opportunitätskosten wie Selbständige oder Mütter mit kleinen Kindern deutlich seltener einen Arzt aufsuchen als andere Gruppen.

cherungen jeden Antragsteller versichern müssten, würde die *negative Auslese* dazu führen, dass sich nur Personen mit hohem Gesundheitsrisiko versichern, was die Prämien enorm in die Höhe treiben würde.<sup>31)</sup> Dies würde wiederum dazu führen, dass sich viele oder sogar die meisten Personen gar nicht versichern würden oder auch könnten. Sie würden im Krankheitsfall der Fürsorge anheim fallen. Um dies zu vermeiden, wurde die Form der Pflichtversicherung gewählt.

Dies gibt aber Versicherungen den Anreiz, möglichst gute Risiken zu attrahieren. Um eine solche Selektion zu erschweren, hat der Gesetzgeber nicht nur die Bürgerinnen und Bürger verpflichtet, sich zu versichern, sondern auch die Versicherungen, jede und jeden aufzunehmen. Dies ändert aber nichts daran, dass sich die Versicherungen um die Attrahierung guter Risiken bemühen und dass sie versuchen, schlechte Risiken abzuschrecken, indem sie z.B. die Anträge sehr lange liegen lassen, bevor sie sie bearbeiten. Dazu kommt, dass die Belastung mit Risiken bei den einzelnen Versicherungen sehr unterschiedlich ist. Dies erfordert einen Risikoausgleich, der heute jedoch nur nach Alter und Geschlecht erfolgen darf. Dies macht die gesamtwirtschaftlich unsinnigen Bemühungen zur Gewinnung guter Risiken für die einzelnen Versicherungen eher rentabel als Bemühungen zur Kostensenkung. Solange man bei der Einheitsprämie bleibt, besteht die einzige Möglichkeit, dieser Verschwendung Einhalt zu gebieten, in einer Verfeinerung des Risikoausgleichs, der auch andere Faktoren berücksichtigt, die Auskunft über das Krankheitsrisiko eines Patienten geben, wie z.B. Spitalaufenthalte, Krankheiten oder Medikamentenverbrauch in den letzten Jahren.<sup>32)</sup>

- (iii) Dazu kommt die ‚anbieterinduzierte Nachfrage‘. Da der Patient in aller Regel nicht in der Lage ist, darüber zu entscheiden, was die angemessene Therapie ist, entscheidet im Wesentlichen der Anbieter, d.h. der Arzt. Er bestimmt, in welchem Ausmass medizinische Leistungen nachgefragt werden. Nun hat dieser ein eigenes ökonomisches Interesse daran, dass von ihm selbst möglichst viele Leistungen nachgefragt werden. Dies führt dazu, dass er im Zweifelsfall eher eine Untersuchung bzw. Behandlung zuviel anordnet. Diese Tendenz wird dadurch verstärkt, dass er damit möglichen Schadensersatzklagen bzw. -ansprüchen vorbeugt. Ist er gleichzeitig derjenige, der die Medikamente nicht nur verschreibt, sondern auch verkauft, hat er zudem einen Anreiz, zu viele und/oder zu teure Medikamente zu verschreiben. Im Krankenhaus führt dies bei Einzelabrechnung der Leistungen dazu, dass die Verweildauer erhöht wird. Dem kann man nur entgegenwirken, wenn man, wie dies im stationären Bereich zum Teil auch geschieht, vom System der Einzelabrechnungen zum System der Fallpauschalen übergeht, welches freilich wieder andere Probleme in sich birgt. Zumindest im ambulanten Bereich, in dem man, sieht man

---

31. Das Problem der negativen Auslese dürfte ein wesentlicher Grund dafür sein, dass Versicherungen für Zahnbehandlung in der Schweiz zwar angeboten, aber kaum nachgefragt werden. Interessanterweise verhindert es hier die Verbreitung entsprechender Verträge, obwohl die Versicherungen nicht jeden Antragsteller aufnehmen müssen bzw. auch leicht Information über den Zustand der Zähne eines potentiellen Versicherungsnehmers erhalten können. – Zu empirischer Evidenz für negative Auslese bei privaten Zusatzversicherungen siehe auch R.T. RIPHAHN, A. WAMBACH und A. MILLION (2003).

32. Zum Risikoausgleich in der Schweiz siehe z.B. K. BECK et al. (2003) oder K. BECK (2004).

einmal von den unten noch behandelten ‚Health Maintenance Organizations‘ (HMO) ab, wohl kaum vom System der Einzelabrechnung abgehen kann, sind daher die negativen Auswirkungen der anbieterinduzierten Nachfrage nie ganz zu vermeiden.

Alle diese Effekte ergeben sich aus dem rationalen Verhalten der betroffenen Individuen, ohne dass man einem der beteiligten Akteure unterstellen müsste, dass er bewusst Missbrauch treibt. Diese Effekte bewirken jedoch, dass die Leistungen und damit auch die Kosten des Gesundheitswesens höher sind, als notwendig wäre. Geht man (wie üblich) davon aus, dass abnehmende Grenzerträge vorliegen, so tragen diese überhöhten Leistungen vermutlich nur sehr wenig zu einer besseren Gesundheitsversorgung bei. Für einen übermässigen Anstieg der Kosten kann man diese Effekte dagegen kaum verantwortlich machen. Dementsprechend können Massnahmen, die hier dämpfend wirken, wie z.B. Selbstbeteiligung, Franchisen und/oder ein Bonussystem, zwar eine (einmalige) Verringerung des Niveaus der Krankenkassenprämien bewirken, kaum aber einen geringeren Anstieg.

### 3.3 Ursachen für den starken Anstieg der Gesundheitsausgaben

Es gibt jedoch auch eine Reihe von Faktoren, die dazu führen (können), dass die Gesundheitskosten stärker ansteigen als die Einkommen:

- (i) Ein Teil des Anstiegs dürfte durch die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung bedingt sein. Zwar weiss man heute, dass der Grossteil der Kosten in den beiden letzten Lebensjahren anfällt. Dies ist unabhängig vom Alter, in welchem die Patienten sterben.<sup>33)</sup> Es ändert jedoch nichts daran, dass alte Menschen – ceteris paribus – mehr medizinischer Hilfe bedürfen (und auch erheblich mehr Pflegeleistungen in Anspruch nehmen müssen) als junge Menschen. Solange sich die Struktur der Bevölkerung derart verändert, dass der Anteil der ‚Alten‘ an der Bevölkerung zunimmt, führt dies zu einem überproportionalen Anstieg der Gesundheitskosten, und zwar unabhängig davon, ob die Bevölkerung insgesamt wächst oder schrumpft.<sup>34)</sup> Wie L. STEINMANN und H. TELSER (2005, S. 65ff.) zeigen, gilt dies auch dann, wenn man berücksichtigt, dass die ‚Sterbekosten‘ etwa ab dem 50. Lebensjahr mit zunehmendem Alter sinken.
- (ii) Wichtiger ist vermutlich, dass die Bürgerinnen und Bürger bei steigendem Einkommen bereit sind, für Gesundheitsleistungen einen überproportional steigenden Teil ihres Einkommens (ähnlich wie für z.B. Ferien) auszugeben.<sup>35)</sup> In diesem Sinne dürfte Gesundheit ein ‚superiores Gut‘ sein, d.h. die Einkommenselastizität liegt über Eins. Dafür spricht

---

33. Siehe hierzu P. ZWEIFEL (1990) oder P. ZWEIFEL et al. (1999).

34. Siehe hierzu F. OUTREVILLE (2001), M. SESHAMANI und A. GRAY (2004), S. FELDER (2006) oder E.W.M.T. WESTERHOUT (2006), sowie die entsprechenden Ausführungen im Jahresbericht 2005.

35. Siehe hierzu S. SIGRIST (2006) sowie P. KELLER, Gesundheit wird zum Konsumgut: Wachstumschance Wohlbefinden – Der Markt für Gesundes steht vor einem Boom, *NZZ am Sonntag* Nr. 13 vom 26. März 2006, S. 41. – Entsprechend der Angaben der OECD ist zwischen 1985 und 2003 auch der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt gestiegen, wenn auch weniger stark als jener der öffentlichen Gesundheitsausgaben.

neben dem Wellness-Boom der letzten Jahre auch die Tatsache, dass, wie oben gezeigt wurde, die Kosten für Zahnbehandlung, für die in der Schweiz typischerweise keine Versicherung abgeschlossen wird und die damit direkt (über den ‚Markt‘) abgerechnet werden, zwar geringer als die anderen Gesundheitsausgaben, aber ebenfalls stärker als das Einkommen ansteigen, wobei wegen des Imports zahnärztlicher Leistungen die absolute Höhe und vermutlich auch der Anstieg der Aufwendungen für die Zahnbehandlung deutlich unterschätzt werden. Solange aber Gesundheit ein superiores Gut ist, werden auch die Krankenkassenprämien stärker ansteigen als das Einkommen.

- (iii) Eine weitere Erklärung könnte sich aus W.J. BAUMOL'S (1967) Modell des ‚ungleichgewichtigen Wachstums‘ ergeben. Danach steigen die Kosten in Sektoren, die arbeitsintensiv sind, stärker als in kapitalintensiven Sektoren, da technischer Fortschritt, der die Kosten senken könnte, in aller Regel an Kapital gebunden ist. Insbesondere steigen sie in Dienstleistungsbereichen stärker als in der industriellen Produktion. Wenn (unter Wettbewerbsbedingungen) in beiden Bereichen für die gleiche Arbeitsleistung der gleiche Lohn bezahlt werden muss, die Produktivität jedoch wegen der geringeren Möglichkeiten von technischem Fortschritt langsamer wächst, dann wachsen im Dienstleistungsbereich die Lohnkosten im Vergleich zur gesamten Produktivität stärker als im Industriebereich. Unter der Voraussetzung, dass die Nachfrage nach den Leistungen des Dienstleistungsbereichs unelastisch ist, führt dies zu einem Anwachsen des Anteils der Ausgaben dieses Bereichs an den Gesamtausgaben.

Nun ist der Gesundheitsbereich ein klassischer Dienstleistungsbereich, und die Nachfrage nach seinen Leistungen ist (schon wegen der weitgehenden Finanzierung über die Krankenversicherung) sehr (und in vielen Bereichen sogar völlig) unelastisch. Insbesondere im Pflegebereich ist auch kaum technischer Fortschritt möglich. Insofern könnte der Gesundheitssektor ein Anwendungsbeispiel für BAUMOL'S Modell sein. Eine entsprechende Untersuchung von J. HARTWIG (2006) mit Daten von 19 OECD-Ländern im Zeitraum von 1971 bis 2003 scheint dies auch zu bestätigen.

- (iv) Dem steht freilich entgegen, dass der technische Fortschritt häufig als eine der wichtigsten Ursachen für den starken Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der stationären Versorgung, betrachtet wird.<sup>36)</sup> Dabei ist ein indirekter vom direkten Effekt zu unterscheiden. Der direkte Effekt bedeutet, dass neue Untersuchungs- und Therapieformen entwickelt wurden, die so genannte Hochtechnologie-Medizin, die (z.B. im Bereich der Transplantationsmedizin) es ermöglichen, Krankheiten zu heilen (bzw. zumindest die Situation der Patienten massiv zu verbessern), die bisher kaum wirksam behandelt werden konnten. Der indirekte Effekt besteht darin, dass diese Therapiemöglichkeiten das Leben verlängern und damit zur Alterung der Bevölkerung (und der durch sie verursachten Kostensteigerung) beitragen. Verschärft wird dieses Problem dadurch, dass die letzte Phase des Lebens, die, wie oben erwähnt wurde, sehr hohe Gesundheitskosten verursacht, durch die Hochtechnologie-Medizin zum Teil erheblich verlängert

---

36. Siehe z.B. M. FELDSTEIN (1977), TH. KOPETSCH (2000) oder CH.I. JONES (2002).

wird. Hinzu kommt, dass dank der modernen Medizin heute auch Frühgeburten überleben, die früher keine Überlebenschance hatten. Ihre Behandlungen sind oft sehr kostenintensiv.

Andererseits kann der technische Fortschritt auch Behandlungen billiger machen, wodurch sich Einsparungen ergeben sollten. Dieser dämpfende Effekt scheint jedoch deutlich geringer als die oben beschriebenen kostensteigernden Effekte zu sein. Dies mag zum Teil mit dem Abrechnungssystem zusammenhängen. Wir haben es hier mit einer typischen Situation asymmetrischer Information zu tun. Reduziert sich der Aufwand für eine Behandlung, so liegt diese Information in erster Linie bei den Produzenten (Ärzten). Sie haben von sich aus kein Interesse daran, diese Information weiterzugeben. In ‚normalen‘ Märkten wird dieses Problem dadurch gelöst, dass es für den einzelnen Anbieter einen Anreiz gibt, den Preis zu reduzieren, um damit seine Konkurrenten zu unterbieten. Im Gesundheitsmarkt ist jedoch der Wettbewerb, der dies bewirken könnte, ausgeschaltet; ein Arzt, der für eine bestimmte Leistung von der Krankenkasse weniger Vergütung verlangte, würde deshalb nicht mehr Patienten gewinnen und hätte davon keinen persönlichen Vorteil. Insofern hat er auch keinen Anreiz, sich so zu verhalten.

Längerfristig erhalten freilich auch die Krankenkassen diese Information, und sie werden deshalb versuchen, die Vergütung für die entsprechende Leistung herabzusetzen. Da die Tarife national festgeschrieben sind, benötigt dies Verhandlungen. Daher werden Einsparungen durch technischen Fortschritt im Allgemeinen auch im Gesundheitswesen realisiert, aber nur mit einer zeitlichen Verzögerung, und möglicherweise auch nicht vollständig. Sie dürften jedoch die kostentreibenden Effekte des technischen Fortschritts in diesem Bereich kaum kompensieren.

Nimmt man all dies zusammen, dann sind es vor allem zwei Gründe, die zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben führen: die Alterung der Gesellschaft und die Präferenzen der Individuen, wobei erstere vor allem durch den technischen Fortschritt ermöglicht wird. Verbunden mit einer gesellschaftlichen Entwicklung, wonach die Pflege alter Menschen immer weniger in den privaten Haushalten erfolgt und deshalb immer mehr über finanzielle Entgelte abgewickelt wird, hängt die mit der Alterung verbundene Kostensteigerung auch mit BAUMOL'S Beobachtung zusammen: Mit der zunehmend erforderlichen institutionellen Altenpflege steigen auch die Kosten für die Arbeitskräfte entsprechend, und technischer Fortschritt kann hier nur eine untergeordnete Rolle spielen. Solange die Lebenserwartung (noch) ansteigt, ist daher auch mit einem weiteren Anstieg der Ausgaben für Gesundheitsleistungen im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt zu rechnen.

Das gleiche gilt auch für jenen Teil der Kostensteigerungen, der den Präferenzen der Bevölkerung entspricht. Wenn diese mit steigendem Einkommen Leistungen des Gesundheitssystems überproportional nachfragt, wird auch deren Anteil am Bruttoinlandsprodukt steigen. Dieser Anstieg stellt kein wirkliches Problem dar. Daraus folgt, dass alle hier aufgeführten Gründe, die für einen überproportionalen Anstieg der Gesundheitsausgaben verantwortlich sein können, kaum Möglichkeiten für politische Einflussnahmen bieten, und dass es auch wenig sinn-



voll wäre, dies zu versuchen. Der Staat kann für sich weder das Recht beanspruchen, auf die Alterung der Bevölkerung Einfluss zu nehmen, noch, in die Präferenzen mündiger Staatsbürgerinnen und Staatsbürger einzugreifen. Und auch den technischen Fortschritt wird man im Gesundheitsbereich kaum einschränken wollen. Daher müssen wir uns darauf einstellen, dass, welche Reformen wir auch immer durchführen, die Kosten für das Gesundheitswesen stärker als das Einkommen ansteigen werden.

### **3.4 Ineffiziente Staatseingriffe**

Probleme können sich schliesslich daraus ergeben, dass der Staat stark – und möglicherweise zu stark – in die Entscheidungs- und Finanzierungsprozesse des Gesundheitswesens eingebunden ist. Dies bedeutet nicht, dass sich der Staat aus dem Gesundheitswesen völlig heraushalten könnte; wie oben ausgeführt wurde, ist eine sinnvolle Regulierung in diesem Bereich unabdingbar. In bestimmten Bereichen könnte seine Rolle aber geringer sein als heute. Ein Beispiel, worauf unten noch näher eingegangen wird, ist die Finanzierung der Spitäler, die zu einem hohen Prozentsatz durch die Kantone erfolgt. Hier bestehen, wenn man von den oben durchgeführten internationalen Vergleichen ausgeht, seit langem erhebliche Überkapazitäten.

Mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz hat man versucht, die Situation zu verbessern, indem man den Kantonen die Spitalplanung übertrug. Sie sollten – allein oder zusammen mit anderen Kantonen – Spitallisten aufstellen, in denen jene Krankenhäuser aufgeführt wurden, die zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung Leistungen erbringen dürfen. Die in diesen Listen nicht enthaltenen Spitäler können nur noch Patienten mit einer entsprechenden Zusatzversorgung aufnehmen und müssen, wenn sie sich wirtschaftlich nicht mehr tragen, schliessen. Mit diesem Instrument sollte den Kantonen die Möglichkeit gegeben werden, die Überkapazitäten abzubauen.

Trotz eines gewissen Bettenabbaus hat die kantonale Spitalplanung dieses Ziel jedoch nicht im gewünschten Umfang erreicht.<sup>37)</sup> Beim heutigen Verfahren entscheidet in einer Situation der Überkapazität der Kanton darüber, ob ein Spital überlebt oder geschlossen wird. Wenn ein Gesundheitsdirektor dafür eintritt, dass ein Spital geschlossen wird, kommt dies fast einem politischen Selbstmord gleich; die Chance, die nächste Wahl nicht zu überleben, ist sehr hoch. Daher ist für die Kantonsregierungen der Anreiz, in diesem Bereich Einsparungen zu erzielen, eher gering.

Eine Alternative dazu wäre die (unten ausführlicher diskutierte) ‚monistische Finanzierung‘, wonach die Spitäler voll von den Krankenkassen finanziert werden. Dies würde den Wettbewerb verstärken. Unrentable Spitäler würden zwangsläufig geschlossen, ohne dass es dazu eines politischen Entscheids bedürfte. Andererseits könnten kleine Spitäler auch ausserhalb der Zentren dann, wenn sie ein eingeschränktes Angebot effizient bereitstellen, ebenfalls

---

37. Siehe hierzu O. BIERSACK (2005).

überleben. Entscheidend wäre jedoch, dass hier durch den Druck des Wettbewerbs die Kosten gesenkt würden.

Eine Abkehr von der dualen Finanzierung der Spitäler und eine alleinige Finanzierung durch die Krankenkassen würde zwangsläufig eine Erhöhung der Krankenversicherungsprämien nach sich ziehen. Um dies sozial akzeptabel zu machen, müssten diese Prämien zusätzlich subventioniert werden. Dies könnte mit jenen Mitteln geschehen, welche die Kantone bei einer monistischen Finanzierung einsparen. Dies würde bedeuten, dass sich der Staat in diesem Bereich aus den allokativen Entscheidungen (weitgehend) heraushält und sich auf seine verteilungspolitischen Aufgaben konzentriert.

Andererseits könnte der Staat möglicherweise in bestimmten Bereichen sogar eine stärkere Rolle spielen, indem er z.B. verstärkt (ökonomische) Analysen über die Kosten-Wirksamkeit verschiedener Behandlungsmethoden unterstützt oder sogar initiiert. Der Unterschied zur sonst üblicherweise verwendeten Nutzen-Kosten Analyse besteht darin, dass z.B. das Ergebnis einer Behandlung nicht in monetären, sondern in medizinischen Grössen bewertet wird, wie z.B. in ‚qualitätsbereinigten zusätzlichen Lebensjahren‘.<sup>38</sup> Dies erlaubt, die einzelnen Alternativen miteinander zu vergleichen, obwohl auf eine monetäre Bewertung verzichtet wird. Letztere wird ja im medizinischen Bereich (nicht ganz zu Unrecht) als problematisch angesehen.

Auch wenn die eigentliche Entscheidung durch eine solche Analyse den handelnden Personen im Einzelfall nicht abgenommen werden kann, ist es gerade dann, wenn man rationalisieren will und in bestimmten Bereichen auch rationieren muss, wichtig, über solche Informationen zu verfügen. Die am Gesundheitswesen beteiligten Akteure haben wenig Anreize, in diesem Bereich unverzerrte Informationen zur Verfügung zu stellen. Hier ist ein wichtiger Ansatzpunkt für wissenschaftliche Beratung, die von neutralen Stellen erbracht werden kann. Der Staat sollte entsprechende Untersuchungen fördern.

### **3.5 Zusammenfassung**

Angesichts dieser Problemfelder ergibt sich Folgendes:

- (i) Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass es sich bei den Gesundheitsleistungen um ein superiores Gut handelt, ist auch in Zukunft mit steigenden Gesundheitsausgaben zu rechnen. Auch die zunehmende Alterung der Bevölkerung wirkt in diese Richtung. Daher werden die Prämien für die Krankenversicherung vermutlich auch in Zukunft stärker steigen als die Einkommen. Daran kann die Politik nichts ändern, wenn sie die Qualität der gesundheitspolitischen Versorgung nicht beeinträchtigen will.
- (ii) Dies ändert nichts daran, dass durch Reformen Einsparungen erzielt werden können, auch wenn ein Teil der Ineffizienz systembedingt ist. Die Auswirkungen des morali-

---

38. Zur Kosten-Wirksamkeitsanalyse siehe z.B. L.B. RUSSEL et al. (1996) oder A.M. GARBER und C.E. PHELPS (1997).

schen Risikos wie der anbieterinduzierten Nachfrage können durch geeignete institutionelle Massnahmen zwar nicht gänzlich verhindert, aber begrenzt werden. Damit lassen sich Einsparungen durch eine Anhebung der statischen Effizienz erzielen. Sie bewirken zumindest eine zeitweise Verringerung des Kostenanstiegs (und damit auch des Anstiegs der Prämien für die obligatorische Krankenversicherung).

- (iii) Angesichts der Tatsache, dass uns der technische Fortschritt in der Medizin permanent neue Möglichkeiten eröffnet und dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am Einkommen auch in Zukunft steigen dürfte, können wir uns der Notwendigkeit einer Rationierung im Gesundheitswesen auf Dauer nicht entziehen. Dabei sollten wir uns dessen bewusst sein, dass wir faktisch immer schon Rationierung betrieben haben und auch heute betreiben. Auch im Gesundheitswesen geht es (wie in allen anderen gesellschaftlichen Bereichen) um die Abwägung von Nutzen und Kosten. Je klarer wir uns darüber sind, desto mehr können wir dazu beitragen, den gesundheitspolitischen Diskurs zu versachlichen.
- (iv) Solange man sicherstellen will, dass die Qualität der medizinischen Versorgung der einzelnen Bürgerinnen und Bürger von deren Einkommen zumindest weitgehend unabhängig ist, muss der Staat regulierend in diesen Bereich eingreifen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass der heutige Umfang der Regulierung notwendig und/oder sinnvoll ist. Für eine Reformstrategie ergibt sich daraus die Notwendigkeit, die Tätigkeit des Staats in den einzelnen Sektoren des Gesundheitsbereichs zu überprüfen. Dabei dürfte es sinnvoll sein, wenn sich der Staat in diesem Bereich direkter Interventionen in allokativen Entscheidungen weitgehend enthält und sich auf seine verteilungspolitischen Aufgaben konzentriert.
- (v) Eine der Möglichkeiten für zusätzliche sinnvolle staatliche Aktivitäten ist die Durchführung von Kosten-Wirksamkeits-Analysen im Gesundheitswesen. Sie sollten verstärkt eingesetzt werden. Ohne dass eine Monetarisierung erforderlich wäre, kann mit solchen Analysen festgestellt werden, wie bestimmte gesundheitspolitische Ziele mit dem geringsten Aufwand erreicht werden können.

## **4 Reformbereiche**

Im Folgenden geht es darum, Reformen in einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems zu diskutieren. Dabei wird wesentlich auf die ausführlicheren Analysen im vierten Teil dieses Berichts Bezug genommen, aber es werden auch zusätzliche Aspekte thematisiert.

### **4.1 Die Ausgestaltung der Krankenversicherung**

Das schweizerische System unterscheidet zwischen einer Grund- und einer Zusatzversorgung. Die Grundversorgung, auf deren Diskussion wir uns hier beschränken, sieht eine Pflichtversicherung aller Personen mit Wohnsitz in der Schweiz vor, wobei eine Aufnahmespflicht der

Versicherer gegenüber versicherungswilligen Personen besteht. Die Politik gibt einen Leistungskatalog vor, den alle Versicherer anbieten müssen. Die Prämien sind im Wesentlichen einheitlich; insbesondere zahlen erwachsene Personen gleichen Alters im gleichen Kanton (bzw. der gleichen Region eines Kantons) bei der gleichen Versicherung gleiche Prämien, d.h. eine Differenzierung der Prämien nach Gesundheitszustand (Risikoklasse) findet nicht statt. Da diese ‚Einheitsprämien‘ für viele Personen mit niedrigen Einkommen kaum tragbar sind, werden sie durch die öffentliche Hand subventioniert, wobei der Bund bestimmte Summen bereitstellt, die von den Kantonen unter der Bedingung abgerufen werden können, dass der Kanton die einzelnen Prämien in gleicher Höhe wie der Bund subventioniert. Durch ein System wählbarer Jahresfranchisen zwischen minimal 300 und maximal 2500 Franken pro Jahr (für Erwachsene), die zu einer entsprechenden Beitragsreduktion führen, und einen Selbstbehalt von 10 Prozent,<sup>39)</sup> der jedoch auf 700 Franken pro Jahr begrenzt ist, findet in gewissem Umfang eine Kostenbeteiligung der Versicherten statt.

Der grosse Vorteil dieses Systems ist zunächst, dass die Wohnbevölkerung vollständig versichert ist.<sup>40)</sup> Dadurch fallen Probleme wie in den Vereinigten Staaten oder der Bundesrepublik Deutschland weg, die sich dadurch ergeben, dass (erhebliche) Teile der Bevölkerung keinen Versicherungsschutz haben und daher auf die ‚Mildtätigkeit‘ ärztlicher Institutionen angewiesen sind, wenn sie im Krankheitsfall behandelt werden wollen, dies aber nicht bezahlen können.<sup>41)</sup> Als weiterer Vorteil wird üblicherweise ins Feld geführt, dass die Prämien einkommensunabhängig sind, deshalb keinen Einfluss auf die Lohnnebenkosten haben und nicht zu negativen Reaktionen auf dem Arbeitsmarkt führen. Dies ist freilich nur bedingt richtig. Da sich die Prämienverbilligungen am Einkommen ausrichten, sind für diejenigen, die in den Genuss solcher Verbilligungen kommen, die Prämien in der Schweiz ebenfalls einkommensabhängig. Geht man davon aus, dass für den Arbeitgeber der Bruttolohn, für den Arbeitnehmer aber der Nettolohn entscheidend ist, dann treibt die Einkommensabhängigkeit der zu entrichtenden Nettoprämien für die unteren Einkommen einen Keil zwischen Brutto- und Nettolohn, der durchaus arbeitsmarktrelevant sein kann. Der Unterschied zu direkt lohnabhängigen Prämien mit einer Obergrenze, wie sie z.B. in Deutschland existieren, ist nicht so grundsätzlich, wie häufig der Anschein erweckt wird.<sup>42)</sup>

---

39. Die minimale Franchise von 300 Franken ist vorgeschrieben. Bei Originalmedikamenten, für die es ein um mindestens 20 Prozent günstigeres Generikum gibt, beträgt der Selbstbehalt seit Januar 2006 20 Prozent.

40. Beahlt jemand seine Prämie – aus welchen Gründen auch immer – nicht, muss letztlich die Gemeinde einspringen.

41. Zum amerikanischen System, in dem ein Sechstel der Bevölkerung keinen Versicherungsschutz hat, siehe z.B. W. MEIER, Das amerikanische Gesundheitssystem in der Krise: Zu ungleich, zu teuer und auf tönernen Füßen, *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 77 vom 1./2. April 2006, S. 33; zum deutschen System: J. HOFFRITZ, Krank ohne Kasse: Warum mindestens 250 000 Menschen in Deutschland nicht versichert sind und ihre Zahl womöglich steigt, *Die Zeit* Nr. 31 vom 28. Juli 2005, S. 25.

42. In der politischen Diskussion wird häufig darauf verwiesen, dass ein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Systemen darin bestehe, dass in Deutschland Arbeitgeber und Arbeitnehmer sich die Beiträge teilen, während dies in der Schweiz die Arbeitnehmer und der Staat sind. Dies ist politisch relevant, sollte aber keine langfristigen wirtschaftlichen Auswirkungen haben, da diesbezüglich nur der vom Arbeitgeber zu entrichtende Bruttolohn und der vom Arbeitnehmer erhaltene Nettolohn zählen. Bis zur Beitragsobergrenze (bzw. zu jenem Einkommen, ab welchem die Prämien nicht mehr subventioniert werden), treiben die fak-

Die im schweizerischen System vorgesehene Einheitsprämie bewirkt, dass die Versicherungen versuchen, ‚gute Risiken‘, d.h. Personen mit geringem Krankheitsrisiko, anzuziehen und ‚schlechte Risiken‘ abzustossen. Dies ist trotz der Versicherungspflicht möglich. Um dem zu begegnen, gibt es einen Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen. Dieser ist jedoch zum einen nur retrospektiv, und er bezieht sich vor allem nur auf das Alter und das Geschlecht der Personen. Damit bleiben, wie die Realität in der Schweiz zeigt, für die Versicherungen immer noch starke Anreize, sich auf die Auswahl guter Risiken zu konzentrieren. Offensichtlich ist es für sie lohnender, die Prämien dadurch zu senken (und damit neue Versicherte anzuziehen) als durch Bemühungen um Kostensenkung.

Um dieses Problem besser zu lösen, gibt es drei Möglichkeiten. Zum einen könnte man im Bereich der Grundversicherung eine Einheitskasse einführen, wie sie derzeit in einer von der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz mitgetragenen Verfassungsinitiative „Für eine soziale Einheitskrankenkasse“ gefordert wird.<sup>43)</sup> Diese hätte das Monopol entweder in der gesamten Schweiz oder zumindest in einem regional abgegrenzten Bereich. Da sie alle Einwohner in ihrem Zuständigkeitsbereich versichern müsste, entfielen für sie die Möglichkeiten der Risiko-selektion. Der grosse Nachteil dieser Lösung wäre, dass damit zumindest im Bereich der Grundversorgung kein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen mehr stattfinden könnte. Nun spielt der Wettbewerb in diesem Bereich heute auch nicht besonders. Durch unten noch zu diskutierende Massnahmen wie die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und eine Verbesserung des Risikoausgleichs könnte er jedoch sehr viel besser funktionieren. Eine Einheitskasse würde das hier vorhandene Potential zur Prämienverbilligung ausser Acht lassen. Es ist zu befürchten, dass dies stärker ins Gewicht fiel als die Einsparungen an Werbungs- und Verwaltungskosten, die mit einer Einheitskasse möglich wären.

Zweitens könnte man von der Einheitsprämie abgehen und risikoabhängige Prämien zulassen.<sup>44)</sup> Auch damit ergäbe sich – zumindest prima facie – für die Versicherungen kein Anreiz mehr zur Risikoselektion. Sie müssten sich in ihren Aktivitäten auf Massnahmen zur Kostendämpfung konzentrieren, um durch Prämienenkungen neue Kunden anzuziehen. Der wesentliche Nachteil eines solchen Systems wäre jedoch, dass bei grossen Teilen der chronisch Kranken sowie der älteren Bürgerinnen und Bürger, die zwangsläufig ein relativ hohes Krankheitsrisiko haben, die erforderlichen Prämien deren Finanzkraft übersteigen würden. Die Prämien für diese Gruppen müssten daher staatlich subventioniert werden, wobei diese Subventionen (wie heute) in Abhängigkeit vom Einkommen auszugestalten wären. Sie sollten aber zusätzlich vom jeweiligen Risiko abhängen und – idealerweise – von der konkret geforderten Prämie unabhängig sein. Ein solches System würde für die Versicherten Anreize bie-

---

tisch einkommensabhängigen Krankenkassenprämien in beiden Systemen einen Keil zwischen Brutto- und Nettolohn.

43. Siehe hierzu <http://www.admin.ch/ch/d/pore/vi/vis316.html> (10/08/06) sowie: Plädoyer der SP für die Einheitskrankenkasse: Eine AHV für das Gesundheitswesen, *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 101 vom 3. Mai 2006, S. 14.

44. Siehe zu einem solchen Vorschlag P. ZWEIFEL (2006) sowie: Der Gesundheitsmarkt krank an der Einheitsprämie: Die Meinung von Gesundheitsökonominnen zu Risikoausgleich und Wettbewerb, *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 287 vom 8. Dezember 2005, S. 27.

ten, sich die kostengünstigste Versicherung zu suchen und damit die Versicherungen veranlassen, sich um effiziente Lösungen zu bemühen.

Es stellt sich freilich die Frage, ob es sinnvoll ist, eine Lösung zu wählen, die nicht nur erhebliche Teile der Bevölkerung in ein staatliches Abhängigkeitsverhältnis geraten lässt, aus dem sie nicht mehr entkommen können, sondern die auch einen gewaltigen bürokratischen Aufwand erforderte: Nach bestimmten Kriterien müsste für jeden einzelnen Versicherten, dessen Prämie über einer bestimmten Grenze liegt, festgestellt werden, wie hoch die ‚richtige‘ (minimale) Prämie ist, die Grundlage für die staatliche Subvention ist. Diese Kriterien müssten sehr fein sein, da sie für den Einzelfall risikogerecht sein sollten. Wären sie nur grob, dann unterscheidet sich das System vom heutigen nur dadurch, dass chronisch Kranke und alte Menschen sehr viel höhere Prämien zahlen müssten, ohne dass damit der Anreiz für die Versicherungen, möglichst gute Risiken zu attrahieren, aus der Welt geschafft wäre.

Um den Versicherungen in einem solchen System Anreize zu Kostensenkungen zu geben, müsste ein Wechsel zwischen den Versicherungen für alle Versicherten auch bei risikoabhängigen Prämien in regelmässigen Abständen möglich sein. In diesen Abständen müsste dann auch das Risiko neu berechnet werden. Dies führte dazu, dass insbesondere jene Menschen, die chronisch krank werden, mit erheblichen Prämiensteigerungen rechnen müssten. Dies beträfe insbesondere ältere Menschen. Ein wesentlicher Teil des durch die soziale Krankenversicherung angestrebten Versicherungsschutzes fiel damit dahin. Dies würde dazu führen, dass ein bedeutender Teil vor allem der älteren Bevölkerung sich nicht mehr in der Lage sähe, die Prämien zu bezahlen. Führte man deshalb wie im jetzigen System eine sich am Einkommen der betroffenen Personen orientierende Obergrenze für die Prämien ein, ab der staatliche Subventionen gewährt werden, so liefere ein solches Verfahren faktisch darauf hinaus, dass diese Personen einen bestimmten Teil ihres Einkommens an den Staat ablieferten und dieser im Wesentlichen für ihre Gesundheitskosten aufkäme.

Will man nicht beim Status quo mit seinen offensichtlichen Schwächen bleiben und sieht man weder in der Einheitskasse noch in risikogerechten Prämien eine ernsthafte Alternative, bleibt als dritte Möglichkeit nur eine Verbesserung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenkassen. In dem Masse, in welchem risikogerechte Prämien möglich sind, ist auch eine Verfeinerung des Risikoausgleichs möglich, und sie kann in gleichem Ausmass (und ebenso unvollständig) wie solche Prämien den Anreiz zur Risikoselektion der Versicherungen eindämmen. Dabei sollte der Risikoausgleich prospektiv sein und sich an bestimmten, klar erkennbaren Indikatoren orientieren. Damit könnte für die Versicherungen der Anreiz zur Risikoselektion zwar nicht vollständig beseitigt, aber doch deutlich verringert werden. Entsprechende Vorschläge sind nicht nur im Ausland, insbesondere in den Niederlanden,<sup>45)</sup> bereits erprobt, sondern liegen auch für die Schweiz vor.<sup>46)</sup>

---

45. Siehe hierzu z.B. K. BECK (2004) sowie S. GRESS und J. WASEM (2006).

46. Siehe hierzu A. HOLLY et al. (2004).

Ein verbesserter Risikoausgleich ist jedoch nicht der einzige Ansatz für eine Reform der Krankenversicherung. Ein weiterer Punkt ist der Kontrahierungszwang. Bisher gelten die Verträge der Krankenkassen im Bereich der Grundversorgung automatisch mit allen zugelassenen Ärzten und Krankenhäusern einer Region; sie müssen die Behandlungen aller Ärzte finanzieren. Eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs würde es den Krankenkassen ermöglichen, nur mit ausgewählten Ärzten oder Spitälern einen Vertrag abzuschliessen, wobei selbstverständlich gewährleistet sein muss, dass sämtliche erforderlichen (bzw. im von der Politik vorgegebenen Leistungskatalog enthaltenen) Leistungen auch erbracht werden können. Dies würde die Verhandlungsposition der Kassen gegenüber Ärzten und Spitälern massiv verstärken und könnte damit einen Druck auf die Kosten bewirken.

Nun ist bei vielen Schweizerinnen und Schweizern die Zahlungsbereitschaft für die freie Arztwahl sehr hoch.<sup>47)</sup> Die Krankenkassen könnten (und würden vermutlich auch) mehrere Verträge anbieten, mit (stark) eingeschränkter und mit freier Arztwahl, bzw. mit unterschiedlich vielen Spitälern. Die Versicherten hätten dann die Möglichkeit, sich den ihren Bedürfnissen am ehesten entsprechenden Vertrag auszusuchen. Dabei könnten sie auch zwischen den verschiedenen Versicherungen wählen; schliesslich würde deren Pflicht, jeden Bewerber zum Einheitstarif zu versichern, durch eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs nicht beeinträchtigt.

Eine bereits heute mögliche Einschränkung der freien Arztwahl stellen Verträge mit einer ‚Managed Care Organization‘ (MCO) bzw. einer ‚Health Maintenance Organization‘ (HMO) dar. Bei solchen Verträgen verpflichten sich die Patienten, ärztliche Dienste nur von einer solchen Organisation in Anspruch zu nehmen, wobei diese alle vom Gesetz in ihrem Tätigkeitsbereich vorgesehenen Leistungen anbietet. Während HMO's (in der Schweiz) zumindest Gruppenpraxen sind, die alle ambulanten ärztlichen Dienste anbieten, handelt es sich bei MCO's um koordinierte Gesundheitsnetzwerke, welche neben Ärzten in der ambulanten Versorgung z.B. auch Spitäler für die stationäre Behandlung umfassen können. Diese Institutionen können die Gesundheitsleistungen zu niedrigeren Kosten und/oder mit höherer Qualität anbieten, da sie (i) selektive Verträge mit den verschiedenen Leistungserbringern abschliessen, (ii) die Versicherten an die ausgewählten Leistungserbringer zuweisen sowie (iii) die Berechtigung der Leistungen des Leistungserbringers überprüfen können.<sup>48)</sup> Damit können Doppelspurigkeiten und überflüssige Leistungen vermieden werden sowie die erforderlichen Leistungen zielgenauer erbracht werden. Folgt man H. LEHMANN und P. ZWEIFEL (2004), dann betragen diese Einsparungen bei den HMO's in der Schweiz mehr als 35 Prozent. Verpflichtet man sich, im Krankheitsfall ausschliesslich die Dienste einer solchen Organisation in Anspruch zu nehmen, wird ein Rabatt auf die Versicherungsprämie gewährt.

Entsprechende Verträge werden heute in der Schweiz angeboten und von knapp 10 Prozent der Versicherten auch in Anspruch genommen. Der Grund dafür, dass sie nicht stärker nachgefragt werden, dürfte nicht nur in der bereits erwähnten starken Präferenz für die freie Arzt-

---

47. Siehe hierzu P. ZWEIFEL et al. (2006).

48. Siehe hierzu auch S. FOLLAND et al. (2006).

wahl liegen, sondern auch darin, dass die mögliche Reduktion der Prämien auf 25 Prozent begrenzt ist und zudem gleichmässig allen Versicherten zugute kommen muss. Der Beitritt zu einer HMO ist daher vor allem für junge Versicherte interessant, bei denen jedoch kaum Kosteneinsparungen möglich sind, da sie in aller Regel nur sehr wenig Leistungen in Anspruch nehmen. Dagegen wären bei älteren Versicherten, die typischerweise relativ viele Leistungen in Anspruch nehmen, zum Teil erhebliche Einsparungen möglich. Dort ist die Zahlungsbereitschaft für die freie Arztwahl jedoch relativ hoch, weshalb diese Gruppe einem Beitritt zu einer HMO eher ablehnend gegenüber steht. Dies könnte man nur ändern, wenn man ihnen einen deutlich grösseren Prämienrabatt gewährt als den jüngeren Versicherten. Dieser Rabatt sollte somit nicht für alle gleich hoch sein, sondern sich an der möglichen Kosteneinsparung orientieren.<sup>49)</sup> Ganz generell kann man sich vorstellen, dass die Versicherungsverträge von Patienten, die einer HMO beitreten, von denjenigen der übrigen Patienten weitgehend abgekoppelt werden. Auch an einen eigenen Risikoausgleich könnte man denken.

Es wird auch vorgeschlagen, bestimmte Lebensstile über die Krankenversicherung zu belohnen bzw. zu bestrafen.<sup>50)</sup> So wird z.B. vorgeschlagen, dass von Rauchern oder übergewichtigen Personen höhere Prämien verlangt werden sollen. Nun sind dies tatsächlich Faktoren, die die Gesundheit beeinträchtigen bzw. die Lebenserwartung reduzieren. Ob sie deshalb die Sozialversicherungen insgesamt stärker in Anspruch nehmen, ist jedoch umstritten. Zudem stellen sich hier massive Abgrenzungs- und Kontrollprobleme. Dies gilt auch für Bonusversicherungen, die auf freiwilliger Basis und über mehrere Jahre Prämienverbilligungen an das Durchhalten bestimmter Lebensstile knüpfen. Insofern sind solche Vorschläge eher skeptisch zu beurteilen

Um das moralische Risiko auf Seiten der Patienten gering zu halten, ist es wichtig, dass sie sich (bis zu einer bestimmten Höhe) an den Kosten beteiligen.<sup>51)</sup> Wie oben ausgeführt wurde, geschieht dies durch die Franchisen und den Selbstbehalt. Beide sind jedoch durch staatliche Vorschriften nach oben begrenzt. Dies ist insbesondere bei den Franchisen wenig sinnvoll. Weshalb soll ein Erwachsener nicht z.B. eine Franchise in Höhe von 10 Prozent seines Einkommens wählen können? Auch in diesem Bereich wäre eine Deregulierung sinnvoll und könnte zu einer Verringerung der Kosten und damit auch der zu zahlenden Prämien führen.

Durch eine Änderung des Systems wäre hier noch eine erhebliche Kosteneinsparung möglich, nämlich indem (als Wahlalternative zum derzeitigen Verfahren) die Rechnungen der Ärzte grundsätzlich an die Patienten gesendet und von diesen entweder sofort beglichen oder an die Krankenkasse weitergeleitet würden. Soweit sie innerhalb eines Jahres keine Ansprüche an die Krankenkasse geltend gemacht hätten, würden sie eine Rückerstattung (z.B. in Höhe von vier Monatsbeiträgen) erhalten. Dieses System, welches bei privaten Krankenversicherungen in Deutschland verwendet wird, bewirkt eine massive Verringerung der Verwaltungskosten,

---

49. Siehe zu diesem Argument: R. EICHENBERGER, Tiefere Gesundheitskosten durch tiefere Prämien, *Basler Zeitung* vom 11. Oktober 2004, S. 11.

50. Siehe z.B. ECONOMIESUISSE (2006, S. 10).

51. Zur Rolle von Selbstbeteiligungen siehe z.B. M. RIEDEL (1998) sowie A. WERBLOW und S. FELDER (2003).



da der Grossteil der Versicherten mit seinen Ansprüchen an die Versicherung unterhalb der Grenze der möglichen Rückerstattung bleibt und daher keine Rechnungen einreicht. Alles, was die Versicherung für diese Versicherten tun muss, ist die Überweisung der Rückerstattung. Gleichzeitig tragen die Versicherten bis zu dieser Höhe die vollen Kosten, was das moralische Risiko auf ihrer Seite vermindert, wenn nicht sogar ganz ausschaltet. Wird andererseits dieser Betrag überschritten, dann sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in aller Regel so gravierend, dass das moralische Risiko nur noch eine untergeordnete Rolle spielt.

Eine ganz grundsätzliche, letztlich jedoch politisch zu entscheidende Frage ist, was der Katalog der Grundsicherung alles enthalten soll. Je mehr er umfasst, desto weniger sind (zumindest prima facie) Befürchtungen derart gerechtfertigt, dass weniger zahlungskräftigen Patientinnen und Patienten medizinisch sinnvolle Leistungen aus Kostengründen vorenthalten werden, desto höher sind jedoch auch die erforderlichen Prämien. In der Schweiz ist dieser Katalog eher umfassend definiert. Dabei ist bei einzelnen Leistungen, wie z.B. bei der Komplementärmedizin, aber auch bei der Abgabe von Methadon oder Heroin an Schwerststüchtige, umstritten, ob diese Leistungen in den Katalog aufgenommen werden sollen oder nicht.<sup>52)</sup> Bei dieser Diskussion sollte man jedoch in Rechnung stellen, dass die Leistungen, um die es dabei in der Schweiz geht, nur einen sehr geringen Teil der Gesamtkosten ausmachen, so dass durch ihren Ausschluss aus dem Leistungskatalog die Prämien kaum nennenswert beeinflusst werden.<sup>53)</sup>

## 4.2 Die Vergütung der ärztlichen Leistungen

Wie oben ausgeführt wurde, haben die Kosten im ambulanten Bereich relativ betrachtet am stärksten zugenommen, sieht man einmal von der Prävention ab, die aber immer noch ziemlich unbedeutend ist. Dies dürfte zum erheblichen Teil auf eine Mengenausweitung und nur zum geringeren Teil auf Preiserhöhungen zurückzuführen sein. Wie in C. JEANRENAUD (2006) gezeigt wird, läuft dies parallel zur Ärztedichte: Je mehr Ärzte es gibt, desto geringer ist zwar bei den Allgemeinärzten, nicht aber bei den Fachärzten die Zahl der Grundleistungen pro Arzt, desto häufiger sind jedoch Konsultationen und Hausbesuche pro versicherter Person und desto höher sind die Kosten.

Eine Möglichkeit, die Menge der erbrachten Leistungen zu begrenzen, ist daher eine Begrenzung der ärztlichen Zulassungen. Dies kann direkt darüber geschehen, dass die Krankenkas-

---

52. Zur Komplementärmedizin siehe z.B. P. MATTMANN-ALLAMAND, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit sind erwiesen, *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 83 vom 11. April 2005, S. 11, sowie R.H. ADLER, Auch die sanfte Medizin kann Schäden anrichten, ebenda.

53. Dies wäre selbstverständlich anders, wenn z.B. ab einem bestimmten Alter bestimmte teure Leistungen nicht mehr finanziert würden, wie dies z.B. im staatlichen Gesundheitswesen Grossbritanniens geschieht. Ein solcher Vorschlag wurde zwar vor einiger Zeit von F. BREYER und C. SCHULTHEISS (2001) in die Diskussion gebracht und auch in der NZZ vorgestellt (F. BREYER, Die Rationierung im Gesundheitswesen ist unausweichlich: Positivliste, gekoppelt mit freiwilligen Zusatzversicherungen, als gangbarer Weg, *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 25 vom 31. Januar/1. Februar 2004, S. 29), aber bisher in der Schweiz noch von niemandem ernsthaft vertreten.

sen (unter der Voraussetzung, dass der Kontrahierungszwang aufgehoben wird,) nur mit einer begrenzten Zahl von Ärzten Verträge abschliessen, oder indirekt dadurch, dass die Zahl der Medizinstudierenden durch einen Numerus Clausus beschränkt wird. Letzteres ist freilich bestenfalls langfristig wirksam, und es verhindert ausserdem nicht den Zuzug von Ärzten aus der Europäischen Union, mit der in diesem Bereich im Rahmen der bilateralen Verträge Freizügigkeit vereinbart wurde. Eine Begrenzung der Zahl der praktizierenden Ärzte kann daher nur über den ersten Weg erfolgen. Dies erfordert, dass die Krankenkassen in diesem Bereich die Verhandlungsfreiheit erhalten, was ein weiteres gewichtiges Argument für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist. Gleichzeitig würden damit, wie oben beschrieben wurde, dem einzelnen Arzt Anreize zur Kosteneinsparung gegeben, wenn er in die Liste der Versicherungen aufgenommen werden will und/oder aus dieser nicht herausfallen will. So könnte der angebotsinduzierten Nachfrage entgegengewirkt werden.

Im Bereich der ambulanten Medizin gilt heute die Einzelleistungsvergütung, die nach dem Tarif für medizinische Leistungen (TARMED) erfolgt. Danach sind jeder Leistung eine bestimmte Menge Taxpunkte zugeordnet, welche die Entschädigung des Arztes festlegen. Dieses System schafft Anreize zur oben beschriebenen anbieterinduzierten Nachfrage, da der einzelne Arzt sein Einkommen nur dadurch steigern kann, dass er die Zahl seiner Patienten erhöht und/oder dem einzelnen Patienten mehr Leistungen zukommen lässt. Will man das System der Einzelleistungsvergütung beibehalten und kann die Zahl der Ärzte nicht wirksam begrenzt werden, bleibt zur Einsparung von Kosten nur die Möglichkeit, die Leistungen der einzelnen Ärzte zu begrenzen. Solange diese medizinisch geboten erscheinen, macht eine solche Begrenzung wenig Sinn. Man könnte allenfalls den Taxwert der einzelnen Leistung ab einem gewissen Leistungsvolumen reduzieren. Ob eine solche Massnahme wirklich Sinn macht, soweit es sich nicht um Abrechnungen handelt, die an die Grenze des Betrugs hinreichen, da der Arzt die angegebenen Leistungen gar nicht alle erbracht haben kann, ist freilich sehr umstritten.

Es kann in diesem Bereich eigentlich nur darum gehen, unnötige bzw. das doppelte Erbringen von Leistungen zu vermeiden. Auf Seiten der Ärzte kann dies am ehesten dadurch bewirkt werden, dass verschiedene Ärzte im Rahmen neuer Organisationsmodelle wie der oben beschriebenen HMO's zusammenarbeiten. Zum einen hat die HMO ein Interesse an der Vermeidung unnötiger Behandlungen, da diese ihren Gewinn (bzw. das Einkommen der beteiligten Ärzte) schmälern, zum anderen kann man im Allgemeinen davon ausgehen, dass die Informationsflüsse in einer solchen Organisation so weit koordiniert sind, dass mehrfache Untersuchungen mit dem gleichen medizinischen Ziel vermieden werden. In der traditionellen Praxis, in der eine solche Zusammenarbeit nicht organisiert ist, kann (bei Beibehaltung der Einzelleistungsvergütung) die Angebotsseite nur dadurch beeinflusst werden, dass der Hausarzt eine ‚Türsteherfunktion‘ ausübt, d.h. dass eine Behandlung durch einen Facharzt nur dann von der Krankenkasse erstattet wird, wenn der Hausarzt den Patienten an diesen Facharzt überwiesen hat. Ansonsten können Anreize zur Kosteneinsparung vor allem von den Patienten ausgehen, soweit diese über den Selbstbehalt bzw. über Franchisen an den Kosten beteiligt sind.

Damit aber ergibt sich, dass Einsparungen im ambulanten Bereich vor allem durch eine geeignete Ausgestaltung der Krankenversicherungsverträge möglich sind, indem diese zum einen so ausgestaltet werden, dass neue Organisationsformen in diesem Bereich nicht nur nicht behindert, sondern sogar gefördert werden, soweit sie Kosteneinsparungen erwarten lassen, und dass zweitens die Möglichkeiten der Kostenbeteiligung der Patienten besser ausgeschöpft werden. Insofern gilt praktisch alles, was oben zur Reform der Krankenversicherung gesagt wurde, auch hier. Der wichtigste Schritt dürfte auch in diesem Bereich die Aufhebung des Kontrahierungszwangs sein.

### 4.3 Die Finanzierung der Spitäler<sup>54)</sup>

Wie oben aufgezeigt wurde, entfällt auf die stationäre Behandlung knapp die Hälfte der gesamten Kosten des Gesundheitswesens, wobei dieser Anteil über die letzten Jahrzehnte weitgehend konstant geblieben ist. Hier sind besondere Einsparpotentiale zu vermuten. Dies ergibt sich auch daraus, dass die Verweildauer in den Spitälern in der Schweiz im internationalen Vergleich immer noch recht hoch ist. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Art und Weise, wie Spitalleistungen in der Schweiz abgegolten werden. Dabei sind im Wesentlichen zwei Aspekte von Bedeutung: Die Finanzierung über Taggeldpauschalen sowie die duale Spitalfinanzierung durch Kantone und Krankenkassen.

- (i) In der Grundversorgung werden die Leistungen der Spitäler üblicherweise mit Taggeldpauschalen entschädigt: Das Krankenhaus erhält für jeden Tag, an welchem ein Patient stationär behandelt wird, eine fest vorgegebene Summe. Sie ergibt sich aus den durchschnittlichen Behandlungskosten pro Patient und Tag und der Aufenthaltsdauer. In Abhängigkeit davon, welche Leistungen ein Spital erbringt, gibt es erhebliche Unterschiede in der Höhe dieser Pauschale.

Die Behandlung eines Patienten im Spital ist zu Beginn im Allgemeinen sehr kostenintensiv. Zunächst sind eingehende Untersuchungen vorzunehmen, dann stehen unter Umständen aufwändige Operationen an. Die sich dann anschliessende Genesungsphase erfordert zumeist sehr viel geringere Ressourcen; es geht nur noch um Nachuntersuchungen und Pflege, bis der Patient nach Hause entlassen werden kann. Je weiter diese Entlassung herausgezögert wird, desto geringer sind – ceteris paribus – die durchschnittlichen Kosten pro Tag. Da die Entschädigung pro Tag aber konstant bleibt, hat das Krankenhaus einen Anreiz, Patienten möglichst lange zu behalten. Dies führt zu Verweildauern, die länger als unbedingt notwendig sind, sowie zu einem überhöhten Bedarf an Betten und damit zu überhöhten Kosten.<sup>55)</sup> Durch politischen Druck sind zwar, wie oben aufgezeigt wurde, sowohl die Bettendichte als auch die Verweildauer zurückgegangen, im internationalen Vergleich ist aber insbesondere letztere immer noch sehr hoch.

---

54. Siehe hierzu auch R.E. LEU (2004, 2006).

55. Dort, wo wie im Kanton St. Gallen die Entschädigung über die Kombination einer Einweisungs- mit einer Taggeldpauschale erfolgt, sind die negativen Auswirkungen eines Systems reiner Taggeldpauschalen abgemildert.

Dabei wird für bestimmte Behandlungsfälle (Erkrankungen) eine Pauschale festgelegt, die dem Krankenhaus unabhängig davon erstattet wird, wie lange ein Patient behandelt wird. Das Krankenhaus hat damit einen Anreiz, den Patienten möglichst schnell zu entlassen, was sowohl die Verweildauer als auch den Bettenbedarf reduziert. Gegenüber der Entschädigung mit Taggeldpauschalen steigen dadurch zwar die durchschnittlichen Kosten pro Behandlungstag, aber die gesamten Kosten der stationären Behandlung sollten durch diese Veränderung des Anreizsystems deutlich sinken.

Entscheidend ist dabei auch, dass die Taggeldpauschale retrospektiv, die Fallpauschale aber prospektiv ist. Bei der Taggeldpauschale werden im Nachhinein alle Kosten erstattet; Anreize zur Kostensenkung existieren kaum. Bei der im Vorhinein festgelegten Fallpauschale dagegen hat das Spital einen starken Anreiz zur Kostensenkung, da es die Differenz zwischen der Fallpauschale und den tatsächlich entstehenden Behandlungskosten für sich behalten kann.

Die Umstellung von Taggeld- auf Fallpauschalen hat jedoch, wie jede Reform, nicht nur Vor-, sondern auch Nachteile. Zum einen werden die Spitäler versuchen, nach Möglichkeit vor allem solche Fälle aufzunehmen, bei denen die zu erwartenden Behandlungskosten deutlich unter dem Betrag der Fallpauschale liegen. Man wird versuchen, ‚teure‘ Patienten an andere Spitäler abzuschieben. Ähnlich wie bei der Krankenversicherung mit Einheitsprämie ohne geeigneten Risikoausgleich ergeben sich hier Anreize zur selektiven Auswahl der Risiken. Zweitens besteht ein Anreiz, Patienten zu früh zu entlassen. Dies kann für die Patienten, aber auch für die Allgemeinheit mit erheblichen Zusatzkosten verbunden sein, wenn eine zu frühe Entlassung zu Komplikationen führt, die zusätzliche Behandlungen erfordern. Das Krankenhaus spart damit jedoch Kosten ein, und für den Fall, dass der Patient nicht wirklich hinreichend ausgeheilt ist, ergibt sich die Möglichkeit, ihn ein zweites Mal aufzunehmen und damit auch die Fallpauschale ein zweites Mal zu erhalten. Schliesslich kann man davon ausgehen, dass die Krankenhäuser Fälle mit mehreren Indikationen so definieren werden, dass die Vergütung, welche sie erhalten, möglichst hoch ist. Hier besteht ein erheblicher Spielraum.

Werden Fallpauschalen als Regelfall der Krankenhausvergütung vorgesehen, wie dies im Rahmen der 2. Revision des KVG, die im Dezember 2003 im Parlament knapp gescheitert ist, bereits vorgesehen war, muss daher ein Qualitätssicherungsverfahren installiert werden, welches so weit als möglich verhindert, dass die oben angesprochenen Missbrauchsmöglichkeiten ausgenutzt werden. In den Vereinigten Staaten, in denen Fallpauschalen heute weit verbreitet sind, geschieht dies durch ‚Peer Review Organizations‘ (PRO) im Rahmen von ‚Quality Improvement Organizations‘ (QIO). Zwar ist auch deren Tätigkeit nicht völlig unumstritten, aber ohne solche Kontrollinstanzen wäre die Einführung von Fallpauschalen problematisch. Funktionieren diese Kontrollen, können sie dagegen einen wichtigen Beitrag zur Kostendämpfung leisten.<sup>56)</sup>

---

56. Siehe hierzu z.B. T. GRUBER und B. RUDNITSKY (2002), C. SNYDER und G. ANDERSON (2005) sowie B.J. WEINER et al. (2006). – Ein Wettbewerb zwischen Spitälern mit unterschiedlichen Eigentums- und Organisationsformen kann hier zur Kostendämpfung sogar sehr hilfreich sein.

- (ii) Die heute bestehende duale Finanzierung sieht vor, dass die Krankenkassen bei stationärer Behandlung im Allgemeinen bis zu 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten übernehmen. Der Rest wird von den Kantonen und teilweise auch von den Gemeinden übernommen. Diese Finanzierung wird zum einen damit begründet, dass eine volle Finanzierung durch die Krankenkassen wegen der dadurch erforderlichen Prämien erhöhungen stark regressiv wirken würde und daher verteilungspolitisch problematisch wäre. Zweitens wird dafür ins Feld geführt, dass sie den Kantonen ein Steuerungsinstrument (und damit eine Möglichkeit zur Begrenzung der Kosten) in die Hand geben würde. Sie bestimmen durch die Spitalplanung bzw. über die Spitallisten, d.h. die Entscheidung darüber, welche Spitäler öffentlich subventioniert werden, die Gesamtkapazität sowie die Struktur des Spitalsektors.

Diese Finanzierung ist jedoch mit einer Reihe erheblicher Nachteile verbunden. Zunächst führt diese Subventionierung der stationären Behandlung zu einer Verzerrung zu Ungunsten der im Allgemeinen sehr viel günstigeren ambulanten Behandlung. Damit werden auch alternative Finanzierungsmodelle wie die oben diskutierten HMO's benachteiligt, da sie ihre Kosteneinsparungen zum grossen Teil durch geringere Einweisungsraten und kürzere Verweildauern im Spital erzielen. All dies führt zu einer Erhöhung der gesamten Kosten. Dazu kommt, dass die Kantone nur ein beschränktes Interesse an Tarifsenkungen im stationären Bereich haben, da sie eventuell entstehende Defizite aus Steuermitteln finanzieren müssen; schliesslich haben öffentliche bzw. öffentlich subventionierte Spitäler de facto eine Defizitgarantie.

Ähnlich bedeutsam ist jedoch der politisch-ökonomische Aspekt. Zwar hat der Kanton theoretisch die Entscheidungsgewalt darüber, welche öffentlichen Spitäler erhalten oder geschlossen werden sollen und welche privaten Spitäler zu subventionieren sind. Tatsächlich existiert diese Kompetenz aber mehr auf dem Papier als in der Realität. Ein Gesundheitsdirektor, der ernsthaft versucht, ein Spital zu schliessen, riskiert seine Abwahl, noch bevor die Schliessung erfolgt ist. Sein Nachfolger wird dann kaum wagen, den Beschluss durchzuführen. Damit aber bleiben öffentliche Spitäler auch dann bestehen, wenn es sinnvoll wäre, sie zu schliessen.

Geändert kann dies wohl nur dadurch werden, dass sich die öffentliche Hand aus der Finanzierung der Spitäler zurückzieht, so dass wir zu einer ‚monistischen Krankenhausfinanzierung‘ gelangen, für die, sieht man von den gemeinwirtschaftlichen Leistungen wie z.B. Notfalldiensten ab, ausschliesslich die Krankenkassen zuständig sind.<sup>57)</sup> Dabei dürfte auch hier kein Kontrahierungszwang bestehen, so dass die Krankenkassen in ihrem jeweiligen Bereich (Kanton) zwar Verträge mit Krankenhäusern abschliessen müssen, die sicherstellen, dass alle in der Grundversorgung vorgesehenen Leistungen erbracht werden können, dass sie aber nicht verpflichtet sind, mit jedem der entsprechenden Spitäler einen Vertrag abzuschliessen, auch nicht mit jedem Spital in öffentlicher

---

57. Auch Lehre und Forschung könnten an den Spitätern selbstverständlich weiterhin staatlich finanziert werden.

Trägerschaft. Dies schafft bzw. verstärkt den Wettbewerb zwischen den Spitälern, der nach allem, was wir heute darüber wissen, die (heute im Allgemeinen bereits sehr gute) Qualität der stationären Behandlung noch verbessern sollte.<sup>58)</sup> Ob ein Spital überlebt oder nicht, ist damit kein politischer Entscheid mehr, sondern ein rein wirtschaftlicher: Jedes Spital muss versuchen, genügend Versicherungen zu finden, die mit ihm Verträge abschliessen, damit es überleben kann. Dies gilt auch für kleinere Krankenhäuser auf dem Land, die dann, wenn sie ihre (begrenzten) Leistungen tatsächlich kostengünstiger anbieten können als die grossen Spitäler in den Ballungszentren, in diesem System reale Überlebenschancen haben. Und wie bereits angesprochen wurde, könnten die Patienten wie bei der Arztwahl auch hier die Auswahl aus unterschiedlichen Verträgen haben: solchen, die eine freie Spitalwahl ermöglichen, und solchen, bei denen den Patienten nur eine begrenzte Auswahl von Spitälern zur Verfügung steht.<sup>59)</sup>

Dabei könnten die öffentlichen Spitäler ohne weiteres in öffentlichem Eigentum verbleiben. Zum einen spricht zumindest die empirische Evidenz aus den Vereinigten Staaten nicht unbedingt dafür, dass die Qualität der privaten besser ist als jene öffentlicher Spitäler, insbesondere wenn erstere gewinnorientiert betrieben werden.<sup>60)</sup> Zweitens kann der Kanton damit garantieren, dass in bestimmten medizinischen Bereichen ein Angebot vorgehalten wird; er hat weiterhin die Möglichkeit, auf die Spitalplanung Einfluss zu nehmen. Die öffentlichen Spitäler sollten dann freilich aus der kantonalen Verwaltung ausgegliedert und vollständig, nicht nur rechtlich unabhängig werden. Nur so kann verhindert werden, dass sie nach wie vor Spielball der Politik sind.<sup>61)</sup>

Eine monistische Spitalfinanzierung würde auch die oben beschriebenen wirtschaftlichen Verwerfungen durch das heutige System wie z.B. die Verzerrung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung beseitigen. Selbstverständlich könnten die dadurch erforderlichen Prämien erhöhungen von 30 bis 40 Prozent aber nicht voll auf die Versicherten überwältzt werden. Das Geld, welches die Kantone bisher für die Spitalfinanzierung verwendet haben, könnten sie (und sollten sie auch zumindest teilweise) zur Prämienverbilligung einsetzen. Dabei könnten die bei der monistischen Finanzierung erzielbaren Effizienzgewinne auf die Kantone und die Versicherten verteilt werden: Die Kantone könnten ihre Subventionen verringern und die Versicherten würden (im Durchschnitt) von niedrigeren Prämien profitieren.

---

58. Siehe hierzu die Übersicht bei M. GAYNOR (2006).

59. Eine Einschränkung in der Freiheit der Wahl des Spitals ist mit einer Nutzeneinbusse verbunden, der die Prämienreduktion gegenübersteht. Zu Schätzungen dieser Grösse für die Vereinigten Staaten siehe K. HO (2005).

60. Siehe hierzu Y.-C. SHEN et al. (2005) sowie K. EGGLESTON et al. (2006).

61. Siehe hierzu auch INTERDEPARTEMENTALE ARBEITSGRUPPE ‚FINANZIERUNG DER SOZIALVERSICHERUNGEN (IDA FiSO 2)‘ (1997, S. 71): „Ein funktionierender Markt bedingt die Entlassung der Spitäler in eine vollständige, nicht nur rechtliche Unabhängigkeit von der öffentlichen Hand sowie den vollständigen Abbau der Defizitdeckungen.“

Das einfachste Verfahren wäre eine Zuweisung der Verbilligung pro Kopf an jeden Versicherten (bzw. an seine Versicherung). Man könnte die Entlastungen jedoch auch wie bei den heutigen Prämienverbilligungen einkommensabhängig ausgestalten. Gegenüber heute würde dies bei den hohen Einkommen (vermutlich) eine Prämienerrhöhung, bei den unteren Einkommen eine Prämienerrsenkung bewirken. Damit könnte die Netto-Einkommensverteilung sogar noch gleichmässiger sein als heute, weshalb Verteilungsargumente gegen eine monistische Krankenhausfinanzierung kaum ernsthaft ins Feld geführt werden können. Ausserdem könnte man die Prämien für Kinder besonders begünstigen. Da wir heute bereits ein System der Prämienverbilligungen mit seinen bürokratischen Erfordernissen haben, sollte all dies ohne grösseren zusätzlichen bürokratischen Aufwand möglich sein.

Der einzige Nachteil dieses Systems besteht darin, dass sich die Unterschiede in den Kostenstrukturen der einzelnen Versicherungen etwas verschärfen würden, was eine Reform des Risikoausgleichs umso mehr erforderlich macht. Ansonsten aber brächte eine monistische Spitalfinanzierung vor allem Vorteile. Auch wenn sie heute noch nicht erreichbar zu sein scheint, sollte man sie längerfristig anstreben.

- (iii) Geht man davon aus, dass eine monistische Spitalfinanzierung trotz ihrer Vorzüge derzeit politisch nicht durchsetzbar ist, bleibt als Alternative eine grundlegende Reform, wie sie z.B. von R.E. LEU und T. POLEDNA (2006) vorgeschlagen wurde.<sup>62</sup> Entsprechend diesem Konzept soll zunächst ein Regulator (mit eigenem Sekretariat) auf Bundesebene eingerichtet werden, ein Gremium, welches aus sieben vom Bundesrat gewählten Mitgliedern besteht und sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Kantone, Versicherer, Versicherten, der öffentlichen und privaten Trägerschaften sowie des Bundes zusammensetzt. Dieser Regulator hat im Wesentlichen zwei Aufgaben; er legt zum einen den Leistungskatalog fest und ist zweitens für einen bundesweiten Vergleich der Spitäler verantwortlich. Darin sollen sowohl die Qualität als auch die Kosten der Spitäler bzw. deren Leistungen erfasst werden. Basierend auf diesem Vergleich gibt es einen ‚selektiven Kontrahierungszwang‘, d.h. alle Versicherungen müssen die Kosten von Behandlungen in jenen Spitälern bzw. Spitalabteilungen erstatten, welche im landesweiten Leistungsvergleich zu den qualitativ besten und kostengünstigsten zählen. Die Quote dieser Spitäler, die anfänglich auch bei 100 Prozent liegen und anschliessend abgesenkt werden könnte, bis die gewünschte Strukturbereinigung erfolgt ist, würde vom Bundesrat festgelegt. Die anderen Spitäler oder Abteilungen müssen mit den Versicherungen gesonderte Verträge abschliessen, wenn sie nicht aus dem Markt ausscheiden wollen. Die Patienten ihrerseits haben die bundesweite Wahlfreiheit zwischen allen Spitälern, für die Kontrahierungszwang besteht bzw. mit denen ihre Versicherung einen Vertrag hat.

Dieses Modell würde Patienten und einweisenden Ärzten bessere Information über die Qualität der jeweils in Frage kommenden Spitäler an die Hand geben, und es würde zu-

---

62. Siehe hierzu auch R.E. LEU (2006).

sätzlich einen freien Binnenmarkt schaffen und damit deren Wahlfreiheit auch in der Grundversorgung erweitern. Die Kantone wären zwar noch in die Finanzierung der Krankenversicherung eingebunden, aber diese müsste (wie auch bei der monistischen Finanzierung) neu geregelt werden. Die kantonale Planung mittels Spitalisten würde entfallen, dafür aber hätten die Kantone einen Vertreter in der Regulierungsbehörde. In wieweit dieses System nicht nur zu einer Verbesserung der Qualität, sondern auch zu einer Kostenreduktion führt, ist offen. Der Versuch, die Qualität durch höhere Ausgaben zu steigern, könnte die Einsparungen durch einen Bettenabbau wieder zunichte machen. Schliesslich ist auch nach Inkrafttreten des neuen KVG bis zum Jahr 2003 die Zahl der Betten zwar um etwa 6.5 Prozent zurückgegangen, die gesamten Kosten aller Spitäler sind in dieser Zeit jedoch um etwa 30 Prozent gestiegen.

#### 4.4 Die Preise von Arzneimitteln

Wie oben aufgezeigt wurde, machen Arzneimittel (einschliesslich der medizinischen Hilfsmittel) nur etwa 13 Prozent der gesamten Gesundheitskosten aus. Zudem ist ihr Anteil an diesen Kosten in den vergangenen zwei Jahrzehnten leicht gesunken. An den Ausgaben in der obligatorischen Krankenversicherung machen sie jedoch etwa ein Viertel aus.<sup>63)</sup> Auch hier dürften Einsparungen möglich sein. Dabei gibt es mindestens vier Ansatzpunkte: (i) Die Medikamentenpreise sind in der Schweiz teurer als im benachbarten Ausland. Wie können die Preise zumindest auf das Niveau dieser Länder gesenkt werden? Könnten hier z.B. Re-Importe eine Hilfe sein? (ii) In vielen Fällen stehen Generika zur Verfügung, die deutlich billiger als die Originalpräparate sind. Wie kann der stärkere Verbrauch von Generika sinnvoll gefördert werden? (iii) Die Ärzte betätigen sich teilweise auch als Apotheker. Sie haben damit kein eigenes Interesse daran, dass die Patienten möglichst wenig und möglichst preisgünstige Medikamente einnehmen. Könnte dies z.B. dadurch gefördert werden, dass Arzt und Apotheke strikt getrennt werden? (iv) Auf Seiten der Patienten spielt das moralische Risiko eine wesentliche Rolle. Wie können die Patienten dazu gebracht werden, mit Medikamenten sparsamer umzugehen? Auf diese Punkte soll im Folgenden eingegangen werden.

- (i) Nach Angaben des Preisüberwachers lagen die Preise von Originalpräparaten im Dezember 2005 in der Schweiz um etwa 20 Prozent über den deutschen Preisen.<sup>64)</sup> Dabei hat Deutschland innerhalb der Europäischen Union die höchsten Medikamentenpreise. Durch die inzwischen ergriffenen Massnahmen hat sich der Abstand bis zum August 2006 zwar von 20 auf 16 Prozent verringert, aber nach wie vor besteht damit eine deut-

---

63. Dabei sind die von den Spitälern abgegebenen Medikamente eingeschlossen. Siehe hierzu SANTÉSUISSE, Arzneimittel-Preisvergleich zwischen der Schweiz, Österreich, Deutschland, Frankreich, Italien und Belgien, <http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200504191017571.pdf> (11/08/06).

64. Siehe PREISÜBERWACHER (2005, S. 742f.). – Interessanterweise sind diese Differenzen nicht nur bei den schon lange zugelassenen, aber noch unter Patentschutz stehenden Medikamenten, deren Kosten von den Krankenkassen erstattet werden, sondern auch bei den nicht erstattungsfähigen Medikamenten, deren Preise nicht reguliert werden, denjenigen der ‚Horse-List‘, mit über 40 Prozent besonders hoch.



liche Preisdifferenz.<sup>65)</sup> Auch wenn man anerkennt, dass die Pharmafirmen Gewinne machen müssen, um daraus ihre Forschung zu finanzieren, ist kein überzeugender Grund für derart grosse Preisdifferenzen ersichtlich. Schliesslich beträgt der Umsatz in der Schweiz nur etwa ein Prozent ihres Gesamtumsatzes.<sup>66)</sup>

Neue Medikamente stellen typischerweise patentgeschützte Innovationen dar. Patente sind Einschränkungen des Wettbewerbs, die bewusst errichtet werden, um Forschung und Entwicklung zu fördern. Vom Patentschutz erwartet man im medizinischen Bereich die schnellere Entwicklung und Verfügbarkeit besserer Wirkstoffe und damit eine bessere medizinische Versorgung in der Zukunft. Freier Wettbewerb in diesem Bereich, d.h. die Abschaffung des Patentschutzes, würde die Aussichten darauf deutlich verringern.

Die Inhaber der Patente sind im Allgemeinen frei, ihre Preise so zu setzen, dass sie aus der dabei entstehenden Monopolrente die Aufwendungen für die Forschung amortisieren können. Dies gilt jedoch nicht für Medikamente; ihre Preise bilden sich in der Schweiz (wie auch in vielen anderen Ländern) nicht auf einem Markt, sondern werden in Verhandlungen zwischen den Herstellern und der Gesundheitsverwaltung festgelegt.<sup>67)</sup> Häufig geschieht dies zunächst in der Schweiz, da hier höhere Preise als im Ausland erzielt werden können. Nach zwei Jahren müssen die Preise zwar an das Ausland angepasst werden.<sup>68)</sup> Danach aber behalten sie während der restlichen Laufzeit des Patents Gültigkeit. Erst danach kann (z.B. durch Auftauchen von Generika) ein Druck zur Senkung auf die Preise entstehen. Da die Preise im Ausland jedoch kontinuierlicher angepasst werden, ergibt sich im Zeitablauf eine immer grössere Differenz zwischen den Preisen im Inland und im Ausland.

Das hohe Medikamentenpreisniveau wird in der Schweiz auch dadurch geschützt, dass Parallel- bzw. Re-Importe patentgeschützter Medikamente aus anderen Ländern, in denen die Preise niedriger sind, unzulässig sind; die Schweiz kennt hier die ‚nationale Erschöpfung‘, d.h. Importe eines im Inland patentgeschützten Gutes aus dem Ausland sind nur mit Zustimmung des Patentinhabers zulässig. Damit kann dieser in verschiedenen Ländern unterschiedliche Preise verlangen und auch durchsetzen. Im Gegensatz dazu kennt z.B. die Europäische Union die ‚regionale Erschöpfung‘, d.h. Güter dürfen aus jedem beliebigen ihrer Mitgliedsländer in andere Mitgliedsländer (re-) importiert werden. Dadurch sollten sich die Preise längerfristig nach unten angleichen. Tatsächlich haben sich die Medikamentenpreise in der EU bisher jedoch nur teilweise angeglichen, was u.a. damit zusammenhängt, dass es für die Produzenten eine Reihe von Möglichkeiten

---

65. Siehe *Newsletter der Preisüberwachung* Nr. 05/06 vom 5. September 2006 (<http://www.preisueberwacher.ch/index.jsp?lang=DE> (06/09/96)). – Auch nach der Untersuchung von Interpharma mit Stand vom 1. April 2006 sind die Herstellerpreise (ohne Mehrwertsteuer) der Top-100-Produkte in Deutschland um 6 Prozent niedriger als in der Schweiz. Siehe <http://www.interpharma.ch/de/929.asp#> (04/09/06).

66. Siehe hierzu OECD (2004, S. 121).

67. Siehe hierzu z.B. L. BIELER, Wer bestimmt den Preis?, *NZZ am Sonntag* Nr. 26 vom 25. Juni 2006, S. 31.

68. Vergleichsländer sind dabei Deutschland, Dänemark, die Niederlande und Grossbritannien.

gibt, Parallelimporte zu erschweren, indem sie z.B. ein Land nur mit jener Menge eines Mittels beliefern, die in etwa der dortigen Nachfrage entspricht.

Zur Kostendämpfung wird in der Schweiz seit längerem, u.a. von der Wettbewerbskommission und vom Preisüberwacher, die Zulassung von Parallelimporten (bzw. Re-Importen) patentgeschützter Güter, d.h. insbesondere von Pharmaprodukten, aus den Ländern der Europäischen Union in die Schweiz gefordert.<sup>69</sup> Die Pharmaindustrie wehrt sich verständlicherweise dagegen.<sup>70</sup> Sie argumentiert, dass die Unterbindung von Parallelimporten ein wesentliches Element der Sicherung des geistigen Eigentums sei und zur Sicherung des Forschungsstandorts Schweiz beitrage; die Aufweichung dieses Schutzes werde für den Konsumenten nur wenig Nutzen bringen, der forschenden Industrie jedoch erheblichen Schaden zufügen. Dieser Argumentation hat sich der Bundesrat angeschlossen,<sup>71</sup> ihr widersprechen jedoch u.a. die Wettbewerbskommission und die OECD; sie halten sie für wenig überzeugend.<sup>72</sup>

In jüngerer Zeit wurde am Beispiel der Europäischen Union diskutiert, in welchem Umfang die Konsumenten tatsächlich von Parallelimporten profitieren und inwieweit die Verluste der Pharmaunternehmen vorwiegend den Parallelimporteuren zugute kommen. Tatsächlich bestehen zwischen den Mitgliedsländern der EU nach wie vor erhebliche Preisdifferenzen. Diese Unterschiede können ausgenutzt werden. Ein Teil der dabei erzielbaren Gewinne fällt den Transaktionskosten (Transport- und Vertriebskosten) zum Opfer. Daneben aber profitieren beide Gruppen, Importeure wie Konsumenten, da zum einen niemand solche Importe bewerkstelligt, wenn er davon nicht einen Gewinn hat, und da andererseits für die Konsumenten nur dann ein Anreiz besteht, zum parallel importierten Produkt überzugehen, wenn es preisgünstiger ist. Die Frage ist freilich, wie die Aufteilung der Gewinne unter diese beiden Gruppen ist.

Hierzu gibt es zwei neuere Arbeiten, die zu völlig unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Während P. WEST und J. MAHON (2003) erhebliche Nutzen für die Krankenkassen und die Patienten sehen, glauben P. KAVANOS et al. (2004), dass die Zulassung von Parallelimporten diesen nur zu einem sehr geringen Teil und im Wesentlichen den Importeuren zugute kommt. Diese unterschiedlichen Ergebnisse erstaunen weniger, wenn man in Rechnung stellt, dass die Studie von P. KAVANOS et al. (2004) von Johnson & Johnson, einer Pharma-Firma, (mit-)finanziert wurde, während die Arbeit von P. WEST und J. MAHON (2003) im Auftrag der European Association of Euro-Pharmaceutical Companies erstellt wurde, einer Organisation, welche die Parallelimporteure im medizinischen Be-

---

69. Siehe Medienmitteilung der Wettbewerbskommission vom 5. März 2003 (<http://www.weko.admin.ch/publikationen/pressemitteilungen/00020/050303-PC-Parallelimporte-D.pdf?lang=de> (04/09/06)) sowie PREISÜBERWACHER (2005, S. 742).

70. Siehe z.B. <http://www.interpharma.ch/de/215.asp> (11/09/06) sowie: Peinlicher Kampf der Pharmabranche gegen Parallelimporte, *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 104 vom 6./7. Mai 2006, S. 23.

71. Siehe hierzu BUNDESRAT (2000, 2002, 2004).

72. Siehe z.B. OECD (2004, S. 121).

reich in Europa vertritt. Beide Studien kommen offensichtlich zu jenen Ergebnissen, welche im politischen Interesse ihrer Auftraggeber liegen.

P. KAVANOS et al. (2004) vergleichen innerhalb eines Landes die Preise der offiziell gelieferten mit jenen der parallel importierten Medikamente. Der Preisunterschied betrug im Schnitt 6.7 Prozent.<sup>73)</sup> Daraus berechnen sie die Ersparnisse für die Krankenversicherungen. Dem stellen sie die Differenz zwischen dem offiziellen Verkaufspreis im Land und dem günstigsten Grosshandelspreis (bzw. dem Durchschnitt der drei günstigsten Grosshandelspreise) in den Mitgliedsländern der EU gegenüber und berechnen damit den für den Importeur maximal erzielbaren Gewinn. Dieser beträgt üblicherweise ein Mehrfaches der Ersparnisse für die Krankenversicherungen. P. WEST und J. MAHON (2003) zeigen dagegen, dass die Preisunterschiede zwischen den offiziell gelieferten und den parallel importierten Medikamenten in einigen Fälle erheblich sind; in Deutschland beträgt das Maximum bei Valium 48 Prozent.<sup>74)</sup> Insgesamt ist die Differenz jedoch deutlich niedriger; sie liegt im Durchschnitt bei 8.2 Prozent.

Genau betrachtet müssen sich die Aussagen der beiden Studien nicht widersprechen. Darüber, wie hoch die Gewinne der Importeure sind, findet sich bei P. WEST und J. MAHON (2003) (verständlicherweise) nichts. Aber auch die Angaben in P. KAVANOS et al. (2004) sind diesbezüglich nicht sehr aussagekräftig. So fehlen Angaben über die Transport- und Lagerkosten. Ohne genauere Angaben darüber sowie über die effektiven Einkaufspreise bleiben alle Aussagen über die Gewinne der Parallelimporteure reine Spekulation.

Langfristig wichtiger als diese statische Betrachtungsweise ist zudem der dynamische Effekt von Parallelimporten: Der dadurch entstehende Wettbewerb zwingt die Produzenten zu Preissenkungen bzw. verhindert (oder reduziert zumindest) Preiserhöhungen. P. WEST und J. MAHON (2003) haben dies für die von ihnen betrachteten Länder, Dänemark, Schweden, die Niederlande, Deutschland und das Vereinigte Königreich, für einzelne Produkte im Sinne von Fallstudien aufgezeigt. Zu einem analogen Ergebnis kommen auch M. GANSLANDT und K.E. MASKUS (2004). Sie betrachten Schweden im Zeitraum von 1994 bis 1999 und finden, dass Parallelimporte die Preise um 12 bis 19 Prozent reduziert haben, wobei die Preisreduktion grösser ist, wenn mehrere Importeure miteinander in Wettbewerb stehen. Ähnliche Ergebnisse finden U. ENEMARK, K.M. PEDERSEN und J. SØRENSEN (2006). Die direkten und indirekten Effekte ergaben für Schweden bei den betroffenen Medikamenten eine Verbilligung von etwa 20 Prozent der Medikamente mit Parallelimport und an den Gesamtausgaben für Medikamente von etwa 2 Prozent. Umgerechnet auf die Schweiz mit einem Ausgabenvolumen für Medikamente von 5.4 Milliarden Franken im Jahr 2004 würde dies etwas über 100 Millionen Franken betragen.

---

73. Siehe P. KAVANOS et al. (2004, *Tabelle 6.3*, S. 160).

74. Siehe P. WEST und J. MAHON (2003, *Tabelle 5.3*, S. 50). Die Angaben beziehen sich ebenfalls auf das Jahr 2002.

Insgesamt lässt sich wohl weder der (kurzfristige) statische noch der (langfristige) dynamische Effekt solcher Importe bestreiten: Sie führen dazu, dass die Krankenkassen (und im Bereich der Selbstmedikation auch die Patienten) von den niedrigeren Preisen der ‚grau importierten‘ Medikamente profitieren, und sie führen durch den intensivierten Wettbewerb vor allem dazu, dass der Preisanstieg der Medikamente gedämpft wird. Dies kann einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten, auch wenn dieser nicht überschätzt werden sollte.<sup>75)</sup>

Dies ist freilich bei weitem nicht die einzig mögliche Massnahme zur Senkung der Medikamentenpreise. Wichtig wäre auch, die Krankenkassen in den Verhandlungsprozess zur Festlegung der Medikamentenpreise einzubeziehen. Man sollte ihnen zumindest ein Rekursrecht gegen die Aufnahme neuer Medikamente in die Spezialitätenliste (bzw. gegen den dabei festgelegten Preis) einräumen. Schliesslich müssen sie diese Preise auch bezahlen. Es wäre sinnvoll, in diesem Prozess nicht nur die Anbieter, sondern auch die (Vertreter der) Nachfrager zu berücksichtigen. Zudem sollten (wie im Ausland) regelmässig Überprüfungen der Medikamentenpreise stattfinden. Dann könnte die sich im Zeitablauf zwischen der Schweiz und dem Ausland auftuende Preisschere vermieden oder zumindest verringert werden.

Schliesslich kann die Verwaltung, wie dies Bundesrat PASCAL COUCHEPIN getan hat, in Verhandlungen mit der Pharmaindustrie einmalige Preisreduktionen durchsetzen. Derartige staatliche Interventionen können in bestimmten Situationen sinnvoll und auch wirksam sein. Als langfristige Strategien eignen sie sich jedoch kaum. Es kommt vielmehr darauf an, Mechanismen zu entwickeln, die dauerhaft dämpfend auf die Medikamentenpreise einwirken.

- (ii) Ein sehr viel wirksameres Instrument dürfte die Förderung des Verbrauchs von Generika anstelle der Originalpräparate sein. Sie stehen zwar nur für einen Teil jener Medikamente zur Verfügung, deren Patentschutz abgelaufen ist, und diese machen nur ein gutes Drittel des Arzneimittelmarkts aus,<sup>76)</sup> aber sie sind häufig deutlich preisgünstiger als die Originalpräparate. Das Problem ist, wie deren Verbrauch anstelle der Originalpräparate gesteigert werden kann. Die Ärzte haben von sich aus zumindest insoweit, als sie die Medikamente selbst verkaufen, kein Interesse daran. Daher muss man die Konsumenten dazu bewegen, Generika zu verlangen.

Die zum 1. Januar 2006 eingeführte neue Regelung, dass der Selbstbehalt bei Originalmedikamenten, für die es Generika gibt, deren Preis mindestens 20 Prozent tiefer ist, das Doppelte des üblichen Selbstbehalts beträgt, war in dieser Hinsicht offensichtlich sehr erfolgreich. Seit Jahresbeginn ist der Umsatz von Originalpräparaten, für die es Generika gibt, massiv eingebrochen, und jener der Generika hat deutlich zugenommen. In

---

75. Zu den möglichen quantitativen Auswirkungen siehe FRONTIER ECONOMICS und PLAUT (2002) sowie S. VATERLAUS und J. WILD (2004).

76. Siehe hierzu M. STÄDELI, Jetzt bluten die Pharmafirmen, *CASH* Nr. 29 vom 20. Juli 2006, S. 3.

den ersten sechs Monaten dieses Jahres hat deren Umsatz gegenüber dem Vorjahr um 61.5 Prozent zugenommen, und er beträgt jetzt 11.9 Prozent des gesamten Arzneimittelmarktes. Dadurch sahen sich die Hersteller der Originalpräparate gezwungen, deren Preise bis auf das Niveau der Generika zu senken. Neben den mit Bundesrat PASCAL COUCHEPIN vereinbarten Preisreduktionen für patentgeschützte Medikamente dürfte dies dazu führen, dass die Ausgaben für Medikamente in diesem Jahr um etwa 400 Millionen geringer sein werden als ohne diese Massnahmen. Dies sind immerhin knapp 8 Prozent der gesamten Ausgaben für Medikamente im Jahr 2004.<sup>77)</sup>

- (iii) Ein Problem ist auch, dass sich die Ärzte in 13 Kantonen der Schweiz gleichzeitig auch als Apotheker betätigen. Sie verkaufen knapp ein Viertel aller Medikamente. Selbstverständlich müssen sie darüber entscheiden, welche Medikamente sie den Patienten empfehlen. Dieser Aspekt der anbieterinduzierten Nachfrage ist nicht vermeidbar. Wenn sie sie jedoch auch selbst verkaufen, haben sie einen finanziellen Anreiz, möglichst teure Medikamente und/oder mehr Arzneimittel als notwendig zu verschreiben. Dieser Interessenkonflikt führt in der Tendenz zu überhöhten Kosten.

Dies könnte vermieden werden, wenn auch in der Schweiz Arzt und Apotheke generell strikt getrennt werden, wie dies in anderen Ländern üblich ist. Dies hätte für die Patienten den Nachteil, dass sie vom Arzt nicht direkt mit den Arzneimitteln versorgt werden, was insbesondere in ländlichen Regionen für die Patienten von Vorteil ist. Dem steht freilich gegenüber, dass eine Apotheke mit ihrem grösseren Angebot eher das geeignete Medikament vorrätig haben kann und dass dieses Verfahren längerfristig kostendämpfend wirkt.

- (iv) Wichtig ist schliesslich noch, dass das moralische Risiko auf Seiten der Patienten durch finanzielle Anreize eingeschränkt wird. Wie oben bereits ausgeführt wurde, geschieht dies mit Hilfe des Selbstbehalts und von Franchisen. Dass solche Instrumente sehr wirksam sein können, zeigt die Entwicklung der Nachfrage nach Generika. Da Franchisen und Selbstbehalt notwendigerweise nach oben begrenzt sind, erzielen diese Instrumente jedoch dann keine Wirkung mehr, wenn es um die langfristige Behandlung von Patienten geht, die teure Medikamente benötigen. Dann ist wohl kein Instrument, welches beim Patienten ansetzt, wirksam.

#### **4.5 Mögliche Einsparungen**

Es wäre hilfreich, wenn man bei den einzelnen Massnahmen angeben könnte, wie gross die erwarteten Einsparungen sind. Dies ist aber enorm schwierig und von der Kommission nicht leistbar. Selbst die extra zum Zweck solcher Abschätzungen in den neunziger Jahren eingesetzten INTERDEPARTEMENTALEN ARBEITSGRUPPEN „FINANZIERUNGSPERSPEKTIVEN DER SOZIALVERSICHERUNG“ (IDA FiSO) sehen es als „ausserordentlich schwierig“ an, „das Kosten-

---

77. Ebenda, sowie B. VOGT, Im Schweizer Pharmamarkt geht's zur Sache, *NZZ am Sonntag* Nr. 32 vom 6. August 2006, S. 23.

dämpfungspotential in der Krankenversicherung zu schätzen“, und sie wollen ihre Angaben nur als „grobe Hinweise“ verstehen.<sup>78</sup> Da dies jedoch die einzigen Zahlen sind, die in diesem Bereich vorliegen, soll kurz darauf eingegangen werden, auch wenn zusätzlich zu berücksichtigen ist, dass diese Zahlen heute nicht mehr aktuell sind und manche der Einsparungen, die dort betrachtet wurden, in der Zwischenzeit bereits teilweise realisiert wurden. So fand, wie in *Abbildung 3.9* gezeigt wurde, seit Mitte der neunziger Jahre bereits ein erheblicher Bettenabbau statt, und bei den Medikamentenpreisen gab es durch die oben angesprochenen Massnahmen eine deutliche Entlastung.

Die nach Ansicht dieser Arbeitsgruppe stärkste Einsparung kann durch eine Erhöhung der Kostenbeteiligung und neue Versicherungsformen erzielt werden; dadurch könnten 5 bis 15 Prozent der Gesamtausgaben eingespart werden. Änderungen der Spitalfinanzierung könnten zu einer Einsparung von 7 bis 8 Prozent führen. Durch Abbau von Überkapazitäten könnten die Kosten im ambulanten wie im stationären Bereich jeweils um 5 Prozent der Gesamtausgaben verringert werden. Mit Massnahmen im Tarifbereich, insbesondere bei den Medikamentenpreisen, könnte man 2 bis 4 Prozent einsparen.

Die absolut grössten Einsparungen, die sich dann auch über alle Bereiche ergeben, sind somit durch Änderungen in der Krankenversicherung zu erreichen. An zweiter Stelle liegt die Spitalfinanzierung, gefolgt vom Abbau von Überkapazitäten im ambulanten und im stationären Bereich. Dabei ist freilich zu beachten, dass diese Zahlen nicht addiert werden können: Eine Änderung der Spitalfinanzierung führt, so wie sie der Arbeitsgruppe vorschwebte, zum Abbau von Überkapazitäten.

Etwas anders sieht die Situation aus, wenn man die relativen Einsparmöglichkeiten betrachtet, d.h. wenn man fragt, wie viel Prozent des in dem jeweiligen Bereich ausgegebenen Geldes eingespart werden könnte. Dann sind es Massnahmen im ambulanten Bereich sowie im Tarifbereich. Dies legt den Schluss nahe, dass es keinen Bereich gibt, in dem es nicht wichtig wäre, Reformen einzuleiten. Dies sollte vielmehr neben den dringend notwendigen Änderungen in der Krankenversicherung in allen Bereichen mit gleichem Nachdruck geschehen.

Legt man diese Zahlen zugrunde und nimmt man an, dass alle Einsparungen erreicht werden, dann ergäben sich (bei optimistischer Kalkulation) gegenüber dem Status Quo Änderungen von etwa 20 bis 25 Prozent. Dies könnte über einen Zeitraum von 10 Jahren eine Verringerung der Steigerungsrate von etwa 2.5 Prozent pro Jahr bedeuten. Auch wenn man durch diese Massnahmen die langfristige Steigerungsrate aus den o.e. Gründen kaum beeinflussen kann, wäre dies doch eine erhebliche Einsparung.

---

78. INTERDEPARTEMENTALE ARBEITSGRUPPE „FINANZIERUNG DER SOZIALVERSICHERUNGEN (IDA FiSo 2)“ (1997, S. 76). – Der kürzlich erschienene Bericht des BUNDESRATS (2006) zur Stabilisierung der Soziallastquote gibt keine Auskunft darüber, mit welchen Massnahmen im Krankenversicherungsbereich welche Einsparungen zu erzielen wären.

## 4.6 Zusammenfassung

Auch wenn man in Rechnung stellt, dass ein erheblicher Teil des Anstiegs der Gesundheitsausgaben, den wir in den letzten Jahrzehnten beobachtet haben, den Präferenzen der Bürgerinnen und Bürger entspricht und deshalb keine Veranlassung für staatliche Interventionen gibt, gibt es dennoch eine ganze Reihe von Ansatzpunkten für Massnahmen zur Kostensenkung, die durchgeführt werden könnten, ohne dass dadurch die Qualität des Gesundheitssystems verringert oder die Belastung der unteren Einkommensgruppen erhöht werden müsste. Dies betrifft vor allem die Ausgestaltung der Krankenversicherungsverträge sowie die Finanzierung der Krankenhäuser. Ein Handlungsbedarf besteht insbesondere in folgenden Bereichen:

- (i) Im Bereich der Grundversorgung sollte bei der Krankenversicherung der Kontrahierungszwang aufgehoben werden. Den Versicherungen sollte es freigestellt werden, nur mit einer Auswahl von Ärzten und/oder Spitälern Verträge abzuschliessen, soweit dadurch die Erbringung der in der Grundversorgung vorgesehenen Leistungen gewährleistet ist, bzw. es sollte ihnen möglich sein, neben Verträgen mit freier Arztwahl auch solche mit eingeschränkter Arzt- bzw. Klinikwahl anzubieten. Dies ist die vielleicht wichtigste Massnahme, denn dadurch könnte bei den Ärzten wie bei den Kliniken ein Druck zur Kostensenkung entstehen, der der Tendenz zur anbieterinduzierten Nachfrage entgegenwirken würde.
- (ii) Zudem sollte der Risikoausgleich nicht nur endgültig festgeschrieben, sondern auch verfeinert werden, indem er prospektiv ausgerichtet wird und sich an bestimmten, klar erkennbaren Indikatoren orientiert. Dadurch könnte bei den Versicherungen der Anreiz zur Risikoselektion zwar nicht vollständig beseitigt, aber doch stark vermindert werden, so dass diese sich stärker um Massnahmen der Kostensenkung bemühen müssten, um ihren Versicherten günstige Prämien anbieten zu können.
- (iii) Es sollten den Versicherungen mehr Möglichkeiten gegeben werden, den Selbstbehalt und die Franchisen auszugestalten. Insbesondere aber sollten die Prämienreduktionen bei neuen Organisationsformen wie den HMO's so ausgestaltet werden können, dass die Verträge für Versicherte attraktiv werden und somit die mit diesen Vertragsformen möglichen Kosteneinsparungen auch realisiert werden können.
- (iv) Bei den Spitälern sollte, so weit dies geht, von der Taggeldpauschale zur Fallpauschale übergegangen werden. Um die bei dieser Finanzierungsform möglichen Probleme zu vermeiden, müsste (z.B. nach dem Vorbild der Vereinigten Staaten) eine entsprechende Kontrollorganisation geschaffen werden. Damit könnten erhebliche Kosteneinsparungen im Spitalbereich realisiert werden, ohne die Qualität der Versorgung zu beeinträchtigen.
- (v) Als weiterer Zwischenschritt könnte im Spitalwesen ein Binnenmarkt realisiert werden. Dies erforderte die Einsetzung eines nationalen Kontrollorgans, welches zum einen den Leistungskatalog festlegt als auch bundesweite Qualitäts- und Kostenvergleiche zwi-

schen den Spitälern bzw. ihren Abteilungen durchführt. Dies würde zwar nicht unbedingt die Kosten senken, aber zumindest Wettbewerbsanreize zur Steigerung der Qualität vermitteln sowie den Patienten Transparenz verschaffen.

- (vi) Längerfristig sollte von der dualen auf eine monistische Spitalfinanzierung übergegangen werden, bei der, sieht man einmal von gemeinwirtschaftlichen Leistungen wie z.B. dem Notfalldienst ab, die Krankenhäuser ausschliesslich von den Krankenversicherungen finanziert werden. Zusammen mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs würde dies die Krankenkassen in ihren Verhandlungen mit den Spitälern in eine sehr viel stärkere Position versetzen, um dort Kostensenkungen durchzusetzen. Die dabei erforderlichen Prämien erhöhungen könnten dadurch aufgefangen werden, dass die Kantone mit jenen Finanzmitteln, die sie heute zur Finanzierung der Spitäler aufwenden, die Prämien der Versicherten verbilligen. Dadurch könnte die monistische Finanzierung realisiert werden, ohne dass die Belastung der Bürgerinnen und Bürger erhöht würde. Wegen der dadurch möglichen Kosteneinsparungen könnte diese Belastung vermutlich sogar für alle gesenkt werden.
- (vii) Bei neu zugelassenen Medikamenten sollten neben der Überprüfung an der ausländischen Preisentwicklung nach zwei Jahren in regelmässigen Abständen weitere Überprüfungen stattfinden, um die Preise dieser Medikamente nicht für die gesamte Laufzeit des Patentschutzes festzuschreiben. Damit könnten die Preise in der Schweiz näher an das heute zum Teil deutlich tiefere Preisniveau in Nachbarstaaten herangebracht werden.
- (viii) Von der heute gültigen nationalen Erschöpfung bei patentgeschützten Gütern sollte zur regionalen Erschöpfung übergegangen werden, d.h. Re- bzw. Parallelimporte aus den Ländern der Europäischen Union sollten auch bei diesen Gütern zugelassen werden. Daraus könnte sich ein deutlicher Preisdruck auf die Medikamentenpreise in der Schweiz ergeben.

Dies sind Reformschritte, die zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen wesentlich beitragen können. Dabei könnten eine Reihe von Massnahmen, wie z.B. die Aufhebung des Kontrahierungszwangs oder die Verfeinerung des Risikoausgleichs, relativ schnell erfolgen, während andere, wie z.B. ein Übergang zur monistischen Spitalfinanzierung, eher mittelfristig realisierbar sind. Eine Durchführung dieser Reformen sollte es möglich machen, dass die Krankenkassenbeiträge für eine Reihe von Jahren nicht mehr stärker als die Einkommen steigen. Dabei ist unbestritten, dass ein Gesundheitswesen mit einer so hohen Qualität wie desjenigen in der Schweiz relativ teuer ist. Dies sollte aber nicht als Vorwand genommen werden, diejenigen Reformen, die möglich sind und die die Kosten reduzieren können, ohne dass dabei an der Qualität Abstriche gemacht werden müssen, nicht in Angriff zu nehmen. Selbstverständlich werden solche Reformen auch Widerstand betroffener Interessengruppen hervorrufen, aber je eher sie in Angriff genommen werden, desto besser ist dies für die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung der Schweiz.



## 5 Abschliessende Bemerkungen: Zur Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

Dass im Gesundheitswesen erhebliche Finanzierungsprobleme bestehen, ist unbestritten. Die regelmässigen Prämien erhöhungen der letzten Jahre sowie die sie jeweils begleitende öffentliche Diskussion haben die Öffentlichkeit in diesem Punkt sensibilisiert. Dies bedeutet freilich nicht, dass deshalb auch eine allgemeine Reformbereitschaft bestehen würde.

Neben den Finanzierungsproblemen gibt es Sachverhalte, die weit weniger im öffentlichen Bewusstsein verankert sind, aber zum Verständnis der Probleme des Gesundheitswesens und auch für die Erwartungen wichtig sind, die man an bestimmte Reformvorhaben sinnvollerweise richten kann. Dazu gehört z.B. die Einsicht, dass wir immer schon Rationierung im Gesundheitswesen betreiben, auch wenn wir uns dessen nicht bewusst sind, dass bestimmte, durchaus sinnvolle Reformen zwar eine einmalige, sich möglicherweise auch über eine Reihe von Jahren erstreckende Verringerung des Prämienanstiegs mit sich bringen, aber keine langfristig dauerhafte Senkung der Anstiegsrate, und dass es Gründe gibt davon auszugehen, dass die Kosten des Gesundheitswesens auch in Zukunft schneller als die Einkommen steigen werden.

All dies bedeutet nicht, dass man Reformen nicht angehen sollte; sie sind vielmehr dringend erforderlich. Aber wenn man die Einführung von Reformen mit Erwartungen verknüpft, die später nicht eingelöst werden, beeinträchtigt man die Reformbereitschaft der Bevölkerung. Dies gilt insbesondere dann, wenn solche Reformen (wie üblich) von Betroffenen auch Opfer verlangen. Eines der politischen Probleme mit dem im Jahr 1996 in Kraft getretenen neuen Krankenversicherungsgesetz (KVG) ist ja, dass dessen Befürworter der Bevölkerung versprochen haben, dass der durch dieses Gesetz verstärkte Wettbewerb erhebliche Einsparungen mit sich bringen würde, die vielleicht sogar Prämien senkungen ermöglichen würden.<sup>79)</sup> Tatsächlich aber sind – aus welchen Gründen auch immer – die Prämien auch nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes weiterhin kräftig angestiegen. Dies ist mit ein Grund dafür, dass heute mit einer Initiative für eine Einheitskasse versucht wird, die Kosten dadurch zu verringern, dass man den Wettbewerb im Bereich der Versicherungen für die obligatorische Grundversorgung ganz ausschaltet.

Mit der Idee, den Wettbewerb zu verstärken, lag das KVG voll auf jener Linie, die von Ökonomen üblicherweise vertreten wird, wenn es darum geht, wirtschaftliche oder auch ganz allgemein gesellschaftliche Probleme zu lösen. Dies gilt auch für den Gesundheitsbereich.<sup>80)</sup> Nun ist Wettbewerb einerseits mit Kosten verbunden; jede Fusion zweier Firmen, die ja durch Reduktion der Zahl der Akteure den Wettbewerb verringert, wird mit einer dadurch möglichen Kosteneinsparung begründet. Andererseits aber zwingt der Wettbewerb die einzelnen Unternehmen, möglichst effizient zu produzieren. Da dieser zweite Effekt im Allgemeinen

---

79. Siehe z.B. T. HEBERLEIN, Die Reform der Krankenversicherung: Ein Gesetz für die Zukunft, *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 268 vom 16. November 1994, S. 15.

80. Siehe hierzu z.B. P. OBERENDER und G. RÜTHER (1984).

stärker ist als der erste, führt eine Verstärkung des Wettbewerbs in aller Regel auch zu einer besseren gesamtwirtschaftlichen Lösung.

Probleme wie die anbieterinduzierte Nachfrage können jedoch auch durch Wettbewerb nicht aus der Welt geschafft werden. Und Wettbewerb verändert auch die Präferenzen der Konsumentinnen und Konsumenten nicht. Insofern kann auch ein verstärkter Wettbewerb im Gesundheitswesen weder vollständig verhindern, dass ‚zu viele‘ Gesundheitsleistungen konsumiert werden, noch, dass die Krankenversicherungsprämien schneller steigen als das Einkommen.

Als Indiz dafür, dass Wettbewerb allein nicht hinreichend ist, die Kostenprobleme des Gesundheitssystems auch nur annähernd zu lösen, kann gelten, dass das Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten, welches als das stärksten wettbewerblich organisierte gilt, gleichzeitig auch das absolut wie relativ gesehen teuerste ist. Dies soll nicht heissen, dass ein wettbewerbsorientiertes System besonders teuer sein muss, wohl aber, dass Wettbewerb allein das Problem nicht löst. Um den hier angesprochenen grundsätzlichen Problemen zu begegnen, bedarf es zumindest auch einer hinreichend intelligenten staatlichen Regulierung. Andererseits bietet das (negative) Beispiel der Vereinigten Staaten auch keinen Grund für die Vermutung, dass ein verstärkter Wettbewerb die Situation nicht in vielen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens verbessern könnte.<sup>81)</sup> So sehen die hier unterbreiteten Vorschläge ja gerade in einem verstärkten (bzw. sinnvoller als heute ausgerichteten) Wettbewerb zwischen Krankenkassen und zwischen Spitälern ein grosses Potential für Kosteneinsparungen.

Aber selbst wenn Wettbewerb hinreichend wäre, die Finanzierungsprobleme des Gesundheitssystems zu lösen, würde man ihn aus ethischen Gründen nicht überall zulassen wollen. Dies ist offensichtlich beim Verbot des Organhandels, aber es gilt auch für die in der Schweiz vorgeschriebene Einheitsprämie in der Versicherung für die obligatorische Grundversorgung. Sie verhindert, dass sich ein Wettbewerb über risikogerechte Prämien entfalten kann. Nun führt die Einschränkung des Wettbewerbs an einer Stelle häufig dazu, dass er dann unerwartet an einer anderen Stelle als erwünscht und mit negativen Konsequenzen auftritt. Dies gilt auch für das KVG. Die Hoffnung bei seiner Einführung war, dass sich zwischen den Versicherungen ein Wettbewerb um günstige Prämien entwickelt. Tatsächlich aber entwickelte sich vor allem ein Wettbewerb um günstige Risiken. Dieser kann wohl nicht vollständig unterbunden, aber durch einen sinnvoll ausgestalteten Risikoausgleich zumindest weitgehend zurückgedrängt werden.

Aus dieser Perspektive können die hier unterbreiteten Vorschläge im Wesentlichen in zwei Gruppen eingeteilt werden. So sollen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, die grössere

---

81. Neben problematischen Regulierungen dürften einer der Gründe für die hohen Kosten des amerikanischen Systems, der nichts mit der Wettbewerbsorientierung dieses Systems zu tun hat, (neben dem oben bereits angesprochenen hohen Anteil übergewichtiger Menschen) die hohen Prämien für Schadensersatzversicherungen der Ärzte sein. Zu Problemen dieser Versicherungen im U.S.-System siehe z.B. P.M. DANZON (1997).

Freiheit der Versicherungen bei der Ausgestaltung der Verträge, die Verwirklichung eines Binnenmarktes bei den Spitälern, die monistische Spitalfinanzierung sowie die Zulassung von Parallelimporten zusätzlichen Wettbewerb in das Gesundheitssystem bringen, während die Verbesserung des Risikoausgleichs oder der Übergang von der Taggeld- zur Fallpauschale Massnahmen sind, welche die staatliche Regulierung verbessern sollen, damit der Wettbewerb die gewünschten Ergebnisse zeitigt.

Interessant ist in diesem Zusammenhang gerade auch das Problem der Parallelimporte patentgeschützter Güter. Patente schränken den Wettbewerb ein. Diese Einschränkung wird ganz bewusst in Kauf genommen, weil man sich davon Anreize für die Forschung und Entwicklung neuer Produkte verspricht. Im Gesundheitsbereich gilt dies insbesondere für die Medikamente: Vom Patentschutz erwartet man die schnellere Entwicklung und Verfügbarkeit besserer Wirkstoffe und damit eine bessere medizinische Versorgung in der Zukunft. Freier Wettbewerb in diesem Bereich, d.h. die Abschaffung des Patentschutzes, würde die Aussichten darauf deutlich verringern. Die Frage ist allerdings auch hier, wie weit die Einschränkung des Wettbewerbs gehen soll. Die derzeit in der Schweiz in diesem Bereich am heftigsten umstrittene Frage ist diejenige nach der Zulassung von Parallelimporten aus den Staaten der Europäischen Union. Während die einen in dieser Wettbewerbsbeschränkung einen Standortnachteil sehen, da dadurch ein Druck auf die Preise patentgeschützter Produkte wegfällt, sieht die Gegenseite das Verbot von Parallelimporten als sinnvoll zur Förderung des Forschungsstandorts Schweiz an.

Welche Auswirkungen der Wettbewerb im Gesundheitswesen letztlich hat, kommt somit wesentlich auf die in diesem Bereich geltenden staatlichen Regulierungen an; es handelt sich immer um einen ‚regulierten Wettbewerb‘ im Sinne von A.C. ENTHOVEN (1978, 1988).<sup>82</sup> Mehr Wettbewerb kann die Effizienz fördern und/oder Einsparungen bringen, aber er kann – bei falscher Regulierung – auch zu Verschwendung führen. Die staatlichen Rahmenbedingungen sind das, worauf es letztlich ankommt.

Wettbewerb ist somit zwar nicht *das* Heilmittel zur Lösung aller Probleme des schweizerischen Gesundheitswesens, aber er kann sehr wohl dazu beitragen, einzelne Probleme zu lösen oder zumindest zu mindern. Dabei sollte es nicht nur um eine Reduktion der Kosten gehen, sondern – bei aller Anerkennung der bereits heute hohen Qualität des schweizerischen Gesundheitssystems – auch um eine weitere Steigerung dieser Qualität. Dem sollen z.B. die für den Spitalbereich anzustellenden Qualitätsvergleiche dienen. Die Frage ist freilich, ob sich im politischen Wettbewerb diejenigen Regulierungen durchsetzen, die ermöglichen, dass der wirtschaftliche Wettbewerb in den einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens jene positiven Auswirkungen zeigt, die man von ihm erwarten kann.

---

82. Siehe hierzu auch R.E. LEU (2004).

## Zusammenfassung

In dieser Arbeit sollen Probleme des schweizerischen Gesundheitswesens diskutiert und mögliche Lösungen aufgezeigt werden. Zu Beginn wird die Entwicklung der Kosten im Verlauf der letzten Jahrzehnte dargestellt. Dabei geht es auch um den Vergleich mit anderen Ländern und um eine Darstellung, wie sich die Struktur der Kosten entwickelt hat. In einem zweiten Schritt wird gezeigt, woraus sich die für den Gesundheitssektor typischen Probleme ergeben. Dabei wird insbesondere diskutiert, welche Faktoren für (möglicherweise) überhöhte Kosten und welche Faktoren für einen hohen Anstieg dieser Kosten verantwortlich sind. Um Möglichkeiten zur Senkung der damit verbundenen Lasten aufzuzeigen, muss auf einzelne Bereiche des Gesundheitswesens eingegangen werden. Daher befassen wir uns eingehender mit der Krankenversicherung, der Honorierung ärztlicher Leistungen, der Krankenhausfinanzierung sowie den Preisen für Arzneimittel. Dies führt zu einer Reihe konkreter Reformvorschläge. Den Abschluss bilden einige Bemerkungen zur Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen.

## Literaturangaben

- Y. ABRAHAMSEN, J. HARTWIG und B. SCHIPS (2005), *Empirische Analyse des Gesundheitswesens Schweiz*, Vdf Hochschulverlag, Zürich 2005.
- CH. AUMANN und W. GAERTNER (2004), Das Organdilemma: Ein Plädoyer für eine Marktlösung, in: V. ARNOLD (ed.), *Wirtschaftsethische Perspektiven VII*, Duncker und Humblot, Berlin 2004, S. 205 – 224.
- W.J. BAUMOL (1967), Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crises, *American Economic Review* 57 (1967), S. 415 – 426.
- K. BECK, S. SPYCHER, A. HOLLY und L. GARCIOL (2003), Risk Adjustment in Switzerland, *Health Policy* 65 (2003), S. 63 – 74.
- K. BECK (ed.) (2004), *Reformstau beim Risikoausgleich? Internationale Erfahrungen und konkrete Lösungen für die Schweiz*, RAN, Zürich 2004.
- T. BESLEY und M. GOUVEIA (1994), Alternative Systems of Health Care Provision, *Economic Policy* 19 (1994), S. 199 – 257.
- O. BIRSACK (2005), *Kantonale Spitalplanungen und Spitallisten in der Schweiz: Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen*, Dissertation.de – Verlag im Internet, Berlin, 2005.
- CH.B. BLANKART (2005), Spender ohne Rechte: Das Dilemma der Organtransplantation, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 6 (2005), S. 275 – 301.
- B. BLANKE und H. KANIA (1996), Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik, *Leviathan* 24 (1996), S. 512 – 538.
- F. BREYER (1985), Die Fallpauschale als Vergütung von Krankenhausleistungen: Idee, Formen und vermutete Auswirkungen, *Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften* 105 (1985), S. 743 – 767.
- F. BREYER und C. SCHULTHEISS (2001), Alter als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen: Eine ethisch-ökonomische Analyse, in: T. GUTMANN und V. SCHMIDT (eds.), *Ratio-*

- nierung und Allokation im Gesundheitswesen, Velbrück Wissenschaft, Weilerswist 2001, S. 121 – 153.
- BUNDESRAT (2000), *Parallelimporte und Patentrecht: Regionale Erschöpfung*, Bericht in Beantwortung der Anfrage der Kommission für Wirtschaft und Abgaben des Nationalrats vom 24. November 2000, Bern, 8 Mai 2000. ([http://www.evd.admin.ch/imperia/md/content/dossiers/importations\\_paralleles/d/000531c-beer-d.pdf](http://www.evd.admin.ch/imperia/md/content/dossiers/importations_paralleles/d/000531c-beer-d.pdf) (12/07/06)).
- BUNDESRAT (2002), *Parallelimporte und Patentrecht: Regionale Erschöpfung*, Bericht in Beantwortung des Postulats 00.3612, Bern, November 2002. [http://www.evd.admin.ch/imperia/md/content/dossiers/importations\\_paralleles/d/TRI\\_SCHLUSSBERICHT\\_PARALLELIMPORTE\\_Dt.pdf](http://www.evd.admin.ch/imperia/md/content/dossiers/importations_paralleles/d/TRI_SCHLUSSBERICHT_PARALLELIMPORTE_Dt.pdf) (12/07/06).
- BUNDESRAT (2004), *Parallelimporte und Patentrecht: Regionale Erschöpfung*, Bericht in Beantwortung des Postulats 03.3423, Bern, 3. Dezember 2004. ([http://www.evd.admin.ch/imperia/md/content/dossiers/importations\\_paralleles/d/rapport\\_final\\_envoi-wak\\_d\\_04-12-15.pdf](http://www.evd.admin.ch/imperia/md/content/dossiers/importations_paralleles/d/rapport_final_envoi-wak_d_04-12-15.pdf) (12/07/06)).
- BUNDESRAT (2006), *Bericht über die Entwicklung der Sozialwerke und die Stabilisierung der Soziallastquote*, Bern, 17. März 2006.
- P.M. DANZON (1997), Tort Liability: A Minefield for Managed Care?, *Journal of Legal Studies* 26 (1997), S. 491 – 519.
- K. EGGLESTON et al. (2006), Hospital Ownership und Quality of Care: What Explains the Different Results?, NBER Working Paper Nr. 12241, Cambridge (Mass.), Mai 2006.
- U. ENEMARK, K.M. PEDERSEN und J. SØRENSEN (2006), The Economic Impact of Parallel Imports of Pharmaceuticals, mimeo, CAST – Centre for Applied Health Services Research and Technology Assessment, University of Southern Denmark, Odense, June 2006.
- A.C. ENTHOVEN (1978), Customer-Choice Health Plan, *New England Journal of Medicine* 198 (1978), S. 650 – 658, S. 709 – 720.
- A.C. ENTHOVEN (1988), *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North-Holland, Amsterdam 1988.
- S. FELDER (2006), Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben: Theorie und Empirie, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 7 (Special Issue) (2006), S. 49 – 73.
- M. FELDSTEIN (1977), Quality Change and the Demand for Hospital Care, *Econometrica* 45 (1977), S. 1681 – 1702.
- M. FELDSTEIN (2006), Balancing the Goals of Health Care Provision, NBER Working Paper Nr. 12279, Cambridge (Mass.), Mai 2006.
- S. FOLLAND, A.C. GOODMAN und M. STANO (2006), *The Economics of Health and Health Care*, Prentice Hall, Upper Saddle River, N.J., 5. Auflage 2006.
- FRONTIER ECONOMICS und PLAUT (2002), Erschöpfung von Eigentumsrechten: Auswirkungen eines Systemwechsels auf die schweizerische Volkswirtschaft, Studie im Auftrag des Bundesrats, London/Bern 2002. ([http://www.evd.admin.ch/imperia/md/content/dossiers/importations\\_paralleles/d/Studie\\_Systemwechsel\\_und\\_Anhang.pdf](http://www.evd.admin.ch/imperia/md/content/dossiers/importations_paralleles/d/Studie_Systemwechsel_und_Anhang.pdf) (12/07/06))
- G. GÄFGEN (1985), Die ethische Problematik von Allokationsentscheidungen – am Beispiel des Ressourceneinsatzes im Gesundheitswesen, in: G. ENDERLE (ed.), *Ethik und Wirtschaftswissenschaft*, Duncker und Humblot, Berlin 1985, S. 249 – 274.
- M. GANSLANDT und K.E. MASKUS (2004), Parallel Imports and the Pricing of Pharmaceutical Products: Evidence from the European Union, *Journal of Health Economics* 23 (2004), S. 1035 – 1057.
- A.M. GARBER und C.E. PHELPS (1997), Economic Foundations of Cost-Effectiveness Analysis, *Journal of Health Economics* 16 (1997), S. 1 – 31.

- M. GAYNOR (2006), What Do We Know About Competition and Quality in Health Care Markets?, NBER Working Paper Nr. 12301, Cambridge (Mass.), Juni 2006.
- S. GRESS und J. WASEM (2006), Vertragswettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Lehren aus dem Ausland, *Wirtschaftsdienst* 86 (2006), S. 288 – 291.
- T. GRUBER und B. RUDNITSKY (2002), Can We Be Certain of PRO Accuracy and Accountability? Inaccurate ‘Report Cards’ Generated by Medicare Claims Data as a Marker for Laboratory Testing in Diabetic Patients, *American Journal of Medical Quality* 17 (2002), S. 171 – 174.
- S. GUPTA, M. VERHOEVEN und E. TIONGSON (1999), Does Higher Spending Buy Better Results in Education and Health Care?, IMF Working Paper No. 99/21, Washington, Februar 1999.
- S. GUPTA, M. VERHOEVEN und E. TIONGSON (2002), The Effectiveness of Government Spending on Education and Health Care in Developing and Transition Economies, *European Journal of Political Economy* 18 (2002), S. 717 – 737.
- CH. HAGIST, N. KLUSEN, A. PLATE und B. RAFELHÜSCHEN (2005), Social Health Insurance: The Major Driver of Unsustainable Fiscal Policy?, CESifo Working Paper Nr. 1574, München, Oktober 2005.
- J. HARTWIG (2006), What Drives Health Care Expenditure?, Baumol’s Model of ‘Unbalanced Growth’ Revisited, Konjunkturforschungsstelle an der ETH Zürich, Arbeitspapier Nr. 133, Zürich, März 2006.
- K. HO (2005), The Welfare Effects of Restricted Hospital Choice in the US Medical Care Market, NBER Working Paper Nr. 11819, Cambridge (Mass.), Dezember 2005.
- A. HOLLY, L. GARDIOL, Y. EGLI und T. YALCIN (2004), *Health-Based Risk-Adjustment in Switzerland: An Exploration Using Medical Information from Prior Hospitalization*, Überarbeiteter Schlussbericht an den Schweizerischen Nationalfonds, Universität Lausanne, August 2004.
- R. INGLEHART et al. (2004), *Human Beliefs and Values: A Cross-Cultural Sourcebook Based on the 1999 – 2002 Values Surveys*, Siglo XXI Editores, Mexico 2004.
- INTERDEPARTEMENTALE ARBEITSGRUPPE ‚FINANZIERUNG DER SOZIALVERSICHERUNGEN (IDA FiSO 2)‘ (1997), *Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen: Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsarten*, BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNGEN (ed.), *Beiträge zur Sozialen Sicherheit*, Bern, Dezember 1997.
- C. JEANRENAUD (2006), Hintergrundpapier zu Teil 4.2 des Jahresberichts 2006 der Kommission für Konjunkturfragen, Bern, 26. Oktober 2006.
- CH.I. JONES (2002), Why Have Health Expenditures as a Share of GDP Risen So Much, NBER Working Paper Nr. 9325, November 2002.
- P. KAVANOS, K. COSTA-I-FONT, S. MERKUR und M. GEMMILL (2004), The Economic Impact of Pharmaceutical Parallel Trade in European Union Member States: A Stakeholder Analysis, Special Research Paper, LSE Health and Social Care, London 2004. (<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/Workingpapers/Paper.pdf> (12/07/06))
- TH. KOPETSCH (2000), Der medizinische Fortschritt und die Grenzen seiner Finanzierbarkeit, *List Forum* 26 (2000), S. 33 – 50.
- H. LEHMANN und P. ZWEIFEL (2004), Innovation and Risk Selection in Deregulated Social Health Insurance, *Journal of Health Economics* 23 (2004), S. 997 – 1012.
- R.E. Leu (2004), Ein Wettbewerbsmodell für das Schweizerische Gesundheitswesen, in: CH.A. SCHALTEGGER und S.C. SCHALTEGGER (eds.), *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, vdf, Zürich 2004, S. 631 – 645.
- R.E. LEU (2006), Hintergrundpapier zu Teil 4.3 des Jahresberichts 2006 der Kommission für Konjunkturfragen, Bern, 26. Oktober 2006.

- R.E. LEU und T. POLEDNA (2006), Spitalfinanzierung: Ein alternatives Modell mit Regulator, selektivem Kontrahierungszwang und Binnenmarkt, mimeo, Bern/Zürich 2006.
- P. OBERENDER und G. RÜTHER (1984), *Mehr Marktwirtschaft im Gesundheitswesen*, Arbeitsgemeinschaft Selbständiger Unternehmer, Bonn 1984.
- P. OBERENDER und J. ZERTH (2005), Zur Zukunft der flächendeckenden Versorgung im deutschen Gesundheitswesen: Gesundheitspolitische Implikationen, *Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften* 56 (2005), S. 31 – 44.
- OECD (2004), *Switzerland*, Economic Surveys 2003, Supplement No. 2, Paris, January 2004.
- OECD (2006), *Gesundheitsausgaben 2006*, abrufbar unter SourceOECD. (<http://miranda.sourceoecd.org/vl=3175741/cl=12/nw=1/rpsv/ij/oecdstats/99991012/v1n1/s1/p1> (10/08/06))
- F. OUTREVILLE (2001), The Ageing Population and the Future of Healthcare Plans, *Geneva Papers on Risk and Insurance* 26 (2001), S. 126 – 131.
- PREISÜBERWACHER (2005), Jahresbericht 2005, in: *Recht und Politik des Wettbewerbs* 2005/5, S. 732 – 762.
- M. RIEDEL (1998), Selbstbeteiligungen in Krankenversicherungen: Theoretische Wirkungen und internationale Erfahrungen, *Wirtschaftspolitische Blätter* 45 (1998), S. 95 – 103.
- R.T. RIPHAHN, A. WAMBACH und A. MILLION (2003), Incentive Effects in the Demand of Health Care: A Bivariate Panel Count Data Estimation, *Journal of Applied Econometrics* 18 (2003), S. 387 – 405.
- L.B. RUSSEL, M.R. GOLD, J.E. SIEGEL, N. DANIELS und M.C. WEINSTEIN (1996), The Role of Cost-Effectiveness Analysis in Health and Medicine, *Journal of the American Medical Association* 276 (1996), S. 1172 – 1177.
- M. SESHAMANI und A. GRAY (2004), Ageing and Health Care Expenditure: The Red Herring Argument Revisited, *Health Economics* 13 (2004), S. 303 – 314.
- Y.-C. SHEN, K. EGGLESTON, J. LAU und C. SCHMID (2005), Hospital Ownership and Financial Performance: A Quantitative Research Review, NBER Working Paper Nr. 11662, Cambridge (Mass.), September 2005.
- S. SIGRIST (2006), Health Horizons: Guide zu den neuen Gesundheitsmärkten, GDI Studie Nr. 20, Rüslikon/Zürich 2006. (Kurzfassung: [http://www.gdi.ch/fileadmin/user\\_uploads/pdf\\_media/studien/Health\\_Horizons\\_2006\\_D.pdf](http://www.gdi.ch/fileadmin/user_uploads/pdf_media/studien/Health_Horizons_2006_D.pdf) (20/07/06))
- M. SIMON (2001), Die Ökonomisierung des Krankenhauses: Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen, Wissenschaftszentrum Berlin, Arbeitspapier Nr. P01-25, September 2001.
- C. SNYDER und G. ANDERSON (2005), Do Quality Improvement Organizations Improve the Quality of Hospital Care for Medicare Beneficiaries?, *Journal of the American Medical Association* 293 (2005), S. 2900 – 2907.
- L. STEINMANN und H. TELSER (2005), *Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft*, Verlag Neue Zürcher Zeitung, Zürich 2005.
- S. VATERLAUS und J. WILD (2004), Auswirkungen eines Wechsels zur regionalen Erschöpfung im Patentrecht, Seco/Plaut Economics, Bern, 30. September 2004. ([http://www.evd.admin.ch/imperia/md/content/dossiers/importations\\_paralleles/d/regionale\\_erschoeffung\\_im\\_patentrecht.pdf](http://www.evd.admin.ch/imperia/md/content/dossiers/importations_paralleles/d/regionale_erschoeffung_im_patentrecht.pdf) (12/07/06))
- B.J. WEINER et al. (2006), Quality Improvement Implementation and Hospital Performance on Quality Indicators, *Health Services Research* 41 (2006), S. 307 – 334.

- B.A. WEISBROD (1991), The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment, *Journal of Economic Literature* 29 (1991), S. 523 – 552.
- A. WERBLOW und S. FELDER (2003), Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz, *Schmollers Jahrbuch* 123 (2003), S. 235 – 264.
- P. WEST und J. MAHON (2003), Benefits to Payers and Patients from Parallel Trade, University of York, Mai 2003. (<http://mednet3.who.int/prioritymeds/report/append/8210ParallelTradeReport.pdf> (12/07/06))
- E.W.M.T. WESTERHOUT (2006), Does Ageing Call for a Reform of the Health Care Sector?, *CEifo Economic Studies* 52 (2006), S. 1 – 31.
- N. WILKING und B. JÖNSSON (2005), *A Pan-European Comparison Regarding Patient Access to Cancer Drugs*, Karolinska Institutet, Stockholm 2005.
- P. ZWEIFEL (1990), The Great Challenge to Health Care Reform, *European Economic Review* 34 (1990), S. 646 – 658.
- P. ZWEIFEL (2006), Auftrag und Grenzen der Sozialen Krankenversicherung, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 7 (2006) (Sonderheft), S. 5 – 26.
- P. ZWEIFEL, S. FELDER und M. MEIERS (1999), Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?, *Health Economics* 8 (1999), S. 485 – 496.
- P. ZWEIFEL, H. TELSER und S. VATERLAUS (2006), Consumer Resistance Against Regulation: The Case of Health Care?, *Journal of Regulatory Economics* 29 (2006), S. 319 – 323.